Valpreventie binnen de eerstelijns gezondheidszorg: een multidisciplinair zorgpad

Lisa Van Eyck, KU Leuven

Promotor: Dr. Prof. Birgitte Schoenmakers

Co-promotor: Dr. Peeters Mieke, Artsenpraktijk De Bries

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Voorwoord 4
Abstract 5
Inleiding 6
Methode 7
Resultaten 10
Discussie 17
Conclusie 22
Referenties 23
Bijlagen 24
Bijlage 1: Rekruteringsmail zorgverleners 24
Bijlage 2: Draaiboek zorgpad valpreventie 24
Bijlage 3: Verslagen samenkomsten kerngroep: opstellen van het lokaal zorgpad 24
Bijlage 4: Patiëntenbrochure 24
Bijlage 5: Flowchart zorgpad 24
Bijlage 6: Informatiewijzers zorgverleners 24
Bijlage 7: Goedkeuring ethische commissie 24

Voorwoord

Tijdens één van de HAIO-opleidingsseminaries kwam Tinneke Claes zichzelf voorstellen. Ze is ergotherapeute en werkt aan valpreventie bij thuiswonende ouderen. Ze kwam uitleggen welke betekenis een ergotherapeute kan hebben binnen het verhaal van valpreventie binnen de eerstelijn. Tijdens haar verhaal geraakte ik steeds meer en meer geboeid en besloot er een thesisonderwerp van te maken. Ik contacteerde Tinneke om te vragen of ze me wilde ondersteunen bij het uitwerken van deze thesis. Tinneke is experte valpreventie binnen het expertisecentrum van val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) waardoor ze ze nodige ervaring had om mijn project mee te sturen en begeleiden. Ze is zeer gepassioneerd bezig met valpreventie en haar enthousiasme over dit onderwerp sloeg onmiddellijk op me over. Wij hopen dat de lezers van dit thesismanuscript ook ons enthousiasme mogen voelen en geboeid geraken door het thema valpreventie. Want vanwege de toenemende vergrijzing kunnen we voorspellen dat dit onderwerp nog een belangrijke plaats zal innemen op de agenda van de gezondheidszorg.

Graag dank ik mijn promotor Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers voor de begeleiding van dit masterthesisproject. Dank aan Dr. Mieke Peeters, mijn praktijkopleider, voor al de opleidingskansen die ik de voorbije twee jaar heb gekregen, het ondersteunen van dit thesisproject en deelname aan het kernteam. Graag ook een grote dank aan volgende personen voor hun deelname aan het kernteam: Tinneke Claes (ergotherapeute), Jantien Maerien (ergotherapeute), An Smets (kinesiste), Kathy Van Tongerloo (kinesiste), Dr. Johan Willemse (huisarts), Luc Heirstrate (verpleging), An Van Loon (verpleging) en Melissa Paulussen (coördinator Preventiecentrum regio Turnhout). Ondanks de drukke agenda's maakten al deze personen speciaal tijd vrij om mee dit zorgpad uit te rollen. Dank aan de huisartsenpraktijk van Dr. C. Coene te Ravels voor het deelnemen aan de pilootstudie. Tot slot wil ik ook mijn ouders en mijn partner bedanken voor de vele jaren steun en geduld tijdens mijn opleiding.

Abstract

Achtergrond: Ongeveer één op de drie thuiswonende 65-plussers valt minstens eenmaal per jaar, waarvan 21-45% herhaaldelijk. De gevolgen van een valincident kunnen ernstig zijn en kunnen bovendien leiden tot een vroegtijdige dood. Valpreventie vraagt een multidisciplinaire aanpak waarbij de ergotherapeut, kinesist, huisarts en verpleging een belangrijke, sturende rol spelen. De toenemende vergrijzing zorgt ervoor dat valpreventie een actueel thema is en doet vermoeden dat het belang van valpreventie alleen maar zal toenemen. Een goede aanpak van valpreventie binnen deze populatie zou ervoor moeten zorgen dat de ouderen langer zelfstandig thuis kunnen wonen. (1) De praktijkrichtlijn van het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) is een correcte en volledige richtlijn die een goede basis vormt voor valpreventie. (2) Verschillende onderzoeken beschrijven wel steeds dezelfde moeilijkheden en uitdagingen. Zoals gebrek aan motivatie van de patiënt, de tijdsinvestering en het organiseren van een multidisciplinaire samenwerking. (1-6) Deze drie factoren vormen dus een grote uitdaging om aan goede valpreventie te doen waardoor de toepassing van de richtlijnen in de huidige praktijk een grote uitdaging is.

Doelstelling: Het opzet van deze masterpaper is de toepassing van valpreventie binnen de eerstelijns gezondheidszorg te ondersteunen door een lokaal zorgpad valpreventie te ontwikkelen. Het is een kwaliteit verbeterend project met als doel de praktijkrichtlijn 'valpreventie bij thuiswonende ouderen' beter toe te kunnen passen in de praktijk.
Naast het ontwikkelen van dit zorgpad, zal er een korte pilootstudie plaatsvinden om een tussentijdse evaluatie uit te kunnen voeren. Het implementeren van dit zorgpad zal buiten het bestek van deze masterthesis vallen.

Methode: Voor het opstellen van het zorgpad zullen we ons baseren op het draaiboek dat opgesteld werd door het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen, ondersteund door de KU Leuven. Verder wordt er rekening gehouden met de aanbevelingen uit de laatste versie van de praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen en het praktijkinstrument val- en fractuurpreventie van Domus Medica. Alvorens het zorgpad te implementeren, wordt door middel van een pilootstudie onderzocht hoe gemotiveerd de 65-plussers zijn om aan valpreventie te doen enerzijds en in welke mate het zorgpad zorgt voor een betere samenwerking tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers, een verminderde tijdsinvestering van de huisarts en een betere follow-up anderzijds.

Resultaten: Het zorgpad resulteerde in een flowchart die een overzicht vormt van de inclusiecriteria, de risicofactoren en interventies bij valpreventie. Daarnaast werd een patiëntenbrochure ontwikkeld. Deze patiëntenbrochure bestaat uit screeningsvragen en adviezen over de valrisicofactoren ter informering van de patiënten. Voor de hulpverleners werd een informatiewijzer ontwikkeld om de diagnostiek en aanpak van valpreventie te ondersteunen.
Tijdens de pilootstudie kwam 44% (n=9) van de patiënten terug op consultatie om over valpreventie te spreken. Patiënten die voorafgaand aan de pilootstudie niet gemotiveerd waren om deel te nemen, kwamen na het ontvangen van de brochure ook niet op consultatie.

Conclusie: De ontwikkelde patiëntenbrochure geeft een uitgebreid overzicht van de belangrijkste risicofactoren van valpreventie en hoe deze aan te pakken. Bijkomend is het een hulpmiddel voor de zorgverlener om deze materie sneller en gestructureerder te bespreken met de 65-plusser. Maar net zoals in voorgaande studies, werd motivatie van de ouderen gezien als het grootste struikelblok. Deze motivatie werd in de pilootstudie niet beïnvloed door de patiëntenbrochure. De invloed van het zorgpad en de patiëntenbrochure op de samenwerking, follow-up en administratieve belasting konden we niet bestuderen vanwege een te beperkte respons. Deze beperkte respons was mogelijks te verklaren door de Covid-19 pandemie.

Inleiding

Ongeveer één op de drie thuiswonende 65-plussers valt minstens eenmaal per jaar, waarvan 21-45% herhaaldelijk. Een valincident wordt gedefinieerd als 'een onverwachte gebeurtenis waarbij de oudere op de grond, vloer of een lager gelegen niveau terecht komt'. De gevolgen van een valincident kunnen ernstig zijn. Vallen kan ondermeer leiden tot hoofdtrauma's (1-4%) en fracturen (2-16%), waaronder heupfracturen (2-5%). Valletsels kunnen bovendien leiden tot een vroegtijdige dood. Het mortaliteitsrisico ligt bij Belgische vrouwen en mannen respectievelijk vijf- tot achtmaal hoger in de eerste drie maanden na een val met een heupfractuur. Ook in de jaren nadien blijft het risico groot omwille van de kwetsbaarheid (frailty) van deze ouderen. Naast de fysieke gevolgen kan vallen ook leiden tot valangst met vermijdingsgedrag, sociale isolatie en afname van de levenskwaliteit. (1)Vallen is een multifactorieel probleem waarbij biologische (leeftijd, chronische aandoeningen, fysieke achteruitgang, …), gedragsmatige (onveilig schoeisel, te weinig lichaamsbeweging, kruipen op ladder, …), omgevingsgebonden (gladde vloer, onvoldoende verlichting) en socio-economische factoren (laag inkomen, laag opleidingsniveau, gebrek aan sociale interactie, …) een rol spelen. Er zijn verschillende extrinsieke en intrinsieke risicofactoren die een belangrijke rol spelen bij vallen zoals medicatie, spierkracht, hypotensie, visusvermindering, voetproblemen, valangst, … Dit zorgt ervoor dat valpreventie een multifactoriële aanpak vraagt. (1) Milisen et al. (2017) ontwikkelde een praktijkrichtlijn voor valpreventie bij thuiswonende ouderen, ondersteund door het expertisecentrum voor val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). Hierin wordt beschreven dat de aanpak van valpreventie multidisciplinair moet verlopen waarbij de ergotherapeut, kinesist, huisarts en verpleging een belangrijke sturende rol spelen. De huisarts wordt in de richtlijn beschreven als een spilfiguur die de zorg rond valpreventie moet coördineren. (1) Domus medica ontwikkelde in samenspraak met het EVV een praktijkinstrument, gebaseerd op de praktijkrichtlijn, die een beslisboom bevat om de praktijkvoering bij de aanpak van valpreventie te vereenvoudigen.

Ondanks het bestaan van een goede praktijkrichtlijn en een ondersteunend praktijkinstrument blijft valpreventie een grote uitdaging. Bij deze multifactoriële evaluatie en interventie moeten verschillende randvoorwaarden ingevuld zijn alvorens een significante daling van het aantal valincidenten vastgesteld kan worden. Een gebrek aan motivatie van de patiënt om zijn gedrag en omgeving aan te passen, de grote administratieve belasting voor de huisarts, de beschikbaarheid van goed opgeleide paramedici en een goede multidisciplinaire samenwerking blijven in de praktijk steeds grote uitdagingen. (1)

De bedoeling van deze masterthesis is in een eerste fase het ontwikkelen van een lokaal zorgpad valpreventie bij thuiswonende 65-plussers met een team van huisartsen, kinesitherapeuten, thuisverpleegkundigen en ergotherapeuten. In een tweede fase zal een pilootstudie opgestart worden om de werkbaarheid van het zorgpad te onderzoeken. Hierbij wordt gekeken of het zorgpad de thuiswonende ouderen kan motiveren om deel te nemen aan valpreventie en dit tot gedragsveradering kan leiden. De motivatie zal nagemeten worden door te registreren hoeveel ouderen op consultatie komen om over valpreventie te spreken nadat ze uitgenodigd werden om aan het zorgpad deel te nemen. Daarnaast zal de gedragsaanpassing geanalyseerd worden door te meten welke besproken interventies effectief toegepast worden. Secundair wordt er tijdens deze pilootstudie via een enquete bij de betrokken zorgverleneres ook gemeten of dit lokaal zorgpad een positieve invloed heeft op de samenwerking tussen alle verschillende gezondheidsmedewerkers, of de administratieve belasting verminderd wordt en of de follow-up vlot verloopt.

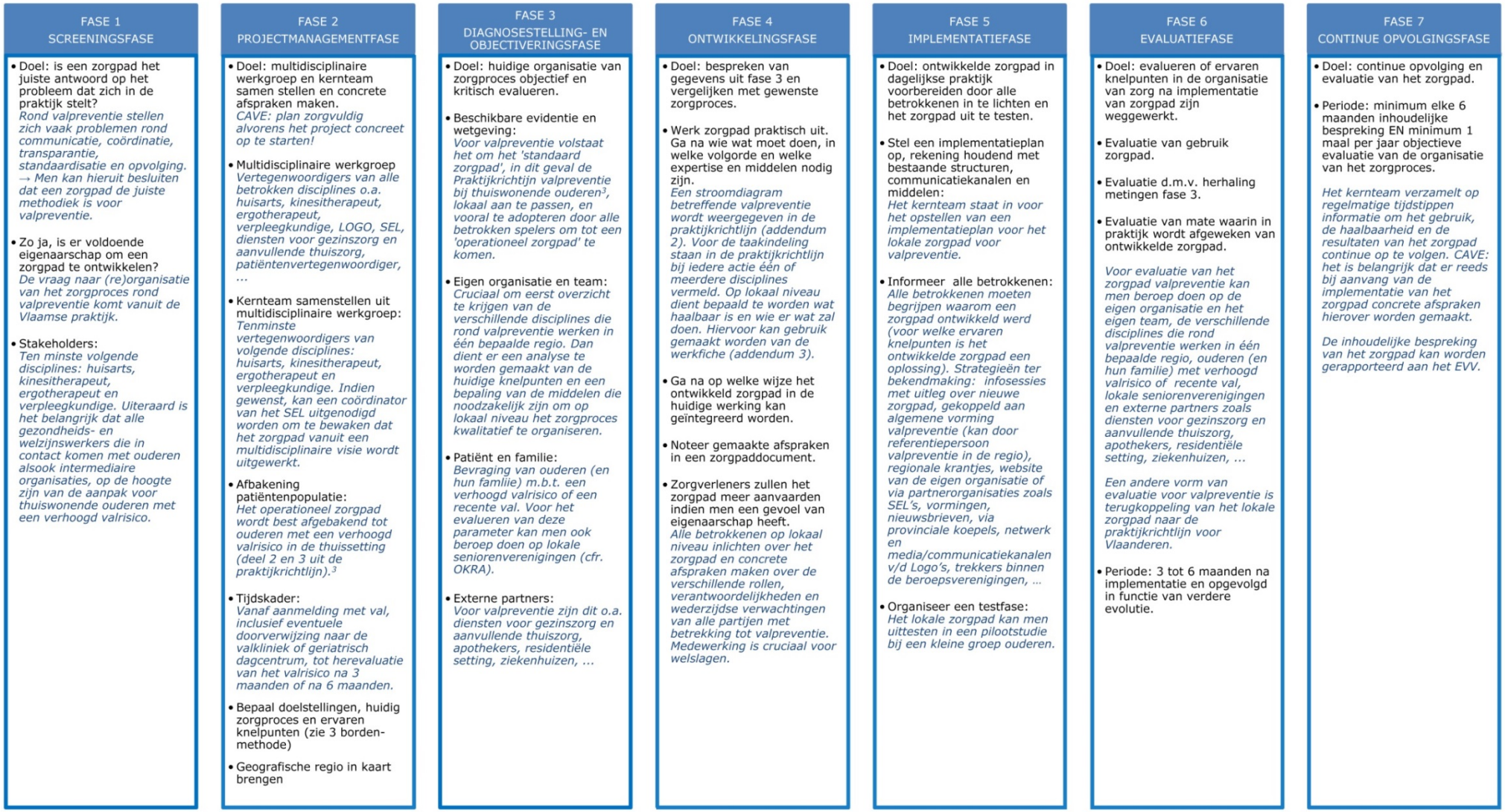
Methode

Ontwikkeling zorgpad

Tijdens de eerste fase van dit kwaliteit verbeterend onderzoek zal er een multidisciplinaire kerngroep samengesteld worden om samen het lokaal zorgpad valpreventie te ontwikkelen. Dit multidisciplinair team zal bestaan uit de vier kerndisciplines: huisartsen, kinesisten, ergotherapeuten en thuisverpleegkundigen, zoals beschreven in de praktijkrichtlijn valpreventie. Ergotherapeuten en kinesitherapeuten met een bijzondere interesse en/of specialisatie in valpreventie en tewerkgesteld in de regio Noorderkempen, worden betrokken in deze masterthesis. De inclusie van huisartsen zal gebeuren door een rekruteringsmail *(bijlage 1)* die via de verantwoordelijken van de wachtkring HVRT (huisartsen vereniging regio Turnhout) verspreid wordt. Om thuisverpleegkundigen te rekruteren zal dezelfde rekruteringsmail gestuurd worden naar het Wit-Gele kruis.

De uitwerking van dit zorgpad zal gebaseerd worden op het draaiboek 'zorgpad valpreventie' *(bijlage 2)* dat opgesteld werd door het EVV, ondersteund door het onderzoeksteam 'zorgpaden' van de KU Leuven, rekening houdend met de aanbevelingen uit de laatste versie van de praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen. Het draaiboek is samengesteld met de meest beschikbare wetenschappelijke evidentie en is gebaseerd op het generisch draaiboek over zorgpaden "Hoe transmurale zorgpaden opbouwen?" en het 7-fasenmodel *(afbeelding 1)*. Dit draaiboek is een hulpmiddel voor het organiseren van een zorgpad op lokaal niveau, het vormt geen vast scenario en moet aangepast worden aan de specifieke wensen of eisen van de gebruikers.

Er worden vier samenkomsten gepland van september 2019 t.e.m. december 2019. Tijdens de eerste samenkomst in september zal de screenings- en de projectmanagementfase (fase 1 en 2) overlopen worden. Daarna zal er tijdens de tweede samenkomst in oktober de diagnosestelling- en objectiveringsfase (fase 3) besproken worden. Vervolgens zal tijdens de derde samenkomst in november de ontwikkelingsfase (fase 4) van start gaan. Ten slotte wordt in december de ontwikkelingsfase afgewerkt en bereiden we ons voor op het tweede gedeelte van dit onderzoeksproject: de implementatiefase die zal bestaan uit een pilootproject (fase 5). Tijdens iedere fase zal eerst gekeken worden welke wetenschappelijke evidenties gekend zijn, zodat deze vervolgens omgezet kunnen worden naar een praktijkgericht zorgpad met behulp van de expertise van de zorgverleners uit het kernteam. Tijdens deze masterthesis is er bewust gekozen om geen uitgebreide literatuurstudie uit te voeren aangezien er reeds een goede praktijkrichtlijn en praktijkinstrument bestaat. We willen ons focussen op hoe we deze richtlijnen kunnen omzetten in de praktijk en gaan ons hiervoor baseren op de wetenschappelijke gegevens uit de praktijkrichtlijnen en de gegevens uit de literatuurstudies uit voorafgaande masterthesissen. Via de icho-database konden we zeven voorafgaande masterthesissen over valpreventie includeren.



<u>Afbeelding 1</u>: 7- fasenmodel (bron: draaiboek zorgpad valpreventie)

Implementatie: pilootstudie

De implementatiefase (fase 5) zal bestaan uit een kleine pilootstudie. Tijdens de pilootstudie willen we de bruikbaarheid van het zorgpad nagaan alvorens het zorgpad geïmplementeerd wordt. De implementatie van het zorgpad valt buiten het bestek van dit onderzoeksproject. Het Preventiecentrum regio Turnhout volgt het proces mee om na te gaan of ze het zorgpad achteraf in de praktijk kunnen implementeren.

Patiënten die geïncludeerd zullen worden in deze pilootstudie zijn thuiswonende 65-plussers die voldoen aan één van volgende screeningsvragen:

Viel de oudere het voorbije jaar twee of meerdere keren?

Liep de oudere een letsel op ten gevolge van een val?

Heeft de oudere gang- en evenwichtsproblemen?

Een verminderde cognitieve status zoals mentale handicap, delier en ouderen met dementie (MMSE <24/30) nemen we als exclusie criteria gezien dit de adequaatheid voor het doorlopen van het zorgpad kan beïnvloeden. (1)

De patiënten zullen in twee groepen opgedeeld worden. De eerste groep bestaat uit patiënten gerekruteerd in twee huisartsenpraktijken. De eerste praktijk is artsenpraktijk De Bries in Merksplas, de praktijk waar ik als HAIO tewerkgesteld ben. Mijn PO, Dr. Peeters M., en ikzelf hebben beide het zorgpad mee opgesteld en zijn dus beide op de hoogte van de werking van dit zorgpad. Een huisarts uit Ravels contacteerde me in december vanwege interesse voor deelname aan de pilootstudie. Ze heeft het zorgpad niet mee opgesteld. Na informering over de werking van het zorgpad heeft deze huisartsenpraktijk vijf brochures ontvangen om onder de patiënten te verdelen. De praktijk bestaat eveneens uit een solo-arts en één HAIO. Bij deze groep patiënten willen we onze primaire onderzoeksvraag nagaan: 'Kunnen we door middel van onze patiëntenbrochure ouderen motiveren om aan valpreventie te doen en gedragsverandering induceren?

Binnen de huisartsenpraktijk De Bries, zal er van begin december 2019 tot begin januari 2020 een informatiebrief over het pilootproject in de wachtzaal liggen. Daarnaast zullen beide artsen tijdens deze periode noteren welke patiënten in aanmerking komen om aan valpreventie te doen. Begin januari gaan we deze patiënten opbellen en uitnodigen om deel te nemen aan het pilootproject. Patiënten die mee willen doen aan het project krijgen een mondelinge toelichting over de werking van de patiëntenbrochure en worden gevraagd om in de loop van de periode januari 2020 t.e.m. begin februari 2020 op consultatie te komen om over valpreventie te spreken. De motivatie van de ouderen wordt beoordeeld aan de hand van volgende vraag: 'Komt de ouderen op eigen initiatief terug op consultatie na het ontvangen van de patiëntenbrochure?'. Vervolgens willen we kijken of we bij deze groep gemotiveerde ouderen gedragsverandering kunnen induceren. De gegevens uit de patiëntenbrochure worden overlopen met de patiënt, er wordt een klinisch onderzoek uitgevoerd en vervolgens gaat de arts een interventieplan opstellen conform de richtlijn valpreventie. Na één maand zal er telefonisch contact opgenomen worden met de ouderen om na te vragen of ze de afgesproken interventies uitvoeren. Na drie maanden worden de patiënten terug op consultatie uitgenodigd om de interventies te overlopen en de patiënt eventueel opnieuw te motiveren voor gedragsverandering. Volgens de richtlijn zou er best ook een evaluatie na zes maanden plaatsvinden, dit zal tijdens dit pilootproject niet uitgevoerd worden vanwege de beperkte tijdsspanne van het onderzoeksproject. In de huisartsenpraktijk uit Ravels werd een analoge strategie toegepast. Alleen werden de patiënten op basis van de inclusiecriteria geselecteerd door de huisartsen zelf, er lag geen informatiebrief in de wachtzaal.

De tweede groep patiënten ontvangt een patiëntenbrochure via de andere hulpverleners die mee het zorgpad opstelden (twee ergotherapeuten, twee kinesisten, één gepensioneerde huisarts die nog werkt op de wachtpost in Turnhout en de verpleegkundige van het Wit-Gele kruis). Er wordt geschat dat iedere hulpverlener vijf patiëntenbrochures kan uitdelen binnen de termijn van de pilootstudie. Deze patiënten zullen gevraagd worden om met de brochure contact op te nemen met hun eigen huisarts. Alle huisartsen uit de HVRT regio kregen een korte informatieve mail met de flowchart om hen te verwittigen dat er een patiënt op consultatie kon komen met een patiëntenbrochure. Vervolgens willen we door middel van een enquête aan de betrokken hulpverleners volgende secundaire onderzoeksvragen nagaan:

- *Is de patiënt gemotiveerd geraakt om op eigen initiatief bij u op consultatie te komen om over valpreventie te spreken?*
- *Heeft het zorgpad een positieve invloed op de samenwerking tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers i.k.v. valpreventie?*
- *Worden de huisartsen administratief minder belast d.m.v. dit zorgpad?*
- *Wat kunnen we verbeteren aan dit zorgpad alvorens het in de praktijk geïmplementeerd wordt?*

Resultaten

Ontwikkeling zorgpad

Het kernteam bestond in totaal uit acht personen. Twee ergotherapeuten en twee kinesitherapeuten met een bijzondere expertise in valpreventie. Zowel één ergotherapeut als één kinesitherapeut volgde ook een opleiding als valpreventieexpert bij het EVV. Twee vertegenwoordigers van het Wit-Gele kruis sloten zich aan bij de kerngroep. Eén van hen stelde in het verleden mee het praktijkinstrument van Domus Medica op. Daarnaast is er reeds binnen het Wit-Gele kruis bijzondere aandacht voor valpreventie. Ze registreren telkens een valincident via MijnWGK en gaan op zoek naar valrisicofactoren tijdens hun intakegesprek bij nieuwe patiënten. De huisartsengroep werd vertegenwoordigd door twee huisartsen en mezelf als HAIO. Eén van deze huisartsen is een gepensioneerde huisarts die enkel nog actief is op de wachtpost, de andere huisarts die deelnam aan het project was mijn praktijkopleider. De huisartsen hadden geen specifieke expertise binnen het domein van valpreventie. Heel het proces werd ook bijgestaan door de coördinator van het Preventiecentrum regio Turnhout.

Een uitgebreid procesbeschrijving van de opstelling van dit lokaal zorgpad kan teruggevonden worden in de verslagen van de samenkomsten. Hierin wordt per fase van het 7-fasemodel een beschrijving gemaakt van onze aanpak *(bijlage 3).*

De uitwerking van een lokaal zorgpad valpreventie resulteerde in een patiëntenbrochure *(bijlage 4)*. Deze patiëntenbrochure werd ontwikkeld om de thuiswonende ouderen beter te informeren en te motiveren. De praktijkrichtlijn suggereert om zowel mondelinge als schriftelijke informatie te geven. Dit kan de patiënten stimuleren om de besproken interventies uit te voeren en de therapietrouw te verhogen. (1)

Op de website www.valpreventie.be staat veel goede documentatie over de verschillende risicofactoren om te vallen, maar deze informatie staat verspreid in verschillende documenten zoals folders, flyers, placemats, … Het doel van de patiëntenbrochure is de lijm vormen tussen al deze beschikbare informatie.

De brochure begint met de screeningsvragen om aan valpreventie te doen:

Viel de oudere het voorbije jaar twee of meerdere keren?
Liep de oudere een letsel op ten gevolge van een val?
Heeft de oudere gang- en evenwichtsproblemen?

Bij alle thuiswonende 65-plussers die aan één van bovenstaande screeningsvragen voldoen, zou er volgens de richtlijn aan valpreventie gedaan moeten worden. Zoals beschreven in de flowchart van het zorgpad *(bijlage 5)*, zou de huisarts en de thuisverpleging jaarlijks deze screening bij alle thuiswonende 65-plussers moeten uitvoeren. De reden waarom we deze vragen expliciet toevoegden aan de brochure was met het idee om de brochures in de toekomst ook te laten verdelen via apothekers, thuishulp, bejaardenverenigingen, … Ouderen die voldoen aan één van deze screeningsvragen worden gestimuleerd om verder te lezen in de brochure.



<u>Afbeelding 2:</u> screeningsvragen valrisicofactoren (patiëntenbrochure)

Verder in de brochure vragen we de ouderen om een valagenda in te vullen en om verschillende stellingen aan te duiden i.v.m. de valrisicofactoren *(afbeelding 2)*. Deze stellingen zijn gebaseerd op de vragenlijst uit de brochure 'zelfstandig wonen iets voor u?'. (7) Indien een stelling van toepassing is voor de oudere dan wordt men doorverwezen naar de gerelateerde pagina. Op deze pagina's staan telkens uitgebreidere anamnestische vragen. Deze structuur geeft een snel overzicht van de situatie bij de oudere en werkt dus tijdbesparend voor de huisarts Deze anamnestische vragenlijsten zijn niet volledig, maar richtinggevend. Er wordt verwacht dat de hulpverlener telkens zijn eigen kennis en expertise gebruikt om deze vragenlijsten verder uit te breiden. *Vb. indien de ouderen aanduidt dat er een andere vorm van duizeligheid aanwezig is dan orthostatische hypotensie, dan wordt er verwacht dat de huisarts zelf initiatief neemt om verdere anamnese uit te voeren naar de verschillende vormen van duizeligheid.*

De selectie van deze vragen werd gemaakt op basis van de vragen uit de het praktijkinstrument valpreventie van Domus Medica en verder aangevuld door de expertise van de hulpverleners uit de kerngroep.
Tijdens het laatste informatieve gedeelte van de patiëntenbrochure hebben we weetjes en tips gebundeld over iedere risicofactor. Deze informatie kwam uit verschillende documentatie materialen bekomen via www.valpreventie.be > aanbod en de praktijkrichtlijn. Zo hopen we de werkbelasting van de huisarts weer te verlagen doordat de huisarts naar de desbetreffende informatie kan verwijzen.
Op het einde van de patiëntenbrochure staat een interventielijst. Hier wordt er gevraagd dat de hulpverleners aanduiden welke diagnostiek en interventies uitgevoerd en besproken werden met de patiënten. Het doel van deze interventielijst is de communicatie en samenwerking tussen de verschillende hulpverleners te verbeteren. Helemaal op het einde werd er ook ruimte voorzien om nota's te maken door de hulpverleners.
Het Expertisecentrum val- en fractuurpreventie Vlaanderen controleerde deze patiëntenbrochure om na te gaan of alle informatie in de juiste context gebruikt werd en gaf de goedkeuring om de materialen van hun website te gebruiken in deze patiëntenbrochure.
Naast het ontwikkelen van de patiëntenbrochure werd er een flowchart van het lokaal zorgpad ontworpen en maakten we voor iedere groep van hulpverleners een aangepaste informatiewijzer *(bijlage 6)*. Deze informatiewijzer bevat een aangepaste flowchart per beroepsgroep en bijgevoegde informatie over het juist uitvoeren van de verschillende onderzoeken.

Implementatie: pilootstudie

De pilootstudie bestond uit twee patiëntengroepen. De eerste patiëntengroep werd geselecteerd in de huisartsenpraktijk 'De Bries' in Merksplas en de Ravelse huisartsenpraktijk. Beide huisartsenpraktijken bestaan uit één soloarts en één HAIO. Binnen huisartsenpraktijk de Bries lag gedurende de maand december 2019 een informatiebrief in de wachtzaal, patiënten werden via deze informatiebrief uitgenodigd om over valpreventie te spreken met de huisarts. Daarnaast registreerden de artsen welke patiënten een recente val hadden doorgemaakt of waarbij er duidelijke evenwichtsproblemen aanwezig waren. Twee patiënten contacteerden de artsen op eigen initiatief om over valpreventie te spreken na het lezen van de informatiebrief. Negen andere patiënten werden door de huisartsen geregistreerd met een recente val of evenwichtsproblemen. Vijf van deze negen patiënten maakten een val mee gedurende de maanden november of december. Negen van de elf patiënten werden geïncludeerd voor de pilootstudie, twee patiënten werden geëxcludeerd vanwege een te jonge leeftijd (< 65 jaar) *(tabel 1).* Begin januari namen we contact op met de negen geïncludeerde patiënten. We bedeelden hen de patiëntenbrochure en de informatiebrief met informed consent van de studie.
Tijdens dit gedeelte van de pilootstudie wilden we de primaire onderzoeksvraag bestuderen: *'Kan het zorgpad de ouderen motiveren om aan valpreventie deel te nemen en hun gedrag te veranderen?'*
De motivatie voor deelname aan valpreventie werd gemeten door na te gaan hoeveel ouderen er op eigen initiatief naar de consultatie kwamen na het ontvangen van de patiëntenbrochure. Vier van de negen ouderen (44%) kwamen na het ontvangen van de patiëntenbrochure terug op consultatie om over valpreventie te spreken. De gedragsverandering werd gemeten door een registratie van de besproken interventies tijdens de eerste consultatie. Tijdens de follow-up werd nagegaan welk van deze interventies daadwerkelijk worden toegepast. Er zou een telefonische follow-up plaatsvinden één maand na de consultatie en na drie maanden zouden de patiënten terug uitgenodigd worden op consultatie om de interventies te evalueren. Vanwege tijdsgebrek hebben er geen telefonische

evaluatie plaats gevonden na één maand. De consultatie na drie maanden is vervangen door een telefonische evaluatie vanwege de Covid-19 pandemie waarbij in maart 2020 het medisch rampenplan afgekondigd werd. Hierbij mochten artsen enkel nog medisch urgente consultaties uitvoeren en moest niet-dringende preventieve en chronische zorg uitgesteld worden. Bij de Ravelse huisartsenpraktijk werden vier van de vijf brochures uitgedeeld aan patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria. Eén van de vier patiënten maakte op eigen initiatief een nieuwe afspraak om over valpreventie te spreken. Twee van de vier patiënten kwamen op consultatie nadat de artsen hen telefonisch hebben uitgenodigd. Eén van de vier patiënten is niet op consultatie gekomen. Bij deze vier patiënten vond er vanwege de drukke periode tijdens de Covid-19 pandemie geen folluw-up plaats na drie maanden.
In tabel twee is er een overzicht weergegeven van de besproken interventies op het eerste consultatiemoment in januari 2020 en de interventies die effectief toegepast worden door de ouderen zoals gebeleken uit het opvolgmoment drie maanden later, in april.
De tweede patiëntengroep werd gerecruteerd door de andere hulpverleners die deelnamen aan de opstelling van het zorgpad. Iedere hulpverlener ontving vijf patiëntenbrochures begin januari. Zo werden er dertig brochures verdeeld over zes verschillende hulpverleners. Er werd gevraagd om op zoek te gaan naar patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria gedurende de maand januari. Patiënten ontvingen de patiëntenbrochure en kregen een korte uitleg over de werking van de brochure. Vervolgens werd hen gevraagd om contact op te nemen met hun eigen huisarts, de brochure mee op consultatie te nemen en met de huisarts over valpreventie te spreken. Drie maand later werden de betrokken huisartsen gecontacteerd, ze werden gevraagd om te registreren of de patiënt langs kwam op consultatie en werd aan deze huisartsen gevraagd om via een korte enquête een beoordeling te geven over het zorgpad en de patiëntenbrochure.
Slechts drie van de zes hulpverleners gaven achteraf respons. Eén van hen had geen enkele brochure uitgedeeld. De andere twee hulpverleners hadden samen 7 brochures verdeeld *(tabel 3).* De zeven huisartsen waarvan een patiënt de brochure ontving werden gecontacteerd. Slechts één van deze zeven huisartsen gaf respons. Haar patiënt was niet op consultatie gekomen om over valpreventie te spreken. Vanwege deze beperkte respons was het niet mogelijk om een enquête af te nemen en konden we geen uitspraak doen over de secundaire onderzoeksvragen: ‘Heeft het zorgpad en de patiëntenbrochure een positieve invloed op de samenwerking tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers die betrokken zijn bij valpreventie? Is er een afname in administratieve belasting voor de huisarts m.b.v. de patiëntenbrochure? Vormt de patiëntenbrochure een hulpmiddel voor een vlottere follow-up?’

Geslacht	Leeftijd	Inclusiecriteria	Exclusie-criteria	Motivatie bij aanvang	Deelname aan studie na informering	Consultatie op eigen initiatief om over valpreventie te spreken.
Man	91	Regelmatig vallen + evenwichtspobleem	/	X	X	X
Vrouw	76	Onzekerheid + evenwichtsprobleem **Zelf aangemeld**	/	X	X	X
Vrouw	58	Recente val	Te jong	/	/	/
Vrouw	78	Recente val met polsfractuur	/	X	X	X
Vrouw	73	Regelmatig vallen **Zelf aangemeld**	/	X	X	
Vrouw	62	Recente val	Te jong	/	/	/
Vrouw	80	Evenwichtsprobleem	/		X	
Vrouw	81	Recente val + bang om te vallen	/	X	X	X
Vrouw	88	Regelmatig vallen + bang om te vallen	/		X	
Vrouw	85	Bang om te vallen + evenwichtsproblemen	/		X	
Vrouw	81	Recente val	/		X	
Vrouw	89	Recente val	/	X	X	X
Vrouw	84	Recente val	/		X	
Vrouw	89	Recente val	/		X	

Tabel 1: Overzicht patiëntengroep 1

Regelmatig vallen = voorbije drie maanden twee of meerdere keren gevallen
Recente val = laatste maand gevallen, maar niet twee of meerdere keren gevallen de voorbije drie maanden
Evenwichtsproblemen = onzekere gang, gevoel van instabiliteit of gevoel niet zeker op de benen te staan

	Factoren die geëvalueerd tijdens de consultatie over valpreventie		Aanbevolen interventies		Aantal patiënten die interventie toepassen na drie maanden (t.o.v. totaal aantal deelnemende patiënten per praktijk)	
	(a) n=4	(b) n=3	(a) n=4	(b) n=3	(a) n=4	(b) n=3
Bewegen en evenwicht • Bewegingsadvies • Doorverwijzing kinesist	100%	100%	75% 50%	50% 33,33%	0%(***) 0%	NVT(**) 0%(****)
Duizeligheid • Tips • Doorverwijzing geriater/ NKO/ kinesist	100%	100%	50% 0%	33,33% 0%	50% 0%	NVT(**) NVT(**)
Medicatie • Afbouwen slaapmedicatie • Aanpassen andere medicatie	75%	100%	25% 25%	66,67% 66,67%	0% 25%	NVT(**) NVT(**)
Schoenen en voeten • Tips • Doorverwijzing podoloog/ orthopedist	75%	100%	75% 0%	33,33% 0%	75% 0%	NVT(**) NVT(**)
Valangst • Personenalarm • Oefentherapie • Doorverwijzing ergotherapeut	75%	100%	0% 0% 0%	66,67% 33,33% 0%	0% 0% 0%	NVT(**) NVT(**) NVT(**)
Zicht • Tips • Doorverwijzing	75%	100%	0% 0%	100% 0%		NVT(**) NVT(**)
Omgeving • Checklist valvrij huis • Doorverwijzing ergotherapeut	75%	0%	75% 25%	0% 0%	75% 0%	NVT(**) NVT(**)

Andere: • Incontinentie • Alcohol en ondervoeding • Andere	50%	33,33%	 25% 0% 25%	 0% 33,33% 0%	 0% 0% 25%	 NVT(**) NVT(**) NVT(**)

Tabel 2: Overzicht interventies (patiëntengroep 1)

(*) Vier patiënten kwamen op consultatie i.v.m. valpreventie bij praktijk De Bries in Merksplas (a). Drie patiënten spraken met hun arts over valpreventie na het ontvangen van de brochure binnen de huisartsenpraktijk van Dr. Coene C. in Ravels (b).

(**) Vanwege Covid-19 pandemie in maart 2020 vond er geen follow-up plaats bij drie patiënten van de huisartsenpraktijk Dr. Coene in Ravels.

(***) Vanwege Covid-19 pandemie durfden de drie patiënten uit artsenpraktijk De Bies (Merksplas) niet meer buiten wandelen of fietsen. Twee van de drie patiënten hadden voor de pandemie een voldoende hoeveelheid lichaamsbeweging (cfr. Aanbevelingen). Eén van de drie was in januari begonnen met meer wandelen, maar durfde sinds maart niet meer buiten komen.

(****) Patiënt wenst geen doorverwijzing.

	Kinesist 1	Kinesist 2	Thuisverpleging	Ergotherapeut 1	Ergotherapeut 2	Huisarts 1
Aantal brochures	5	5	5	5	5	5
Uitgedeeld	Geen respons	3	Geen respons	4	0	Geen respons

7 huisartsen gemaild met vraag of patiënt op consultatie kwam voor valpreventie

6 huisartsen	Geen respons	
1 huisarts	Respons	patiënt is niet op consultatie gekomen

Tabel 3: Overzicht uitgedeelde patiëntenbrochures (Patiëntengroep twee)

Discussie

Ontwikkeling zorgpad

Verschillende factoren beïnvloeden het risico op vallen. Daarom wordt in de Vlaamse praktijkrichtlijn aanbevolen om een multifactoriële evaluatie uit te voeren i.k.v. valpreventie. Met behulp van deze evaluatie worden de individuele risicofactoren van de patiënt geïdentificeerd en kan er een persoonlijk behandelplan opgesteld worden. In de algemene oudere populatie zag men dat deze multifactoriële interventies effectief zijn om het valrisico te reduceren. Doordat eerder uitgevoerde onderzoeken zeer gevarieerde onderzoekspopulaties gebruiken, komen meta-analyses moeilijk tot stand. In studies met een ongeselecteerde patiëntenpopulatie van thuiswonende ouderen ziet men bij effectieve multifactoriële interventieprogramma's dat oefentherapie consistent aanwezig is. Interventies waar geen oefentherapie in vervat zit, lijken minder effectief. Een interdisciplinaire samenwerking, meervoudige momenten van beoordeling en interventie lijken bij te dragen tot een effectief programma. (11)

Hoewel specifieke implementatieonderzoeken onderbreken, lijken multifactoriële evaluatie en multidisciplinaire programma's het meest succesvol. Medici, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en specifiek geschoolde verpleegkundigen zijn hiervoor belangrijke betrokken disciplines. Daarom is het aanbevolen dat deze disciplines betrokken worden in zorgprogramma's inzake valpreventie. (11) Tijdens dit thesisproject werd een kernteam samengesteld om samen een zorgpad uit te schrijven, bestaande uit deze vier disciplines. Het doel was één gezondheidsmedewerker te vinden van iedere discipline om het kernteam samen te stellen. Na één mail per gezondheidsgroep konden we een team samenstellen van negen hulpverleners en de coördinator van het Preventiecentrum regio Turnhout. Iedere discipline was door minstens twee hulpverleners vertegenwoordigd. Daarnaast hebben nog vier andere hulpverleners laten weten dat ze interesse hadden in een zorgpad valpreventie, maar vanwege tijdsgebrek niet konden deelnemen aan het kernteam. Ondanks de drukke agenda's was er bij iedere samenkomst steeds de helft of meer van de zorgverleners aanwezig en bij de laatste samenkomst was de groep voltallig vertegenwoordigd.

Alle hulpverleners, buiten de huisartsen, hadden reeds ervaring of specialisatie in valpreventie. Opvallend was dat de huisartsen geen bijzondere expertise hadden met valpreventie, maar dat de andere zorgverleners de rol van de huisarts cruciaal vinden om aan goede valpreventie te doen. Ook de Vlaamse richtlijn beschrijft de huisarts als centrale spilfiguur in de multidisciplinaire aanpak. In de Nederlandse praktijkrichtlijn wordt het belang van de huisarts beschreven als één van de voorwaarden voor de succesvolle implementatie van valpreventie. De huisarts is enerzijds belangrijk voor de identificatie van ouderen met verhoogd valrisico, anderzijds heeft de huisarts een belangrijke taak bij de diagnostiek en opstellen van behandelplan. (11) De huisartsen zagen het belang van valpreventie in, maar gaven aan dat er te weinig houvast is om dit grondig en gestructureerd aan te pakken. Ook in de thesis van Ine Vanherle werd beschreven dat huisartsen nog meer gesensibiliseerd moeten worden om aan valpreventie te doen. Een bijscholing over valpreventie bleek onvoldoende om een gedragsverandering bij de zorgverleners teweeg te brengen. (5) Onvoldoende inzicht in het belang van valpreventie bij de huisartsen en onvoldoende sensibilisering van de huisartsen om valpreventie uit te voeren kan een verklaring zijn waarom we geen huisartsen vonden die een bijzondere expertise in valpreventie hadden.

Tijdens de eerste samenkomst werd nagegaan waarom iedere zorgverlener valpreventie belangrijk vindt en wat er verwacht werd van het opstellen van een zorgpad. Ondanks het belang van valpreventie, merkte iedere hulpverlener op dat er vaak een gebrek is aan motivatie bij de patiënt om aan valpreventie te doen. Het EVV deed een bevraging bij hulpverleners waarbij 85% van de

zorgverleners aangaf dat ouderen het probleem van valrisico ontekennen of negeren, daarnaast beantwoordde 75% dat er te weinig motivatie is bij de ouderen om valpreventiemaatregelen uit te voeren. (7) Praktische knelpunten die het kernteam ervaarden zijn zowel een gebrek aan samenwerking tussen de verschillende zorgverleners als het gebrek aan tijd om aan valpreventie te doen *(gedetailleerde bespreking in bijlage 3: verslag van de samenkomsten).* De tijdsinvestering en gebrek aan multidisciplinaire samenwerking worden in de literatuur beschreven als de voornaamste beperkingen om valpreventie toe te passen in de praktijk. Opvallend is dat deze beschreven knelpunten ook ervaren werden door de hulpverleners van het kernteam. De haalbaarheid en bruikbaarheid van een praktijkrichtlijn is nochtans afhankelijk van de samenwerking. Een brede interdisciplinaire aanpak is belangrijk voor de succesvolle invoering van de richtlijn valpreventie. (11) Eline Allegaert toonde in haar thesis ook aan dat een goede samenwerking noodzakelijk is en dat valpreventie best ingebed moet zijn in een lokaal netwerk. (6) Tijdens de bevraging van het EVV gaf 60% aan dat er een gebrek is aan tijd om valpreventie uit te voeren, daarnaast is het moeilijk te integreren in de routineactiviteiten. (7) Een lokaal zorgpad kan meer structuur bieden om valpreventie uit te voeren waardoor het beter in de routineactiviteiten van de dagelijkse praktijk past. Daarnaast kunnen goede afspraken tussen de verschillende zorgverleners ervoor zorgen dat er een betere verdeling is van het takenpakket en hierdoor de tijdsinvestering van de huisartsen verlagen. Bovendien zullen goede afspraken mogelijks leiden tot betere samenwerking van de verschillende zorgsectoren. Ook Bo Debaere beschreef tijdens haar thesis het belang van het laag houden van de werkdruk voor de huisarts. De Vlaamse praktijkrichtlijn werd als volledig en correct beschouwd, maar om de implementatie van de richtlijn kosteneffectief te laten zijn, moet de huisarts ontlast worden. Een multidisciplinaire samenwerking en een duidelijke, gestructureerde richtlijn die eenvoudig over te nemen is naar de praktijk kunnen ertoe leiden dat de huisarts ontlast wordt. (2)

Om een zorgpad op te stellen is het belangrijk om een populatie, geografisch gebied en tijdsspanne af te bakenen. De populatie werd vastgelegd op basis van de praktijkrichtlijn zoals hoger beschreven. Het geografische gebied werd afgebakend volgens de regio waarbinnen de huisartsenkring Turnhout (HVRT) actief is. Dit gebied werd gekozen omdat via het Preventiecentrum regio Turnhout na afloop van dit onderzoeksproject na kan gegaan worden of het zorgpad geïmplementeerd kan worden. De bedenking bij deze afbakening was bovendien dat via de eerstelijnszones er achteraf een soort kruisbestuiving kan ontstaan waarbij het zorgpad verder uitgebreid kan worden over de Zuiderkempen. De ontwikkeling van het zorgpad werd succesvol afgewerkt in de vooropgestelde tijdsspanne die liep van september 2020 t.e.m. december 2020.

De ontwikkeling van het zorgpad gebeurde op basis van het praktijkinstrument van Domus Medica, de praktijkrichtlijn en het draaiboek zorgpad valpreventie. Met deze documenten als leidraad werd de patiëntenbrochure, de flowchart van het zorgpad en de informatiewijzers voor iedere discipline ontwikkeld. Voor het opstellen van een multifactoriële evaluatie en interventieprogramma hebben we ons tijdens het ontwikkelen van de patiëntenbrochure gefocust op de risicofactoren zoals aangehaald in het praktijkinstrument van Domus Medica: evenwicht, spierkracht, mobiliteit / medicatie / orthostatische hypotensie / visus / voetproblemen en risicoinhoudend schoeisel / valangst / omgeving en gedrag. Andere risicofactoren zoals acute problemen, chronische aandoeningen, alcoholisme en ondervoeding worden niet aangehaald in de patiëntenbrochure aangezien dit zeer individueel is. Bovendien heeft de behandelende huisarts met behulp van het elektronische medische dossier een goed inzicht over de chronische belasting en de kwetsbaarheid van de patiënt. In de informatiewijzer voor de huisartsen wordt er wel de aandacht besteed voor deze factoren. De huisarts moet altijd de reflex hebben om bij een nieuwe val aan acute problemen zoals infecties te denken en moet de

kwetsbaarheid en de belasting van chronische belasting in rekening brengen. In de Nederlandse praktijkrichtlijn wordt er beschreven dat er aanwijzingen zijn dat de afhankelijkheid tijdens de ADL-activiteiten en artrose van de heup en knie twee mogelijke risicofactoren vormen. (11) De afhankelijkheid tijdens de ADL-activiteiten hebben we tijdens de patiëntenbrochure verwerkt in de vragenlijst i.v.m. valangst en omgeving en gedrag. Op die manier kan de huisarts na het doorlezen van de antwoorden een inschatting maken over de zelfredzaamheid en het risicovol gedrag van de patiënt. Artrose van knie en heup werd niet specifiek opgenomen in de patiëntenbrochure doordat we ervan uitgaan dat de arts over deze gegevens beschikt via het elektronisch medisch dossier. Zoals de andere chronische aandoeningen wordt de arts hier wel op alert gemaakt in de informatiewijzer.
Bij de implementatie van valpreventie dient aan enkele voorwaarden voldaan te worden. Zo wordt in de Nederlandse richtlijn o.a. het belang van een duidelijke taakverdeling en de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de taken beschreven. (11) Bij deze opstelling merkten we dat een groot deel van het takenpakket bij de huisarts zit: anamnese, klinisch onderzoek en het opstellen van het interventieplan met zo nodig een doorverwijzing. Testen zoals orthostatische hypotensie nakijken, lineaire E-test, timed up and go test werden door de huisartsen als erg tijdrovend ervaren. Bovendien is orthostatische hypotensie moeilijk correct na te meten in de huisartsenpraktijk doordat de patiënt best gedurende langere tijd plat ligt alvorens recht te komen. (13) Het idee was om dit door de thuisverpleging te laten uitvoeren. Ook de thuisverpleging ervaarde dit als te tijdrovend en daarnaast hebben ze beperkte middelen doordat er voor verpleging geen nomenclatuurnummer bestaat om aan preventie te doen. Er zijn onvoldoende vergoedingsmogelijkheden voor enerzijds multidisciplinair overleg daarnaast is preventieve zorg niet opgenomen in de nomenclatuur. F-pathologie is al een grote verbetering, maar is eerder een vorm van secundaire preventie i.p.v. primaire preventie. Verdere oppuntstelling van o.a. cognitie, valangst en gebruik van loophulpmiddelen kan door een ergotherapeut gebeuren. Dit kan een ontlasting zijn van het takenpakket van de huisarts, maar ook hier is er een noodzaak in verbetering van bereikbaarheid. Ergotherapie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt niet terugbetaald. De meeste mutualiteiten stellen wel een ergotherapeut ter beschikking om een beperkte screening van de omgeving uit te voeren. (1,6) Vanwege de tijdrovende oppuntstelling van de valproblematiek werd het idee geopperd om een verpleegkundige op te leren om een uitgebreide valanamnese en klinisch onderzoek uit te voeren zodat de huisarts hier, na screening van een aanwezig valprobleem, naar kan verwijzen en vervolgens een verslag ontvangt van dit onderzoek. De huisarts kan dit verslag dan gebruiken om de nodige interventies met eventuele doorverwijzing uit te voeren. Na afloop van de thesis kan bekeken worden of er binnen het Preventiecentrum regio Turnhout de financiële middelen zijn om iemand hiervoor op te leiden. Daarnaast werd ik in maart 2020 gecontacteerd omdat men binnen het AZ Turnhout een valkliniek wil oprichten. Tijdens de bevraging van het EVV gaf 52% van de hulpverleners aan dat er nood is aan een valkliniek binnen eigen regio. (7) Het is interessant om na te gaan hoe de valkliniek en het zorgpad binnen de eerste lijn op elkaar afgestemd kunnen worden en of er eventueel een transmuraal zorgpad uitgeschreven kan worden waarbij er duidelijke doorverwijzingscriteria vooropgesteld worden en waarbij de tweede lijn ook naar de eerste lijn kan verwijzen voor onder andere de verdere follow-up door de huisarts. Een valkliniek kan een oplossing bieden om de tijdrovende diagnosestelling uit handen te geven door de huisarts. Daarnaast kan de huisarts instaan voor de follow-up van de interventies. Hierbij kan de patiëntenbrochure mogelijks een hulpmiddel zijn om de patiënten te informeren en als communicatiemiddel tussen tweede lijn en alle hulpverleners van de eerste lijn. Indien er een valkliniek komt binnen het AZ Turnhout, dan kan dit het idee van een centrale opgeleide verpleegkundige binnen het Preventiecentrum regio Turnhout vervangen.

Zoals reeds vermeld willen we na afloop van dit onderzoeksproject nagaan of het zorgpad geïmplementeerd kan worden via het Preventiecentrum regio Turnhout. Binnen het preventiecentrum wordt er momenteel ook een zorgpad osteoporose uitgewerkt. Achteraf gaat bekeken worden hoe de twee zorgpaden samengevoegd kunnen worden.
Een nadeel van de patiëntenbrochure is de uitgebreidheid van de materie, waardoor de brochure een vrij lijvig document werd. Dit was nodig om alle relevante informatie te kunnen includeren. Dit maakt de kost om de brochure te drukken hoog. Een andere kanttekening die met het kernteam hierbij gemaakt werd, was dat de ouderen mogelijks overladen worden met informatie waardoor ze de brochure misschien niet volledig doorlezen. Voor de pilootstudie hebben we ervoor gekozen om het volledige exemplaar van de brochure uit te delen. Het idee bestaat om achteraf niet het volledige informatieve luik toe te voegen, maar deze informatie op het artsenportaal van de HVRT te plaatsen zodat de artsen zelf de nodige informatie kunnen afdrukken en meegeven aan de patiënt. Anderzijds zal er bekeken worden of er de mogelijkheid bestaat om de brochure te digitaliseren waarbij de ouderen die handig zijn met de digitale platformen deze kunnen doorlopen via een app of website. Dit zijn toekomstideeën die achteraf bekeken zullen worden op basis van de resultaten uit de pilootstudie.

Implementatie: pilootstudie

Thuiswonende 65-plussers met een recent valincident of valletsel of twee of meerdere valletsels het afgelopen jaar of bij gang- en/of evenwichtsstoornissen werden geïncludeerd in de pilootstudie. Volgende de Vlaamse praktijkrichtlijn heeft deze groep patiënten een verhoogt valrisico en moeten ze onderworpen worden aan een multifactoriële evaluatie om hun valrisicofactoren beter in kaart te brengen. (1) In tegenstelling tot de Vlaamse richtlijn beschrijft de Nederlandse richtlijn dat bij een eenmalige val tijdens het afgelopen jaar er gekeken moet worden of er andere factor zoals syncope, evenwichtsproblemen, fractuurrisico of een aanwijsbare oorzaak aanwezig was. Indien één van deze factoren aanwezig is en er was één val tijdens het afgelopen jaar dan wordt is de Nederlandse richtlijn aanbevolen om een multifactoriële evaluatie uit te voeren. (11) We hebben ervoor gekozen om de Vlaamse richtlijn te volgen gezien de gevalsdefinitie duidelijker en transparanter is. De Britse NICE-guideline raadt aan ook valpreventie toe te passen bij 55-plussers waarbij de huisarts inschat dat de patiënt een verhoogd risico heeft. (12) Indien het zorgpad vlot loopt kan er achteraf bekeken worden of de inclusiecriteria uitgebreid kan worden zoals in de Nederlandse en Britse richtlijn beschreven wordt.
Als exclusiecriteria werden patiënten met een verminderde cognitieve status zoals mentale handicap, delier en ouderen met dementie (MMSE <24/30) genomen, aangezien dit de adequaatheid voor het doorlopen van het zorgpad kan beïnvloeden. (1, 11) We zijn er ons van bewust dat deze groep patiënten wel een belangrijke doelgroep is om de valpreventie toe te passen, maar om de therapietrouw te bewaken, hebben we besloten deze groep patiënten te excluderen in deze pilootstudie.
Een gebrek aan tijd was één van de voornaamste knelpunten van valpreventie die beschreven werd in de literatuur en die ervaren werd door het kernteam. Ook tijdens de pilootstudie bleek dit gebrek aan tijd een belangrijke hinderpaal te zijn. Hierdoor werd er na één maand geen telefonische follow-up uitgevoerd. De praktijkrichtlijn stelt een telefonische consultatie voor om de eerste follow-up na één maand uit te voeren doordat een goede opvolging een grote moeilijkheid is door de hoge werkdruk bij de huisartsen. (1) Tijdens deze pilootstudie merkten we dat de grote werkdruk in de wintermaanden ertoe leidde dat er ook geen telefonische follow-up plaats vond. Bovendien is het moeilijk om als arts met drukke agenda de patiënten zelf te contacteren voor follow-up en niet vraaggericht vanuit de

agenda van de patiënt te werken. Tijdens de pilootstudie werd de verantwoordelijkheid bij de arts gelegd i.p.v. bij de patiënt zelf. Dit is een mogelijke verklaring waarom dit opvolgmoment niet plaats vond. Een mogelijke oplossing kan zijn dat er met de patiënt een dag en tijdstip wordt afgesproken waarop hij mag bellen om de follow-up te bespreken. Er moet goede follow-up zijn om de effectiviteit van de interventies te kunnen nagaan. (11) Het is dus belangrijk dat bij herevaluatie van dit zorgpad gekeken wordt hoe de follow-up beter kan verlopen.

Gebrek aan motivatie blijft een belangrijk struikelblok binnen valpreventie. Verschillende richtlijnen beschrijven het belang van mondelinge en schriftelijke informatie om patiënten te motiveren. Tijdens de pilootstudie werd gekeken of de schriftelijke informering d.m.v. een patiëntenbrochure de ouderen kan motiveren om aan valpreventie te doen. Daarnaast is het belangrijk op de voordelen van valpreventie te benadrukken om de ouderen te kunnen motiveren. In het begin van de patiëntenbrochure werd daarom een pagina toegevoegd die weergeeft dat valpreventie belangrijk is om langer zelfstandig thuis te kunnen wonen en vereenzaming tegen te gaan. (1,12) In de huisartsenpraktijk van Merksplas kwamen vier van de negen patiënten terug op consultatie om over valpreventie te spreken. Opvallend was één persoon die zelf vroeg om deel te nemen en achteraf toch niet terug kwam om over valpreventie te spreken. Patiënten die bij aanvang van de pilootstudie niet gemotiveerd waren om deel te nemen, kwamen ook niet terug op consultatie na informering en ontvangen van de patiëntenbrochure. De patiënten die terug kwamen op consultatie, waren de patiënten die bij aanvang ook aangaven dat ze gemotiveerd waren om deel te nemen. Ook binnen de huisartsenpraktijk van Ravels kwamen twee van de vier patiënten na telefonische uitnodiging op consultatie. Het ontvangen van de patiëntenbrochure alleen was onvoldoende om op eigen initiatief op consultatie te komen. Eén patiënt daarentegen nam wel zelf contact met de huisarts na het ontvangen van de brochure. Hierdoor kunnen we voorzichtig besluiten dat de patiëntenbrochure waarschijnlijk onvoldoende kan leiden tot motivering van patiënten voor valpreventie.

De gedragsverandering werd gemeten door de besproken interventies tijdens de follow-up van drie maanden te controleren. Bij iedere patiënt werd er een persoonlijk zorgplan opgemaakt zoals beschreven in de duodecum richtlijn. (13) Hierbij werden de besproken interventies genoteerd achteraan in het overzicht van de patiëntenbrochure zodat iedere betrokken zorgverlener een overzicht heeft van de reeds besproken interventies en ze samen de therapietrouw kunnen bewaken. Hierbij werden de adviezen over orthostatische hypotensie en schoenen opgevolgd bij de drie personen waarbij dit besproken werd. De interventies die meer inzet en gedragsverandering vragen zoals doorverwijzing voor kinesitherapie en ergotherapeut werden niet opgevolgd. Drie patiënten werden doorverwezen naar een kinesitherapeut. Eén patiënt twijfelde na drie maanden nog en wil er misschien mee starten na de coronacrisis als de kinesisten terug aan het werk zijn voor preventieve en chronische zorg. De andere twee patiënten gaven aan niet gemotiveerd te zijn om naar een kinesist te gaan en aan oefentherapie te doen. Bij drie van de vier patiënten van de huisartsenpraktijk in Merksplas werd er een checklist meegegeven over een veilige woonomgeving doordat ze alle drie aangaven tapijten in huis te hebben. Binnen de huisartsenpraktijk van Ravels werd de checklist niet meegegeven doordat ze onvoldoende op de hoogte waren van de inhoud van de checklist en niet wisten waar ze deze konden terugvinden. In de toekomst is het belangrijk om hier duidelijker over te communiceren met de andere huisartsen. De checklist werd niet samen met de patiënten overlopen. Patiënten hebben deze thuis individueel doorgelezen. Tijdens de telefonische evaluatie op drie maanden werd hen gevraagd of er adviezen waren uit de checklist die ze al dan niet hebben opgevolgd. Eén patiënt verwijderde tapijten, installeerde een badleuning en een zitje in de douche. De tweede patiënte veranderde niets aan de woning maar gaf aan reeds veel aanpassingen in huis te hebben zoals

leuning aan bad, goede verlichting, ruime kamers. Ze heeft één tapijt in de woonkamer dat ze niet wil verwijderen na het doorlezen van de checklist. De derde patiënt had enkel een klein tapijt in de overloop en verwijderde dit na het doorlezen van de checklist. Verder werden er geen veranderingen uitgevoerd doordat de woning voldeed aan de criteria van de checklist volgens de patiënte. Samengevat blijkt dat een doorverwijzing naar kinesist of een ergotherapeut voor aanpassingen aan het huis zeer moeilijk te realiseren zijn. Nochtans zag men tijdens de meta-analyse gebaseerd op verschillende internationale studies dat deze twee interventies leiden tot een significante reductie van zowel valfrequentie als valrisico. (10) Interventieprogramma's waar geen oefentherapie in vervat zit, lijken minder effectief.

Uit het tweede deel van de pilootstudie kunnen we geen conclusies maken over motivering en gedragsverandering door een te beperkte respons. Deze beperkte respons kan verklaard worden door de Covid-19 pandemie waarbij de zorgverleners zich moesten herorganiseren en preventieve en chronische zorg moesten uitstellen. Vermoedelijk hebben ze hierdoor niet de tijd en interesse om aan preventie te doen en vormt een deelname aan een onderzoeksproject over valpreventie geen prioriteit in deze hectische tijd waarbij de zorgverleners veel veranderingen en stress ervaren. Opvallend was dat ook enkele zorgverleners uit de kerngroep geen respons meer gaven gedurende de pilootstudie zelfs in februari, nog voor de Covid-19 epidemie ons land overspoelde.

Eén van de zorgverleners die vier patiëntenbrochure heeft uitgedeeld gaf als feedback dat het invullen van de patiëntenbrochure niet altijd eenvoudig was. Patiënten begrepen niet altijd wat ze moesten doen. Zelfs met behulp van familieleden was dit niet altijd duidelijk. Deze feedback is belangrijk om mee te nemen wanneer de patiëntenbrochure en het zorgpad herbekeken en aangepast worden. Ook bij de vier patiënten van onze eigen praktijk merkten we dat de opstelling van de patiëntenbrochure niet geheel duidelijk was. Drie van vier patiënten hadden de volledige brochure ingevuld en alle informatie achteraan doorgelezen alvorens ze op consultatie kwamen i.p.v. enkel de pagina's die voor hen zelf van toepassing waren. De huisartsenpraktijk van Ravels ervaarde de patiëntenbrochure als een nuttig instrument, ze hopen dat het kan uitgroeien tot een grootschalig project.

Conclusie

Het belang van valpreventie wordt duidelijk beschreven in de literatuur. Zowel de frequentie van de valproblematiek als de ernstige gevolgen van een val maken dat valpreventie een belangrijk topic is. Veel ouderen geven aan zo lang en zo zelfstandig mogelijk thuis te willen wonen. Echter blijkt er beperkte motivatie te zijn om aan valpreventie te doen. Een mogelijke verklaring hiervoor is het aanvaarden dat vallen nu eenmaal hoort bij oud worden. (1) Ook zorgverleners geven aan dat valpreventie een belangrijk punt op de agenda van de gezondheidszorg moet zijn. Het zorgpad dat ontwikkeld werd kan een kapstok vormen om valpreventie gestructureerd aan te pakken. De flowchart geeft een overzicht van de verschillende risicofactoren en de interventies die moeten uitgevoerd worden. Daarnaast kunnen de informatiewijzers een hulpmiddel zijn om de diagnostiek correct uit te voeren. Er was te weinig respons op de pilootstudie om te kunnen concluderen of de patiëntenbrochure de samenwerking tussen de hulpverleners stimuleert, de follow-up verbetert en de administratieve belasting van de huisarts verbetert. Tijdens het eerste deel van de pilootstudie zagen we dat de patiënten die niet gemotiveerd waren om aan valpreventie te doen, ook niet kwamen opdagen op de consultatie. Hierdoor kunnen we concluderen dat de patiëntenbrochure de ouderen mogelijks niet gaat stimuleren om aan valpreventie deel te nemen. Best wordt dit opnieuw getest in een grotere populatie.

Referenties

1. Milisen K, Leysens G, Vanaken D, Poels J, Vlaeyen E, Janssens E, et al. Vlaamse richtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen. www.valpreventie.be: Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen; 2017. p. 1-61.

2. Debaere B, Vercruysse N. Valkuilen in Valpreventie: KU Leuven; 2011-2013.

3. Martin A. Implementatie van de richtlijn valpreventie bij de geriatrische patiënt: UGent; 2016-2018.

4. Agten M. Bereidheid van thuiswonende 55-plussers tot deelname aan valpreventie: KU Leuven; 2011-2012.

5. Vanherle I. Samen werken aan valpreventie: KU Leuven; 2015-2017.

6. Allegaert E. De haalbaarheid van de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie van Domus Medica in de huisartsenpraktijk: KU Leuven; 2015-2017.

7. Vlaanderen expertisecentrum val) en fractuurpreventie: www.valpreventie.be (Laatst geraadpleegd april 2020)

8. Draaiboek zorgpad valpreventie. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. p. 1-65.

9. Wertelaers A, Govaerts F. Preventie van letsels ten gevolge van vallen bij 65-plussers. Domus Medica. (Laatst geraadpleegd: oktober 2019)

10. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012(9):CD007146.

11. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht: 2004. (Geraadpleegd via www.platformouderenzorg.nl)

12. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2013). Clinical Guideline: Falls in older people: assessing risk and prevention. (Geraadpleegd via https://www.nice.org.uk/guidance/cg161)

13. Maritta Salonoja. Vallen bij Ouderen: Duodecimrichtlijn. https://www.ebmpracticenet.be (Laatst geraadpleegd april 2020).

Bijlagen

Bijlage 1: Rekruteringsmail zorgverleners

Bijlage 2: Draaiboek zorgpad valpreventie

Bijlage 3: Verslagen samenkomsten kerngroep: opstellen van het lokaal zorgpad

Bijlage 4: Patiëntenbrochure

Bijlage 5: Flowchart zorgpad

Bijlage 6: Informatiewijzers zorgverleners

- **Ergotherapeut**
- **Huisarts**
- **Kinesitherapeut**
- **Thuisverpleging**

Bijlage 7: Goedkeuring ethische commissie

Bijlage 1: Rekruteringsmail zorgverleners

Beste kinesist, ergotherapeut, verpleegkundige en/ of collega huisarts,

Vind jij ook dat het lastig is om valpreventie multifactorieel en multidisciplinair aan te pakken? Wens jij ook een betere samenwerking tussen kinesist, ergotherapeut, verpleging en huisarts?
Ik ben Dr. Van Eyck Lisa, huisarts-in-opleiding (HAIO) en afgestudeerd arts aan de Katholieke Universiteit Leuven. In kader van mijn vervolgopleiding als huisarts, schrijf ik een thesis waarbij ik een **zorgpad rond valpreventie bij thuiswonende 65-plussers** uitwerk in de **regio Turnhout** (regio van HVRT), begeleid door Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (ACHG, Leuven).
Vallen is een frequent probleem bij de thuiswonende 65-plussers. Bovendien zorgt de toenemende vergrijzing er voor dat dit probleem een goede aanpak verdient naar de toekomst toe, zodat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Verschillende studies hebben reeds aangetoond dat vallen een multifactorieel probleem is en dat het beleid bestaat uit een multidisciplinaire aanpak aangepast aan de individuele noden.
Tijdens mijn eerste opleidingsjaar heb ik ervaren dat het organiseren van deze multidisciplinaire aanpak een heel grote uitdaging is. Daarom koos ik er voor om een zorgpad te ontwikkelen tijdens mijn thesis in de hoop dat we naar de toekomst toe valpreventie beter kunnen aanpakken. Hiervoor ben ik op zoek naar enkele gezondheidsmedewerkers die zich mee willen verdiepen in valpreventie en zich willen engageren voor de opstart van dit zorgpad.
Dit houdt in dat we een kernteam willen samenstellen bestaande uit huisartsen, ergotherapeuten, verpleegkundigen en kinesisten. We zouden ongeveer eenmaal per maand samen willen komen om samen het zorgpad uit te schrijven en hopen eind september hiermee te kunnen starten tot eind december 2019. Vanaf januari 2020 hopen we een korte pilootstudie te kunnen uitvoeren waarbij we het zorgpad willen uittesten en bijsturen.
Het doel van dit zorgpad is het creëren van een standaard aanpak waardoor de samenwerking tussen de verschillende disciplines vlotter kan verlopen en er een duidelijk aanspreekpunt komt voor de zorgverleners, patiënten en families die in aanraking komen met vallen bij de thuiswonende ouderen.

Bent u geïnteresseerd in het project en wenst u meer te weten? Aarzel dan niet om me te contacteren:
Dr. Lisa Van Eyck
Huisarts-in-opleiding
Artsenpraktijk De Bries
Steenweg op Turnhout
2330 Merksplas
0497/38.38.45
Lisa.vaneyck@student.kuleuven.be

Bijlage 2: Draaiboek zorgpad valpreventie

Draaiboek
zorgpad valpreventie

Sabine Van Houdt
Ellen Vlaeyen
Prof. dr. Koen Milisen
Prof. dr. Jan Heyrman
Dr. Kris Vanhaecht
Prof. dr. Walter Sermeus

Met medewerking van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, werkgroep Draaiboek zorgpad valpreventie

Inhoud

Inhoud 2
Dankwoord 3
Inleiding 4
Verklarende woordenlijst 5
Deel 1: Begripsdefiniëring 9
Wat zijn zorgpaden, wat zijn ze niet 9
Wat is een zorgpad 9
Wat is een transmuraal zorgpad 10
Wat is geen zorgpad 10
Deel 2: Wanneer denken aan een (transmuraal) zorgpad voor valpreventie 13
Wanneer denken aan een transmuraal zorgpad 13
Wanneer denken aan een zorgpad voor valpreventie 13
Deel 3: De methodiek van zorgpaden 15
De methodiek van zorgpaden: het 7-fasen model 15
Overzichtsschema draaiboek zorgpad valpreventie 16
Fase 1: Screeningsfase 17
Fase 2: Projectmanagementfase 22
Fase 3: Diagnosestelling- en objectiveringsfase 31
Fase 4: Ontwikkelingsfase 36
Fase 5: Implementatiefase 38
Fase 6: Evaluatiefase 40
Fase 7: Continue opvolgingsfase 41
Deel 4: Belangrijke algemene aspecten bij (transmurale) zorgpaden 42
Zorg dat iedereen zich eigenaar voelt 42
Vrijheid versus teamwerking 44
ICT moet volgen en kanaliseren 45
Hoe de patiënt betrokken houden 47
Conclusie 50
Addenda 51
Addendum 1: Vragenlijst relationele coördinatie 51
Addendum 2: Overzichtsschema praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen 55
Addendum 3: Werkfiche praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen 56
Addendum 4: ZorgProces Zelfevaluatie Tool 59
Addendum 5: Nuttige links 62
Referentielijst 63

Dankwoord

Dit draaiboek zorgpad valpreventie is gebaseerd op het generisch draaiboek over zorgpaden[1], het 7-fasen model[2], de best beschikbare wetenschappelijke evidentie en op de expertise van het onderzoeksteam 'zorgpaden' van de Katholieke Universiteit Leuven (K.U.L.) en de leden van de werkgroep 'Draaiboek zorgpad valpreventie' van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). Hieronder vindt u een opsomming van de leden van het onderzoeksteam en van de werkgroep 'Draaiboek zorgpad valpreventie'.

Onderzoeksteam Zorgpaden

- Mevr. Sabine Van Houdt
- Mevr. Eva Van Gerven
- Mevr. Cathy Lodewijckx
- Mevr. Kristien Cremie
- Dhr. Svin Deneckere
- Prof. dr. Massimiliano Panella
- Prof. dr. Jan Heyrman
- Dr. Kris Vanhaecht
- Prof. dr. Walter Sermeus

Leden van de werkgroep Draaiboek zorgpad valpreventie

Deze werkgroep bestaat uit partners van het samenwerkingsverband en externe partners van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Voor meer informatie over het EVV: zie www.valpreventie.be.

Partners van het samenwerkingsverband EVV:

- Katholieke Universiteit Leuven
  - Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap: Prof. dr. Koen Milisen
  - UZ Leuven, Valkliniek van de Dienst Geriatrie en Centrum voor Metabole Botziekten: Prof. dr. Eddy Dejaeger
- Universiteit Gent
  - Vakgroep Inwendige Geneeskunde: Dr. Stefan Goemaere
- Domus Medica vzw
  - Dr. Arlette Wertelaers, Dr. Frans Govaerts
- Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten (WVVK)
  - Dhr. Theo Hamblok
- Vlaams Ergotherapeutenverbond (VE)
  - Mevr. Leen De Coninck, Dhr. Jonny Peeters
- Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG)
  - Prof. dr. Ivan Bautmans
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)
  - Mevr. Heleen Lyphout

Stafmedewerkers EVV:

- Mevr. Ellen Vlaeyen, Mevr. Greet Leysens, Mevr. Elisa Van der Elst

Externe partners:

- Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO's)
  - Dhr. Willy Smeulders
- Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's)
  - Mevr. Wendy Coemans
- Vereniging van de Diensten voor Gezinszorg van de Vlaamse Gemeenschap (VVDG)
  - Mevr. Krista Goetvinck
- AXXON
  - Dhr. Jan Tessier

Inleiding

Wat is dit draaiboek, wat is dit niet

Een draaiboek is een hulpmiddel voor organisaties die op lokaal niveau een zorgpad willen ontwikkelen. Dit draaiboek zorgpad valpreventie start vanuit de algemene methodiek van zorgpaden, waarbij de focus gelegd wordt op valpreventie, startend vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg. Voor meer informatie omtrent het ontwikkelen van zorgpaden in het algemeen of omtrent de voorgaande projecten rond oncologische transmurale zorg wordt verwezen naar het generisch draaiboek “Hoe transmurale zorgpaden opbouwen?”.[1] Voor meer informatie over de methodiek van zorgpaden verwijzen we naar het 7-fasen model.[2] Een zorgpad valpreventie is in essentie geen transmuraal zorgpad, maar samenwerking over de grenzen van één setting kan wel nodig zijn, bijvoorbeeld met dagziekenhuis, valkliniek of wegens opname in het ziekenhuis. De informatie, voorbeelden, ervaringen en tips voor valpreventie zijn toegespitst op ouderen met een verhoogd valrisico in de thuissetting (deel 2 en 3 uit de praktijkrichtlijn ‘Valpreventie bij thuiswonende ouderen, een praktijkrichtlijn voor Vlaanderen’.[3] Algemene gezondheidspromotie met de focus op valpreventie naar de algemene oudere bevolking (deel 1 uit de praktijkrichtlijn ‘Valpreventie bij thuiswonende ouderen, een praktijkrichtlijn voor Vlaanderen’[3] behoort niet tot de scope van deze tekst. Voor de implementatie van het eerste deel van de praktijkrichtlijn kan er gebruik worden gemaakt van BOEBS (Blijf Op Eigen Benen Staan). BOEBS is een ondersteuningsmiddel voor de implementatie van algemene gezondheidspromotie met de focus op valpreventie naar de algemene oudere bevolking (meer informatie op www.boebs.be).

Dit draaiboek is geen blauwdruk, geen vast scenario hoe van nu af aan (transmurale) zorgpaden zullen moeten verlopen om tot resultaten te leiden. Het is eerder een hulpmiddel voor de praktijk, en zal waar nodig of gewenst aangepast moeten worden aan de specifieke wensen of eisen van de gebruikers.

Het draaiboek zorgpad valpreventie bestaat uit vier delen. Een eerste deel bevat een definiëring en situering van zorgpaden en aanverwante concepten. Het tweede deel motiveert waarom een zorgpad zinvol kan zijn. In het derde deel wordt de methodiek van zorgpaden theoretisch toegelicht, vertrekkende vanuit het 7-fasen model met telkens praktische tips, aandachtspunten, uitdagingen en illustraties voor valpreventie. In het vierde en laatste deel worden enkele belangrijke algemene aspecten bij (transmurale) zorgpaden beschreven. Misverstanden kunnen ontstaan omwille van een foutieve interpretatie van concepten. Om misverstanden tot een minimum te herleiden, wordt bij aanvang van dit draaiboek een verklarende woordenlijst toegevoegd. Op het einde worden ook een aantal instrumenten in Addenda toegevoegd.

In de huidige context van de gezondheidszorg zijn de nodige randvoorwaarden niet altijd aanwezig om op de hier voorgestelde wijze te gaan werken. De mate waarin professionele zorgverleners zich kunnen verdiepen in het ontwikkelen van een zorgpad is dus mede afhankelijk van de beschikbare middelen en tijdsbesteding die organisaties hiervoor kunnen vrijstellen. Er zal nog een hele tijd moeten gewerkt worden met ‘early innovators’, die enthousiast binnen het bestaande kader dingen willen vernieuwen. Zo kan er gebouwd worden aan de ondersteunings- en financieringskaders die nodig zijn om in de toekomst meer en meer blijvend met kwaliteitsverbetering via zorgpaden te werken.

Verklarende woordenlijst

Aanbeveling of richtlijn richt zich op een omschreven welzijns- of gezondheidsproblematiek, een precies afgelijnde klacht of een onderdeel van het welomschreven geneeskundig handelen, en wil de wetenschappelijk ondersteunde beslissingsprocessen in de dagelijkse praktijkvoering aanleveren. Hij is samengesteld door een officiële of officieuze groep van mensen. Hij is idealiter wetenschappelijk goed onderbouwd, ten velde op haalbaarheid getoetst, geaccordeerd door een officieel orgaan dat de beroepsgroep waarop de richtlijn zich richt in deze vertegenwoordigt.[9-16]

Doorlopen zorgpad is het reële verloop van het zorgproces voor een individuele patiënt dat retrospectief wordt vastgelegd (= completed pathway).

Early innovators zijn personen die enthousiast binnen het bestaande kader dingen willen vernieuwen.

EVV of het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen is een samenwerkingsverband tussen de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Gent, Domus Medica vzw, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten vzw, Wetenschappelijke Vereniging voor Verpleegkunde en Vroedkunde, het Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw, de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. De penvoerende instelling van het EVV is de K.U.Leuven. Voor de opdrachten in de thuiszorg werkt het EVV samen met externe partners, onder meer de Logo's (Lokaal Gezondheidsoverleg), de SEL's (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg), Vlaamse Ouderenraad vzw, Vereniging van de Diensten voor Gezinszorg van de Vlaamse Gemeenschap, Federatie van Socialistische Mutualiteiten Brabant, Seniorama, mutualiteiten en het Rode Kruis Vlaanderen. Meer informatie over het EVV vindt u op www.valpreventie.be.

GDT staat voor ‘geïntegreerde dienst voor thuisverzorging’. De regelgeving inzake GDT valt onder de Federale regelgeving. De regio van een GDT komt overeen met een regio van een SEL. Een GDT heeft volgende opdrachten:

1. Waken over de opvolging van informatie en ondersteuning doorheen het ganse zorgproces t.o.v. zorgverstrekker en patiënt.
2. Samenwerking tussen leden bevorderen.
3. Optimaliseren van informatie-uitwisseling tussen leden.
4. Waken over praktische organisatie en ondersteunen van zorgverleners bij verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging.

Operationeel zorgpad is de vertaling op lokaal niveau van een standaard zorgpad door een multidisciplinair team naar de lokale gewoontes, mogelijkheden en ervaringen (zowel van de betrokken zorg- en hulpverleners als van de patiënten). Dit zorgpad is met andere woorden organisatie specifiek.

Peers zijn personen die behoren tot dezelfde sociale groep door bijvoorbeeld zelfde interesse, achtergrond, gelijkaardige status en die verbonden zijn door een gevoel van gelijkheid.

Referentiepersonen valpreventie: Het EVV heeft hulpverleners van vier disciplines (huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige) opgeleid tot referentiepersonen valpreventie. Deze referentiepersonen kunnen vormingen geven over valpreventie bij thuiswonende ouderen, mono- of multidisciplinair aan huisartsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en verpleegkundigen. Organisaties zoals Logo's, SEL's, beroepsorganisaties, gezondheidszorgorganisaties, LOK's huisartsen, ... kunnen een vorming aanvragen bij de desbetreffende referentiepersoon in hun zorgregio. Daarnaast zijn de referentiepersonen binnen de eigen zorgregio consultant op het gebied van valproblematiek. Hulpverleners en organisaties kunnen terecht bij de referentiepersoon in hun regio voor inhoudelijke vragen met betrekking tot valpreventie. Logo's en SEL's die rond valpreventie wensen te werken, kunnen inhoudelijk advies vragen aan de referentiepersonen. Een overzicht van de referentiepersonen en hun contactgegevens per zorgregio kunt u raadplegen op www.valpreventie.be.

SEL staat voor 'samenwerkingsinitiatief in de eerstelijnsgezondheidszorg'. Het SEL vormt een overlegplatform voor de verschillende partners in de eerstelijnsgezondheidszorg. De regelgeving met betrekking tot de SEL's valt onder Vlaamse bevoegdheid. De SEL's worden erkend volgens het regionaal stedelijk gebied zoals omschreven in het zorgregio-decreet. Een SEL heeft volgende opdrachten:

- Het opmaken, actualiseren en bekendmaken van een sociale kaart van de zorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers en gebruikers en de vrijwilligersorganisaties binnen zijn eigen werkgebied
- Het opmaken en afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten met minstens de ziekenhuizen, woon- en zorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf
- Het bieden van ondersteuning bij het invoeren van zorgtrajecten
- Het aanbieden van een E-zorgplan
- Het organiseren van multidisciplinaire vormingen in de eerstelijnsgezondheidszorg
- Het bewaken van de kwaliteitsvolle uitwerking van het zorgplan en de evaluatie van het zelfzorgvermogen
- Adviesverlening aan Vlaamse overheid
- Het toeleiden naar een OCMW of regionaal dienstencentrum of andere zorgaanbieder voor de organisatie van het multidisciplinair overleg waarbij toezicht wordt gehouden op de organisatie van het multidisciplinair overleg in het kader van een zorgplan. Zo nodig organiseert het SEL zelf het multidisciplinair overleg.
- Adviesverlening in het kader van het Lokaal Sociaal Beleid

Lokale werkingen van de SEL's: Voor de uitwisseling van informatie en het bevorderen van de onderlinge communicatie wordt beroep gedaan op de lokale werkingen. Voor meer informatie neemt u contact met de SEL van uw regio of via www.vlaamsesels.be.

Stakeholder of belanghebbende is een persoon of organisatie die een invloed ondervindt (positief of negatief) of die zelf een invloed kan uitoefenen op het zorgproces.

Stakeholder mapping is het in kaart brengen van alle belanghebbenden.

Standaard zorgpad wordt ontwikkeld op meta-niveau door vertegenwoordigers van de disciplines betrokken bij de afgebakende patiëntenpopulatie en eventueel patiënten(verenigingen), vertrekkende vanuit bestaande richtlijnen, ervaringen en patiëntenperspectieven (= model pathway). Dit standaard zorgpad moet vertaald worden naar de lokale gewoonten en gebruiken. Dit pad is met andere woorden niet organisatie specifiek.

Toegewezen zorgpad is de uittekening van het zorgpad zoals weerhouden is voor de individuele patiënt (= assigned pathway). Het pad is organisatie en patiënt specifiek.

Transmuraal: 'over de muren heen', tussen verschillende settings zoals thuis-, en residentiële setting.

Transmuraal zorgpad wordt gedefinieerd als een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader over de grenzen van een organisatie of instelling heen. Concreet betekent dit dat er meerdere instellingen of partners zijn betrokken.

Virtuele walkthroughs zijn semi-gestructureerde diepte-interviews met actuele patiënten, welke tijdens het afgelegde zorgproces knelpunten ervaren hebben. Per fase van het zorgproces wordt aan de patiënt gevraagd welke zorgverleners de patiënt waar en wanneer gezien heeft, welke zorg en informatie gegeven werd, welke positieve punten en welke verbeterpunten ervaren werden. Deze workflow wordt dan omgezet in een process mapping. Process mapping is een visualisatie van de workflow binnen een proces, waarbij gestandaardiseerde symbolen gebruikt worden zodat de afgelegde zorgprocessen van de patiënten kunnen worden vergeleken.

Zorgbemiddelaar is een betrokken zorg- of hulpverlener of mantelzorger in de zorg van de patiënt. De zorgbemiddelaar wordt door de patiënt aangewezen. De taak van de zorgbemiddelaar bestaat erin de zorgbehoevende persoon en de thuisverzorger te informeren en de belangen van de zorgbehoevende persoon en de thuisverzorger te verdedigen. Hij is ook degene die - in overleg met andere partners - het zorgplan aanbrengt bij de patiënt en het maken van gemeenschappelijke taakafspraken stimuleert.

Zorgpad is een *"complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een welbepaalde groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader"*.[4,5] Zorgpaden omvatten: een expliciete verklaring van de doelstellingen en sleutelelementen van de zorg op basis van evidentie, 'best practice' voorbeelden, en de patiëntenverwachtingen en hun karakteristieken; het faciliteren van de communicatie tussen de leden van het team, de patiënten en hun families; de coördinatie van het zorgproces door coördinatie van de rollen, en het bepalen van de volgorde van activiteiten van het multidisciplinair team, de patiënten en hun verwanten; de documentatie, opvolging en evaluatie van afwijkingen en resultaten, en het identificeren van de verantwoorde middelen.

Zorgplan vereist de samenwerking tussen ten minste drie zorgverleners waaronder de huisarts, een of meer(dere) andere professionele zorgverleners en/of niet-professionele

zorgverleners. Het engagement van elk van de betrokkenen wordt opgenomen in het zorgplan, dat bewaard wordt bij de patiënt. Het zorgplan wordt door de patiënt, in samenspraak met de zorgbemiddelaar en andere betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd of beëindigd, telkens als daartoe aanleiding bestaat. Het zorgplan bevat ten minste volgende informatie:

- identificatie van de patiënt: naam, adres, telefoonnummer, geboortedatum, geslacht en ziekenfonds;
- identificatie van de zorgbemiddelaar: naam, contactadres en telefoonnummer;
- datum waarop het zorgplan opgesteld werd, met vermelding of het om een intake of een evaluatie gaat. In het laatste geval wordt de datum van het eerste plan vermeld;
- identificatie van de bij het zorgplan betrokken zorg- en hulpverleners namelijk naam, discipline of dienst, contactadres en telefoonnummer. Aan deze lijst worden de bij de thuisverzorging betrokken gezins- en familieleden en eventuele vrijwilligers toegevoegd;
- schematische omschrijving van de opdrachten die de verschillende zorg- en hulpverleners, gezins- of familieleden en eventuele vrijwilligers vervullen. Die taken hebben onder meer betrekking op hygiënische zorg, mobiliteit, toepassing van geneeskundige voorschriften, sociale taken, toezicht, ondersteunende huishoudelijke taken waarbij wordt vermeld wie, welke opdracht op welk tijdstip uitvoert;
- mededelingen aan zorg- en hulpverleners, gezins- of familieleden en eventuele vrijwilligers.

Voor meer informatie kan u terecht bij de SEL van uw regio of op www.vlaamsesels.be.

Zorgprogramma is het geheel van klinische en organisatieprocessen rondom een patiënt of patiëntengroep. De Belgische Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gaf al in 1994 in een advies aan de overheid een definitie van een zorgprogramma. Het werd omschreven als "*een coherent georganiseerd antwoord op een gezondheidsprobleem van de patiënt in een gestructureerd geheel van diensten en dienstverlening waarbij, in een gecoördineerd reëel multidisciplinair verband, aan de patiënt de voor zijn concrete situatie meest geëigende ziekenhuiszorg, op de meest doelmatige en de meest kosteffectieve manier, wordt gevonden in een continuüm van diagnostiek, behandeling en revalidatie, en dit onder de voor de patiënt meest geëigende vorm, door opname, polikliniek of als ééndagsbehandeling*." [6]

Zorgtraject wordt gedefinieerd als *"een gestructureerde aanpak voor de verzorging van patiënten met een chronische aandoening (bijv. diabetes, nierinsufficiëntie, astma, …) die een complexe behandeling nodig hebben"*. [8]

Zorgtrajectpromotor is een stafmedewerker voor een huisartsenkring. De functie van een zorgtrajectpromotor is de huisartsen te ondersteunen bij de coördinatie van zorgtrajecten en de verschillende disciplines op elkaar afstemmen.

Deel 1: Begripsdefiniëring

Wat zijn zorgpaden, wat zijn ze niet

Er heest nogal wat onduidelijkheid over termen zoals zorgprogramma's, zorgtrajecten en zorgpaden of klinische paden. Er wordt intensief gegoocheld met termen als integrale kwaliteitszorg en transmurale zorgorganisatie. Daarom beginnen we met een aantal internationaal steeds meer aanvaarde definities.

Wat is een zorgpad

Een zorgpad is een "*complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een welbepaalde groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader*".[4,5]

Zorgpaden omvatten:

- een expliciete verklaring van de doelstellingen en sleutelelementen van de zorg op basis van evidentie, 'best practice' voorbeelden, en de patiëntenverwachtingen en hun karakteristieken;
- het faciliteren van de communicatie tussen de leden van het team, de patiënten en hun families;
- de coördinatie van het zorgproces door coördinatie van de rollen, en het bepalen van de volgorde van activiteiten van het multidisciplinair team, de patiënten en hun verwanten;
- de documentatie, opvolging en evaluatie van afwijkingen en resultaten;
- het identificeren van de verantwoorde middelen.

Het doel van een zorgpad is het verhogen van de kwaliteit van zorg doorheen het continuüm van zorg, en dit door het verbeteren van resultaten bij patiënten, het bevorderen van de patiëntveiligheid, het verhogen van de patiëntentevredenheid en het optimaliseren van middelenverbruik.

a) Standaard zorgpad

Standaard zorgpaden worden ontwikkeld op een meta-niveau door vertegenwoordigers van de disciplines betrokken bij de afgebakende patiëntenpopulatie en eventueel patiënten(verenigingen), vertrekkende vanuit bestaande richtlijnen, ervaringen en patiëntenperspectieven (= model pathway). Dit standaard zorgpad moet nog vertaald worden naar de lokale gewoonten en gebruiken. Dit pad is met andere woorden niet organisatie specifiek.

b) Operationeel zorgpad

Een operationeel zorgpad is de vertaling op lokaal niveau van een standaard zorgpad door een multidisciplinair team naar de lokale gewoontes, mogelijkheden en ervaringen (zowel van de betrokken zorg- en hulpverleners als van de patiënten). Dit zorgpad is met andere woorden organisatie specifiek.

c) Toegewezen zorgpad

Het toegewezen zorgpad is de uittekening van het zorgpad zoals weerhouden is voor de individuele patiënt (= assigned pathway). Het pad is organisatie en patiënt specifiek.

d) Doorlopen zorgpad

Het doorlopen zorgpad is het reële verloop van het zorgproces voor een individuele patiënt dat retrospectief wordt vastgelegd (= completed pathway).

Een zorgpad is aldus een complexe interventie om taakafspraken te maken voor een bepaalde groep patiënten met een bepaald welzijns- of gezondheidsprobleem of rond een bepaalde procesgerelateerde problematiek zoals bijvoorbeeld de zorg voor ouderen met een verhoogd valrisico. Op basis van richtlijnen, praktijkervaringen en verwachtingen van patiënten worden doelen voor de patiëntenzorg bepaald. De rol van de actoren, verwachtingen, volgorde van activiteiten en de informatie-uitwisseling in het systeem worden beschreven. Welke activiteiten dienen te worden uitgevoerd door wie en waarom? Wie heeft wanneer welke informatie nodig? Welke middelen, communicatiekanalen, bestaande structuren kunnen hiervoor aangewend worden? Deze afspraken kunnen verschillen van regio tot regio en van organisatie tot organisatie.

Het maken van taakafspraken, het coördineren van zorg en het afstemmen van de verschillende actoren op het terrein kan dus gebeuren via een zorgpad. De uitdaging hierin is dat het zorgpad zowel een winsituatie voor de patiënt moet zijn als voor de verschillende zorgverleners in een systeem, waarin de zorg meer doelmatig wordt aangeboden en kwalitatief wordt verbeterd.

Wat is een transmuraal zorgpad

Wanneer het terrein van het zorgpad de grenzen van een setting (eerstelijn/tweedelijn) overschrijdt en zich richt op een episode van zorg die de lijnen doorbreekt, noemen we dit een transmuraal zorgpad.

Een transmuraal zorgpad wordt gedefinieerd als *"een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader over de grenzen van een organisatie of instelling heen"*.[1] Concreet betekent dit dat er meerdere instellingen of partners betrokken zijn. Een zorgpad dat ontwikkeld werd binnen één setting en ter informatie doorgestuurd werd aan een vertegenwoordiger van de andere setting, is dus geen transmuraal zorgpad.

Wat is geen zorgpad

Zorgprogramma's

Zorgprogramma's worden ontwikkeld door de overheid (bijv. federaal/ RIZIV), voor een bepaalde patiëntenpopulatie met een gelijkaardige problematiek. Deze zorgprogramma's bevatten een aantal structurele voorwaarden waarbinnen de betrokken zorg- en hulpverleners werken.

Een zorgprogramma is het geheel van klinische en organisatieprocessen rondom een patiënt of patiëntengroep. De Belgische Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gaf al in 1994 in een advies aan de overheid een definitie van een zorgprogramma. Het werd omschreven als "*een coherent georganiseerd antwoord op een gezondheidsprobleem van de patiënt in een gestructureerd geheel van diensten en dienstverlening waarbij, in een gecoördineerd reëel multidisciplinair verband, aan de patiënt de voor zijn concrete situatie meest geëigende ziekenhuiszorg, op de meest doelmatige en de meest kosteffectieve manier, wordt gevonden in een continuüm van diagnostiek, behandeling en revalidatie, en dit onder de voor de patiënt meest geëigende vorm, door opname, polikliniek of als ééndagsbehandeling*."[6]

De wet op de ziekenhuizen bepaalt de inhoud van een zorgprogramma als "*een afbakening van de doelgroep, bepaling van aard en inhoud van de zorg, het minimaal activiteitsniveau, de vereiste structuur, de vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid, de kwaliteitsnormen en normen inzake kwaliteitsopvolging, bedrijfseconomische criteria en de geografische toegankelijkheidscriteria*". In de praktijk is de overheid bij de erkenning van zorgprogramma's veel dichter bij een aanbodsgedreven invulling via diensten en specialismen gebleven.[7]

Ondertussen zijn al enkele zorgprogramma's erkend: zorgprogramma's reproductieve geneeskunde (KB 15/2/1999), zorgprogramma's cardiale pathologie (KB 15/7/2004), zorgprogramma voor kinderen (KB 13/7/2006), zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (KB 29/1/2007), gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (KB 26/4/2007).

Zorgtraject

Zorgtrajecten zijn gekaderd binnen het RIZIV. Ze zijn opgestart in de schoot van het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2006-2007 van 20 december 2005, en later in nieuwe akkoorden hernomen, als maatregel om zowel de rol van de huisarts als van de geneesheer-specialist te valoriseren en deze van de patiënt aan te moedigen.

Een zorgtraject wordt hierbij gedefinieerd als "*een gestructureerde aanpak voor de verzorging van patiënten met een chronische aandoening (bijv. diabetes, nierinsufficiëntie, astma, …) die een complexe behandeling nodig hebben*".[8] Concreet wordt een zorgtraject vertaald in een verbintenis tussen 3 actoren: de patiënt, zijn huisarts en zijn geneesheerspecialist. Om die verbintenis te concretiseren, wordt door de betrokken actoren een contract voor vier jaar opgesteld en ondertekend.

Het belangrijkste voordeel van een zorgtraject is dat de patiënt gecoördineerde verzorging krijgt. De toestand van de patiënt wordt opgevolgd door de huisarts en geneesheer-specialist, in samenwerking met andere gezondheidwerkers. De huisarts speelt in dit traject de rol van coördinator. Voor de huisarts en de geneesheer-specialist is een forfaitair ereloon per patiënt en per jaar vastgelegd. Behalve een betere kennis en aanpak van zijn gezondheidstoestand, zal de patiënt die zich tot een zorgtraject verbindt, de meeste raadplegingen die noodzakelijk zijn in het kader van de opvolging van zijn ziekte, volledig vergoed krijgen. Op alle consultaties bij de huisarts zal de patiënt, die een zorgtraject contract heeft, geen remgeld meer hoeven te betalen.

Het opstellen van de contracten tussen een patiënt, zijn huisarts en zijn specialist zal per regio van huisartsenkringen (met niet minder dan 75.000 inwoners) ondersteund worden. Hiervoor worden zorgtrajectpromotoren aangeduid. De huisarts zal het zorgtraject coördineren, maar zal hierbij ondersteund worden door een netwerkmanager.

De samenhang tussen zorgpaden, zorgtrajecten en zorgprogramma's is in de praktijk allerminst helder. Zorgpaden hebben geen wettelijk kader of toepassing.

Zorgpad

Een zorgpad is de vertaling en toepassing van een zorgprogramma of zorgtraject naar de praktijk op lokaal niveau. In het zorgpad wordt beschreven hoe de randvoorwaarden en krijtlijnen uit het zorgprogramma / zorgtraject (= wat) op lokaal niveau kunnen georganiseerd worden (hoe, door wie?), en op basis van welke elementen en / of data de opvolging zal gebeuren en bijgestuurd worden.

Aanbeveling of richtlijn

Deze richt zich op een omschreven welzijns- of gezondheidsproblematiek, een precies afgelijnde klacht of een onderdeel van het welomschreven geneeskundig handelen, en wil de wetenschappelijk ondersteunde beslissingsprocessen in de dagelijkse praktijkvoering aanleveren. Hij is samengesteld door een officiële of officieuze groep van mensen. Hij is idealiter wetenschappelijk goed onderbouwd, ten velde op haalbaarheid getoetst, geaccordeerd door een officieel orgaan dat de beroepsgroep waarop de richtlijn zich richt in deze vertegenwoordigt. [9-16]

Als onderscheid met zorgpaden richten aanbevelingen en richtlijnen zich meestal (maar niet uitsluitend) op één discipline en op de inhoudelijk aanbevolen gedragswijze. Echter, aanbevelingen en richtlijnen spreken zich niet uit hoe en met wie dit concreet in de dagelijkse praktijk uitgewerkt dient te worden.[17] De praktijkrichtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen, een praktijkrichtlijn voor Vlaanderen'[3] is een voorbeeld van een multidisciplinaire richtlijn.

In de definitie van een zorgpad wordt gesteld dat er rekening moet worden gehouden met de bestaande wetenschappelijk evidentie. Bijgevolg is het goed te realiseren dat aanbevelingen en richtlijnen meestal vanuit de ziekteproblematiek zijn opgesteld en de hulpverleners de sleutelinterventies bepaald hebben. Deze sleutelinterventies zijn cruciaal bij het ontwikkelen van een zorgpad, en zullen ook de schakelmomenten bepalen, en dus gevolgen hebben op het verder verloop. Verder verantwoordt de aanbeveling of richtlijn dikwijls ook de indicatoren voor zorgkwaliteit op individueel praktijkgedragniveau, de standaarden voor aanbevolen kwaliteitsnorm op praktijkniveau of lokaal niveau en de normen op macroniveau, gesteld door de overheid.

Deel 2: Wanneer denken aan een (transmuraal) zorgpad voor valpreventie

Wanneer denken aan een transmuraal zorgpad

Patiënten met chronische aandoeningen hebben vaak nood aan langdurige zorg van verschillende zorgverleners. Deze zorgverleners werken vaak bij uiteenlopende diensten, zowel binnen welzijns- als gezondheidszorg, zowel ambulante als intramurale zorg. Bovendien hebben deze zorgverleners elk hun eigen expertise, procedures, taken, verwachtingen en terminologie. Naarmate meer zorgverleners bij de zorg betrokken zijn en onderling afhankelijk zijn om goede zorg te geven, stijgt de nood aan coördinatie om finaal goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Problemen rond coördinatie leiden gemakkelijk tot een slechte kwaliteit van zorg. Door coördinatie trachten onze huidige gezondheidszorgsystemen verbeterde continuïteit en kwaliteit van zorg te bieden. Een mogelijke methode voor transmurale zorgcoördinatie is de methodiek van zorgpaden. Niet alleen voor chronische zorg maar ook voor acute ziektebeelden, denk maar aan postoperatieve zorg, is het transmuraal uitbouwen van de zorgorganisatie meer dan wenselijk.

Het ontwikkelen van een transmuraal zorgpad gaat centraal over het afstemmen van tenminste de schakelmomenten tussen eerste- en tweedelijn. Iedere zorgverlener behoudt een zekere vrijheid in het opnemen van de eigen zorgverantwoordelijkheid, maar de schakelmomenten dienen gemeenschappelijk overlegd en opgevolgd te worden. Vooraleer deze schakelmomenten kunnen afgestemd worden, is het belangrijk dat er zowel vanuit de eerste- als vanuit de tweedelijn voldoende uniformiteit bestaat. Bij de uitwerking van een transmuraal zorgpad gaat het voornamelijk over taaktoewijzing, communicatie, coördinatie en doorverwijzing. Het ontwikkelen van een transmuraal zorgpad is het bouwen van bruggen over de grenzen van organisaties heen, en kan zo bijdragen tot het optimaliseren van de transmurale samenwerking. De verdere vertaling naar de eigen werking binnen de discipline of dienst kan verschillend zijn, en moet ook verschillend kunnen blijven.

Wanneer denken aan een zorgpad voor valpreventie

Een valincident, gedefinieerd als *"een onverwachte gebeurtenis waarbij de oudere op de grond, vloer of een lager gelegen niveau terechtkomt"*[18] is een multifactorieel probleem waarbij een complexe interactie van gezondheidsgerelateerde risicofactoren en gedrag- en omgevingsfactoren de val veroorzaken.[19,20] Bij thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico kan een gerichte multifactoriële en multidisciplinaire aanpak leiden tot een reductie van valincidenten.[21-25] Een belangrijke voorwaarde voor het welslagen is dat strategieën voldoende intensief zijn, effectief worden toegepast en zich richten op de risicofactoren die bij de oudere aanwezig zijn. Net zoals bij patiënten met chronische aandoeningen, hebben ouderen met een verhoogd valrisico dus vaak nood aan langdurige zorg van verschillende welzijns- en gezondheidswerkers. Deze welzijns- en gezondheidswerkers werken meestal voornamelijk binnen de eerstelijnszorg, maar bij verschillende organisaties en diensten. Bovendien is er vaak samenwerking vereist met disciplines over de grenzen van één setting heen, bijvoorbeeld met dagziekenhuis, valkliniek of wegens opname in het ziekenhuis of in de residentiële setting. Daarnaast

stellen zich rond valpreventie vaak problemen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging, waarvoor een zorgpad een oplossing kan bieden.[26]

Deel 3: De methodiek van zorgpaden

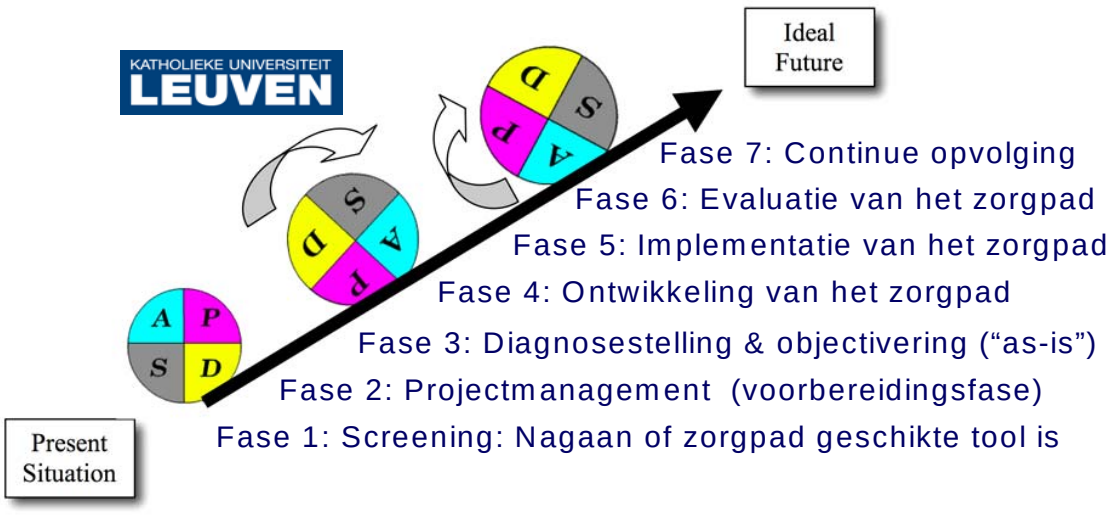
De methodiek van zorgpaden: het 7-fasen model

In dit deel worden een aantal richtlijnen, tips, aandachtspunten en uitdagingen beschreven bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een zorgpad. Het doel is een hulpmiddel aan te bieden aan zorgverleners en stafmedewerkers bij het ondersteunen van het multidisciplinair team dat een nieuw zorgpad ontwikkelt of een bestaand zorgpad herwerkt.

Tot voor kort werd de methodiek van zorgpaden vertaald in een 30-stappen-plan. Op basis van de brede ervaringen binnen het Netwerk Klinische Paden met (transmurale) zorgpaden, bestaande onderzoeksresultaten en de internationale samenwerking met de European Pathway Association werd het 30-stappen-plan gereduceerd tot een 7-fasen model.[2]

Deze 7 fasen zijn: (1) de screeningsfase, (2) projectmanagementfase, (3) diagnosestelling – en objectiveringfase, (4) ontwikkelingfase van het zorgpad, (5) implementatiefase van het zorgpad, (6) evaluatiefase van het zorgpad en (7) continue opvolgingfase. Deze gefaseerde aanpak volgt de logica van de Deming cyclus, beter bekend als de PDSA-cyclus of plan-do-study-act cyclus, die doorheen de zeven fasen loopt. De verdere uiteenzetting zal dit 7-fasen model volgen.

Figuur 1: 7-fasen model voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden



Bron: Vanhaecht, 2010.[2]

Overzichtsschema draaiboek zorgpad valpreventie

De doelgroep van het draaiboek van een zorgpad m.b.t. valpreventie in Vlaanderen betreft ouderen met een verhoogd valrisico in de thuissetting (deel 2 en 3 van de praktijkrichtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen, een praktijkrichtlijn voor Vlaanderen'[3], zie ook www.valpreventie.be). In onderstaand schema volgt een gedetailleerde bespreking van het 7 fasen model:

FASE 1 SCREENINGSFASE

- Doel: is een zorgpad het juiste antwoord op het probleem dat zich in de praktijk stelt?
  Rond valpreventie stellen zich vaak problemen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging. → Men kan hieruit besluiten dat een zorgpad de juiste methodiek is voor valpreventie.
- Zo ja, is er voldoende eigenaarschap om een zorgpad te ontwikkelen?
  De vraag naar (re)organisatie van het zorgproces rond valpreventie komt vanuit de Vlaamse praktijk.
- Stakeholders:
  Ten minste volgende disciplines: huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige. Uiteraard is het belangrijk dat alle gezondheids- en welzijnswerkers die in contact komen met ouderen alsook intermediaire organisaties, op de hoogte zijn van de aanpak voor thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico.

FASE 2 PROJECTMANAGEMENTFASE

- Doel: multidisciplinaire werkgroep en kernteam samen stellen en concrete afspraken maken.
  CAVE: plan zorgvuldig alvorens het project concreet op te starten!
- Multidisciplinaire werkgroep
  Vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines o.a. huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, LOGO, SEL, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, patiëntenvertegenwoordiger, …
- Kernteam samenstellen uit multidisciplinaire werkgroep:
  Tenminste vertegenwoordigers van volgende disciplines: huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige. Indien gewenst, kan een coördinator van het SEL uitgenodigd worden om te bewaken dat het zorgpad vanuit een multidisciplinaire visie wordt uitgewerkt.
- Afbakening patiëntenpopulatie:
  Het operationeel zorgpad wordt best afgebakend tot ouderen met een verhoogd valrisico in de thuissetting (deel 2 en 3 uit de praktijkrichtlijn).[3]
- Tijdskader:
  Vanaf aanmelding met val, inclusief eventuele doorverwijzing naar de valkliniek of geriatrisch dagcentrum, tot herevaluatie van het valrisico na 3 maanden of na 6 maanden.
- Bepaal doelstellingen, huidig zorgproces en ervaren knelpunten (zie 3 borden-methode)
- Geografische regio in kaart brengen

FASE 3 DIAGNOSESTELLING- EN OBJECTIVERINGSFASE

- Doel: huidige organisatie van zorgproces objectief en kritisch evalueren.
- Beschikbare evidentie en wetgeving:
  Voor valpreventie volstaat het om het 'standaard zorgpad', in dit geval de Praktijkrichtijn valpreventie bij thuiswonende ouderen[3]*, lokaal aan te passen, en vooral te adopteren door alle betrokken spelers om tot een 'operationeel zorgpad' te komen.*
- Eigen organisatie en team:
  Cruciaal om eerst overzicht te krijgen van de verschillende disciplines die rond valpreventie werken in één bepaalde regio. Dan dient er een analyse te worden gemaakt van de huidige knelpunten en een bepaling van de middelen die noodzakelijk zijn om op lokaal niveau het zorgproces kwalitatief te organiseren.
- Patiënt en familie:
  Bevraging van ouderen (en hun famliie) m.b.t. een verhoogd valrisico of een recente val. Voor het evalueren van deze parameter kan men ook beroep doen op lokale seniorenverenigingen (cfr. OKRA).
- Externe partners:
  Voor valpreventie zijn dit o.a. diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, apothekers, residentiële setting, ziekenhuizen, …

FASE 4 ONTWIKKELINGSFASE

- Doel: bespreken van gegevens uit fase 3 en vergelijken met gewenste zorgproces.
- Werk zorgpad praktisch uit. Ga na wie wat moet doen, in welke volgorde en welke expertise en middelen nodig zijn.
  Een stroomdiagram betreffende valpreventie wordt weergegeven in de praktijkrichtlijn (addendum 2). Voor de taakindeling staan in de praktijkrichtlijn bij iedere actie één of meerdere disciplines vermeld. Op lokaal niveau dient bepaald te worden wat haalbaar is en wie er wat zal doen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de werkfiche (addendum 3).
- Ga na op welke wijze het ontwikkeld zorgpad in de huidige werking kan geïntegreerd worden.
- Noteer gemaakte afspraken in een zorgpaddocument.
- Zorgverleners zullen het zorgpad meer aanvaarden indien men een gevoel van eigenaarschap heeft.
  Alle betrokkenen op lokaal niveau inlichten over het zorgpad en concrete afspraken maken over de verschillende rollen, verantwoordelijkheden en wederzijdse verwachtingen van alle partijen met betrekking tot valpreventie. Medewerking is cruciaal voor welslagen.

FASE 5 IMPLEMENTATIEFASE

- Doel: ontwikkelde zorgpad in dagelijkse praktijk voorbereiden door alle betrokkenen in te lichten en het zorgpad uit te testen.
- Stel een implementatieplan op, rekening houdend met bestaande structuren, communicatiekanalen en middelen:
  Het kernteam staat in voor het opstellen van een implementatieplan voor het lokale zorgpad voor valpreventie.
- Informeer alle betrokkenen:
  Alle betrokkenen moeten begrijpen waarom een zorgpad ontwikkeld werd (voor welke ervaren knelpunten is het ontwikkelde zorgpad een oplossing). Strategieën ter bekendmaking: infosessies met uitleg over nieuwe zorgpad, gekoppeld aan algemene vorming valpreventie (kan door referentiepersoon valpreventie in de regio), regionale krantjes, website van de eigen organisatie of via partnerorganisaties zoals SEL's, vormingen, nieuwsbrieven, via provinciale koepels, netwerk en media/communicatiekanalen v/d Logo's, trekkers binnen de beroepsverenigingen, …
- Organiseer een testfase:
  Het lokale zorgpad kan men uittesten in een pilootstudie bij een kleine groep ouderen.

FASE 6 EVALUATIEFASE

- Doel: evalueren of ervaren knelpunten in de organisatie van zorg na implementatie van zorgpad zijn weggewerkt.
- Evaluatie van gebruik zorgpad.
- Evaluatie d.m.v. herhaling metingen fase 3.
- Evaluatie van mate waarin in praktijk wordt afgeweken van ontwikkelde zorgpad.

  Voor evaluatie van het zorgpad valpreventie kan men beroep doen op de eigen organisatie en het eigen team, de verschillende disciplines die rond valpreventie werken in één bepaalde regio, ouderen (en hun familie) met verhoogd valrisico of recente val, lokale seniorenverenigingen en externe partners zoals diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, apothekers, residentiële setting, ziekenhuizen, …

  Een andere vorm van evaluatie voor valpreventie is terugkoppeling van het lokale zorgpad naar de praktijkrichtlijn voor Vlaanderen.
- Periode: 3 tot 6 maanden na implementatie en opgevolgd in functie van verdere evolutie.

FASE 7 CONTINUE OPVOLGINGSFASE

- Doel: continue opvolging en evaluatie van het zorgpad.
- Periode: minimum elke 6 maanden inhoudelijke bespreking EN minimum 1 maal per jaar objectieve evaluatie van de organisatie van het zorgproces.

  Het kernteam verzamelt op regelmatige tijdstippen informatie om het gebruik, de haalbaarheid en de resultaten van het zorgpad continue op te volgen. CAVE: het is belangrijk dat er reeds bij aanvang van de implementatie van het zorgpad concrete afspraken hierover worden gemaakt.

  De inhoudelijke bespreking van het zorgpad kan worden gerapporteerd aan het EVV.

Fase 1: Screeningsfase

Deze fase start als één of meer zorgverleners een probleem ervaren, waarvoor een (transmuraal) zorgpad mogelijk een antwoord biedt. Het doel van deze fase is om na te gaan of een zorgpad het juiste antwoord is, en of er voldoende eigenaarschap is om een zorgpad te ontwikkelen. Deze beslissing wordt gemaakt op basis van reeds beschikbare gegevens. Deze fase mag hierdoor slechts enkele weken duren, en eindigt op het moment dat gekozen wordt om al dan niet een zorgpad te ontwikkelen.

Is er voldoende eigenaarschap

De zorgverleners, die op dat moment betrokken zijn, moeten de overtuiging of tenminste het aanvoelen hebben dat er een probleem is met het huidige zorgproces, en dat ze mede verantwoordelijk zijn voor de oplossing. Ook moeten deze zorgverleners nagaan of dit eigenaarschap ook voldoende leeft bij andere betrokkenen. Zijn er verschillende zorgverleners, disciplines, organisaties verantwoordelijk voor de oplossing van het probleem? Voelen deze betrokkenen zich ook verantwoordelijk en zijn ze bereid tot verandering?

Is een zorgpad het juiste antwoord

Vervolgens moet zo exact mogelijk bepaald worden wat het probleem is, en of een (transmuraal) zorgpad een oplossing kan zijn. Een zorgpad is niet voor elk probleem de meest geschikte oplossing. Stelt het probleem zich voornamelijk rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie of opvolging van goede zorg, dan is een zorgpad één van de mogelijke methoden die gebruikt kunnen worden om de organisatie van het zorgproces te verbeteren.

Tips 'Screeningsfase':

- *Ga na **welke (harde) gegevens beschikbaar** zijn die iets vertellen over de huidige organisatie van zorg (aantallen, knelpunten, doorlooptijden, financiële gegevens, kwaliteitsparameters, …). Vele data zijn reeds beschikbaar in bestaande databanken (bijvoorbeeld in dossiers van zorgverleners of organisaties, zowel in eerste- als tweedelijn).*
- *Mogelijke **methoden** om zicht te krijgen op betrokken partners zijn stakeholder mapping (het in kaart brengen van alle belanghebbenden) of gesprekken met peers, leidinggevenden, medewerkers van neutrale koepelorganisaties, …*
- *Stel **tijdig** de vraag tot samenwerking aan de partners uit andere organisaties of settings. Het ontwikkelen van een zorgpad in de eerstelijn kan een onderdeel zijn van het uitwerken van een (transmuraal) zorgpad. De praktijk leert echter dat het eenvoudiger is om een zorgpad te ontwikkelen als het eigen zorgproces voldoende transparant is. Elke betrokken discipline moet zicht hebben of krijgen op het eigen zorgproces.*
- ***Informatiedoorstroming:** bij elk initiatief om een zorgpad te ontwikkelen, is het interessant om ook externe partners op de hoogte te brengen, bijvoorbeeld het informeren van ziekenhuizen en woonzorgcentra in de regio bij het opstellen van een zorgpad binnen de eerstelijn. Op die manier hebben deze externe partners de nodige tijd om het eigen zorgproces voldoende transparant te maken. Indien afspraken met andere settingen nodig zijn, moeten dan enkel de "schakelmomenten" worden afgesproken.*

Tips 'Is een zorgpad het juiste antwoord?'

- *Ga eerst na wat de **essentie van het probleem** is. Gebruik daarbij bestaande, beschikbare gegevens (bijvoorbeeld in databanken, dossiers, …) of doe een brainstorm. Via de drie-borden-methode kan je snel en efficiënt de doelstellingen, huidige organisatie en knelpunten in kaart brengen (zie Figuur 2 en Figuur 3).*

- *Ga vervolgens na **of de methodiek van zorgpaden een antwoord kan zijn** op het gedefinieerde probleem.*

    - *Is het een probleem van hoofdzakelijk interne organisatie? Reorganiseer dan binnen de organisatie of maak een intramuraal pad maar houd de partners in de andere lijn wel op de hoogte.*

    - *Zit het probleem hoofdzakelijk bij één discipline? Maak dan een samenstelling van aangepaste richtlijnen, en tracht die via navorming en interdisciplinaire afspraken te operationaliseren.*

- *Is het probleem vooral goede ontslagvoorbereiding vanuit het ziekenhuis? Maak dan misschien eerder een infopakket, reorganiseer de taken, maak een kortlopend transmuraal zorgpad of schakel bijvoorbeeld een ontslagmanager in.*

- ***Stelt het probleem zich voornamelijk rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie of opvolging van goede zorg, waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn, dan kan een zorgpad een oplossing zijn. Indien zowel zorgverleners uit eerste- als tweedelijn betrokken zijn, dan kan gedacht worden aan een transmuraal zorgpad.***

- *Houd er rekening mee dat het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een zorgpad de nodige tijd vraagt, en dat een zorgpad (continu) opgevolgd dient te worden. Om alle betrokken hiervoor te* ***motiveren****, is het belangrijk dat er een meerwaarde ervaren wordt. Deze meerwaarde kan velerlei zijn: een grote patiëntenpopulatie waardoor de geleverde inspanningen veel opleveren, een welzijn- of gezondheidsprobleem dat de betrokkenen aanspreekt, het leren kennen van de betrokken spelers en hun werking, het opbouwen van structuren, samenwerkingsverbanden en contactpersonen die ook voor andere projecten nuttig kunnen zijn, de procesmatige aanpak van de methodiek, …*

Figuur 2: Voorstelling 3-bordenmethode[27]

De 3-bordenmethode kan gebruikt worden als consensusmethodiek bij de ontwikkeling van een zorgpad valpreventie om systematisch doelen te definiëren, de organisatie van het zorgpad te beschrijven en om een lijst met knelpunten voor verdere analyse op te sommen. Hieronder wordt een voorbeeld voorstelling voor valpreventie gemaakt van de 3-bordenmethode. Uiteraard zijn in de eigen plaatselijke context andere knelpunten, een verschillend zorgproces of andere doelstellingen mogelijk.

BORD 1

Op het eerste bord noteer je de doelstellingen. Er zijn doelstellingen ten aanzien van het project en doelstellingen van wat je wil bereiken bij de patiënt. Het Klinisch Pad (KP) Kompas kan een hulpmiddel zijn bij het formuleren van de projectdoelstellingen (zie Figuur 3).

BORD 1: doel van het zorgproces

Bijvoorbeeld voor valpreventie:

- Verbeterde opsporing van ouderen met verhoogd valrisico (projectdoelstelling)
- Verminderd aantal ouderen die vallen (patiëntdoelstelling)
- ...

BORD 2

Op het tweede bord teken je een time-task matrix met mogelijke sleutelinterventies die noodzakelijk zijn om de doelstellingen in bord 1 te bereiken. Sleutelinterventies zijn interventies die de effectiviteit en de efficiëntie van het proces beïnvloeden, met een directe impact op patiëntenoutcomes.

BORD 2: Time-task matrix met sleutelinterventies

Bijvoorbeeld voor valpreventie:

SLEUTEL-INTERVENTIES	T 1	T 2	T 3	...
Screening aanwezigheid verhoogd valrisico	X			
Betrekken van andere zorgdisciplines bij verhoogd risico		X		
Opstarten multifactoriële interventie			X	
...				

*T = Tijdstip

BORD 3

Op het derde bord schrijf je knelpunten of punten waarover onduidelijkheid bestaat. Deze knelpunten dienen later in de ontwikkeling van het zorgpad uitgeklaard te worden. Tijdens het ontwikkelingsproces en de continue evaluatie dienen deze knelpunten steeds geupdatet te worden.

Bron: Vanhaecht, 2011.[27]

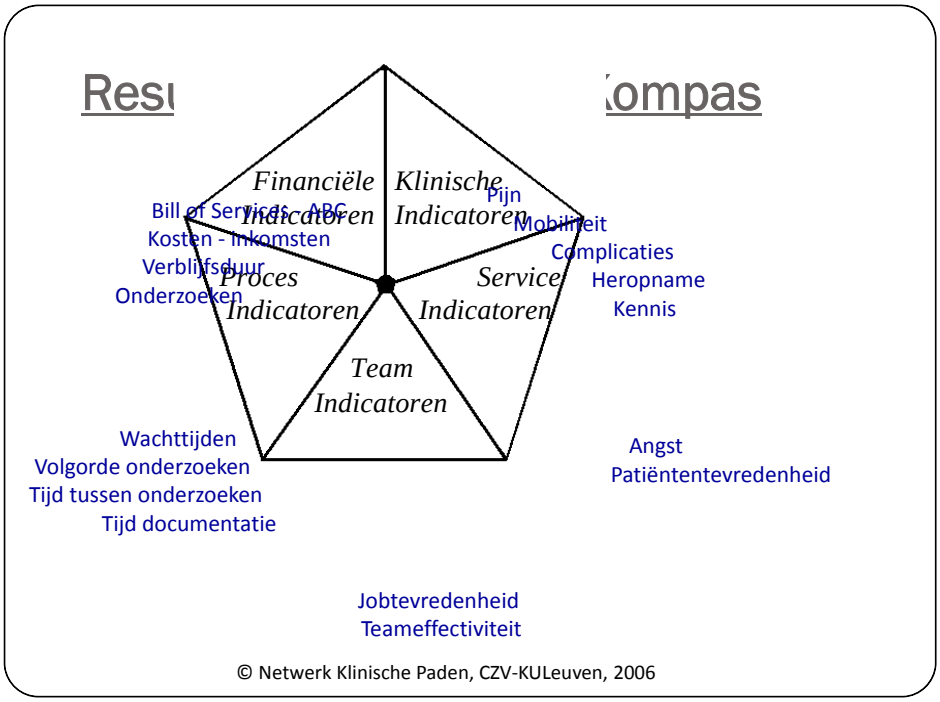
BORD 3: Knelpunten in de zorg

Bijvoorbeeld voor valpreventie:

- Onvoldoende communicatie en coördinatie tussen verschillende disciplines die samenwerken rond één patiënt met verhoogd valrisico.
- Onvoldoende tijd om uitgebreide multifactoriële evaluatie van risicofactoren uit te voeren.
- Therapieontrouw patient.
- ...

Figuur 3: Voorstelling KP Kompas[28]

De continue evaluatie en opvolging van een klinisch pad zijn noodzakelijk. Hiervoor werd het Leuvens KP Kompas ontwikkeld. Het KP Kompas deelt indicatoren / parameters / variabelen die de kwaliteit en/of efficiëntie van een zorgproces kunnen opvolgen, in 5 domeinen (klinisch, service, team, proces en financieel), zoals weergegeven in onderstaande figuur:



Bron: Vanhaecht & Sermeus, 2003.[28]

Wat betekent dit voor valpreventie?

Is er voldoende eigenaarschap?

Valincidenten zijn zeer frequent bij thuiswonende ouderen. Eén op drie valt eenmaal per jaar, waarvan één derde meerdere keren valt.[19,32,33] Vallen kan leiden tot lichamelijke (bv. verstuikingen, snijwonden en fractuur), psychosociale (bv. valangst, depressie en toegenomen zorgafhankelijkheid) en economische (bv. kosten gerelateerd aan een heupfractuur of opname in een woonzorgcentrum) gevolgen.[21,30,31]

Naar aanleiding van deze vaststelling kan vanuit de praktijk de vraag komen naar een(re)organisatie van het zorgproces rond valpreventie. Zowel individuele zorg- en hulpverleners die betrokken zijn bij het zorgproces van één bepaalde patiënt, als zorgorganisaties en externe partners, zoals het LOGO, geven aan dat er nood is aan (re)organisatie van valpreventie in Vlaanderen.

Om aan bovenstaande vraag te beantwoorden, heeft het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV), in samenwerking met zijn partners, een eerste aanzet gedaan en de praktijkrichtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen, een praktijkrichtlijn voor Vlaanderen'[3] ontwikkeld.

Is een zorgpad het juiste antwoord?

De vraag kan gesteld worden of een zorgpad de juiste methodiek is voor de problematiek rond valincidenten bij thuiswonende ouderen.

Rond valpreventie stellen zich vaak problemen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging.[26] Men kan hieruit besluiten dat een zorgpad de juiste methodiek is voor valpreventie. De praktijkrichtlijn is een eerste aanzet voor het optimaliseren van het zorgproces met betrekking tot valpreventie. Deze praktijkrichtlijn geeft algemene aanbevelingen op Vlaams niveau. De huidige organisatie van het zorgproces rond valpreventie is zeer complex en lokaal erg verschillend. Deze algemene praktijkrichtlijn kan op lokaal niveau anders worden geïmplementeerd op basis van lokale karakteristieken. Wanneer men wil starten met het (re)organiseren van het zorgproces kan men best op lokaal niveau een overzicht verkrijgen op de organisatie en structuur rond valpreventie.

Welke stakeholders?

Belangrijke partners bij valpreventie zijn tenminste volgende disciplines: huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige. Uiteraard is het belangrijk dat naast de vertegenwoordigers uit de vier bovenstaande disciplines, alle gezondheids- en welzijnswerkers, die in contact komen met ouderen, alsook de intermediaire organisaties op de hoogte zijn van de aanpak voor thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico. Voor het opstellen van een operationeel zorgpad dient men op lokaal niveau na te gaan welke disciplines dienen te worden betrokken bij het (re)organiseren van het zorgproces. De vier kerndisciplines (huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige) zouden echter steeds moeten worden betrokken. Daarnaast kan men op lokaal niveau ook beroep doen op de referentiepersoon valpreventie uit die zorgregio, de zorgtrajectpromotor of andere eerstelijnszorg- en hulpverleners.

Fase 2: Projectmanagementfase

Deze fase start bij de beslissing om een (transmuraal) zorgpad te ontwikkelen. Het doel van deze fase is een multidisciplinaire werkgroep samen te stellen en een aantal concrete afspraken te maken. Plan heel zorgvuldig alvorens je het project concreet opstart. Een goede opstart vraagt goede planning.

Stel een multidisciplinaire werkgroep samen met vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines:

- Aangezien in de praktijk niet alle betrokken partners aanwezig kunnen zijn bij alle besprekingen, wordt best gewerkt met een vertegenwoordiger. Deze vertegenwoordiger heeft expliciet de taak om binnen de multidisciplinaire werkgroep een inbreng te leveren als vertegenwoordiger van zijn of haar discipline of organisatie, en de eigen achterban te informeren en te betrekken via bestaande structuren en communicatiekanalen.
- Bij de ontwikkeling van een zorgpad kan het de nodige tijd vragen om een geschikte vertegenwoordiger te vinden voor alle betrokken disciplines. Neem deze tijd. Zorg ervoor dat alle cruciale disciplines vertegenwoordigd zijn, en dat deze vertegenwoordiger geaccepteerd wordt door zijn achterban en het zorgpad kan uitdragen. Een goede samenstelling en ontwikkelde structuur zijn belangrijk bij het verdere verloop, anders loop je het risico dat het project verloren gaat.
- Ga ook na op welke wijze de patiënt of vertegenwoordigers van de patiënt kunnen betrokken worden (zie ook deel 4: Hoe de patiënt betrokken houden).
- Specifiek voor transmurale zorgpaden:
    - Een transmuraal zorgpad brengt per definitie de eerste – en tweedelijn samen.
    - De ervaring leert dat bij een transmuraal zorgpad het essentieel is om tenminste één arts uit het ziekenhuis en tenminste één huisarts, gedelegeerd door zijn kring, in de werkgroep te hebben.
- Niet te grote, maar slagvaardige groep. Er is geen optimaal aantal. Het hangt zowel af van de complexiteit van het geviseerde zorgpad als van de lokale verhoudingen tussen de disciplines. Algemeen kunnen we stellen dat er een vertegenwoordiger nodig is van alle cruciale disciplines.

Stel een kernteam samen. Dit kernteam is beperkt in aantal, en is samengesteld uit vertegenwoordigers van de disciplines die rechtstreeks contact hebben met de afgebakende patiëntenpopulatie. Het kernteam zal het volledige project voorbereiden, uitwerken en evalueren, maar vraagt en geeft op regelmatige basis feedback aan de volledige multidisciplinaire werkgroep. Bij het ontwikkelen van transmurale zorgpaden is het belangrijk ten minste één vertegenwoordiger uit de eerste- en één vertegenwoordiger uit de tweedelijn in het kernteam te betrekken.

- **Goede afspraken maken goede vrienden**. Maak bij aanvang van het project goede en duidelijke afspraken over:

    - de afbakening van het zorgpad,
    - de centrale coördinatie en het verloop van uitwisselen van informatie en gegevens,

- welke taken en verantwoordelijkheden de verschillende deelnemers van zowel de multidisciplinaire werkgroep als het kernteam hebben zoals bijvoorbeeld *Wie is verantwoordelijk voor de logistieke en administratieve ondersteuning? Wie heeft de nodige expertise om de ontwikkeling, implementatie en opvolging van het zorgpad te begeleiden?*,
- wie deel zal uitmaken van welke groep,
- en de verwachtingen naar alle deelnemers.

- Vervolgens moeten doelstellingen, het huidige zorgproces en de ervaren knelpunten bepaald worden.

  - **Baken de patiëntenpopulatie goed af**. Bepaal duidelijke in- en exclusiecriteria: beschrijf om welk welzijns- of gezondheidsprobleem, leeftijdsgroep en / of patiëntencategorie het exact gaat. Bepaal een duidelijk begin- en eindpunt in tijd: over welke fase van het zorgproces zal een zorgpad ontwikkeld worden? Begin bij een welomschreven episode die eindigt op een duidelijk moment. Wat betreft het tijdskader bij valpreventie wordt het zorgpad best opgesteld vanaf aanmelding met val of verhoogd valrisico (vb. problemen met evenwicht en mobiliteit) tot herevaluatie van het valrisico. Als alles operationeel goed verloopt, kan in een volgende fase een episode voor en / of na de bestaande toegevoegd worden. Voor de langere nazorg kunnen ook andere afspraaktypes voorzien worden, zoals een duidelijk protocol dat voor de patiënt en iedere betrokken zorgverlener consulteerbaar is, en goede opvolg- en verwijsafspraken weergeeft.

  - Ga na het afbakenen van de patiëntenpopulatie na of **alle betrokken disciplines** in de multidisciplinaire werkgroep vertegenwoordigd zijn.

  - **De regio (geografisch) goed in kaart brengen.**

  - **Bepaal de centrale projectmanager**. De centrale projectmanager is de persoon die, samen met het kernteam, de ontwikkeling van het zorgpad opneemt en coördineert. Deze persoon heeft als taak om het (transmuraal) proces te begeleiden, te sturen, op te volgen, voortgang te rapporteren, vergaderingen te organiseren, feedback / input van de leden van het multidisciplinaire team en het kernteam te verzamelen, …. Deze persoon moet aan drie voorwaarden voldoen: (1) neutraal zijn, (2) over de nodige expertise beschikken en (3) voldoende tijd en middelen hebben om deze rol te kunnen uitvoeren.

    - ✓ Een organisatie of persoon wordt als neutraal ervaren als alle betrokken zorgverleners voldoende vertrouwen hebben dat het gemeenschappelijk belang en het belang van iedereen wordt nagestreefd. Er bestaan organisaties die van nature 'neutraal' zijn, zoals de SEL's. Ook andere personen of organisaties kunnen neutraliteitskrediet verwerven bij hun medespelers en deze rol op zich nemen. Om dit krediet te verwerven, moeten deze organisaties

hiervoor de kans krijgen iedereen voortdurend bij het proces te betrekken, feedback en input aan anderen vragen en zo het nodige vertrouwen winnen. Houd daarbij wel rekening met een zekere tijdsinvestering: muren moeten afgebroken worden en vertrouwen opgebouwd. De centrale projectmanager heeft m.a.w. geen of een beperkte inhoudelijke inbreng, maar ondersteunt / begeleidt het proces.

- ✓ Deze persoon beschikt over de nodige expertise met betrekking tot de methodiek van zorgpaden en de logistieke en administratieve ondersteuning.

- ✓ Deze persoon moet de nodige tijd en mogelijkheden krijgen vanuit de eigen organisatie om zich voor het gezamenlijk project ter beschikking te kunnen stellen.

- ✓ De centrale projectmanager dient over volgende competenties te beschikken: probleem analytisch denken, visie, creativiteit en vindingrijkheid, diplomatie, strategie en discretie, sensitiviteit, assertiviteit, risico's durven nemen, aanpassingsvermogen en verbale vaardigheden waaronder onderhandelingsvaardigheden, feedback geven, durven confronteren.[34]

De centrale projectmanager is te onderscheiden van een tweede coördinerende functie die later gekozen wordt, maar tevens belangrijk is: de individuele zorgpadbegeleider van de patiënt. Deze **individuele zorgpadbegeleider** volgt het operationele en toegewezen zorgpad van de individuele patiënt op, en is het centrale aanspreekpunt rond deze patiënt. Deze functie wordt liefst toevertrouwd aan de discipline die het meest op de hoogte is van de elementen rond de patiënt als één van de betrokken zorgverleners. In de eerstelijn kan de individuele zorgpadbegeleider de zorgbemiddelaar zijn bij patiënten waar er ook sprake is van een zorgplan.

- o **Bepaal duidelijke doelstellingen, het huidige zorgproces en de ervaren knelpunten.** Via de drie-borden-methode (zie Figuur 2) kunnen de betrokken zorgverleners op een snelle en efficiënte manier doelstellingen en sleutelinterventies, het huidige zorgproces en ervaren knelpunten noteren. (Zie ook tips Fase 1: Screeningsfase).



Tips 'Samenstelling multidisciplinaire werkgroep':

- ***Ken je lokale structuren*** *en maak er gebruik van! Vertegenwoordigers van de verschillende betrokken disciplines kunnen via de lokale of centrale beroeps-verenigingen of organisaties zoals SEL's en Logo's gezocht worden.*

- *Indien bepaalde disciplines aan een politieke overtuiging* ***verbonden*** *zijn, is het belangrijk om het evenwicht te bewaren door alle politieke overtuigingen uit te nodigen.*

- *Denk bij de samenstelling van de multidisciplinaire werkgroep niet alleen aan (para)medische disciplines, maar ook aan* ***welzijns- en sociale functies*** *zoals bijvoorbeeld de maatschappelijk werker, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, welzijnswerker voor senioren, zorgcoach, trajectbegeleiders, … . Eveneens dient er gedacht te worden aan patiëntenorganisaties.*

- *Indien voor bepaalde disciplines geen vertegenwoordiger beschikbaar is, kan opgestart worden met de andere disciplines. Denk na op welke wijze deze discipline alsnog bij het proces kan betrokken worden. Zo zal het bijvoorbeeld niet evident zijn om in iedere regio een ergotherapeut te betrekken bij het ontwikkelen van een zorgpad valpreventie, vermits ergotherapeuten nog niet in iedere regio in de thuissetting te werk gesteld zijn.*

- *Essentieel voor een goede werking is de inzet en motivatie van enkele enthousiaste betrokkenen als* ***drijvende kracht****. Uit de ervaring van de opgevolgde projecten is gebleken dat er bij transmurale zorgpaden altijd tenminste twee trekkers nodig zijn, één binnen elke lijn.*

- *Belangrijk bij het ontwikkelen van transmurale zorgpaden is een* ***centraal aanspreekpunt in zowel de eerste- als de tweedelijn****. Deze personen maken best deel uit van het kernteam en hebben voldoende credibiliteit in zowel eerste- als tweedelijn. Naast aanspreekpunt hebben deze personen ook als taak om alle betrokkenen in de eigen setting te motiveren, te betrekken, te informeren en te ondersteunen.*

Tips 'Goede afspraken maken goede vrienden':

- *Vraag aan de leden van de multidisciplinaire werkgroep om expliciet na te denken op welke wijze de **achterban** kan geïnformeerd worden en op welke termijn. Denk daarbij aan bestaande communicatiekanalen en structuren.*

- *Zijn de gemaakte afspraken voor iedereen voldoende duidelijk en voor iedereen aanvaardbaar?*

- *De leden van de multidisciplinaire werkgroep zijn vaak niet of **onvoldoende vertrouwd met elkaar**, hun werking en de methodiek van zorgpaden. Start de eerste bijeenkomsten met een toelichting over de eerstelijn, de ziekenhuisorganisatie en de methodiek van zorgpaden (zodat de leden een duidelijk zicht hebben op de mogelijke meerwaarde, maar ook de beperkingen van zorgpaden). Bestaande presentaties over zorgpaden zijn beschikbaar binnen het Netwerk Klinische Paden (www.nkp.be).*

- ***Informeer de achterban** over de start en de doelstelling van het project. Maak daarbij gebruik van bestaande communicatiekanalen en structuren, zoals nieuwsbrieven, krantjes, websites, opleidingen, periodieke vergaderingen, … Bewaar een evenwicht tussen het betrekken, informeren en feedback vragen aan de achterban enerzijds en het overbevragen van de achterban anderzijds.*

- ***Ontwikkel een projectplan** waarbij de verschillende uit te voeren taken en opdrachten op een tijdslijn worden geplaatst. Gedurende het project kan het projectplan, indien nodig, bijgestuurd worden.*



Tips bij het 'formuleren van doelstellingen':

*Maak gebruik van **het SMART-principe** bij het formuleren van doelstellingen:*

- ***S** = specifiek (helder en duidelijk geformuleerd, zodat duidelijk is wat precies bedoeld wordt)*
- ***M** = meetbaar (dit is het bepalen van een norm, waarbij wordt nagegaan of deze norm behaald werd of niet)*
- ***A** = aanvaardbaar en actiegericht (alle betrokkenen moeten de doelstelling dragen, zodat er voldoende engagement is om deze doelstelling te bereiken)*
- ***R** = realiseerbaar (de geformuleerde doelstellingen moeten kunnen behaald worden)*
- ***T** = tijdsgebonden (er moet een termijn bepaald worden waarop het gewenste resultaat moet bereikt worden)*

! Valkuil

Neem voldoende tijd voor deze fase. Het ontwikkelen van een samenwerkingsstructuur en communicatiekanalen vraagt de nodige tijd. Als je te snel van start gaat, loop je het risico dat het project na een tijdje vastloopt. Door de moeizame start of vroege mislukkingen kan het ganse project verloren gaan. Een goede planning is hierbij essentieel.

Wat betekent dit voor valpreventie?

Afbakening patiëntenpopulatie

Het operationeel zorgpad wordt best afgebakend tot ouderen met een verhoogd valrisico in de thuissetting (deel 2 en 3 uit de praktijkrichtlijn).[3] *Algemene gezondheidspromotie met de focus op valpreventie naar de algemene oudere bevolking (deel 1 uit de praktijkrichtlijn)* [3] *wordt best apart beschreven. Ouderen hebben een verhoogd valrisico indien men: zich aanbiedt na een acuut valincident of twee of meerdere keren gevallen is tijdens het afgelopen jaar of loop- en/of evenwichtsproblemen vertoont (klinisch oordeel, eventueel te objectiveren met een Timed Up & Go Test) of één keer gevallen is in het afgelopen jaar EN loop- en/of evenwichtsproblemen vertoont.* [3] *Vermits een multifactoriële evaluatie in het kader van valproblematiek geen voordeel biedt aan volgende groepen, worden zij best geëxcludeerd uit het operationeel zorgpad: ouderen die volledig immobiel zijn (bedlegerige patiënten en volledig rolstoelgebonden ouderen) en ouderen in een terminaal levensstadium. Voor ouderen met cognitieve stoornissen zoals dementie is er tot op heden onvoldoende onderzoek verricht naar de effectiviteit van valpreventiestrategieën. Naast de mentale status op zich, komen de meeste risicofactoren bij ouderen met cognitieve achteruitgang overeen met de risicofactoren bij ouderen die cognitief intact zijn. Om die reden wordt er vanuit de praktijkrichtlijn geadviseerd om bij ouderen met cognitieve stoornissen de praktijkrichtlijn waar mogelijk toe te passen.*[3]

Wat betreft het tijdskader wordt het zorgpad best transmuraal opgesteld, vanaf aanmelding met val, inclusief eventuele doorverwijzing naar de valkliniek of geriatrisch dagziekenhuis, tot herevaluatie van het valrisico na 3 maanden of na 6 maanden. Dus van de huisarts en andere disciplines in de thuiszorg tot een eventuele doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis of valkliniek. De voorwaarden voor doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis of valkliniek vindt men terug in de praktijkrichtlijn. [3]

Samenstelling multidisciplinaire werkgroep

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een kernteam en een bredere multidisciplinaire werkgroep. Het kernteam voor het zorgpad valpreventie wordt best samengesteld uit vertegenwoordigers van volgende disciplines: huisarts (bij voorkeur voorgedragen door de lokale huisartsenkring), kinesitherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige. Best wordt ook een coördinator van het SEL uitgenodigd om deel te nemen aan het kernteam. Het SEL ondersteunt verder de invoering van het zorgpad door dit bekend te maken bij zorg- en hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg. Voor inhoudelijke ondersteuning van de uitwerking van het zorgpad kan men beroep doen op de referentiepersoon valpreventie. Daarnaast zou men in de toekomst eventueel zorgtraject promotoren kunnen inschakelen voor het zorgpad valpreventie.*

De bredere werkgroep bestaat uit verschillende vertegenwoordigers van iedere kerndiscipline uit de regio, alsook afgevaardigden van de andere disciplines, LOGO, SEL, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, … en eventueel zelfs een patiëntenvertegenwoordiger.

** De opdracht van een zorgtraject promotor past voorlopig enkel in het kader van diabetes problematiek en nierinsufficiëntie.*

Goede afspraken maken goede vrienden

De afspraken die in deze fase gemaakt moeten worden, hebben betrekking op de werking van het team dat het zorgpad ontwikkelt en op het ontwikkelingsproces. Concreet dient er voor valpreventie reeds vanaf het begin op lokaal niveau beslist te worden wie welke taken op zich neemt, zoals wie de vergaderingen organiseert, wie notuleert, welke financiële middelen nodig zijn (bijvoorbeeld huur van lokalen, catering, dataverzameling, …), wie deze financiële middelen voorziet, op welke wijze verzamelde gegevens worden verspreid, wie vergaderingen voorbereidt, op welke wijze de achterban van de vertegenwoordigers in het team wordt betrokken en geïnformeerd, welke de verwachtingen zijn, binnen welke termijn dit kan gebeuren, …

Dit draaiboek voor een operationeel zorgpad kan worden gebruikt om leden van de bredere werkgroep een algemene introductie te geven over valproblematiek, valpreventie en de methodiek in verband met zorgpaden. Nadien dienen alle welzijns- en gezondheidswerkers op lokaal niveau ingelicht te worden over het operationeel zorgpad dat zal worden uitgewerkt in de regio. De medewerking van deze personen is cruciaal voor het welslagen van het zorgpad. Daarnaast dient het projectmanagement te worden uitgewerkt, en dienen op lokaal niveau concrete afspraken te worden gemaakt over de verschillende rollen en verantwoordelijkheden en wederzijdse verwachtingen van alle partijen.

Verder is het belangrijk om doelstellingen voor het zorgpad te bepalen. Algemene doelstellingen voor ouderen met een verhoogd risico zijn: [3]

1) *65-plussers met een valgeschiedenis of met loop- en/of evenwichtsproblemen worden geëvalueerd op een verhoogd valrisico (case finding).*
2) *65-plussers met een verhoogd valrisico krijgen een multifactoriële evaluatie van de zeven meest voorkomende valrisicofactoren namelijk 'evenwicht, mobiliteit en spierkracht', 'medicatie', 'orthostatische hypotensie', 'zicht', 'voeten en schoeisel', 'omgeving en gedrag' en 'valangst' (multifactoriële evaluatie).*
3) *65-plussers met een verhoogd valrisico krijgen een multifactorieel behandelplan op basis van de resultaten van de multifactoriële evaluatie (multifactoriële interventies).*
4) *65-plussers met een verhoogd valrisico krijgen, bij voorkeur na 1, 3 en 6 maanden, een follow-up*
5) *65-plussers met een verhoogd valrisico zijn therapietrouw tijdens de hele duur van hun behandelplan (motivatie van ouderen).*

Op lokaal niveau kunnen deze doelstellingen verder bepaald worden aan de hand van de ZPZET (ZorgProces ZelfEvaluatie Tool) analyse, ter optimalisatie van de werking van teams.[28] ZPZET is een valide en betrouwbaar instrument voor het meten van de organisatie van een zorgproces in een ziekenhuiscontext.[29] Het instrument bevat 29 items, ingedeeld in 5 subschalen: (1) Patiëntgerichtheid van de organisatie – (2) Coördinatie van het zorgproces – (3) Communicatie met patiënt en familie – (4) Samenwerking met de eerstelijn – (5) Opvolging van het zorgproces. In het kader van de ontwikkeling van een transmuraal zorgpad of een zorgpad in de thuiszorg kan dit instrument mogelijks inspirerend zijn. (zie Addendum 4: ZorgProces Zelfevaluatie Tool).

Fase 3: Diagnosestelling- en objectiveringsfase

In de diagnosestelling- en objectiveringsfase wordt de huidige organisatie van het zorgproces objectief en kritisch door het team geëvalueerd. In deze fase is er een nauwere samenwerking tussen de leden van het kernteam en het multidisciplinaire team, waarbij de taken worden verdeeld. Het evalueren van de huidige zorg heeft een aantal voordelen. Ten eerste worden veronderstellingen over ervaringen geobjectiveerd. Ten tweede wordt de input van patiënten gevraagd. Patiënten bekijken het zorgproces door een andere bril, waardoor zij andere knelpunten (als belangrijk) ervaren. Ten derde worden mogelijke blinde vlekken ontdekt. Ten vierde kunnen de resultaten van de metingen zorgverleners overtuigen dat er een probleem is in de huidige zorg.

De evaluatie van het huidige zorgproces gebeurt vanuit vier invalshoeken: (1) beschikbare evidentie en wetgeving, (2) de eigen organisatie en team, (3) patiënt en familie, (4) externe partners.

1) **Beschikbare evidentie en wetgeving.** Ga na welke evidenties voor het afgebakende zorgproces beschikbaar zijn, zeker voor de sleutelinterventies. Niet voor alle activiteiten in het afgebakende zorgproces is (voldoende) evidentie beschikbaar. Toch is het belangrijk om een zorgpad te ontwikkelen op basis van bestaande evidenties.

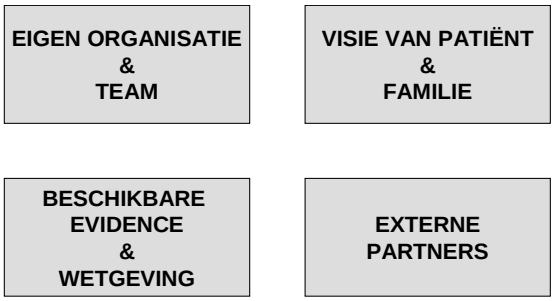
   Misschien is een 'standaard zorgpad' nationaal ter beschikking (zie paragraaf 'Wat is een zorgpad '). Daarbij denken we bijvoorbeeld aan nationale richtlijnen of aan de RIZIV zorgtrajecten. Dan volstaat het om dit standaard zorgpad lokaal te adapteren, en vooral te adopteren door alle betrokken spelers om tot een 'operationeel zorgpad' te komen. Dan kan dit worden uitgewerkt tot een 'toegewezen zorgpad'. Maar vergeet niet voldoende evaluatie in te bouwen per 'afgelegd zorgpad'.

2) **De eigen organisatie en team.** Door de huidige organisatie van het zorgproces in kaart te brengen vanuit de visie van de betrokken organisaties en teams, krijg je inzicht in de wijze waarop het huidige proces verloopt, de knelpunten die ervaren worden en de mate waarin de vooropgestelde doelstellingen al dan niet bereikt worden. Mogelijke methoden zijn: dossieranalyse, process mapping, prospectieve meting, vragenlijsten met betrekking tot coördinatie, documentanalyse, interviews, focusgroepen, ...[35]

3) **Patiënt en familie.** Een derde belangrijke invalshoek zijn de ervaringen van patiënten en hun familieleden. Mogelijke methoden zijn: interviews, (virtuele) walkthroughs (zie Verklarende woordenlijst), focusgroepen, ontwikkelde vragenlijsten over tevredenheid met betrekking tot specifieke aspecten van de zorg, ...

4) **Externe partners.** Bij het zorgproces zijn vaak ook andere partners betrokken: disciplines binnen dezelfde organisatie, partners uit de andere lijn (eerste, tweede, derdelijn), ... Deze externe partners kunnen eveneens een belangrijke input hebben bij de evaluatie van het zorgproces. Het betrekken van externe partners is een kans tot netwerking.

Figuur 4: Invalshoeken diagnosestelling en objectiveringfase



Bron: Vanhaecht, 2010.[2]

Tips over dataverzameling:

- *Meten is (z)weten. Het gevaar bestaat om **te veel** te willen meten, en zo de innovatie-energie van zowel de leden van de multidisciplinaire werkgroep als de achterban uit te putten. Om na te gaan welke metingen moeten gebeuren, vertrek je eerst vanuit de geformuleerde doelstellingen en de ervaren knelpunten. Ga dan na welke evidentie reeds bestaat. Bekijk daarna welke gegevens beschikbaar zijn, bijvoorbeeld via literatuurstudie, uit bestaande databanken, via veldervaringen. Voor deze elementen is geen bijkomende meting nodig. Evaluaties gebeuren enkel voor onbekende of onduidelijke gegevens. Verder kunnen via het uitvoeren van virtuele walkthroughs bij patiënten prioriteiten gesteld worden met betrekking tot de geformuleerde knelpunten en doelstellingen.*

- *Maak **duidelijke afspraken** over de organisatie en planning van deze metingen. Wie is waarvoor verantwoordelijk: selectie en rekrutering van respondenten (bijvoorbeeld patiënten, teamleden, externe partners), dataverzameling, het opstellen van databanken, het invoeren van de verzamelde data, het verwerken van deze data, … Denk daarbij ook aan het verspreiden van de gegevens. Op welke wijze wordt er over de gegevens gecommuniceerd binnen de werkgroep, naar de achterban, … Kunnen andere betrokkenen beschikken over de ruwe data? Zo ja, op welke wijze? Zijn hiervoor de nodige middelen?*

- *Binnen de eerstelijn bestaan slechts een beperkt aantal **meetinstrumenten**. In het kader van dit draaiboek werd een vragenlijst ter informatie toegevoegd. (zie* Addendum 1: Vragenlijst relationele coördinatie*).*

- *Om de juiste gegevens op de juiste manier te verzamelen, wordt binnen projecten vaak een nood aan **centrale deskundigheid** ervaren**.** Deze deskundigheid staat vanuit de centrale onderzoekscentra, met name het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven, ter beschikking.*

Tips evaluatie vanuit 'eigen organisatie en team':

- *Je kunt de **respons bij zorgverleners verhogen** door enkele punten in acht te nemen:*
  - *Beperk de dataverzameling tot relevante, onbekende data.*
  - *Geef voldoende uitleg over de meting en het belang van de inbreng van de betrokken zorgverlener.*
  - *Geef nadien feedback over de resultaten aan de zorgverleners. Op die manier hebben ze zicht op de resultaten, het belang van inbreng, en worden ze gemotiveerd om hun gedrag te veranderen bij implementatie van het zorgpad.*

- ***De dataverzameling kan schriftelijk, telefonisch of face to face gebeuren**.*
  - *Voeg een begeleidend schrijven aan de schriftelijke vragenlijst toe waarin het doel van de meting en het belang van de inbreng van de betrokken zorgverlener wordt toegelicht. In het begeleidend schrijven kan je ook een lijst toevoegen met de vertegenwoordiger van de betreffende discipline uit de werkgroep. Op die manier voelt de zorgverlener zich vertegenwoordigd en betrokken. De vragenlijst kan per post verstuurd worden, maar ook andere manieren zijn mogelijk. Includeer indien nodig een gefrankeerde retour-envelop.*
  - *Houd bij een telefonische bevraging rekening met het tijdstip waarop je de zorgverlener contacteert, zodat je niet 'stoort' tijdens patiëntencontacten. Een telefonische bevraging lukt alleen als deze beperkt is. Bij een (iets) uitgebreidere bevraging maak je best een afspraak met de zorgverlener, zodat deze ongestoord kan gebeuren. Een zekere flexibiliteit en inzet van de bevrager is nodig om de zorgverleners ten gepaste tijde en vaak ook meermaals te contacteren.*

- De multidisciplinaire samenwerking kan gemeten worden via de vragenlijst 'relationele coördinatie'. Deze vragenlijst bevat zeven vragen. Bij het invullen van de vragenlijst wordt aan elke zorgverlener gevraagd om de relationele coördinatie rond een bepaalde patiënt te scoren. Er wordt met andere woorden NIET gevraagd aan de betrokken zorgverleners om de algemene relationele coördinatie met dé huisartsen, dé kinesitherapeuten, dé thuisverpleegkundigen te scoren, maar wel de *relationele coördinatie met die huisarts, kinesitherapeut en thuis-verpleegkundige die betrokken waren bij de zorg voor deze bepaalde patiënt*[36] *(zie* Addendum 1: Vragenlijst relationele coördinatie*)*

Tips evaluatie vanuit 'patiënt en familie':

- ***Op welke wijze worden patiënten geselecteerd?*** *Het selecteren en rekruteren van patiënten in de eerstelijn is niet eenvoudig. Een mogelijkheid bestaat om hiervoor medewerking en toestemming van een ziekenhuis te vragen.*
- ***Wie rekruteert de patiënten?*** *Indien het doel van het project door een vertrouwenspersoon wordt toegelicht, bijvoorbeeld huisarts, stijgt de kans op deelname. Om de betrokkenheid van de persoon die rekruteert te garanderen, zetelt deze best in het kernteam.*
- *Indien* ***informed consent*** *nodig is, vraag dan goedkeuring aan de bevoegde ethische commissie. Een voorbeeld van een ethische commissie vindt u op www.uzleuven.be/ec. Nodige documenten zijn onder andere een toelichtingsformulier voor de patiënt met informatie over het project, de verwachtingen ten aanzien van de patiënt, de verwerking van de gegevens en een toestemmingsformulier.*
- *Denk aan mogelijke acties om de* ***respons te verhogen****, zoals het drukken van de vragenlijsten op gekleurd papier, het includeren van een gefrankeerde retourenvelop, het versturen van een geschenkje ter compensatie van de geïnvesteerde tijd, het versturen van een herinneringsbrief, …*
- *Patiënten weten vaak niet wat ze mogen / kunnen verwachten van de zorg. Bijgevolg is het belangrijk om een aantal* ***items expliciet aan de patiënt te vragen****, anders loop je het risico dat 'iedereen algemeen tevreden is over de zorg'.*
- ***Betrek patiëntenorganisaties als actieve partner.*** *Zij kunnen enerzijds informatie geven over de organisatie van het zorgproces in specifieke organisaties, maar anderzijds ook algemene informatie over de wensen, noden en preferenties van patiënten met een specifieke welzijns- of gezondheidsproblematiek.*

Wat betekent dit voor valpreventie?

Om de huidige organisatie rond het zorgproces van valpreventie op lokaal niveau te evalueren, dient men dit vanuit volgende standpunten te kijken:

A) Beschikbare evidentie en wetgeving

De beschikbare evidentie voor thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico is uigeschreven in de 'praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen' (zie www.valpreventie.be).[3] *Deze praktijkrichtlijn bevat een overzicht van datgene wat, op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidentie, effectief is in het voorkomen van valincidenten bij thuiswonende ouderen, aangevuld met de nodige klinische expertise. De praktijkrichtlijn is een complexe interventie op regionaal (Vlaams) niveau om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader in een niet-organisatie specifieke omgeving.*[3,4] *Om de implementatie van de praktijkrichtlijn op lokaal niveau te ondersteunen, kan men gebruik maken van dit*

draaiboek, uitgewerkt voor een operationeel zorgpad valpreventie, gebaseerd op de richtlijn valpreventie. [3]

Daarnaast kan men voor de lokale coördinatie van de multidisciplinaire samenwerking naar valpreventie beroep doen op het SEL-zorgplan (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg) of GDT (Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging) – zorgplan.

B) Eigen organisatie en team

Voor valpreventie in de thuissetting wordt vaak met meerdere disciplines bij één patiënt gewerkt. Per patiënt kan dit team echter verschillend samengesteld zijn. Zo kan in één regio een huisarts voor patiënt X samenwerken met één bepaalde kinesitherapeut, en voor patiënt Y met een andere. Dit maakt de communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging van zorg rond valpreventie in de thuiszorg complex. Daarom is het cruciaal om, zoals eerder aangehaald, eerst een overzicht te krijgen van de verschillende disciplines en de verschillende hulpverleners per discipline die rond valpreventie werken in één bepaalde regio.

Vervolgens wordt nagegaan welke knelpunten deze zorgverleners ervaren in de dagelijkse praktijk. Er dient een analyse te worden gemaakt van de huidige knelpunten, en een bepaling van de middelen die noodzakelijk zijn om op lokaal niveau het zorgproces kwalitatief te organiseren. Algemene knelpunten voor valpreventie in de thuiszorg zijn onder andere tijdsnood, financiering, kennis van de praktijkrichtlijn, coördinatie, communicatie tussen de verschillende disciplines, taakverdeling en opvolging.

C) Visie van de patiënt en zijn familie

Ook kunnen ouderen (en hun familie) met een verhoogd valrisico of ouderen met een recente val worden bevraagd. Deze bevraging kan gebeuren door een schriftelijke vragenlijst of door een walktrough te organiseren bij een patiënt die net gevallen is. Voor het evalueren van deze parameter kan men ook beroep doen op lokale seniorenverenigingen (cfr. OKRA). Deze seniorenverenigingen kunnen beschikken over relevante informatie m.b.t. ervaringen van patiënten of kunnen helpen bij het rekruteren van ouderen en familieleden voor bevraging.

D) Visie van externe partners

Externe partners die de organisatie van het huidige zorgproces mee kunnen evalueren, zijn onder andere diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, apothekers, de residentiële setting (woonzorgcentra, centra voor kort verblijf, …), ziekenhuizen (bijvoorbeeld afspraken rond doorverwijzing naar dagziekenhuis enkel als doorverwezen door de huisarts, …)

Fase 4: Ontwikkelingsfase

Deze fase start met het bespreken van de gegevens, die werden verzameld tijdens de diagnosestelling- en objectiveringsfase vanuit de vier verschillende invalshoeken. De verzamelde informatie wordt daarbij vergeleken met het gewenste zorgproces. Dit zijn de geformuleerde doelstellingen tijdens de screeningsfase en de diagnose- en objectiveringsfase.

Werk het zorgpad praktisch uit. Op welke wijze kunnen verbeterpunten gerealiseerd worden? Zijn hiervoor de nodige middelen en mogelijkheden ter beschikking? Wie is waarvoor verantwoordelijk? Wie heeft welke informatie wanneer nodig van wie? Op welke wijze? Concreet worden in deze fase afspraken gemaakt rond de verschillende rollen en de opeenvolging van activiteiten, rond de communicatie tussen betrokken zorgverleners alsook met de patiënt en zijn familie. Tevens wordt nagegaan hoe afwijkingen worden gedocumenteerd en opvolging gerealiseerd.

Noteer de gemaakte afspraken in een zorgpaddocument. Dit document is multidisciplinair opgesteld met een duidelijke afbakening in tijd en patiëntenpopulatie. Dit document bevat alle taken, verwachtingen en rollen ten aanzien van de betrokken zorgverleners, sleutelinterventies, intermediaire doelstellingen, rapportagesysteem, relatie met andere lijn, … Denk ook aan een patiëntenversie van het zorgpad (bijvoorbeeld informatiebrochure).

Tips 'Ontwikkelingsfase':

- ***Teken de eerste versie van het zorgpad uit.*** *Houd daarbij rekening met de gegevens uit de diagnosestelling en objectiveringsfase.*
  - *De eerste versie van het zorgpad wordt bij voorkeur voorbereid door de projectmanager of het kernteam. Op die manier kunnen de leden van het multidisciplinair team op basis van een concreet voorstel verder werken. Door deze voorbereiding vermijd je theoretische / conceptuele discussies. Bovendien is het eenvoudiger om na te denken over een concreet voorstel, wat een positief effect heeft op de verstaanbaarheid, de accuraatheid, de snelheid van de samenwerking, …*
  - *Punten die onduidelijk zijn, kunnen door de projectmanager of het kernteam als vragen opgelijst worden. Zo kunnen er een aantal algemene vragen zijn, maar ook een aantal vragen per discipline. Deze vragen worden dan binnen het team beantwoord, en zo ingevuld in het zorgpad.*
- *Het doel van een zorgpad is het verbeteren van de huidige kwaliteit van de zorg.* ***Een te idealistisch zorgpad werkt in de praktijk niet.***
- *Ga bij het uittekenen van het zorgpad na* ***wie wat moet doen, in welke volgorde en welke expertise en middelen daarvoor nodig zijn.*** *Ga ook na welke informatie de verschillende betrokken disciplines nodig hebben om de verwachte taken te kunnen uitvoeren, en op welke wijze deze betrokkenen op de hoogte gebracht kunnen worden (bijvoorbeeld ontwikkel een standaardformaat voor de ontslagbrief aan de huisarts met daarin de nodige informatie omtrent verwachte rol / taak).*

- *Een belangrijk element is de **informatie aan de patiënt**. Deze kan op verschillende wijzen gebeuren. Algemeen krijgen patiënten in deze periode veel te verwerken, waardoor het opportuun is om belangrijke informatie op verschillende tijdstippen op verschillende wijze in het zorgproces te herhalen.*
- *Ga na op welke wijze het ontwikkelde zorgpad **in de huidige werking kan geïntegreerd** worden:*
  - *Integratie in bestaande dossiers, ICT-toepassingen, …*
  - *Ontwikkel de nodige documenten, zoals een standaard verwijs- en / of ontslagbrief, een brochure voor patiënten, …*
- *Zorgverleners zullen eerder geneigd zijn om de gemaakte afspraken te volgen en de nodige informatie uit te wisselen, indien zij het gevoel hebben **eigenaar** te zijn van het zorgpad (zieDeel 4: Belangrijke algemene aspecten bij (transmurale)* zorgpaden*).*
- *Bekijk op welke wijze **afwijkingen** van het zorgpad gedocumenteerd worden, en hoe opvolging gerealiseerd wordt. Bepaal de aanspreekpersoon bij problemen. Zorg ervoor dat iedereen op de hoogte is wie deze aanspreekpersoon is, en hoe deze te bereiken is.*

Wat betekent dit voor valpreventie?

In de ontwikkelingsfase wordt het zorgpad voor valpreventie lokaal uitgeschreven. De sleutelinterventies naar valpreventie worden samengevat in het overzichtsschema van de praktijkrichtlijn (zie Addendum 2: Overzichtsschema praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen *of www.valpreventie.be).*[3]

Met betrekking tot de taakindeling staan in de richtlijn bij iedere actie één of meerdere disciplines vermeld. Zo behoort de case finding tot de verantwoordelijkheid van de huisarts, die kan afspreken met de thuisverpleegkundige, kinesitherapeut of ergotherapeut om de case finding uit te voeren. De multifactoriële evaluatie en interventie gebeuren bij voorkeur multidisciplinair (huisarts, verpleegkundige, kinesitherapeut en ergotherapeut), ofwel op verwijzing van de huisarts door een gespecialiseerd team (bv. valkliniek of geriatrisch dagziekenhuis onder leiding van een geriater). Ten slotte is een follow-up noodzakelijk door het multidisciplinaire team onder leiding van de huisarts, bij voorkeur na 1, 3 en 6 maanden, en dient de oudere en zijn omgeving gemotiveerd te worden het behandelplan te volgen.[3]

Op lokaal niveau dient te worden bepaald wat haalbaar is in het kader van de mogelijkheden en de organisatie van het team. Hiervoor kan men gebruik maken van de werkfiche valpreventie (Zie www.valpreventie.be of addendum 3).[3] *Om afspraken in verband met het zorgpad voor alle hulpverleners van de verschillende disciplines die rond één patiënt samenwerken toegankelijk te houden, kan gebruik worden gemaakt van elektronische zorgpaden (in die regio's waar men reeds met elektronische zorgpaden werkt). Het gebruik van elektronische zorgpaden bij valpreventie heeft zeker een meerwaarde, omdat er voor valpreventie in de thuiszorg niet één centraal patiëntendossier bestaat, maar één dossier per discipline. Dit zal de communicatie en samenwerking tussen de verschillende hulpverleners ten goede komen.*

Fase 5: Implementatiefase

Eenmaal het zorgpad volledig uitgewerkt is, kan de implementatiefase starten. Het doel is om het ontwikkelde zorgpad in de dagelijkse praktijk voor te bereiden, door alle betrokkenen in te lichten en het pad (op beperkte schaal) uit te testen.

Stel een implementatieplan op. Op welke wijze wordt het ontwikkelde zorgpad in de dagelijkse praktijk geïmplementeerd? Welke taken / verwachtingen zijn er ten aanzien van de teamleden?

Informeer alle betrokkenen. Voor een succesvolle implementatie is het belangrijk dat alle betrokkenen begrijpen waarom een zorgpad ontwikkeld werd, met andere woorden voor welke ervaren knelpunten is het ontwikkelde zorgpad een oplossing. Bovendien moeten de betrokkenen ingelicht worden over wat verwacht wordt: welke aspecten van de zorg zijn veranderd, welke informatie-uitwisseling moet gebeuren, …

Organiseer een testfase. Implementeer het ontwikkelde zorgpad eerst op beperkte schaal, evalueer en, indien nodig, pas het zorgpad aan.

Tips 'Implementatiefase':

- *Denk bij het opstellen van het **implementatieplan** aan bestaande structuren, communicatiekanalen en middelen. Spreek hierbij de teamleden aan op hun verantwoordelijkheid.*
    - *Het opstellen van een implementatieplan start eigenlijk al vanaf de screeningsfase. Betrokkenheid en mede-eigenaarschap zijn de sleutels tot succes.*
    - *Voor een succesvolle implementatie moeten de betrokken zorgverleners het gevoel hebben dat goede afspraken gemaakt werden omtrent de zorg. Deze afspraken moeten ook op een eenvoudige manier terug te vinden zijn (bijvoorbeeld via de website van de SEL, het ziekenhuis, …)*
    - *Creëer een gevoel van eigenaarschap bij de betrokken zorgverleners om de implementatie te bevorderen (zie Deel* 4: Belangrijke algemene aspecten bij (transmurale) zorgpaden*).*
    - *Zorg ervoor dat de individuele zorgverlener voldoende op de hoogte is van de gemaakte afspraken en verwachtingen ten aanzien van de zorg voor een bepaalde patiënt.*
    - *Ga na in welke mate de afspraken kunnen geïntegreerd worden in de eigen werking en systemen, zodat het opgenomen wordt in de dagelijkse routine.*
    - *Gemaakte afspraken worden versterkt indien ze geïntegreerd worden binnen de lokale gewoontes en cultuur.*
    - *Het voorzien van beloningen voor het extra werk kan een stimulans zijn. Deze beloningen kunnen ook intrinsiek zijn door bijvoorbeeld het verminderen van de werkdruk of administratie.*

- *De patiënt kan ook een belangrijke rol spelen in het informeren en motiveren van betrokken zorgverleners.*
- *Bied voldoende ondersteuning bij de implementatie van het zorgpad door bijvoorbeeld het versturen van reminders, administratieve ondersteuning, verlenen van advies, …*

- *Informeer alle betrokkenen.*
  - *Door de boodschap via verschillende kanalen te herhalen, verhoog je de kans dat de betrokken zorgverleners de boodschap ontvangen en onthouden.*
  - *Overtuig de betrokken zorgverleners van het belang van het zorgpad door te wijzen op de ervaren knelpunten.*

Wat betekent dit voor valpreventie?

Het kernteam staat in voor het opstellen van een implementatieplan van het lokale zorgpad voor valpreventie. Zij lichten de betrokkenen in over wat verwacht wordt: welke aspecten van de zorg zijn veranderd, welke informatie-uitwisseling moet gebeuren, …. Daarnaast is het belangrijk dat alle betrokkenen begrijpen waarom een zorgpad ontwikkeld werd, met andere woorden voor welke ervaren knelpunten het ontwikkelde zorgpad een oplossing is. In dat opzicht is het belangrijk om de achterban in verschillende fasen te informeren, namelijk bij de start (waarom, wie neemt deel, ….), over de resultaten van de metingen en over het uiteindelijk ontwikkelde zorgpad – op die manier creëer je bij de achterban deels eigenaarschap.

Door informatie via verschillende kanalen te verspreiden, verhoog je de kans dat de individuele zorgverlener op de hoogte is van de gemaakte afspraken: via opleidingen, persoonlijke communicatie bijvoorbeeld mailing, artikels in lokale krantjes, … Daarnaast dienen voor de implementatie op lokaal niveau infosessies te worden gegeven aan alle welzijns- en gezondheidswerkers. Deze infosessies, met als doel uitleg over het nieuwe zorgpad, kan gekoppeld worden aan een algemene vorming met betrekking tot valpreventie. Deze vormingen kunnen worden gegeven door de referentiepersoon valpreventie uit die zorgregio.

Andere strategieën ter bekendmaking zijn regionale krantjes, website van de eigen organisatie of via partnerorganisaties zoals SEL's, vormingen, nieuwsbrieven, via provinciale koepels, netwerk en media/communicatiekanalen v/d LOGO's, trekkers binnen de beroepsverenigingen, … Deze mogelijke strategieën kunnen op lokaal niveau anders ingevuld worden.

Nadien kan men het lokale zorgpad uittesten in een pilootstudie bij een kleine groep ouderen, bijvoorbeeld zijn gemaakte afspraken voor iedere zorgverlener duidelijk, haalbaar, …. Op lokaal niveau dient te worden nagegaan of de afbakening van de ouderen met een verhoogd risico en het tijdskader haalbaar is.

Fase 6: Evaluatiefase

In deze fase wordt geëvalueerd of de ervaren knelpunten in de organisatie van de zorg na implementatie van het zorgpad weggewerkt zijn. Deze evaluatie gebeurt best een 3 tot 6 maanden na implementatie, en dient te worden opgevolgd i.f.v. de verdere evolutie.

Een eerste vorm van evaluatie is het gebruik van het zorgpad. Bij hoeveel patiënten wordt het pad gebruikt? Waarom niet bij de andere? Dienen de in- en exclusiecriteria te worden bijgesteld?

Herhaal de metingen van de diagnose- en objectiveringsfase. Dezelfde metingen die in de derde fase gebruikt werden, kunnen aangewend worden om het effect van het zorgpad na te gaan. Hierbij is het van belang om ook vanuit de vier invalshoeken (eigen organisatie, patiënten, evidence & wetgeving en externe partners) de nieuwe organisatie van het zorgproces te evalueren. De verschillen tussen fase 3 en fase 6 kunnen indien gewenst statistisch worden getoetst.

Ga na of en in welke mate in de praktijk afgeweken wordt van het ontwikkelde zorgpad. Doe een variatieanalyse waarbij voor elke sleutelinterventie opgevolgd wordt bij hoeveel patiënten deze sleutelinterventie ook volgens plan werd uitgevoerd. Bekijk ook de intermediaire en finale resultaten van zorg, bijvoorbeeld behaalde ontslagcriteria. De resultaten kunnen steekproefsgewijs of continu opgevolgd worden, afhankelijk van de praktische mogelijkheden van het team.

Wat betekent dit voor valpreventie?

Voor de evaluatie van het zorgpad valpreventie kan men beroep doen op de eigen organisatie en het eigen team, de verschillende disciplines die rond valpreventie werken in één bepaalde regio, ouderen (en hun familie) met een verhoogd valrisico of ouderen met een recente val, lokale seniorenverenigingen en externe partners zoals diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, apothekers, de residentiële setting (woonzorgcentra, centra voor kort verblijf, …), ziekenhuizen (bijvoorbeeld afspraken rond doorverwijzing naar dagziekenhuis enkel als doorverwezen door de huisarts, …)

Een tweede vorm van evaluatie is het terugkoppelen van het lokale zorgpad naar de praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Afwijkingen op het lokaal zorgpad geven eveneens feedback op de Vlaamse praktijkrichtlijn, en kan bijdragen aan een verdere op punt stelling van de praktijkrichtlijn zelf.

De indicatoren voor valpreventie worden momenteel uitgewerkt in de werkgroep 'indicatorenset' van het EVV (zodra deze beschikbaar zijn, kunnen deze op de website www.valpreventie.be geraadpleegd worden), en kunnen bij de evaluatiefase van het lokaal zorgpad mede worden beoordeeld.

Fase 7: Continue opvolgingsfase

Als het zorgpad in de dagelijkse praktijk zijn ingang heeft gevonden, is het belangrijk om het zorgpad verder op te volgen. Het pad wordt volgens de zeven fasen methodiek continu opgevolgd indien er minimum elke zes maanden een inhoudelijke bespreking is en waarbij het gebruik van het pad wordt geëvalueerd. Minimum één maal per jaar wordt ook best een objectieve evaluatie van de organisatie van het zorgproces uitgevoerd. Twee manieren zijn mogelijk voor deze opvolging, ofwel via continue opvolging, ofwel via knelpuntmethode. Op basis van deze resultaten kan op elk moment beslist worden om waar nodig het pad inhoudelijk bij te sturen, een project op te starten om de resultaten verder te optimaliseren of indicatoren voor opvolging te (her)definiëren.

Tips 'Continue opvolgingsfase':

- *Denk aan contextverschillen tussen eerste- en tweedelijn:*
    - *De tweedelijn heeft een **traditie van proactieve opvolging,** van dataregistratie, timing, expliciete taakverdeling. Dit levert massa data voor 'boordtabellen' en 'opvolgingsdata'. Op basis van deze data kunnen gemaakte afspraken gecontroleerd worden, en kwaliteitsaspecten opgevolgd worden. Op continue basis worden vele items geregistreerd, en achteraf worden op bepaalde tijdstippen evaluatie sessies opgezet. Deze evaluatiesessies vertrekken meestal van een sterke feitenbasis over de meest belangrijke onderdelen.*
    - *De eerstelijn heeft eerder een **traditie van retroactieve bijsturing**. In de eerstelijn is een continue dataregistratie vaak moeilijk. Er is zelfs een zekere terughoudendheid voor registratie van alles en nog wat. Meer gebruikelijk zijn de methoden van kritische reflectie op probleemsituaties, en kritische incident analyse: als blijkt dat iets misloopt, helpt deze methodiek om op dat ogenblik de vastgestelde fout in zijn brede context te bekijken, en te reflecteren op de ad hoc redenen, maar ook op de meer structurele redenen die aan de grond lagen van deze ene fout.*
    - *Voorzie voldoende tijd, middelen en personeel met de geschikte competenties voor deze continue opvolging.*

Wat betekent dit voor valpreventie?

Het kernteam verzamelt op regelmatige tijdstippen informatie om het gebruik, de haalbaarheid en de resultaten van het zorgpad continu op te volgen. Het is belangrijk dat er reeds bij aanvang van de implementatie van het zorgpad concrete afspraken hierover worden gemaakt. De inhoudelijke bespreking van het zorgpad valpreventie kan worden gerapporteerd aan het EVV.

Deel 4: Belangrijke algemene aspecten bij (transmurale) zorgpaden

Zorg dat iedereen zich eigenaar voelt

Voor een succesvolle implementatie is het belangrijk dat alle betrokken zorgverleners zich eigenaar voelen van het zorgpad.

Waarom is het gevoel van eigenaarschap belangrijk?

Door het gevoel van eigenaarschap bij alle medewerkers die betrokken zijn in het zorgproces, verhoogt de kans dat de individuele zorgverlener de gemaakte afspraken aanvaardt, volgens de afgesproken manier werkt en de nodige informatie en output voor de andere betrokken zorgverleners levert, zonder deze afspraken zelf gemaakt te hebben. Niettemin garandeert het gevoel van eigenaarschap niet dat de betrokken zorgverleners het zorgpad in de praktijk ook effectief zullen volgen.

Zonder het gevoel van eigenaarschap leeft het zorgpad enkel bij de zorgverleners uit de werkgroep. Het gebrek aan eigenaarschap heeft dan niet alleen een negatieve impact op de implementatie van het zorgpad, maar mogelijk ook op de inzet en motivatie van de zorgverleners uit de werkgroep. Zo kunnen een aantal enthousiaste medewerkers afhaken omdat er geen tot weinig respons of input komt van de andere betrokkenen. Ook kunnen zorgverleners of organisaties het gevoel hebben dat hun positie binnen de zorg gehypothekeerd wordt indien zij als enige feedback en opmerkingen geven bij het proces.

Hoe het gevoel van eigenaarschap beïnvloeden?

Het gevoel van mede-eigenaarschap wordt beïnvloed door:

1) **Gevoel betrokkenheid**

   Alle zorgverleners moeten het gevoel hebben dat ze bij de ontwikkeling van het zorgpad betrokken zijn. In de praktijk is het niet mogelijk om alle zorgverleners rechtstreeks bij de ontwikkeling van het zorgpad te betrekken. Om alle disciplines zoveel mogelijk te betrekken, is het belangrijk dat alle disciplines die bij de zorg betrokken zijn, in de multidisciplinaire werkgroep vertegenwoordigd zijn.

   - Deze vertegenwoordigers hebben als belangrijke opdracht om de eigen achterban voldoende te betrekken bij het proces, door op regelmatige tijdstippen te informeren over de werkzaamheden van de multidisciplinaire werkgroep en feedback / input te vragen. Het informeren van de achterban kan op verschillende wijzen gebeuren, namelijk via bestaande structuren en communicatiekanalen (bijvoorbeeld via multidisciplinaire vergaderingen van de lokale werkingen van de SEL's, plaatselijke krantjes, …), opleiding, websites (zoals van de SEL, het betrokken ziekenhuis, beroepsspecifieke websites, …). Door aan de vertegenwoordigers expliciet te vragen op welke wijze de achterban zal geïnformeerd en betrokken worden, voelt deze opdracht minder vrijblijvend.

- Ook kan input van de betrokken zorgverleners gevraagd worden door het uitvoeren van metingen bij de evaluatie vanuit het team en eigen organisatie.
- Het meedelen van de resultaten van de metingen aan de achterban kan eveneens het gevoel van eigenaarschap verhogen.

2) Ervaren meerwaarde

Het informeren van de betrokken zorgverleners alleen is niet voldoende. De betrokken zorgverleners moeten daarenboven een meerwaarde ervaren zoals het optimaliseren van de kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt; het verduidelijken van de zorg, de relatie tot de patiënt en de relatie tot de andere zorgverleners; administratieve verlichting. Deze voordelen van een zorgpad kunnen bij het promoten al in de verf gezet worden.

Houd rekening met verschillen in de organisatiestructuur van de eerste- en tweedelijn. De tweedelijn heeft vaak een meer hiërarchische structuur. Voor de ontwikkeling van zorgpaden is het belangrijk dat vanuit het beleid van het ziekenhuis strategisch voor de zorgpaden gekozen wordt, zowel binnen het ziekenhuis als in samenwerking met de eerstelijn. Het beleid vertaalt deze beleidsoptie in het ter beschikking stellen en motiveren van voldoende personeel en middelen. Bovendien moet er voldoende doorstroming zijn naar alle onderliggende niveaus, meer bepaald naar het niveau van de dagelijkse zorgverlening door de medewerkers. In sommige diensten, bijzonder bij universitaire diensten, is de snelle wisseling van medewerkers een belangrijk probleem, waarvoor best vooraf oplossingen worden bedacht.

De eerstelijn heeft eveneens een aantal structuren, maar deze worden vooral beschouwd als representatief gezag, niet zorginhoudelijk. Zo vindt bijvoorbeeld elke huisarts dat een kringverantwoordelijke een spreekbuisfunctie heeft, maar ieder eigent zich het recht toe dagelijks in de patiëntenomgang zijn eigen beslissingen te nemen. Een ander voorbeeld is dat elke thuiszorgdienst een eigen beleid heeft, wat eveneens een valkuil kan zijn. Pas als men een engagement voelt als 'zelf mede genomen', zal men zich ook daarnaar gedragen.

Zorg ervoor dat alle betrokken zorgverleners zich eigenaar voelen door een transparant beslisproces uit te tekenen met een duidelijk draagvlak naar ieders achterban, waarbij rekening gehouden wordt met de onderscheiden beslistradities.

! *Valkuil*

Eigenaarschap moet ook onderhouden blijven. Het ontwikkelde zorgpad moet zich zoveel mogelijk vertalen in de dagelijkse informatica (zie paragraaf 'ICT moet volgen en kanaliseren') en voldoende onderhouden en aangepast worden. Herhalende communicaties via nieuwsbrief, flashes, krantjes, websites… zijn erg belangrijk.

Vrijheid versus teamwerking

Een tweede belangrijk onderscheid tussen de eerste en tweede lijn is de keuzevrijheid van de patiënt. In de tweedelijn is het algemeen aanvaard dat een patiënt die specialistische zorg kiest, automatisch ook het hele team accepteert, zowel in de diagnostiek, de behandeling als de verzorging. In de eerstelijn heeft de patiënt meer vrijheid om zelf de betrokken zorgverleners te kiezen, en op die manier een eigen team samen te stellen. Patiënten, en zeker patiënten met een chronische aandoening, hebben vaak een eigen bestaand team of netwerk van zorgverleners, waarmee de patiënt een vertrouwensrelatie heeft. Deze vertrouwensrelatie wordt als zeer belangrijk ervaren, onder andere voor het ter sprake brengen van andere (gerelateerde) problemen en knelpunten.

Twee aspecten maken dat deze totale patiëntenvrijheid voor een kwaliteitsvolle zorg niet zomaar aan te houden is. Bij het bepalen van rollen, taken en verwachtingen van de verschillende betrokken disciplines in het zorgpad, is er ten eerste vaak specifieke deskundigheid vereist. Deze deskundigheid is noodzakelijk om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Ten tweede is het bij de huidige complexiteit van de moderne zorgverlening, en de intensiteit van taakverdeling en samenwerking die daarvan het logisch gevolg is, stilaan niet meer mogelijk dat voor elk patiëntenprobleem een ad hoc team ad libitum of op toevallige vraag van de patiënt wordt samengesteld. Huisartsen die bij een enorme diversiteit van problemen bijna steeds centraal betrokken zijn, opteren daarom steeds meer voor het samenwerken met vaste teams, zoals dit in de ziekenhuizen gebruikelijk is.

Twee oplossingen zijn mogelijk:

1) **Allereerst deskundigheidsdefinitie, en dus toch een zekere vorm van kwaliteitsselectie**

   Definieer goed, bij het operationeel maken van het (transmuraal) zorgpad, welke deskundigheid voor elk van de onderdelen vereist is, en waarom de samenwerking zich tot diegenen richt die via opleiding, specifieke ervaring of andere argumenten deze deskundigheid garanderen te kunnen leveren. Deskundigheid kan breed worden gedefinieerd, van bepaalde opleiding, certificatie of ervaring tot beschikbaarheid, bereidheid tot overleg, continuïteit over een voldoende periode van de dag enzovoort.

   Maak dan lijsten van de 'deskundige' personen op lokaal niveau, die zich engageren binnen het (transmuraal) zorgpad. Zorg dat deze lijsten elektronisch beschikbaar zijn, en kunnen worden aangesproken op het moment dat een patiënt die in aanmerking komt voor het (transmuraal) zorgpad, zich aandient.

2) **Ondersteun ten tweede het groeien naar vastere samenwerkingsnetwerken**

   Bij huisartsen wordt steeds meer gesproken over vaste samenwerkingsteams voor de diversiteit van problematiek waar de huisarts een coördinerende bevoegdheid heeft. Hoewel de evolutie naar vaste teams in de eerstelijnspraktijk niet direct haalbaar en relevant lijkt, kunnen mogelijk lokale oplossingen gezocht worden om samenwerkingsverbanden, als gezamenlijk engagement voor kwaliteitszorg, te stimuleren en ondersteunen.

ICT moet volgen en kanaliseren

ICT lijkt soms een toverwoord. Voor de toekomst van (transmurale) zorgpaden is het belangrijk dat informatisering de genomen kwaliteitsopties moet ondersteunen en moet integreren tot rituelen in de dagelijkse werking. ICT-toepassingen zijn nodig op vele gebieden: deze moeten niet alleen de data-uitwisseling mogelijk maken, maar ook de hulpverlening structureren, faciliteren en routinematig ondersteunen. Mogelijke ondersteuning vanuit ICT-toepassingen zijn het ter beschikking stellen van informatie via een centrale website, het integreren van de gemaakte afspraken in het eigen elektronisch dossier en het elektronisch uitwisselen van informatie tussen de betrokken zorgverleners.

- Bij het ontwikkelen van een zorgpad is het belangrijk om een overzicht te hebben op de verschillende spelers. Voor bepaalde zorgpaden is er nood aan gespecialiseerde zorg. Deze zorg kan enkel geboden worden door zorgverleners met de nodige competenties. Op lokaal niveau is er nood aan een sociale kaart met een overzicht van alle zorgverleners en hun competenties. Deze sociale kaart moet voldoende beschikbaar zijn voor de patiënten en betrokken zorgverleners, zoals bijvoorbeeld via www.zorgzoeker.be, www.thuiszorgzakboekje.be, mediwacht of de sociale kaart van de provincie.

- Betrokken zorgverleners moeten op een eenvoudige manier de gemaakte afspraken rond het zorgpad kunnen terugvinden. Een mogelijkheid is om deze informatie via een centrale website te verspreiden. Deze website moet voor de betrokken zorgverleners gekend en toegankelijk zijn, bijvoorbeeld de website van de SEL. Vanuit deze website kunnen linken voorzien worden naar andere websites.

- De gemaakte afspraken moeten voor elke discipline geïntegreerd worden in de eigen werking en systeem, zodat deze afspraken vertaald kunnen worden in een routine. Een belangrijk aspect daarbij is de integratie van het zorgpad in het eigen elektronisch dossier. Dit is niet gemakkelijk omdat we in België overwegend gekozen hebben voor een grote variëteit van commercieel ondersteunde initiatieven, waarbij communicatie, coördinatie en kwaliteitsnormering niet de hoofdzaak is.

    - Toch is het duidelijk dat de performantie van het hospitaal medisch dossier (HMD) van het ziekenhuis, het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts, het elektronisch verpleegkundig dossier (EVD) van de verpleegkundige en het farmadossier van de apothekers de mogelijkheden en dagelijkse routines zullen bepalen. Deze evolutie zal mee mogelijk maken of de noodzakelijke multidisciplinariteit en de kwaliteitskeuzes, opgevolgd door gekozen kwaliteitsindicatoren, tot de realiteit van de dagelijkse praktijk zullen doordringen.

        - ✓ (E)MD-Paketten moeten niet geharmoniseerd worden op elk deelaspect van de zorgverlening, maar de 'sleutelmomenten' moeten herkenbaar en definieerbaar zijn, en de afspraken die op dit moment lokaal gemaakt worden, moeten bij voorkeur geïntegreerd

kunnen worden in elk van de eigen dossiers van elk van de zorgverleners.

- ✓ (E)MD software moet links integreren die een snelle switch mogelijk maken naar afsprakenlijsten, overzichten en lokale spelregels. Dit moet zowel kunnen naar centrale en naar ad hoc websites.
- ✓ (E)MD software zou automatisch data moeten kunnen leveren die gekozen zijn om het (transmuraal) zorgpad op te volgen (zie hoger). Zowel centraal gekozen 'zorgdata' als specifieke 'relevante opvolgdata' zouden best vanuit het (E)MD verzameld worden, bijvoorbeeld via een multipel consulteerbaar data-server op een welomschreven lokalisatie.

- o Ook linken met het E-zorgplan voor zwaar zorgbehoevende patiënten met het hierin beschikbare digitale communicatieplatform zou in overweging genomen moeten worden.

Het is duidelijk dat we op dit gebied nog een hele weg te gaan hebben. Voor huisartsen alleen al waren enkele jaren geleden 127 diverse pakketten in aanbieding. Toch is het merkwaardig hoe een kleine overheidsfinanciering, met de voorwaarde van een kwaliteits- en performantielabelling door de overheid, op korte tijd deze markt heeft kunnen beperken tot 17 goede systemen, waarvan Prodoc®, Medidoc®, Health one® en Windoc® het meest worden gebruikt.

Hoe de patiënt betrokken houden

De patiënt heeft een centrale rol in het ganse proces. De hele reorganisatie van de zorg wordt gedragen door een gedrevenheid voor 'patiënt-centrale zorg', dat is zorg waarbij de verwachtingen en levensdoelstellingen van de patiënt het centrale uitgangspunt vormen in denken en handelen. We sluiten dit draaiboek dus af met een cruciale vraag: hoe kunnen we de patiënt, als spilfiguur, betrekken?

Er zijn verschillende mogelijkheden en momenten waarop de patiënt kan betrokken worden bij de ontwikkeling van een (transmuraal) zorgpad. We zetten een aantal mogelijkheden op een rijtje.

Bij de werkgroep?

Bij de samenstelling van de multidisciplinaire werkgroep (zie Fase 2), is het belangrijk na te gaan of en op welke wijze patiënten betrokken kunnen worden bij de werking van de groep. Patiënten kunnen op verschillende wijze betrokken worden.

- Vanuit de multidisciplinaire werkgroep kan contact opgenomen worden met patiënten of hun verenigingen om het project voor te stellen en input te vragen. Patiënten of vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen hebben niet alleen ideeën over ervaren knelpunten en de impact van deze knelpunten op het leven van de patiënt, maar kunnen ook helpen bij de interpretatie van de geïnventariseerde knelpunten en de resultaten uit de metingen. Bovendien kunnen zij ook feedback geven over ontwikkelde documenten, zoals een nieuwe patiëntenbrochure.

- Patiënten of hun vertegenwoordigers kunnen ook uitgenodigd worden om deel te nemen aan de werkgroepen. Het deelnemen aan deze werkgroepen is voor patiënten of hun vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen niet altijd even evident. Bij de keuze om patiënten of hun vertegenwoordigers uit te nodigen, noteren we alvast enkele overwegingen. Patiënten of hun vertegenwoordigers zijn vaak vrijwilligers. Als patiënt of vertegenwoordiger deelnemen aan een werkgroep tussen allemaal professionals kan intimiderend zijn. Houd daarom best een aantal richtlijnen in acht. Zo moeten professionals ervoor zorgen dat vakjargon vermeden wordt. Ook moet rekening gehouden worden dat deze vrijwilligers de vergadercultuur niet kennen. Werkgroepen worden vaak gepland volgens de agenda van de professionals, zonder rekening te houden met de mogelijkheden van de patiënt of de vertegenwoordiger. Het deelnemen aan werkgroepen vraagt voor deze vrijwilligers vaak veel energie. Het risico bestaat ook dat patiënten of hun vertegenwoordigers overvraagd worden om aan allerhande werkgroepen en vergaderingen deel te nemen. Tot slot bestaan niet voor alle welzijns- en gezondheidsproblemen sterke patiëntenverenigingen. Patiëntenverenigingen met een mindere draagkracht zullen minder snel kunnen deelnemen aan de werkgroepen.

Via directe bevraging?

Via dataverzameling bij patiënten krijg je directe informatie over de ervaringen en de aspecten die patiënten belangrijk vinden. Patiënten hebben vaak andere noden dan de noden die door professionals geformuleerd worden. Mogelijke methoden zijn virtuele walkthroughs (zie Verklarende woordenlijst).

Tevredenheidsanalyse lijkt een goede oplossing, maar is moeilijk. In een bevraging uiten patiënten bijna altijd een overdreven rooskleurige tevredenheid, en vertellen vaak niet wat hen echt heeft gestoord. Er bestaan heel wat nieuwe benaderingen, die het spoor volgen van het bevragen van klantenervaringen, met name of de patiënt de kwaliteitselementen, die in het (transmuraal) zorgpad zijn opgenomen, nu wel echt heeft ondervonden of niet. Dit is meer objectief, en meestal meer relevant voor eventuele bijsturing. Ter inspiratie kan u de Consumer Quality Index (CQI) raadplegen. Deze omvatten een aanbod aan vragenlijsten welke toelaten om op een gestandaardiseerde wijze klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. Deze CQI vragenlijsten kunnen geraadpleegd worden via www.centrumklantervaringzorg.nl. In kader van een transmuraal zorgpad kan u bijvoorbeeld terecht op www.delta.czv.be, waarop een tool wordt aangeboden om de ervaring van patiënten in algemene en psychiatrische ziekenhuizen en van bewoners in WZC te meten.

Bovendien kan het nuttig zijn om de resultaten van metingen voor te stellen aan patiënten(verenigingen) of zelfhulpgroepen. Op die manier kunnen zij feedback geven en hulp bieden bij de interpretatie van de resultaten.

Via info en gadgets?

Onderschat het belang van de lokale pers niet, alsook informatie vanwege belangrijke lokale personen, het verdelen en beschikbaar houden van folders en lokale brochures.

Patiënten als stimulans?

Patiënten kunnen ook een belangrijke rol hebben bij het motiveren van zorgverleners om het zorgpad te gebruiken of om aan metingen deel te nemen. Het is dan belangrijk om de verwachtingen voldoende duidelijk aan de patiënt te communiceren. En de vraag is “in welke mate kunnen en willen patiënten deze verantwoordelijkheid op zich nemen?

Via het e-zorgplan?

Meer informatie hierover vindt men via de SEL in zijn regio of via www.vlaamsesels.be.

Via een ‘zorgpadboekje’?

Het uitwisselen van heel concrete patiëntgebonden informatie, noodzakelijk voor de vlotte afwerking en opvolging van het zorgproces van de individuele patiënt, is een zware opgave voor elk (transmuraal) zorgpad. De beste oplossing voor deze uitwisseling is via een zogenaamd ’zorgpadboekje’. Dit boekje is een belangrijk document dat lokaal, in samenspraak met alle betrokkenen, kan worden ontwikkeld om informatie aan zowel

de patiënt als de betrokken zorgverleners te geven en uit te wisselen. Het is dus een bron van informatie voor zowel de patiënt als de betrokken zorgverleners.

De patiënt zelf is beheerder van dit 'zorgpadboekje'. Het is dus belangrijk dat de patiënt zich eigenaar voelt van het document. Dat betekent dat de patiënt voldoende en duidelijke informatie moet krijgen over het boekje en het belang ervan. Ook de verwachtingen ten aanzien van de patiënt moeten duidelijk gecommuniceerd worden. Deze informatie moet regelmatig herhaald worden.

De patiënt krijgt hiermee de centrale rol waarop hij/zij recht heeft. Het 'zorgpadboekje' materialiseert deze centrale rol, en geeft ook directe inzage en dus een zeker controlerecht aan de patiënt.

De patiënt is de enige betrokkene die altijd aanwezig is, in al de multidisciplinair wisselende contacten. Het centraal stellen van het 'zorgpadboekje' helpt het denken en organiseren vanuit de patiënt voor elk van de zorgverleners. Cruciaal is wel dat de patiënt dit boekje absoluut niet mag vergeten! Elk contact van elke zorgverlening moet een herinnering zijn door actief naar het 'zorgpadboekje' te vragen.

Bovendien moeten ook de betrokken zorgverleners het boekje kennen en gebruiken. Pas als zij dit in elk contact belangrijk noemen, zal de patiënt dit als belangrijk ervaren. Een mogelijkheid is om het bestaan en belang van het boekje te vermelden in de ontslagbrief. Deze documenten worden beschouwd als een voorlopige oplossing tot elektronische uitwisseling mogelijk is.

Conclusie

Dit draaiboek zorgpad valpreventie werd opgesteld als hulpmiddel voor organisaties die op lokaal niveau een zorgpad rond valpreventie willen ontwikkelen. Een zorgpad wordt gedefinieerd als *"een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een welbepaalde groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader"*.[4,5] Wanneer het terrein van het zorgpad de grenzen van een setting (eerstelijn/tweedelijn) overschrijdt en zich richt op een episode van zorg die de lijnen doorbreekt, noemt men dit een transmuraal zorgpad. Bij het uitwerken van een (transmuraal) zorgpad gaat het voornamelijk over taaktoewijzing, communicatie, coördinatie en doorverwijzing en tenminste over het afstemmen van de schakelmomenten tussen eerste- en tweedelijn.

De methodiek van zorgpaden werd vertaald in een 7-fasen model. De screeningsfase start als één of meer zorgverleners een probleem ervaren, waarvoor een (transmuraal) zorgpad mogelijk een antwoord biedt. Het doel van deze fase is om na te gaan of een zorgpad het juiste antwoord is, en of er voldoende eigenaarschap is om een zorgpad te ontwikkelen. Als beslist wordt om een zorgpad te ontwikkelen, start de projectmanagementfase. Het doel van deze fase is een multidisciplinair team samen te stellen en een aantal concrete afspraken te maken. Plan heel zorgvuldig alvorens je het project concreet opstart. Een goede opstart vraagt goede planning. Zonder deze goede planning bestaat het risico dat het proces in een latere fase vastloopt. Niettemin kunnen de uitgebouwde structuur, samenwerking en afspraken ook voor andere (volgende) zorgpaden en projecten gebruikt worden. Volgende zorgpaden of projecten zullen bijgevolg een minder grote doorlooptijd hebben. In de diagnosestelling- en objectiveringsfase wordt de huidige organisatie van het zorgproces objectief en kritisch door het team geëvalueerd vanuit vier invalshoeken: (1) beschikbare evidentie en wetgeving, (2) de eigen organisatie en team, (3) patiënt en familie, (4) externe partners. In de ontwikkelingsfase wordt het zorgpad praktisch uitgewerkt op basis van de verzamelde data en de geformuleerde doelstellingen. Daarbij wordt nagegaan op welke wijze het zorgpad kan geïntegreerd worden in de huidige bestaande werkwijze en systemen. De gemaakte afspraken worden genoteerd in een document. Eenmaal het zorgpad volledig uitgewerkt is, kan de implementatiefase starten. Het doel is om het ontwikkelde zorgpad in de dagelijkse praktijk voor te bereiden door alle betrokkenen in te lichten, en het pad (op beperkte schaal) uit te testen. Als het zorgpad in de dagelijkse praktijk zijn ingang heeft gevonden, is het belangrijk om het zorgpad verder op te volgen en daar waar nodig bij te sturen.

Tot slot werden een aantal aspecten beschreven die een invloed hebben op (transmurale) zorgpaden: belang eigenaarschap, keuzevrijheid van de patiënt in de eerstelijn en ICT-ondersteuning.

Addenda

Addendum 1: Vragenlijst relationele coördinatie

Een oriëntatie voor multidisciplinaire samenwerking

De multidisciplinaire samenwerking tussen de betrokken zorgverleners kan gemeten worden door de vragenlijst 'relationele coördinatie'.[36] Deze vragenlijst bevat zeven dimensies: frequente, tijdige, accurate, probleemoplossende communicatie, het delen van doelen, kennis en wederzijds respect voor elkaar. Aan elke zorgverlener wordt gevraagd om deze vraag voor elke andere betrokken zorgverlener te beantwoorden. Voor elke dimensie kunnen volgende scores gegeven worden 1 nooit, 2 bijna nooit, 3 af en toe en 4 altijd.

Deze vragenlijst werd oorspronkelijk opgesteld om de relationele coördinatie van een vast team te meten. Omwille van de keuzevrijheid van de patiënt zijn de teams rond een patiënt in de eerstelijn ad hoc en dus steeds wisselend. Bij het invullen van de vragenlijst werd steeds gevraagd om de relationele coördinatie rond een bepaalde patiënt te scoren, met andere woorden niet de algemene relationele coördinatie met dé huisartsen, dé kinesitherapeuten, dé thuisverpleegkundigen, dé ergotherapeuten, maar wel de relationele coördinatie met de huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en thuis-verpleegkundige betrokken bij de zorg voor deze bepaalde patiënt. Een aantal betrokken zorgverleners werken bovendien in dienstverband. Binnen deze organisaties worden de gemeten dimensies vaak ingevuld door verschillende personen.

VRAGENLIJST RELATIONELE COÖRDINATIE

Nederlandse vertaling van "Relationale Co-ordination" (Jody Gittel, Brandeis University, 2000)

(Indien u geneesheer bent, duidt u "niet van toepassing" aan bij geneesheren, indien u verpleegkundige bent, duidt u "niet van toepassing" aan bij verpleegkundigen, …)

DEZE VRAGENLIJST BEVRAAGT MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

1. Hoe *frequent* communiceer je over deze patiënten met:

	Niet van toepassing				
De geneesheer		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De kinsesitherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De verpleegkundige		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De ergotherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
Andere discipline ….		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd

2. Communiceren deze zorgverstrekkers *tijdig* met u over deze patiënten?

	Niet van toepassing				
De geneesheer		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De kinsesitherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De verpleegkundige		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De ergotherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
Andere discipline ….		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd

3. Communiceren deze zorgverstrekkers *nauwkeurig* met u over deze patiënten?

	Niet van toepassing				
De geneesheer		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De kinsesitherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De verpleegkundige		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De ergotherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
Andere discipline		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd

4. Indien er problemen opduiken aangaande de zorg voor deze patiënten, werken deze zorgverstrekkers dan samen met u om het *probleem op te lossen*?

	Niet van toepassing				
De geneesheer		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De kinsesitherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De verpleegkundige		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De ergotherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
Andere discipline		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd

5. In welke mate zijn deze zorgverstrekkers *op de hoogte* van uw rol in de zorg voor deze patiënten?

	Niet van toepassing				
De geneesheer		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De kinsesitherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De verpleegkundige		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De ergotherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd

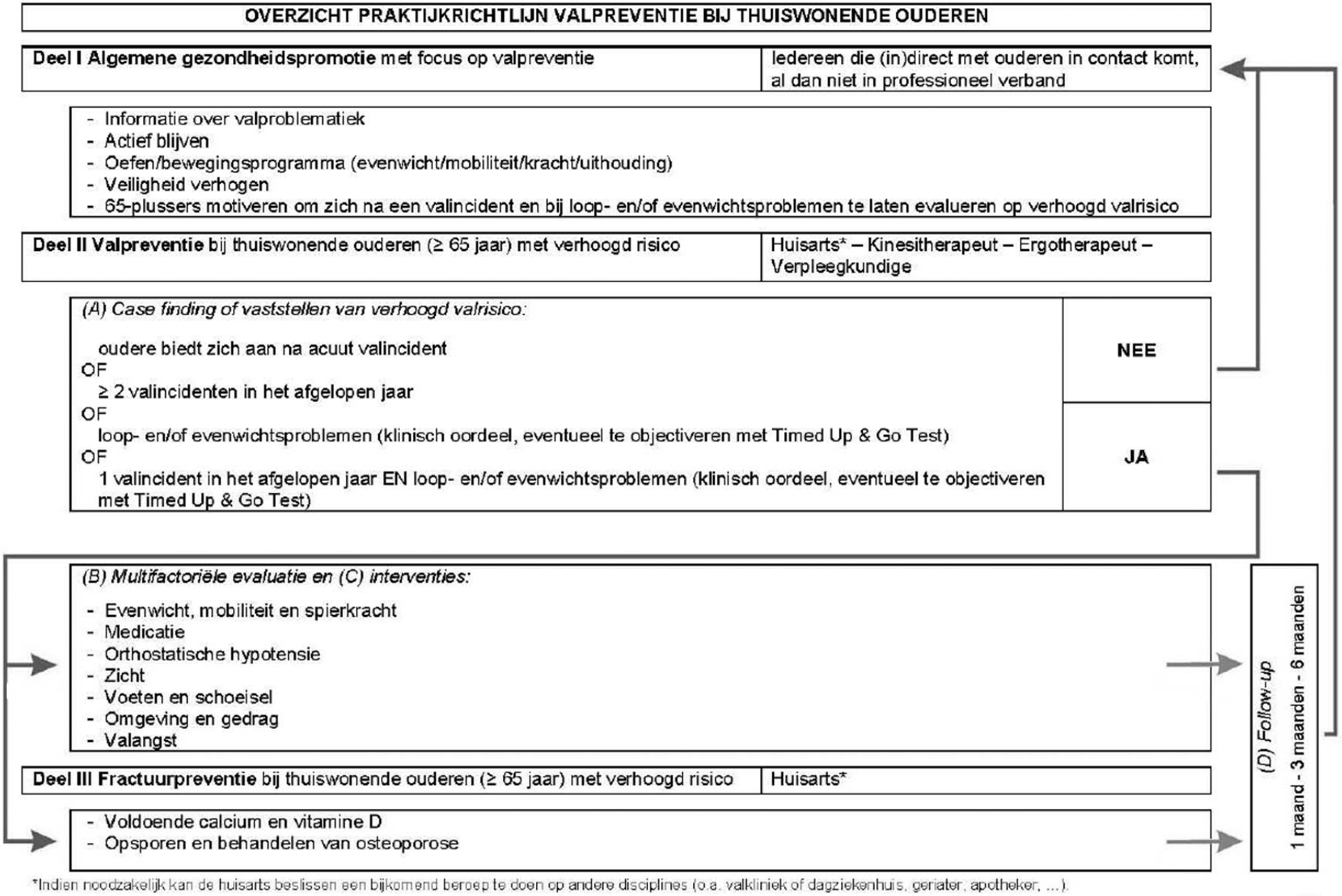
6. In welke mate *respecteren* deze zorgverstrekkers uw rol in de zorg voor deze patiënten?

	Niet van toepassing				
De geneesheer		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De kinsesitherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De verpleegkundige		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De ergotherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd

7. In welke mate *deelden* deze zorgverstrekkers uw *doelstellingen* voor de zorg aan deze patiënten?

	Niet van toepassing				
De geneesheer		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De kinsesitherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De verpleegkundige		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd
	Niet van toepassing				
De ergotherapeut		Nooit	Bijna nooit	Af en toe	Altijd

Addendum 2: Overzichtsschema praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen



Addendum 3: Werkfiche praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen

VALPREVENTIE BIJ THUISWONENDE OUDEREN – PRAKTIJKRICHTLIJN VOOR VLAANDEREN
DEEL 2 & 3 VAL- EN FRACTUURPREVENTIE BIJ THUISWONENDE OUDEREN MET VERHOOGD RISICO

PATIENTGEGEVENS Naam: ..... Leeftijd: ..... Woonsituatie: alleen/ samen met .....

DEEL 2 VALPREVENTIE

A. CASE FINDING

Definitie: Een onverwachte gebeurtenis waarbij de oudere op de grond, vloer of een lager gelegen niveau terechtkomt
Aandacht: Het is ook belangrijk gericht te vragen naar valincidenten zonder letsel.

Algoritme risicobepaling

De oudere heeft een verhoogd valrisico indien hij:

- zich aanbiedt na een acuut valincident (= reden voor bezoek huisarts)

OF

- 2 of meerdere keren gevallen is tijdens het afgelopen jaar

OF

- loop- en/of evenwichtsproblemen vertoont (klinisch oordeel, eventueel te objectiveren met een Timed Up & Go Test).

OF

- 1 keer gevallen is in het afgelopen jaar EN loop- en/of evenwichtsproblemen vertoont (klinisch oordeel, eventueel te objectiveren met een Timed Up & Go Test)

☐ Ja → Ga naar B. Multifactoriële evaluatie
☐ Nee → Bied de oudere adviezen in het kader van gezondheidspromotie met de focus op valpreventie

Huisarts | Kinesitherapeut
Verpleegkundige | Ergotherapeut

B. MULTIFACTORIELE EVALUATIE

Valanamnese

- Aantal valincidenten in de afgelopen 6 maanden: .....
- Laatste drie valincidenten:

	Val 1	Val 2	Val 3
Prodromen			
Activiteit			
Oorzaak	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Locatie			
Tijdstip	V M A N	V M A N	V M A N
Gevolgen			

1= struikelval 2= weggegleden 3= evenwichtsstoornis 4= bewustzijnsverlies 5= door de benen gezakt 6= andere
V= voormiddag M= namiddag A= avond N=nacht

1. Evenwicht, spierkracht en mobiliteit	**Risico aanwezig? Ja**	**Nee**
Evenwicht		
- Four Test Balance Scale		
Parallelle stand < 10 sec.	☐	☐
Semi-tandem stand < 10 sec.	☐	☐
Tandem stand < 10 sec.	☐	☐
Unipodale stand < 10 sec.	☐	☐
- Functional Reach Test ≤ 25 cm	☐	☐
Spierkracht		
- Timed Chair Stand Test ≥ 14 sec.	☐	☐
- Handknijpkracht (tabel Merkies et al., 2000)	☐	☐
Mobiliteit		
- Timed Up & Go Test ≥ 14 seconden of ongelijkmatig/onstabiel gangpatroon	☐	☐
2. Medicatie		
- Inname ≥ 4 verschillende geneesmiddelen	☐	☐
- Inname risicovolle geneesmiddelen (sedativa, antidepressiva, antipsychotica, anti-epileptica, antihypertensiva, diuretica, digoxine, type IAantiaritmica)	☐	☐
- Risicovol gedrag bij medicatiegebruik	☐	☐

VALPREVENTIE BIJ THUISWONENDE OUDEREN – PRAKTIJKRICHTLIJN VOOR VLAANDEREN
DEEL 2 & 3 VAL- EN FRACTUURPREVENTIE BIJ THUISWONENDE OUDEREN MET VERHOOGD RISICO

	Ja	Nee
3. Orthostatische hypotensie		
- Last van duizeligheid/draaierigheid bij het rechtstaan uit bed, stoel of zetel, of bij het bukken	☐	☐
- Last van duizeligheid/draaierigheid binnen het uur na een maaltijd	☐	☐
- BDdaling van liggend naar staand (onmiddellijk of na 3 minuten): systolisch ≥ 20 mmHg OF diastolisch ≥ 10 mmHg OF systolische BD daalt tot ≤ 90 mmHg	☐	☐
Orthostatisch tachycardie syndroom		
- Hartritme stijgt bij rechtstaan ≥ 30 slagen/minuut OF Hartritme ≥ 120 slagen/minuut	☐	☐
4. Zicht		
- Moeilijkheden bij lezen, autorijden of TV kijken	☐	☐
- Laatste bezoek oogarts > 1 jaar geleden	☐	☐
- Last met bi/multi-focale bril	☐	☐
- Lineaire E-test ≤ 40	☐	☐
5. Voeten en schoeisel		
- Voetproblemen	☐	☐
- Risicohoudend schoeisel	☐	☐
6. Omgeving en gedrag		
- Vermoeden van risicovolle omgeving	☐	☐
- Vermoeden van risicovol gedrag	☐	☐
7. Valangst		
- Angst om te vallen	☐	☐
- Dingen die niet/niet meer gedaan worden uit angst om te vallen	☐	☐

C. MULTIFACTORIELE INTERVENTIES

Kruis aan welke interventies ondernomen zijn.

1. Evenwicht, spierkracht en mobiliteit

- ☐ Evaluatie in het kader van F-pathologie
- ☐ Oefenprogramma
- ☐ Loophulpmiddel aanbevolen en informatie verschaft (correct gebruik, instanties)

Andere en/of bemerkingen:

.....

.....

.....

2. Medicatie

- ☐ Kritische herbeoordeling medicatieschema
- ☐ Graduele dosisreductie
- ☐ Geriater geconsulteerd
- ☐ Informatie m.b.t. nevenwerkingen en therapietrouw

Andere en/of bemerkingen:

.....

.....

.....

3. Orthostatische hypotensie

- ☐ Etiologische diagnose en behandeling
- ☐ Doorverwijzing naar geriater
- ☐ Adviezen i.v.m. compensatiestrategieën

Andere en/of bemerkingen:

.....

.....

.....

4. Zicht

- ☐ Doorverwijzing naar oftalmoloog
- ☐ Wijzing op gevaar bi/multi-focale bril
- ☐ Detectie en behandeling cataract
- ☐ Evaluatie omgevingsveiligheid

Andere en/of bemerkingen:

.....

.....

.....

5. Voeten en schoeisel

- ☐ Advies m.b.t. veilig schoeisel
- ☐ Doorverwijzing naar podoloog of orthopedisch chirurg



Andere en/of bemerkingen:

.....
.....
.....

6. Omgeving en gedrag

- ☐ Oudere en familie attent maken op onveilige situaties en gedragingen
- ☐ Diepgaande evaluatie van de woning



Andere en/of bemerkingen:

.....
.....
.....

7. Valangst

- ☐ Falls Efficacy Scale International
- ☐ Informatie over valrisicofactoren
- ☐ Oefenprogramma
- ☐ Informatie over personenalarm
- ☐ Aanleren hoe recht te komen na een val



Andere en/of bemerkingen:

.....
.....
.....

D. FOLLOW-UP

- ☐ Na 1 maand
- ☐ Na 3 maanden
- ☐ Na 6 maanden



Andere en/of bemerkingen:

.....
.....
.....

DEEL 3 FRACTUURPREVENTIE

A. EVALUATIE

- ☐ Nagaan of voldoende Ca en vit D inname (1200 mg Ca/dag en 800 IE vit D/dag)
- ☐ Osteoporose vaststellen m.b.v. DXA-meting of geschiedenis valgebonden fracturen



B. INTERVENTIES

- ☐ Voorschrijven supplementen 1200 mg Ca + 800 IE vit D per dag in geval van tekort
- ☐ Osteoporose medicamenteus behandelen (bifosfonaat of strontiumranelaat bovenop 1200 mg Ca en 800 IE vit D per dag)
- ☐ Heupprotector bij ouderen met garantie op goede therapietrouw (cave: zorg voor comfortabel en veilig gebruik!)



Andere en/of bemerkingen:

.....
.....
.....

C. FOLLOW-UP

- ☐ Na 1 maand
- ☐ Na 3 maanden
- ☐ Na 6 maanden



Bemerkingen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Addendum 4: ZorgProces Zelfevaluatie Tool

NKP
Netwerk Klinische Paden

ZorgProces
Zelfevaluatie Tool (ZPZET)
© CZV - K.U.Leuven, 2007

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT GENEESKUNDE
CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN
VERPLEEGKUNDEWETENSCHAP
KAPUCIJNENVOOR 35 / 4
B-3000 LEUVEN
Vanhaecht, K, De Witte, K, Sermeus, W
© 2007 CZV-K.U.Leuven

Informatienota bij de ZorgProces Zelfevaluatie Tool

De ZorgProces Zelfevaluatie Tool (ZPZET) is een valide en betrouwbaar instrument voor het meten van de organisatie van een zorgproces (Vanhaecht – De Witte – Sermeus, 2007). Dit zorgproces kan ondersteund worden door een klinisch pad, een protocol, een zorgmanager maar dit is niet noodzakelijk om dit instrument te kunnen gebruiken. Het is bruikbaar bij elk zorgproces dat in een ziekenhuiscontext georganiseerd wordt.

Het instrument werd ontwikkeld en getest binnen het Netwerk Klinische Paden met de medewerking van meer dan 885 professionals en patiënten. Het werd niet ontwikkeld voor één bepaald ziektebeeld en kan dan ook gebruikt worden voor verschillende zorgprocessen (bv. totale knie, COPD, chemotherapie, bevalling, hartfalen, diabetes, …). Het onderzoek stond onder leiding van Prof. Dr. Walter Sermeus (Faculteit Geneeskunde, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KULeuven) en Prof. Dr. Karel De Witte (Faculteit Psychologie, Centrum voor Organisatie en Personeelspsychologie, KULeuven).

Het instrument bevat 29 items, geformuleerd als uitspraken over de organisatie van het zorgproces, die gescoord kunnen worden op een schaal van 1 (helemaal oneens) tot 10 (helemaal eens). De 29 items zijn ingedeeld in 5 subschalen:

1) Patiëntgerichtheid van de organisatie
2) Coördinatie van het zorgproces
3) Communicatie met patiënt en familie
4) Samenwerking met de eerstelijn
5) Opvolging van het zorgproces

Teamleden beantwoorden alle vragen individueel. Een antwoordcategorie "niet van toepassing" werd niet opgenomen. Alle items van de vragenlijst dienen ingevuld te worden. U geeft uw mening over dat item. Verder worden nog enkele algemene gegevens bevraagd. Zo kunnen de verschillende professionele groepen met elkaar vergeleken worden of kan de evolutie van uw team opgevolgd worden. De gegevens zullen naar de KULeuven gestuurd worden waar ze anoniem verwerkt worden. U ontvangt nadien feedback die dan binnen het team kan worden besproken. Op basis van deze scores krijgt u een idee over hoe goed uw zorgproces georganiseerd is. De resultaten van de ZPZET moeten het multidisciplinaire team helpen bij de zoektocht om optimale zorg ook optimaal te organiseren.

Wij wensen U alvast veel succes.

Dr. Kris Vanhaecht
Prof. Dr. Walter Sermeus
Prof. Dr. Karel De Witte

ZorgProces Zelfevaluatie Tool (ZPZET) © 2007, CZV-KULeuven
Voor meer informatie kan u contact opnemen met Kris.Vanhaecht@med.kuleuven.be

NKP Netwerk Klinische Paden

ZorgProces Zelfevaluatie Tool (ZPZET)

© CZV - K.U.Leuven, 2007

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT GENEESKUNDE
CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN VERPLEGINGSWETENSCHAP
KAPUCIJNENVOER 33 / 4
B-3000 LEUVEN
Vanhaecht, K, De Witte, K, Sermeus, W
© 2007 CZV-K.U.Leuven

Deze ZPZET beschrijft het zorgproces: .....

Deze ZPZET werd ingevuld door: .....

Hoe eens bent u het met volgende uitspraken? Helemaal oneens — Helemaal eens

	Patiëntgerichte organisatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PO1	Binnen de organisatie bestaat een patiëntgerichte visie										
PO2	Kwaliteit van zorg is de prioriteit binnen de organisatie										
PO3	De coördinator van het zorgproces heeft een patiëntgerichte visie										
PO4	Communicatie met de patiënt wordt als belangrijk ervaren binnen de organisatie										
PO5	De organisatiestructuur is patiëntgericht										
PO6	Er is een duidelijke beleidsvisie op de zorg voor het hele ziekenhuis										
	Coördinatie van het zorgproces	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COR1	Gemaakte afspraken worden nagekomen										
COR2	De verschillende stappen in het zorgproces zijn bekend bij alle teamleden										
COR3	Er is een optimale timing van de activiteiten binnen het zorgproces										
COR4	Binnen het zorgproces worden concrete afspraken gemaakt										
COR5	De teamleden voelen zich betrokken bij de organisatie van het zorgproces										
COR6	Er wordt eerlijke informatie gegeven aan de patiënt/familie over zijn/haar gezondheidstoestand										
COR7	Het ontslag wordt tijdig meegedeeld aan de patiënt en familie, zodat zijn de nodige maatregelen kunnen nemen										
	Communicatie met patiënt en familie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COM1	Binnen het zorgproces is nadrukkelijk tijd voorzien om te luisteren naar de patiënt en zijn familie										
COM2	Voor de communicatie tussen zorgverlener en patiënt is expliciet tijd gepland binnen het zorgproces										
COM3	Binnen het zorgproces wordt voldoende tijd uitgetrokken voor het geven van informatie										
COM4	De patiënt wordt uitdrukkelijk om zijn goedkeuring gevraagd met betrekking tot de voorgestelde zorg										
	Samenwerking met 1e lijn (thuiszorg)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE1	De eerstelijnszorg wordt door het ziekenhuis beschouwd als een gelijkwaardige samenwerkingspartner										
SE2	Er is een goede samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg										
SE3	Bij complexe zorgsituaties is er overleg tussen de medisch specialist en de huisarts										
	Opvolgen van het zorgproces	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OP1	Bij het (her)ontwerp van het zorgproces worden kwaliteitsindicatoren geformuleerd										
OP2	Er wordt systematisch opgevolgd/gemonitord of de geleverde zorg afgestemd was op de behoeften van de patiënt										
OP3	Binnen het zorgproces wordt de patiëntentevredenheid systematisch opgevolgd/gemonitord										
OP4	De doelstellingen van het zorgproces zijn expliciet omschreven										
OP5	Binnen het zorgproces wordt systematisch opgevolgd/gemonitord of de vooraf geplande activiteiten daadwerkelijk zijn uitgevoerd										
OP6	Outcomes worden systematisch opgevolgd/gemonitord										
OP7	Binnen het zorgproces kunnen afwijkingen opgevolgd/gemonitord worden										
OP8	Binnen het zorgproces worden risico's op complicaties systematisch opgevolgd/gemonitord										
OP9	Het verloop van het zorgproces wordt continu opgevolgd/gemonitord en bijgestuurd										

ZorgProces Zelfevaluatie Tool (ZPZET) © 2007, CZV-KULeuven
Voor meer informatie kan u contact opnemen met Kris.Vanhaecht@med.kuleuven.be

NKP
Netwerk Klinische Paden
CZV-KULeuven, 2000

ZorgProces
Zelfevaluatie Tool (ZPZET)
© CZV - K.U.Leuven, 2007

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT GENEESKUNDE
CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN
VERPLEEGKUNDIGE WETENSCHAP
KAPUCIJNENVOER 35 / 4
B-3000 LEUVEN
Vanhaecht, K, De Witte, K, Sermeus, W
© 2007CZV-K.U.Leuven

Hierna volgen enkele bijkomende vragen om de gegevens correct te kunnen verwerken. Binnen uw organisatie werden afspraken gemaakt over het vertrouwelijk behandelen van deze gegevens.

1) In welke organisatie werkt u? .....

2) Welk zorgproces evalueert u? (totale knie, COPD, hartfalen, ...): .....

3.1) Wordt er voor dit zorgproces een klinisch pad gebruikt bij de dagelijkse zorg aan patiënten?

- ❑ Neen (0)
- ❑ Nog niet maar in ontwikkeling (1)
- ❑ Ja, in gebruik (2)

3.2) Indien in ontwikkeling of in gebruik, sinds hoeveel maanden is er een klinisch pad in ontwikkeling of in gebruik? .....maanden

4) Tot welke groep behoort u?

- ❑ Ziekenhuisarts / Medisch Specialist
- ❑ Verpleegkundige
- ❑ Paramedicus (maatschappelijk werk / fysiotherapeut / ...)
- ❑ Coördinator - Stafmedewerker Klinische Paden
- ❑ Andere: .....

5) Uw leeftijd: ❑20-29 (1) ❑30-39 (2) ❑40-49 (3) ❑50-59 (4) ❑60-69 (5) ❑>70 (6)

6) Uw geslacht? ❑ Man (1) ❑ Vrouw (2)

7) In welke maand van welk jaar hebt u deze ZPZET ingevuld:

Maand: .....

Jaar: .....

Addendum 5: Nuttige links

- Bevraging klantenervaring:
  - Consumer Quality Index (CQI): www.centrumklantervaringzorg.nl
  - Delta: www.delta.czv.be
- Blijf Op Eigen Benen Staan (VIGeZ): www.boebs.be
- Ethische commissie: www.uzleuven.be/ec
- Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen: www.valpreventie.be
- Netwerk Klinische Paden: www.nkp.be
- Overzicht zorgverleners: www.zorgzoeker.be, www.thuiszorgzakboekje.be
- SEL's: www.vlaamsesels.be

Referentielijst

1) Van Houdt S, Heyrman J, Vanhaecht K, Sermeus W. Hoe transmurale zorgpaden opbouwen? Een generisch draaiboek over transmurale zorgpaden, geïllustreerd aan de hand van de ervaringen van vijf projecten rond oncologische zorgpaden. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 2010.

2) Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, et al. 7 fasen model voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. Tijdschrift voor Geneeskunde 2010.

3) Milisen K, Coussement J, Vlaeyen E, et al. Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Leuven: Acco, 2010.

4) Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. Leuven: ACCO; 2007.

5) Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm R, Sermeus W. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. International Journal of Care Pathways 2010;14(3):117-24.

6) Sermeus W, Vanhaecht K. Wat zijn klinische paden? Acta Hospitalia 2002;3:5-11.

7) Sermeus W, Vleugels A. Patiëntgestuurde organisatie. Mechelen: Kluwer, 2010.

8) RIZIV. Zorgtrajecten. www.zorgtrajecten.be 2009.

9) Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. J Clin Epidemiol 2010 Dec;63(12):1308-11.

10) Feder G, Eccles M, Grol R, et al. Clinical guidelines: using clinical guidelines. BMJ 1999 Mar 13;318(7185):728-30.

11) Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. J Contin Educ Health Prof 2004;24 Suppl 1:S31-S37.

12) Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993 Nov 27;342(8883):1317-22.

13) Grol RPTM, van Everdingen JJE, Casparie AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Eenhandleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Maarssen: Reed business information, 2000.

14) Grol RPTM, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006.

15) Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. BMJ 1999 Feb 27;318(7183):593-6.

16) Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999 Feb 20;318(7182):527-30.

17) Van Zelm R, Sermeus W. Klinische Paden. In: Van Everdingen J, Burgers JS, Assendelft WJJ, et al., eds., Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

18) Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, Becker C. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. J Am Geriatr Soc 2005 Sep;53(9):1618-22.

19) Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988 Dec 29;319(26):1701-7.

20) Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc 1995 Nov;43(11):1214-21.

21) Kannus P, Sievanen H, Palvanen M, et al. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. Lancet 2005 Nov 26;366(9500):1885-93.

22) American Geriatrics Society. AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of falls in older persons. www.medcats.com/FALLS/frameset htm 2010.

23) Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ 2004 Mar 20;328(7441):680.

24) Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD007146.

25) Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". JAMA 2010 Jan 20;303(3):258-66.

26) Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E. Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. Gerontology 2009;55(2):169-78.

27) Vanhaecht K, Van Zelm R, Van Gerven E, et al. The 3-blackboard method as consensus-development exercise for building care pathways. International Journal of Care Pathways 2011;15:49-52.

28) Vanhaecht K, Sermeus W. The Leuven Clinical Pathway Compass. International Journal of Integrated Care Pathways 2003;7:2-7.

29) Vanhaecht K., De Witte K., Depreitere R., Van Zelm R., De Bleser L., Proost K., & Sermeus W. Development and validation of a care process self-evaluation tool. Health Services Management Research 2007; 20: 189-202.

30) Dejaeger E, Geeraerts A, Coussement J, Milisen K. Prevention of accidental falls of the elderly at home: a cost effective intervention?. Tijdschr Gerontol Geriatr 2008 Oct;39(5):164-7.

31) Evitt CP, Quigley PA. Fear of falling in older adults: a guide to its prevalence, risk factors, and consequences. Rehabil Nurs 2004 Nov;29(6):207-10.

32) Milisen K, Detroch E, Bellens K, et al. [Falls among community-dwelling elderly: a pilot study of prevalence, circumstances and consequences in Flanders]. Tijdschr Gerontol Geriatr 2004 Feb;35(1):15-20.

33) Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. A prospective study. JAMA 1989 May 12;261(18):2663-8.

34) Verkerk-Geelhoed J, van Zelm R. Compentencies for managers of care pathways: an exploratory study. International Journal of Care Pathways 2011;14:109-16.

35) Bryman A. Social Research Methods. Oxford: University Press, 2004.

36) Gittell JH. Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator for Performance Effects. Management Science 2002;48:1408-26.

Bijlage 3: Verslagen samenkomsten kerngroep: opstellen van het lokaal zorgpad

Verslag samenkomst 1

Datum: Dinsdag 8 oktober (20u00-22u00)

Aanwezigen:

Artsen: Dr. Lisa Van Eyck (HAIO), Dr. Mieke Peeters, Dr. Johan Willemse

Ergotherapeuten: Tinneke Claes, Jantien Maerien

Kinesisten: An Smets

Coördinator valpreventiecentrum: Melissa Paulussen

Verontschuldigd:

Kinesisten: Kathy Van Tongerloo

Verpleegkundigen: Luc Heirstrate, An Van Loon

Inleiding:

Vallen is een belangrijk probleem. Hoge prevalentie en belangrijke gevolgen op fysiek, psychosociaal en financieel vlak.

Vallen = multifactorieel probleem

- **Risicofactoren**
  - Intrinsiek:
    - Stoornissen in evenwicht, spierkracht, gang en/of mobiliteit
    - Cognitieve stoornis
    - Verminderd zicht
    - Orthostatische hypotensie
    - Valangst
    - Pijn
    - Urine-incontinentie
    - Laag vitamine D-gehalte
    - Risicogedrag
    - Hoge leeftijd
    - Valgeschiedenis
  - Extrinsiek:
    - Medicatie
    - Onveilige omgeving
    - Onaangepast schoeisel

→ Nood aan multifactoriele evaluatie → multifactoriële interventie

→ Hiervoor is een MULTIDISCIPLINAIRE samenwerking voor nodig

Lijst factoren volledig? Voeding heeft ook invloed op valrisico en staat niet in lijst.

→ Lijst is niet volledig, maar bevat de factoren waarvan bewezen is dat het een invloed heeft op aantal valincidenten. Het aanpakken van deze factoren lijdt tot daling van aantal valincidenten, niet persé tot verlagen van valrisico. Voor daling in valrisico is een fractuurpreventie noodzakelijk.

Voorstelling + ervaring + gekende knelpunten:

Literatuur →Gebrek aan motivatie ouderen, gebrek aan therapietrouw, samenwerking verloopt moeizaam

Lisa:

Voorstellen: Huisarts-in-opleiding (HAIO) ; 7+2 jaar. Werkzaam Merksplas bij Dr. Peeters

Ervaring + knelpunten: Onduidelijk wat totaal kost voor patiënt gaat zijn, onvoldoende kennis sociale kaart (welke kinesist komt aan huis), onvoldoende tijd om structureel aan valpreventie te doen.

Mieke:

Voorstellen: Huisarts Merksplas, praktijkopleider Lisa

Ervaring + knelpunten: Vallen is vaak het begin van het einde. Patiënten zijn vaak te koppig om naar de tips te luisteren waardoor je als hulpverlener te weinig gedaan krijgt. De resultaten zijn zeer bepekt wat frustraties oplevert bij de hulpverleners.

Johan:

Voorstellen: Huisarts, net op pensioen. Momenteel nog wat vervanging gedaan en nog actief op de wachtpost.

Ervaring + knelpunten: Vallen is een frequent probleem bij ouderen. Ook in eigen omgeving al een paar keer in contact gekomen met valproblematiek. Na een val is er vaak snelle aftakeling. Het is moeilijk om verandering te brengen bij ouderen. Medicatie is ook zeker een belangrijke factor dat mee bekeken moet worden. Het aantal ouderen stijgt, waardoor vallen vermoedelijk een frequenter probleem gaat worden. Het voordeel is dat de jongere generatie al meer sporten en beweging in hun vrije tijd hebben ingebouwd. De oudere generatie kende dat nog niet, buiten voetbal was er vroeger geen sportaanbod en men ging veel uren werken en had een druk huishouden waardoor er geen ruimte was voor hobby's. Mogelijks gaat dit er toe leiden dat de generaties die in aantocht zijn langer gaan blijven bewegen.

Misschien moet er al veel sneller aan valpreventie gedacht worden? Bv. Al rekening houden met valpreventie tijdens het bouwen van een huis op jonge leeftijd (architecturaal).

Jantien:

Voorstellen: Ergotherapeute, werkzaam in herstelverblijf voor ouderen. Wil meer in het werkveld komen en actief aan de slag gaan bij de mensen thuis.

Ervaring + knelpunten: Sluit zich aan bij hetgeen dat al gezegd is. Daarnaast beroep ergotherapeut moeilijk uit te leggen waardoor onvoldoende gekend en betrokken bij valpreventie.

Tinneke:

Voorstellen: Egotherapeute bij kinderen en ouderen in de thuissetting. Referentiepersoon expertisecentrum val- en fractuurpreventie.

Ervaring + knelpunten: Werk van ergotherapeut onvoldoende gekend. Worden zeer weinig betrokken in het verhaal rond valpreventie of te laat. Weinig structuur voor samenwerking. Nog geen terugbetaling ergotherapeuten. Wel mogelijkheid om advies van ergotherapeut via mutualiteit, maar onvoldoende voor structurele veranderingen aan te brengen.

Indien toch mogelijkheid om stap voor stap verandering te creëren bij de thuiswonende ouderen, dan mooie resultaten. Je bent als ergotherapeut een soort indringer in de thuissituatie die de ouderen gaat wijzen op wat er allemaal moet veranderen. Maar als dit tot resultaat heeft dat ze minder vallen, dan voel je steeds minder en minder weerstand bij de ouderen en heb je toch opening tot gedragsverandering. Familie wordt altijd betrokken in het verhaal.

Gemiddeld 6 maanden- 1 jaar nodig. Afhankelijk van toestand thuissituatie. Prijs ergotherapeut +/- €25/ 30 min.

Opvolging blijft belangrijk want resultaat blijft anders niet altijd in stand.

An:

Voorstellen: Kinesiste in praktijk de beweeghoek Turnhout. Opleiding valpreventie van EVV ook gedaan, maar gekozen om geen referentiepersoon te worden want geeft niet graag presentaties voor grote groep en dit is één van de vereisten van het EVV.

Ervaring + knelpunten: Mogelijkheid om als F-pathologie te werken aan valpreventie. Vaak motivatie tijdens de sessies, maar onvoldoende motivatie om thuis de oefeningen te blijven uitoefenen. Familie kan zowel motiverende als demotiverende factor zijn. Moeten betrokken worden in het verhaal. Gebrek aan inzicht is een frequent probleem. Probeert het belang aan te kaarten door folder van EVV met scorelijst mee te geven. Vaak te laat doorgestuurd naar kinesist, al lijkt de jongere generatie artsen sneller preventief door te sturen voor spierversterkende oefeningen.

Melissa:

Voorstellen: Coördinator valpreventiecentrum

Ervaring + knelpunten: Rol binnen preventiecentrum momenteel herbekijken van reeds geschreven zorgpaden. In verleden al zorgpad osteoporose uitgewerkt in samenwerking met tweede lijn. Herwerken van deze zorgpaden parallel met deze thesis laten lopen zodat er geen dubbel werk gedaan wordt. Samen bekijken hoe we zorgpad kunnen implementeren via preventiecentrum en eventueel na de thesis kunnen koppelen aan zorgpad osteoporose.

Verpleging (input per mail):

Voorstellen: Wit- geel kruis ; meegewerkt aan uitschrijven praktijktool samen met Dr. Arlette Wertelaers

Ervaringen + knelpunten

→ Huidige werking:

Naar aanleiding van een intake(gesprek) wordt er op basis van een korte vragenlijst nagegaan of er een risico op vallen is. Daarnaast hebben onze verpleegkundigen de mogelijkheid om valincidenten te registreren in hun elektronisch verpleegkundig dossier (EVD). In beide gevallen komen deze patiënten automatisch op de agenda van het eerstvolgende patiëntenteam, waar de verpleegkundigen afspreken welke interventies ze willen plannen resp. in het kader van preventie en/of van de bestaande valproblematiek.

Dit is geïmplementeerd n.a.v. ons accrediteringstraject NIAZ.

Voordeel: Er is veel meer aanleiding om over valincidenten te praten en er interventies rond te plannen dan voorheen

Nadeel: . Toch ook wel zoektocht naar meer efficiëntie en mogelijkheden tot interventies in geval van gebrekkige therapie ontrouw, gebrekkig ziekte-inzicht,…

VKn kennen de klassiekers (matten, schoeisel, hulpmiddelen), maar zijn vaak niet genoeg doorgedrongen van de problematiek

Er is geen nomenclatuur voor preventieve acties.

→ Knelpunten:

- Gebrek aan inzicht patiënt en mantelzorger
  - Verpleegkundigen ervaren moeilijkheden bij de aanpak van valproblematiek, inz. op vlak van inzicht bijbrengen bij patiënt en mantelzorger
  - Dit in combinatie met het gegeven “op ronde gaan”, er is weinig tijd om de dingen grondig aan te pakken, te overleggen,…
  - Combinatie meermaals vallen en gebrek aan inzicht bij patiënt houdt risico in op zich neerleggen bij de situatie en damage control door de zorgverleners.
  - Redenen die vaak worden aangehaald bij vallen zijn: “onverwachte beweging van de patiënt” “verkeerde inschatting van de situatie”.
- Medicatie
  - Bij een vermoeden op medicatiege(mis)bruik. Medicatie is enkel echt gekend in geval van medicatiezorg (= klaarzetten en geven van medicatie). Het gebeurt frequent dat mensen niet bereid zijn informatie over hun medicatie te delen met de verpleegkundige.
  - Dit te bekijken in het grotere plaatje: Vitalink nog niet op punt, niet altijd geweten wat de patiënt nu juist neemt,…
  - Op vlak van medicatie hebben VKn weinig bevoegdheden, buiten de toediening ervan op vs van de arts.
  - In de praktijk: VKn kunnen problemen op vlak van medicatiegebruik detecteren en signaleren aan de arts. Echte medicatiezorg enkel wanneer het medicatieschema gekend is en het voorgeschreven wordt. Wij trekken daar wel een lijn.
  - Grotere plaatje: problematiek zelfmedicatie, gebruik benzo’s en slaapmiddelen. Medicatiegebruik is voor een aantal pat. zo’n beetje het laatste waarover ze wat zelfbeschikking hebben.
  - Polyfarmacie wordt nog niet genoeg in verband gebracht met vallen

- Samenwerking
    - Men ervaart weinig “animo” bij huisartsen om rond valproblematiek te werken (werkdruk?), verpleegkundigen voelen zich nogal eens “alleen” bij de aanpak. Risico dat het ophoudt op moment dat patiënt “weigert” om woning of leefgewoonten aan te passen (inz. in kader van verminderde mobiliteit en – onveilige - leefgewoonten).
    - Er is vanwege VKn een wil om rond de problematiek nauwer samen te werken, maar disciplines als ergo en kine zijn te weinig gekend in het algemeen. Minder neiging tot verwijzen indien pat. geen inzicht heeft.
        - In persoon en qua mogelijkheden (verbeteren mobiliteit).
        - Impact van woningaanpassing/hulpmiddelen blijft groot voor veel mensen, idem voor opkrikken fysieke conditie.
    - Onduidelijkheid over de rol van de apotheker bij nazicht medicatie van de patiënt, in richtlijn is dit een rol voor de arts.
- Conclusie:
    - De richtlijn valpreventie is er en is inhoudelijk op punt. Echter gebrek aan samenwerking rond de problematiek, pa. geraken niet gesensibiliseerd. Te weinig randvoorwaarden ingevuld

Thesis:

Onderzoeksvraag

Kunnen we de **samenwerking** tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers verbeteren en het **aantal valincidenten** bij thuiswonende 65-plussers verminderen door het opstarten van een zorgpad valpreventie in regio Turnhout?

Populatie:

Thuiswonende 65- plussers met *verhoogd valrisico*

- bij aanmelding vanwege een valincident of valletsel,
- of bij twee of meerdere valincidenten in het afgelopen jaar,
- of in geval van gang- en/of evenwichtsproblemen

Exclusie van:

Volledig immobiele ouderen (bedlegerig of volledig rolstoelgebonden)

Ouderen in terminaal fase

Verminderde cognitie, nog onvoldoende onderzoek: praktijkrichtlijn zo goed als mogelijk toepassen

Uitkomstmaten:

- Ontwikkelen zorgpad
  - Evidence-based
    - Vlaamse richtlijn valpreventiebij thuiswonende ouderen (EVV of domus medica)
    - Praktijkinstrument val- en fractuurpreventie (domus medica)
    - Draaiboek zorgpad valpreventie (EVV)
  - Experience-based
    - Multidisciplinaire vergaderingen
- Pilootstudie (+/- 10 patiënten)

~~*Implementatie*~~ uiteindelijk het doel, maar buiten bestek van de thesis

Opmerking Johan: Pilootstudie met zorgverleners die meewerken aan uitschrijven zorgpad of met bijvoorbeeld eigen verpleegkundigen?

TO DO: Verder uit te denken hoe praktisch aan te pakken.

Planning:

- Zorgpad → 7-fase model zorgpaden
  - Samenkomst 1: fase 1 en 2 overlopen
  - Samenkomst 2: fase 3 en 4
  - Samenkomst 3: fase 4
  - Samenkomst 4: overlopen zorgpad + afspraken pilootstudie
- Pilootstudie
  - Januari - maart
  - Analyse: april

(Indienen thesis 1 mei)
(Verdediging 30 mei)

Fase 1: Screeningsfase

VERLOOP: evidence-based: literatuur

DOEL:

Is een zorgpad het juiste antwoord voor de problemen die zich stellen rond valpreventie?

>> Juiste antwoord?

" Ja, Rond valpreventie stellen zich problemen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging. Hieruit kan besloten worden dat een zorgpad de juiste methodiek is voor valpreventie.

- Bron: *Draaiboek*

" Stelt het probleem zich voornamelijk rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie of opvolging van goede zorg, waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn, dan kan een zorgpas een oplossing zijn. Indien zowel zorgverleners uit eerste- als tweedelijn betrokken zijn, dan kan gedacht worden aan een transmuraal zorgpad."

-Bron: *Draaiboek p 19*

"Rond valpreventie stellen zich vaak problemen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging. Men kan hieruit besluiten dat een zorgpad de juiste methodiek is voor valpreventie. De praktijkrichtlijn is een eerste aanzet voor het optimaliseren van het zorgproces met betrekking tot valpreventie. Deze praktijkrichtlijn geeft algemene aanbevelingen op Vlaams niveau. De huidige organisatie van het zorgproces rond valpreventie is zeer complex op lokaal erg verschillend. Deze algemene praktijkrichtlijn kan op lokaal niveau anders worden geïmplemteerd op basis van lokale karakteristieken. Wanneer men wil starten met het reorganiseren van het zorgproces kan men best op lokaal niveau een overzicht verkrijgen op de organisatie en structuur rond valpreventie.

-Bron: *Draaiboek p 22*

>> Definitie 'wat is een zorgpad?'

- Verklaring van doelstellingen en sleutelelementen van de zorg + patiëntenverwachtingen en hun karakteristieken
- Faciliteren van de communicatie binnen een team, patiënten en families
- De coördinatie van het zorgproces
- De documentatie, opvolging en evaluatie
- Het identificeren van de verantwoorde middelen

" Een zorgpad is de vertaling en toepassing van een zorgprogramma of zorgtraject naar de praktijk op lokaal niveau. In het zorgpad wordt beschreven hoe de randvoorwaarden en de krijtlijnen uit het zorgprogramma/ zorgtraject (= wat) op lokaal niveau kunnen georganiseerd worden (hoe/ door wie?), en op basis van welke elementen en /of data de opvolging al gebeuren en bijgestuurd worden."

- Bron: *Draaiboek*

>> Doel

- Verhogen van de kwaliteit van zorg:
    - Verbeteren van resultaten bij patiënten
    - Bevorderen van patiëntenveiligheid
    - Verhogen van patiënten tevredenheid
    - Optimaliseren van middelenverbruik

- Bron: *Draaiboek*

>> Hiërarchisch verloop zorgpad

- Standaard zorgpad
    - = Draaiboek
- Operationeel zorgpad
    - = Uitwerken op lokaal niveau
- Toegewezen zorgpad
    - = op niveau van patiënt een (theoretisch) zorgplan uitwerken
- Doorlopen zorgpad
    - = reële verloop op patiëntenniveau

- Bron: *Draaiboek*

Is er voldoende eigenaarschap?

“ De vraag naar reorganisatie van het zorgproces rond valpreventie komt vanuit de Vlaamse praktijk.

- Bron: *Draaiboek*

“De zorgverleners, die op dat moment betrokken zijn, moeten de overtuiging of ten minste het aanvoelen hebben dat er een probleem is met het huidige zorgproces, en dat ze mede verantwoordelijk zijn voor de oplossing.”

- Bron: *Draaiboek*

“ Ut een bevragin in Vlaanderen blijkt 93% van de huisartsen, verpleegkundgen, kinesisten en ergotherapeuten minseten eenmaal per maand in contact te komen met valprovlematiek

- Bron: *Richtlijn*

“ Belang valpreventie

>Frequentie valincidenten
24-40% van de thuiswonende 65-pissers valt minstens eenmaal per jaar, waarvan 21-45% herhaaldelijk

- Bron: *Richtlijn*

20% van de 65-plusser in België gaven aan gevallen te zijn in de gezondheidsenquête van 2013

- Bron: *thesis Vanherle Ine*

>Gevolgen

Fysiek (mortaliteitsrisico bij Belgische vrouwen en mannen resp. 5 tot 8-maal hoger in de eerste drie maanden naa een val met heupfractuur.)

Psychosociaal (Valangst met vermindering van kwaliteit van leven)

Financieel (jaarlijks totaal prij voor België in 2010 €308 miljoen door heupfractuur)

- Bron: *Praktijk richtlijn*

> Zorgproces = evidentie van de huidige gegevens!

Indien behandelsstrategieen voldoende intensief zijn en ook effectief worden toegepast . Kan men bij thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico een reductie van het aantal valincidenten van 25-40% bekomen

- Bron: *Lies Verhasselt*

Stakeholders:

“ Ten minste huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige. Daarnaast alle gezondheids- en welzijnswerkers die in contact komen met ouderen alsook intermediaire organisaties moeten op de hoogte zijn van het de aanpak van valpreventie voor thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico.

Er kan op lokaal niveau beroep gedaan worden op de referentiepersoon valpreventie uit die zorgregio en de zorgptrajectpromotor

- Bron: *Draaiboek*

Fase 2: projectmanangement

VERLOOP:

Evidence-based: Literatuur

Experience-based: samenkomst 1 kernteam

DOEL:

Kernteam samenstellen

Huisartsen: mailing via HVRT (huisartsenkring Turnhout) → 4 huisartsen ; 2 huisartsen konden geen enkele samenkomst bijwonen → 2 huisartsen geïncludeerd

Kinesisten: mailing via kinevereniging Noorderkempen → 3 kinesisten ; 1 kinesist kon de samenkomsten niet bijwonen → 2 kinesisten geïncludeerd

Thuisverpleging: mailing Thuisverpleegkundigen Noorder kempen + WGK → 2 VP WGK ; konden de eerste 2 samenkomsten niet bijwonen gaven input per mail

Ergotherapeuten: contact Tinneke Claes (velpreventie experte) + collega Jantien Marien→ 2 ergotherapeuten

Contact valpreventiecentrum → Coördinator zorgpaden

- In kader van thesis voorlopig beperken tot huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige
- Na thesis ter voorbereiding van implementatie
    - Andere organisaties betrekken zoals bv. Ouderenorganisaties zoals OKRA
        - Voordeel: dichter bij de ouderen - meer invloed op ziekteinzicht en motivatie?
    - Uitbreiden tot een transmuraal zorgpad
        - Wanneer doorverwijzen naar tweede lijn?
        - Standaard verwijsbrief?
        - Wanneer kan tweede lijn (valkliniek) terugvallen op eerste lijn (zorgpad)

Geografische regio

Communicatie naar zorgverleners over ontwikkeling/ bestaan van zorgpad gebeurt strikt binnen deze regio. Indien aanmelding van patiënt buiten regio kan het zorgpad zeker ook voor hen toegepast worden.

Bij implementatie eventueel verdere uitbreiding

Voordeel: kruisbestuiving via eerstelijnszones



Afbakenen patiënten populatie

Thuiswonende 65- plussers met *verhoogd valrisico*

- bij aanmelding vanwege een valincident of valletsel,
- of bij twee of meerdere valincidenten in het afgelopen jaar,
- of in geval van gang- en/of evenwichtsproblemen

Exclusie van:

Volledig immobiele ouderen (bedlegerig of volledig rolstoelgebonden)

Ouderen in terminaal fase

Verminderde cognitie, nog onvoldoende onderzoek: praktijkrichtlijn zo goed als mogelijk toepassen

Tijdskader

- Case finding
  - bij aanmelding vanwege een valincident of valletsel,
  - of bij twee of meerdere valincidenten in het afgelopen jaar,
  - of in geval van gang- en/of evenwichtsproblemen
- Eventuele doorverwijzing naar geriater/ valkliniek (*)
  - 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.

- Evaluatie na 3 maanden
- Evaluatie na 6 maanden (*)

(*) buiten tijdsbestek van de thesis

Bepalen doelstellingen

Bord 1: doel van het zorgproces (SMART-principe)

- Verbeteren samenwerking tussen zorgverleners
  → Ontwikkelen van een overzichtsboekje 'zorgpad valpreventie'
  Voordeel papier = gemakkelijk voor de ouderen
  Nadeel = overheid wil meer online platformen creëren om te communiceren

  → In boekje checklist motivatie ouderen (zie verder) + uitleg waarom belang valpreventie + uitleg wie wat doet en waarom + ruimte voor de zorgverleners om aan te duiden welke interventies uitgevoerd zijn en eventueel nota aan elkaar

  Voordeel: meer duidelijkheid voor de ouderen, een opening creëren om over valpreventie te spreken + werkinstrument zorgverleners = taakverdeling + een boekje is iets tastbaar

- Verbeteren van ziekte-inzicht en motivatie
  → Op zoek gaan / maken van een checklist om het probleem duidelijker in kaart te brengen voor de ouderen. Een soort vragenlijst waarbij een eindescore met kleuren wordt aangeduid. (rood = probleem; oranje = alarmsignalen; groen = geen probleem)
  → Dit laagdrempelig verspreiden onder de ouderen en mantelzorgers vb. via ouderenorganisaties, via OCMW (eventueel navraag doen of de gemeente huisbezoeken brengt aan ouderen en deze checklist kan uitdelen)
  → Checklist eventueel onmiddellijk integreren in boekje zorgpad valpreventie

Bord 2: time-task matrix met sleutelinterventies

Sleutelinterventies	Consultatie preventie	Twee weken na screening	Eén maand na eerste consultatie	Drie maand na eerste consultatie	Zes maand na eerste consultatie
Screening aanwezigheid valrisico	1x per jaar Huisarts of thuisverpleging				

	Indien voldoen aan screeningsvoorwaarden: brochure valpreventie mee geven				
Investigatie risicofactoren		EERSTE CONSULTATIE: Vragen aan patiënt om na 2 weken op consultatie te komen na bekijken brochure			
Opstarten multifactoriële interventie		EERSTE CONSULTATIE: Interventie opstarten			
Evaluatie na 1 maand			TELEFONISCH: Bevragen welke interventies werden toegpast. Patiënt motiveren om eventuele andere interventies ook toe te passen.		
Evaluatie na 3 maanden				CONSULTATIE TWEE: Bevragen afgesproken interventies. Nog gevallen? Nog andere interventies toe te passen? Patiënt nu wel gemotiveerd?	

Evalutie na 6 maanden					CONSULTATIE DRIE: Bevragen afgesproken interventies. Nog gevallen? Nog andere interventies toe te passen? Patiënt nu wel gemotiveerd?

Bord 3: knelpunten in de zorg

- Gebrek aan ziekte inzicht van de patiënt en mantelzorger (vallen hoort bij ouder worden?)
- Gebrek aan motivatie van de patiënt
- Gedragsverandering, is verandering, is heel moeilijk. Belang om vertrouwen te winnen bij de ouderen en familie.
- Moeilijke samenwerking tussen de verschillende disciplines
- Geen duidelijk communicatiekanaal voor de verschillende zorgverleners
- Veel tijd, weinig resultaat
- Follow-up is belangrijk voor behouden resultaat
- Geen nomenclatuur nummer voor verpleging, geen terugbetaling ergotherapeut
- Huisarts is belangrijke sturende rol, maar weinig animo vanuit huisartsen om aan valpreventie te doen

Planning volgende samenkomst:

Samenkomst 2:

Datum:

Dinsdag 5 november - 14u-16u

Programma:

Overlopen literatuurgegevens over motivatie ouderen
Overlopen bestaande tools om in valrisico in kaart te brengen
Overlopen bestaande checklists/flowcharts zorgverleners
(Taakverdeling)
Invullen randvoorwaarden praktijktool (cfr input verpleegkundigen)

Voorbereiding:

Literatuur gegevens gebrek aan motivatie ouderen (Lisa)
Scorelijsten voor ouderen opzoeken (Lisa)
Flowcharts/checklists zorgverleners - taakverdeling volgens richtlijn (Lisa)

Verslag samenkomst 2: objectiveringsfase

Datum: Dinsdag 5 november (14u-16u)

Aanwezigen:

Artsen: Dr. Lisa Van Eyck (HAIO), Dr. Mieke Peeters

Ergotherapeuten: Tinneke Claes, Jantien Maerien

Kinesisten: An Smets

Verpleegkundigen: Luc Heirstrate (meegevolgd via skype videoconsult)

Verontschuldigd:

Artsen: Dr. Johan Willemse

Coördinator valpreventiecentrum: Melissa Paulussen

Verpleegkundigen: An Van Loon

Inleiding:

Onderzoeksvraag:

Kunnen we de **samenwerking** tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers verbeteren en het **aantal valincidenten** bij thuiswonende 65-plussers verminderen door het opstarten van een zorgpad valpreventie in regio Turnhout?

Vorige samenkomst:

1. *Overlopen fase 1: screeningsfase*

Is een zorgpad het juiste antwoord? Ja!

→ Problemen literatuur + eigen ervaringen: communicatie, coördinatie, therapietrouw en opvolging

2. *Overlopen fase 2: projectmanangementfase*

Kernteam: beperken tot huisarts, kinesist, ergotherapeut en thuisverpleging

Afbakenen patiëntenpopulatie: 65+ met verhoogd valrisico in thuissituatie

Geografische regio: HVRT

Knelpunten: motivatie, tijd, samenwerken = // met literatuur

Doelstellingen:

samenwerken verbeteren (ontwikkelen patiëntenbrochure als een soort heen- en weer boekje)

motivatie stimuleren (vragenlijsten die score in kleur weergeeft verwerken in boekje)

beperken administratie voor hulpverleners (anamnese als vragenlijst in boekje steken)

Fase 3: objectiveringsfase

VERLOOP**:**

→ Evidence-based: literatuur gegevens

→ Experience-based: ervaringen kernteam

DOEL: Huidige organisatie van het zorgproces objectief en klinisch evalueren

Beschikbare evidentie en wetgeving

Baseren op volgende naslagwerken:

→ Praktijkrichtlijn (EVV) ; Praktijkinstrument (domus medica) ; draaiboek (EVV)

→ Masterthesissen

Bereidheid 55-plusserd (Ellie Balligand en Martine Agten) ; Haalbaarheid implementatie (Eline Allegaerts) ; Implementatie van de richtlijn (Martin Alexandra) ; Samenwerken aan valpreventie (Ine Van Herle) ; Valkuilen valpreventie (Bo Debaere) ; Valpreventie in de huisartsenpraktijk (Lies Verhasselt)

" Voor valpreventie is het voldoende om het standaard zorgpad (praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen), aan te passen aan lokaal niveau en te adopteren door de betrokken spelers om tot een operationeel zorgpad te komen.

- Bron: *Draaiboek*

>> Kernboodschappen praktijkrichtlijn:

→ Casefinding

Vraag expliciet naar valincidenten!

Slechts 20% van de valpartijen worden spontaan gemeld, vaak uit angst om geïnstitutionaliseerd te worden - Bron: *Martin Alexandra*

Aanmelding valincident of valletsel

OF Twee of meer valincidenten afgelopen jaar

Opmerking: expliciet vragen naar valincidenten zonder letsels!

OF Gang- en evenwichtsproblemen

→ Neen? Geen evaluatie en interventie nodig

→ Ja?

Eenmalig val zonder letsel en geen problemen met evenwicht of mobiliteit → Geen interventie en evaluatie nodig

Andere gevallen

→ Valanamnese (prodromen, activiteit, oorzaak, locatie, tijdstip, gevolgen)

" Hebt u het voelen aankomen?

" Wat was u aan et doen voor u ten val kwam?

" Bent u bewusteloos geweest?

" Waar bent u gevallen?

" Op welk tijdstip ben u gevallen?

" Heb u letsel opgelopen ten gevolgen van het vallen?

→ Evaluatie en interventie

→ **Multifactoriële evaluatie en interventie** *: (Bron: praktijkinstrument domus medica + richtlijn valpreventie)*

- Stoornissen in evenwicht, spierkracht, gang en mobiliteit
  - Evaluatie
    - Timed up and go test, berg balance scale, perfomance-oriented mobility assessment, functional gait assessment
    - Welke test gebruiken moet op lokaal niveau afgesproken worden
  - Interventie
    - Bewegen
      - Min.30 min matig intensieve beweging, gespreid doorheen de dag, met minstens 10 min aaneensluitend bewegen.
      - Sporten → 3x20min per week
      - 8000 stappen per dag
      - Min 2x/week spierversterkende oefeningen en evenwichtsoefening
    - Activiteiten pyramide
- Cognitieve stoornis
  - Evaluatie
    - MMSE, MoCA (cognitie), DOS (delier), GDS (depressie),
  - Interventie
- Verminderd zicht → Onduidelijk daadwerkelijk dalen valincidenten
  - Evaluatie
    - Vragen
      - "Hebt u moeilijkheden bij het lezen, autorijden of tv-kijken?
      - " Is uw laatste bezoek aan de oogarts langer dan en jaar geleden?
      - " Hebt u last bij gebruik van bifocale en multifocale brilglazen?
    - Lineaire E-test (gezichtsscherpte)
  - Interventie
    - Doorverwijzen oogarts
      - Opm. patient verwittigen bij aanpassing van brilglazen kan het valrisico gedurende korte tijd verhogen door onvoldoende aanpassing aan de nieuwe gezichtsscherpte of risicogedrag omwille van beter zicht

- Orthostatische hypotensie
  - Evaluatie
    - Vragen?
      - " Hebt u soms last van duizeligheid/draaierigheid?
      - " Hebt u dit bij het rechtstaan uit bed, stoel of zetel, of bij het bukken?
      - " Hebt u dit al gehad binnen het uur na een maaltijd?
    - Test:
      - Orthostatische hypotensie: Daling BD syst >20 mmHg en dist >10mmHg van lig naar staan (onmiddellijk of na 3 min)
      - Orthostatische tachycardiesyndroom: HF > 30 slagen/min stijging of HF >120
  - Interventie
    - Geef tips
      - Neem voldoende lichaamsbeweging en doe volgende oefeningen voordat u rechtstaat: met de enkels of de polsen draaien, de handen dichtknijpen …
      - Ga eerst op de rand van het bed zitten vooraleer u opstaat. Laat de benen bengelen totdat u geen draaiingen meer voelt in het hoofd, adem eventueel een aantal keren diep in en uit. Plaats vervolgens beide voeten naast elkaar plat op de grond onder de knieën, steun met uw handen op uw knieën en sta langzaam recht.
      - Draag steunkousen indien nodig.
      - Sta langzaam op uit een zetel of van een stoel.
      - Vermijd bruuske bewegingen, een (te) warme omgeving (bv. hete douche of bad) en langdurig platliggen.
      - Pas op met medicatie: de werking van bepaalde geneesmiddelen, zoals antidepressiva, geneesmiddelen voor het hart of verhoogde bloeddruk, kunnen orthostatische hypotensie veroorzaken.
      - Drink voldoende en regelmatig.
      - Eet regelmatig kleine porties, nuttig geen overdadige maaltijd (om postprandiale hypotensie tegen te gaan).
- Valangst
  - Evaluatie
    - Vragen:
      - "Hebt u angst om te vallen?
      - " Zijn er dingen die u niet of niet meer doet omdat u bag bent dat u zou kunnen vallen?
    - Test:
      - Falls efficacy scale
  - Interventie
    - Educatie
    - Oefenprogramma's
      - Kort effect vlak na, lange termijn nog niet aangetoond
    - Thai chi
    - Aanleren hoe terug recht te staan en valbrekende technieken - Bron: *Martin Alexandra*
- Pijn
  - Evaluatie
    - Vragen
      - Bevragen pijn aan de hand van schaal of vragenlijst
      - Aandacht voor voet- en chronische pijn
    - Test
      - VAS schaal
      - Numerieke rating schaal
      - Mc Gill pain questionnaire (meer uitgebreide pijnanamnese)

- Pain assessment in advance dementia scale (ouderen met cognitieve stoornissen)
    - Interventie
        - Medicatie en niet-medicamenteus
        - Voetproblemen aanpakken
- Urinaire- incontinentie
    - Evaluatie
        - Vragen
            - “Hebt u het afgelopen jaar wel eens ongewild urine verloren of d controle over het plassen verloren?
            - “ Hoe vaak komt het voor dat u ongewild urine verlies?
                - Dagelijks
                - 1 of meerdere keren er week
                - 1 of meedere keren per maand
                - Minder dan 1 per maand
            - Wanneer verlies u voornamelijk urine?
                - Overdag
                - ’s nachts
            - Onder welke omstandigheden treedt het urineverlied op?
                - Tijdens het lachen, hoesten, rechtstaan, bepaalde bewegingen (stressincontinentie)
                - Bij plotse drang om te plassen en niet tijden op het toilet geraken (urge incontinentie)
    - Interventie
        - Oorzaken van incontinentie aanpakken
            - UWI, fecale impactie, inname van diuretica
- Laag vitamine D
    - Evaluatie
        - Kwetsbare ouderen - geen systematsische serumbepaling nodig
        - Ouderen die vallen door vermoedelijk andere factor dan ‘kwetsbarheid’ (vb. hartritmestoornissen, maar verder fysiek onafhankelijk) dan serumbepaling nodig
    - Interventie
        - Dagelijkse inname van 800IE vit D + 1500 mg totale Ca-inname
- Risicogedrag
    - Evaluatie
        - Test:
            - BOEBS-checklist
    - Interventie
        - Bij voorkeur door daarvoor opgeleide zorgverleners
- Medicatie
    - Evaluatie
        - Aantal medicatie niet zozeer belangrijke rol bij valpreventie, maar wel soort medicatie
            - Evidentie: benzo, z-producten, antidepressiva, antipsychotica
            - Minder associatie aangetoond voor: anti-epileptica, antihypertensiva, diuretica, digoxine, type IA-antiarritmica
        - Gebruik in kaart brengen
            - “ Wanneer neem je jouw medicatie ?
            - “ Welke dosis neem je?
            - “ Vergeet je soms je medicatie in te nemen?
            - “ Gebruik jij een dag/ weekplanner?
    - Interventie
        - Informeren en sensibiliseren (Navragen EVV)
            - Achtergrondinformatie psychofarmaca en verhoogd valrisico
            - Algoritme benzodiazepines/Z-producten
            - Algoritme antidepressiva

        - Algoritme antipsychotica
        - Instructies afbouw benzodiazepines
- Onveilige omgeving
    - Evaluatie
    - Interventie
- Onaangepast schoeisel
    - Evaluatie
        - Omsluiting, achterkant, hak, zool, punt
        - Voetproblemen (eetknobbels, standafwijking, drukpunten, wonden, diabetes met aantasting van de diepe gevoeligheid, amputatie tenen, blaren, zweren, ingegroeide nagels, teenafwijkingen)
    - Interventie

Eigen organisatie en team

> Knelpunten

Knelpunten beschreven in literatuur

- Bevraging EVV
  - **Individuele professional: bv.** tegenstrijdige risico's en prioriteiten (42%), onvoldoende kennis (23%);
  - **Patiënt: bv.** ouderen ontkennen of negeren nog te vaak hun valrisico (85%), zijn weinig gemotiveerd om valpreventiemaatregelen uit te voeren (75%);
  - S**ociale context: bv.** er vaak alleen voor staan in de praktijk (48%), moeilijke communicatie met collega's (31%), gebrek
  - kige doorverwijsmogelijkheden (27%);
  - **Organisatorische context: bv.** gebrek aan tijd (60%), valpreventie moeilijk te integreren in routineactiviteiten (54%), personeelstekort (50%);
  - **Innovatie:** bv. nood aan een valkliniek in eigen regio (52%);
  - **Economische en politieke context**: bv. onvoldoende terugbetalingsmogelijkheden (54%).

-Bron: *Richtlijn valpreventie*

- Een richtlijn is geen magische oplossing, moet concreet, eenvoudig en duidelijk zijn en toch flexibel om aan te passen aan de arts en patiënt. Mogelijk barrières om richtlijnen te implementeren en factoren om de implementatie te vergemakkelijken:

Barrières	Factoren om te vergemakkelijken
Veranderingen in aanbevelingen	Evidence based richtlijnen
Beschikbaarheid bron	Gemakkelijke training van artsen en andere
Vaak op 2de lijn gebaseerd	Flexibele richtlijnen, toe te passen in dagelijkse routine van patiënt en arts
(te kort aan) Tijd	Grootte van organisatie
Zonder adequate compensatie	Meer middelen = meer marketing = meer succes
Kostprijs	Persoonlijke opvolging patiënten: motivatie
Weinig motivatie bij patiënt en familie	Positieve feedback van instructoren en andere deelnemers
Weinig samenwerking en communicatie (para)medici	Goed leiderschap en samenwerking
Moeilijk bereiken risicogroep	Direct positief effect zichtbaar
Complexe sociale en gezondheidsproblemen	

Tabel 3: barrières en positieve factoren bij implementatie van richtlijnen (11,12,13,14,16,17,18,19,20).

Positieve opmerkingen:
- Praktische documenten met perfect aansluitende interventies op evaluatie

- Uitgebreidheid vragenlijst en onderzoeksfacetten

- Systematiek in overlopen verschillende stappen

- Inbreng van de patiënt is belangrijk

- Wakkert waakzaamheid aan, dwingt om stil te staan bij probleem van vallen en valpreventie

Negatieve opmerkingen:

- Tijdrovend – Wat in drukkere periodes?

- Veel papierwerk

- Vragenlijst wachtzaal was geen succes: initiatief aan patiënten overlaten leverde niet veel op

- Moeilijk om de correcte uitvoering van alle testen te onthouden

- Geen aparte melding van alcoholgebruik in de vragenlijst: nochtans vaak een aanwezige risicofactor

- Blijvende motivatie nodig van huisarts en patiënt om blijvende opvolging te waarborgen

EVALUATIE	ALTIJD GETEST	NOOIT GETEST
	- Inname > 4 verschilllende geneesmiddelen - Last van duizeligheid bij rechtstaan - Last van duizeligheid binnen het uur na de maaltijd - Moeilijkheden met lezen / tv kijken / auto rijden - Voetproblemen - Risicohoudend schoeisel - Vermoeden van risicovolle omgegeving - Vermoeden van risicovol gedrag - Voldoende inname calcium en vitamine D	- Lineaire E-test
INTERVENTIE	**ALTIJD AANGERADEN**	**NOOIT AANGERADEN**
	/	- Geriater ivm medicatie - Geriater ivm orthostatische hypotensie - Verwijzing naar podoloog of orthopedisch chirurg - Heupprotector voorgesteld

Tabel 4: De frequentst en minst frequentst toegepaste evaluaties en interventies.

- Bron: *Bo Debaere*

- Tests:
    - Timed up and go soms vertekend beeld

      Bron: *Eline Allegaert*

- Follow-up
    - Nadelen: moeilijk vanwege hoge werkdruk, gebrekkige regelgeving en beperkte vergoedingsmogelijkheden
    - Telefonisch of aan huis

      - Bron: *richtlijn*

- Coördinatie en samenwerken
    - Iemand verantwoordelijk voor coordinatie op zich nemen
    - Doorverwijzen indien te complex
        - wanneer geen (duidelijk) aanwijsbare oorzaak gevonden wordt voor het vallen, bij valepisodes zonder duidelijk aantoonbare oorzaak is een kortdurende syncope de mogelijke uitlokkende factor;
        - bij een valincident na een plots, niet te verklaren bewustzijnsverlies;
        - bij belangrijke orthostatische hypotensie die onvoldoende reageert op conservatieve maatregelen;
        - voor verdere diagnostiek naar en het op punt stellen van vermoedelijke onderliggende ziektebeelden en risicofactoren (o.a. polyfarmacie, complexe comorbiditeiten ...) die een verklaring kunnen zijn voor het herhaaldelijk vallen;

        - bij ouderen die weinig mobiel zijn en/of transportproblemen hebben, kan op die manier de multidisciplinaire diagnostiek en de regie ervan vaak op één plaats en op één dag gebeuren.

    - Bron: *Richtlijn*

- Een goede samenwerking tussen verschillende partners is noodzakelijk. Valprevenie moet ingebed zijn in een lokaal netwerk. Er is behoefte aan langdurige zorg van verschillende gezondheidsmedewerkers die op een efficiënte manier samenwerken

    - Bron: *Eline Allegaert*

- Angst
    - Patiënten verzwijgen vaak valincidenten. Nadruk moet gelegd worden op de positieve factoren van valpreventie (onafhankelijkheid, sociale contacten, plezier, vertrouwen, zich goed voelen)

        - Bron: *Eline Allegaert*

- Motivatie patiënt
    - Pilootstudie: Controle groep lazen folder maar deden er verder niets mee. Informeren en sensibiliseren alleen is onvoldoende. Meer dan 80% van de respondenten vindt het nuttig om tijdens de geplande raadpleging of huisbezoek te screenen naar het valrisico van de 65plussers. Toch ziet men dat in de meerderheid van de gevallen pas met de patiënt over valpreventie wordt gesproken na het eerste valincident (secundaire preventie).

        - Bron: Lies Verhasselt

    - Onvoldoende kennis over motiverende gespreksvoering in preventieve zorg

        - Bron: *Eline Allegaert*

    - Affiches en vragenlijsten worden wel opgemerkt en gelezen maar een gesprek erover w uitgesteld. Het percentage geïntereseerde is klein, maar 75% daarvan behoort effectief tot hoogrisico patiënten, hieruit kan misschien besloten worden dat vooral hoogrisico patiënten interesse hebben in een evaluatie en interventie van hun huisarts.

        - Bron: *Bo Debaere*

    - Bespreken welke veranderingen de oudere zelf haalbaar vind. Belemmerende en/of bevorderende factoren identificeren en bespreken.

        - Bron: *richtlijn*

    - Mondelinge en schriftelijke informatie geven
        - Uitleg valincidenten voorkomen
        - Fysieke en psychologische voordelen
        - Hoe advies en assistentie verkrijgen
        - Hoe recht komen

        - Bron: *richtlijn*

- Toegankelijkheid
    - Verplaatsingen naar zorgverleners niet evident.

    - Bron: *Eline Allegaert*

- Financieel
    - Onvoldoende vergoedingsmogelijkheden voor multidisciplinair overleg. Preventieve zorg niet opgenomen in nomenclatuur. F- pathologie eerder secundaire als primaire preventie (maar toch al grote verbetering).

      - Bron: *Eline Allegaert*

    - Terugbetalingscriteria voor preventie. Verbetering bereikbaarheid ergotherapeuten

      - Bron: *richtlijn*

- Tijdsinvestering zorgverleners
    - VP gemiddeld 20.8 minuten , huisarts 19.6 minuten

      Bron: Eline Allegaert

    - De Vlaamse richtlijn valpreventie is zeer volledig en correct. Om de implementatie van de richtlijn kosteneffectief te laten zijn, moet de werkdruk laag gehouden worden. Om de huisarts te ontlaste is het belangrijk om een multidisciplinaire samenwerking te hebben en een duidelijk gestructureerde richtlijn, die eenvoudig over te nemen is in de praktijk als een soort handleiding.

      - Bron: Bo Debaere

    - Ondanks initieel enthousiasme toch weinig medewerking invullen aanmeldingsformulier (= anamnese). Reden: administratieve belasting en tijdsgebrek. In een volgend onderzoek zou aandacht moeten besteed worden aan het minimaliseren van de administratieve belasting

      -Bron: *Ine Vanherle*

- Gedragsverandering
    - Patiënt w door kinesist letterlijk verplicht uit luie zetel te komen. Motivatie vaak beperkt.

      - Bron: Eline Allegartt

    - Indien familie aanwezig dan makkelijker gedragsverandering

      - Bron: *Eline Allegaert*

    - Huisarten en verpleging meer aandacht voor valpreventie. Krijgen weinig voorschriften van huisartsen ikv valpreventie. Nakijken evenwicht en spierversterkende oefningen vaak op voorschrift met andere diagnoses.

      - Bron: *Eline Allegaert*

    - Grote interesse, maar geen gedragsverandering. Huisarts moet nog meer gesensibiliseerd worden om aan valpreventie te doen. Enkel een bijscholing en de onderzochte interventie is blijkbaar onvoldoende om een gedragsverandering teweeg te brengen.

      - Bron: *Ine Vanherle*

    - Gedragsverandering bij zorgverlener, ouderen en organisatie

      - Bron: *richtlijn*

- Therapietrouw
    - Er is een persoonlijke aanpak nodig.

      -Bron: *Bo Debaere*

    - Pilootstudie: Mogelijkheid 24 interventies. Gemiddeld 18.5 interventies per persoon. Na drie maanden 8.45 interventies volgehouden tot op het einde van de opvolgingsperiode? Gemiddeld 46% van de opgestarte interventies werden door de patiënten volgehouden na 3 maanden. Medicatie bij alle patiënten minstens 1 interventie toegepast en 93% van de patiënten hielden dit vol na drie maanden. Aanpassingen in omgeving en gedrag (53% van de patiënten), werden de interventies volgehouden gedurende de drie maanden.

INTERVENTIES	Aantal patiënten gestart met interventie	Percentage opgestarte interventies (tov n = 22)	Aantal patiënten die interventies volhouden	Percentage volgehouden interventies (n = tov gestarte)
Evenwicht, mobiliteit & spierkracht	**13**	**59%**	**11**	**85%**
• Start kinesitherapie	7	32%	6	86%
• Start oefentherapie	6	27%	4	67%
• Loophulpmiddel	10	45%	9	90%
Medicatie	**22**	**100%**	-	-
• Kritisch bekijken med	21	95%	-	-
• Aanpassen medicatie	14	64%	13	93%
• Verwijzing specialist	1	5%	-	-
• Informatie bijwerking	13	60%	-	-
Orthostatische hypotensie	**7**	**32%**	-	-
• Med behandeling	3	14%	1	33%
• Verwijzing specialist	2	9%	-	-
• Advies bd-val compens	6	27%	5	83%
Zicht	**15**	**68%**	-	-
• Verwijzing oftalmoloog	11	50%	-	-
• Risico multifocale bril	9	40%	-	-
• Opsporen cataract	11	50%	-	-
• omgevingsveiligheid	7	32%	-	-
Voeten en schoeisel	**20**	**90%**	-	-
• Beter schoeisel	20	90%	14	70%
• Verwijzing podoloog	1	5%	-	-
Omgeving & gedrag	**12**	**54%**	**12**	**100%**
• Veranderingen gedrag	9	40%	9	100%
• Verandering omgeving	9	40%	9	100%
Valangst	**20**	**90%**	-	-
• Info valrisicofactoren	18	82%	-	-
• Personenalarm	10	45%	3	30%
• Leren recht na val	4	18%	-	-
Fractuurpreventie	**15**	**68%**	**14**	**93%**
• Opstarten Ca/VitD	15	68%	14	93%
• Behandelen osteoporose	2	9%	2	100%
• heupprotector	0	0%	0	0%

Tabel 6: Aantal opgestarte en volgehouden interventies in de risicogroep.

- Bron: Bo Debaere

    - Overleggen wat haalbaar is qua duur, intensiteit en frequentie

- Bron: *richtlijn*

Overlopen ervaren knelpunten samenkomst 1

- Gebrek aan ziekte inzicht van de patiënt en mantelzorger (vallen hoort bij ouder worden?)
- Gebrek aan motivatie van de patiënt
- Gedragsverandering, is verandering, is heel moeilijk. Belang om vertrouwen te winnen bij de ouderen en familie.
- Moeilijke samenwerking tussen de verschillende disciplines
- Geen duidelijk communicatiekanaal voor de verschillende zorgverleners
- Veel tijd, weinig resultaat
- Follow-up is belangrijk voor behouden resultaat
- Geen nomenclatuur nummer voor verpleging, geen terugbetaling ergotherapeut
- Huisarts is belangrijke sturende rol, maar weinig animo vanuit huisartsen om aan valpreventie te doen

Wat bestaat er *allemaal*?

Bestaand promotiemateriaal

→ Algemeen risicofactoren:
  - Korte vragenlijst 'zelfstandig thuis wonen: iets voor u?' - Bron: *www.valpreventie.be (ook in thesis Bo Debaere terug te vinden)*
  - www.meetinstrumentenzorg.nl

→ Bewegen
  - Affiche - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Folder - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Placemat - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Bewegingsoefeningen - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Bewegen op verwijzing

→ Valangst:
  - Affiche - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Scorelijst - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Folder - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Filmpje - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Placemat - Bron: *www.valpreventie.be*
  - FES- I schaal (valangst) - Bron: *Thesis Martin Alexandra*

→ Medicatie
  - Slaapmedicatie affiche - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Slaapmedicatie Informatiebrochure met korte quiz - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Slaapmedicatie flyer - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Slaapmedicatie placemat - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Thuisapotheek
  - Medicatiedozen

→ Omgevingsfactoren
  - Folder 'je huis, een veilige thuis' - Bron: *regionaal dienstencentrum socialistische mutualiteit Brabant*
  - Checklist met scorelijst 'valvrij huis?' - Bron: *www.valpreventie.be*
  - Voto-schaal ergotherapeuten
  - Checklist BOEBS-project - Bron: *Thesis Lies Verhasselt*

Bestaande werkschema's en flowcharts

→ Overzichtsschema praktijkrichtlijn +werkfiche praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen
→ (Werkfiches Wit-geel kruis Vlaanderen) *-Niet verder te verspreiden*
→ Checklist risico patiënt - Bron: *Thesis Bo Debaere*
→ Steekkaarten multifactoriële evaluatie (checklist format) - Bron: *Thesis Bo Debaere*
→ Checklist opvolging- Bron: *Thesis Bo Debaere*

→ Aanmeldingsdocument - Bron: *Ine vanherle*
→ Dossier valpreventie - Bron: *Thesis Eline Allegaert*
→ Verslag CKO met scorelijst - Bron: *Thesis Eline Allegaert*
→ Protocol uitvoeren valpreventie (evaluatie en interventie) - Bron: *Thesis Lies Verhasselt*
→ Testen uitleg
    - Valpreventie → praktische tools (verwijzingen naar meetinstrumenten.nl)

<u>Lokaal niveau (huidige organisatie van zorg op lokaal niveau):</u>

→ Zorgverleners die bezig zijn met valpreventie
    - Advies huisartsen meegeven in werkfiche voor huisarts om eigen sociale kaart uit te werken
        - Op zoek gaan naar kinesisten in de buurt die aan valpreventie doen. Eventueel via Danny Schoofs een rondvraag doen bij de kinesisten die vertrouwd zijn met valpreventie en deze lijst meegeven aan huisartsen.
        - Ergotherapeuten zijn beperkt
            - Naam en contactgegevens meegeven aan huisartsen
            - Uitleg verschil ergotherapeut ziekenfonds en privé
            - Uitleg kostprijs
        - Verpleegkundigen
            - Advies overleggen met lokale verpleeggroep hoe men best samenwerkt rond valpreventie
            - Uitleg werking wit-geel kruis ; dossier in mijnWGK

→ Bewegen op verwijzing

Patiënt en familie

Niet in deze thesis uitvoeren, reeds gebeurt

Zie thesis 'bereidheid bij 55plussers'

Externe partners

Niet binnen deze thesis; na thesis verdere uitbreiding

→ Andere paramedici, hulpverleners, patiëntengroepen

Apothekers, thuiszorg, okragroepen

→ Uitbreiding transmuraal

→ **Uitbreiding door koppeling aan zorgpad fractuurpreventie**

Planning: Samenkomst 3

Datum: 26 november 20u-22u - *Locatie*: preventiecentrum

Programma: Overlopen eerste versie patiëntenbrochure, flowcharts en informatiewijzers

Voorbereiding:

Lisa maakt overzicht bestaande promotiemateriaal – iedereen geeft beoordeling

Lisa maakt op basis van beoordeling een eerste versie van de patiëntenbrochure

Lisa stuurt een bevraging naar iedereen om na te gaan of het zorgpad verloopt zoals ze verwachten en/of ze andere verwachtingen hadden, wat kan er beter?

<u>Wijzers hulpverleners</u>

1. Huisartsen
    a. Medicatie
        i. Merknamen
        ii. Aanpassingen dosering volgens nierfunctie
        iii. Afbouwschema benzo's
2. Kinesisten
    a. F-pathologie → 2 testen
3. Verpleegkundigen
    a. Medicatie
    b. Orthostatische hypotensie?
    c. Gedrag beoordelen
4. Ergotherapeuten

<u>Uitwerken patiëntenbrochure 'heen- en weer boekje'</u>

DOEL:

→ Motivatie versterken

Hoe? Vragenlijst die met kleuren weergeeft of er een probleem is

Positieve effecten in de verf zetten: langer thuis wonen, zelfstandigheid, minder sociaal isolement

Ouderen proberen stimuleren door het boekje samen met familie/mantelzorger te doorlopen

→ Samenwerking verbeteren

Ruimte voor contactgegevens hulpverleners

Checklist aangepakte risicofactoren toevoegen

Ruimte voor nota's aan elkaar

→ Administratieve belasting beperken

Anamnese verwerken in vragenlijst die oudere zelf kan invullen

Toevoegen van informatie en tips zodat je niet heel de uitleg moet doen, maar advies kan geven aan ouderen om de informatie dat van toepassing is door te lezen

Toevoegen voorschrift kinesitherapie waarbij arts enkel naam, handtekening en stempel moet toevoegen ?

Huisarts vraag min. 1x per jaar naar valrisico:

→ “Voorbije jaar 2x of meer gevallen ?

→ ”Evenwichts- en gangproblemen?

Huisarts: Patiënt meldt zich vanwege valletsel

Huisarts

Meegeven van boekje

Patiënt korte vragenlijst en valdagboek laten invullen (eventueel samen met familie, thuishulp, mantelzorger of thuisverpleging)

→ Inplannen vervolgconsult

Patiënt ontvangt het heen-en weer boekje via andere weg en Wil hier spontaan over spreken met hulpverlener

= er is motivatie!

Doorverwijzen Huisarts

Thuisverpleging vragen min. 1x per jaar naar valrisico:

→ Voorbije jaar 2x of meer gevallen ? Ja

→ Evenwichts- en gangproblemen? Ja

Doorverwijzen Huisarts

Thuisverpleging: ontdekt een letsel ten gevolge van vallen

Huisarts:

Overlopen korte vragenlijst

Voer klinisch onderzoek uit

Registreer de valrisico’s die van toepassing zijn bij de patiënt

Bespreek samen met patiënt welke risicofactoren de patiënt eerst wil aanpakken

= gewogen beslissing: wat lijkt het meest dringende? Waar is de patiënt het meest voor gemotiveerd?

N.B. stapsgewijs vertrouwen en motivatie winnen!

Risicofactoren:

Stoornis in evenwicht spierkracht, gang en mobiliteit

Doorverwijzen naar kinesist

Tai Chi bespreken

Cognitieve stoornis

Afnemen van

- Derpressie schaal
- Delier schaal
- MMSE

→ WIE???

Verminderd zicht

Doorsturen naar oftalmoloog

- N.B. waarschuwing tijdelijk verhoogd risico

Orthostatische hypotensie

Tips meegeven (in boekje?)

Valangst

STAP 1: Vragenlijst afnemen DD gezonde bezorgdheid of echte valangst

STAP 2:

- Doorverwijzen ergotherapeut (educatie, aanleren valbrekede technieken, aanleren hoe rechtkomen)
- Tai Chi bespreken

Pijn

Medicamenteuse en niet-medicamenteuse behandeling

Voetproblemen

Doorverwijzen podoloog

Urinaire-incontinentie

Onderliggende factoren aanpakken: UWI, fecale incontinentie en inname diuretica

Vit D:

Labobepaling:

- Kwetsbare ouderen - geen systematsische serumbepaling nodig

- Ouderen die vallen door vermoedelijk andere factor dan 'kwetsbarheid' (vb. hartritmestoornissen, maar verder fysiek onafhankelijk) dan serumbepaling nodig

→ Dagelijkse inname van 800IE vit D + 1500 mg totale Ca-inname

Risicogedrag

STAP1: BOEBS-checklist

STAP 2: Doorverwijzen ergotherapeut

Medicatie

Huisarts: Aanpassen dosering, afbouwen risicovolle medicatie volgens algoritme

Maken verwijsbrief verpleging

Verpleging: bewaken juist gebruik

Onveilige omgeving

Grove analyse door verpleging bij problemen doorverwijzing naar ergotherapeut

Onaangepast schoeisel

Signalisatie via huisarts, verpleging of vragenlijst

Doorverwijzen ergotherapeute

Verslag samenkomst 3

Datum: 26 november -preventiecentrum Turnhout

Aanwezigen:

Artsen: Lisa Van Eyck, Johan Willemse

Ergotherapeuten: /

Kinesisten: Kathy Van Tongerloo, An Smets

Verpleegkundigen: An Van Loon

Verontschuldigd:

Artsen: Mieke Peeters

Ergotherapeuten: Tinneke Claes, Jantien Maeriën

Kinesisten: /

Verpleegkundigen: Luc Heirstrate

Coördinator valpreventiecentrum: Melissa Paulussen

Fase 4: ontwikkelingsfase

VERLOOP:

Experience-based: samenkomst kernteam

DOEL:

Afwerken patiëntenbrochure, stroomdiagram zorgpad en informatiewijzers zorgverleners

Stroomdiagram

Verpleging

Huisarts

SCREENING = 1x/jaar (preventieconsult, gezondheidsgids, …)

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

‘Neen’

Advies gezonde levensstijl

‘JA’

SENSIBILISERING = Uitdelen boekjes - Invullen pagina 6

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

Familie, Buren, Thuishulp,…

Senioren-groepen Gemeente

MULTIFACTORIËLE

EVALUATIE

Inclusie:

65+, thuiswonend met verhoogd valrisico:

- + ≥2x gevallen voorbije jaar
- + Acuut valmoment (± valletsels)
- + Gang- en evenwichtsproblemen

Exclusie:

- < 65 jaar
- RVT, instelling, ziekenhuis
- Immobiel
- Palliatieve patiënt



MULTIFACTORIËLE

INTERVENTIE

	☐ Doorverwijzing naar kinesist H ☐ TUGT, TCST, (Tinetti) K ☐ F-pathologie aanvragen K ☐ Opstart oefenprogramma K ☐ Bewegen op Verwijzing, Tai Chi, bewegingsadvies H, K, VP ☐ Loophulpmiddel aanbevolen E, K		☐ Afnemen 'Ben je bezorgd om te vallen' (FES-I) E, H ☐ Informatie personenalarm H, E, K, VP ☐ Doorverwijzen oefenprogramma H, E, VP ☐ Opstart oefenprogramma K ☐ Informatie rechtkomen na val H, E, K ☐ Doorverwijzen ergotherapeut (behandeling) H
	☐ Uitsluiten andere oorzaken duizeligheid H ☐ Diagnosestelling orthostatische hypotensie H ☐ Tips conservatieve maatregels H, E, K, VP ☐ Doorverwijzen geriater bij onvoldoende controle (behandeling) H		☐ Lineaire E-test H ☐ Doorverwijzing oftalmoloog (diagnosestelling en behandeling) H ☐ Wijzen op tips bril gebruik H, E, K, VP
	☐ Kritische herbeoordeling medicatieschema H ☐ Controle co-medicatie H, VP ☐ Graduele dosisreductie H ☐ Informatie nevenwerkingen H ☐ Therapietrouw H, VP ☐ Informatie slaapmedicatie H, E, K, VP ☐ Aanpassing aan nierfunctie H		☐ Ouderen en familie attent maken op onveilige situatie en gedragingen H, E, K, VP ☐ Afnemen checklist 'Een valvrij huis' H ☐ Doorverwijzen ergotherapeut mutualiteit (diagnose) H ☐ Doorverwijzen ergotherapeut (behandeling) H ☐ Diepgaande evaluatie van de woning en gedrag E
	☐ Controle voeten H, E, K, VP ☐ Advies veilige schoenen H, E, K, VP ☐ Doorverwijzen podoloog, diabetes kliniek, orthopedie (diagnosestelling en behandeling) H	ANDERE:	☐ Afnemen DOS, MMSE, GDS E, H ☐ Doorverwijzen neuroloog met vermoeden cognitieve problemen (diagnosestelling en behandeling) H ☐ Uitsluiten andere aandoeningen (infectie, ritmestoornis, hartfalen, orthopedische problemen, neurologische problemen, psychiatrische problemen, …) H ☐ Advies urinaire incontinentie H ☐ Advies alcoholisme en ondervoeding H

H= Huisarts

E= Ergotherapeut

K= Kinesist

VP= Thuisverpleging

Integratie zorgpad in huidige werking

Huisarts:

- Doe 1x per jaar aan screening!
  - Tijdens preventieconsult - Gezondheidsgids (Toekomst: linken met BIBOPP-project?)
  - Vast tijdsstip in jaar

    → Patiënt 65+ mét verhoogd valrisico? Geef brochure mee en laat patiënt p6-8 lezen en invullen + plan een vervolgconsultatie

- Eerste consultatie valpreventie:
  - Bekijk de screeningsvragen en de valagenda
    - Blijf alert voor andere onderliggende oorzaken:
      - Acute pathologie (ritmestoornis, infectie, hartfalen, …)
      - Chronische pathologie (cardiovasculair, neurologische problemen, orthopedische problemen, urinaire incontinentie, …)
      - Alcoholisme en ondervoeding
  - Overloop met patiënt overzicht risicofactoren (p 7)
    - Vergelijk met uw eigen bevindingen
  - Doe een klinisch onderzoek i.k.v. valpreventie
    - Cardiovasculair: pols, BD, hartauscultatie
    - Neurologisch: oriënterend neurologisch onderzoek
    - Orthopedisch: Voeten nakijken op eetknobbels, standafwijking, teenafwijking, ingegroeide nagels, blaren, zweren, amputaties, drukpunten, open wonden, monofilament bij diabetes
  - Stel SAMEN een werkplan op volgens tempo van de motivatie van patiënt:

    Vb. 'Ik zie dat u slecht te been bent, dat u de krant niet meer goed kan lezen en meer dan vier medicijnen neemt. Dit zijn allemaal risicofactoren die er voor zorgen dat u een hogere kans heeft op vallen. Ziet u het zitten dat we samen op zoek gaan naar aanpassingen die uw kans op vallen verlagen?'

  - Geef adviezen rond de gekozen risicofactoren en vraag patiënt desbetreffende pagina te lezen
  - Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in
  - Spreek een telefonische controle na één maand af en plan een vervolgconsultatie na drie maanden
- (Telefonische) consultatie na 1 maand:
  - Vraag of patiënte de interventies toepast
  - Ga na of de patiënt alles heeft begrepen
  - Indien geen problemen dan controle afspraak na 3 maanden. Bij beperkte therapietrouw, onduidelijkheden, nood aan extra interventies plan dan sneller een vervolgconsult in.

- Consultatie na 3 maand:
  - Bespreek hoe de interventies verlopen zijn, ga therapietrouw na
  - Bekijk of er nog extra interventies moeten gebeuren en toets hierbij motivatie van patiënt af
  - Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in
- Consultatie na 6 maand:
  - Bespreek hoe de interventies verlopen zijn, ga therapietrouw na

- Bekijk of er nog extra interventies moeten gebeuren en toets hierbij motivatie van patiënt af
- Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in

Doorverwijzen naar tweedelijn:

- 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.

<u>Ergotherapeut:</u>

- De huisarts verwijst patiënt naar u door vanwege valangst of onveilige omgeving en gedrag
  - Onveilige omgeving en gedrag
    - Neem de VOTO-schaal af en start interventie (bijlage 1)
  - Valangst
    - Neem FES-I schaal af (bijlage 2)
    - Stimuleer voor oefenprogramma
    - Geef informatie
      - Belang verzorging voeten en goede schoenen
      - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
      - Invloed slecht zicht

      → verwijzen naar informatie in brochure + adviezen concreet invullen samen met patiënt en familie

  - Ga na of een loophulpmiddel van toepassing is bij de patiënt en geeft informatie over juist gebruik
  - Bij indruk cognitieve problemen (bijlage 3)
    - Delier: Neem DOS af
    - Depressie: Neem GDS-1 af
    - Dementie: Neem MMSE af
- Geef informatie
  - Belang verzorging voeten en goede schoenen
  - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
  - Hoe rechtkomen na val
  - Invloed valangst
  - Invloed slecht zicht
  - Risico op vallen bij onveilige woonomgeving en gedrag

→ Geen gedetailleerde adviezen, maar patiënt naar informatie in patiëntenboekje verwijzen of naar de andere zorgverleners.

Als zowel verpleging, ergotherapeut, huisarts en kinesist zeggen dat vb. slaapmedicatie een slechte invloed heeft, dan gaan ze het ooit misschien geloven

Kinesist:

- De huisarts verwijst patiënt naar u door vanwege gang-en evenwichtsproblemen ikv valpreventie
  - Voorschrift huisarts
    - CKO of 60 beurten
  - Voer Timed Up and Go Test en Timed Chair Stand Test uit (bijlage 1 en 2)
  - Voor een uitvoerigere diagnostiek voer de Tinetti test uit (bijlage 3)
  - Vraag F-pathologie aan

- Ga na of een loophulpmiddel van toepassing is bij de patiënt en geeft informatie over juist gebruik

- Tracht de patiënt te mobiliseren. Haal de patiënt letterlijk uit zijn luie zetel.
  - 60 beurten kinesitherapie
  - Oefenprogramma thuis
    - Oefenschema's met tekeningen zijn terug te vinden via het Expertisecentrum val- en fractuurpreventie Vlaanderen

      wwww.valpreventie.be > Aanbod > Materialen

  - Bewegen op Verwijzing

- Geef informatie
  - Belang verzorging voeten en goede schoenen
  - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
  - Hoe rechtkomen na val
  - Invloed valangst
  - Invloed slecht zicht
  - Risico op vallen bij onveilige woonomgeving en gedrag

→ Geen gedetailleerde adviezen, maar patiënt naar informatie in patiëntenboekje verwijzen of naar de andere zorgverleners.

Als zowel verpleging, ergotherapeut, huisarts en kinesist zeggen dat vb. slaapmedicatie een slechte invloed heeft, dan gaan ze het ooit misschien geloven…

Thuisverpleging

- Doe 1x per jaar aan screening!

→ Patiënt 65+ mét verhoogd valrisico? Geef brochure mee en laat patiënt 6-8 lezen en invullen + verwijs naar huisarts

- ☐ Medicatie
  - Kritisch bekijken en bevragen
    - Therapietrouw?
    - Medicatiedozen?
    - Co-medicatie?
  - Vraag recente lijst aan huisarts
- ☐ Test orthostatische hypotensie bij duizeligheid na plots rechtkomen of na zware maaltijd (Bijlage 1)
- ☐ Test lineaire E-test bij vermoeden afname zicht (Bijlage 2)
- ☐ Bij vermoeden valangst → Neem FES-I schaal af (Bijlage 3)
- ☐ Bij vermoeden cognitieve problemen → Neem vragenlijst af (Bijlage 4)
- ☐ Geef informatie
  - Belang verzorging voeten en goede schoenen
  - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
  - Hoe rechtkomen na val
  - Invloed valangst
  - Invloed slecht zicht
  - Risico op vallen bij onveilige woonomgeving en gedrag

→ Geen gedetailleerde adviezen, maar patiënt naar informatie in patiëntenboekje verwijzen of naar de andere zorgverleners.

Als zowel verpleging, ergotherapeut, huisarts en kinesist zeggen dat vb. slaapmedicatie een slechte invloed heeft, dan gaan ze het ooit misschien geloven…

Patiëntenbrochure

Voorbereiding

Titel document	**Onderwerp**	**HA 1**	**HA 2**	**Ergo 1**	**VP 1**	**Kine 1**
Achtergrondinfo algoritmes	Medicatie					
Algoritme antidepressiva	Medicatie	HA	HA			
Algoritme antipsychotica	Medicatie	HA	HA			
Algoritme benzo's	Medicatie	HA	HA			
Instructie afbouw benzo's	Medicatie	HA	HA			
Overzicht medicatie	Medicatie	HA	HA		B	
Slaapmedicatie flyer	Medicatie				B	
Slaapmedicatie folder	Medicatie	B	B		B	
Slaapmedicatie placemat	Medicatie					
Slaapquiz	Medicatie					

Valquiz	Algemeen					
Aanmedingsdocumente - Ine Van Herle	Algemeen	B				
Checklist en steekkaarten- Bo Debaere	Algemeen	B	B			
Praktijkinstrument	Algemeen	HA, K, E, VP				
Protocol en CKO - Eline Allegaert	Algemeen	K				
Valkalender	Algemeen	B	B		B	
Vragenlijst zelfstandig wonen - Bo Debaere	Algemeen	B	B			
BBS meetinstrument	Bewegen		HA, K			
Bewegen folder	Bewegen	B				B
Bewegen oefeningen staan	Bewegen	B			B	B (link)
Bewegen oefeningen zittend	Bewegen	B				B (link)
Bewegen placemat	Bewegen	B				B
Begingsoefeningen	Bewegen					
DGI meetinstrument	Bewegen					
Fourthbalancescale	Bewegen					
Functional reachtest	Bewegen					
Maximalehandknijpkracht	Bewegen					
POMA meetinstrument	Bewegen					
Timedchairstandtest	Bewegen	K				K
TUGT	Bewegen	K				K
DOS	Cognitie	E, HA, VP	HA	E		
GDS 15	Cognitie	E, HA, VP		E		
GDS 30	Cognitie	E, HA, VP				
GDS	Cognitie	E, HA, VP				
MMSE	Cognitie	E, HA, VP	HA	E	HA	
MoCA	Cognitie	E, HA, VP				
Painad	Pijn					
MPQ	Pijn					
NPRS	Pijn					
VAS	Pijn	B			B	
FES I	Valangst	E, HA	B (selectie)		B	
hoerechtkomennaval	Valangst	B		B	B	
ICONFES10	Valangst					

ICONFES30	Valangst					
Valangst cursus	Valangst					
Valangst flyer	Valangst	B				
Valangst Folder	Valangst	B			B	
Valangst placemat	Valangst					
Checklist veilige huisinrichting	Omgeving en gedrag		B (selectie)		B	
jehuiseenveiligethuis	Omgeving en gedrag					
omgeving checklist	Omgeving en gedrag			B		
veilig schoeisel	Omgeving en gedrag	B		B	B	
VOTO	Omgeving en gedrag			E		
lineaire E test	Zicht	HA				

B = patiëntenbrochure
HA = informatiewijze huisarts
K= informatiewijzer kinesist
E = informatiewijzer ergotherapeut
VP = informatiewijzer kinesist

<u>Aanpassingen 1e proefversie brochure:</u>

- Duidelijkere onderverdeling maken
- Screeningsvragen risicofactoren meer naar voor
- Opsplitsen anamnese en weetjes naar achteren
- Valagenda
    - Loomheid, door benen zakken toevoegen
    - Waardoor bent u gesttuikels?
    - Slaapkamer toevoegen
- Anamnese
    - Evenwicht: Meer zelfstandigheid bevragen: gebruik fiets, auto, sportvereniging, wandelen/fietsen
    - Medicatie: bevraging slaapmedicatie meer integreren bij andere vragen (katergevoel, geheugen, … toevoegen bij andere vragen)
    - Duizeligheid: Toevoegen: ik heb soms last van een andere vorm van duizeligheid
    - Zicht: mensen met ene multifocale bril kennen dit woord, geen probleem, zo laten staan
    - Voeten, schoenen: ik heb suikerziekte toevoegen
    - Valangst: Verschil binnen- en buitenshuis maken
    - Omgeving en gedrag: bad, douche, handvaten, trap, verlichting, personenalarm bevragen. Activiteiten in kaart brengen,: huishouden, klussen, …
- Meer ruimte achteraan om notities te maken door hulpverleners.
- Contactgegevens hulpverleners naar achteren

Verslag samenkomst 4

Datum: Dinsdag 8 oktober (20u00-22u00)

Aanwezigen:

Artsen: Mieke Peeters, Johan Willemse, Lisa Van Eyck

Ergotherapeuten: Tinneke Claes, Jantien Maeriën

Kinesisten: An Smets, Kathy Van Tongerloo

Verpleegkundigen: Luc Heirstrate, An Van Loon

Coördinator valpreventiecentrum: Melissa Paulussen

Afwezigen:

/

VERLOOP:

Experience-based: samenkomst kernteam

DOEL:

Afwerken patiëntenbrochure

Fase 5: implementatiefase (pilootstudie): Afspraken pilootstudie

Finaliseren patiëntenbrochure

- P 6:
  - 'wanneer ik op sta' vervangen door duizelig
  - Antidepressiva weg
  - Ik beweeg minder dan drie keer… (geen < gebruiker)
  - Achtergrond kleur lichter maken, om meer contrast te hebben
- P 7
  - Kleuren omkeren ja = rood, neen = groen
- P 10
  - Zware benen ipv zwaar benen
  - Open lijntje toevoegen
- P 12
  - > vervangen door meer dan
  - Antidepressiva vervangen door medicatie tegen depressie
  - Pijnmedicatie toevoegen
  - Soms ipv som
- P 14
  - Open lijntje toevoegen
- P 16
  - Volgorde aanpassen. Gedrag eerst

- Hoge hak ipv hak
- P 18
  - Toevoegen: ik heb een huisdier, ik heb tapijten
  - Ik verlicht mijn huis goed ipv ik heb goede verlichting in huis
  - Ik doe nog veel zelf:
    - Wassen
    - Koken
    - Strijken
    - Klussen
  - Ik ga in bad ipv ik heb een bad
  - Ik ga in een douche ipv ik heb een douche
- P 22
  - Driehoek weg, iedereen kent het maar eigenlijk zegt de afbeelding niet veel
  - Tekst onder driehoek bij vorige pagina
- P 23
  - Uw lever en nieren… weg doen
  - Slaapproblemen.. ~~Spreek er over met uw huisarts…~~
  - De slaap verstoord …. ~~Spreek er over met uw huisarts~~
  - Titel slaaphygiëne toevoegen bij tips
  - ~~Zware maaltijden …~~ Vermijd een volle maag en honger voor het slapengaan.
  - ~~e~~ Beperk uw schermtijd. → Toevoegen
- P 25
  - ~~e~~ Neem voldoende lichaamsbeweging… (weg)
  - Laat de benen bengelen (op volgende alinea) en in puntjes
  - Draag uw steunkousen indien nodig, vervangen door draag steeds uw steunkousen
  - Drink voldoende vervangen door drink 1,5l
- P 26
  - Ben vervangen door wees dan extra voorzichtig
  - Verminderd vervangen door verminderT
  - Cataract ipv katarakt
- P 27
  - < → kleiner dan
  - Binnenzool ipv middenzool
  - Ga naar een gespecialiseerde schoenenwinkel
- P 28
  - Zin toevoegen bij afbeelding ‘wie schrik heeft om te vallen, valt gemakkelijker’
- P 30
  - Hoe rechtkomen helemaal weg doen
  - Mensen gaan dat niet onthouden als ze dat een keer gelezen hebben

Opmerking:

Pilootstudie met volledige boekje

Achteraf de tips en weetjes weglaten en eventueel op portaal van huisartsen zetten om de kost te drukken? Na pilootstudie te bekijken

Fase 5: implementatiefase (pilootstudie): Afspraken pilootstudie

GROEP 1: INCLUSIE VIA HUISARTSENPRAKTIJK DE BRIES MERKSPLAS

DOEL: 10 patiënten zorgpad doorlopen; 15 patiënten brochures voorzien (5 reserve)

VOORDEEL: samenwerking met kinesisten, verpleegkundigen, ergotherapeuten die het zorgpad kennen.

NADEEL: Kleine groep

Onderzoeksvragen:

> Is de patiënt gemotiveerd om aan valpreventie te werken na het ontvangen van de patiëntenbrochure?
UITKOMSTMATEN:
1. *Komt de patiënt op eigen initiatief terug op consultatie om over valpreventie te spreken na het ontvangen van de brochure?*

>Stimuleert het zorgpad valpreventie de aanpassing van gedrag en omgeving bij de thuiswonende ouderen?
UITKOMSTMATEN:
2. *Welke risicofactoren werden opgespoord?*
   REGISTRATIE: p 7 patiëntenbrochure. Opmerking: extra risicofactoren zoals incontinentie, pijn, cognitie er bij schrijven.

3. *Welke adviezen werden gegeven?*

4. *Werden deze adviezen toegepast door de patiënt?*

> Verloopt de follow-up vlotter met behulp van dit zorgpad?
UITKOMSTMAAT: Nagaan of er telefonische follow-up was op 1 maand en consultatie na 3 maand?

STOP STUDIE 31 MAART (start analyse)

Verloop:

Patiënt komt op consultatie voor een andere klacht/medische vraag

- ☐ Screen naar patiënten met een verhoogd valrisico:

  = Patiënt 65+, thuiswonend

  - 2 of meer keer gevallen voorbije jaar?
  - OF Valletsel?
  - OF Gang- en evenwichtsproblemen?
- ☐ Geef brochure mee en laat patiënt p 7-8 invullen, vermeldt dat patiënt ook de bijhorende pagina's moet invullen die van toepassing zijn bij de aangekruiste risicofactoren op P7.
- ☐ Plan een vervolgconsultatie na 1 à 2 weken
- ☐ Laat patiënt een informed consent tekenen

Eerste consultatie valpreventie:

- ☐ Bekijk de screeningsvragen en de valagenda + bijhorende anamnestische vragen
- ☐ Blijf alert voor andere onderliggende oorzaken:
  - Acute pathologie (ritmestoornis, infectie, hartfalen, …)
  - Chronische pathologie (cardiovasculair, neurologische problemen, orthopedische problemen, urinaire incontinentie, …)
  - Alcoholisme en ondervoeding
- ☐ Doe een klinisch onderzoek i.k.v. valpreventie
  - **Cardiovasculair**: pols, BD, hartauscultatie
  - **Neurologisch**: oriënterend neurologisch onderzoek
  - **Orthopedisch:** Voeten nakijken op eetknobbels, standafwijking, teenafwijking, ingegroeide nagels, blaren, zweren, amputaties, drukpunten, open wonden, monofilament bij diabetes
- ☐ Stel SAMEN een werkplan op volgens tempo van de motivatie van patiënt:

Vb. 'Ik zie dat u slecht te been bent, dat u de krant niet meer goed kan lezen en meer dan vier medicijnen neemt. Dit zijn allemaal risicofactoren die er voor zorgen dat u een hogere kans heeft op vallen. Ziet u het zitten dat we samen op zoek gaan naar aanpassingen die uw kans op vallen verlagen?'

- ☐ Geef adviezen rond deze risicofactoren en vraag patiënt desbetreffende informatiepagina (tips/weetjes) te lezen en maak zo nodig doorverwijzing
- ☐ Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in
- ☐ Noteer het telefoonnummer van de patiënt

- ☐ Spreek een vervolgconsultatie na drie maanden af

Eerste Follow-up = (Telefonische) consultatie na 1 maand aan patiënt:

- Welke adviezen werden er met u besproken?
- Wordt de aanpassing toegepast?
- Gelooft u dat de aanpassingen nuttig kan zijn om minder te vallen?
- Denkt u deze aanpassing vol te kunnen houden?
- Bent u intussen nog gevallen?

Tweede Follow-up: consultatie na 3 maand:

- ☐ Bespreek hoe de interventies verlopen zijn, ga therapietrouw na
- ☐ Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in
- ☐ Overloop volgende vragenlijst aan patiënt:
  - Bent u intussen nog gevallen?
  - Hoe heeft u dit zorgpad ervaren?
  - Zou u dit zorgpad aanraden bij andere 65+?
  - Is de brochure duidelijk?
  - Wat kunnen we verbeteren?

GROEP 2: INCLUSIE VIA DE ANDERE HULPVERLENERS VAN DE KERNGROEP

DOEL: Aan 35 patiënten brochure uitdelen

Tinneke (ergotherapeut privé) – 5
Jantien (ergotherapeut revalidatiecentrum) - 5
An S (kinesitherapeut)- 5
Kathy (kinesitherapeut)- 5
Wit-Geel kruis- 5
Johan W (Huisarts, enkel nog actief in wachtpost) -5 (via wachtdiensten dus verwijst naar eigen huisarts door)
Carolien C (Huisarts)

VOORDEEL: Grotere groep (30-35 brochure's)

NADEEL: Andere hulpverleners kennen het zorgpad niet

Onderzoeksvragen:

> Heeft het zorgpad valpreventie een positieve invloed op de samenwerking tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers?
> Worden de huisartsen administratief minder belast d.m.v. dit zorgpad?
> Stimuleert het zorgpad valpreventie de aanpassing van gedrag en omgeving bij de thuiswonende ouderen?
> Wat kunnen we verbeteren aan dit zorgpad alvorens het in de praktijk geïmplementeerd wordt?

→ HOE METEN? VIA BEVRAGING HULPVERLENERS EIND MAART

Vragenlijst aan de huisartsen

1. Aanpassing van gedrag
    a. Nam de patiënt spontaan contact met u op om over valpreventie te spreken nadat hij/zij deze brochure via een andere hulpverlener ontving?
    b. Denkt u dat de brochure een ondersteuning kan zijn om het gedrag van patiënten te veranderen en de motivatie om aan valpreventie te verbeteren?
2. Samenwerking
    a. Verwees u de patiënt door naar een andere hulpverlener? Naar wie?
    b. Heeft dit zorgpad er toe geleid dat u de patiënt sneller doorverwees naar een andere hulpverlener?
    c. Werd er gebruik gemaakt van de communicatieveldjes in de brochure? Verliep de samenwerking en communicatie hierdoor vlotter?
    d. Vond u het zinvol dat er op het einde van de brochure een checklist zit waarin iedere hulpverlener kan aanduiden welke interventie uitgevoerd werd?
    e. Wat kan er nog verbeteren aan dit zorgpad om de communicatie tussen de hulpverleners vlotter te doen lopen?
3. Tijdsinvestering en administratieve belasting
    a. Denkt u dat de brochure een hulpmiddel kan zijn om de tijdsinvestering en administratieve belasting van de huisarts te reduceren doordat de patiënt op voorhand de anamnese gedeeltelijk heeft ingevuld en de adviezen reeds voorgedrukt staan in de brochure?
4. Verbetering
    a. Wat vond u goed aan dit zorgpad?
    b. Wat kan er verbeteren aan dit zorgpad?

Vragenlijst Ergotherapeut

1. Aanpassing van gedrag
    a. Denkt u dat er door het zorgpad sneller een doorverwezen wordt naar de ergotherapeut?
    b. Kan het zorgpad een hulpmiddel zijn om de huisartsen kennis te laten maken met de werking van een ergotherapeut?
2. Samenwerking
    a. Had u de indruk dat de andere hulpverleners beter op de hoogte waren van uw rol binnen valpreventie d.m.v. dit zorgpad?
    b. Werd er gebruik gemaakt van de communicatieveldjes in de brochure? Verliep de samenwerking en communicatie hierdoor vlotter?
    c. Vond u het zinvol dat er op het einde van de brochure een checklist zit waarin iedere hulpverlener kan aanduiden welke interventie uitgevoerd werd?
    d. Wat kan er nog verbeteren aan dit zorgpad om de communicatie tussen de hulpverleners vlotter te doen lopen?
3. Verbetering
    a. Wat vond u goed aan dit zorgpad?
    b. Wat kan er verbeteren aan dit zorgpad?

Vragenlijst Kinesist

1. Aanpassing van gedrag

    a. Denkt u dat er door het zorgpad sneller een doorverwezen wordt naar de kinesitherapeut?
2. Samenwerking
    a. Had u de indruk dat de andere hulpverleners beter op de hoogte waren van uw rol binnen valpreventie d.m.v. dit zorgpad?
    b. Werd er gebruik gemaakt van de communicatieveldjes in de brochure? Verliep de samenwerking en communicatie hierdoor vlotter?
    c. Vond u het zinvol dat er op het einde van de brochure een checklist zit waarin iedere hulpverlener kan aanduiden welke interventie uitgevoerd werd?
    d. Wat kan er nog verbeteren aan dit zorgpad om de communicatie tussen de hulpverleners vlotter te doen lopen?
3. Verbetering
    a. Wat vond u goed aan dit zorgpad?
    b. Wat kan er verbeteren aan dit zorgpad?

Vragenlijst Thuisverpleging

1. Samenwerking
    a. Had u de indruk dat de andere hulpverleners beter op de hoogte waren van uw rol binnen valpreventie d.m.v. dit zorgpad?
    b. Werd er gebruik gemaakt van de communicatieveldjes in de brochure? Verliep de samenwerking en communicatie hierdoor vlotter?
    c. Vond u het zinvol dat er op het einde van de brochure een checklist zit waarin iedere hulpverlener kan aanduiden welke interventie uitgevoerd werd?
    d. Wat kan er nog verbeteren aan dit zorgpad om de communicatie tussen de hulpverleners vlotter te doen lopen?
2. Verbetering
    a. Wat vond u goed aan dit zorgpad?
    b. Wat kan er verbeteren aan dit zorgpad?

Verloop:

Patiënt komt in aanmerking om aan valpreventie te doen:

- Screen naar patiënten met een verhoogd valrisico:

  = Patiënt 65+, thuiswonend

  - 2 of meer keer gevallen voorbije jaar?
  - OF Valletsel?
  - OF Gang- en evenwichtsproblemen?
- Geef brochure mee en laat patiënt p 7-8 invullen, vermeldt dat patiënt ook de bijhorende pagina's moet invullen die van toepassing zijn bij de aangekruiste risicofactoren op P7.
- Geef het advies om een week later een afspraak te maken bij de huisarts en het boekje mee te nemen

- Noteer eventueel voor de huisarts welke interventies er reeds uitgevoerd worden en waarom u het belangrijk vindt dat patiënt aan valpreventie doet.
- Laat patiënt een informed consent tekenen
- Noteer de gegevens van de patiënt:
    - Naam patiënt
    - Naam huisarts

Patiëntenbrief en informed consent

Beste patiënt(e),

Ik, Dr. Van Eyck Lisa, ben bezig aan mijn vervolgopleiding voor huisarts. Eind 2018 studeerde ik af als algemeen arts aan de Katholieke Universiteit Leuven. Om mijn specialisatie tot huisarts te behalen dien ik een masterthesis te schrijven. Aangezien ik me graag bezig houd met ouderenzorg, heb ik besloten om een kwaliteitsverbeterend onderzoek te verrichten over valpreventie (= zorg toedienen om te voorkomen dat patiënten gaan vallen) bij thuiswonende 65-plussers.

Vallen is een frequent probleem bij thuiswonende 65-plussers. Ongeveer één op de drie thuiswonende 65-plussers valt minstens eenmaal per jaar, waarvan 21-45% herhaaldelijk. (1) Aangezien er een toenemende vergrijzing is, kunnen we voorspellen dat het probleem 'vallen' in de toekomst steeds belangrijker gaat worden. Het doel van valpreventie is ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen en om de (ernstige) gevolgen van vallen (sterfte, eenzaamheid, heupfracturen, …) te verminderen.

Samen met een team van ergotherapeuten, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en huisartsen ontwikkelde ik de voorbije maanden een zorgpad met patiëntenbrochure over valpreventie. We hopen hiermee patiënten en hulpverleners te ondersteunen bij valpreventie en het risico op vallen te verlagen. Wij zijn op zoek naar patiënten met een verhoogd valrisico die samen met ons dit zorgpad willen doorlopen om te kijken wat we nog kunnen verbeteren.

Deelname aan dit wetenschappelijk onderzoek is geheel vrijwillig na het lezen van deze informatiebrief en het ondertekenen van de informed consent. Er zal geen beloning aan de deelname vasthangen. Het onderzoek bestaat uit de usual care gebaseerd op de bestaande richtlijnen, waardoor u geen extra kost zult ondervinden bij deelname. Er kan op ieder moment besloten worden om uit het onderzoek te stappen, zonder dat u hier negatieve gevolgen van ondervindt.

U kan op ieder moment contact opnemen met de onderzoekers voor bijkomende informatie:

- Dr. Van Eyck Lisa (HAIO)
  Huisartsenpraktijk De Bries, Merksplas
  Lisa.vaneyck@student.kuleuven.be
- Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte (Promotor)
  Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Ik, …… (naam deelnemer) verklaar te willen deelnemen aan het kwaliteitsverbeterend onderzoek over valpreventie bij de thuiswonende 65-plussers.

- ☐ Ik verklaar kennis gemaakt te hebben met de informatie voor deelnemers en kon aanvullende vragen stellen.
- ☐ Ik verklaar dat mijn deelname aan de studie helemaal vrijwillig is en voldoende tijd had om te beslissen of ik deelneem.
- ☐ Ik ben er me van bewust dat ik op ieder moment deelname aan de studie kan stop zetten.
- ☐ Ik ben er me van bewust dat mensen mijn gegevens kunnen zien en geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor doeleinden die vermeld staan op de informatiebrief. Deze gegevens zullen enkel zichtbaar zijn voor de betrokken onderzoekers van de studie zoals vermeld op de informatiebrief.

Naam deelnemer: Handtekening: Datum : __ / __ / __

Bijlage 4: Patiëntenbrochure

Valpreventie

Thuiswonende 65+



PREVENTIECENTRUM REGIO TURNHOUT

Valpreventie.be
Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen

Wist u dat:

- ✓ Eén op de drie 65-plussers valt?
- ✓ U aan valpreventie kan doen om het risico op vallen te verlagen?
- ✓ Vallen niet zo maar aanvaard moet worden bij het normale verouderingsproces!
- ✓ Dat valpreventie er toe leidt dat er minder eenzaamheid is?
- ✓ Dat valpreventie er voor zorgt dat ouderen langer thuis kunnen wonen en langer onafhankelijkheid kunnen behouden?

SPREEK ER OVER MET UW VERPLEGING EN UW ARTS

VALPREVENTIE.be
Week van de Valpreventie

Heb ik een verhoogd risico op vallen?



Bent u 65+ en woont u nog thuis?

Is één van volgende drie factoren bij u van toepassing?

	JA!	Neen!
"Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen."		
"Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val."		
"Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen."		
	Antwoordde u 'JA' op één van deze drie vragen? Dan heeft u een verhoogd risico op vallen. **Lees verder op volgende pagina!**	Antwoordde u op iedere vraag 'NEEN'? Dan heeft u geen verhoogd risico op vallen. Spreek eventueel met uw huisarts over gezond levensstijl advies en blijf fit!

Vallen, er is iets aan te doen!

Vul volgende twee pagina's (p7 en 8) in en ga op zoek naar de factoren die uw risico op vallen verhogen.
Doe dit eventueel samen met uw familie, thuishulp of thuisverpleging.

Neem daarna dit boekje mee naar uw huisarts en spreek over valpreventie.

Ga **samen** op zoek naar de factoren die u **wil** aanpassen.

Verlaag zo stap voor stap het risico op vallen!



En dans je leven lang!

Kruis aan wat bij u van toepassing is.



☐ **Ik ben slecht te been**

Lees p 10



☐ **Ik voel mij soms draaierig/ duizelig**

Lees p 14



☐ **Ik neem meer dan 4 medicijnen**

Lees p 12



☐ **Ik neem slaapmedicatie**

Lees p 12



☐ **Ik ben bang om te vallen**

Lees p 17



☐ **De krant lezen of TV kijken is moeilijk voor mij**

Lees p 15



☐ **Ik beweeg minder dan 3 keer per week een half uur**

Lees p 10



☐ **In mijn huis zijn er opstapjes, draden, tapijten en gladde vloeren**

Lees p 18



☐ **Ik draag loszittende schoenen of hoge hakken**

Lees p 16

> > Lees de pagina's die horen bij de aangekruiste vakjes.



Bent u het afgelopen jaar gevallen of bijna gevallen? Zo ja, vul deze tabel in. Zo heeft de huisarts een beter beeld waardoor u gevallen bent.

Wat voelde u voor de val?	☐Duizeligheid ☐Misselijkheid ☐Hartkloppingen ☐ Door de benen zakken ☐Loomheid ☐Niets ☐Andere: ……
Wat deed u toen u viel?	☐Lopen in en om huis ☐Persoonlijke verzorging ☐Slapen of rusten ☐Eten ☐Vrijetijdsbesteding ☐Huishoudelijke activiteiten ☐Andere: ……
Bent u gestruikeld?	☐ Neen ☐ Ja: *Waardoor bent u gestruikeld?* ☐ Pantoffels/ losse schoenen ☐ Mat/ kabel/ drempel/ losliggende voorwerpen ☐ Ik moest dringend naar toilet ☐ Andere:……
Waar was u bij de val?	☐Keuken ☐Badkamer ☐Trap ☐Woonkamer ☐Toilet ☐Kelder ☐Hal ☐Berging ☐Tuin ☐Slaapkamer ☐Andere: ……
Wanneer bent u gevallen?	☐Voormiddag ☐Namiddag ☐Avond ☐Nacht
Had u letsels ten gevolge van de val?	☐Er was geen letsel ☐Er was wel een letsel
Kwam u recht zonder hulp?	☐Ja ☐Nee

Stappenplan om vallen te voorkomen:

1. Zijn de vorige pagina's ingevuld? Maak dan nu een afspraak bij uw huisarts.

2. Vergeet zeker dit boekje niet mee te nemen.

3. De huisarts zal u onderzoeken en de antwoorden die u gegeven heeft in dit boekje bekijken.

4. De huisarts bespreekt welke risicofactoren u heeft om te vallen.

5. U gaat samen met de huisarts beslissen welke factoren u wil aanpakken om uw risico op vallen te verlagen.

Wat zijn mijn risicofactoren?





Evenwicht, spierkracht en mobiliteit

- ☐ Ik heb soms het gevoel door mijn benen te zakken.
- ☐ Ik heb soms zware benen of krampen in mijn benen.
- ☐ Ik gebruik een loophulpmiddel.
- ☐ Ik ben buiten adem als ik een trap op loop.
- ☐ Ik ben buiten adem als ik mij moet aankleden.
- ☐ Ik gebruik nog regelmatig mijn fiets.
- ☐ Ik kan nog met de auto rijden.
- ☐ Ik zit in een sportvereniging.
- ☐ Ik ga wandelen/fietsen met een vriendengroep.
- ☐ Andere:……
  ……

Bij gang- en evenwichtsproblemen kan de huisarts u doorverwijzen naar een kinesist.

Wil u meer bewegen, maar weet u niet goed hoe? Dan kan de huisarts u doorverwijzen naar een bewegingscoach.

<< Bewegen Op Verwijzing >

DOORVERWIJZING KINESIST:

Naam: ……

Tel: ……..

Adres: ……



Medicatie

Overloop samen met familie, thuisverpleging, thuishulp of huisarts uw medicatie en duidt de stelling aan die bij u van toepassing is:

- ☐ Ik neem meer dan 4 verschillende medicamenten.
- ☐ Ik neem één van volgende type medicatie:
  - Slaappillen
  - Medicatie tegen een depressie
  - Pijnmedicatie
  - Medicatie voor het hartritme
  - Medicatie tegen hoge bloeddruk
- ☐ Ik gebruik naast medicatie ook voedingssupplementen, kruiden, homeopathische middelen, ….
- ☐ Ik heb soms een katergevoel, ook al heb ik niet gedronken.
- ☐ Ik vergeet soms mijn medicatie in te nemen.
- ☐ Ik vind het moeilijk om mijn medicatie in te slikken.
- ☐ Ik heb last van mijn geheugen.

NOTA AAN HUISARTS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Duizeligheid

- ☐ Ik heb last van duizeligheid bij rechtstaan uit bed, zetel, stoel of bij het bukken.
- ☐ Ik heb soms last van duizeligheid binnen het uur na een maaltijd.
- ☐ Ik heb soms last van een andere vorm van duizeligheid.
- ☐ Andere:……
  ……



Zicht

- ☐ Ik heb moeite bij het lezen, TV kijken, autorijden.
- ☐ Ik schenk soms te veel drinken in mijn glas of schenk er soms naast.
- ☐ Ik heb moeite met het inschatten van een stoeprand of een trede van de trap.
- ☐ Ik draag een bi- of multifocale bril.
    - Ik heb last bij het aanpassen aan een multifocale bril.
- ☐ Mijn laatste bezoek aan een oogarts was langer dan een jaar geleden.

DOORVERWIJZING OOGARTS:

Naam: ……

Tel: ……..

Adres: ……



Voeten en schoenen

- ☐ Ik draag regelmatig open schoenen, pantoffels of schoenen met een hoge hak.
- ☐ Ik loop regelmatig op blote voeten of kousen.
- ☐ Ik heb pijn aan mijn voeten.
- ☐ Ik heb last van eelt, wonden, ingegroeide nagel, …
- ☐ Ik heb suikerziekte.
- ☐ Andere:……
  ……

DOORVERWIJZING PODOLOOG:

Naam: ……

Tel: ……..

Adres: ……



Valangst

- ☐ Ik heb schrik om te vallen.
- ☐ Er zijn dingen die ik niet meer doe in huis omdat ik bang ben om te vallen.
- ☐ Ik vermijd activiteiten buitenshuis omdat ik bang ben om te vallen.
- ☐ Andere:……
  ……

DOORVERWIJZING ERGOTHERAPEUT:

Naam: ……

Tel: ……..

Adres: ……



Omgeving en gedrag

- ☐ Ik heb een personenalarm in huis.
- ☐ Ik heb handvaten in de badkamer en toilet.
- ☐ Ik heb een trap in huis.
- ☐ Ik heb een huisdier.
- ☐ Er liggen matten in mijn huis.
- ☐ Ik ga in bad.
- ☐ Ik ga in de douche.
- ☐ Ik verlicht mijn huis goed.
- ☐ Ik doe nog vel zelf in huis:
  - ☐ Wassen
  - ☐ Strijken
  - ☐ Koken
  - ☐ Poetsen
  - ☐ Herstellingswerken (lampen vervangen, schilderij ophangen, …)
  - ☐ Werken in de tuin
  - ☐ Dakgoot uitkuisen
  - ☐ Andere: ……
    ……

Bij tekens van een onveilige woonomgeving of onveilig gedrag, kan de huisarts u doorverwijzen naar een ergotherapeut.

DOORVERWIJZING ERGOTHERAPEUT:

Naam: ……

Tel: ……..

Wat kan ik doen?





TIPS

Evenwicht, spierkracht en mobiliteit

Wat kan ik doen?

- ✓ Bewegen helpt u om gezond te blijven en beter te slapen.

- ✓ Blijf fit en actief!



Zit niet te lang stil, sta na 30 min. even recht en beweeg *het grootste deel van de dag* licht intensief (speel met uw kleinkinderen, neem de trap, doe zoveel mogelijk te voet, doe lichte huishoudelijke taken).

Beweeg *dagelijks* matig intensief (werken in tuin, wandeling, hometrainer, petanque, …).









Probeer *wekelijks* aan hoge intensiteit te bewegen (stevig fietsen, zwemmen, dansen).



Oefen *wekelijks* uw evenwicht, lenigheid en spierkracht. Een kinesist kan hierbij helpen. De huisarts kan hiervoor een doorverwijzing maken.

- ✓ **Zit minder lang stil én beweeg meer!**
- ✓ **Pak het stap voor stap aan.**
  Geef niet op bij een terugval
  Elk beetje beweging is beter dan geen beweging
- ✓ **Ga voor een gezonde gewoonte.**
  Wissel elke dag zitten, staan en bewegen af



Medicatie

WEETJES

Wist u dat…

- ✓ Slaap- en kalmeringsmiddelen een risicofactor is die een valpartij (met botbreuken) kan veroorzaken?
- ✓ U minder slaap nodig heeft bij het ouder worden?
- ✓ Uw slaappatroon verandert naar een lichtere slaap, regelmatig wakker worden… Dit is normaal.
- ✓ Slaapproblemen soms ontstaan door angstproblemen?
- ✓ De slaap verstoord kan zijn door pijn die niet onder controle is?



Tips om beter te kunnen slapen:

- ✓ Vermijd lezen of TV kijken in bed.
- ✓ Ga dagelijks op hetzelfde uur slapen en sta op hetzelfde uur op.
- ✓ Doe ontspanningsoefeningen of neem een bad voor het slapen gaan.
- ✓ Beweeg overdag zo veel mogelijk.
- ✓ Buitenlucht en daglicht zorgen ervoor dat uw interne klok stabiel blijft. Kom zoveel mogelijk buiten!
- ✓ Vermijd het gebruik van nicotine, cafeïne en alcohol. Deze hebben een slechte invloed op de kwaliteit van uw slaap.
- ✓ Vermijd een volle maag en honger voor het slapengaan!
- ✓ Beperk de schermtijd (TV, GSM, Tablet, …) voor u gaat slapen.



TIPS

Duizeligheid

Tips voor bloeddrukval bij plots rechtstaan:

- ✓ Sta langzaam op uit een zetel of van een stoel.
- ✓ Hoe rechtstaan na zitten of liggen?
    1. Ga eerst op de rand van het bed zitten vooraleer u opstaat.
    2. Laat de benen bengelen totdat u geen draaiingen meer voelt in het hoofd.
    3. Adem een aantal keren diep in en uit.
    4. Plaats vervolgens beide voeten naast elkaar plat op de grond onder de knieën.
    5. Steun met uw handen op uw knieën.
    6. Sta langzaam recht.
- ✓ Vermijd bruuske bewegingen, een (te) warme omgeving (bv. hete douche of bad) en langdurig platliggen.
- ✓ Draag steeds uw steunkousen.
- ✓ Drink 1,5l per dag. Eet regelmatig kleine porties, nuttig geen overdadige maaltijd.

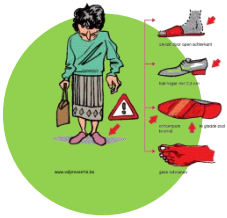


Zicht

WEETJES

Wist u dat…

- ✓ U best altijd uw bril op zet om vallen te voorkomen?
- ✓ De periode na een aanpassing van uw bril er tijdelijk een verhoogd risico is op vallen? Wees dan extra voorzichtig!
- ✓ Sommige ouderen zich niet goed kunnen aanpassen aan een bi- of multifocale bril?
- ✓ Uw zicht vermindert en uw lens kan vertroebelen (cataract) door het ouder worden? Laat tijdig uw ogen controleren bij een oogarts!



TIPS

Voeten en schoenen

Wat zijn goede schoenen?

- ✓ Zitten stevig rond uw enkel en hebben een sluiting achteraan die voldoende hoog is.
- ✓ Hebben een hak kleiner dan 2,5 cm.
- ✓ Hebben een zool die niet te glad is, maar ook geen sterke antislip bevat.
- ✓ Zorg dat uw schoenen niet te groot en niet te klein zijn.
- ✓ Zorg dat uw schoenen niet te breed en niet te smal zijn.
- ✓ Een voorgevormde binnenzool is goed.

Ga naar een gespecialiseerde schoenenzaak om u te laten begeleiden in de juiste keuze van uw schoenen.

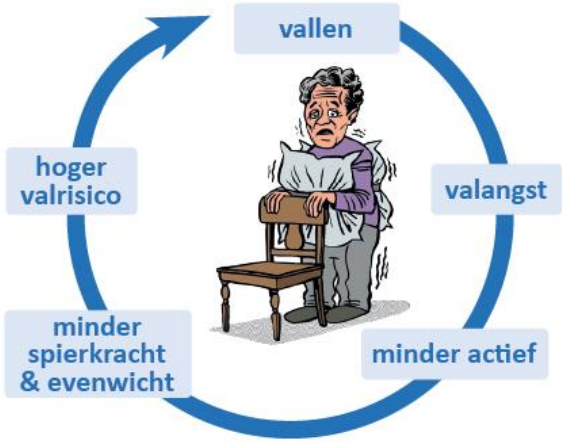


Valangst

WEETJES

Wist u dat…

- ✓ 1 op de 2 ouderen angst heeft om te vallen, ook ouderen die nooit gevallen zijn?
- ✓ Tai chi helpt om valangst te verminderen?
- ✓ Dat valangst kan leiden tot minder buiten komen, sociale contacten missen en de kans op vereenzaming verhogen?
- ✓ Dat sommige ouderen geen bad of douche meer durven nemen en hierdoor afhankelijker worden en de levenskwaliteit daalt?
- ✓ Wie schrik heeft om te vallen, gemakkelijker valt?





TIPS

Omgeving en gedrag:

Wat kan ik doen?

- ✓ Vermijd gladde vloeren, losliggende kabels, losliggende voorwerpen en tapijten.
- ✓ Ga niet op een stoel of krukje staan.
- ✓ Voorzie handgrepen in de douche en toilet.
- ✓ Zorg voor voldoende verlichting.
- ✓ Indien u iets morst, kuis dit dan onmiddellijk op.
- ✓ Maak uw trap veilig:
  - Voorzie twee leuningen.
  - Zorg voor voldoende verlichting van uw trap.
  - Leg geen losliggende voorwerpen op de trap.



Wist u dat...

U recht heeft op een kort bezoek van een ergotherapeut van de mutualiteit? Zij kunnen komen kijken of uw huis voldoende veilig is. Indien meerdere aanpassingen noodzakelijk zijn, kan het zinvol zijn om een privé ergotherapeut langere tijd aan huis te laten komen.

Op de volgende pagina's kunnen uw hulpverleners de uitgevoerde behandelingen noteren. Zo kunnen ze de samenwerking verbeteren en samen uw kans op vallen verlagen.



Contactgegevens

Voor een goede valpreventie is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen de verschillende hulpverleners.

Noteer hier de gegevens van uw hulpverleners.

Huisarts

Naam: ……

Tel: ……

Kinesist

Naam: ……

Tel: ……

Mantelzorger (familie, buren, …)

Naam: ……

Tel: ……

Ergotherapeut

Naam: ……

Tel: ……

Thuishulp

Naam: ……

Tel: ……

Thuisverpleging

Naam: ……

Tel: ……

Apotheker

Naam: ……

Tel: ……

	DE HULPVERLENER KRUIST AAN WELKE INTERVENTIE WERD BESPROKEN EN UITGEVOERD.	**Controle na 1 maand**	**Controle na 3 maand**	**Controle na 6 maand**
Evenwicht Spierkracht Mobiliteit	☐ Doorverwijzing naar kinesist (CKO of 60 beurten) << H ☐ Opstart oefenprogramma << K ☐ Loophulpmiddel aanbevolen << K, E ☐ Bewegen op Verwijzing, Tai Chi, bewegingsadvies << H, K, E, VP			
Medicatie	☐ Kritische herbeoordeling medicatieschema << H ☐ Graduele dosisreductie << H ☐ Informatie nevenwerkingen en therapietrouw << H, VP ☐ Informatie slaapmedicatie p12,13 << H, VP, E, K ☐ Controle juist gebruik en co-medicatie<< H, VP			
Orthostatische hypotensie	☐ Uitsluiten andere oorzaken duizeligheid << H ☐ Diagnosestelling orthostatische hypotensie << H, VP ☐ Tips conservatieve maatregels (p 14) << H, VP, E ☐ Doorverwijzen geriater << H			
Zicht	☐ Doorverwijzing oftalmoloog << H, VP, E, K ☐ Wijzen op gevaar van bi- of multifocale bril << H, VP, E, K			

Voeten en schoeisel	☐ Advies veilige schoenen p 16 << H, VP, E, K ☐ Controle voeten << H, VP, E, K ☐ Doorverwijzen podoloog, diabetes kliniek, orthopedie << H			
Omgeving en gedrag	☐ Ouderen en familie attent maken op onveilige situatie en gedragingen << H, VP, E, K ☐ Diepgaande evaluatie van de woning en gedrag << E			
Valangst	☐ Doorverwijzen oefenprogramma << H, VP, E, K ☐ Informatie personenalarm << H, VP, E ☐ Informatie rechtkomen na val p 21,22 << E, K ☐ Falls Efficacy scale international << H, VP, E, K			
Andere	☐ Afnemen DOS, MMSE, GDS << H, VP, E ☐ Uitsluiten andere aandoeningen (infectie, ritmestoornis, hartfalen, orthopedische problemen, neurologische problemen, psychiatrische problemen, …) << H ☐ Advies urinaire incontinentie << H ☐ Advies alcoholisme en ondervoeding << H			

IS patiënt opnieuw gevallen? ☐ JA ☐ NEEN Aantal keer?…… Data:……

E= Ergotherapeut K= kinesist H = Huisarts VP = Verpleging

Notities huisarts

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Notities kinesist

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Notities ergotherapeut

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Notities verpleegkundige

……

……

……

……

……

……

……

……

……

De ontwikkeling van dit zorgpad valpreventie vond plaats in kader van het thesisproject van Dr. Lisa Van Eyck met ondersteuning van Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers aan de KU Leuven. Dank aan de werkgroep van kinesisten (An Smets en Kathy Van Tongerloo), ergotherapeuten (Tinneke Claes en Jantien Maeriën), huisartsen (Dr. Mieke Peeters en Dr. Johan Willemse) en thuisverpleegkundigen (Luc Heirstrate en An Van Loon) om dit zorgpad mee te ontwikkelen. Dank aan het expertisecentrum Val-en Fractuurpreventie en aan het preventiecentrum Turnhout (Melissa Paulussen) om de ontwikkeling van deze patiëntenbrochure te ondersteunen.

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

KU LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE



PREVENTIECENTRUM
REGIO TURNHOUT

KU LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Bijlage 5: Flowchart zorgpad

Advies gezonde levensstijl

‘Neen’

Verpleging

Huisarts

SCREENING = 1x/jaar (preventieconsult, gezondheidsgids, …)

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

SENSIBILISERING = Uitdelen boekjes - Invullen pagina 6

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

Familie, Buren, Thuishulp,…

Senioren-groepen Gemeente

‘JA’

MULTIFACTORIËLE EVALUATIE

Inclusie:

65+, thuiswonend met verhoogd valrisico:

- + ≥2x gevallen voorbije jaar
- + Acuut valmoment (± valletsels)
- + Gang- en evenwichtsproblemen

Exclusie:

- < 65 jaar
- RVT, instelling, ziekenhuis
- Immobiel
- Palliatieve patiënt



☐ Ik ben slecht te been



☐ Ik voel mij soms draaierig/ duizelig



☐ Ik neem meer dan 4 medicijnen



☐ Ik neem slaapmedicatie



☐ Ik ben bang om te vallen



☐ De krant lezen of TV kijken is moeilijk voor mij



☐ Ik beweeg minder dan 3 keer per week een half uur



☐ In mijn huis zijn er opstapjes, draden, tapijten en gladde vloeren



☐ Ik draag loszittende schoenen of hoge hakken

MULTIFACTORIËLE INTERVENTIE

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ Doorverwijzing naar kinesist H
☐ TUGT, TCST, (Tinetti) K
☐ F-pathologie aanvragen K
☐ Opstart oefenprogramma K
☐ Bewegen op Verwijzing, Tai Chi, bewegingsadvies H, K, VP
☐ Loophulpmiddel aanbevolen E, K</td>
<td>
</td>
<td>☐ Afnemen ‘Ben je bezorgd om te vallen’ (FES-I) E, H
☐ Informatie personenalarm H, E, K, VP
☐ Doorverwijzen oefenprogramma H, E, VP
☐ Opstart oefenprogramma K
☐ Informatie rechtkomen na val H, E, K
☐ Doorverwijzen ergotherapeut (behandeling) H</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ Uitsluiten andere oorzaken duizeligheid H
☐ Diagnosestelling orthostatische hypotensie H
☐ Tips conservatieve maatregels H, E, K, VP
☐ Doorverwijzen geriater bij onvoldoende controle (behandeling) H</td>
<td>
</td>
<td>☐ Lineaire E-test H
☐ Doorverwijzing oftalmoloog (diagnosestelling en behandeling) H
☐ Wijzen op tips bril gebruik H, E, K, VP</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ Kritische herbeoordeling medicatieschema H
☐ Controle co-medicatie H, VP
☐ Graduele dosisreductie H
☐ Informatie nevenwerkingen H
☐ Therapietrouw H, VP
☐ Informatie slaapmedicatie H, E, K, VP
☐ Aanpassing aan nierfunctie H</td>
<td>
</td>
<td>☐ Ouderen en familie attent maken op onveilige situatie en gedragingen H, E, K, VP
☐ Afnemen checklist ‘Een valvrij huis’ H
☐ Doorverwijzen ergotherapeut mutualiteit (diagnose) H
☐ Doorverwijzen ergotherapeut (behandeling) H
☐ Diepgaande evaluatie van de woning en gedrag E</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ Controle voeten H, E, K, VP
☐ Advies veilige schoenen H, E, K, VP
☐ Doorverwijzen podoloog, diabetes kliniek, orthopedie (diagnosestelling en behandeling) H</td>
<td>ANDERE:</td>
<td>☐ Afnemen DOS, MMSE, GDS E, H
☐ Doorverwijzen neuroloog met vermoeden cognitieve problemen (diagnosestelling en behandeling) H
☐ Uitsluiten andere aandoeningen (infectie, ritmestoornis, hartfalen, orthopedische problemen, neurologische problemen, psychiatrische problemen, …) H
☐ Advies urinaire incontinentie H
☐ Advies alcoholisme en ondervoeding H</td>
</tr>
</table>

H= Huisarts

E= Ergotherapeut

K= Kinesist

VP= Thuisverpleging

Bijlage 6: Informatiewijzers zorgverleners - Ergotherapeut

Advies gezonde levensstijl

‘Neen’

Verpleging

Huisarts

SCREENING = 1x/jaar (preventieconsult, gezondheidsgids, …)

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

SENSIBILISERING = Uitdelen boekjes - Invullen pagina 6

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

Familie, Buren, Thuishulp,…

Senioren-groepen Gemeente

‘JA’

MULTIFACTORIËLE EVALUATIE

Inclusie:

65+, thuiswonend met verhoogd valrisico:

- + ≥2x gevallen voorbije jaar
- + Acuut valmoment (± valletsels)
- + Gang- en evenwichtsproblemen (TUGT > 13 sec)

Exclusie:

- < 65 jaar
- RVT, instelling, ziekenhuis
- Immobiel
- Palliatieve patiënt


☐ Ik ben slecht te been


☐ Ik voel mij soms draaierig/ duizelig


☐ Ik neem meer dan 4 medicijnen


☐ Ik neem slaapmedicatie

☐ Ik ben bang om te vallen


☐ De krant lezen of TV kijken is moeilijk voor mij


☐ Ik beweeg minder dan 3 keer per week een half uur


☐ In mijn huis zijn er opstapjes, draden, tapijten en gladde vloeren


☐ Ik draag loszittende schoenen of hoge hakken

MULTIFACTORIËLE INTERVENTIE

	☐ Loophulpmiddel aanbevolen ☐ Bewegen op Verwijzing, Tai Chi, bewegingsadvies		☐ Falls Efficacy scale international ☐ Doorverwijzen oefenprogramma ☐ Informatie personenalarm ☐ Informatie rechtkomen na val
	☐ Tips conservatieve maatregelen		☐ Wijzen op tips bril gebruik
	☐ Informatie slaapmedicatie		☐ Diepgaande evaluatie van de woning en gedrag ☐ Ouderen en familie attent maken op onveilige situatie en gedragingen
	☐ Controle voeten ☐ Advies veilige schoenen	ANDERE:	☐ Afnemen DOS, MMSE, GDS

Valpreventie bij de ergotherapeut

- De huisarts verwijst patiënt naar u door vanwege valangst of onveilige omgeving en gedrag
  - Onveilige omgeving en gedrag
    - Neem de VOTO-schaal af en start interventie (bijlage 1)
  - Valangst
    - Neem FES-I schaal af (bijlage 2)
    - Stimuleer voor oefenprogramma
    - Geef informatie
      - Belang verzorging voeten en goede schoenen
      - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
      - Invloed slecht zicht
        → verwijzen naar informatie in brochure + adviezen concreet invullen samen met patiënt en familie

  - Ga na of een loophulpmiddel van toepassing is bij de patiënt en geeft informatie over juist gebruik
  - Bij indruk cognitieve problemen (bijlage 3)
    - Delier: Neem DOS af
    - Depressie: Neem GDS-1 af
    - Dementie: Neem MMSE af
  - Geef informatie
    - Belang verzorging voeten en goede schoenen
    - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
    - Hoe rechtkomen na val
    - Invloed valangst
    - Invloed slecht zicht
    - Risico op vallen bij onveilige woonomgeving en gedrag

    → Geen gedetailleerde adviezen, maar patiënt naar informatie in patiëntenboekje verwijzen of naar de andere zorgverleners.
    Als zowel verpleging, ergotherapeut, huisarts en kinesist zeggen dat vb. slaapmedicatie een slechte invloed heeft, dan gaan ze het ooit misschien geloven…

Bijlage 1: Valrisico opsporen bij thuiswonende ouderen (VOTO)

www.valpreventie.be > Preventie > Interessante links > Praktische Tools > Valangst: VOTO

Bijlage 2: FES-I

www.meetinstrumentenzorg.nl > zoekmachine > FES-I

Bijlage 3: MMSE, DOS, GDS

www.meetinstrumentenzorg.nl > zoekmachine >

→ Delirium observatie schaal (DOS)

Een DOS Schaal eindscore < 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk niet delirant is, een DOS Schaal eindscore ≥ 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk wel delirant is

→ Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Antwoordensleutel:

1. nee 2. ja 3. ja 4. ja 5. nee 6. ja 7. nee 8. ja

9. ja 10. ja 11. nee 12. ja 13. nee 14. ja 15. ja

Score:

GDS-15 items (Sheikh en Yevasage 1986): een totaalscore van 6 of meer duidt op een mogelijke depressie. Bij de GDS-15 is een antwoordsleutel gegeven. Antwoorden die overeenkomen met de sleutel worden met een punt gescoord.

0-4 = niet depressief
5-10 = mild depressief
11+ = zeker depressief

→Mini-mental state examination (MMSE)

Score

Een score lager dan 24 (van de 30) wordt doorgaans als afwijkend beschouwd.

Bijlage 6: Informatiewijzers zorgverleners - Huisarts

Advies gezonde levensstijl

‘Neen’

Verpleging

Huisarts

SCREENING = 1x/jaar (preventieconsult, gezondheidsgids, …)

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

SENSIBILISERING = Uitdelen boekjes - Invullen pagina 6

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

Familie, Buren, Thuishulp,…

Senioren-groepen Gemeente

‘JA’

MULTIFACTORIËLE EVALUATIE

Inclusie:

65+, thuiswonend met verhoogd valrisico:

- + ≥2x gevallen voorbije jaar
- + Acuut valmoment (± valletsels)
- + Gang- en evenwichtsproblemen

Exclusie:

- < 65 jaar
- RVT, instelling, ziekenhuis
- Immobiel
- Palliatieve patiënt



☐ Ik ben slecht te been



☐ Ik voel mij soms draaierig/ duizelig



☐ Ik neem meer dan 4 medicijnen



☐ Ik neem slaapmedicatie



☐ Ik ben bang om te vallen



☐ De krant lezen of TV kijken is moeilijk voor mij



☐ Ik beweeg minder dan 3 keer per week een half uur



☐ In mijn huis zijn er opstapjes, draden, tapijten en gladde vloeren



☐ Ik draag loszittende schoenen of hoge hakken

MULTIFACTORIËLE INTERVENTIE

	☐ Doorverwijzing naar kinesist ☐ Bewegen op Verwijzing, Tai Chi, bewegingsadvies		☐ FES-I afnemen (bijlage 4) ☐ Doorverwijzen oefenprogramma ☐ Informatie personenalarm ☐ Informatie rechtkomen na val ☐ Doorverwijzen ergotherapeut (behandeling)
	☐ Uitsluiten andere oorzaken duizeligheid ☐ Diagnostiek orthostatische hypotensie (bijlage 2) ☐ Tips conservatieve maatregels ☐ Doorverwijzen geriater bij onvoldoende controle (behandeling)		☐ Lineaire E-test (bijlage 3) ☐ Doorverwijzing oftalmoloog (diagnosestelling en behandeling) ☐ Wijzen op tips bril gebruik
	☐ Kritische herbeoordeling medicatieschema (bijlage 1) ☐ Controle juist gebruik en co-medicatie ☐ Graduele dosisreductie ☐ Informatie nevenwerkingen en therapietrouw ☐ Informatie slaapmedicatie ☐ Aanpassing aan nierfunctie		☐ Afnemen checklist ‘valvrij huis’ (bijlage 5) ☐ Ouderen en familie attent maken op onveilige situatie en gedragingen ☐ Doorverwijzen ergotherapeut mutualiteit (diagnose) ☐ Doorverwijzen ergotherapeut (behandeling)
	☐ Controle voeten ☐ Advies veilige schoenen ☐ Doorverwijzen podoloog, diabetes kliniek, orthopedie (diagnosestelling en behandeling)	ANDERE:	☐ Afleggen diagnostische testen of doorverwijzen neuroloog met vermoeden cognitieve problemen (diagnosestelling en behandeling) (bijlage 6) ☐ Uitsluiten andere aandoeningen (infectie, ritmestoornis, hartfalen, orthopedische problemen, neurologische problemen, psychiatrische problemen, …) ☐ Advies urinaire incontinentie ☐ Advies alcoholisme en ondervoeding

Valpreventie bij de huisarts

- Doe 1x per jaar aan screening!
  - Tijdens preventieconsult - Gezondheidsgids *(Toekomst: linken met BIBOPP-project?)*
  - Vast tijdsstip in jaar
    → Patiënt 65+ mét verhoogd valrisico? Geef brochure mee en laat patiënt p6-8 lezen en invullen + plan een vervolgconsultatie
- Eerste consultatie valpreventie:
  - Bekijk de screeningsvragen en de valagenda
    - **Blijf alert voor andere onderliggende oorzaken:**
      - Acute pathologie (ritmestoornis, infectie, hartfalen, …)
      - Chronische pathologie (cardiovasculair, neurologische problemen, orthopedische problemen, urinaire incontinentie, …)
      - Alcoholisme en ondervoeding
  - Overloop met patiënt overzicht risicofactoren (p 7)
    - Vergelijk met uw eigen bevindingen
  - Doe een klinisch onderzoek i.k.v. valpreventie
    - **Cardiovasculair**: pols, BD, hartauscultatie
    - **Neurologisch**: oriënterend neurologisch onderzoek
    - **Orthopedisch:** Voeten nakijken op eetknobbels, standafwijking, teenafwijking, ingegroeide nagels, blaren, zweren, amputaties, drukpunten, open wonden, monofilament bij diabetes
  - Stel SAMEN een werkplan op volgens tempo van de motivatie van patiënt:
    Vb. 'Ik zie dat u slecht te been bent, dat u de krant niet meer goed kan lezen en meer dan vier medicijnen neemt. Dit zijn allemaal risicofactoren die er voor zorgen dat u een hogere kans heeft op vallen. Ziet u het zitten dat we samen op zoek gaan naar aanpassingen die uw kans op vallen verlagen?'
  - Geef adviezen rond de gekozen risicofactoren en vraag patiënt desbetreffende pagina te lezen
  - Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in
  - Spreek een telefonische controle na één maand af en plan een vervolgconsultatie na drie maanden
- (Telefonische) consultatie na 1 maand:
  - Vraag of patiënte de interventies toepast
  - Ga na of de patiënt alles heeft begrepen
  - Indien geen problemen dan controle afspraak na 3 maanden. Bij beperkte therapietrouw, onduidelijkheden, nood aan extra interventies plan dan sneller een vervolgconsult in.

- Consultatie na 3 maand:
    - Bespreek hoe de interventies verlopen zijn, ga therapietrouw na
    - Bekijk of er nog extra interventies moeten gebeuren en toets hierbij motivatie van patiënt af
    - Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in
- Consultatie na 6 maand:
    - Bespreek hoe de interventies verlopen zijn, ga therapietrouw na
    - Bekijk of er nog extra interventies moeten gebeuren en toets hierbij motivatie van patiënt af
    - Vul interventiechecklist achteraan de patiëntenbrochure in

Doorverwijzen naar tweedelijn:

- 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.

Bijlage 1: Algoritmes medicatie *Bron: www.valpreventie.be*

Wanneer de oudere een verhoogd risico op vallen heeft, kan op basis van een evaluatie van de medicatielijst besloten worden om bepaalde geneesmiddelen te stoppen of af te bouwen o.w.v. de valproblematiek. In het geval van psychofarmaca betreft dit dikwijls een complex afbouwproces, waarbij multidisciplinaire betrokkenheid van belang is. Een goed geïnformeerde en gesensibiliseerde patiënt speelt eveneens een cruciale rol. Als praktische ondersteuning voor het rationaliseren en afbouwen/stoppen van psychofarmaca in het kader van valproblematiek heeft het EVV algoritmes uitgewerkt die kunnen worden geraadpleegd op *www.valpreventie.be > aanbod > materialen >algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca ikv valrisico bij oudere.*

Klasse geneesmiddel	**Stofnaam geneesmiddel**
Slaap- en kalmeringsmiddelen (vnl. benzodiazepines en aanverwanten)	Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Clobazam, Clonazepam, Clorazepaat, Clotiazepam, Cloxazolam, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Ethylloflazepaat, Loprazolam, Lorazepam, Lormetazepam, Midazolam, Nitrazepam, Nordazepam, Oxazepam, Prazepam, Triazolam Zolpidem, zopiclone
Antidepressiva (vnl. tricyclische antidepressiva en selectieve serotonine reuptake inhibitors*****)	TCA: amitriptyline, clomipramine, dosulepine, doxepine, imipramine, maprotiline, nortriptyline SSRI: (es)citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline
Antipsychotica (vnl. typische antipsychotica*****)	Levomepromazine, prothipendyl Flupentixol, zuclopenthixol Clotiapine Thioxantheen Bromperidol, droperidol, haloperidol, pipamperon Fluspirileen, pimozide Amisulpride, sulpiride, tiapride
Antidiabetica	Glibenclamide, gliclazide, glimepiride, glipizide, gliquidon Repaglinide Pioglitazon (bij combinatie andere glucoseverlagende middelen) Albiglutide, dulaglutide, exenatide, liraglutide, lixisenatide (bij combinatie andere glucoseverlagende middelen) Alogliptine, linagliptine, saxagliptine, sitagliptine, vildagliptine (bij combinatie andere glucoseverlagende middelen) Canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine (bij combinatie andere glucoseverlagende middelen)

Anti-epileptica	
	Valproaat/valproïnezuur, lamotrigine, levetiracetam, topiramaat, perampanel Carbamazepine, oxcarbazepine, gabapentine, pregabaline, fenobarbital, primidone, fenytoïne, tiagabine, lacosamide, retigabine Ethosuximide, felbamaat, rufinamide, stiripentol, vigabatrine
Antihypertensiva	Alfa-blokkers: Prazosine Centraal werkende antihypertensiva: Clonidine, moxonidine, methyldopa Vasodilatoren: Urapidil Bèta-blokkers: Bisoprolol, atenolol, nebivolol, metoprolol, acebutolol, carvedilol, celiprolol, labetalol, pindolol, propranolol Calciumantagonisten: Amlodipine, felodipine, nifedipine, barnidipine, lercanidipine, isradipine, nisoldipine, nitrendipine Verapamil, diltiazem ACE-inhibitoren: Enalapril, perindopril, captopril, lisinopril, quinapril, cilazapril, ramipril, zofenopril, fosinopril Sartanen: Candesartan, telmisartan, irbesartan, valsartan, olmesartan, losartan, eprosartan Renine-inhibitoren: Aliskiren
Diuretica	Bumetanide, furosemide, torasemide Hydrochlorothiazide, indapamide, chloortalidon, altizide Spironolacton
Digitalisglycosiden	
	Digoxine

	☐ Metildigoxine
Typa IA antiaritmica	☐ Kinidine/quinidine ☐ Dysopiramide

Bijlage 2: Orthostatische hypotensie *Bron: praktijkinstrument valpreventie, Domus Medica*

- ☐ Meet de bloeddruk en pols na een liggende houding van minimaal 5 en liefst 10 minuten , bij voorkeur ’s morgens 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 symptomen
- ☐ Meet de bloeddruk en pols opnieuw na 5 minuten rechtstaan bij een vermoeden van een posturaal orthostatisch tachycardiesyndroom

→ Diagnose:
Orthostatische hypotensie: BD systolisch daalt met $\geq$ 20 mmHg of BD diastolisch daalt met $\geq$ 10 mmHg of BD systolisch daalt tot $\leq$ 90 mmHg
Orthostatisch tachycardiesyndroom: Hartritme stijgt $\geq$ 30 slagen per minuut of hartritme is $\geq$120 slagen per minuut

Bijlage 3: Lineair E-test *Bron: www.meetinstrumentenzorg.nl*

Benodigdheden:
Lineaire E-test afgedrukt op A4-formaat, op niet-gerecycleerd papier en in goede kwaliteit

Procedure:
- ☐ Ga op 5m afstand tegenover de oudere zitten in een goed verlichte ruimt
- ☐ Houd de lineaire E-test op ooghoogte van de oudere
- ☐ Wanneer de oudere normaalgezien een bril draagt, voert hij/zij te test uit met bril
- ☐ De test wordt in eerste instantie met beide ogen tegelijkertijd uitgevoerd; indien nodig kunnen beide ogen vervolgens apart getest worden
- ☐ Wijs de tekens één voor één en lijn per lijn aan. Te beginnen bij de bovenste lijn, en vraag de oudere om teken te doen of te zeggen aan welke kant de beentjes van de E open staan
- ☐ Let er op dat u overige tekens niet afdekt, de hele lijn moet zichtbaar blijven

- Indien de oudere een visus heeft 0,4 of minder is er mogelijks een probleem met het zicht dat tot een val kan leiden

Bijlage 4: FES-I

www.meetinstrumentenzorg.nl > zoekmachine > FES-I

Bijlage 5: Omgeving

Afnemen checklist 'valvrij huis'

www.valpreventie.be > Aanbod > Checklist 'Valvrij huis'

Bijlage 6: MMSE, DOS, GDS *Bron: www.meetinstrumentenzorg.nl*

→ Delirium observatie schaal (DOS)

Een DOS Schaal eindscore < 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk niet delirant is, een DOS Schaal eindscore ≥ 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk wel delirant is

→ Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Antwoordensleutel:

1. nee 2. ja 3. ja 4. ja 5. nee 6. ja 7. nee 8. ja

9. ja 10. ja 11. nee 12. ja 13. nee 14. ja 15. ja

Score:

GDS-15 items (Sheikh en Yevasage 1986): een totaalscore van 6 of meer duidt op een mogelijke depressie. Bij de GDS-15 is een antwoordsleutel gegeven. Antwoorden die overeenkomen met de sleutel worden met een punt gescoord.

0-4 = niet depressief
5-10 = mild depressief
11+ = zeker depressief

→Mini-mental state examination (MMSE)

Score: Een score lager dan 24 (van de 30) wordt doorgaans als afwijkend beschouwd.

Bijlage 6: Informatiewijzers zorgverleners - Kinesitherapeut

Verpleging

Huisarts

SCREENING = 1x/jaar (preventieconsult, gezondheidsgids, …)

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

‘Neen’

Advies gezonde levensstijl

‘JA’

SENSIBILISERING = Uitdelen boekjes - Invullen pagina 6

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

Familie, Buren, Thuishulp,…

Senioren-groepen Gemeente

MULTIFACTORIËLE

EVALUATIE

Inclusie:

65+, thuiswonend met verhoogd valrisico:

- + ≥2x gevallen voorbije jaar
- + Acuut valmoment (± valletsels)
- + Gang- en evenwichtsproblemen (TUGT > 13 sec)

Exclusie:

- < 65 jaar
- RVT, instelling, ziekenhuis
- Immobiel
- Palliatieve patiënt



☐ Ik ben slecht te been



☐ Ik voel mij soms draaierig/ duizelig



☐ Ik neem meer dan 4 medicijnen



☐ Ik neem slaapmedicatie



☐ Ik ben bang om te vallen



☐ De krant lezen of TV kijken is moeilijk voor mij



☐ Ik beweeg minder dan 3 keer per week een half uur



☐ In mijn huis zijn er opstapjes, draden, tapijten en gladde vloeren



☐ Ik draag loszittende schoenen of hoge hakken

MULTIFACTORIËLE

INTERVENTIE

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ TUGT, TCST, (Tinetti)
☐ F-pathologie aanvragen
☐ Opstart oefenprogramma
☐ Loophulpmiddel aanbevolen
☐ Bewegen op Verwijzing, Tai Chi, bewegingsadvies</td>
<td>
</td>
<td>☐ Opstart oefenprogramma
☐ Informatie personenalarm
☐ Informatie rechtkomen na val</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ Tips conservatieve maatregels</td>
<td>
</td>
<td>☐ Wijzen op tips bril gebruik</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ Informatie slaapmedicatie</td>
<td>
</td>
<td>☐ Ouderen en familie attent maken op onveilige situatie en gedragingen</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>☐ Advies veilige schoenen
☐ Attent zijn op voetproblemen en eventueel naar huisarts doorverwijzen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

Valpreventie bij de kinesist

- De huisarts verwijst patiënt naar u door vanwege gang-en evenwichtsproblemen ikv valpreventie
  - Voorschrift huisarts
    - CKO of 60 beurten
  - Voer Timed Up and Go Test en Timed Chair Stand Test uit (bijlage 1 en 2)
  - Voor een uitvoerigere diagnostiek voer de Tinetti test uit (bijlage 3)
  - Vraag F-pathologie aan

- Ga na of een loophulpmiddel van toepassing is bij de patiënt en geeft informatie over juist gebruik

- Tracht de patiënt te mobiliseren. Haal de patiënt letterlijk uit zijn luie zetel.
  - 60 beurten kinesitherapie
  - Oefenprogramma thuis
    - Oefenschema's met tekeningen zijn terug te vinden via het Expertisecentrum val- en fractuurpreventie Vlaanderen *wwww.valpreventie.be > Aanbod > Materialen*
  - Bewegen op Verwijzing

- Geef informatie
  - Belang verzorging voeten en goede schoenen
  - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
  - Hoe rechtkomen na val
  - Invloed valangst
  - Invloed slecht zicht
  - Risico op vallen bij onveilige woonomgeving en gedrag

  → Geen gedetailleerde adviezen, maar patiënt naar informatie in patiëntenboekje verwijzen of naar de andere zorgverleners.
  Als zowel verpleging, ergotherapeut, huisarts en kinesist zeggen dat vb. slaapmedicatie een slechte invloed heeft, dan gaan ze het ooit misschien geloven…

Bijlage 1: Timed Up and Go Test (TUGT)*Bron: www.meetinstrumentenzorg.nl*

Benodigdheden:
Stoel met armleuning en standaardzithoogte (± 50 cm).

Procedure:

- Vraag aan de patiënt om volgende opdracht uit te voeren: rechtstaan van stoel, 3 m afstand wandelen, zich omdraaien, terugwandelen en opnieuw gaan zitten op de stoel.
- De patiënt draagt zijn/haar normaal schoeisel en mag, indien nodig, een hulpmiddel gebruiken; hulp van derden is niet toegestaan; de patiënt mag de test eenmaal op voorhand uitvoeren om ermee vertrouwd te geraken.
- Startpositie: rug tegen leuning, armen op armleuningen en, indien nodig, hulpmiddel in de hand.
- De tijd wordt opgenomen en het gangpatroon wordt geëvalueerd.
- De test is positief indien de oudere 14 seconden of langer doet over de test, of een ongelijkmatig/onevenwichtig gangpatroon vertoont tijdens de test.
- afwijkend gangpatroon: = een ongelijkmatig/onevenwichtig gangpatroon; slentert, schuifelt of sloft; wijkt van de lijn af; onvaste, wankele stappen.
- Bij ouderen die omwille van cognitieve of fysieke redenen de test niet kunnen uitvoeren, wordt de test automatisch als positief beoordeeld.

CAVE: altijd in de onmiddellijke nabijheid van de bewoner blijven!

Bijlage 2: Timed Chair Stand Test *Bron: www.meetinstrumentenzorg.nl*

Benodigdheden:
Stoel, bij voorkeur zonder armleuningen.

Procedure:

- Plaats de stoel met de leuning tegen de muur voor de veiligheid van de bewoner.
- De bewoner zit op de stoel en houdt de armen gekruist voor de borst; indien het een stoel betreft met armleuningen, mag de bewoner deze niet gebruiken.
- Vraag aan de bewoner om volgende opdracht zo snel mogelijk uit te voeren: 5 maal op te staan van de stoel en vervolgens opnieuw te gaan zitten.
- De tijd wordt opgenomen.
- De test is positief indien de bewoner hiervoor 14 seconden of meer nodig heeft of indien hij niet in staat is de test uit te voeren.

CAVE: altijd in de onmiddellijke nabijheid van de bewoner blijven!

Bijlage 3: Tinetti-test *Bron: www.meetinstrumentenzorg.nl*

Inleiding:

De POMA of test van Tinetti bestaat uit een evenwichtsdeel (POMA-Balance (POMA-B)) en een gangevaluatie (POMA-Gait (POMA-G) of POMA-Mobility (POMA-M)). Het evenwichtsdeel evalueert de balans in zit, stand, opstaan, met evenwichtsverstorende prikkels, met gesloten ogen, ronddraaien en gaan zitten. Het mobiliteitsevaluatiedeel geeft een kwalitatief oordeel over het lopen en bevat de punten inzetten van gang, paslengte en pashoogte (rechter en linker voet), de passymmetrie en - continuïteit, afwijkende gang, romp en de voetafstand.

Interpretatie:

Een score lager dan 26 wijst gewoonlijk op een probleem; hoe lager de score, hoe groter het probleem.

Een score lager dan 19 wijst op een vijfvoudig risico op vallen.

Een score van meer dan 24 punten duidt op een laag valrisico een score van 19-24 punten duidt op een verhoogd valrisico een score van minder dan 19 punten duidt op een hoog valrisico.

Bijlage 6: Informatiewijzers zorgverleners - Thuisverpleging

Verpleging

Huisarts

SCREENING = 1x/jaar (preventieconsult, gezondheidsgids, …)

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

‘Neen’

Advies gezonde levensstijl

SENSIBILISERING = Uitdelen boekjes - Invullen pagina 6

“ Ik ben het voorbije jaar 2 of meerdere keren gevallen.
“ Ik had het voorbije jaar een letsel ten gevolge van een val.
“ Ik heb problemen met mijn evenwicht en het stappen.

Familie, Buren, Thuishulp,…

Senioren-groepen Gemeente

‘JA’

MULTIFACTORIËLE

EVALUATIE

Inclusie:

65+, thuiswonend met verhoogd valrisico:

- + ≥2x gevallen voorbije jaar
- + Acuut valmoment (± valletsels)
- + Gang- en evenwichtsproblemen (TUGT > 13 sec)

Exclusie:

- < 65 jaar
- RVT, instelling, ziekenhuis
- Immobiel
- Palliatieve patiënt



MULTIFACTORIËLE

INTERVENTIE

	☐ Bewegen op Verwijzing, Tai Chi, bewegingsadvies		☐ Doorverwijzen oefenprogramma ☐ Informatie personenalarm
	☐ Tips conservatieve maatregelen		☐ Wijzen op tips bril gebruik
	☐ Controle juist gebruik en co-medicatie ☐ Informatie nevenwerkingen en therapietrouw ☐ Informatie slaapmedicatie		☐ Ouderen en familie attent maken op onveilige situatie en gedragingen
	☐ Controle voeten ☐ Advies veilige schoenen		

Valpreventie bij verpleging:

- ☐ Doe 1x per jaar aan screening!
  → Patiënt 65+ mét verhoogd valrisico? Geef brochure mee en laat patiënt 6-8 lezen en invullen + verwijs naar huisarts
- ☐ Medicatie
  - Kritisch bekijken en bevragen
    - Therapietrouw?
    - Medicatiedozen?
    - Co-medicatie?
  - Vraag recente lijst aan huisarts
- ☐ Test orthostatische hypotensie bij duizeligheid na plots rechtkomen of na zware maaltijd *(Bijlage 1)*
- ☐ Test lineaire E-test bij vermoeden afname zicht *(Bijlage 2)*
- ☐ Bij vermoeden valangst → Neem FES-I schaal af *(Bijlage 3)*
- ☐ Bij vermoeden cognitieve problemen → Neem vragenlijst af *(Bijlage 4)*
- ☐ Geef informatie
  - Belang verzorging voeten en goede schoenen
  - Slaapmedicatie kan zorgen voor hoger risico op vallen
  - Hoe rechtkomen na val
  - Invloed valangst
  - Invloed slecht zicht
  - Risico op vallen bij onveilige woonomgeving en gedrag

  → Geen gedetailleerde adviezen, maar patiënt naar informatie in patiëntenboekje verwijzen of naar de andere zorgverleners.
  Als zowel verpleging, ergotherapeut, huisarts en kinesist zeggen dat vb. slaapmedicatie een slechte invloed heeft, dan gaan ze het ooit misschien geloven…

Bijlage 1: Orthostatische hypotensie *Bron: praktijkinstrument valpreventie, Domus Medica*

- Meet de bloeddruk en pols na een liggende houding van minimaal 5 en liefst 10 minuten , bij voorkeur ’s morgens 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 symptomen
- Meet de bloeddruk en pols opnieuw na 5 minuten rechtstaan bij een vermoeden van een posturaal orthostatisch tachycardiesyndroom

→ Diagnose:
Orthostatische hypotensie: BD systolisch daalt met $\geq$ 20 mmHg of BD diastolisch daalt met $\geq$ 10 mmHg of BD systolisch daalt tot $\leq$ 90 mmHg
Orthostatisch tachycardiesyndroom: Hartritme stijgt $\geq$ 30 slagen per minuut of hartritme is $\geq$120 slagen per minuut

Bijlage 2: Lineair E-test *Bron: www.meetinstrumentenzorg.nl*

Benodigdheden:
Lineaire E-test afgedrukt op A4-formaat, op niet-gerecycleerd papier en in goede kwaliteit

Procedure:
- Ga op 5m afstand tegenover de oudere zitten in een goed verlichte ruimt
- Houd de lineaire E-test op ooghoogte van de oudere
- Wanneer de oudere normaalgezien een bril draagt, voert hij/zij te test uit met bril
- De test wordt in eerste instantie met beide ogen tegelijkertijd uitgevoerd; indien nodig kunnen beide ogen vervolgens apart getest worden
- Wijs de tekens één voor één en lijn per lijn aan. Te beginnen bij de bovenste lijn, en vraag de oudere om teken te doen of te zeggen aan welke kant de beentjes van de E open staan
- Let er op dat u overige tekens niet afdekt, de hele lijn moet zichtbaar blijven
- Indien de oudere een visus heeft 0,4 of minder is er mogelijks een probleem met het zicht dat tot een val kan leiden

Bijlage 3: FES-I

www.meetinstrumentenzorg.nl > zoekmachine > FES-I

Bijlage 4: MMSE, DOS, GDS *Bron: www.meetinstrumentenzorg.nl*

→ Delirium observatie schaal (DOS)

Een DOS Schaal eindscore < 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk niet delirant is, een DOS Schaal eindscore ≥ 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk wel delirant is

→ Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Antwoordensleutel:

1. nee 2. ja 3. ja 4. ja 5. nee 6. ja 7. nee 8. ja

9. ja 10. ja 11. nee 12. ja 13. nee 14. ja 15. ja

Score:

GDS-15 items (Sheikh en Yevasage 1986): een totaalscore van 6 of meer duidt op een mogelijke depressie. Bij de GDS-15 is een antwoordsleutel gegeven. Antwoorden die overeenkomen met de sleutel worden met een punt gescoord.

0-4 = niet depressief
5-10 = mild depressief
11+ = zeker depressief

→Mini-mental state examination (MMSE)

Score

Een score lager dan 24 (van de 30) wordt doorgaans als afwijkend beschouwd.

Bijlage 7: Goedkeuring ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP009765
Uw kenmerk: Masterproef studie: 'Valpreventie binnen de eerstelijns gezondheidszorg: een multidisciplinaire aanpak met integratie van ergotherapie
Leuven, 27-05-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Lisa Van Eyck

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 27-05-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed. Hierbij nog een aantal opmerkingen die uitgevoerd moeten worden alvorens te starten met de studie. De informatiebrief en het toestemmingsformulier moeten nog extra nagelezen worden op spellingsfouten. De Commi

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 13-05-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP009765

Your reference: Master's thesis study: 'Valpreventie binnen de eerstelijns gezondheidszorg: een multidisciplinaire aanpak met integratie van ergotherapie
Leuven, 27-05-2019

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Birgitte Schoenmakers
Dear Lisa Van Eyck

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 27-05-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed. Hierbij nog een aantal opmerkingen die uitgevoerd moeten worden alvorens te starten met de studie. De informatiebrief en het toestemmingsformulier moeten nog extra nagelezen worden op spellingsfouten. De Commi

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 13-05-2019 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.