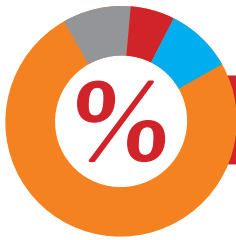


Duurzaam werken aan valpreventie



Onderzoeksverslag



Duurzaam werken aan valpreventie

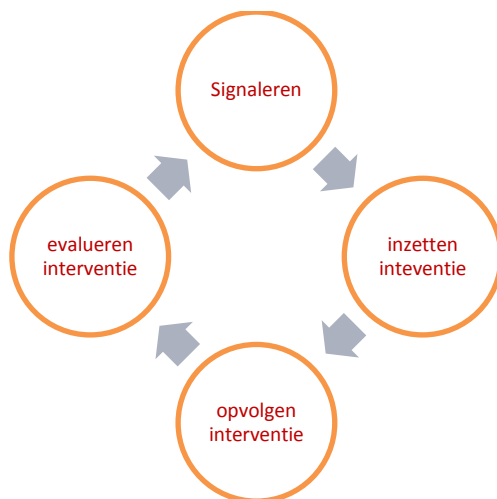
Onderzoeksverslag

Inleiding

Vallen kan flinke gevolgen hebben voor kwetsbare mensen: het beïnvloedt de kwaliteit van leven en kan leiden tot blijvende beperkingen op het gebied van mobiliteit en dagelijks functioneren. Ook kan het flinke kosten met zich meebrengen: kosten vanwege de directe consequenties van het vallen (960 miljoen euro voor ouderen in 2018, Van der Does, Baan & Panneman, 2019), maar er kunnen ook langdurige zorgkosten zijn vanwege blijvende beperkingen in het dagelijks functioneren.

Ouderen vallen vaak: elke 5 minuten belandt er een oudere op de SEH vanwege een valincident (Zorg Voor Beter, 2018). Van alle ouderen valt een derde minstens 1 keer en bijna driekwart van hen heeft daarna medische hulp nodig (Van der Does et al., 2019).

Er is veel onderzoek gedaan naar valpreventie: we weten wat de risicofactoren zijn (Graafmans, Ooms, Hofstee, Bezemer, Bouter & Lips, 1996) en we weten welke interventies effectief zijn om vallen te voorkomen (Cohen & Morrison, 2017; Gillespie et al., 2012, Karlsson, Magnusson, von Schewelov & Rosengren, 2013). Ondanks de winst die op dit thema te behalen is, blijkt het in de wijkverpleging/thuiszorg toch lastig om consequent aandacht te hebben voor valpreventie. Er zijn verschillende punten in het verpleegkundig proces (zie Figuur 1) waar belemmeringen kunnen zitten. Zo kan het zijn dat er onvoldoende signalering gebeurt op risicofactoren, maar belemmeringen kunnen ook zitten in het inzetten van interventies of in inzicht in de effecten van de interventies.



Figuur 1. Het verpleegkundig proces rondom valpreventie.

Stip:

In dit project willen we een werkwijze ontwikkelen om aandacht voor valpreventie op een duurzame wijze te integreren in de zorg. Dit doen we in een aantal stappen.

Stap 1: achterhalen waarom duurzaam aandacht hebben voor valpreventie nu niet lukt (redenen naast wat er mis gaat in het zorgproces).

Stap 2: 0 – meting risicofactoren en valincidenten. Dit zorgt voor inzicht in welke interventies het belangrijkste zijn (en geven daarmee input aan het verbeterplan) en een overzicht van de situatie aan de start van het project (zodat aan het einde de opbrengsten beter inzichtelijk zijn).

Stap 3: ontwikkelen concreet verbeterplan voor duurzame aandacht voor valpreventie

Stap 4: uitvoeren van verbeterplan

Stap 5: 1-meting om inzicht te krijgen in de resultaten.

In het eerste deel van het project richten we ons op stap 1 t/m 3:

Doel: Ontwikkelen van een concreet verbeterplan voor duurzame aandacht voor valpreventie in de thuiszorg

Om deze doelstelling te halen moeten onderstaande vragen beantwoord worden:

Vraagstelling:

1. Wat zijn op dit moment de belangrijkste risicofactoren?
2. Welke belemmerende factoren zijn er om met valpreventie aan de slag te zijn?
3. Welke faciliterende factoren zijn er om met valpreventie aan de slag te zijn?
4. Waar in het verpleegkundig proces kunnen we ons verbeteren ?
5. Wat zijn concrete verbeteringen waar we mee aan de slag kunnen?

In deze rapportage wordt verslag gedaan van een eerste dataverzameling om inzicht te krijgen in het thema. Deze inzichten kunnen gebruikt worden om verder te verdiepen en met elkaar een gedegen antwoord op de onderzoeksvragen te kunnen geven.

Methoden

Deelnemers

Aan het onderzoek deden 2 teams mee. De vragenlijsten werden door verschillende EVV'ers in elk team ingevuld. Aan de interviews deden van elk team 1 wijkverpleegkundige en 3 EVV'ers mee.

Instrumenten

Een signaleringslijst werd bijgehouden als nul-meting om zo zicht te krijgen op de belangrijkste risicofactoren en het aantal klanten met een laag (<3 factoren), gemiddeld (>3 factoren) en hoog (>5 factoren) risico. De signaleringslijst is gebaseerd op de risicofactoren zoals beschreven in het programma valpreventie (zie Bijlage 1). Dit programma is gebaseerd op een literatuurstudie naar risicofactoren voor vallen (Icare 2019, Preventieprogramma Vallen).

De belemmerende en faciliterende factoren per fase worden uitgediept door middel van interviews met wijkverpleegkundigen en andere medewerkers uit de teams over hun ervaringen met werken aan valpreventie. Dit gesprek wordt gevoerd aan de hand van Bijlage 2.

Procedure

Er werden 2 teams geworven voor deelname. De teams werden geselecteerd omdat zij een relatief hoog aantal valincidenten via MICK meldingen hadden. De wijkverpleegkundigen en de EVV'ers zorgden dat er minimaal 15 signaleringslijsten werden ingevuld. De vragenlijst was beschikbaar in survey monkey. Zij kozen de klanten voor wie zij de lijst invulden at random (bijv. de eerste klanten waar zij langs kwamen, of alle klanten waarvan zij EVV zijn). De data uit de signaleringslijst werd geanalyseerd d.m.v. beschrijvende statistiek.

Vervolgens werden interviews gepland: 1 met twee wijkverpleegkundigen en 2 met 3 EVV'ers van respectievelijk het ene en het andere team. De gesprekken werden gevoerd via MS Teams met twee onderzoekers. Een onderzoeker hield het interview, de andere maakte uitgebreide aantekeningen en stelde evt. aanvullende vragen. De verslagen van de gesprekken werden aan de geïnterviewde voorgelegd ter controle en voor evt aanvullingen (member check). Er waren geen aanvullende opmerkingen. De verslagen werden geanalyseerd door eerst de tekst in relevante passages in te delen. Elke passage kreeg vervolgens een of meerdere codes. Tot slot werden deze codes gecategoriseerd in en gegroepeerd binnen de verschillende stappen in het verpleegkundig proces.

Resultaten

Valrisico & belangrijkste risicofactoren klanten

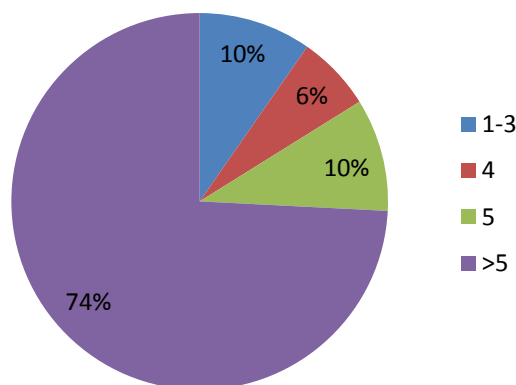
Er zijn 31 signaleringslijsten ingevuld, 15 in team 1, 16 in team 2. Dit is ca 28% van het totaal aantal klanten in beide teams. Zie Tabel 1 voor de kenmerken van de klanten die deelnamen.

De gemiddelde leeftijd was 81 jaar, range 66-95. Dit is iets hoger dan de gemiddelde leeftijd van alle klanten in de teams (76 jaar, range 31-95). Het lijkt erop dat merendeels de oudere cliënten zijn bevroegd. Van de bevroegde klanten was 84% vrouw, dat is veel hoger dan het percentage vrouwen van alle klanten (65%).

Tabel 1. Kenmerken van de klanten.

	Ingevulde signaleringslijsten			Klantpopulatie
	Team 1	Team 2	Totaal	Beide teams
Gemiddelde leeftijd (range)	82 (72-93)	80 (66-95)	81 (66-95)	76 (31-95)
% vrouw	80%	88%	84%	65%

Het gemiddelde valrisico was hoog. Figuur 1 laat zien dat driekwart van de klanten meer dan 5 vinkjes op de signaleringslijst scoorde, wat overeenkomt met een valrisico van 82,5%. Alle klanten hadden minimaal 1 vinkje. In Team 1 lijkt het gesignaleerde valrisico iets hoger dan in Team 2: geen enkele klant van Team 1 scoort minder dan 4 vinkjes.



Figuur 1. Aantal vinkjes op de signaleringslijst

Tabel 2 geeft een overzicht van meest voorkomende risico-indicatoren. Deze indicatoren zijn bij minimaal de helft van de bevroegde klanten gesignaleerd. De 5 meest voorkomende risico's zijn gelijk in beide teams.

Tabel 2. Top 5 meest gesignaleerde risico's.

Risicofactor	N	%
1. Cardiovasculaire aandoeningen	23	74
2. ADL afhankelijk	22	71
3. Gebruik van een loophulpmiddel	21	68
4. Eerder gevallen	21	68
5. Polyfarmacie	16	52

Het proces van valpreventie

Een overzicht van de ervaringen van de deelnemers met het proces van valpreventie is te vinden in Bijlage 3. Hieronder worden per stap in het proces de ervaringen toegelicht.

Signaleren

In deze stap wordt gesignaleerd of er een risico is op vallen. Medewerkers geven aan altijd hun voelsprietten uit te hebben als het gaat om valrisico's. Ze kijken naar obstakels zoals kleedjes en drempels, medicatie en de mobiliteit van de klant. Na een val wordt er extra goed gekeken. Wijkverpleegkundigen vragen het thema uit tijdens de intake.

De deelnemers vinden dat het signaleren van het valrisico goed gaat. Ze vinden dat ze het valrisico van hun klanten goed in beeld hebben. Ter illustratie geven ze aan dat er al veel klanten zijn met aanpassingen n.a.v. de risico's die zij hebben opgemerkt. Ook geven ze aan geen hulpmiddel nodig te hebben om goed te kunnen signaleren. *"We letten standaard op dit soort punten, dat is iets wat de ervaring met je meebrengt"*. Toch geven ze bij het nalopen van de signaleringslijst ook aan dat er factoren zijn die voor hen lastig te signaleren zijn en die zij ook niet onder hun verantwoordelijkheid vinden vallen. *"We hebben ook niet altijd zicht op de medicatie van mensen, vooral wanneer ze dat in eigen beheer hebben"*. Daarbij zijn sommigen van mening dat medicatiecontrole onder de verantwoordelijkheid van de huisarts en apotheek valt en dat die deze controles ook daadwerkelijk doen. Anderen geven aan dat de huisarts en apotheek dit juist niet standaard doen.

Ook zijn er factoren waar de respondenten aangeven niet altijd even snel naar te kijken ook al is dat voor anderen juist weer wel standaard een aandachtspunt. *"Een lijst als deze zet je wel weer aan het denken, veel punten zijn vanzelfsprekend, maar er staan ook wel punten in waar je niet snel naar kijkt, zoals rompbalans of schoeisel"*. Een EVV'er geeft aan dat ze niet wist dat verminderd gehoor ook een risicofactor was.

Opvallend is ook dat EVV'ers soms vooral goed te lijken gaan signaleren als ze vermoeden dat er iets aan de hand is. *"Wanneer er een moment is dat iemand minder stabiel is of misschien zelfs bijna komt te vallen, dan ga je direct kijken naar de oorzaak"*.

Als verbeterpunt wordt dan ook aangegeven dat het goed zou zijn om beter op een aantal dingen te gaan letten. En dat het daarvoor dan goed zou zijn om de klant daar ook vragen over te stellen, bijv. over medicatie omdat ze daar niet altijd zicht op hebben. Ze vinden het gebruik van een vragenlijst hierbij geen meerwaarde bieden. Die wordt vooral gezien als extra administratie. Omdat ze al weten dat veel mensen hoog scoren, vinden ze de resultaten van de vragenlijst ook niet helpend. *"De vragenlijst had niet heel veel toegevoegde waarde, dat [hoge risico] hadden we ook geconstateerd zonder lijstje."*

Er lijkt bij medewerkers een aantal aannames te zijn rondom de mate van risico die zij zelf signaleren, en de mate waarin zij een verbeterwens op dit thema lijken te ervaren:

- "Iedereen heeft wel iets van een risico, dat heb je met mensen die in zorg zijn, dus tja..."
- "Er vallen niet zoveel mensen" (volgens de EVV'ers)
- "Er vallen veel mensen" (volgens de wijkverpleegkundigen)

Interventie inzetten

In deze stap gaat het over samen met de klant beslissen wat er nodig is om het valrisico te verminderen. Hiervoor wordt een keuze gemaakt uit verschillende interventies. Afspraken noteren zij in het zorgplan.

Er zijn drie typen interventies:

- Interventies die de client zelf moet uitvoeren, zoals kleedjes weghalen & goede schoenen dragen
- Het inzetten van hulpmiddelen/aanpassingen in huis. Dit kunnen grote en kleine aanpassingen zijn.
- Doorverwijzen naar bijv. ergotherapeut of fysiotherapeut.

Voor het kiezen van de interventies maken deelnemers soms gebruik van de tips van de Adviseur Fysieke Belasting. Medewerkers lijken soms te kiezen o.b.v. wat ze in een eerdere casus hebben meegemaakt.

"Bijvoorbeeld wanneer we eerder een cliënt hebben gehad die met behulp van fysiotherapie weer sterker is geworden, dan kan je die kennis ook weer meenemen naar een andere cliënt die valgevaarlijk is." In het kiezen van de interventies lijkt daarnaast een aantal aannames soms een rol te spelen:

- "Ga je dat nog doen bij iemand van 90?"
- "Dat zijn wel heel veel interventies als je alle factoren wil aanpakken (dat is niet haalbaar)."

De deelnemers geven aan goed te weten welke interventies ingezet zouden kunnen worden en dat het inschakelen van andere professionals goed gaat. Lastiger vinden ze het samen beslissen met de klant. Het lukt volgens de deelnemers wel om goed uit te leggen waarom een interventie nodig is, maar cliënten doen niet altijd wat er geadviseerd wordt. Soms is het een kwestie van wennen aan de kant van de klant. *"De meeste mensen moeten er erg aan wennen dat jij wat uitlegt of iets vindt van hun woning. Dat is voor veel mensen een proces."* Maar het kan ook zijn dat de klant volgens de medewerker het probleem niet erkent of het advies niet accepteert. Het blijft dan bij het benoemen van het risico en bijbehorend advies, zonder dat er wat gebeurt. *"Het is lastig als cliënten niks met onze adviezen doen en wij wel het gevaar zien. Vervolgens ontstaat er dan toch een valpartij en denken wij 'zie je wel, dit had voorkomen kunnen worden'."* Klanten hebben immers in hun eigen woning uiteindelijk het laatste woord. *"Je komt bij iemand thuis die zelf de regie heeft. Wanneer iemand in een verzorgingshuis gaat wonen heeft de persoon te maken met de regels van daar en zijn de ruimtes al zo ingedeeld dat er een laag risico is voor een valpartij. Thuis is dit gewoon anders omdat mensen zelf de indeling van hun huis bepalen."*

Als belangrijkste verbeterpunt noemen deelnemers dan ook dat zij beter en sneller het gesprek aan willen gaan met de klant met als doel meer bewustzijn bij de klant van het probleem en meer open staan voor mogelijke oplossingen. *"Veel mensen dragen thuis pantoffels waar ze makkelijk uit kunnen glijden en niet stevig zijn, dit benoemen we dan en de cliënt reageert dan bijvoorbeeld met 'Je hebt daar wel gelijk in ik zal het eens aan mijn dochter vragen', maar een half jaar later loopt de cliënt dan nog steeds met de pantoffels. Je stuit ook wel eens op weerstand, bijvoorbeeld als het gaat over kledjes, veel mensen vinden het niet nodig dat de kledjes weg worden gehaald en vinden het prettig of gezellig staan."* Aanvullend daarop zouden zij de mantelzorger meer willen betrekken bij dit gesprek. *"Soms werkt het beter als we de mantelzorger erbij betrekken omdat bijvoorbeeld kledjes dan wel weg worden gehaald."* Ook geven ze aan dat ze nog beter op de hoogte zouden willen zijn van de mogelijkheden. *"En wij zullen ook wellicht niet alle hulpmiddelen al kennen, hoe komen wij aan nieuwe kennis?"* Tot slot willen ze meer met elkaar overleggen om zo goed op één lijn te zitten richting de klant.

Opvolgen

In deze stap worden de gekozen interventies daadwerkelijk uitgevoerd. Er zijn verschillende soorten acties die uitgevoerd worden:

- Doorverwijzing opvolgen
- Zelf dingen regelen, zoals hulpmiddelen aanvragen
- In gesprek blijven met de klant over: bewustzijn risico, overwegen & uitvoeren opties

Medewerkers zijn redelijk tevreden over de samenwerking met andere professionals: vooral in het ene team is het contact goed en snel en ze krijgen een goede terugkoppeling indien gewenst. Ook vinden medewerkers dat het goed lukt om de praktische dingen te regelen en ze weten waar ze moeten zijn daarvoor. OZO verbindzorg (communicatiesysteem) is hierin helpend. *"Sinds we OZO verbindzorg hebben zijn die lijnen al wel een stuk korter en hebben we al wel veel meer contact, we krijgen dan wel een verslag."* In het andere team wordt vaker aangegeven dat het doorverwijzen en het aanvragen van middelen wel te lang duurt, ze geen terugkoppeling krijgen en de samenwerking beter kan. *"Samenwerking met de fysiotherapeut loopt wisselend, vanuit [locatie X] loopt dit goed, vanuit anderen is de samenwerking wat minder. Vooral wanneer de cliënt zelf de fysio inschakelt is de cliënt in eigen regie en worden wij niet altijd betrokken."*

In het contact met de klant krijgen ze steeds meer ervaring met het gesprek aangaan. Ook spreken ze soms met elkaar over wie het beste het gesprek aan kan gaan, bijv. degene met de beste klik. Toch blijft het lastig om de dialoog met de klant aan te gaan. *"Dan proberen we het onderwerp vaker aan te snijden. Op die manier hopen we dat de cliënt uit eindelijk toch wat wil doen met het advies wat wij geven."* En soms lukt het pas om het goede gesprek te voeren nadat de klant gevallen is. Ook zijn medewerkers niet altijd op de hoogte van wat de klant wel en niet doet. Deels is dit omdat de klant op eigen initiatief dingen regelt. En

vooral ook omdat medewerkers maar korte momenten aanwezig zijn en niet weten wat de klant de rest van de dag doet. *“Wij kunnen tijdens de zorgmomenten signaleren, maar wij zien niet hoe het op andere momenten gaat wanneer wij er niet zijn. We zouden die voorbeelden wel in een gesprek kunnen gebruiken om het voor de cliënt makkelijker wordt om de vraag te begrijpen. Bijvoorbeeld met een vraag ‘Wat doet u als u in de stoel zit en hoort dat de wasmachine klaar is? Hoe pakt u dit aan?’”* Het lastigst in het contact met de klant is dat de deelnemers vinden dat de verantwoordelijkheid uiteindelijk bij de klant ligt en de klant zelf mag bepalen wat hij/zij wel niet wil. *“Cliënten zien dit zelf niet altijd in of wuiven het weg. Wij kunnen alleen een advies geven en mensen zijn vervolgens zelf verantwoordelijk om er wat mee te doen of niet.”*

Ten aanzien van deze stap benoemen de deelnemers dan ook een aantal verbeterpunten. Ook hier wordt het beter voeren van het gesprek genoemd, in combinatie met omgaan met eigen regie van de klant. En ook het op één lijn zitten als collega's komt hier terug. *“Ook belangrijk is rapporteren wat je bespreekt zodat je collega er weer verder op door kan gaan. Je moet wel zorgen dat je met elkaar op 1 lijn zit en collega's elkaar hierin helpen.”* Tot slot zouden ze graag meer willen samenwerken met bijv. de ergotherapeut in het maken van individuele valpreventieplannen.

Evalueren

In deze stap wordt geëvalueerd hoe het uitvoeren van de interventies is gegaan en of die het gewenste resultaat hebben gehad. Evalueren gebeurt op verschillende manieren:

- Medewerkers bespreken de aanpak bij complexe casussen in weekstart.
- Evalueren van valincidenten a.d.h.v. MICK meldingen
- Met klant/familie evalueren van de zorg en risico's, evt. bij herindicatie
- Als een klant niks doet met het advies, stoppen ze hun pogingen na een tijdje. Dit wordt vastgelegd in het dossier

Opvallend is dat de deelnemers individuele interventies op klantniveau niet bewust lijken te evalueren. Bij navraag geven ze aan dat ze het lastig vinden om zicht te krijgen op de werking van een interventie *“Dat weten we pas als we weten dat mensen niet meer vallen. We zijn niet heel actief aan het kijken bij wie het beter gaat na het invoeren van interventies.”* En: *“Mensen blijven vallen toch ondanks inzet interventies”* Zo vinden de deelnemers het ook lastig om scherp te krijgen of iemand de ingezette hulpmiddelen wel op de juiste manier gebruikt. Het blijft in de interviews daardoor onduidelijk of evaluaties van ingezette interventies worden vastgelegd in het dossier. Wel wordt het vastgelegd als er geen vervolgactie is omdat de klant niet wil *“We hebben ook een cliënt in zorg waar al heel vaak is aangekaart dat de salon tafel te groot is waardoor de loopruimte niet voldoende is, maar mevrouw ziet dit zelf niet zo. Als de cliënt het dan niet gevaarlijk vindt, wie ben ik dan om daar op door te gaan? Dan noteren we het in het dossier en houd het voor ons verder op.”*

Deelnemers zijn tevreden over het invullen van de MICK-meldingen, ondanks dat het soms vergeten wordt. Lastig aan de MICK-meldingen is dat het niet terug te vinden is voor individuele klanten. *“Ook een MICK wordt goed ingevuld, maar wat doen we er vervolgens mee? We kunnen vervolgens niet terug vinden wanneer iemand is gevallen en met welke oorzaak. Als we dat wel zouden hebben dan kunnen we in een teamoverleg bespreken hoe we het valrisico kunnen verlagen.”* Voorheen werden MICK-meldingen op teamniveau regelmatig geëvalueerd, maar het laatste jaar is dat door COVID-19 stil komen te liggen.

Verbeterpunten zijn volgens medewerkers ten eerste het beter vastleggen van evaluaties en ten tweede het weer oppakken van de MICK-evaluaties.

Conclusies

Uit de signaleringslijsten komt naar voren dat driekwart van de klanten in de deelnemende teams een erg hoog risico op vallen heeft. Dit is enerzijds niet verrassend gezien de kenmerken van de doelgroep die in zorg is. Anderzijds benadrukt dit het belang van het structureel en op een goede manier aandacht hebben voor valpreventie.

De resultaten van de interviews laten zien dat medewerkers vinden dat er in het gehele proces van valpreventie allerlei dingen al goed gaan: klanten met een hoog risico zijn over het geheel genomen in

beeld, de samenwerking met andere professionals en het inzetten van hulpmiddelen gaat goed en afspraken en valincidenten worden vastgelegd.

De resultaten laten ook zien dat er op alle vlakken in het proces van valpreventie verbeterpunten zitten: Vooral het in gesprek gaan met klant en naaste lijkt een uitdaging. Daarnaast zijn er ook verbeterpunten gevonden rondom het wanneer en waarom van valpreventie, het scherp signaleren, het samen met de klant beslissen wat er wordt gedaan, het uitvoeren van de interventies en het evalueren. Ook is er onduidelijkheid over wie er verantwoordelijk is voor de signalering van bepaalde (veelvoorkomende) risicofactoren. Deze worden gezien als de verantwoordelijkheid van o.a. de huisarts en de apotheek, terwijl deze professionals ook niet standaard lijken te signaleren. Toch lijkt er bij een deel van de medewerkers, ondanks het benoemen van verbeterpunten en het hoge aantal klanten met een hoog risico, geen expliciete verbeterwens te zijn: zij vinden dat het proces zo wel goed loopt.

Aanbevelingen

Gezien de hoeveelheid verbeteropties die uit de resultaten gehaald kunnen worden, is het van belang om goed te prioriteren welke echt van belang zijn en waar we mee willen starten. Hiervoor is het noodzakelijk om dit samen met de betrokken teams en andere experts op dit gebied op te pakken.

Het voorstel is daarom om in de komende maanden de volgende stappen te doorlopen:

- Terugkoppeling van resultaten aan de teams & verkennen verbeterwens
- Uitvoeren literatuurstudie naar faciliterende en belemmerende factoren voor het duurzaam aandacht hebben voor valpreventie
- Met groepen stakeholders (bijv. medewerkers uit de teams en shared governance groepen) de belangrijkste verbeterpunten prioriteren en oplossingsrichtingen formuleren.
- Meenemen perspectief van de client
- Deze oplossingsrichtingen formuleren en uitwerken tot een (getrapt) interventieprogramma.

Bijlage 1: Risicofactoren vallen

- Polyfarmacie (Gebruikt cliënt 7 of meer verschillende medicijnen)
- Transferproblemen (Heeft de cliënt problemen met transfers?)
- ADL afhankelijk (Is de cliënt afhankelijk met betrekking tot de ADL?)
- Cardiovasculaire aandoeningen (Is de cliënt bekend met hart- en vaataandoeningen zoals: hartfalen, hartinfarct, hartritmestoornissen, hoge of lage bloeddruk?)
- Cognitieve aandoeningen (Is de cliënt bekend met problemen met het geheugen, taal, gedrag of het oplossen van problemen?)
- Depressieve symptomen (Is de cliënt bekend met symptomen zoals somber, neerslachtig, een gevoel van leegte, verminderde interesse in mensen en activiteiten, nergens plezier in hebben, negatieve gevoelens en gedachten, schuldgevoelens, gebrekkig zelfvertrouwen, faalangst, angst, wanhoop en/ of machteloosheid?)
- Visusstoornissen (Heeft de cliënt verminderd zicht of oogproblemen?)
- Verminderde balans (Heeft de cliënt verminderde balans?)
- Duizeligheid (Is de cliënt bekend met duizeligheid?)
- Eerder gevallen (Is de cliënt al eens eerder gevallen?)
- Urine incontinentie (Is de cliënt bekend met urine incontinentie?)
- Mobiliteitsstoornissen (Is de cliënt bekend met problemen met bewegen in het algemeen en/of loop- en balansstoornissen?)
- Omgeving gerelateerd (Woont de cliënt in een veilige woning? (denk aan kleedjes, drempels, snoeren, beugels, hulpmiddelen)
- Verminderde spierkracht (Is de cliënt bekend met verminderde spierkracht?)
- Gewrichtsaandoeningen (Is de cliënt bekend met gewichtsaandoeningen zoals: artritis, artrose, jicht, reuma, gewichtsslijtage en/of gewrichtspijn?)
- Voet en schoeisel (Heeft de cliënt het juiste schoeisel of heeft de cliënt voet problemen?)
- Verminderde Vit D (Is de cliënt bekend met een verminderde vitamine D (is bekend bij de huisarts?)
- Ondervoeding (Is de cliënt bekend met ondervoeding, symptomen hiervan zijn: verminderen van spiermassa, verminderde eetlust, lusteloosheid, dunne en droge huid, vermoeidheid, afname van vetweefsel onder de huid, vaak koud hebben, droog haar, verminderen van hart- en longcapaciteit en/of trage wondgenezing?)
- Angst (Is de cliënt bang om te vallen?)
- Pijn (Geeft de cliënt pijn aan?)
- Maakt de cliënt gebruik van een loophulpmiddel?
- Gehoorproblematiek (Is de cliënt bekend met gehoorproblematiek?)

Bijlage 2: Gesprek met medewerkers

1. Hoe signaleren jullie normaal gesproken risico op vallen? Wat gaat daarin goed? Wat kan beter?	
2. Als jullie een verhoogd risico signaleren, welke ondernemen jullie dan? Wat gaat daarin goed? Wat kan beter? Gebeurt het ook wel eens dat jullie geen actie ondernemen of dat het blijft liggen? Hoe komt dat?	
3. Hoe blijf je op de hoogte bij doorverwijzingen? Wat gaat er goed in het doorverwijzen naar andere disciplines? Wat kan beter? (het gaat hier om hoe de vraag wordt opgepakt en of er opvolging aan gegeven wordt)	
4. Wat gaat goed en wat kan beter mbt interventies die jullie zelf uitvoeren? Hoe blijf je op de hoogte van de voortgang?	
5. Hoe gaat de evaluatie van de interventies/doorverwijzingen in zijn werk? Wat gaat goed? Wat kan beter? Hoe weet je of een interventie effectief was?	
6. Wat zijn wat jou betreft de belangrijkste dingen die verbeterd kunnen worden m.b.t valpreventie?	

NB; aandachtspunt is 'acceptatie': neemt men dingen voor gegeven aan maar doet men er verder niks mee?

Bijlage 3. Overzicht van ervaringen met het valpreventie proces

NB: dit zijn dingen die genoemd zijn, die gelden niet persé voor alle medewerkers

Stap	Wat gaat goed	Wat gaat minder goed?	Verbeterpunten	Wat valt op?
Signaleren	<ul style="list-style-type: none"> - Risico's signaleren - Mensen met valgevaar in beeld hebben - Geen hulpmiddel nodig voor signalering 	<ul style="list-style-type: none"> - Sommige punten lastig te signaleren -> niet verantwoordelijk voor - Sommige punten niet in het vizier - Sommige punten niet bekend als risicofactor 	<ul style="list-style-type: none"> - Beter op een aantal punten letten - Vragenlijst geen meerwaarde: nog een formulier + hoge scores nietszeggend - Inzicht in medicatiegebruik 	<ul style="list-style-type: none"> - Alleen signaleren als er al vermoedens zijn - Vinden dat een hoge score niet altijd wat zegt
Inzetten interventie (doel)	<ul style="list-style-type: none"> - Klant uitleggen waarom interventies nodig zijn - Mantelzorger betrekken - Bekend met mogelijk interventies - Doorverwijzen - Vaak volgt de klant het advies op 	<ul style="list-style-type: none"> - Klant erkent het probleem niet - Klant accepteert het advies niet <p>Hierdoor geen echte afspraken gemaakt, er gebeurt niks, het blijft bij benoemen. Soms is dit een kwestie van wennen aan de kant van de klant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nog beter op de hoogte van mogelijkheden en nieuwe ontwikkelingen - Beter in gesprek met klant over bewustzijn risico en openstaan opties - Mantelzorger meer betrekken - Eerder met de klant in gesprek - Op 1 lijn met collega's over adviezen -> meer bespreken 	<ul style="list-style-type: none"> - Niet bewust kijken naar wat is hier nodig, maar obv ervaring acties inzetten (dit werkt ook bij die andere klant) - Twijfel over het nut & haalbaarheid van interventies - Zowel medewerkers als klanten lijken pas echt in actie te komen nadat iemand is gevallen
Opvolgen interventie (acties)	<ul style="list-style-type: none"> - Praktische dingen regelen - Weten waar je moet zijn - Communicatie andere professionals (OZO) - Snelheid inschakelen andere professionals - Terugkoppeling andere professionals - Ervaring gesprek voeren met klant 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprekken leiden tot confrontatie met klant - Klant pas overhalen als het te laat is - Mensen blijven vallen ondanks inzet - Samenwerking andere professionals - Snelheid inschakelen andere professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe blijf je in gesprek met de klant? - Samenwerking ergotherapeut - Omgaan met eigen regie klant - Op 1 lijn zitten met collega's w.b. adviezen 	<ul style="list-style-type: none"> - Verantwoordelijkheid ligt uiteindelijk bij de klant: dat levert dilemma's op

		<ul style="list-style-type: none"> - Snelheid levering middelen - Niet aangehaakt bij acties klant 		
Evaluëren	<ul style="list-style-type: none"> - MICK invullen 	<ul style="list-style-type: none"> - MICK vergeten - MICK niet evalueren: lastig individuele MICKs terugvinden, periodieke evaluaties zijn verwaterd - Niet weten of mensen vallen - Werking interventies moeilijk te meten - Niet actief evalueren: onduidelijk of het wordt vastgelegd 	<ul style="list-style-type: none"> - Vastleggen evaluaties - Oppakken periodieke MICK evaluaties 	<ul style="list-style-type: none"> - Weinig behoefte evalueren: het resultaat wordt vanzelf duidelijk