Valkuilen in valpreventie?

Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde 2011-2013

Debaere Bo

Vercruysse Nadjenka

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Co-promotor: Prof. Dr. Koen Milisen

Praktijkopleiders: Dr. Hendrik Vandekerckhove
Dr. Stijn Torbeyns



Inhoudstafel

- **Motivatie** **pag. 3**
- **Literatuurstudie** **pag. 4**
  - **Inleiding** **pag. 4**
  - **DEEL 1: Richtlijnen** **pag. 5**
    1. Methode pag. 5
    2. Resultaten pag. 5
    3. Discussie pag. 11
    4. Conclusie pag. 12
  - **DEEL 2: Implementatie van de richtlijnen** **pag. 13**
    1. Methode pag. 13
    2. Resultaten pag. 13
    3. Discussie pag. 18
    4. Conclusie pag. 19
  - **Referenties** **pag. 20**

- **Praktijkproject-studie** **pag. 22**
  1. Inleiding pag. 22
  2. Methode pag. 22
  3. Resultaten pag. 25
  4. Discussie pag. 32
  5. Conclusie pag. 34
- Abstract thesis pag. 35
- Dankwoord pag. 36
- Bijlagen pag. 37

Motivatie

Op het einde van ons zevende jaar opleiding tot basisarts en tevens ons eerste jaar opleiding tot huisarts kregen we de kans om tijdens een “Atelierweek” nog enkele work shops mee te pikken met verschillende onderwerpen waaruit we er een viertal konden kiezen. Eén van deze work shops behandelde het thema “Valpreventie bij ouderen” en werd gegeven door een huisarts en een kinesitherapeut, die elk hun kant van het multidisciplinaire verhaal toelichtten. Als leidraad werd de website www.valpreventie.be gebruikt en de richtlijnen, mede ontworpen door Prof. Koen Milisen, werden ons stap voor stap uitgelegd.

Als huisartsen komen we allemaal weleens in contact met iemand als mevrouw Janssens. Ze is een fitte en dynamische, alleenwonende dame van 82 jaar. Ze is gekend met hypertensie en diabetes mellitus, waarvoor ze medicamenteus behandeld wordt. Op een middag komt ze dringend op consultatie omdat ze gevallen is. Bij navraag is ze gestruikeld over een losliggend tapijtje in de woonkamer toen ze snel wou rechtkomen uit haar zetel omdat de telefoon rinkelde. Ze had uiteraard geen tijd gehad om haar loopstok te gebruiken. Bij klinisch onderzoek is een abnormale stand van de pols te zien. Radiologisch onderzoek wijst uit dat mevrouw een verplaatste polsfractuur heeft opgelopen. Ze wordt opgenomen in het ziekenhuis en er volgt een wekenlange revalidatie. Een uitzonderlijk geval?

Nu we onze eerste stappen in de wereld van de huisartsengeneeskunde hebben gezet, merken we op dat vallen wel degelijk een frequent probleem is bij de oudere populatie. Deze problematiek heeft veel verschillende oorzaken en bovendien grote gevolgen voor de patiënt, zijn omgeving en de maatschappij. Toch wordt er in de praktijk maar weinig preventief ingegrepen. Juist daarom willen wij ons toespitsen op deze problematiek. We vragen ons af wat de bestaande richtlijnen zijn in verband met valpreventie en hoe ze geïmplementeerd kunnen worden in de huisartsenpraktijk. Ons doel is om aan de hand van wat we terug vinden in de literatuur een eigen aanbeveling te kunnen formuleren voor onze praktijk, die haalbaar en doeltreffend is.

Literatuurstudie

INLEIDING

Vallen bij ouderen is een frequent voorkomend probleem. In Vlaanderen is de prevalentie van vallen bij 65-plussers ongeveer 33%, waarbij een derde hiervan minstens 2 maal per jaar valt (1,2).

Dit probleem heeft vaak belangrijke gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving. Bij ongeveer 10 % van de valincidenten loopt de oudere een letsel op. De helft van deze letsels zijn zodanig ernstig dat bezoek aan de dienst spoedgevallen of zelfs ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn. Een deel van de mensen moet na een val definitief worden opgenomen in een woonzorgcentrum. Uiteraard is dit in de eerste plaats zeer ingrijpend voor de patiënt, maar denken we bij dit alles ook even aan de financiële gevolgen voor de maatschappij. Ouderen die wel thuis kunnen blijven wonen, raken soms sociaal geïsoleerd omdat ze omwille van valangst minder activiteiten durven doen, met verlies aan kwaliteit van leven tot gevolg (1,2,3,4). Vallers hebben bovendien een verhoogde sterftekans, en in het bijzonder ouderen die een heupfractuur oplopen ten gevolge van een val. 25 % van hen zal hieraan overlijden binnen het jaar (1,4).

Studies tonen aan dat aandacht voor valpreventie het aantal valpartijen kan reduceren (3). Het valrisico neemt toe met de leeftijd. Samen met het feit van de 'vergrijzing van de bevolking', kunnen we vermoeden dat het belang van valpreventie alleen nog maar zal toenemen (2,3,4). Daarom leek het ons interessant om dit probleem wat dieper te gaan bestuderen en een poging te doen, in de mate van het mogelijke, hierop in te grijpen.

Er zijn op heden al heel wat richtlijnen geschreven over valpreventie, zowel voor in de ambulante praktijk als voor in ziekenhuizen. Toch merken we dat deze tot op heden nog maar weinig worden toegepast. Het doel van deze literatuurstudie is dan ook tweeërlei. Ten eerste willen we nagaan op welke richtlijn we ons het beste zouden baseren en welke aanbevelingen er hierin worden gedaan. Ten tweede willen we te weten komen wat de beste implementatiestrategieën zijn om deze richtlijn gemakkelijk en op een vol te houden manier toe te passen in de huisartsenpraktijk.

DEEL 1: RICHTLIJNEN

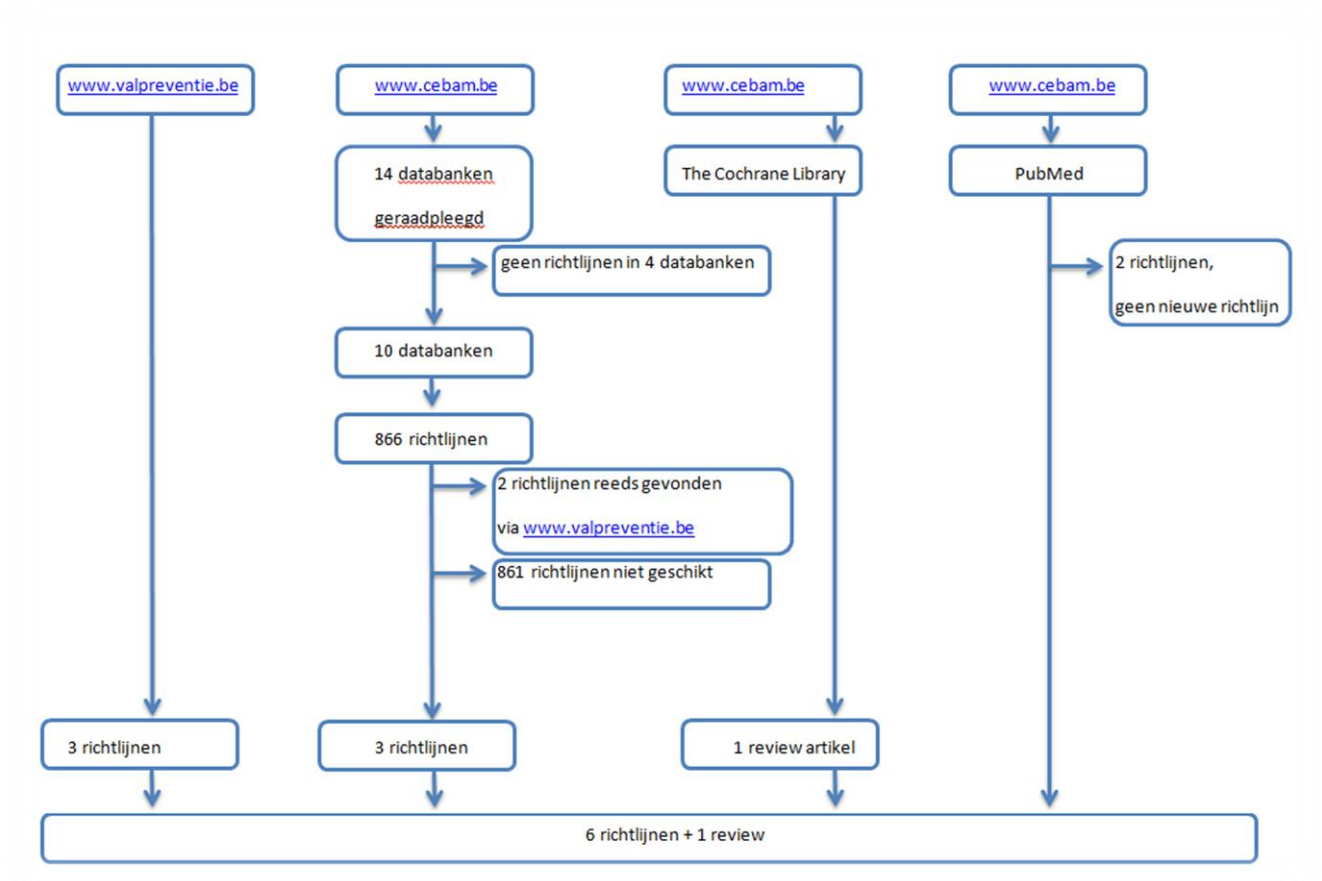
Door Nadjenka Vercruysse

1. Methode

In eerste instantie werd er gezocht op de website van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV), www.valpreventie.be. Er werd gezocht onder het tabblad 'zorg', onder 'informatie voor welzijns- en gezondheidswerkers'.

Daarna werden verschillende databanken, te vinden via www.cebam.be geraadpleegd. Er werd hier gezocht in de databanken van Domus Medica en de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) onder 'aanbevelingen' respectievelijk 'richtlijnen'. In de databank van het Kenniscentrum (KCE) werden volgende zoektermen ingevoerd: 'fall prevention elderly'. De term 'valpreventie' werd ingevoerd op de site van het RIZIV. In de databank van het CBO werd op volgende manier gezocht: richtlijnen – diliguide – professionals – geriatrie. Op de site van de Hoge Gezondheidsraad werden de zoektermen 'fall prevention' ingevoerd.
Op EBMPracticeNet werd gezocht onder EBM Guidelines bij het onderdeel 'Geriatrics'. Op de site van Clinical Knowledge Summaries werd gezocht via de thema's 'Injuries/Preventative medicine'. In de databank Guideline Finder UK werden volgende zoektermen ingevoerd: 'falls prevention elderly'. Als filter werd 'guidelines' geselecteerd onder de topic 'types of information'. Dezelfde zoektermen werden ingevoerd in de databank van National Guideline Clearinghouse alsook op de site van de New Zealand Guidelines Group. In Tripdatabase werden de zoektermen 'falls prevention elderly guideline' gebruikt en werd als filter de topic 'Geriatrics', onder 'further refinements – by clinical area' geselecteerd. Ook de Cochrane Library werd geraadpleegd. De zoektermen 'fall' en 'elderly' werden ingevoerd. Tot slot werd er gezocht op Pubmed met volgende Mesh termen: accidental falls, aged en accident prevention. Als filter werd ingesteld dat enkel guidelines mochten worden weergegeven.

De richtlijnen die op deze manier werden gevonden, werden gelezen op titel en eventueel op abstract. Enkel deze voor thuiswonende ouderen werden weerhouden en grondig doorgenomen.



Figuur 1: Literatuurstudie

2. Resultaten

Door de literatuurstudie werden 868 richtlijnen gevonden, gepubliceerd tussen 2000 en 2012. Hiervan konden 6 bruikbare richtlijnen over valpreventie bij thuiswonende ouderen worden weerhouden. Tevens werd 1 interessant review artikel gevonden.

Op www.valpreventie.be kan de Vlaamse richtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen' (1) worden geraadpleegd via het tabblad 'zorg', onder de link 'valpreventie bij thuiswonende ouderen'. In dit tabblad vindt men tevens de Nederlandse richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' (4) en de NICE richtlijn 'Falls. The assessment and prevention of falls in older people' (5), beide onder de link 'interessante websites'.

In de databank van Domus Medica is de richtlijn 'Preventie van letsels ten gevolge van vallen bij 65-plussers' (2) te vinden. De NHG heeft nog geen praktijkrichtlijn gepubliceerd over preventie van valincidenten. Er werden 63 resultaten bekomen in de databank van het KCE. Op basis van het lezen van de titels, kon geen enkel resultaat worden weerhouden. Op de site van het RIZIV werden 3

resultaten bekomen, die echter niet geschikt bleken om te weerhouden. De Nederlandse richtlijn (4) werd opnieuw gevonden op de site van het CBO op de hoger beschreven manier, evenals op de site van de Hoge Gezondheidsraad na het invoeren van de termen 'fall prevention', samen met 14 andere resultaten. Geen van deze andere resultaten was een richtlijn voor thuiswonende ouderen. De richtlijn 'Falls of the elderly' (6) is te vinden op EBMPracticeNet. De CKS - topic 'falls - risk assessment' is gebaseerd op de NICE richtlijn en werd daarom niet weerhouden. Het invoeren van 'falls prevention elderly' in Guideline Finder UK leverde 676 resultaten op. Op basis van het lezen van de titels wordt als enige interessante richtlijn de NICE richtlijn gevonden. In de databank van National Guideline Clearinghouse worden er 64 richtlijnen gevonden, echter geen met toepassing in de thuissituatie. Op de site van de New Zealand Guidelines Group worden 50 resultaten gevonden na het invoeren van 'falls prevention elderly', geen resultaat is te weerhouden. In Tripdatabase werden werden 113 resultaten bekomen. 82 hiervan zijn richtlijnen. Deze werden gelezen op titel en abstract. Hierna konden er 2 richtlijnen (3,5) worden weerhouden. Eén ervan was reeds via een andere databank gevonden. Wanneer de zoektermen 'fall' en 'elderly' worden ingevoerd in de Cochrane Library, worden er 12 resultaten bekomen, waarvan er 1 interessant blijkt te zijn (7). Tot slot leverde de zoektocht in PubMed 2 resultaten op, 1 ervan is niet relevant, het andere resultaat is de richtlijn van de American en British Geriatrics Society (3).

Alle richtlijnen worden op een gelijkaardige manier opgedeeld. Er is een namelijk een onderdeel over case-finding, evaluatie en beleid (1-6). Enkel in de Vlaamse richtlijn wordt er gesproken over de opvolging na opstarten van een interventie (1).

Casefinding

Wat betreft case-finding zijn de aanbevelingen analoog: patiënten die zich aanbieden na een valincident, moeten uiteraard verder worden geëvalueerd.

Belangrijker is dat er van de hulpverlener uit ook een actieve bevraging naar valincidenten en opmerkzaamheid voor loop- en/of evenwichtsproblemen bij onze oudere patiënten worden aanbevolen. Als op deze manier risicopatiënten worden ontdekt, moeten we hen eveneens onderwerpen aan een multifactoriële evaluatie (1-6). Minstens jaarlijks zouden ouderen hierover aangesproken moeten worden door de huisarts (3).

Evaluatie

De evaluatie bestaat uit een valanamnese met het opsporen van specifieke risicofactoren en een klinisch onderzoek.

De risicofactoren die worden vermeld in de verschillende richtlijnen komen grotendeels overeen.

Belangrijk zijn problemen bij mobiliteit en evenwicht, het gebruik van vier of meer verschillende soorten medicatie en het bestaan van cardiovasculaire problemen, met in het bijzonder het voorkomen van orthostatische hypotensie. Ook de aanwezigheid van visusstoornissen, problemen aan de voeten of het dragen van onaangepast schoeisel, onveilig gedrag en gevaren in de woning en ten slotte het bestaan van valangst bij de patiënt moet worden opgespoord. Deze zeven risicofactoren werden geselecteerd en opgenomen in de steekkaart van de Vlaamse Richtlijn Valpreventie voor thuiswonende ouderen (1).

Andere risicofactoren die worden vermeld in de overige richtlijnen zijn cognitieve achteruitgang (2), voorgeschiedenis van CVA (4), ziekte van Parkinson (4), depressie (4), urine-incontinentie (3,4), problemen bij het uitoefenen van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) (2,3,4), gewrichtsaandoeningen (4), vrouwelijk geslacht (4) en overmatige consumptie van alcohol (6). Studies bij ouderen toonden echter al uiteenlopende resultaten aan wat betreft de relatie tussen alcoholgebruik en valrisico. De studie van Mukamal et al. toont een verhoogde kans op valpartijen bij ouderen bij consumptie van minstens 14 eenheden alcohol per week (8). In een studie waarbij de alcoholspiegel in het bloed wordt bepaald bij ouderen die omwille van een val terechtkomen op spoedgevallen, kan een correlatie worden aangetoond tussen alcoholgebruik en valincidenten, echter geen causaal verband (9). In een studie naar risicofactoren voor vallen bij 85 plussers, komt consumptie van minstens 1 eenheid alcohol per dag naar voren als significante risicofactor (10).

De uitgebreidheid van het klinisch onderzoek is eveneens slechts in geringe mate verschillend.

Wat betreft de evaluatie van loop- en/of evenwichtsproblemen, worden volgende testen aanbevolen in de Vlaamse Richtlijn: voor de evaluatie van het evenwicht kan gekozen worden tussen de Four Test Balance Scale of de Functional Reach test. Om spierkracht te evalueren wordt de Timed Chair Stand Test of, indien niet mogelijk, de maximale handknijpkracht voorgesteld. De mobiliteit kan worden nagegaan met de Timed Up & Go Test.

Bijkomend onderzoek wordt aanbevolen in functie van de bevindingen bij anamnese en klinisch onderzoek (1).

Interventie

Vaak gaat het om een samenspel van risicofactoren. Interventies moeten daarom multifactorieel zijn en gericht op de risicofactoren van de individuele patiënt. In vergelijking met de Vlaamse richtlijn, wordt er in andere richtlijnen misschien nog meer nadruk gelegd op educatie (4).

Follow-up

Er worden in tegenstelling tot de Vlaamse richtlijn, in de andere richtlijnen geen aanbevelingen gedaan over wanneer en hoe patiënten moeten worden opgevolgd na het opstarten van de interventie.

Artikel	Land	Doelgroep	Inhoud	Praktische samenvat-ting?	Bijkomende informatie
Vlaamse Richtlijn Milisen K. et al. (2010)	België	Thuiswonende ouderen (≥65 jaar).	- Casefinding. - Multifactoriële evaluatie van 7 geselecteerde risicofactoren bij ouderen met verhoogd valrisico. - Gerichte multifactoriële interventie en follow-up.	Steekkaart	- Algemene gezondheidspromotie met focus op valpreventie. - Fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen met verhoogd valrisico. - Motivatie van ouderen.
Domus medica Wertelaers A. et al. (2001)	België	- Ouderen die consulteren na een valincident. - Iedere oudere die behoort tot de 'kwetsbare groep ouderen'.	- Casefinding. - Multifactoriële evaluatie van 7 intrinsieke risicofactoren, bijkomende aandacht voor extrinsieke risicofactoren. - Gerichte interventie.	Stroom-diagram	Nee
AGS/BGS Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons Drootin M. et al. (2010)	USA/ Groot-Brittanië	Thuiswonende ouderen (≥65 jaar).	- Casefinding. - Evaluatie via anamnese en klinisch onderzoek en beoordeling van 10 mogelijke risicofactoren. - Gerichte interventie. - Nadruk op educatie.	algoritme	Nee
CBO richtlijn Verhaar H. J. J. et al. (2004)	Nederland	Alle ouderen (thuiswonend, in verpleeg- en verzorgingshuizen, in ziekenhuizen).	- Casefinding voor verhoogd valrisico samen met opsporen van verhoogd fractuurrisico. - Bespreking van 7 risicofactoren in kader van multifactoriële interventie.	Samenvat-tingskaart	-Bespreking van 18 risicofactoren voor vallen. - Bespreking van risicofactoren van vallen met gevolgen. - Organisatie van valpreventie. - Samenvattingskaart.
NICE guideline Feder G. et	Groot-Brittanië	Alle ouderen ≥ 60 jaar (thuiswonend,	- Casefinding. - Evaluatie van 9 risicofactoren.	algoritme	Implementatie.

al.(2004)		in verpleeg- en verzorgingshuizen, in ziekenhuizen).	- Geïndividualiseerde multifactoriële interventie met nadruk op 4 risicofactoren, andere interventies in functie van overige aanwezige risicofactoren. - Nadruk op educatie.		
EBM Guideline Salonoja M. (2010)	België	Niet duidelijk gedefinieerd. Bepaalde risicogroepen worden vermeld.	- Evaluatie van interne en externe risicofactoren. - Opstellen van individueel zorgplan.	Nee	Nee
Cochrane Collaboration Gillespie L. et al. (2010)	Nieuw Zeeland	Thuiswonende ouderen (≥65 jaar).	- Beoordeling van effect van bepaalde interventies voor het verminderen van het valrisico.	Nee	Nee

Tabel 1: Resultaten literatuurstudie

3. Discussie

De literatuurzoektocht was uitgebreid, maar vele databanken die werden geraadpleegd, zijn niet praktisch. Bij het invoeren van de zoektermen kwam er vaak een groot aantal resultaten, die echter helemaal niets met het onderwerp te maken hebben. Dit ligt onder andere aan de keuze van de zoektermen. Bij het invoeren van 'prevention' als één van de zoektermen bijvoorbeeld, kwamen alle mogelijke richtlijnen hieromtrent, en dus niet alleen in verband met preventie van vallen. Het is ook niet in elke databank mogelijk om zoekfilters in te stellen.

Een opvallende uitzondering is de Tripdatabase. Hier kunnen wel gericht filters worden geselecteerd en worden alle bestaande richtlijnen in verband met valpreventie op een systematische manier weergegeven. Het was beter geweest de zoektocht van hieruit te starten.

Er werden tijdens de zoektocht ook vele richtlijnen gevonden met als doelpopulatie patiënten in woonzorgcentra en richtlijnen voor patiënten, opgenomen in het ziekenhuis of op spoedgevallen. Deze werden niet weerhouden.

Er zijn al veel artikels gepubliceerd over verschillende mogelijke interventies ter preventie van valincidenten, maar het aantal richtlijnen voor thuiswonende ouderen is eerder beperkt. Deze richtlijnen stemmen wat betreft de inhoud wel in grote mate overeen. Er wordt namelijk steeds aanbevolen om hoog-risicopatiënten voor vallen op te sporen, deze mensen te screenen op de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren en op basis hiervan een aangepast beleid op te stellen (1-6). Omdat het valrisico meestal bepaald wordt door een samenspel van risicofactoren, zal dit beleid dikwijls bestaan uit meerdere, gerichte interventies.

Gezien de overeenkomst in de verschillende richtlijnen en het gebruiksgemak van de Vlaamse Richtlijn van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV), werd deze gebruikt als basis voor ons eigen project (4). De risicofactoren die hier worden weerhouden zijn mobiliteit/evenwicht/spierkracht, medicatie, orthostatische hypotensie, visus, voeten en schoeisel, omgeving en gedrag en valangst. Zoals één van de praktijkopleiders terecht opmerkte, is overmatige alcoholconsumptie vermoedelijk ook een belangrijke risicofactor. Overmatig alcoholgebruik als risicofactor wordt expliciet vermeld in één van de richtlijnen (6) en dit werd dan ook door ons extra nagevraagd.

4. Conclusie

De gepubliceerde richtlijnen in verband met valpreventie bij thuiswonende ouderen overlappen qua inhoud in grote mate met elkaar. De Vlaamse richtlijn blijkt zeer volledig en gebruiksvriendelijk te zijn, en werd dan ook als basis gebruikt voor het pilootproject. Als enige extra aandachtspunt zouden we de consumptie van alcohol navragen.

Net als in alle andere richtlijnen wordt er gepleit voor een multifactoriële evaluatie van aanwezige risicofactoren gevolgd door een multifactoriële interventie, afgesteld op de aanwezige risicofactoren van de individuele hoog-risicopatiënt.

DEEL 2: IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJNEN

Door Bo Debaere

1. Methode

Er werd in de literatuur gezocht naar implementatie van de richtlijnen via twee databases. Er werd gekozen voor Trip Database en Medline (pubmed). Op Trip database werd gezocht met de zoektermen “feasibility” en “fall” als titelwoorden. Bij een tweede zoektocht gebruikten we deze zoektermen als losse woorden. Een derde zoektocht op Trip Database gebeurde met de zoektermen “implementation”, “fall” en “prevention” (als losse woorden). Tijdens een zoekactie via Medline (Pubmed) werden volgende MeSH-termen gebruikt: “accidental falls” en “feasibility studies”. Bij een tweede zoekactie via Medline werden losse zoektermen gebruikt: “implementation”, “fall”, “prevention” en “guidelines”.

De gevonden artikels werden eerst beoordeeld op basis van hun titel en abstract. Als artikels leken te gaan over de implementatie van richtlijnen of wanneer valpreventie (of preventie in het algemeen) vernoemd werd, konden de gevonden artikels geïncludeerd worden. Als artikels niet over de toepassing in de eerste lijn gingen, werden ze geëxcludeerd.

2. Resultaten

Op Trip Database werd met zoektermen als titelwoorden geen enkel artikel gevonden. Bij de tweede zoektocht (zoekterm als losse woorden) werden 19 artikels gevonden. Na het lezen van de titels en abstracts, bleek geen enkele van deze geschikt voor onze literatuurstudie. Met de derde zoektocht werden 10 resultaten gevonden. Slechts 1 artikel voldeed aan de vooraf bepaalde in- en exclusiecriteria. Van dit artikel kon weliswaar geen full tekst gevonden worden.

De zoektocht via Medline (Pubmed) aan de hand van de hoger beschreven MeSh-termen leverde 68 artikels op. Na het lezen van de titels en abstracts werden 9 artikels weerhouden. Hier werd opnieuw rekening gehouden met de hoger beschreven in- en exclusiecriteraie. Na het doorlezen van de artikels bleken er 7 geschikt te zijn voor onze literatuurstudie. Bij de tweede zoektocht via Medline (met de losse zoektermen) werden 16 artikels gevonden. Op basis van titel en abstract werden 5 artikels weerhouden. Van deze 5 artikels bleken er van 2 geen full tekst beschikbaar te zijn. Van de overige 3 artikels werden er 2 niet behouden na het doorlezen van de volledige tekst, gezien deze artikels niet over het beoogde onderwerp handelden. Uiteindelijk werd via deze tweede zoektocht op Medline dus 1 artikel weerhouden.

Naast de bovenstaande zoekacties werden via de sneeuwbal methode nog eens 4 artikels gevonden. Deze werden teruggevonden via de referentielijsten van bovenstaande artikels ofwel via linken op Medline/Pubmed. Deze artikels werden geïncludeerd op basis van de aanwezigheid van één of meerdere zoektermen in hun titel en hun abstract. Een collega bracht ook een artikel aan dat voldeed aan de criteria. Dit laatste artikel werd zo ook geïncludeerd in de literatuurstudie.

Uiteindelijk worden er zo in totaal 13 artikels weerhouden om te gebruiken in dit literatuuronderzoek (tabel 2) (fig 2).

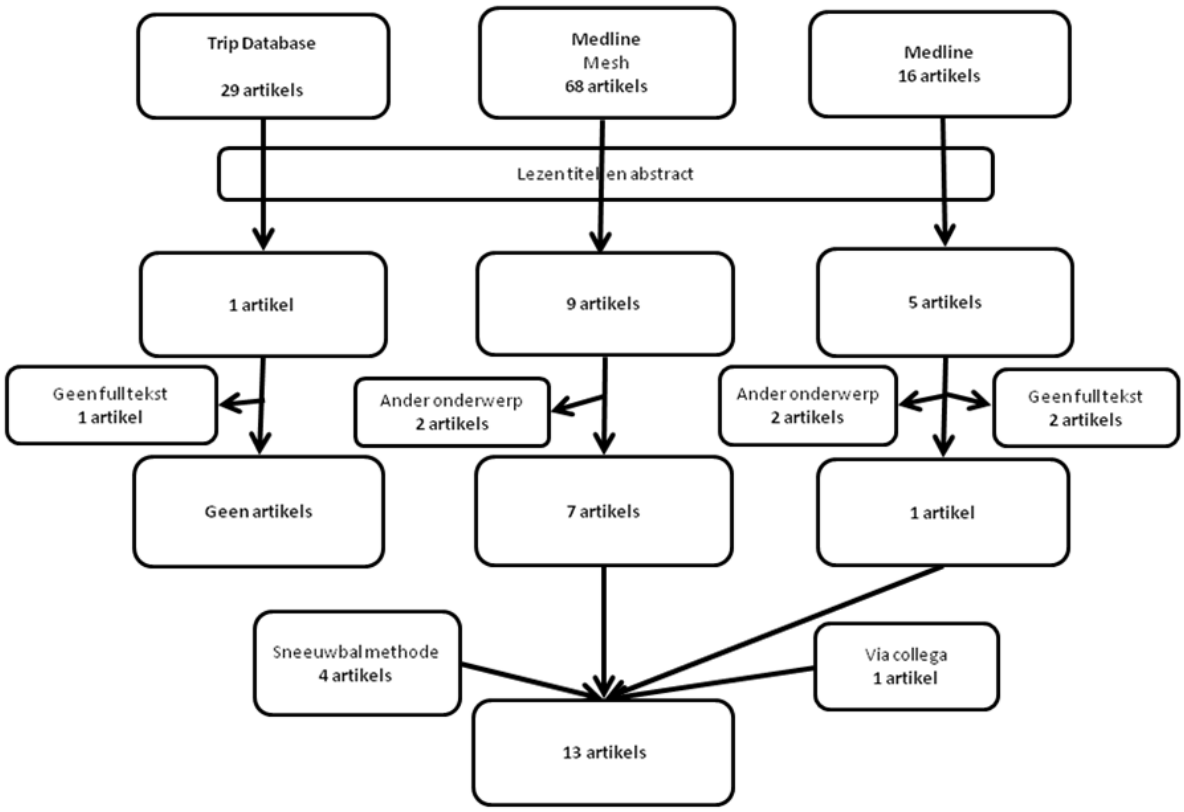


Fig 2: Literatuurstudie.

De weerhouden artikels zijn afkomstig uit verschillende landen en werelddelen. Van Europa (Nederland, België, Duitsland en Groot-Brittanië), Australië tot Canada en de VSA. De meeste van deze artikels zijn na 2007 geschreven, op twee artikels na. De soorten artikels zijn eveneens van verschillende orde. Zo zitten er algemene, beschrijvende artikels in over de theorie van implementatie, als pilootprojecten, maar ook een RCT en een systematic review (tabel 2).

Artikel	Land	Jaar	Setting	Implementatiestrategie	Besluit
Goodwin V. et al	Groot-Brittannië	2011	Systematic review	(vooral) training bevoegden + communicatie	Afwisselende resultaten
Hendriks M.R.C. et al	Nederland	2008	RCT met 12 maand opvolging	Samenwerking geriater en huisarts	Geen significant verschil op effect op vallen en op dagelijks functioneren na 12 maand opvolging
Rashidian A. et al	Groot-Brittannië	2008	Interview van huisartsen	Aandacht vestigen op probleem	Huisartsen zijn kritisch
Filiatrault J. et al	Canada	2007	Effectiviteits studie van nieuwe richtlijn	Opleiding instructeurs – getrainde assistenten controle – interview	Goed resultaat rekrutering + goede compliantie
Grol R. et al	Nederland	2000	Samenvatting onderzoeken ivm implementatie	Implementatie model	Belang kwaliteitsmanagement
Ory M.G. et al	USA	2010	Implementeren van bestaande richtlijn	Training vrijwilligers in bestaande centra – reclame in doelgroep	3092 ouderen werden bereikt (98 trainers, 227 lesgroepen)
Milisen K. et al	België	2009	Implementeren van bestaande richtlijn	2u training sessie – enquête achteraf	Belang communicatie en multidisciplinaire samenwerking
Clemson L. et al	Australië	2009	Piloot project met 6 maand opvolging	Oproepingsbrieven naar doelgroep – samenwerking geriater/fysiotherapeut	Significante daling in vallen / geen verschil op algemene gezondheid
Williams S.B. et al	Australië	2010	Piloot project	Via ziekenhuizen – kandidaten opgebeld – fysiotherapeuten getraind	Verbetering door oefenprogramma
Hinrichs T. et al	Duitsland	2009	Single arm interventional trial	Samenwerking huisarts en kinesitherapeuten – interview huisartsen	(nog niets: geplande studie)
Grol R.	Nederland	1997	Algemene uitleg over implementatie	Personal paper: Implementatie model	Menselijk gedrag niet altijd voorspelbaar
Hendriks M.R.C. et al	Nederland	2008	Pilootstudie van aangepaste Britse richtlijn	Herschrijven protocol, discussiegroep experts, samenwerking geriater en huisarts	Goed toepasbaar en bruikbaar: RCT mag volgen
Bleijlevens M.HC. et al	Nederland	2008	Proces evaluatie van de richtlijn	Enquêtes, interviews en groepsdiscussies	Toepasbaar voor zowel artsen als patiënten

Tabel 2: Resultaat literatuurstudie.

Er zijn verschillende methodes om gewaarwording over de richtlijnen valpreventie bij de doelgroep patiënten te krijgen. De huisartsen of vrijwilligers uit de risicogroep kunnen de hoogrisico patiënten bereiken, of er kan ook beroep gedaan worden op algemene gezondheidscampagnes om de

boodschap over te brengen. Deze drie mogelijkheden werden vergeleken en het blijkt dat er meer en langduriger effect wordt bekomen wanneer de huisartsen getraind worden om de risicopatiënten eruit te pikken en bij deze groep de richtlijnen gaan toepassen (11). Tot één jaar na de training blijven de huisartsen hun kennis toepassen en blijven ze alert voor het probleem van vallen en de preventie hier rond. Terwijl bij de groep vrijwilligers die getraind werd in het herkennen van de risicogroep en het toepassen van de plaatselijke richtlijn, meestal gaat dit om oefentherapie, men een duidelijk positief effect blijft zien tot drie maand na de training: ze behouden hun kennis rond valpreventie en brengen dit over naar de andere risicopatiënten. Doch deze invloed verdwijnt geheel na een jaar. Hetzelfde geldt voor de gezondheidscampagnes. Men ziet bij zo'n campagnes een tijdelijk positief effect over de kennis van valpreventie, maar er zijn evenveel ouderen die vallen en evenveel hospitalisaties ten gevolge van het vallen tijdens de opvolgingsperiode (11). Huisartsen zijn dus goed geplaatst om de richtlijnen rond valpreventie toe te passen (11,12). Nochtans zijn huisartsen over het algemeen kritisch ten opzichte van het ontwikkelen van richtlijnen, hun relevantie en hun implementatie (13,14). Een richtlijn mag dan ook niet gezien worden als een magische oplossing voor alle problemen. Het moet concreet, eenvoudig en duidelijk zijn en toch flexibel om aan te passen aan de arts en de patiënt (15). Het kan een soort handleiding vormen, die makkelijk over te nemen is door anderen, mits voldoende training (16).

Waar alle artikels naar zoeken zijn de mogelijke barrières om richtlijnen te implementeren en de mogelijke factoren om de implementatie te vergemakkelijken (tabel 3). Frequent wordt te kort aan tijd genoemd, samen met een te kort aan samenwerking en communicatie tussen de verschillende (para-)medici als ernstige barrières (11,12,13,17,18,19,20). Tips om de richtlijnen makkelijk toe te passen zijn vooral het gemak om de richtlijnen over te nemen en artsen of andere gezondheidsmedewerkers makkelijk te trainen in het onderwerp, het opvolgen van de risicogroep door middel van huisbezoeken en de grootte van de organisatie die zijn schouders onder dit alles zet, kan ook een belangrijke rol spelen (11,14,16,19,20).

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 Zonder adequate compensatie	Grootte van organisatie 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).

Wanneer een concreet voorstel voor veranderingen in de huisartsenpraktijk wordt opgemaakt, moeten daarbij onmiddellijk de mogelijke barrières geïdentificeerd worden. Aan deze barrières kunnen reeds interventies gekoppeld worden om deze aan te pakken. Met dit alles samen kan dan een duidelijk implementatieplan ontwikkeld worden. Het implementatieproces wordt daarna best tijdens de volledige periode op geregelde tijdstippen geëvalueerd om mogelijke nieuwe barrières direct aan te pakken (15,21).

De motivatie van de patiënt en zijn omgeving is een belangrijke barrière bij het toepassen van de richtlijn valpreventie (16,18,19). Het spreekt dan ook voor zich dat de patiënten uit de doelgroep goede informatie moeten krijgen rond valpreventie. Eén van de eerste zaken die moet duidelijk gemaakt worden aan de patiënten is dat vallen een te voorkomen probleem is. Wanneer de doelgroep patiënten dit begrijpen, zal de motivatie om mee te werken aan de preventie al een stuk hoger liggen (16,19). De motivatie van de patiënt zal ook doorheen de tijd moeten hoog gehouden worden. Hier komt de huisarts terug in beeld. Deze kan via huisbezoeken en positieve feedback de motivatie hoog houden, sommige patiënten en artsen verkiezen telefonische opvolging en dit geeft vergelijkbare resultaten (19). De doelgroep bereiken wordt ook vermeldt als een barrière in tabel 3. Hier is de huisarts perfect geplaatst. De hoogrisico patiënten verblijven meestal thuis en hebben weinig sociale contacten, de huisarts gaat wel langs en kan het valrisico van de patiënt correct

inschatten (20,22). Als we willen dat de positieve effecten direct zichtbaar zijn, zoals in bovenstaande tabel wordt aangehaald bij de factoren om de implementatie te vergemakkelijken, dan moeten we eigenlijk enkel de hoogrisicopatiënten eruit halen. Bij hen zal het effect sneller duidelijk zijn dan bij een groep met een gemiddeld valrisico (23). Wanneer de effecten snel duidelijk zijn, zal de huisarts ook gemotiveerd blijven de richtlijn toe te passen. De meest aangehaalde barrières doorheen alle artikels zijn tijd, werkdruk en kostprijs (12,13,16,17,18,19,20). De richtlijnen moeten daarom makkelijk toe te passen zijn in het dagelijkse leven van de patiënten. Want zo kunnen patiënten gebrek aan tijd al niet aanbrengen als tegenargument (18). Een thuisgerichte aanpak van het probleem houdt de kostprijs laag voor de patiënt en betekent ook een persoonlijke aanpak (20). Om de werkdruk bij de huisarts te verminderen is er nood aan multidisciplinaire samenwerking, zo kunnen de taken verdeeld worden en tijd gewonnen worden (17).

De meeste artikels besluiten dat een goede compliantie mogelijk is en dat de bestaande richtlijnen makkelijk toepasbaar zijn voor zowel de arts als de patiënt. Maar als we de RCT, van Hendriks M.RC. (22), wat meer in detail bekijken merken we op dat het besluit niet overeen stemt met de andere artikels die we weerhielden. Hier werd geconcludeerd dat het implementeren van de richtlijn niet aangeraden werd in de Nederlandse praktijken. Hun besluit is dat er een grote discrepantie was tussen de ideale, experimentele, versie van de richtlijn en de implementatie van diezelfde richtlijn in de praktijk. Er werd geen positief effect gevonden na het toepassen van de richtlijn, noch op het dagelijks functioneren van de doelgroep, noch op het verhinderen van valpartijen.

3. **Discussie**

De literatuurzoektocht is vrij beperkt gebleven. Zo werden slechts twee databases aangesproken. Er zijn heel wat meer artikels te vinden over de implementatie van richtlijnen, maar velen daarvan beschrijven vooral toepassingen in tweede lijn. Deze hebben we eruit gefilterd om de toepasbaarheid in onze praktijk te bekijken. Door het verwijderen van de studies uit tweede lijn zijn we wat beperkter in onze kennis over implementatiestrategieën. Wat direct opvalt is dat er maar één RCT terug te vinden was. Dit wil zeggen dat er zeker nog ruimte is naar verdere onderzoeken, want er is nog weinig concreet gekend over de implementatie van deze richtlijnen.

De studies en/of artikels die we weerhouden hebben geven verschillende resultaten mee. Zo toont één studie aan dat er een significante daling was in het aantal valpartijen terwijl een andere studie geen significante daling aantoont en ook geen invloed kan aantonen op het dagelijks functioneren van de doelgroeppatiënten. Het verschil in resultaten kan aan verschillende factoren worden toegeschreven. De studies zijn in verschillende landen gehouden, waar cultuurverschillen misschien een rol kunnen in spelen. Daarnaast gaat het ook over verschillende soorten studies. Zo kunnen we

moeilijk een RCT vergelijken met een pilootproject. Tevens zijn de meeste studies beperkt in aantal deelnemers en in de tijd.

4. Conclusie

De resultaten van de studies liggen niet altijd in dezelfde lijn. Er is dus nog nood aan verdere studies om de implementatie en de gevolgen van het toepassen van de richtlijnen in de praktijk te onderzoeken. Wel is duidelijk dat de huisartsen goed geplaatst zijn om de risicogroep van patiënten te bereiken en de richtlijn valpreventie bij hen toe te passen.

REFERENTIES

1) Milisen K, Coussement J, Vlaeyen E, Bautmans I, Bertrand I, Boonen S et al. (2010). Valpreventie bij thuiswonende ouderen. Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Geraadpleegd via http://www.valpreventie.be/Zorg/ValpreventiebijthuiswonendeouderenPraktijkrichtlijn.aspx
2) Wertelaers A, Govaerts F. Preventie van letsels ten gevolge van vallen bij 65-plussers. Huisarts Nu 2001, 30(10): 434 – 452.
3) American Geriatrics Society, British Geriatrics Society & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older people. Journal of the American Geriatric Society 2001, 49: 664-672.
4) Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (2004). Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen. Geraadpleegd via www.cbo.nl.
5) National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). Clinical Guideline 21, Falls: the assessment and prevention of falls in older people. Geraadpleegd via http://www.nice.org.uk/CG021NICEguideline.
6) EBM Guideline (2010). Falls of the elderly. Geraadpleegd via http://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Default.aspx?ebmid=ebm00478&sn=9b064416-af2a-40f8-b5a5-6353d83fb952/31678a2e-6f09-46b8-9492-107efb48b57a.
7) Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD007146.
8) Mukamal K, Mittleman M, Longstreth W, Newman A, Fried L, Siscovick D. Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross-sectional and longitudinal analyses of the cardiovascular health study. J Am Geriatr Soc 2004, 52: 1174 – 1179.
9) Kurzthaler I, Wambacher M, Golser K, Sperner G, Sperner-Unterweger B, Haidekker A et al. Alcohol and benzodiazepines in falls: an apidemiological view. Drug and alcohol dependence 2005, 79: 225 – 230.
10) Grundstrom A, Guse C, Layde P. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. Archives of gerontology and geriatrics 2012, 54: 421 – 428.
11) Goodwin V, Jones-Hughes T, Thompson-Coon J, Boddy K and Stein K: Implementing the evidence for preventing falls among community-dwelling older people: a systematic review. Journal of safety Research 2001;42:443-451.

12) Hendriks MRC, Bleijlevens MHC, van Haastregt JCM, de Bruijn FH, Diederiks JPM, Mulder WJ, et al: A multidisciplinary fall prevention program for elderly persons: a feasibility study. Geriatric nursing 2008;29(3):186-196.
13) Rashidian A, Eccles MP and Russel I: Faling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. Health policy 2008;85:148-161.
14) Filiatrault J, Parisien M, Laforest S, Genest C, Gauvin L, Fournier M, et al: Implementing a community-based falls-prevention program: from drawing board to reality. Canadian journal on aging 2007;26(3):213-226.
15) Grol R and Jones R: Twenty years of implementation research. Family practice 2000;17:S32-35.
16) Ory MG, Smith ML, Wade A, Mounce C, Wilson A and Parrish R: Implementing and disseminating an evidence-based program to prevent falls in older adults, Texas, 2007-2009. Preventing chronic disease 2010;7(6):A310.
17) Milisen K, Geeraerts A and Dejaeger E: Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. Gerontology 2009;55:169-178.
18) Clemson L, Singh MF, Bundy A, Gumming RG, Weissel E, Manollaras K and Black D: LiFE pilot study: A randomised trial of balance and strength training embedded in daily life activity to reduce falls in older adults. Australian occupational therapy journal 2010;57:42-50.
19) Williams SB, Brand CA, Hill KD, Hunt SB, Lang DM and Moran H: Feasibility and outcomes of a home-based exercise program on improving balance and gait stability in women with lower-limb osteoarthritis or rheumatoid arthritis: a pilot study. Arch Phys Med Rehabil 2010;91:106-114.
20) Hinrichs T, Bucchi C, Brach M, Wilm S, Endres HG, Burghaus I et al: Feasibility of a multidimensional home-based exercise programme for the elderly with structured support given by the general parctitioner's surgery: study protocol of a single arm trial preparing an RCT. Geriatrics 2009;9:37-50.
21) Grol R: Beliefs and evidence in changing clinical practice. BMJ 1997;315:418-421.
22) Hendriks MRC, Bleijlevens MHC, van Haastregt JCM, Crebolder HFJM, Diederiks JPM, Evers SAAM, et al: Lack of effectiviness of a multidisciplinary fall-prevention program in elderly people at risk: a randomized, controlled trial. The American geriatrics society 2008;56(8):1390-1397.
23) Bleijlevens MHC, Hendriks MRC, van Haastregt JCM, van Rossum E, Kempen GIJM, Diederiks JPM, et al: Process factors explaining the ineffectiveness of a multidisciplinary fall prevention programme: a process evaluation. Public health 2088;8:332-3342.

Pilootproject

Door Bo Debaere & Nadjenka Vercruysse

1. Inleiding

Uit de literatuurstudie blijkt dat vallen een frequent en te voorkomen probleem is dat in de toekomst mogelijks nog aan belang zal toenemen (1,2,4). Na vergelijking met andere bestaande richtlijnen blijkt dat de Vlaamse Richtlijn Valpreventie zeer volledig en correct is. Uit de literatuur is duidelijk gebleken dat huisartsen het meest geschikt zijn als centrale figuur bij de implementatie van de richtlijn valpreventie. Een goede opleiding van de huisarts zorgt ervoor dat hij de richtlijn correct kan blijven toepassen en gevoelig blijft voor het opmerken van hoogrisico patiënten (11,16). Deze patiënten worden gescreend op de aanwezigheid van de zeven risicofactoren, die weerhouden werden in de Vlaamse Richtlijn (4). Om de implementatie van de richtlijn kosteneffectief te laten zijn, moet de werkdruk laag gehouden worden. Om de huisarts te ontlasten 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 (16,17). De werkfiches die zijn toegevoegd, vormen een soort handleiding en vereenvoudigen de toepassing van de richtlijn tijdens de consultatie (4). Om de patiënt tegemoet te komen, is een persoonlijke aanpak, afgesteld op de aanwezige risicofactoren, in de thuissituatie nodig. Het is de bedoeling interventies zo goed als mogelijk in te plannen in het dagelijkse leven van de doelgroep (18,20). Eén van de belangrijkste barrières bij het implementeren van de richtlijn valpreventie in de praktijk is het gebrek aan motivatie bij de patiënt. We willen dan ook als eerste stap de motivatie van de ambulante 65-plussers in onze praktijk nakijken. Daarnaast willen we ook nagaan of de implementatie van die richtlijn haalbaar is voor de huisartsen in de praktijk. Ten slotte willen we weten of de interventies die we hebben voorgesteld aan de patiënt op basis van de multifactoriële evaluatie, hebben bijgedragen aan minder valincidenten in vergelijking met de periode voor de interventie. Met andere woorden: is de Vlaamse praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen implementeerbaar in de huisartsenpraktijk en kunnen we door het toepassen van deze richtlijn het aantal valpartijen reduceren?

2. Methode

POPULATIE

De doelgroeppatiënten zijn de ambulante 65-plussers, die langskomen op consultatie in de huisartsenpraktijk.

De artsen die meewerken aan deze studie werken samen in een groepspraktijk in Harelbeke. Dit team bestaat uit 2 Haio's (huisartsen in opleiding), 2 PO's (praktijk-opleiders) en een derde huisarts.

OUTCOME

We willen met dit pilootproject verschillende doelstellingen onderzoeken. Ten eerste willen we bij de ambulante 65-plussers nagaan hoeveel van hen het probleem rond vallen aankaarten bij hun huisarts als we in de wachtzaal een poster, informatiebrochures en vragenlijsten aanbieden. Ten tweede willen we weten hoeveel van deze patiënten behoren tot de hoogrisico groep voor vallen. Ten derde willen we de implementatie van de Vlaamse richtlijn valpreventie door de huisartsen bekijken. Ten laatste willen we zien wat de patiënten met de voorstellen van de huisarts heeft gedaan en of onze voorstellen hebben bijgedragen aan minder valincidenten in vergelijking met de periode voor de interventie.

INTERVENTIE

Voorbereidingen

Er werd een opleiding voorzien voor het team van artsen. Hier werd de Vlaamse richtlijn voor valpreventie (van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, EVV) doorgenomen en werd de nadruk gelegd op de screening van hoogrisico patiënten en de toepassing van de aangepaste steekkaarten (bijlage 3). Rond diezelfde periode contacteerden we het EVV en het plaatselijke LOGO met de vraag om de bestaande posters en informatiebrochures (bijlage 1) naar ons op te sturen, zodat we die konden gebruiken om onze patiënten warm te maken voor ons pilootproject. Daarnaast drukten we nog eens de vragenlijst “Zelfstandig thuiswonen: iets voor u?” (bijlage 2) van de tweede brochure af op A4-formaat om samen met enkele balpennen beschikbaar te maken voor de patiënten in de wachtzaal. Deze vragenlijst laat ons toe het valrisico van de patiënt te objectiveren. De steekkaart van de Vlaamse richtlijn pasten we aan (bijlage 3), zodat deze snel en eenvoudig kon gebruikt worden tijdens de consultatie. Zo werden aan de bestaande steekkaarten kolommen toegevoegd waarbij de artsen enkel door aanvinken kunnen duidelijk maken of ze een interventie of evaluatie al dan niet uitvoeren/voorstellen en of de patiënt hiermee akkoord gaat/een werkelijk risico vertoont. We willen namelijk nagaan welke risicofactoren effectief door de huisarts onderzocht worden en welke daarvan bij onze patiënten aanwezig zijn. Als laatste stap in de voorbereiding maakten we een protocol aan voor follow-up (bijlage 4). Dit protocol bestaat uit onder andere een vragenlijst die we respectievelijk na 1 en na 3 maanden met de patiënt zullen overlopen, dit kan via telefonisch contact of via huisbezoek, naargelang de wens van de patiënt.

Gezien één van onze onderzoeksvragen het percentage geïnteresseerde 65-plussers betreft, contacteerden we een medewerker van Accrimed (dit is het elektronisch medisch dossier (EMD)) waarmee het team van 5 artsen werkt op de praktijk). Hij maakte voor ons een rapport aan, zodat wij

via enkele simpele stappen in het EMD alle 65-plussers die tijdens een bepaalde periode (begin- en einddatum zelf te kiezen) langskomen kunnen terugvinden. Dit geeft ons het juiste aantal doelgroeppatiënten aan. We kunnen nadien het aantal 65-plussers dat onze vragenlijst (in de wachtzaal) invulde vergelijken met het aantal 65-plussers dat op raadpleging kwam tijdens onze inclusieperiode.

Opzet van de interventie

De inclusieperiode werd vooraf bepaald en we opteerden voor de maand september 2012. De keuze is gemaakt om verschillende redenen. Zo leek het ons beter een periode te kiezen waarin alle teamleden konden meewerken, en dus niemand op verlof was. Het leek ons ook eenvoudiger om niet te wachten tot de wintermaanden, gezien de drukte in de praktijk onze studieopzet misschien wel parten zou kunnen spelen.

In alle wachtzalen en consultatieruimtes werd een poster van de Vlaamse Richtlijn Valpreventie (bijlage 1) opgehangen. Daarnaast werden in diezelfde ruimtes informatiebrochures en vragenlijsten neergelegd (bijlagen 1-2). De andere posters en literatuur, die normaal altijd beschikbaar zijn, werden gedurende de inclusieperiode verbannen naar een klein hoekje in de wachtzalen, zodat het thema “valpreventie” extra opviel.

De patiënten die met een ingevulde vragenlijst, die ter beschikking ligt in de wachtzaal (bijlage 2), op raadpleging komen worden door de behandelende arts gescreend op hun risico voor valpartijen, volgens het algoritme risicobepaling van de Vlaamse richtlijn valpreventie (bijlage 5). Vooraf wordt aan deze patiënten uitleg gegeven over de studie en hen gevraagd om een informed consent te onderteken. Op het einde van de inclusieperiode zullen we het aantal patiënten met een verhoogd valrisico bekijken en vergelijken met het totale aantal 65-plussers die we zagen op raadpleging. We willen hieruit berekenen hoeveel procent van de patiënten ouder dan 65 jaar het probleem vallen aankaarten bij hun huisarts en hoeveel procent daarvan behoort tot de hoog risico groep voor vallen.

Bij de overgehouden hoogrisico patiënten gaat de huisarts met behulp van de steekkaart (bijlage 3) na welke risicofactoren aanwezig zijn bij de individuele patiënt. We geven als leidraad aan de artsen de steekkaart van de Vlaamse richtlijn valpreventie, maar laten hen vrij te kiezen op basis van hun klinisch oordeel welke risicofactoren zij al dan niet onderzoeken. Dit duiden ze dan ook aan op de steekkaart. Afhankelijk van de aanwezigheid van de risicofactoren wordt een beleid uitgestippeld, zoals voorgesteld in de Vlaamse richtlijn valpreventie. Dit laatste gebeurt aan de hand van de steekkaart ‘interventies’ (bijlage 3).

Als opvolging voorzien we een controle na 1 en na 3 maanden. Hier gaan we telefonisch of via huisbezoek (afhankelijk van de wens van de patiënt) na of de patiënten de raadgevingen van de huisarts hebben opgevolgd en of deze al dan niet effect hebben gehad. We bekijken het aantal valpartijen in de laatste periode van 3 maanden en vergelijken deze met de periode van 3 maanden en 12 maanden voorafgaand aan ons pilootproject.

Tenslotte willen we de voor- en nadelen van deze werkwijze in kaart brengen en de implementeerbaarheid van deze richtlijn bekijken in het kader van een normaal praktijkvoeren. Hiervoor vragen we aan de teamleden om na afloop van de inclusie- en follow-upperiode het pilootproject te beschrijven aan de hand van drie positieve en drie negatieve punten. Deze nemen we mee in onze eindbeoordeling.

Na onze inclusieperiode van één maand hadden de meeste teamleden het gevoel dat we een deel van de hoogrisico patiënten misten, vooral omdat we het initiatief aan de patiënten overlieten. Daarom werd op 1 oktober beslist om de inclusieperiode nog met een maand te verlengen. Het verschil is dat tijdens deze tweede maand het initiatief niet langer van de patiënten moet komen, de artsen mogen zelf de patiënten aanspreken over hun valrisico en vragen of ze willen deelnemen aan de studie. Tijdens deze tweede maand mochten ook patiënten geïncludeerd worden die we enkel op huisbezoeken zagen. De inclusieperiode verliep bijgevolg over twee maanden en gezien de drie maanden opvolgingsperiode, zou de laatste patiënt de interventie beëindigen eind januari 2013.

3. Resultaten

Motivatie van de doelgroep patiënten

Gedurende de maand september kwamen in totaal 413 verschillende 65-plussers op consultatie bij de vijf meewerkende artsen. In dezelfde periode presenteerden zich 22 patiënten met een (gedeeltelijk) ingevulde vragenlijst op de consultatie. Dit is 5,3% van onze doelgroep. Tijdens de tweede maand, de maand oktober, mochten de huisartsen de patiënten zelf aanspreken omtrent de studie en konden zo ook patiënten via huisbezoeken geïncludeerd worden. Gedurende de 2 maanden inclusieperiode werden in totaal 670 verschillende 65-plussers gezien door de artsen. Op het einde van de totale inclusieperiode vulden 29 patiënten de vragenlijst in. Dit komt neer op 4.3% van de doelgroeppatiënten.

Identificatie van de hoogrisico patiënten

Van de 29 patiënten die de vragenlijst invulden, werden er 7 geëxcludeerd. De redenen hiervoor waren ofwel omdat de patiënten jonger waren dan 65 jaar, ofwel omdat ze geen hoogrisico profiel hadden, ofwel omdat de patiënten geen deelname wensten aan de studie (zie fig 3). In totaal hielden

we zo 22 hoogrisico patiënten over. Dit betekent dat 75% van de gemotiveerde patiënten behoort tot de hoogrisicogroep.

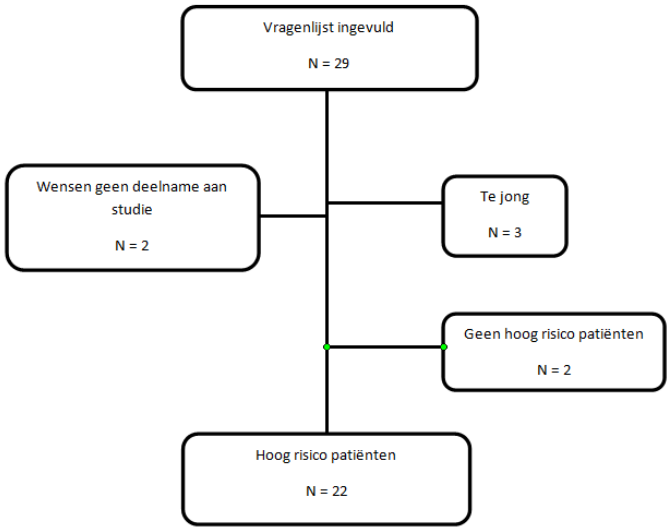


Fig 3: Identificatie van hoogrisico patiënten

Slechts 5 van de 22 hoogrisico patiënten zijn mannen. De gemiddelde leeftijd is 78,86 jaar (SD = 4.93). Waarbij de minimum leeftijd 66 jaar is en de maximum leeftijd 88 jaar. De helft van deze hoogrisico patiënten is alleenwonend, de andere helft woont ofwel samen met zijn of haar partner of met een inwonend kind. Van al deze patiënten vulden 68% de vragenlijst zelf in, bij 32% was dit samen met of op initiatief van de huisarts.

IMPLEMENTATIE DOOR DE HUISARTSEN

Alle huisartsen van het team namen deel aan het pilootproject. Zo heeft elke arts minstens één patiënt kunnen includeren in deze studie. Achteraf werd aan al deze artsen gevraagd om drie positieve zaken en drie negatieve zaken over dit pilootproject neer te schrijven. Dit is hieronder samengevat:

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

Alle artsen vonden het pilootproject een tijdrovend gebeuren met veel papierwerk/werkdruk. Toch vermelden ze allen dat het een zeer nuttig project was, gezien het hen allen heeft gedwongen stil te staan bij het actuele onderwerp van valpreventie. Daarnaast hebben ook alle artsen vermeld dat de werkfiches een handige tool waren met duidelijke systematiek en logische interventies die volgden op de evaluaties.

Op het einde van het pilootproject werden de werkfiches bekeken om te zien of er testen of vragen tussenzaten die door geen enkel lid van het team of juist door alle leden van het team telkens gecontroleerd werden. Hetzelfde werd gedaan voor de werkfiche met interventies. De resultaten zijn terug te vinden in tabel 4. Er is slechts één test die geen enkele maal is uitgevoerd tijdens dit project en dat is de lineaire E-test. Nochtans zijn er 2 ruimtes, in de praktijk, groot genoeg om deze test uit te voeren en hangt er in deze ruimtes een plakkaat met de test en scores bij. Bij de interventies zien we dat vooral de multidisciplinaire interventies niet zijn uitgevoerd. Het verwijzen naar een geriater of andere specialist werd nooit gedaan tijdens dit project.

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.

Behalve de lineaire E-test zijn alle andere stappen uit de werkfiche evaluatie minstens één maal nagekeken bij de groep patiënten die deelnamen aan deze studie. Het aantal patiënten met positieve risicofactoren is te zien in tabel 5. Slechts één van de onderzochte risicofactoren is bij minder dan de helft van de patiënten aanwezig en dat is de risicofactor 'orthostatische hypotensie'. Alle andere risicofactoren zijn bij meer dan de helft van de geïncludeerde patiënten aanwezig. In deze studie zien we dat bij 95% er risicofactoren aanwezig zijn omtrent medicatiegebruik. 64% van de patiënten geeft ook zelf aan angst te hebben om te vallen of bepaalde zaken (bv boodschappen) niet meer te durven doen uit angst om te vallen.

RISICOFACTOREN	AANTAL PATIËNTEN MET MINSTENS ÉÉN POSITIEVE RISICOFACTOR	PERCENTAGE POSITIEVEN (TOV TOTAAL N = 22)
EVENWICHT, MOBILITEIT & SPIERKRACHT	16	73 %
MEDICATIE	21	95 %
ORTHOSTATISCHE HYPOTENSIE	9	41 %
ZICHT	15	68 %
VOETEN EN SCHOEISEL	14	64 %
OMGEVING EN GEDRAG	13	59 %
VALANGST	14	64 %
FRACTUURPREVENTIE	16	73 %

Tabel 5: Aantal positieve risicofactoren bij de groep patiënten.

FOLLOW-UP

Alle 22 patiënten die van start zijn gegaan met de studie hebben deze volgehouden tot op het einde, tot 3 maanden na de start en hebben allen meegewerkt aan de opvolging.

We contacteerden de patiënten tijdens de opvolgperiode twee maal, de eerste keer na één maand en de tweede keer na drie maanden. In onze resultaten wordt enkel het contact na drie maanden beschreven. We hebben hiervoor gekozen omdat we het contact na één maand zagen als een extra herinnering om de patiënt gemotiveerd te houden en alle interventies vol te houden. Dit zagen we niet als een eindpunt om besluiten uit te trekken.

In totaal was er de mogelijkheid om tot 24 interventies, verdeeld over de 8 grote groepen van risicofactoren, te starten *(bijlage 4: follow up)* en dit op initiatief van de huisarts, de patiënt of andere personen. Van deze 24 mogelijkheden werden per patiënt minimaal 7 en maximaal 23 interventies opgestart. Gemiddeld werden bij een patiënt 18.5 interventies (SD = 3.39) gestart. Als we na drie maanden de patiënten terug contacteerden, bekeken we samen hoeveel van deze interventies nog volgehouden werden. Het minimum lag op 2 en het maximum op 18 interventies. Gemiddeld werden 8.45 interventies (SD = 3.9) volgehouden tot op het einde van de opvolgingsperiode(*tabel 6)*. Met andere woorden: gemiddeld 46% van de opgestarte interventies werden door de patiënten gedurende 3 maanden volgehouden. We zien dat bij de topic medicatie er bij alle patiënten minstens één van de interventies gestart is en 93% van deze patiënten hielden hun veranderingen in medicatie vol gedurende de 3 maanden opvolging. Bij de patiënten waar een interventie werd gestart in verband met omgeving en gedrag (= 54% van de patiënten), werden deze interventies bij allen volgehouden gedurende de 3 maanden opvolging.

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.

Omdat het aantal opgestarte interventies zo verschillend was per patiënt, wilden we nagaan of er een verband kon bewezen worden tussen het aantal risicofactoren volgens de werkfiche 'multifactoriële evaluatie' *(bijlage 3)* en het aantal opgestarte interventies *(tabel 6)*. Dit resultaat is weergegeven in figuur 4. Het maximaal aantal positieve risicofactoren volgens de multifactoriële evaluatie is 25, dit verdeeld onder de 8 grotere groepen van risicofactoren *(tabel 5)*. We zien bij de patiënt met de meeste risicofactoren (namelijk 15 van de 25) dat er effectief het grootst aantal interventies is opgestart, namelijk 21 (van de maximaal 24 interventies). Maar als we de grafiek in figuur 4 bekijken, zien we dat er geen lineair verband is tussen het aantal risicofactoren en het aantal opgestarte interventies.

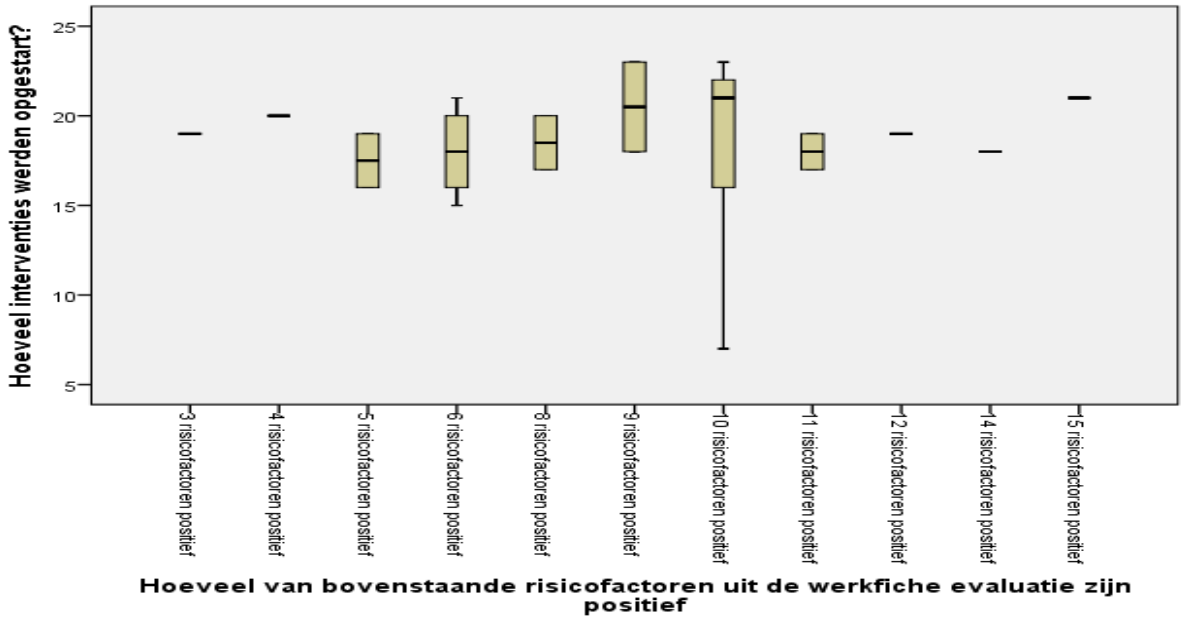


Fig. 4: Correlatie tussen aantal risicofactoren volgens werkfiche evaluatie en het aantal opgestarte interventies.

Vervolgens keken we na of we minder valpartijen hadden in onze 3 maanden opvolging als we meer interventies opgestart hadden. Dit resultaat is weergegeven in figuur 5. Wat we zien is dat in de groep die gedurende de periode van 3 maanden opvolging toch nog gevallen was, we gemiddeld 19.67 interventies (SD = 3.21) opgestart hadden. In de groep die tijdens de opvolging niet meer gevallen was, hadden we gemiddeld 18.32 interventies (SD = 3.46) opgestart. Ook hier is geen correlatie tussen onze aanpak en het verminderen van het aantal valpartijen te weerhouden.

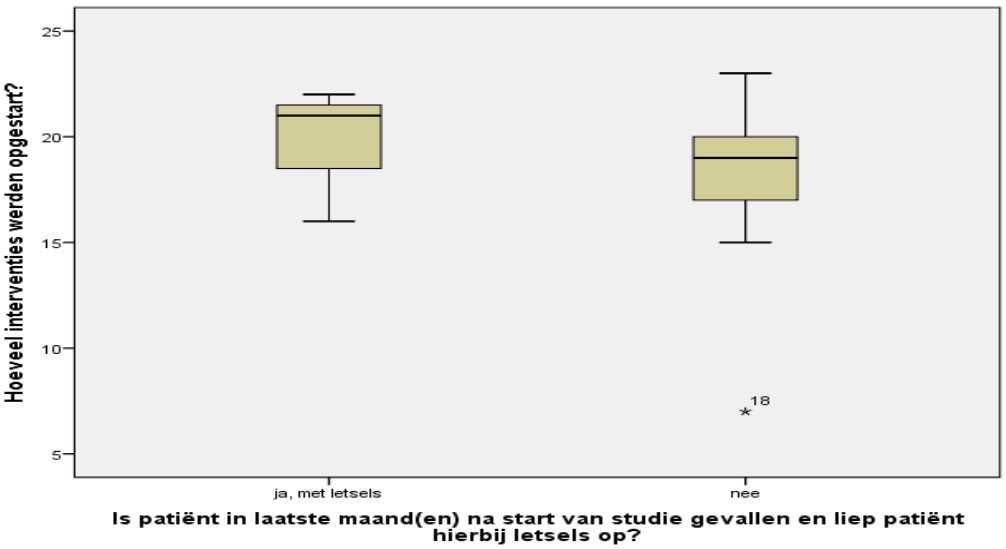


Fig 5: Correlatie tussen het aantal opgestarte interventies en het aantal valpartijen tijdens de 3 maanden opvolging.

We hebben retrospectief het aantal valpartijen nagekeken en dit zowel 12 maand als 3 maand vooraf aan de studie. Dit hebben we vergeleken met het aantal valpartijen 3 maand na de start van ons pilootproject, tevens het eindpunt van onze opvolging van de patiënten *(fig 6).* Een jaar vooraf aan onze interventie was 86.4% van de patiënten gevallen, waarvan 68.2% met letsels. In de periode van 3 maanden vooraf aan onze interventie verklaarde 77.3% van de patiënten gevallen te zijn, waarvan 54.5% met letsels. Als we dit vergelijken met de valpartijen 3 maanden na onze interventie merken we toch een afname. Hier verklaart 13.6% van de patiënten nog gevallen te zijn. Een opmerkelijke bevinding is dat van al deze valpartijen er geen enkele meer vermeld wordt zonder letsels.

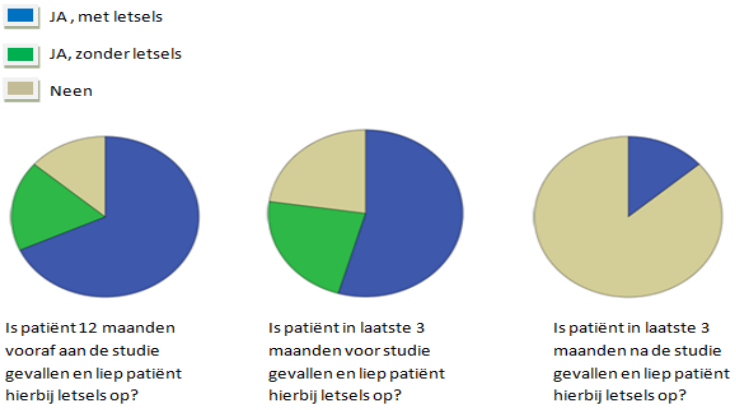


Fig.6: Aantal valpartijen voor en na start pilootproject

4. Discussie

De motivatie bij de doelgroeppatiënten lag heel laag. Slechts 5.3% van de 65-plussers die in september langskwamen op consultatie presenteerden zich met een (deels) ingevulde vragenlijst bij hun huisarts. Gebaseerd op de literatuur verwachtten we een veel groter aantal risicopatiënten. Omdat alle leden van het team van artsen het gevoel hadden dat we een groot deel hoogrisicopatiënten misten, dat er baat bij zou hebben om deel te nemen aan het pilootproject, werd een extra maand inclusieperiode toegevoegd aan de studie, waarin artsen ook zelf patiënten mochten aanspreken. We beseffen dat we de uitkomst van de studie zo beïnvloeden en hebben hiermee rekening gehouden bij het bekijken van de resultaten. Doch zelfs met de extra maand inclusietijd is ons aantal hoogrisico patiënten beperkt gebleven. Uiteindelijk hebben we slechts 4.3% van de 65-plussers kunnen motiveren. Het grootste deel hiervan vulde zelf al de vragenlijst in tijdens het wachten in de wachtzaal. Een kleiner gedeelte werd door de artsen aangesproken over valproblematiek. Vooral een gebrek aan motivatie was de oorzaak. Vele ouderen voelen zich niet aangesproken door het probleem. Ze hebben de affiches en vragenlijsten wel opgemerkt en gelezen, maar ze stellen een gesprek hierover liever nog even uit, of zullen de brochure thuis wel eens lezen.

Daarnaast blijft ook tijdgebrek bij de arts een belangrijk probleem. Gezien alle artsen enkel met vrije consultaties werken, wordt de druk opgevoerd door een volle wachtzaal.

Het percentage geïnteresseerden is klein, maar als we zien dat 75% daarvan effectief behoort tot de groep van hoogrisico patiënten, kunnen we misschien besluiten dat vooral hoogrisico patiënten interesse hebben in een evaluatie en interventie van hun huisarts. Het zijn net die patiënten die we met ons pilootproject wilden bereiken. Een nadeel van onze studie is dat we op geen enkele manier kunnen berekenen of nakijken hoeveel van de niet-geïnteresseerde patiënten er ook tot de hoogrisico groep behoren. We kunnen hier alleen maar beroep doen op de algemene cijfers van Vlaanderen en deze vergelijken met onze populatie.

We hielden zodoende 22 patiënten over. Dit is een klein aantal om besluiten te kunnen trekken. Onze resultaten kunnen bijgevolg niet doorgetrokken worden voor een grotere groep patiënten. Toch lijkt het ons geen onbelangrijke studie omdat een kleinschalig onderzoek in staat kan zijn moeilijkheden aan te tonen en het daarom mogelijk maakt om een grootschaliger onderzoek op poten te zetten zonder al te veel struikelblokken.

Als we kijken naar tabel 5 zien we dat de interventies die nooit werden uitgevoerd, vooral diegene zijn waarbij de arts de patiënt moet doorverwijzen naar een geriater of andere specialist. Nochtans zijn alle richtlijnen het erover eens dat valpreventie een multidisciplinaire aanpak eist. We zien wel dat de artsen vaak voorstelden om kinesitherapie te volgen, een dergelijke doorverwijzing lijkt makkelijker haalbaar dan beroep te moeten doen op een specialist in het ziekenhuis. Niet alleen de artsen beslisten over de opstart van de verschillende interventies of het doorverwijzen naar derden. De patiënten hadden de mogelijkheid om al dan niet akkoord te gaan met hetgeen dat werd voorgesteld. Onze resultaten zijn dus afhankelijk van de arts en de patiënt. In onze steekkaarten ‘interventies’ en ‘opvolging’ is ook duidelijk te zien dat vele patiënten liever niet naar een kinesitherapeut of een specialist werden verwezen.

Opvallend is dat we als artsen een kritische evaluatie van de medicatie van de hoog-risicopatiënt blijkbaar wel haalbaar vinden. In nagenoeg alle gevallen werden de ouderen hierop geëvalueerd (tabel 7). Redenen hiervoor kunnen zijn dat we dit routinematig meestal al doen en dit bovendien snel kan gebeuren. De meeste ouderen nemen 4 of meer verschillende medicamenten en komen dus in aanmerking voor deze evaluatie. Met de interventie die eraan gekoppeld wordt, namelijk dosisreductie of afschaffen van medicatie, gaan de meesten graag akkoord. Er is hiervoor dus duidelijk motivatie bij zowel de arts als de patiënt aanwezig. Volgens diezelfde tabel worden veranderingen in omgeving en gedrag volgehouden door alle patiënten. De reden kan zijn dat het

hier structurele veranderingen in de woning betreft, zoals het wegdoen van tapijten of het plaatsen van verlichting, die uiteraard niet snel meer ongedaan worden gemaakt.

5. **Conclusie**

De ambulante 65-plussers uit onze praktijk zijn weinig gemotiveerd om deel te nemen aan deze studie. Slechts een klein percentage voelde zich aangesproken door onze campagnevoering in de wachtzalen. Van de gemotiveerde patiënten behoort 75% tot de hoogrisicogroep. Implementatie van de richtlijn is haalbaar, maar vraagt een inspanning van de artsen. Zo kost het toepassen van de richtlijnen en het volgen van de werkfiches heel wat tijd. Daarnaast zijn de beoogde resultaten niet (onmiddellijk) zichtbaar voor de artsen en patiënten. Het aantal valpartijen is duidelijk verminderd na de interventie in vergelijking met de periode voorafgaand aan deze interventie. Ons pilootproject beperkte zich wel maar tot één groepspraktijk en verdere studies, met grotere aantallen artsen en patiënten, zullen nodig zijn om onze resultaten te staven of tegen te spreken.

Abstract

HAIO's: Bo Debaere & Nadjenka Vercruysse

Universiteit: Katholieke universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Co-promotor: Prof. Dr. Koen Milisen

Opleiders: Dr. Stijn Torbeyns & Dr. Hendrik Vandekerckhove

Context: Vallen bij ouderen is een frequent voorkomend probleem. In Vlaanderen is de prevalentie voor vallen bij 65-plussers ongeveer 33%, waarbij een derde hiervan minstens 2 maal per jaar valt. Deze problematiek heeft veel verschillende oorzaken en bovendien grote gevolgen voor de patiënt, zijn omgeving en de maatschappij. Er zijn op heden al heel wat richtlijnen geschreven over valpreventie. Toch worden deze aanbevelingen maar zelden toegepast in de praktijk. Het doel van deze studie is een volledige en correcte richtlijn uit te filteren uit deze zee van richtlijnen en na te gaan of deze richtlijn implementeerbaar is in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvraag: Het uitfilteren van een volledige en correcte richtlijn rond valpreventie. Nagaan of deze implementeerbaar is in de huisartsenpraktijk. Dit laatste door de motivatie van arts en patiënt te bekijken, de haalbaarheid in de praktijk na te gaan en na een periode van opvolging het effect van de richtlijn te evalueren.

Methode: Aan de hand van een literatuurstudie werden de verschillende richtlijnen met elkaar vergeleken. Daarnaast werd via medline naar implementatiestrategieën gezocht. Met deze resultaten werd een eigen pilootproject op poten gezet waarin de Vlaamse richtlijn voor valpreventie van het EVV werd geïmplementeerd. Er werd een training voorzien voor het artsenteam. De doelgroep populatie betreft ambulante 65-plussers. Een inclusieperiode van 2 maanden werd voorzien om gemotiveerde patiënten op te nemen in dit project. In deze periode werd de volledige richtlijn valpreventie toegepast. Nadien was er een opvolgingsperiode van 3 maanden gepland.

Resultaten: Van de doelgroeppatiënten is 4.3% gemotiveerd om deel te nemen aan deze studie. Van deze 29 gemotiveerde patiënten behoort 75% tot de hoogrisicogroep. Het artsenteam vond de implementatie van de richtlijn tijdrovend, doch heel interessant om stil te staan bij valpreventie. De steekkaarten werden als positief ervaren omwille van de systematiek, uitgebreidheid en duidelijkheid. Er werden duidelijke risicofactoren weerhouden via de werkfiches, bij 41% van de patiënten was er risico op orthostatische hypotensie en bij 95 % waren er risico's verbonden met medicatiegebruik. Er is geen correlatie aan te tonen tussen het aantal risicofactoren en het aantal opgestarte interventies. Na 3 maanden opvolging zijn het aantal valpartijen verminderd tot slechts 13.6% van de patiënten, terwijl een jaar vooraf aan de studie nog 86.4% en 3 maand vooraf aan de studie 77.3% gevallen was.

Conclusie: De ambulante 65-plussers uit onze praktijk zijn weinig gemotiveerd om deel te nemen aan deze studie. Van de gemotiveerde patiënten behoort 75% tot de beoogde hoogrisico groep. Implementatie van de richtlijn is haalbaar, maar vraagt een grote inspanning van de artsen omwille van toegenomen werkdruk. Het aantal valpartijen is duidelijk verminderd na de interventie.

Dankwoord

Bij het uitwerken van deze thesis was de hulp van een aantal mensen van onschatbare waarde. We willen dan ook graag onze promotor prof. Dr. Bert Aertgeerts bedanken voor de goede ideeën en deskundige hulp. Eveneens dank aan onze co-promotor prof. Dr. Koen Milisen en Ellen Vlaeyen voor hun ondersteuning en de vele suggesties. Daarnaast willen wij ook onze opleiders Dr. Stijn Torbeyns en Dr. Hendrik Vandekerckhove hartelijk bedanken voor hun luisterende oren en hun enthousiaste medewerking. Wij danken ook Dr. Jaak Torbeyns voor zijn onvoorwaardelijke medewerking aan dit pilootproject.

Aan onze allerliefste echtgenoten, bedankt voor jullie geduld en steun. Zonder jullie was ons dit nooit gelukt.

Bijlagen

Bijlage 1 : Poster en informatiebrochures







Bijlage 2 : Vragenlijst wachtzaal

Zelfstandig thuis wonen: iets voor u?

Gevallen of problemen met uw evenwicht en/of mobiliteit? Praat er over met uw huisarts!

Uw huisarts zal nagaan of u een verhoogd valrisico hebt en welke risicofactoren hier een rol in spelen. Heel wat risicofactoren kunnen aangepakt of behandeld worden. Zo nodig kan de huisarts u verwijzen naar andere gezondheidsmedewerkers, zoals een kinesitherapeut.

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

	JA	**NEEN**
IK BEN SLECHT TE BEEN		
IK VOEL MIJ SOMS DRAAIERIG WANNEER IK OP STA		
IK NEEM MEER DAN 4 VERSCHILLENDE GENEESMIDDELEN		
IK BEN DE AFGELOPEN 6 MAANDEN AL EENS GEVALLEN OF GESTRUIKELD		
IK BEN BANG OM TE VALLEN		
DE KRANT LEZEN OF TELEVISIE KIJKEN IS MOEILIJK VOOR MIJ		
IK DOE MINDER DAN 3 KEER PER WEEK EEN HALF UUR AAN LICHAAMSBEWEGING		
IN MIJN HUIS ZIJN ER OPSTAPJES, LOSLIGGENDE DRADEN, OPKRULLENDE TAPIJTEN, GLADDE VLOEREN…		
IK DRAAG LOSZITTEND SCHOEISEL (BV. SLIPPERS) OF SCHOENEN MET HOGE HAKKEN		

Uw huisarts zal op basis van deze vragenlijst uw valrisico bepalen. De gegevens die hij/zij via deze vragenlijst en verder onderzoek bekomt zullen anoniem gebruikt worden in een studie rond valpreventie.

Bron: www.valpreventie.be

Bijlage 3 : Aangepaste steekkaarten

1. Evaluatie

WERKFICHE : MULTIFACTORIELE EVALUATIE

1 Evenwicht, spierkracht en mobiliteit

Evenwicht

	RISICO AANWEZIG? JA	NEEN	NIET GETEST
Four Test Balance Scale			
parallelle stand < 10 s			
Semi-tandemstand < 10 s			
Tandemstand < 10 s			
Unipodale stand < 10 s			

Spierkracht

	JA	NEEN	NIET GETEST
Timed chair stand test > 14 s			

Mobiliteit

	JA	NEEN	NIET GETEST
Timed up and go test > 14 s of ongelijkmatige/onstabiele gang			

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

2 Medicatie

	RISICO AANWEZIG? JA	NEEN	NIET GETEST
inname > 4 verschillende geneesmiddelen			
inname risicovolle medicatie (diuretica, sedativa, antidepressiva, antipsychotica, antiepileptica, antihypertensiva, digoxine, type IA antiaritmica)			
risicovol gedrag bij medicatiegebruik			

Specifiëer medicatie:

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

3 Orthostatische hypotensie

	RISICO AANWEZIG? JA	NEEN	NIET GETEST
last van duizeligheid bij rechtstaan?			
last van duizeligheid binnen het uur na maaltijd?			
Bloeddrukdaling liggend-staand? syst > 20 mmHg of diast > 10 mmHg of syst daalt tot < 90 mmHg			
orthostatisch tachycardiesyndroom hr stijgt bij rechtstaan met > 30/min of hr > 120/min			

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

4 Zicht

	JA	NEEN	NIET GETEST
moeilijkheden bij lezen/tv kijken/ auto rijden?			
laatste bezoek oogarts > 1j geleden?			
last met bi/multifocale bril?			
lineaire E-test < 40			

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

5 Voeten en schoeisel

	JA	NEEN	NIET GETEST
Voetproblemen?			
Risicohoudend schoeisel?			

Specifiëer :

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

6 Omgeving en gedrag

	RISICO AANWEZIG?		
	JA	**NEEN**	**NIET GETEST**
Vermoeden van risicovolle omgeving vb. losliggende tapijten, trappen zonder leuning…			
Vermoeden van risicovol gedrag vb. licht niet aan doen bij nachtelijk toiletbezoek…			

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

7 Valangst

	JA	NEEN	NIET GETEST
Angst om te vallen?			
Dingen die niet (meer) gedaan worden uit angst om te vallen?			

Specifiëer:

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

8 Fractuurpreventie

	JA	NEEN	NIET GETEST
Voldoende inname Ca en Vit D ?			
Osteoporose vaststellen? adhv DXA-meting of voorgeschiedenis fracturen			

JA **--> Multifactoriële aanpak**

NEEN --> algemene adviezen

2. Interventie

WERKFICHE : MULTIFACTORIELE INTERVENTIES

1 evenwicht, spierkracht en mobiliteit

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Evaluatie in kader van F-pathologie				
Oefenprogramma				
Loophulpmiddel aanbevolen				

Specificatie of opmerkingen:

2 Medicatie

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Kritische beoordeling medicatieschema				
Graduele dosisreducatie medicactie				
Geriater geconsulteerd				
Informatie gegeven mbt nevenwerkingen en therapietrouw				

Specificatie of opmerkingen:

3 Orthostatische hypotensie

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Etiologische diagnose en behandeling				
Doorverwijzing naar geriater				
Adviezen ivm compensatiestrategieën				

Specificatie of opmerkingen:

4 Zicht

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Doorverwijzing naar oftalmoloog				
Wijzing op gevaar bi/multifocale bril				
Detectie en behandeling cataract				
Evaluatie omgevingsveiligheid				

Specificatie of opmerkingen:

5 Voeten en schoeisel

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Advies mbt veilig schoeisel				
Doorverwijzing naar podoloog of orthopedisch chirurg				

Specificatie of opmerkingen:

6 Omgeving en gedrag

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Oudere en familie attent maken op onveilige situaties en gedrag				
Diepgaande evaluatie van de woning				

Specificatie of opmerkingen:

7 Valangst

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Informatie over valrisicofactoren				
Oefenprogramma (kinesitherapie)				
Informatie over personenalarm				
Aanleren hoe recht te komen na een val (kinesitherapie)				

Specificatie of opmerkingen:

8 Fractuurpreventie

	Voorgesteld?		Patiënt akkoord	
	JA	NEEN	JA	NEEN
Voorschrijven supplementen Ca en Vit D				
Osteoporose medicamenteus behandelen				
Heupprotector bij ouderen				

Specificatie of opmerkingen:

Bijlage 4 : Protocol follow-up

PROTOCOL FOLLOW UP

1. Bent u in de 12 maanden vooraf aan deze studie gevallen, uitgegleden of gestruikeld waardoor u uw evenwicht verloor en op de vloer, grond of een lager gelegen niveau terechtkwam?

    a. Zo ja: hoeveel keer?

    b. Zo ja: heeft u hierbij een letsel (of meerdere letsels) opgelopen?
        i. Welk letsel?

2. Bent u in de 3 maanden vooraf aan deze studie gevallen, uitgegleden of gestruikeld waardoor u uw evenwicht verloor en op de vloer, grond of een lager gelegen niveau terechtkwam?

    a. Zo ja: hoeveel keer?

    b. Zo ja: heeft u hierbij een letsel (of meerdere letsels) opgelopen?
        i. Welk letsel?

3. Bent u in de afgelopen maand / 3 maanden gevallen, uitgegleden of gestruikeld waardoor u uw evenwicht verloor en op de vloer, grond of lager gelegen niveau terechtkwam?

    a. Zo ja: hoeveel keer?

    b. Zo ja: heeft u hierbij een letsel (of meerdere letsels) opgelopen?
        i. Welk letsel?

4. Bij welke risicofactoren is een interventie opgestart?

1 Evenwicht, spierkracht en mobiliteit	**JA**	**NEEN**
Werd kinesitherapie opgestart?		
Werd een oefenprogramma gestart?		
Werd een loophulmiddel aangeschaft?		

Specificatie van interventie:

	Huisarts	**Patiënt**	**Andere**
Bovenstaande is op initiatief van			

Deze interventie houdt patiënt nog vol :	**JA**	**NEEN**
na 1 maand		
na 3 maanden		

Reden van stoppen :

2 Medicatie	**JA**	**NEEN**
Werd het medicatieschema herbekeken en aangepast?		
Werd bij een medicijn de dosis gereduceerd?		
Werd een bepaald medicijn gestopt?		
Werd een nieuw medicijn opgestart?		
Was er een verwijzing naar een specialist?		
Kreeg u informatie mbt bijwerkingen en therapietrouw?		

Specifiëer de interventie :

	Huisarts	**Patiënt**	**Andere**
Bovenstaande is op initiatief van			

Zijn deze wijzigingen aan uw medicatieschema nog steeds	**JA**	**NEEN**
na 1 maand		

na 3 maanden		

Reden :

3 Orthostatische hypotensie

	JA	NEEN
Werd een behandeling gestart?		
Werd u doorverwezen naar een specialist?		
Kreeg u adviezen om uw bd-val te compenseren?		

Specifiëer de interventie :

	Huisarts	Patiënt	Andere
Bovenstaande is op initiatief van			

deze aanpak houdt patiënt nog vol	JA	NEEN
na 1 maand		
na 3 maanden		

Reden :

4 Zicht

	JA	NEEN
Werd u doorverwezen naar een oftalmoloog?		
Kent u het gevaar van een bi-/multifocale bril?		
Werd u nagekeken en behandeld voor cataract?		
Werd uw omgeving nagekeken op veiligheid?		

Specifiëer de interventie :

	Huisarts	Patiënt	Andere
Bovenstaande is op initiatief van			

Houdt de patiënt de veranderingen vol	JA	NEEN
na 1 maand		
na 3 maanden		

Reden :

5 Voeten en schoeisel

	JA	NEEN
Kreeg u advies ivm veilig schoeisel?		
Draagt u nu ook andere schoenen?		
Werd u verwezen naar een specialist?		

Specifiëer de interventie :

	Huisarts	Patiënt	Andere
Bovenstaande is op initiatief van			

Houdt de patiënt de veranderingen vol	JA	NEEN
na 1 maand		
na 3 maanden		

Reden :

6 Omgeving en gedrag

	JA	NEEN
Bent u attent gemaakt op onveilige situaties en gedrag?		
Zijn er aanpassingen gebeurd in uw huis / omgeving?		
Werd een evaluatie gemaakt van uw woning?		
Zijn er veranderingen in uw gedrag?		

Specifiëer de interventie:

	Huisarts	Patiënt	Andere
Bovenstaande is op initiatief van			

Houdt de patiënt de veranderingen vol	JA	NEEN
na 1 maand		
na 3 maanden		

Reden :

7 Valangst

	JA	NEEN
Kreeg u informatie over valrisicofactoren?		
Werd een oefenprogramma gestart?		
Kreeg u informatie over personenalarm?		
Werd een personenalarm in gebruik genomen?		
Werd u aangeleerd recht te komen na een val?		

Specifiëer de interventie :

	Huisarts	Patiënt	Andere
Bovenstaande is op initiatief van			

Houdt de patiënt de veranderingen vol	JA	NEEN
na 1 maand		
na 3 maanden		

Reden :

8 Fractuurpreventie

	JA	NEEN
Kreeg u Ca en Vit D voorgeschreven?		
Werd bij u osteoporose behandeld?		
Werd u een heupprotector aangeraden?		

Specifiëer de interventie :

	Huisarts	Patiënt	Andere
Bovenstaande is op initiatief van			

Houdt de patiënt de veranderingen vol	JA	NEEN
na 1 maand		
na 3 maanden		

Reden :

Bijlage 5 : Algoritme risicobepaling

WERKFICHE HUISARTS: VALPREVENTIE

	JA	NEEN
Patiënt vulde vragenlijst wachtzaal in		
Hiervan was er minstens 1 vraag positief		

(vragenlijst wachtzaal nieten aan deze werkfiche)

SCREENING HOOG RISICO		JA	NEEN
Patiënt ouder dan 65 jaar			
	biedt zich aan na acuut valincident		
of	2 of meerdere keren gevallen tijdens laatste 12m		
of	loop-en/of evenwichtsproblemen vertoont		
of	1 keer gevallen is in de afgelopen 12m EN loop-en/of evenwichtsproblemen vertoont		

JA --> verhoogd valrisico: multifactoriële evaluatie starten

NEEN --> geen verhoogd valrisico: algemene adviezen

Algemene informatie:

Geslacht	
Leeftijd	
Woonsituatie: alleen/met partner/ andere	
naam	

Opvolging		na 1m	na 3m
	Contact per telefoon		
	Contact via huisbezoek		