

TRANSMURALE ZORGPADEN



Vallen. Daar valt iets aan te doen.

ZORGPAD RECIDIVEREND VALLEN

Brug tussen preventief beleid - curatief beleid



AGENDA

- **Toelichting van de informatieverzameling**
- **Vergelijking met de theorie**
- **Knelpunten**
- **Mogelijke oplossingen**
- **Voorstel van instrument en kritische reflectie**
- **Oproep voor deelname aan de werksessies**



INFORMATIE-VERZAMELING UIT DE PRAKTIJK

1. Digitale bevraging
2. Diepte-interview

Bereik:

- Kinesitherapeuten
- Thuisverpleegkundigen/zorgkundigen
- Huisartsen/geriater
- Ergotherapeuten
- Lokaal dienstencentrum

Doel:

- Toepassing valpreventie?
- Belemmeringen?
- Transmuraal verhaal?



INFORMATIE-VERZAMELING UIT DE PRAKTIJK



Resultaten m.b.t. de valpreventiemaatregelen (screenen – evaluatie – interventie)

- Screening valrisico
 - Actieve bevraging van valincidenten veelvuldig toegepast.
 - Vooral de kine's meten gang- en evenwichtsproblemen.
 - Buikgevoel

- Evaluatie valrisicofactoren

Zo sprake van verhoogd valrisico, dient te worden nagegaan welke valrisicofactoren aanwezig zijn.

- 12 valrisicofactoren
- Waar zorgverlener effectief aanpak kan tegenover zetten, evalueert zorgverlener de factor sowieso zelf.
- Waar zorgverlener geen eigen aanpak kan tegenover zetten, evalueert zorgverlener niet of verwijst door.

INFORMATIE-VERZAMELING UIT DE PRAKTIJK



Ruime evaluatie van:

1. onveilige omgeving
2. risicogedrag
3. evenwicht/mobiliteit/spierkracht
4. valangst
5. schoeisel/voetletsel
6. pijn

Meer **doorverwijzing** voor:

1. laag Vit D-gehalte
2. medicatie
3. orthostatische hypertensie
4. verminderd zicht
5. incontinentie
6. cognitieve stoornis

Ervaren als **meest voorkomende** **valrisicofactoren:**

1. evenwicht/mobiliteit/spierkracht (met voorsprong)
2. onveilige omgeving + verminderd zicht
3. cognitieve stoornis + medicatie

INFORMATIE-VERZAMELING UIT DE PRAKTIJK



- Interventie per valrisicofactor

Elke valrisicofactor, die bijdraagt tot verhoogd valrisico, vraagt naar een concrete aanpak.

- EVV vertrekt van 17 aanbevelingen
- Voor elke positief geëvalueerde valrisicofactor: inzetten op 1 of meerdere aanbevelingen
- Enkel actieve aanpak binnen vakgebied/mogelijkheden
- Vaak informeren/adviseren + doorverwijzen
- Concept 'evaluatie → interventie' lijkt simpel, maar = complex
- Geen vaste protocollen

Voorbeeld complexiteit:

- Valrisicofactor valangst:

Mogelijke interventies: oefenprogramma + loophulpmiddelen + beoordelen slaapmedicatie + attenderen op effect bifocale bril/aanpak cataract + aanleren hoe rechtkomen na val + evaluatie valangst

- Valrisicofactor: voetletsels

1 interventie: behandelen voetproblemen → bijna elke zorgverlener moet doorverwijzen

INFORMATIE-VERZAMELING UIT DE PRAKTIJK



Resultaten m.b.t. de materialen

- Groot aanbod EVV
 - Verspreiding via Logo Midden-West-Vlaanderen
- Eerste indruk: zéér veel ongekend of niet zinvol gevonden
- In detail:
 - Wel goed gekend en gebruikt bij de “preventieve valpreventie” (= LDC, waar de actieve oudere met minder zorgvraag aanwezig is)
 - Veel materiaal gericht op 1 valrisicofactor → gekend en gebruikt bij de betreffende discipline
 - Eigen materialen worden ontwikkeld en gebruikt
 - Materialen EVV niet steeds meest up-to-date versie
 - Appreciatie voor het aanbod is groot = wordt als een ‘sterkte’ ervaren voor een goed valpreventiebeleid

INFORMATIE-VERZAMELING UIT DE PRAKTIJK



Resultaten m.b.t. de communicatie/doorverwijzing/coördinatie

De vragen hieromtrent in de enquête waren niet verplicht in te vullen.

- Wie kent wie?!
- Slechts 40% zegt samen te werken. 40% daarvan antwoordt dat er nooit follow-up is.
 - Dus de samenwerking beperkt zich vaak tot een 1-malige communicatie. Zo wel opvolging, dan in meer en mindere mate.
- Communicatie: brief/telefonisch/e-mail/elektronisch patiëntendossier, app Sillo.
- Ontslagbrieven en verslagen worden geapprecieerd. Een communicatieschrift ook.
- Wat zie jij als bepalend schakelmoment?
 - Verandering in woonomgeving (ZH/revu >< thuis)
 - Een valedent
- 60% onderneemt geen actie bij een schakelmoment. Bij 40% is er mogelijk communicatie tussen disciplines.

“Er is in het algemeen te weinig communicatie vanuit het ziekenhuis”.

“Er is amper communicatie”.

Resultaten m.b.t. de communicatie/doorverwijzing/coördinatie

Welke acties binnen de andere settings zouden jou helpen om valincidenten in jouw setting te vermijden?

Geen verplichte vraag, wel door 90% ingevuld

“Behoud activiteit”, “Onderhoud kiné-sessies”, “Beperk fixatie, zodat de oudere blijft bewegen”, “Doe meer oefensessies”, “Motiveer de oudere te blijven bewegen”, “Voorzie meer activiteit doorheen de dag”, “Doe meer krachtoefeningen”, “Laat de oudere beweging zien: toon eenvoudige oefeningen op TV”. “Hou het beleid aan”.

“Betere communicatie”.

“Verwijs de oudere meer door naar ons”.

“Maak de thuisomgeving veiliger”.

“Verwijs meer door naar het geriatrisch dagziekenhuis voor valkliniek”.

INFORMATIE-VERZAMELING UIT DE PRAKTIJK



Resultaten m.b.t. de belemmerende factoren

De top 8 van de 18 barrières gekend bij EVV. Elk van deze belemmerende factoren heeft in ELZ RITS voor >60% 'vaak' of 'altijd als antwoord.

1. De oudere ontkent of negeert de valproblematiek (82,5%)
2. De oudere is onvoldoende gemotiveerd (78,5%)
3. De oudere kan de plaatsen van doorverwijzing niet bereiken (78,5%)
4. Onvoldoende personeel om valbeleid als prioriteit te zien (69,5%)
5. Onvoldoende tijd om valbeleid als prioriteit te zien (65,5%)
6. Afwezigheid van een duidelijk beleid rond vallen in mijn regio (61%)
7. Onvoldoende terugbetalingsmogelijkheden voor valpreventiemaatregelen (61%)
8. Moeilijke communicatie en samenwerking tussen de verschillende disciplines (61%)

INFORMATIE-VERZAMELING



STAP 1

→ In kaart brengen van de praktijk.

Digitale bevraging eerstelijns

+ aantal interviews met vertegenwoordigers van de verschillende disciplines.

STAP 2

→ Vergelijking met de theorie.

Wat zegt het EVV dat de meest doeltreffende strategie is om valincidenten te verminderen én valletsels te voorkomen?

= **3M's**

DE THEORIE VAN HET EVV

1. Motiveren

- Door het hele multidisciplinaire team
- Continu
- Peil naar belemmerende factoren, identificeer ze, maak ze bespreekbaar
- Prioriteiten met de oudere bespreken

2. Multifactoriële aanpak

- Twee of meer gerichte interventies (= zie 17 aanbevelingen)
- Beperkt zich niet louter tot geven van informatie en/of doorverwijzing
- Daadwerkelijk en voldoende intensief
- Mondeling én schriftelijk
- Niet alleen over wat te doen, maar ook details/gericht/concreet + over hoe vol te houden + hoe rechtkomen na een val

3. Multidisciplinaire aanpak

- Creëer een kernteam (MDO)
- Belang van opvolging
- 1 lid van het team neemt het best de coördinatie van zorg op zich (casemanager/zorgbemiddelaar)
- Verwijs bij complexe valproblematiek door naar een gespecialiseerd valpreventiecentrum voor uitgebreide evaluatie en multidisciplinair advies

KNELPUNTEN



Conclusie informatie-verzameling

- Kennis/toepassing valpreventie maatregelen door ruime groep van zorgverleners
- Theorie EVV >< praktijk eerstelijnszone RITS
- Veel belemmerende factoren

Drie knelpunten

1. Onvoldoende motivatie bij zorgvrager én zorgverlener
2. Onvoldoende multifactorieel totaalbeeld voor de zorgvrager
3. Onvoldoende multidisciplinaire samenwerking

KNELPUNT: onvoldoende motivatie

Bij zorgvrager

- Niet aan zorgvrager zelf gevraagd
- Perceptie zorgverleners eerstelijnszone RITS

Top 2 belemmerende factoren

1. De oudere ontkent of negeert de valproblematiek (82,5%)
2. De oudere is onvoldoende gemotiveerd (78,5%)

“Vader zegt niet dat hij gevallen is in het kippenhok, want zoon en dochterlief gaan van alles verbieden”.

“Vallen is taboe. De mensen hebben schrik voor de gevolgen. Ze gaan snel zeggen 'het was niet erg hoor', omdat ze bang zijn dat ze naar een WZC moeten of niet meer boven mogen slapen”.

“De oefeningen, die wij geven, blijven doen en volhouden is een lastige”.

“Tapijtjes willen de mensen echt niet wegdoen”.

100% geeft aan dat familie/mantelzorg/begeleider cruciale partner is.

“Je moet ze goed begeleiden, anders heb je ze niet mee”.

“Luchtig, ludiek, en samen”.

“Begeleiding is de grote succesfactor”.

KNELPUNT: onvoldoende motivatie

We willen dat die oudere van gedrag verandert.

We willen dat die meegaat in de voorgestelde interventies.

Eens verhoogd valrisico, (vaak) altijd verhoogd valrisico. Continue proces in verdere leven.

Herhaling + opnieuw bespreken zorgt mee voor gedragsverandering.

Cirkel van Prochaska

+ 5 fasen van gedragsverandering



KNELPUNT: onvoldoende motivatie

Bij zorgverlener

- Perceptie over motivatie zorgvrager geeft weinig trigger ter volharding van valpreventiebeleid
- Interventies

“Ik werk hier, maar ik woon hier niet: ik weet niet welke groepsessies hier allemaal zijn”.

“Je kan maar meegeven wat je zelf weet”.

“Doorverwijzen naar kine kan ik niet, want dat lukt niet zonder voorschrift”.

Bewegen op verwijzing, Otago, Be-empowered: “Zoveel projecten, ik heb er al eens van gehoord”.

**Materialen EVV bieden ondersteuning, maar verwijzen vaak naar HA alleen.
Materialen EVV verwijzen niet naar specifieke lokale partners.**

- Geen transparantie : niet weten hoe de andere inzet op valpreventie, geeft het gevoel er alleen voor te staan.
- Verantwoordelijkheid volledig bij zorgverlener?

→ Geen ideale omgeving voor zorgverlener om vol te houden.

KNELPUNT: onvoldoende multifactorieel voor de zorgvrager



De zorgverlener kent de 12 valrisicofactoren en valpreventiemaatregelen.

Zorgvrager misschien niet.

- Geen opleiding
- Een gefragmenteerde aanpak geeft weinig totaalbeeld over geheel
 - Per discipline, gespreid in tijd en ruimte
 - Materialen verwijzen vaak maar naar 1 of enkele van de 12 valrisicofactoren

“Wij toetsen af bij de oudere waar die geïnteresseerd in is en geven daar folders over”.

“Er is veel voorhanden, maar de verspreiding loopt niet vlot”.

Richtlijnen EVV

- Twee of meer gerichte interventies (= zie 17 aanbevelingen)
- Voldoende intensief en daadwerkelijk

➔ **Gebrek aan mede-eigenaarschap van de oudere een gevolg???**

“Onze patiënten komen soms over: 'wij zijn oud en mogen nu zitten en bediend worden’”.

KNELPUNT: onvoldoende multidisciplinair

Beperkte communicatie en samenwerking

“Er is geen samenwerking, want we kennen elkaar niet”.

“We werken niet samen, omdat we elkaar niet kennen”.

“Er zijn minder MDO’s dan vóór corona. En als er doorgaan dan over casussen met grote zorgvraag. Valpreventie is dan ondergeschikt, daar is geen tijd voor”.

Wat is volgens jou een sterkte in de regio? “Dat ik de partners ken. Ik ken die en die in de regio en ik neem contact op voor de oudere”.

Beperkte concrete doorverwijzing

Enquête: veel doorverwijzing

>< Interviews:

“Wij verwijzen door, maar dat is alleen eens kort mondeling adviseren om bij die of die discipline langs te gaan”.

“Wij vragen meer doorverwijzing door anderen, maar daar is precies weinig animo voor”.

Beperkte opvolging

Geen constante

“Afhankelijk van de casus” – Nooit – om de maand – om de 3 maanden – om de 6 maanden

Opvolging eigen effectieve interventie VS opvolging of doorverwijzen effectief was

KNELPUNT: onvoldoende multidisciplinair



Overbevraagde huisartsen

HA-tekort: aantal huisartsen / aantal inwoners

Moeilijk te bereiken voor medewerking in dit project

Materialen EVV: verwijzen vaak naar HA

Ontslagbrief (medisch): naar HA

Voorschriften via HA

“We kunnen alleen informatie bekomen via de arts”.

Moedige uitspraak van een HA in de bevraging: *“Ik denk niet dat dit takenpakket er ook nog kan bijgenomen worden als huisarts”.*

Oudere heeft enkel netwerk van professionals

Mindere (zorg)relatie met familie (te ver wonend, werkgerelateerd, ...) of geen kinderen

“Meer ogen, maar minder overzicht”.

“Als de oudere en de kinderen het niet zelf opnemen, dan is er meer doorverwijzen”.

“Wie helpt de gevallen oudere rechttop?”

KNELPUNTEN

Conclusie na vergelijking praktijk en theorie:

Is eerstelijnszone RITS gebuisd? NEEN, hoegenaamd niet.

Marge tot verbetering? JA

De grote uitdaging ...

In de eerstelijns/thuissetting >< ZH/WZC/revalidatie/dagcentra

Meerdere disciplines werken bij 1 zorgvrager

Per zorgvrager is het team verschillend samengesteld

Zorgvrager A heeft huisarts B, kine C en tvpk D. Hij is gekend in ziekenhuis Z.

Zorgvrager E heeft huisarts F, kine G en weigert tvpk en ergo. Hij is gekend in ziekenhuis Y.

Zorgvrager H heeft huisarts B, maar kine G en tvpk I.

...

Dixit EVV: “Dit maakt communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging van zorg rond valpreventie in de thuiszorg complex.”

OPLOSSINGEN

- Sensibiliseringscampagne
- Tegemoet komen aan de 3 M's
- Wegwerken belemmerende factoren
- Fysieke communicatiedrager
 - Gekend in de volledige regio over de verschillende settings
- Zichtbaarheid creëren van:
 - het specifieke kernteam rond de oudere
 - het specifiek valpreventiebeleid van de oudere
- Meer totaalbeeld voor de zorgvrager
- Meer overzicht voor de zorgverlener
- Bestaande materialen en mogelijkheden highlighten
- Sturende rol van de huisartsen verleggen
- Drager die aanleiding geeft tot herhaling en motivatie
- Forum bieden voor betere communicatie-overdracht
- Uitbouw van netwerk voor betere, gerichte doorverwijzing
- Transmurale afspraken faciliteren
- Meer zelfregie door oudere en diens team voor zorgcoördinatie



OPLOSSINGEN



Mirakeloplossing bestaat niet. Met dit project wel **meerwaarde** bieden.

Doel

Minder valincidenten, minder valletsels.

Méér voldoening voor de zorgverleners op de werkvloer

Middel

Méér motiveren + méér multifactorieel + méér multidisciplinair

Hoe?

instrument voor zorgvrager

instrument voor zorgverlener

netwerkplatform

Voorstel instrument: idee 1

Map/box

Fysieke opslagruimte

- voor bestaande materialen EVV + eigen materialen
- 12 valrisicofactoren gebundeld
- mét handleiding/leidraad: hoe op elk van die 12 in te zetten

Fysieke communicatiedrager

- een gebundeld 'postvak'
- gecentraliseerd bij de zorgvrager
- voor/door de betrokken disciplines
- Voor opvolg-afspraken/doorverwijsbrieven/ontslagbrieven (≠ medisch, enkel toegespitst op valbeleid)



➔ Instrument voor multifactorieel + multidisciplinair/transmuraal + motivator/mede-eigenaarschap

KRITISCHE REFLECTIE op idee 1

Teveel vanuit de theorie ≠ praktijk.

Kritiek uit verschillende hoeken

“Nog veel werk aan dat idee.”

“Weeral een map.”

“Die map gaat daar gelegd worden en blijven liggen.”

“Ze vergeten hun wilsbeschikking al, waar ze zo over nagedacht hebben. Waarom zouden ze die map dan meehebben?”

“Op papier? Digitaal zou beter zijn.”

“Oei, oei. Je gaat toch heel goed moeten begeleiden.”

“Mijn oma wil geen zichtbare map en stempel van ‘ik kan vallen’.”

“Een overload aan informatie, teveel in 1 keer, zo haken ze af.”

“Teveel inspanning om up-to-date te houden.”

Idee 1 = afgevoerd?

Geeft aanzet tot debat over alternatieven.

Voorstel instrument: idee 2

Drieluik/vierluik

- één voor zorgvrager + één voor zorgverlener
- 12 valrisicofactoren gebundeld
- mét handleiding/leidraad: hoe op elk van die 12 in te zetten



➔ Instrument voor multifactorieel + multidisciplinair/transmuraal + motivator/mede-eigenaarschap

Daarmee nog geen postbus...

- Voorstel jaarlijks wederkerende werksessie
- Enkel en alleen rond thema vallen
- Ter evaluatie en update van instrument + transmuraal partners leren kennen en gericht afspreken
- Werksessies = aanzet

KRITISCHE REFLECTIE

- Laat bezinken
- Bespreek met jouw achterban
- Maak HUISWERK

Kan jij je vinden in 1 van deze 2 ideeën? Waarom wel/waarom niet?

Wat is jouw idee 3?

Ongeacht idee 1, 2, 3: welke info moet er volgens jou op de instrumenten?

Voorbeelden bouwstenen:

QR code naar LDC voor info groepsessies

Invulvak: telefoonnummer zo gevallen

Informatie over de valkliniek



WERKSESSIES

Dit digitaal vervolgmoment is de aftrap naar de volgende fase in het project.

WANNEER & WAAR?

- dinsdag 25 juni – LDC De Leest Izegem
- dinsdag 3 september – SAT- Zaal Ceremano
- dinsdag 10 september – SJKI – Zaal Blauwhuis
- dinsdag 17 september – mogelijks WGK Tielt (nog in bespreking)

Telkens in de namiddag van 14u tot 17u.

Iedereen welkom!

Niet elke discipline/instelling hoeft op elke werksessie aanwezig te zijn.

Verplicht inschrijven: petra.empact@wvlzorgt.be.



WERKSESSIES

WAT?

✓ Mee werken aan een overkoepelend instrument

- Een meerwaarde bovenop de reeds bestaande materialen
- Wegwerken belemmerende factoren
- Leidraad voor zorgvrager
- Leidraad voor zorgverlener

“Wie zelf doet, doet best!”

✓ Een netwerk-opportunititeit

- Partners leren kennen
- Onderling belemmerende factoren aanpakken
- Transmuraal: SAT en SJKI nemen deel
- Vastleggen van een jaarlijks wederkerend moment voor evaluatie en hernieuwen afspraken?

1^e lijn:

vraagt meer communicatie bij ontslag na ziekenhuisopname door val
vraagt meer beweging van de oudere tijdens opname
vraagt meer gerichte doorverwijzing naar ergo/kine

ziekenhuizen:

vragen meer doorverwijzing naar geriatrisch dagziekenhuis voor valkliniek

ZORGPAD RECIDIVEREND VALLEN

PROJECTPLANNING



Digitaal startmoment

Dinsdag 12 maart 2024



deadline 21 april 2024

**Informatie-
verzameling**

Digitale bevraging.



april - mei 2024

Diepte-interviews

Diepte-interviews 1 op 1,
zorgproces vergelijken,
voorstellen bundelen.

Digitaal
overlegmoment
4 juni



juni - september 2024

Werksessies

Ideeen aftoetsen,
sleutelinterventies
vastpinnen,
engagementsen aangaan.

Digitaal
overlegmoment
1 oktober



oktober - november 2024

Uitwerking tools

Instrument(en) uitwerken
voor zorgvrager én voor
zorgverlener.

Digitaal
overlegmoment
10 december



december 2024

Implementatiefase

Ingebruikname zorgpad.
Afspraken maken voor
opvolging.





Zijn er vragen? Opmerkingen?

UITKOMST van een geslaagd project

- Duidelijker, effectief valpreventiebeleid in de regio
- Minder valrisico voor de oudere/ meer levenskwaliteit
- Minder ziekenhuis-opnames met RVO= vallen
- Meer zichtbaarheid van/voor zorgverleners eerstelij
- Betere communicatie/ meer gerichte doorverwijzing
- Transmurale samenwerking, die multidisciplinair is

UITKOMST van een geslaagd project



MET impact

... zonder



brug tussen preventief beleid - curatief beleid





Bedankt