Samen werken aan valpreventie

Dr. Ine Vanherle, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Johan Buffels, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Abstract 4
Inleiding 5
Literatuuronderzoek 6
Methode 7
Resultaten 9
Aanmeldformulieren verpleegkundigen 9
Werkfiches huisartsen 15
Discussie 18
Besluit 19
Referenties 20
Bijlagen 21
Bijlage 1: Aanmeldingsformulier 22
Bijlage 2: Informed consent 24
Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie UZ Leuven 26
Bijlage 4: Werkfiche Richtlijn Valpreventie Vlaanderen 27
Bijlage 5: Aanvraag ethische commissie 30

Abstract

SAMEN WERKEN AAN VALPREVENTIE

Huisarts in opleiding: Dr. VANHERLE Ine, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. BUFFELS Johan, KU Leuven

Praktijkopleiders: Dr. STROEKEN Liesbet en Dr. BAECK Luc

Context: Door de vergrijzing van de bevolking zijn er steeds meer personen boven de 65 jaar. Van hen geeft een vijfde aan te zijn gevallen in het afgelopen jaar. De gevolgen van deze val kunnen zwaar zijn, zowel op fysiek als op psychosociaal vlak. In de gemeente Lanaken werden vallen geregistreerd door het Wit-Gele Kruis in de periode 2012-2014. Uit de analyse van deze resultaten bleek er weinig samenwerking te zijn in de eerste lijn.

Onderzoeksvraag: Leidt een gecoördineerd project inzake valpreventie tot meer tussenkomsten van hulpverleners in de eerste lijn?

Methode: Na een multidisciplinaire bijscholing werd een project opgestart rond valpreventie. Verpleegkundigen meldden een val en voerden een valanamnese uit. Zij gaven ook aan welke interventies er reeds waren gebeurd. Dit formulier werd doorgegeven aan de huisarts. De huisarts voerde bij zijn patiënt een multifactoriële evaluatie en interventie uit volgens de Richtlijn Valpreventie Vlaanderen. Na 1 maand, 3 maanden en 6 maanden werd er gevraagd om kort deze interventies te evalueren. Na afloop van de registratieperiode werden deze formulieren onderzocht en vergeleken met deze van 2012-2014.

Resultaten: Er werden 106 vallen geregistreerd door de verpleegkundigen en een thuiszorgdienst. De huisartsen stuurden slechts 8 formulieren in. De artsen meldden dat ze wel aan valpreventie deden, maar de formulieren niet invulden of opstuurden wegens tijdsdruk en administratieve belasting. De valanamneses zijn te vergelijken met de 135 vallen uit 2012-2014. Verpleegkundigen bleken de omgeving en het gedrag risicovoller in te schatten dan de huisarts. Er was in dit project minder overleg tussen huisarts en verpleegkundige. Ook overleg met kinesitherapeut en ergotherapeut gebeurde weinig.

Conclusies: Een gecoördineerd project na een multidisciplinaire bijscholing leidt niet automatisch tot meer samenwerking tussen hulpverleners in de eerste lijn. Elk heeft zijn eigen expertise die aanvullend is, en dit zou nog meer benut moeten worden. In een volgend onderzoek moet aandacht besteed worden aan het verminderen van administratieve belasting en tijdsduur van de interventie. Dit zou kunnen leiden tot meer tijd voor overleg en samenwerking.

E-mail: ine.vanherle@hotmail.com

ICPC: L49.01

Inleiding

In 2014 was 19,2% van de inwoners van Lanaken boven de 65 jaar, waarvan 4,8% boven de 80 jaar. Door de vergrijzing van de bevolking schat men dat het aandeel 80-plussers in 2030 oploopt tot 6,7% in Lanaken en 7,1% in Vlaanderen. (1) Deze personen lopen een verhoogd risico om te vallen. Twintig percent van de 65-plussers in België geeft aan te zijn gevallen in de gezondheidsenquête van 2013. Dit loopt op tot 26% van de 75-plussers. (2) De gevolgen van deze vallen zijn niet te onderschatten. De meesten 30-50% hebben slechts een klein letsel zoals een verstuiking of een snijwonde. Tot 10% heeft een ernstiger letsel zoals een heupfractuur of hoofdwonde. Ongeveer 30% van de personen met een heupfractuur overlijdt binnen het jaar na de breuk. Behalve letsels heeft ook een groot percentage last van valangst en vermijdt zo bepaalde activiteiten, wat kan leiden tot sociaal isolement, een verminderde mobiliteit en daardoor ook een hoger valrisico. Personen die vallen hebben verder een 2 tot 3 maal grotere kans om in een woonzorgcentrum te worden opgenomen, zelfs bij een val zonder fysiek letsel.(3) Ongeveer de helft van de ouderen die gevallen zijn (49%), nemen geen maatregelen om een nieuwe val te vermijden. Bij de andere helft zijn de populairste maatregelen het veiliger maken van de thuissituatie (21,8%), het meten van de bloeddruk (15,6%) en kracht- en evenwichtsoefeningen (14,8%). (2)

Om de gezondheid van ouderen te bevorderen en hen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, is valpreventie dus erg belangrijk. In Vlaanderen bestaat er sinds 2010 de praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen. (4) In verschillende thesissen is al geprobeerd deze richtlijn te gebruiken in de huisartsenpraktijk. Meestal beperkte men zich tot de eigen praktijk. (5-7) In Lanaken, waar ik het eerste jaar van mijn opleiding werkte, werd er net een project gestart over de hele gemeente. Dit was het moment om binnen een grotere populatie te testen.

In Lanaken gebeurde er sinds 2012 een valregistratie door het Wit-Gele Kruis. Zij deden een valanamnese en gingen na welke adviezen er gegeven werden na een val. Na 14 dagen volgde een evaluatie over de getroffen maatregelen.(8) In deze dataset viel me op dat er weinig samenwerking was tussen de verschillende disciplines. In 34,8% van de gevallen werd er een huisbezoek of consultatie bij de huisarts gepland. Een overleg tussen arts en verpleegkundige gebeurde bij 9,6%. Een overleg met een ergotherapeut werd slechts bij 1 patiënt gepland. Dit komt neer op 0,7% van het aantal vallen. Een overleg met de kinesitherapeut gebeurde bij 2,2% van de vallen. Bij 3% was er een overleg tussen verpleegkundige en dienst voor thuiszorg. (8)

Ik wilde nagaan of er na een gezamenlijk project, voorafgegaan door een gemeenschappelijke navorming, er meer samenwerking was tussen de verschillende diensten.

Onderzoeksvraag:

Leidt een gecoördineerd project inzake valpreventie tot meer tussenkomsten van hulpverleners in de eerste lijn?

Literatuuronderzoek

Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd in oktober 2014 en begin 2016 werd gezocht of er nog bijkomende literatuur was verschenen. Via de website valpreventie.be werd de Praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen geraadpleegd. Verder werd er gezocht in de Cochrane Library met de Mesh term “accidental falls” naar Cochrane reviews. Dit gaf 8 resultaten waarvan 2 relevant voor thuiswonende ouderen. Daarnaast werd er gezocht in Medline met de MeSH-term “accidental falls/prevention and control”. De filters systematic review, meta-analysis, guideline, English, Dutch, published in the last 5 years en Age >65 year werden gebruikt. Dit gaf 129 resultaten. Dit werd verder verminderd naar 14 resultaten door de Mesh-term “Independent living” toe te voegen. Hiervan werden 3 artikels weerhouden na verder nazicht van titel en abstract. Verder werd er gezocht in Minerva, hier werd 1 artikel van de 8 zoekresultaten weerhouden na screening van de titels. Via de referenties van de gevonden artikels werden nog andere artikels gevonden.

Verschillende meta-analyses van de beschikbare literatuur tonen aan dat interventies die beweging bevorderen en multifactoriële interventies gunstig zijn voor het reduceren van het aantal vallen en dat er tegenstrijdig bewijs is voor vitamine D supplementatie. (9, 10)

Een overzicht van de literatuur leert ons dat richtlijnen uit andere landen gelijkaardig zijn. Zij stellen ook voor om screening te doen naar aanleiding van de vraag of de oudere gevallen is in het afgelopen jaar en om loop- en evenwichtsstoornissen in rekening te brengen. De ouderen die volgens die screening risico lopen om te vallen krijgen een multifactoriële evaluatie en interventie. Deze evaluatie en interventie behelst meestal ongeveer dezelfde risicofactoren. Enkel urine-incontinentie komt niet aan bod in de Vlaamse richtlijn. (4, 11, 12)

Over de implementatie van richtlijnen en programma’s voor valpreventie zijn er ook een aantal artikels verschenen. Belangrijk voor een goede implementatie is een actieve training van de hulpverleners. Er is ook nood aan het veranderen van ideeën en gedrag, zowel bij ouderen als bij hulpverleners.(13)

De kost van een interventie is meestal geen probleem zolang die redelijk is voor de oudere. Eventueel vervoer van en naar een interventie, zoals kinesist of sporten in groep, kan een probleem zijn voor sommige ouderen. Rekening houden met dienstregelingen van openbaar vervoer en eventueel voorzien van individueel vervoer is aan te raden. Een interventie gericht op bewegen is effectiever als de persoon zelf kan kiezen tussen een aantal alternatieven, bijvoorbeeld dans, tai chi of turnen. Dit zorgt voor extra motivatie bij de oudere. Hulpmiddelen zoals een rollator of wandelstok worden gezien als een symbool voor veroudering en verlies van onafhankelijkheid. Daarom worden zij niet graag gebruikt. Sommigen proberen zonder deze hulpmiddelen toch onafhankelijk te zijn en nemen hierdoor berekende risico’s. De steun van familie, vrienden en hulpverleners is erg belangrijk bij het implementeren van veranderingen. Ook de motivatie van de patiënt is erg belangrijk voor het slagen van de interventie. Als hij denkt dat vallen hoort bij het ouder worden en dat hij hieraan niets kan doen, zal hij niet gemotiveerd zijn om mee te werken aan een programma voor valpreventie. Een andere moeilijkheid, maar dan aan de kant van de hulpverlener, is dat de tijd en de extra administratie die hij in valpreventie steekt meestal niet vergoed wordt. (14)

Een onderzoek in Maleisië onderzocht de barrières bij gezondheidsmedewerkers bij het uitvoeren van valpreventie bij ouderen. (15) Een aantal van hun barrières spelen minder bij ons, vermits wij wel een goede richtlijn hebben en onze medewerkers via een bijscholing werden geëduceerd. Andere zijn wel herkenbaar zoals weinig communicatie tussen de verschillende disciplines en een gebrek aan motivatie bij de patiënt.

Moeilijkheden die gemeld werden bij implementatie van de Vlaamse Richtlijn zijn tijdgebrek bij de hulpverlener, gebrek aan motivatie bij de oudere en weinig communicatie tussen hulpverleners. (16) Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen stelt op zijn website tips ter beschikking voor de implementatie van de richtlijn en voor de motivatie van ouderen. (17, 18)

Methode

Ter voorbereiding van het project werd er een multidisciplinaire bijscholing georganiseerd op 28/11/14 in Lanaken. De avond begon met een toelichting over valpreventie door dr. Wertelaers Arlette, voormalig lid van de stuurgroep Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen en medeauteur van de praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen. Daarna gaf een ergotherapeut uitleg over een gratis intermutualistisch initiatief waarbij een ergotherapeut gratis op huisbezoek komt om te bekijken welke aanpassingen er nodig zijn. Hierna volgde een interactieve quiz over de demografie van vallen in Lanaken. Vervolgens gaf een kinesist uitleg over de mogelijkheden van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek en mogelijkheden van gangrevalidatie onder F-pathologie. Ik heb vervolgens mijn deel van het project, de formulieren en procedure uitgelegd. De avond werd besloten met tips over hoe ouderen motiveren tot valpreventie door dr. Wertelaers. Op deze avond was er een grote opkomst van zowel huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten en diensten voor thuiszorg. Er waren naar schatting 18 huisartsen, 10 kinesitherapeuten, 25 verpleegkundigen en 2 ergotherapeuten aanwezig. Dit is een goede representatie van het aantal hulpverleners in de gemeente.

In het Plaatselijk OverlegPlatform (POP) Lanaken werd er een aanmeldingsformulier opgesteld, gebaseerd op de vragenlijst die het Wit-Gele Kruis gebruikte. De POP bestaat uit vertegenwoordigers van medische en paramedische beroepen zoals een huisarts, kinesitherapeut, verpleegkundigen, thuiszorgdiensten,... Deze vragenlijst werd verder aangepast naar duidelijkheid zodat zowel verpleegkundigen, zorgkundigen en diensten voor thuiszorg ermee konden werken. (zie bijlage 1)

Verder stelde ik een informed consentformulier op. (bijlage 2)

Hierna werd er toestemming van de ethische commissie gekregen om te starten met het onderzoek. (bijlage 3)

Vervolgens werden de formulieren aan hoofdverpleegkundige van het Wit-Gele Kruis Lanaken gegeven. Zij zorgde voor de briefing van de verpleegkundigen. Vincent Moermans, domeincoördinator mobiliteit en preventieadviseur van het Wit-Gele Kruis Limburg, zorgde voor een elektronische versie van het

aanmeldingsformulier, zodat de verpleegkundige de registratie kon doen in het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD).

Zelfstandige verpleegkundigen werden telefonisch gecontacteerd en uitgenodigd om mee te doen aan dit onderzoek.

De verschillende thuiszorgdiensten werden door mij telefonisch gecontacteerd, zij wilden echter niet meewerken. Ze zagen het onderzoek als te belastend voor hun personeel.

Procedure:

Bij elke val of bij personen met loop- en of evenwichtsstoornissen bij thuiswonende ouderen boven 65 jaar werd het aanmeldingsdocument ingevuld. (zie bijlage 1) Er werd door verpleegkundige of thuishulp ook een informed consent afgenomen en ondertekend. In geval van een wilsonbekwame patiënt werd dit getekend door de familie. (zie bijlage 2)

De verpleegkundige stuurde dit formulier binnen de week naar de huisarts van de patiënt. Deze stuurde het formulier ook geanonimiseerd door naar de zorgtrajectpromotor, die de formulieren bijhield voor later onderzoek. Nicole Doumen is de zorgtrajectpromotor van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) Maasland Zuid. Zij houdt onder meer gegevens bij over de zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie in Lanaken en Maasmechelen. Zij stuurt hiervoor herinneringsmails naar artsen indien het zorgtraject niet meer in orde is. Aangezien zij ervaring heeft met het sturen van herinneringsmails, was zij bereid om ook voor dit project de artsen te herinneren om hun formulier in te vullen.

De anonimiteit van de proefpersonen werd gegarandeerd door het coderen van het aanmeldformulier. Enkel de laatste 7 cijfers van de rijksregisternummer bleven behouden, zodat de huisarts van de patiënt deze nog kan terugvinden in zijn EMD.

De huisarts vulde binnen de week de werkfiche van de praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen in. (zie bijlage 4) Hij of zij voerde de noodzakelijke interventies uit en documenteerde dit op de werkfiche. Er werd gevraagd om na 1 maand, 3 maanden en 6 maanden follow-up te doen over de ingestelde interventies.

De zorgtrajectpromotor stuurde per e-mail herinneringen door naar de huisartsen om de werkfiche in te vullen en om aan follow-up te doen. Er werd gekozen voor deze aanpak omdat zij vertrouwd was om hetzelfde te doen voor de zorgtrajecten in de gemeente.

De aanmeldingsformulieren en werkfiches werden anoniem onderzocht door de onderzoeker. Deze gegevens werden vergeleken met de gegevens van het Wit-Gele Kruis Lanaken in de periode 01/11/2012-31/01/2014.

De analyses gebeurden in Microsoft Excel.

Resultaten

De zelfstandige verpleegkundigen werkzaam in Lanaken werden telefonisch gecontacteerd en geïnteresseerden werden uitgenodigd voor een vergadering op 15/04/15. Er waren slechts een viertal zelfstandige praktijken aanwezig (van ongeveer 13 praktijken), maar er werd toch uitleg gegeven over het project en de andere geïnteresseerden werden via e-mail geïnformeerd.

Op 02/04/15 vond de LOK-vergadering in Lanaken plaats. Daar heb ik uitleg gegeven over het project aan alle huisartsen van Lanaken. Slechts enkele huisartsen waren afwezig. Iedereen (inclusief de afwezige artsen) kreeg per mail uitleg over de procedure en de nodige formulieren. In deze e-mail stonden ook mijn contactgegevens voor verdere vragen en problemen.

Het aantal proefpersonen werd op voorhand niet vastgelegd. Er werd geïncludeerd van 01/03/2015 tot 01/10/2015. Op die manier werden er 106 vallen bij 103 patiënten geregistreerd. Eén patiënt viel tweemaal tijdens deze periode, een andere driemaal. Eén patiënt wenste niet verder opgevolgd te worden en een andere werd niet meer gezien door de huisarts. Twee patiënten overleden gedurende de registratieperiode.

Als we kijken naar de verdeling van de herkomst van de aanmeldformulieren, valt op dat deze vooral van het Wit-Gele Kruis komen. Van de zelfstandige verpleegkundigen heeft slechts 1 praktijk aanmeldformulieren ingestuurd. Na enkele maanden liet ze weten dat ze hiermee ging stoppen om wille van de te hoge werkdruk. De andere praktijken hebben ondanks herhaaldelijke aansporingen via e-mail niets gestuurd. Zoals eerder vermeld waren de thuiszorgdiensten niet bereid om mee te werken, maar desondanks hebben we toch 1 aanmeldformulier gekregen.

In de volgende paragrafen vergelijk ik met de gegevens uit 2012-2014 waar mogelijk. Dit betreft een analyse van 135 vallen. De analyse gebeurde met de z-test. Bij een absolute z-waarde > 1,95 wordt de nulhypothese dat beide percentages hetzelfde zijn, verworpen met een betrouwbaarheid van 95% (α=0,05). Deze waarden worden in het vet weergegeven.

Aanmeldformulieren verpleegkundigen

Valanamnese

Bij de analyse van de valanamneses valt op dat de meerderheid (71,69%) niets voelde voor de val. Dit is een significant verschil met de gegevens in 2012-2014. De meeste vallen gebeuren bij lopen in en rond het huis (49,06%), men valt het meeste in de slaapkamer (17,31%), woonkamer (18,27%) of in de keuken (12,5%). Men valt meestal overdag: 32,69% in de voormiddag, 33,65% in de namiddag. Deze laatste drie kenmerken van de val zijn grotendeels gelijk gebleven aan de gegevens uit 2012-2014.

Wat voelde de patiënt vooraleer hij viel?

	2015		2012-2014		p'	z-test
Duizeligheid	17	0,160377	20	0,148148	0,153527	0,261403
Misselijkheid	2	0,018868			0,008299	1,602649
Hartkloppingen	0	0			0	
Hij voelde niets	76	0,716981	59	0,437037	0,560166	**4,345901**
Door de benen gezakt	15	0,141509	12	0,088889	0,112033	1,285568
Overige	13	0,122642	26	0,192593	0,161826	-1,46357
Blanco	0	0	18	0,133333	0,074689	**-3,90821**
Totaal	106	1	135	1		

Wat was de patient aan het doen tijdens de val?

	2015		2012-2014		p'	z-test
Lopen in en om huis	52	0,490566	41	0,303704	0,385892	**2,957861**
Slapen of rusten	9	0,084906	18	0,133333	0,112033	-1,18313
Persoonlijke verzorging	8	0,075472	4	0,02963	0,049793	1,623993
Vrijetijdsbesteding	16	0,150943	5	0,037037	0,087137	**3,112113**
Gaan zitten of staan	10	0,09434	28	0,207407	0,157676	**-2,39071**
huishoudelijke activiteiten	8	0,075472	13	0,096296	0,087137	-0,56896
Overage	0	0	19	0,140741	0,078838	**-4,02434**
Blanco	3	0,028302	7	0,051852	0,041494	-0,90994
Totaal	106	1	135	1		

Waar was de patiënt toen hij viel?

	2015		2012-2014		p'	z-test
Slaapkamer	18	0,169811	32	0,237037	0,207469	-1,2775
Woonkamer	19	0,179245	34	0,251852	0,219917	-1,35079
Toilet	3	0,028302	4	0,02963	0,029046	-0,06092
Tuin	15	0,141509	6	0,044444	0,087137	**2,651978**
Hal	6	0,056604	3	0,022222	0,037344	1,397296
Badkamer	10	0,09434	10	0,074074	0,082988	0,566077
Keuken	13	0,122642	15	0,111111	0,116183	0,277271
Elders dan thuis	13	0,122642	8	0,059259	0,087137	1,731709
Kelder	2	0,018868	1	0,007407	0,012448	0,796496
Trap	2	0,018868	4	0,02963	0,024896	-0,53223
Berging	3	0,028302	2	0,014815	0,020747	0,72913
Overige	0	0	10	0,074074	0,041494	**-2,86212**
Blanco	2	0,018868	6	0,044444	0,033195	-1,10014
Totaal	106	1	135	1		

Wanneer is patiënt gevallen?

	2015		2012-2014		p'	z-test
Voormiddag	34	0,320755	51	0,377778	0,352697	-0,91962
Namiddag	35	0,330189	35	0,259259	0,290456	1,203948
Avond	20	0,188679	35	0,259259	0,228216	-1,2959
Nacht	8	0,075472	14	0,103704	0,091286	-0,75533
Niet gekend	1	0,009434		0	0,004149	1,130881
Blanco	8	0,075472		0	0,033195	**3,246306**
Total	106	1	135	1		

Het aantal vallen met letsel is ongeveer hetzelfde gebleven met 67,92%. De meeste letsels bevinden zich ter hoogte van de ledematen (armen 24,53%, benen 16,04%), het gelaat(16,04%) en de heup en stuit(12,26%). De vergelijking met vorig onderzoek is moeilijk omdat er andere benamingen werden gebruikt. De ernst van de letsels viel mee. De grote meerderheid (53,77%) vertoonde enkel kneuzingen, schaafwonden of kleine snijwonde die geen verzorging nodig hebben. Ongeveer een vijfde (20,75%) had grotere wonden of verstuikingen die wel verzorging nodig hadden door een arts of verpleegkundige. Slechts 5,66% had een botbreuk, bewustzijnsverlies of een ander letsel dat de tussenkomst van een arts noodzakelijk maakte. Deze verdeling is niet significant verschillend met de gegevens uit 2012-2014. In dit onderzoek had 59,43% hulp nodig om recht te komen, dit is bijna 8% meer dan voordien, maar dit verschil is niet significant verschillend.

Heeft de patiënt letsels opgelopen tgv de val?

	2015		2012-2014		p'	z-test
Ja	72	0,679245	93	0,688889	0,684647	-0,15993
Nee	32	0,301887	42	0,311111	0,307054	-0,15409
Blanco	2	0,018868		0	0,008299	1,602649
Totaal	106	1	135	1		

Plaats van de letsels

	2015		2012-2014		P'	z-test
Hand	5	0,04717	7	0,051852	0,049793	-0,16587
Onderarm	12	0,113208				
Bovenarm	9	0,084906				
Voet	0	0				
Onderbeen	9	0,084906				
Bovenbeen	8	0,075472				
Meerdere plaatsen op het lichaam	4	0,037736				
Heup en stuit	13	0,122642	8	0,059259	0,087137	1,731709
Borst en buik	3	0,028302	6	0,044444	0,037344	-0,65605
Rug	5	0,04717	4	0,02963	0,037344	0,712848
Hals	0	0				
Voorkant hoofd	17	0,160377				
Achterkant hoofd	0	0				
Knie			14	0,103704		
been, onderarm, bovenarm			21	0,155556		
Schouder			2	0,014815		
Elleboog			8	0,059259		
Hoofd			14	0,103704		
Blanco	21	0,198113	51	0,377778	0,298755	**-3,02469**
Totaal	106	1	135	1		

Ernst van de letsels

	2015		2012-2014		p'	z-test
Ernstklasse 1	57	0,537736	63	0,466667	0,497925	1,095283
Ernstklasse 2	22	0,207547	17	0,125926	0,161826	1,707747
Ernstklasse 3	6	0,056604	4	0,02963	0,041494	1,042245
Blanco	21	0,198113	51	0,377778	0,298755	**-3,02469**
Totaal	106	1	135			

Kwam de patiënt recht na de val zonder hulp?

	2015		2012-2014		p'	z-test
Nee	63	0,59434	70	0,518519	0,551867	1,174845
Ja	40	0,377358	65	0,481481	0,435685	-1,61812
weet ik niet	3	0,028302		0	0,012448	**1,966956**
Totaal	106	1	135	1		

Mobiliteit

Slechts 23,58% van de onderzochte personen had een normaal gangpatroon volgens de verpleegkundige. Bij de overigen werd het gangpatroon in 41,51% van de gevallen onstabiel genoemd en bij 55,66% schuifelend. Ongeveer 70% vertoonde een vertraagd stappatroon. Er was bij 9 op 10 een doelgerichte verplaatsing.

Ongeveer de helft van de proefpersonen heeft een hulpmiddel om zich te verplaatsen binnenshuis (53,77%) of buitenshuis (48,11%). Een minderheid kan zich enkel onder toezicht verplaatsen (13,21-16,04%). Van diegenen met hulpmiddel gebruikt 45% een rollator of gaankader, 25% gebruikt een wandelstok, 3% gebruikt een scootmobiel en 32% gebruikt het meubilair. Deze gegevens werden niet bijgehouden in het eerste onderzoek, dus hier kan geen vergelijking gebeuren.

Slechts 20,75% is al in behandeling bij een kinesist. De overige 70,75% niet en bij 8,59% is dit niet geweten.

Hoe is het wandelpatroon?

Onstabiel	44	41,51%
Stabiel	17	16,04%
Normaal	25	23,58%
Schuifelend	59	55,66%
Rechtop	12	11,32%
Voorovergebogen	31	29,25%
Kan staan, niet lopen	5	4,72%
Kan niet staan, niet lopen	1	0,94%
Totaal	106	100,00%

Doelgerichte verplaatsing?

Ja	95	89,62%
Nee	10	9,43%
Blanco	1	0,94%
Totaal	106	100,00%

Snelheid bij verplaatsen

Normal	23	21,70%
Vertraagd	74	69,81%
Versneld	5	4,72%
Blanco	4	3,77%
Totaal	106	100,00%

Aard van hulp bij het verplaatsen?

hulpmiddel binnenshuis	57	53,77%
hulpmiddel buitenshuis	51	48,11%
derden binnenshuis	9	8,49%
derden buitenshuis	17	16,04%
toezicht binnenshuis	17	16,04%
toezicht buitenshuis	14	13,21%
Totaal	106	100,00%

Welke zijn de aanwezige hulpmiddelen?

Wandelstok	26	24,53%
rollator/gaankader	48	45,28%
Rolstoel	18	16,98%
meubilair	34	32,08%
scootmobiel	3	2,83%
Overig	5	4,72%
Overige:		
Traplift	3	2,83%
Brace	2	1,89%
Totaal	106	100,00%

Is de patiënt in behandeling bij een kinesitherapeut?

Ja	22	20,75%
Nee	75	70,75%
ik weet het niet	4	3,77%
Blanco	5	4,72%
Totaal	106	100,00%

Zicht

Van de ondervraagde patiënten geeft 20,75% aan minder goed te zien. 16,04% heeft een multifocale bril.

Voeten en schoeisel

Volgens de verpleegkundige draagt 29% instekers in plaats van vaste schoenen.

Welk schoeisel draagt de patiënt voornamelijk?

Vast schoeisel (schoenen die de volledige schoen omsluiten)	63	59,43%
Instekers (schoenen waarbij de hiel vrij blijft zoals slippers, sloffen)	31	29,25%
Orthopedische schoenen	5	4,72%
Blanco	7	6,60%
Totaal	106	100,00%

Gedrag

24% vertoont volgens de verpleegkundige gevaarlijk gedrag zoals lopen zonder hulpmiddel, schoenen niet goed vastmaken, 's nachts opstaan en rondlopen,....

Van de onderzochte patiënten heeft 38% een personenalarm. Dit is niet verschillend van het vorig onderzoek. Van die 38% gebruikt 30% dit niet na een val. De uitleg die ze hiervoor geven zijn: vergeten dat ze het om hebben, vergeten om het aan te doen, men denkt dat men hen niet kan horen of wil liever alles zelf doen. Er is wel verbetering merkbaar. In het vorige onderzoek gebruikte bijna 80% het alarm niet na een val. Dit is een significant verschil.

Is er een personenalarm aanwezig?

	2015		2012-2014		p'	z-test
Ja	40	0,377358	53	0,392593	0,385892	-0,24114
Nee	64	0,603774	75	0,555556	0,576763	0,752022
ik weet het niet	0	0				
Blanco	2	0,018868	7	0,051852	0,037344	-1,3405
Totaal	106	1	135	1		

Gebruikt de patiënt het personen alarm?

	2015		2012-2014			
Ja	25	0,625	11	0,207547	0,387097	**4,091929**
Nee	12	0,3	41	0,773585	0,569892	**-4,56709**
Blanco	3	0,075	1	0,018868	0,043011	1,320978
Totaal	40	1	53	1		

Omgeving

De meest voorkomende omgevingsfactor die het risico op een val vergroot, is de aanwezigheid van tapijten in 60% van de gevallen. Andere omgevingsfactoren zijn: trappen in de leefruimte (26%), slapen op de bovenverdieping (32%), aanwezigheid van obstakels (34%), aanwezigheid van huisdieren (27%).

In 29% van de gevallen gebeurden er woningaanpassingen, maar slechts 2% deed daarbij beroep op een ergotherapeut.

Medicatie

De verpleegkundigen schatten dat 87% zijn medicatie correct inneemt. Bij 57% van alle patiënten is er toezicht op de medicatie-inname. Bij 71% waarvan de verpleegster stelt dat die de medicatie niet correct innemen, is er al toezicht op medicatie-inname. De verpleegkundigen werd niet gevraagd om te oordelen of de patiënt risicovolle medicatie neemt, dit werd wel aan de artsen gevraagd (zie verder).

Valangst

Van de proefpersonen heeft 48% angst om te vallen. Van hen vermijdt 53% bepaalde activiteiten uit angst om te vallen.

De volgende interventies werden al door de verpleegkundige of thuiszorgdienst genomen.

Welke interventies werden gedaan door verpleegkundige of thuiszorgdienst?

	2015		2012-2014		p'	z-test
overleg met huisarts	2	0,0188679	13	0,096296	0,062241	**-2,46961**
Advies loophulpmiddel	32	0,3018868	49	0,362963	0,3361	-0,99632
Inschakeling en/of overleg met kinesitherapeut	0	0	3	0,022222	0,012448	-1,54442
Advies personenalarm	44	0,4150943	49	0,362963	0,385892	0,825192
Advies medicatie en therapietrouw	19	0,1792453	11	0,081481	0,124481	**2,281942**
Toezicht op medicatie-inname	19	0,1792453	23	0,17037	0,174274	0,180277
Advies rond dragen bi- of multifocale bril	4	0,0377358	4	0,02963	0,033195	0,348677
Advies met betrekking veilig schoeisel	37	0,3490566	40	0,296296	0,319502	0,871903

Inschakeling en/of overleg met ergotherapeut	2	0,0188679	1	0,007407	0,012448	0,796496
Advies ivm omgevingsveiligheid	28	0,2641509	40	0,296296	0,282158	-0,55039
Advies ivm onveilig gedrag	34	0,3207547	40	0,296296	0,307054	0,408585
Advies ivm valrisicofactoren bij valangst	10	0,0943396	24	0,177778	0,141079	-1,84701
aantal vallen	106	1	135	1		

Wat opvalt is dat er significant minder overleg is tussen huisarts en verpleegkundige. De verpleegkundige gaf deze keer ook significant meer advies over medicatie en therapietrouw (17,92% ipv 8,14%).

Werkfiches huisartsen

De meeste huisartsen hebben geen enkele vragenlijst doorgestuurd. Het zou kunnen dat ze deze wel hebben ingevuld of overlopen, maar niet hebben doorgestuurd naar de zorgtrajectverantwoordelijke. Slechts 1 huisarts heeft alle vragenlijsten die hij ontvangen heeft ingevuld. De overigen vulden slechts 20-25% van de aanmeldingsformulieren in die ze gekregen hadden. We ontvingen 8 werkfiches om te onderzoeken. De artsen kregen herinneringsmails om een formulier in te sturen en om aan follow-up te doen.

Om wille van deze erg kleine steekproef hebben we te weinig gegevens om de valanamnese te bespreken. Ik beperk me hierom tot de valanamnese van de verpleegkundigen, die gelijkaardige vragen stelt en hierboven reeds besproken werd.

Medicatie

Minstens 50% van de 8 patiënten uit deze steekproef neemt meer dan 4 verschillende geneesmiddelen. 75% neemt medicatie met een verhoogd risico op vallen zoals sedativa, antidepressiva, antipsychotica, anti-epileptica, antihypertensiva, diuretica, digoxine en type IA antiaritmica.

Orthostatische hypotensie

Van de 8 patiënten ervaart 38% last bij het rechtkomen. Slechts bij 1 persoon was er een gedocumenteerde bloeddrukdaling van liggend naar staand van meer dan 20 mmHg systolisch of 10 mmHg diastolisch of een daling tot een systolische bloeddruk onder 90 mmHg. In deze beperkte groep was er niemand met orthostatisch tachycardiesyndroom. Deze testen werden bij elke patiënt uitgevoerd.

Zicht

Van de 8 patiënten geeft 75% aan moeite te hebben met zien. Dit is veel meer dan bij de verpleegkundigen, vermoedelijk door de te kleine steekproef. De helft van de patiënten is in het laatste

jaar naar oogarts geweest. Niemand van hen heeft last met een bifocale bril of ze hebben dit niet. Er werd slechts tweemaal een lineaire E-test uitgevoerd, dit gebeurde door dezelfde arts.

Voeten en schoeisel: Slechts 1 persoon van de 8 heeft voetproblemen. Er zijn 2 personen met risicohoudend schoeisel (25%).

Omgeving en gedrag

Opvallend is dat huisartsen de omgeving minder risicovol inschatten. Bij elk van deze 8 patiënten stelde de verpleegkundige minstens 1 onveilige omgevingsfactor vast. De huisartsen deden dit slechts bij 25%. In de tabel werd het antwoord van de dokter in het vet weergegeven indien dit verschilde van de verpleegkundige. Voor risicovol gedrag is er eenzelfde tendens. Er wordt 50% meer risicovol gedrag gerapporteerd door de verpleegkundige dan door de huisarts. Er is echter ook 50% waarin ze overeenkomen. De reden voor deze discrepantie kan zijn dat de verpleegkundige dagelijks of enkele keren per week langskomt en de huisarts maar 1 of 2 keer per maand.

	vermoeden van risicovolle omgeving		**vermoeden van onveilig gedrag**	
Patiënt nr	Dokter	Vpk	Dokter	Vpk
6	**Nee**	ja (tapijten en obstakels)	**nee**	Ja
8	**Nee**	ja (tapijten en obstakels)	**nee**	Ja
9	**Nee**	ja (trappen, tapijten en obstakels)	nee	Nee
19	Ja	ja (tapijten, huisdieren en obstakels)	ja	Ja
28	**Nee**	ja (tapijten)	nee	Nee
28	**Nee**	ja (tapijten)	**nee**	Ja
45	**Nee**	ja (tapijten, onvoldoende loopruimte, obstakels)	**nee**	Ja
65	Ja	ja (onvoldoende verlichting, onvoldoende loopruimte, obstakels)	nee	Nee

Mobiliteit

Slechts 1 patiënt werd geëvalueerd in het kader van F-pathologie en kreeg een oefenprogramma. 63% van de patiënten gebruikt een loophulpmiddel.

Interventies

De grote meerderheid (88%) van deze 8 patiënten kreeg een kritische herevaluatie van de medicatie. Bij 1 patiënt gebeurde daarna een graduele dosisreductie. Bij 1 patiënt werd er een geriater geconsulteerd. Twee patiënten kregen uitleg over nevenwerkingen en het belang van therapietrouw.

In verband met orthostatische hypotensie kregen 2 patiënten een etiologische diagnose en behandeling, 2 andere patiënten kregen uitleg over compensatiestrategieën.

Er werd 1 patiënt werd doorverwezen naar een oftalmoloog omwille van problemen met het zicht.

De helft van de patiënten kreeg uitleg over veilig schoeisel.

Bij 88% werd de patiënt en zijn familie attent gemaakt op onveilige situaties en gedrag. Bij 1 patiënt werden losliggende matten verwijderd uit de woning.

Twee patiënten kregen uitleg over valrisicofactoren. Niemand kreeg een oefenprogramma door de kinesist of uitleg hoe recht te komen na een val. Aan 3 patiënten werd uitleg gegeven over een personenalarm.

Follow-up vond plaats bij 3/8 patiënten. Slechts bij 1 patiënt gebeurde dit 3 maal zoals afgesproken.

Evaluatie fractuurrisico

Nagaan of er voldoende inname was van vitamine D en Calcium werd gedaan bij bijna alle ptn (7/8). Bij 2 patiënten werd dit voorgeschreven.

Als we dit vergelijken met een andere thesis die deze werkfiche gebruikte is er een overeenkomst tussen interventies die altijd en (bijna) nooit worden uitgevoerd. De lineaire E-test worden zelden uitgevoerd (in de andere thesis nooit), een verwijzing naar de geriater in verband met medicatie of orthostatische hypotensie werd nooit uitgevoerd. Ook een verwijzing naar de podoloog of het aanraden van een heupprotector werd nooit gedaan. (5) Volgens een artikel in Minerva zijn die heupprotectoren ook niet bewezen effectief. (19)

Om te onderzoeken waarom er weinig formulieren werden doorgestuurd, werd een navraag gedaan bij de huisartsen via e-mail. Hierin werd gevraagd of ze aandacht aan valpreventie hadden gegeven na de aanmelding en indien dit zo was, waarom ze het formulier niet hadden ingestuurd. Hier kwamen enkele gelijkaardige reacties uit. De meeste artsen die deze vraag beantwoord hebben, hebben wel aandacht besteed aan valpreventie bij het volgende huisbezoek, maar zijn de formulieren vergeten in te vullen of door te sturen. Tijdsgebrek kwam bij de meeste artsen naar boven als oorzaak. Eén arts melde dat hij geen formulieren ontvangen had, terwijl er bij ons wel 3 formulieren waren aangekomen. Er waren dus blijkbaar ook communicatieproblemen tussen verpleegkundige en arts.

Discussie

Wat er vooral opvalt bij dit onderzoek, is dat er weinig medewerking was van de verschillende disciplines ondanks het initieel enthousiasme op de bijscholing. Enkel het Wit-Gele Kruis, die dit al geïmplementeerd had in hun werking, verleende grote medewerking.

De zelfstandige verpleegkundigen waren op voorhand al minder bereid om mee te werken, omdat ze het een te hoge werkbelasting vonden. Een andere verpleegkundige liet halverwege de onderzoeksperiode weten dat ze geen aanmeldingen meer zou doen om wille van de te hoge werkdruk.

Ik vermoed dat het voor de huisartsen ook wordt gezien als een te hoge werkbelasting. Het vraagt natuurlijk ook een extra inspanning om op huisbezoek te gaan bij een patiënt die misschien geen letsel heeft na de val. Anderzijds wordt dit soort fraile oudere gemiddeld eenmaal per maand gezien en kan het invullen van de werkfiche ook gebeuren tijdens een routineconsult. Bij nadere navraag bleek de meerderheid inderdaad aandacht te hebben geschonken aan de val en risicofactoren opgespoord te hebben. Administratieve belasting en tijdsgebrek zorgden ervoor dat er geen formulieren werden ingestuurd.

De grootste tekortkoming van mijn onderzoek is dan ook de lage respons, vooral van artsen, maar ook van zelfstandige verpleegkundigen en thuiszorgdiensten. Ik denk dat een volgend onderzoek meer aandacht moet besteden aan de motivatie van de medewerkers om mee te werken ondanks een hogere administratieve belasting. Of er zou een manier moeten gevonden worden om deze administratieve belasting te verlagen.

Daarnaast kunnen we ook stellen dat er initieel wel een grote interesse was op de bijscholing, maar dat dit geen gedragsverandering heeft gebracht. Er wordt nog steeds weinig samen gewerkt aan valpreventie. In dit onderzoek was er zelfs minder overleg tussen huisarts en verpleegkundige. Dit zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat verpleegkundigen het aanmeldformulier zien als een middel van communicatie en daarnaast minder behoefte hebben om met de huisarts van de patiënt te overleggen. Enkel een multidisciplinaire bijscholing en melding van elk incident aan de arts is dus niet voldoende om meer samenwerking te promoten.

Een andere tekortkoming is dat er geen uitgebreid kwalitatief onderzoek is uitgevoerd om te achterhalen welke barrières er zijn die hulpverleners tegenhouden om mee te werken aan de interventies. Een volgende thesis zou dit nog verder kunnen uitwerken.

Naar aanleiding van dit onderzoek heb ik een aantal verbeterpunten voor het handelen van de huisarts. Er zou meer moeten samengewerkt worden tussen de verschillende medische en paramedische hulpverleners. Indien we samenwerken, kunnen we elkaars sterke punten gebruiken die complementair zijn. De verpleegkundige of thuiszorgdienst brengt het meeste tijd door met de patiënt en is dus het best geplaatst om de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving te evalueren. Zij zijn vaak ook de eerste die horen van de val en kunnen dit hierdoor melden bij de arts voor een verdere evaluatie. De kinesitherapeut is het best geplaatst om de mobiliteit te evalueren. Dit gebeurt in Lanaken nog te weinig. Op de bijscholing heeft een kinesitherapeut uitleg gegeven over de mogelijkheid van een

diagnostisch consult voor de behandeling. Dit gebeurt nu erg weinig. Ik denk dat er zeker ruimte is om een oefenprogramma voor valpreventie uit te breiden naar een groter aantal patiënten. Ook evaluatie voor F-pathologie kan nog vaker gebeuren. Verder gebeurt een evaluatie van de woning door een ergotherapeut slechts bij een klein aantal patiënten. Dit zal niet bij alle patiënten nodig zijn, maar vermoedelijk wel bij een hoger percentage dan nu gebeurt. Omdat de meeste mutualiteiten een huisbezoek door een ergotherapeut gratis aanbieden, zou dit meer moeten gemeld worden aan de patiënt en zijn mantelzorgers.

Verder zou de huisarts nog meer gesensibiliseerd moeten worden om aan valpreventie te doen. Enkel een bijscholing en de onderzochte interventie is blijkbaar onvoldoende om een gedragsverandering teweeg te brengen. Misschien kan hier meer aandacht aan worden besteed in de opleiding geneeskunde, zodat studenten die stage lopen de artsen hiervoor extra kunnen sensibiliseren.

In een volgend onderzoek zou er voldoende aandacht moeten besteed worden aan het minimaliseren van de administratieve belasting. Dit is nu een groot struikelblok voor de hulpverleners. Hierdoor waren zij minder gemotiveerd om mee te werken. Daarnaast is het motiveren van de hulpverleners op zich ook erg belangrijk voor het slagen van een interventie over een hele gemeente.

Besluit

Met dit project onderzochten we of een gecoördineerd project inzake valpreventie leidt tot meer tussenkomsten van hulpverleners in de eerste lijn. Door middel van een aanmelding van de verpleegkundige bij een val en een multifactoriële evaluatie en interventie door de huisarts wilden we een nieuwe val voorkomen. De resultaten leren ons dat er weinig formulieren werden ingestuurd door zelfstandig verpleegkundigen en huisartsen. Dit werd toegeschreven aan tijdsdruk en administratieve belasting. Er werd ook een analyse gemaakt van de gegevens uit de valanamneses in 2015 en 2012-2014. Deze waren vrij gelijkaardig. Er is wel een verbetering merkbaar op vlak van het personenalarmsysteem. Dit werd in 2015 meer gebruikt na een val. Daarnaast valt op dat verpleegkundigen beter inschatten of de omgeving of het gedrag van de patiënt risicofactoren bevat om te vallen. Verder merken we op dat er ondanks de interventie, minder overleg is tussen verpleegkundige en huisarts. Ook overleg met kinesitherapeut en ergotherapeut gebeurt nog steeds weinig. We kunnen dus besluiten dat dit gecoördineerd project niet voldoende is. Er is nog steeds ruimte voor meer samenwerking tussen de eerste lijn. Verder onderzoek focust best op verminderen van administratieve belasting en tijdsduur van de interventie, zodat er meer tijd vrijkomt voor overleg en samenwerking.

Referenties

1. VIGeZ. Gemeentelijke steekkaart "Ouderen en BOEBS" voor Lanaken. 2013.
2. Charafeddine R, Demarest Se. Gezondheidsenquete 2013. Rapport 4: fysieke en sociale omgeving. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. 2013.
3. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Valproblematiek: gevolgen 2009-2015 [Available from: http://www.valpreventie.be/Zorgverlener/Valproblematiek/Gevolgen.aspx.
4. Milisen K, Coussement J, Vlaeyen E, Bautmans I, Bertrand I, Boonen S, et al. Valpreventie bij thuiswonende ouderen.: ACCO Uitgeverij; 2010.
5. Debaere B, Vercruysse N. Valkuilen in valpreventie? : KU Leuven; 2013.
6. Op de Beeck P. Op weg naar een beter aanpak van valpreventie bij thuiswonende ouderen: KU Leuven.
7. Verhasselt L. Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk: KU Leuven; 2013.
8. Vincent M. Afdeling Lanaken. Wit-Gele Kruis Limburg. 01/11/2012-31/01/2014.
9. Stubbs B, Brefka S, Denkinger M. What works to prevent falls in community-dwelling older adults? Umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. Physical Therapy. 2015;95(8):1095-110.
10. Chevalier P. Valpreventie bij thuiswonende ouderen. Minerva. 2010;9(5):50-1.
11. Avin K, Hanke T, Kirk-Sanchez N, McDonough C, Shubert T, Hardage J, et al. Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association Physical Therapy. 2015;95(6):815-34.
12. Geriatrie NVvK. Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.; 2004.
13. Goodwin V, Jones-Hughes T, Thompson-Coon J, Boddy K, Stein K. Implementing the evidence for preventing falls among community-dwelling older people: A systematic review Journal of Safety Research. 2011;42:443-51.
14. Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. Implementation Science. 2012;7(91).
15. Loganathan A, Ng C, Tan M, Low W. Barriers faced by healthcare professionals when managing falls in older people in Kuala Lumpur, Malaysia: a qualitative study BMJ Open2015.
16. 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.
17. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Tips bij implementatie 2009-2015 [Available from: http://www.valpreventie.be/Zorgverlener/Valpreventiebijthuiswonendeouderen/Tipsbijimplementatie.aspx.
18. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Hoe ouderen motiveren 2009-2015 [Available from: http://www.valpreventie.be/Zorgverlener/Hoeouderenmotiveren.aspx.
19. Chevalier P. Heupprotectoren: nog steeds geen bewijs voor preventie van fracturen. Minerva. 2008 7(1):16.

Bijlagen

Bijlage 1: aanmeldingsformulier

Bijlage 2: informed consent

Bijlage 3: toestemming ethische commissie

Bijlage 4: werkfiche valpreventie Vlaanderen

Bijlage 5: aanvraagformulier ethische commissie

Bijlage 1: Aanmeldingsformulier

Valpreventie POP Lanaken november 2014

Aanmeldingsdocument Valpreventie POP Lanaken

Naam patiënt: **Rijksregisternummer:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Initialen patiënt: ☐☐ **Huisarts:**

Aanmelding:

Aanmelding door: Thuisverpleegkundige: ❒ Zelfstandig: naam: .....
Emailadres:
❒ Dienstverband:.....
Emailadres:
Verzorgende/helpster: ❒ Dienst: .....
Emailadres:

Reden aanmelding: Datum aanmelding: ☐☐☐☐☐☐

- ❒ Acuut valincident (zie valanamnese)
- ❒ Twee of meerdere valincidenten het afgelopen jaar
- ❒ Loop- en/of evenwichtsstoornissen
- ❒ 1 valincident het afgelopen jaar EN loop- en/of evenwichtsstoornissen

Valanamnese (meest recente val) Datum van val:

Wat voelde de patiënt vooraleer hij viel?	❒ Duizeligheid ❒ Misselijkheid ❒ Hartkloppingen ❒ Hij voelde niets ❒ Door de benen gezakt ❒ Andere	
Wat was de patiënt aan het doen toen hij viel?	❒ Lopen in en om huis ❒ Persoonlijke verzorging ❒ Gaan zitten of staan ❒ Slapen of rusten, ❒ Eten ❒ Vrijetijdsbesteding ❒ Huishoudelijke activiteiten, ❒ Andere	
Waar was de patiënt toen hij viel?	❒ Keuken ❒ Badkamer ❒ Trap ❒ Woonkamer ❒ Slaapkamer ❒ Toilet ❒ Kelder ❒ Hal ❒ Berging ❒ Tuin ❒ Elders dan thuis ❒ Overige	
Wanneer is patiënt gevallen?	❒ Voormiddag ❒ Namiddag ❒ Avond ❒ Nacht	
Had de patiënt letsels opgelopen tgv de val en waar was het letsel+ wat was de ernstklasse?	❒ Er was geen letsel	
	Plaats letsel (vb hoofd, heup, ...)	Ernstgraad (zie nota ernstklasse)
	Letsel 1:	❒1 ❒ 2 ❒3
	Letsel 2:	❒1 ❒ 2 ❒3
	Letsel 3:	❒1 ❒ 2 ❒3
Kwam de patiënt recht na de val zonder hulp?	❒ Ja ❒ Nee	

Ernstklasse 1: Schaafwonde, kneuzingen of huidwondjes die geen of weinig verzorging Ernstklasse 2: Verstuiking, grote/of diepe snijwonden, huidwonden of kleine kneuzingen die een medische en/of verpleegkundige interventie vereisen zoals een hechting, een verband, een spalk of ijszak. Ernstklasse 3: Botbreuken, bewustzijnsverlies, veranderingen in mentale of lichamelijke toestand die de tussenkomst van een arts vereisen en kan resulteren in een verlenging van de zorg of verhoging van de zorgzwaarte.

Bijkomende evaluatie

Mobiliteit

Wandelpatroon	❒ normaal ❒ schuifelend ❒ stabiel ❒ onstabiel ❒ rechtop ❒ voorovergebogen ❒ kan staan, niet lopen ❒ kan niet staan, niet lopen
Snelheid bij verplaatsen	❒ normaal ❒ vertraagd ❒ versneld
Doelgerichte verplaatsing	❒ ja ❒ nee
Aard van hulp bij verplaatsen	Binnenshuis: ❒ hulpmiddel ❒derden ❒toezicht Buitenshuis ❒hulpmiddel ❒derden ❒toezicht
Aanwezige hulpmiddelen	❒ wandelstok/kruk ❒ rollator/gaankader ❒ rolstoel ❒ meubilair ❒ scootmobiel ❒ .....
Behandeling door kinesitherapeut	❒ ja ❒ nee ❒ weet het niet

Zicht

Geeft patiënt aan dat zijn zicht is verminderd?	❒ ja ❒ nee ❒ weet het niet
Gebruik van multifocale bril	❒ ja ❒ nee ❒ weet het niet

Vpk of gezinszorg bezorgt het ingevulde document binnen 1 week na het valincident aan de huisarts.
Ook bezorgt hij/zij een anonieme kopie aan Nicole Doumen via praktijk Dr. J. Conings (postweg 73 te Lanaken)

Voeten en schoeisel

Patiënt draagt voornamelijk	❒ vast schoeisel ❒ slippers ❒ orthopedische schoenen

Omgeving

Is de woning voldoende verlicht?	❒ ja ❒ nee
Aanwezigheid van trappen in leefruimte	❒ ja ❒ nee
Slaapt patiënt op bovenverdieping?	❒ ja ❒ nee
Aanwezigheid van tapijten?	❒ ja ❒ nee
Is er voldoende loopruimte?	❒ ja ❒ nee
Aanwezigheid van obstakels?	❒ ja ❒ nee Indien ja: welke?
Aanwezigheid van huisdieren?	❒ ja ❒ nee
Werden er reeds woningaanpassingen uitgevoerd? (handgrepen, inloopdouche, ..)	❒ ja ❒ nee Indien ja: welke aanpassingen:
Werd er een ergotherapeute ingeschakeld?	❒ ja ❒ nee Indien ja: welke?

Gedrag

Stelt patiënt gevaarlijk gedrag?	❒ ja ❒ nee Indien ja: welk?
Aanwezigheid personenalarm	❒ ja ❒ nee
Gebruikt patiënt het personenalarm?	❒ ja ❒ nee Indien nee: reden?

Medicatie

Neemt patiënt medicatie correct in?	❒ ja ❒ nee ❒ ik weet het niet
Is er toezicht op medicatie-inname?	❒ ja ❒ nee ❒ ik weet het niet Indien ja: door wie?
Indien thuisverpleegkundige de medicatie klaarzet, bezorgt zij de huisarts een recente medicatiefiche	

Valangst

Heeft patiënt angst om te vallen?	❒ ja ❒ nee ❒ ik weet het niet
Vermijdt of beperkt patiënt bepaalde activiteiten uit angst om te vallen?	❒ ja ❒ nee ❒ ik weet het niet

Reeds uitgevoerde acties

Type actie		**Omschrijving van het advies**	Evaluatie
Advies loophulpmiddelen	❒		
Advies Personen alarm systeem	❒		
Advies medicatie en therapietrouw	❒		
Toezicht op medicatie-inname	❒		
Advies rondom dragen van bifocale of multifocale bril	❒		
Advies met betrekking veilig schoeisel	❒		
Inschakeling en/ of overleg met ergotherapeut	❒		
Advies ivm omgevingsveiligheid	❒		
Advies rondom onveilig gedrag	❒		
Advies ivm valrisicofactoren bij valangst	❒		

Vpk of gezinszorg bezorgt het ingevulde document binnen 1 week na het valincident aan de huisarts.
Ook bezorgt hij/zij een anonieme kopie aan Nicole Doumen via praktijk Dr. J. Conings (postweg 73 te Lanaken)

Bijlage 2: Informed consent

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : Samenwerken aan valpreventie

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Ine Vanherle een onderzoek naar valpreventie bij ouderen. Dit onderzoek gebeurt in de periode van februari 2015 tot en met mei 2016, onder toezicht van de Katholieke Universiteit Leuven.

We willen nagaan of er meer hulpverleners betrokken worden bij valpreventie tijdens een gecoördineerd project ten opzichte van de gebruikelijke zorg van het Wit-Gele Kruis. Daarnaast willen we nagaan of deze samenwerking positief wordt ervaren door de verschillende hulpverleners. De uiteindelijke bedoeling is om in de toekomst beter aan valpreventie te doen.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de thuisverpleegkundige of verzorgende een vragenlijst invullen en doorgeven aan uw huisarts. Uw huisarts zal u verder onderzoeken en bepalen of er in uw geval aanpassingen nodig zijn: bijvoorbeeld een wijziging van uw medicatie, oefeningen bij de kinesist, een controle door de oogarts, ... Hij of zij zal u na 1 maand, 3 maanden en 6 maanden contacteren om te vragen of u nog gevallen bent, of u de aangeraden veranderingen hebt uitgevoerd en of er nieuwe maatregelen nodig zijn. Na afloop van de studie zullen de vragenlijsten anoniem verwerkt worden door dr. Vanherle.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts en thuisverpleegkundige of verzorgende.

Deelname aan deze studie zal voor u geen onmiddellijk voordeel of nadeel met zich meebrengen.
Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Ine Vanherle

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: .....

1. Ik bevestig dat .....(naam informerende verpleegkundige of verzorgende in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de KU Leuven en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de KU Leuven en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum..... Handtekening.....
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek en de vragenlijst, zoals beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum..... Handtekening.....
Informerende verpleegkundige of verzorgende

Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie UZ Leuven

Aan:

Johan Buffels

CC:

Ine Vanherle

Postvak IN

woensdag 25 februari 2015 9:54

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

Bijlage 4: Werkfiche Richtlijn Valpreventie 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	☐	☐
o Parallelle stand < 10 sec.	☐	☐
o Semi-tandemstand < 10 sec.	☐	☐
o Tandemstand < 10 sec.	☐	☐
o 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 IA antiaritmica)	☐	☐
- 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 tachycardiesyndroom - 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/multifocale 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/multifocale bril
- ☐ Detectie en behandeling cataract
- ☐ Evaluatie omgevingsveiligheid

Andere en/of bemerkingen:
.....
.....
.....

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

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 (bisfosfonaat 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:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bijlage 5: Aanvraag ethische commissie

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp03385	Samen werken aan valpreventie

Student(en):
Ine Vanherle (ine.vanherle@student.kuleuven.be)
Promotor:
Buffels, Johan
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Vanaf 1/11/2012 tot op heden registreerde het Wit-Gele Kruis Limburg, en ook de afdeling in Lanaken, valanamneses bij hun patiënten. Ze namen die af bij elk valincident waarvan ze op de hoogte werden gebracht. Hieruit bleek dat er weinig samenwerking was tussen de verpleegkundige en de huisarts en andere hulpverleners. In Lanaken start een project over valpreventie waarbij de thuisverpleegkundige of verzorgende aan casefinding doet bij thuiswonende ouderen. Zowel verpleegkundige van het Wit-Gele Kruis, zelfstandige verpleegkundigen en verzorgenden van Familiehulp kunnen de aanmelding doen. Hij of zij vult een formulier in bezorgt dit aan de huisarts. De huisarts zal dan volgens de richtlijn valpreventie Vlaanderen een multifactoriële evaluatie en interventie uitvoeren. Aan dit project werken verpleegkundigen, huisartsen, kinesisten, ergotherapeuten en verzorgenden mee.

Vraagstelling:

Leidt een gecoördineerd project inzake valpreventie tot meer tussenkomsten van hulpverleners in de eerste lijn?

Wat zijn de ervaringen van de hulpverleners met de formulieren en de samenwerking?

Methodologie:

Manier van recruteren: Mannen en vrouwen boven de 65 jaar die gezien worden naar aanleiding van een acute val of diebij navraag in het afgelopen jaar 2 of meer keer gevallen zijn of die gang- en evenwichtsstoornissen vertonen of die zowel gang- en evenwichtsstoornissen vertonen als het afgelopen jaar minstens eenmaal gevallen zijn, worden geïncludeerd door de thuisverpleegkundige of verzorgende. Hij of zij bezorgt de patiënt het informatieformulier en en laat het informed consent tekenen. In geval van een wilsonbekwame patiënt wordt dit getekend door de familie.

Het aantal proefpersonen is onbeperkt. Er wordt geïncludeerd van 01/02/2015 tot 01/10/2015.

Na het recruteren vult de thuisverpleegkundige of verzorgende het aanmeldformulier in. Dit wordt doorgegeven aan de huisarts van de patiënt en de zorgtrajectpromotor, die huisartsen ondersteuning biedt bij het zorgtraject Diabetes en Nierinsufficiëntie. In dit project helpt ze de huisarts door middel van e-mails herinneren aan de follow-up.

De huisarts zorgt voor een contact met de patiënt (op raadpleging of op huisbezoek) en voert een multifactoriële analyse en interventie uit aan de hand van de werkfiche van de praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen. Na 1, 3 en 6 maanden gebeurt er een follow-up waarbij nagegaan wordt of de patiënt de interventie(s) volhoudt, of er nog een valincident heeft plaatsgevonden en of er nieuwe interventies nodig zijn. De zorgtrajectpromotor helpt de huisarts eraan herinneren dat het tijd is voor follow-up.

Het aanmeldformulier en het formulier ingevuld door de huisarts worden anoniem onderzocht door de onderzoeker. Het aantal valincidenten, de valanamnese en uitgevoerde interventies zullen vergeleken worden met de gegevens van 2012-2014. Het aantal tussenkomsten van hulpverleners zal

vergeleken worden met het project van het Wit-Gele Kruis. Na afloop wordt de vragenlijst en de samenwerking geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst.

De anonimiteit van de proefpersonen wordt gegarandeerd door het coderen van het aanmeldformulier. Enkel de laatste 7 cijfers van de rijksregisternummer blijven behouden, zodat de huisarts van de patiënt deze nog kan terugvinden in zijn EMD.

Voordeel voor de deelnemer: door deelname aan dit onderzoek zal zijn valrisico uitvoerig in kaart gebracht worden en zullen er interventies gebeuren die het risico op vallen zullen verlagen.

Risico's: Deze studie houdt voor de deelnemers waarschijnlijk geen enkel risico in.

De deelnemers staan niet onder voortdurend toezicht van een arts. In geval van verwikkelingen dienen zij hun eigen huisarts of de arts van wacht te contacteren.

Referenties:

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/Valpreventiebijthuiswonendeouderen/Praktijkrichtlijn.aspx

In bijlage bij deze aanvraag zat bijlage 1, 2 en 4 van deze thesis.