

Zorgprogramma valpreventie GEZ Aalsmeer-Dorp



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Epidemiologie	5
3	Doelen en resultaten valpreventie	7
4	screeningsproces.....	8
4.1	Signalering	9
4.2	Primaire screening	10
4.3	Screening tijdens een bestaande behandeling	10
4.4	Primaire evaluatie	10
4.5	Secundaire screening.....	11
4.6	Secundaire evaluatie	12
4.7	Evaluatie van de interventie	13
5	KIS	13
6	Zorgverleners.....	14
6.1	Huisarts	14
6.2	Fysiotherapie	14
6.3	Ergotherapie	14
6.4	Thuiszorg.....	14
6.5	Diëtiste.....	14
6.6	Opticiën	15
6.7	Apotheek.....	15
6.8	Gemeente	15
7	Verwijsbeleid binnen 1 ^e lijn	15
8	Alternatief beleid	7
9	Rol 2e lijn	15
10	Visie Ouderenzorg Aalsmeer	16
11	Prestatie indicatoren	18
	Bijlage	19

1 Inleiding

Het probleem vallen wordt steeds groter in Nederland. Een op de drie thuiswonende ouderen en de helft van de verpleeghuisbewoners valt minstens eenmaal per jaar. Het jaarlijkse aantal valincidenten bij 65-plussers bedraagt hiermee meer dan 1 miljoen per jaar in Nederland. Volgens een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zijn letsels ten gevolge van een valpartij de derde belangrijkste oorzaak van ongezonde levensjaren bij ouderen. Vallen is de belangrijkste oorzaak van overlijden door een ongeval bij ouderen boven de 65 jaar (Murray et.al 1996).

Bijna een kwart (23,5%) maakt gebruik van de gezondheidszorg(huisarts, fysiotherapeut, opname in ziekenhuis of verpleeghuis) en 17,2% wordt medisch behandeld als gevolg van de val.

Dit zijn in Nederland o.a. jaarlijks 89.000 senioren van 55 jaar en ouder die worden behandeld op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) als gevolg van een val in en om het huis.

Een groep hiervan zijn ongeveer 15.000 ouderen met een heupfractuur ten gevolge van een val . Hiervan overlijdt bijna 25% binnen een jaar na het oplopen van de heupfractuur en nog eens 25% blijft permanent invalide.

Bijna 70% van de zelfstandig wonende ondervindt lichamelijke gevolgen van de laatste val, 6% heeft ernstig letsel, zoals een fractuur, Bijna een derde van de ouderen rapporteert een afname in het lichamelijk functioneren als gevolg van de laatste val, 17% is sociaal minder actief, en 15% is lichamelijk minder actief. Uiteindelijk kan dit zelfs leiden tot verlies van zelfstandigheid.

Als een oudere valt, heeft dit naast de fysieke problemen vaak grote gevolgen voor de gezondheid.

Veel ouderen worden bang om te lopen of buitenshuis activiteiten te ondernemen, hierdoor kunnen ze in een sociaal isolement raken (Verhaar et al. 2004).

Het zorgprogramma

In het zorgprogramma is aangegeven hoe de zorg voor deze cliënten met valverleden of een valrisico binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband georganiseerd kan worden. Het programma is gebaseerd op de Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen 2004, aangevuld met recente literatuur en geeft een handleiding voor de diagnostiek en multidisciplinaire behandeling. De deelnemende disciplines in het zorgprogramma zijn; huisarts/POH, apotheek, fysiotherapeut, ergotherapie, diëtist, wijkverpleegkundige (thuiszorg), Mensendieck, Opticien e.a.

Aanleiding zorgprogramma

Binnen de GEZ Aalsmeer-Dorp wonen veel ouderen met een hoog val risico. Het percentage 75+ patiënten in de GEZ is 8% en waarschijnlijk in de toekomst stijgend. Het aantal 65+ patiënten is 22%.

De behandeling is momenteel vaak monodisciplinair en niet goed op elkaar afgestemd. Vanuit de verwachting dat een afgestemde multidisciplinaire aanpak de doelstelling van het beleid beter helpt realiseren hebben de zorgaanbieders van het GEZ Aalsmeer-Dorp er voor gekozen om de valpreventie bij ouderen als een van de eerste aandoeningen multidisciplinair programmatisch te gaan benaderen. Het zorgprogramma Valpreventie is een onderdeel van de hele ouderenzorg in Aalsmeer-Dorp. De ouderenzorg zal een belangrijke rol spelen in Aalsmeer-Dorp.

Het is belangrijk het behandelplan bij vallende of valgevaarlijke ouderen af te stemmen op de voorkeuren, wensen, mogelijkheden en co morbiditeit van de patiënt. Gezien de vele facetten die hiermee samenhangen heeft een multidisciplinaire benadering de voorkeur. Iedere discipline levert hierbij in afstemming met het behandelteam en de andere disciplines zijn zorg.

2 Epidemiologie

Eén op de drie 65-plussers die zelfstandig wonen, valt minstens één keer per jaar. Van ouderen boven de 80 jaar is dat zelfs de helft. Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen lopen nog meer risico.

- ✚ Jaarlijks 70000 65 + op EHBO. Bijna de helft wordt opgenomen.
- ✚ Vallen grote impact op zelfredzaamheid ouderen.
- ✚ Jaarlijks zijn de directe medische kosten ongeveer 820 mln (2012) (bron: ggd Noord en Oost Gelderland).

Risicofactoren

Factoren die van belang zijn bij het ontstaan van vallen bij de oudere zorgvrager bestaan uit een aantal groepen:

Fysiologische factoren:

- ✚ de spiermassa neemt af
- ✚ de botmassa neemt af
- ✚ het reactievermogen neemt af
- ✚ de flexibiliteit neemt af
- ✚ de balans neemt af
- ✚ slechte visus

Externe factoren; door verschillende zaken buiten het lichaam is de kans op vallen veel groter:

- ✚ inadequate verlichting
- ✚ gladde vloeren
- ✚ losliggende kledingjes
- ✚ losliggende draden
- ✚ Trappen
- ✚ Polyfarmacie/farmacie
- ✚ Slecht schoeisel

Interne factoren; door verschillende zaken binnen het lichaam is de kans op vallen veel groter:

- ✚ parkinsonisme
- ✚ verminderde cognitie
- ✚ duizeligheid
- ✚ hartritmestoornis
- ✚ polyneuropathie
- ✚ val angst
- ✚ orthostase

Tabel 3 Risicofactoren voor vallen bij zelfstandig wonende ouderen

Risicofactor	OR/RR/DR	Onafhankelijke factor (n)	Totaal genoemd (n)	Niveau
Mobiliteitstoornissen ^{4,5,6,7,9,10,12,13,14,17,24,25,26}	0,5 [*] -3,9	13	16	1
Eerder gevallen ^{4,5,7,8,12,14,15}	1,2-3,3	7	13	2
Psychofarmaca ^{6,9,14,19,15,16}	1,6-28,3	6	12	2
Moeite met activiteiten van het dagelijks leven (ADL) ^{12,13,10,15}	1,5-3,8	4	12	3
Lichamelijke activiteit ^{9,13}	0,4-0,6	2	8	3
Gewrichtsaandoeningen ^{4,5,6,9}	2,0-2,7	4	10	3
Visusstoornissen ^{4,5,15,17}	1,2-2,3	4	14	3
Urine-incontinentie ^{14,15}	1,6-1,7	2	6	3
Ziekte van Parkinson ^{4,5}	7,7-9,5	2	4	3
Duizeligheid ^{8,13}	1,8-2,0	2	5	3
Polyfarmacie ^{6,10}	2,6-4,5	2	10	4
Leeftijd ^{6,9,13}	0,6-8,1	3	14	4
Vrouwelijk geslacht ^{6,13}	1,6-2,1	2	11	4
Depressieve symptomen ^{7,27}	1,4-2,2	2	11	4
Cognitieve stoornis ^{10,23}	1,1-5,0	2	11	4

OR = 'odds ratio'; RR = 'relatief risico'; DR = 'density ratio' = het aantal vallen per 10.000 'persoonsdagen' in de blootgestelde groep gedeeld door het aantal vallen per 10.000 'persoonsdagen' in de niet-blootgestelde groep. * Schwartz et al. vonden dat in staat zijn om snel op te staan uit een stoel een beschermende factor is voor vallen.⁹

3 Doelen en resultaten valpreventie

GEZ Aalsmeer-Dorp wil een aantal doelen en resultaten behalen middels dit zorgprogramma:

- Door betere registratie, betere casefinding, betere inzet valpreventie en codering in het KIS, daardoor gaan we werken volgens stappenplan met als resultaat minder vallen met minder letsel en toename zelfstandigheid.

Awareness voor vallen in de eerste lijn, zodat een

- > Nadere evaluatie van het valrisico verricht kan worden bij hoog risico patiënten
- > Multifactoriële evaluatie en interventie kunnen plaatsvinden, wat leidt tot gerichte (en zo nodig evenzeer multipale) interventie maatregelen, met als doel

Minder vallen bij hoog risico patiënten

- > Minder letsel
- > Behoud zelfredzaamheid, zelfstandigheid en hiermee kwaliteit van leven
- > kostenbesparing

Doelgroep

- + 65 jaar en ouder
- + Ouderen die gecodeerd zijn als kwetsbaar
- + Hoog risico patiënten (osteoporose)
- + Patiënten die als valgevaarlijk worden gezien door participerende disciplines
- + Bewoners van zorgcentra en instellingen
- + Patiënten die al eens vielen

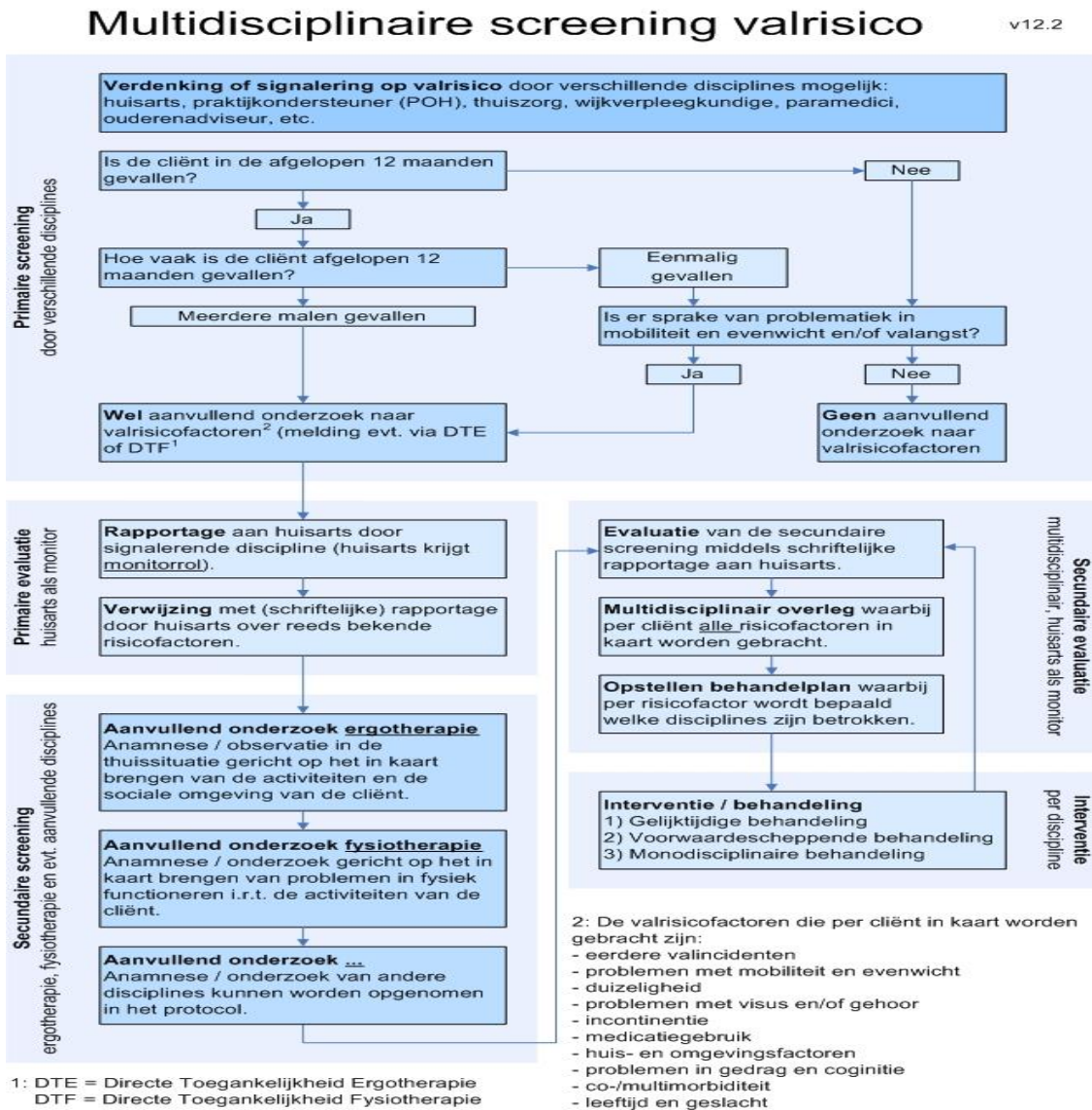
4 Algemeen beleid

Het organiseren van informatieavonden voor ouderen en mantelzorgers kan gebruikt worden om informatie over valpreventie te geven. Op deze manier kan er preventief gewerkt worden door bijdrages van de verschillende GEZ disciplines tijdens zulke avonden. Lopende het zorgprogramma zal er steeds duidelijker worden in welke omgeving specifieke informatie gegeven moet worden.

De beweegtuin voor ouderen die in het voorgaande stuk is genoemd heeft ook mogelijkheden om zorg te bieden in het reguliere zorgaanbod. Aanvullende scholing door de fysiotherapeut aan de dagelijks begeleider die aanwezig is op afgesproken momenten in de beweegtuin, kan op termijn ook als vangnet gaan fungeren voor deze gevallen. Zo kan er een standaardoefenprogramma voor de beweegtuin worden opgesteld om mensen te laten starten met bewegen/trainen.

5 screeningsproces

Bij de zorg rondom de doelgroep zijn vaak meerdere disciplines betrokken. Om enige structuur in de signalering en behandeling te brengen is het multidisciplinaire screeningsproces in kaart gebracht.



Beslisboom screeningsproces

Het screeningsproces is onderverdeeld in verschillende stappen, waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen de expertise en verantwoordelijkheden van de betrokken disciplines. Op basis van de uitkomst van de gehele screening wordt bepaald wat voor behandeling of interventie er plaatsvindt. Dit kan betekenen dat er een monodisciplinaire behandeling dan wel multidisciplinaire behandeling plaatsvindt, of dat er helemaal geen behandeling gaat volgen.

De screening bestaat uit het in kaart brengen van het valrisico van één individu door meerdere disciplines, waarbij elke betrokken discipline in haar vakgebied (of expertise) relevante informatie verzameld en onderzoek verricht naar specifieke risicofactoren. Uiteindelijk worden alle gevonden resultaten gecombineerd in een rapportage, waarna er een behandelplan wordt opgesteld en uitgevoerd.

Het gehele screeningsproces bestaat uit de volgende stappen:

1. Signalering
2. Primaire screening
3. Primaire evaluatie
4. Secundaire screening
5. Secundaire evaluatie
6. Interventie

In de volgende paragrafen wordt het screeningsproces per stap omschreven.

5.1 Signalering

De sleutel tot het succesvol toepassen van dit protocol ligt bij een vroegtijdige en adequate signalering. De signalering is simpel gezegd de alertheid van alle zorgverleners op mogelijk valrisico van een cliënt. Een adequate signalering vereist dat men bewust is van de risico's en de mogelijke gevolgen van een val, alsmede dat men kennis heeft van dit protocol.

De signalering maakt gebruik van 3 vragen:

- Is de cliënt gevallen de afgelopen 12 mnd?
- Hoe vaak is de cliënt gevallen de afgelopen 12mnd?
- Is er sprake van (een verhoogd valrisico?) problematiek in mobiliteit en evenwicht en/of val angst?

Uit onderzoek blijkt dat uit het antwoord op deze vragen kan worden vastgesteld of er sprake is van een verhoogd valrisico. Er vindt terugrapportage plaats naar de huisarts over de uitkomsten van de signalering.

Alle patiënten die positief scoren op het risico op vallen zullen uitgenodigd worden op een informatieavond over valpreventie.

Op deze manier kan er preventief gewerkt worden door bijdrages van de verschillende GEZ disciplines tijdens zulke avonden. Lopende het zorgprogramma zal er steeds duidelijker worden in welke omgeving specifieke informatie gegeven moet worden.

De signalering vindt plaats tijdens de gehele duur van het zorgproces rondom een cliënt en kan (en moet) worden uitgevoerd door alle betrokken zorgverleners. Niet alleen professionele zorgverleners spelen hierbij een rol, maar ook de mantelzorger(s) zijn van groot belang.

Zoals genoemd vindt de signalering plaats tijdens het gehele zorgproces. Niet alleen bij het eerste contact met een nieuwe cliënt, maar ook bij bestaande cliënten. Tijdens het zorgproces kunnen specifieke omstandigheden veranderen (denk aan medicatie, fysieke gesteldheid, woonomgeving, etc.) waardoor dus ook het valrisico voor de cliënt kan veranderen.

5.2 Primaire screening

Na signalering, dus (h)erkenning van mogelijk valrisico, kan men verder met de tweede stap, de primaire screening. Alle zorgverleners mogen de primaire screening uitvoeren, het labelen in het HIS mag alleen de huisarts (Communicatie in HIS: A80 ongeval letsel voor gevallen 65+ en A28 is valgevaarlijk).

Indien er sprake is van een verhoogd valrisico dan wordt er een screening gedaan aan de hand van het 'screeningsformulier valrisico' (zie Bijlage 2).

Afhankelijk van de uitkomst van de screening wordt besloten of aanvullend onderzoek door andere GEZ disciplines noodzakelijk is of niet. Indien aanvullend onderzoek noodzakelijk is, wordt de huisarts op de hoogte gesteld door de GEZ disciplines die aanvullend onderzoek hebben gedaan. Blijkt uit screening dat er geen verhoogd valrisico is, dan wordt er geen verder onderzoek gedaan. Het is echter wel van belang dat men alert blijft, omdat de specifieke omstandigheden die kunnen leiden tot een verhoogd valrisico in de toekomst kunnen veranderen.

Stappenplan – de *primaire screening* samengevat:

1. Signalering van valrisico
2. Primaire screening middels 'screeningformulier valrisico' (zie Bijlage 2)
3. Uitkomst van de screening:
 - a. Ja, onderzoek geïndiceerd – melding/rapportage huisarts
 - b. Nee, geen onderzoek geïndiceerd – geen actie, wel blijven opletten (signalering)

5.3 Screening tijdens een bestaande behandeling

Het kan zijn dat een cliënt reeds onder behandeling is (van één of meer van de betrokken disciplines) op het moment dat er een mogelijk valrisico wordt gesignaleerd. *Het dient de voorkeur dat de betreffende behandeling wordt voortgezet.* Daarnaast wordt geadviseerd om ook het valrisico in kaart te brengen door de primaire screening uit te voeren. Bij een positief bevonden primaire screening wordt er, volgens de normale stappen van dit protocol, contact opgenomen met de huisarts. In overleg met de huisarts kan er worden besloten of de signalerende discipline vroegtijdig een deel van de secundaire screening uit voert.

5.4 Primaire evaluatie

Indien er sprake is van een verhoogd valrisico, wordt de huisarts van de betreffende cliënt op de hoogte gesteld. De huisarts is in dit protocol het centrale aanspreekpunt en vervult een rol als monitor bij het aanvullend onderzoek en mogelijke behandeling.

Na de signalering zal de huisarts of praktijkondersteuner in eerste instantie de reeds bekende risico's in kaart brengen, waarbij het 'inventarisatieformulier valrisico' wordt ingevuld (zie Bijlage 3). Wanneer er risico's ontbreken, wordt door de huisarts nader onderzoek verricht naar de factoren die onder zijn of haar expertise vallen.¹ Voor de overige ontbrekende risicofactoren doet de huisarts een snelle beoordeling of aanvullend onderzoek gewenst is. De inventarisatie van de risicofactoren worden verder in het zorgprogramma omschreven.

¹ Op het formulier wordt per risicofactor vermeld welke discipline de expertise heeft om aanvullend onderzoek te doen.

Als blijkt dat aanvullend screenend onderzoek door andere disciplines gewenst is, dan overlegt de huisarts met de cliënt. Indien de cliënt akkoord gaat met het voorstel (wel 'informed consent'), dan verwijst de huisarts de cliënt door naar de overige betrokken disciplines voor secundaire screening.

Indien de cliënt aangeeft dat aanvullend onderzoek niet gewenst is (geen 'informed consent') en er zijn risico's geconstateerd die onder de expertise van de huisarts vallen, dan bepaald de huisarts in overleg met de cliënt of er een (monodisciplinaire) interventie plaatsvindt.

Stappenplan – de *primaire evaluatie* samengevat:

1. Inventarisatie reeds bekende risico's middels 'inventarisatieformulier valrisico' (zie Bijlage 3)
2. Aanvullend onderzoek door huisarts
3. Evaluatie van inventarisatie: bepalen welke risicofactoren eventueel nog ontbreken
4. Overleg met cliënt inzetten van mantelzorg en de eigen mogelijkheden optimaal gebruiken
5. Overleg met cliënt over monodisciplinaire controle en/of interventie huisarts
6. Overleg met cliënt over doorverwijzing voor secundaire screening

5.5 Secundaire screening

Als uit het onderzoek van de huisarts/POH ouderenzorg en na overleg met cliënt (primaire evaluatie) blijkt dat aanvullend onderzoek door andere disciplines noodzakelijk is, dan wordt de cliënt doorverwezen voor secundaire screening. Tijdens de secundaire screening worden de risicofactoren, die nog verder onderzocht dienen te worden, in kaart gebracht. De secundaire screening kan worden gedaan o.a. door de volgende disciplines:

- Fysiotherapie
- Ergotherapie
- Apotheek
- Diëtiste
- Oogarts
- Thuiszorg

Bij de verwijzing van de huisarts wordt het reeds ingevulde inventarisatie formulier meegestuurd. De betreffende disciplines die verantwoordelijk zijn voor de secundaire screening, onderzoeken/beoordelen de ontbrekende criteria per risicofactor en vullen het formulier aan. Na de secundaire screening worden de bevindingen met behandelvoorstel gerapporteerd aan de huisarts, waarna er een tweede evaluatiemoment plaatsvindt (secundaire evaluatie).

Bij de secundaire screening wordt het behandelvoorstel besproken met de cliënt. Het kan zijn dat behandeling door de betreffende discipline noodzakelijk is of dat behandeling door de betreffende discipline niet noodzakelijk is.

De uitkomst van het behandelvoorstel wordt door de betreffende discipline aan de huisarts gemeld tijdens de secundaire evaluatie.

Indien de cliënt aangeeft dat behandeling door een andere discipline niet noodzakelijk is en er risico's zijn geconstateerd die onder de expertise van de huisarts vallen, dan bepaald de huisarts in overleg met de cliënt (!) of er een monodisciplinaire interventie plaatsvindt.

5.6 Secundaire evaluatie

Na secundaire screening zijn alle risicofactoren geïnventariseerd en heeft de geconsulteerde discipline een behandelvoorstel gedaan voor elk van de criteria die op een verhoogd valrisico wijzen. Daarbij wordt gekeken naar wat de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling is die mogelijk is.

De betrokken discipline koppelt de rapportage over de behandeling en het behandelplan terug naar de huisarts.

Patiënten waarvan het behandelplan afgestemd moet worden met anderen of waarvan de behandelende discipline advies nodig heeft van anderen kan de patiënt bespreken in het MDO.

MDO

Tijdens het MDO wordt gekeken naar de totale inventarisatie van het valrisico door alle betrokken disciplines en de daarbij behorende behandelvoorstellen. Op basis van het MDO wordt dan een behandelplan opgesteld. Het behandelplan wordt opgesteld volgens een 'stepped care model'. Daarbij wordt gekeken naar wat de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling is die mogelijk is. De behandelvorm wordt als volgt ingedeeld naar de wijze en intensiteit van begeleiding:

1. Individuele behandeling aan huis
2. Individuele behandeling in de praktijk
3. Groepsbehandeling in de praktijk
4. Preventie (waaronder zelfstandig bewegen of beweegprogramma's en de mogelijkheid om in de beweegtuin voor ouderen aangeleerde vaardigheden bij de fysiotherapeut bij te houden)

5.7 Evaluatie van de interventie

Het effect van de interventies wordt op 'normale' wijze door de verantwoordelijke discipline zelf en volgens de voor de discipline geldende norm gemeten. Een effectmeting kan op meerdere momenten gedurende het behandeltraject en monodisciplinair worden uitgevoerd. Het resultaat van de meting(en) wordt vervolgens geëvalueerd. Daarbij wordt er onderscheid gemaakt tussen de volgende evaluaties:

- *Tussentijdse evaluatie:* Als uit het resultaat van een effectmeting blijkt dat aanpassing van het behandelplan geïndiceerd is, dan kan dit worden besproken tijdens een tussentijdse evaluatie in een MDO. Op het moment dat een deel van de behandeldoelen is bereikt, kan het betekenen dat de behandeling van een specifieke discipline stopt. Dit betekent dat voor de betreffende discipline de effectmeting een eindmeting is. In het kader van het gehele behandeltraject, welke wordt voortgezet door de andere betrokken disciplines, hebben we het toch over een tussentijdse evaluatie.
- *Eindevaluatie:* Als uit effectmeting blijkt dat alle behandeldoelen zijn behaald, dan kan er een eindevaluatie plaatsvinden in het MDO. Maar we streven ernaar om evaluaties in te voeren in het KIS zodat er ook minder overleggen/MDO nodig zijn.

6 KIS

Het streven is een KIS programma te maken voor het zorgprogramma Valpreventie, dit ook weer als onderdeel van de ouderenzorg. In dit programma kunnen alle 1^e lijn zorgverleners die betrokken zijn bij de keten werken in het KIS. Patiënten die in aanmerking komen voor het zorgprogramma Valpreventie zullen in dit KIS geïnccludeerd worden. Binnen het programma zal een ieder een eigen onderzoek/consult kunnen uitvoeren. De huisarts kan binnen dit KIS ook verwijzingen sturen naar b.v. de fysiotherapie en ergotherapie.

Met behulp van het KIS zal er een transparante informatie overdracht zijn.

De werkgroep zal moeten besluiten welke vragenlijsten, onderzoeken en risicoprofielen er moeten worden geïmplementeerd in het KIS.

7 Zorgverleners

Het doel van alle zorgverleners is onnodige doorverwijzing te voorkomen waardoor ook onnodige kosten worden voorkomen. Dit door optimaal gebruik van de 0^e en 1^e lijn te stimuleren.

7.1 Huisarts

De huisarts vervult de monitorrol/regierol. De omgeving van de patiënt, professioneel en privé gerelateerd, kan de signalen van een mogelijk verhoogd valrisico bij de huisartsenpraktijk neerleggen. De huisartsenpraktijk zelf signaleert ook. Na de signalering vindt de primaire screening plaats. De huisarts neemt hierin het initiatief. Met de voorkennis over de medische-, sociale- en familie anamnese, aangevuld met het recent lichamelijk aanvullend onderzoek en het actuele medicijn gebruik zal het inventarisatie formulier worden ingevuld.

7.2 Fysiotherapie

De fysiotherapiebehandeling richt zich bij valpreventie op de fysiologische factoren (spiermassa, botmassa, reactievermogen, flexibiliteit en balans) en eventuele interne factoren als die van invloed zijn op het beweegpatroon (parkinsonisme, verminderde cognitie, duizeligheid, hartritmestoornis, polyneuropathie, val angst en orthostase). De fysiotherapeut is goed in staat het functioneren in ADL in kaart te brengen met behulp van testen die ook direct als 0 meting kunnen dienen. Aan de hand van deze testen wordt bepaald of, en zo ja welke invulling er aan het trainings-, begeleidings- en of adviestraject moet worden gegeven. De invulling van deze trajecten zal zo worden ingevuld, dat er een actieve participatie van de deelnemer verwacht zal worden. De begeleiding zal zo worden ingericht zijn dat de deelnemer eindigt op een niveau waarop er na afloop van het traject op een verantwoorde manier zelfstandig verder getraind kan worden. Hierin kan de beweegtuin voor ouderen een centrale rol gaan spelen.

7.3 Ergotherapie

De ergotherapiebehandeling richt zich bij valpreventie op de relatie tussen alle risicofactoren en veilig handelen. Binnen de behandeling wordt een inventarisatie gemaakt van alle betekenisvolle handelingen op het gebied van de zelfredzaamheid, productiviteit en vrije tijd. De ergotherapeut is goed in staat veiligheid van functioneren in ADL te beoordelen door middel van observaties en te bepalen welke risicofactoren beïnvloed dienen te worden om de kans op vallen te verlagen. In het trainings-, begeleidings- of adviestraject dat daarna volgt, richt de ergotherapeut zich op het bereiken van een andere manier van handelen door de cliënt door aanpassing van de activiteit, aanpassing van de omgeving en bewustwording van een risicovolle uitvoer van dagelijkse activiteiten.

7.4 Thuiszorg

De thuiszorg heeft een signalerende functie binnen het zorgprotocol Valpreventie. Zij zijn in staat om de primaire screening af te nemen. De thuiszorgmedewerkers zullen door de GEZ hierin geschoold worden.

7.5 Diëtiste

De diëtiste zal ingeschakeld worden op verwijzing van de huisarts. De diëtiste kan o.a. ingeschakeld worden bij b.v. Sarcopenie.

7.6 Opticien

Patiënten die visusproblemen hebben en waarvan uit de screening blijkt dat dit invloed heeft op het vallen wordt op indicatie doorverwezen naar de opticien.

7.7 Apotheek

Het is algemeen bekend dat bepaalde medicijnen kans op vallen vergroten, deze worden ook wel valrisico-verhogend geneesmiddelen genoemd. Uit recente onderzoeken blijkt dat het aantal valincidenten bij ouderen met 50% kan worden teruggebracht door deze medicatie te minderen of te stoppen.

7.8 Gemeente

De gemeente kan ingeschakeld worden voor veiligheid van de openbare ruimten (b.v. losse stoeptegels) en de WMO kan ingeschakeld worden bij problematiek binnenshuis en behoud van zelfstandigheid.

8 Verwijsbeleid

Het doel van het zorgprogramma valpreventie is behoud van zelfstandigheid en mobiliteit maar indien verwijzing buiten het zorgprogramma de beste optie noodzakelijk is, dan zal deze verwijzing ook gefaciliteerd worden. We zullen ons inzetten voor verwijs- en terugverwijs afspraken zodat de patiënt na behandeling terugverwezen zal worden naar de eerste lijn en niet in de 2^e lijn zal blijven. Het KIS zorgt voor een optimale communicatie binnen de 0^e en de eerste lijn waardoor er geen onnodige verwijzingen zullen plaatsvinden.

9 Rol 2e lijn

De 2^e lijn speelt meer een algemene rol in het zorgprogramma. Er zijn (op dit moment) geen vaste kaders wanneer een patiënt naar de 2^e lijn verwezen zou moeten worden.

Het ligt geheel aan de bevindingen tijdens de screening van de patiënt of deze wel of niet voor onderzoek naar de 2^e lijn moet. B.v. als blijkt na primaire screening dat er onduidelijke risico factoren zijn, dan kan dat worden uitgezocht door de 2^e lijn, bijv. syncope dan verwijzing naar Cardiologie/Neurologie.

Daarnaast spelen externe factoren een rol waar de zorgverleners wel op moeten letten en deze factoren evt. moeten koppelen aan het zorgprogramma valpreventie.

Na een val en fractuur wordt (indien indicatie volgens de NHG standaard) osteoporose binnen de eerste lijn uitgevoerd.

Bij ontslag na ziekenhuisopname moet er een adequate medicatie ontslaglijst mee worden gegeven, met de voorlopige ontslagbrief.

10 Visie Ouderenzorg Aalsmeer

Ouderenzorg en de toekomst

De Nederlandse bevolking verouderd. Huisartsen krijgen daardoor steeds meer te maken met oudere patiënten, van wie de meeste vroeger of later met complexe problematiek worden geconfronteerd. Dit betekent dat de zorgvraag van deze patiënten in toenemende mate speciale aandacht van de huisarts vraagt. Ouderen kampen vaak met meerdere aandoeningen tegelijk.

Ziekten die op oudere leeftijd veel voorkomen zijn cardio-/cerebrovasculaire aandoeningen (hartinfarct, angina pectoris, beroerte), dementie, COPD, diabetes mellitus, kanker, depressie, aandoeningen van het bewegingsapparaat en zintuiglijke stoornissen. Algemeen wordt aangenomen dat het aantal mensen met één of meer van deze aandoeningen de komende twintig jaar met ongeveer 50% toe zal nemen.

Veel ouderen lijden aan meer dan één aandoening tegelijkertijd (Multi morbiditeit). Goede gegevens over de prevalentie van Multi morbiditeit in de algehele bevolking ontbreken, maar uit de huisartspraktijk zijn, op grond van de huisartsregistraties, waardevolle Nederlandse gegevens beschikbaar. Ruim twee derde van de 65-plussers heeft twee of meer chronische ziekten, boven de 80 jaar is dat driekwart. De meeste ziektelast komt op rekening van hart- en vaatziekten, artrose en beroerte. Belangrijk is, dat dit patiënten zijn die met grote regelmaat medische behandeling nodig hebben en dus sterk de medische zorg voor ouderen kleuren.

Ouderen regio Amstelland

Het aantal ouderen als percentage van de bevolking in de regio Amstelland neemt de komende jaren in snel tempo toe. Het aantal ouderen in Aalsmeer-dorp is groot, nu 21,7% 65+ (t.o.v. landelijk 15%).

De behoefte aan zorgverleners die zorg aan de ouderen kunnen verlenen neemt daardoor ook toe, terwijl het percentage van de bevolking dat behoort tot de beroepsbevolking afneemt. De capaciteit van verzorgingshuizen en verpleeghuizen neemt geen gelijke tred met de groei van het aantal ouderen. Tevens is er een maatschappelijke trend om te streven dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Dat betekent dat er meer zorg geleverd moet gaan worden in de eerstelijns en dat deze zorg vaker complexere zorg zal zijn. Huisartsen ervaren diverse knelpunten in de zorg voor oudere patiënten. Deze knelpunten leiden tot zorg die naar het idee van de huisartsen van onvoldoende kwaliteit is.

De vraag naar zorg in de eerste lijn neemt toe door – met name – de (dubbele) vergrijzing, toename van het aantal chronische zieken en verschuiving van zorg van de tweede naar eerste lijn.

De uitdaging waar we als samenleving voor staan is om binnen de eerste lijn betaalbare, samenhangende en kwalitatief goede zorg te organiseren. Betere samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals is daarin belangrijk. De patiënt staat centraal, er is samenhang tussen preventie, zorg en curatie en er wordt optimaal gebruik gemaakt van het wensen en vaardigheden van de patiënt zelf (autonomie & zelfmanagement).

Het GEZ Aalsmeer dorp wil deze complexe zorg samen organiseren (huisartsen, 0^e- en 1^e lijn, gemeente). Het zorgprogramma vallen is hiervan de eerste stap.

De GEZ Aalsmeer-Dorp wil een betere en duurzame multidisciplinaire zorg voor ouderen in de regio.

Hiervoor is het nodig dat

Patiënt

- kwetsbare ouderen zelfredzaam zijn en zo lang en goed mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen
- kwetsbare ouderen (vroegtijdig) in beeld komen
- kwetsbare ouderen efficiënte en kwalitatief goede zorg wordt geboden gericht op behoud of herstel van functioneren
- kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plaats krijgt, bij voorkeur dichtbij huis

Huisarts

- de huisarts vroegtijdig signaleert en preventief kan optreden
- de huisarts met POH een centrale positie inneemt in de ouderenzorg
- de huisarts risicofactoren, interventies en veranderingen goed monitort
- de zorgverzekeraars de extra inzet (productontwikkeling, onderhandelingen, multidisciplinair overleg) van de huisartsen adequaat vergoeden

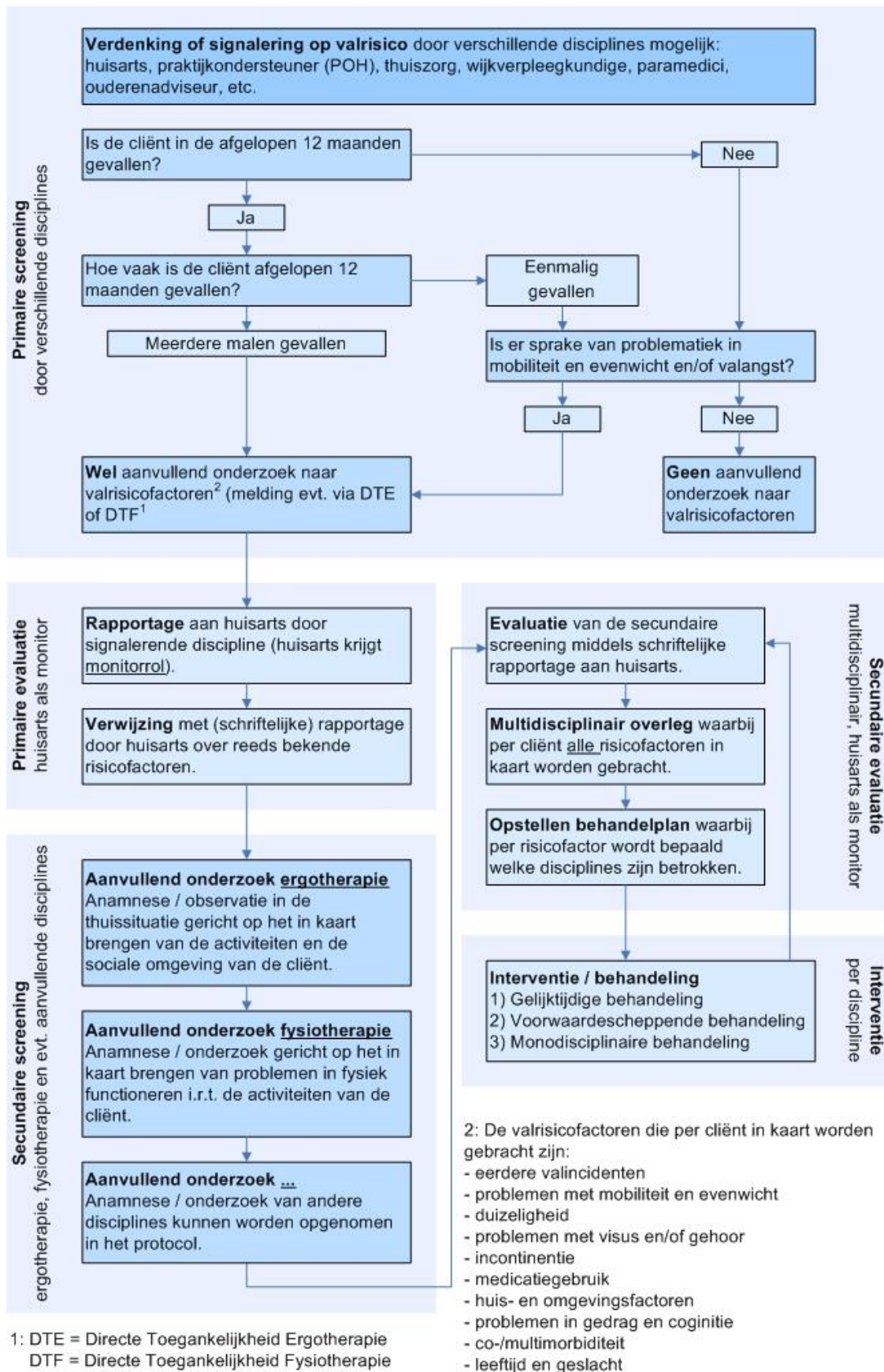
Zorgverlening (organisatie van de zorg)

- de juiste hulpverlener wordt ingezet
- zorgverleners de onderlinge samenwerking bevorderen
- zorgverleners de samenwerkingsafspraken tussen de diverse disciplines vastleggen
- zorgverleners wijkgericht werken
- zorgverleners goede regionale afspraken maken over efficiënte en kwalitatief goede ouderenzorg
- zorgverleners knelpunten op gebied van onderlinge communicatie en overdracht van patiënten tot een minimum beperken

11 Prestatie indicatoren

Aantal patiënten in zorgprogramma	
0 meting heup en pols facturen	Voor aanvang zorgprotocol wordt binnen het HIS van de huisartsen een 0-meting gedaan, na 1 jaar zullen we deze herhalen.
Percentage A80 A28	
Percentage reden inclusie zorgprogramma	Fysiologisch, interne- externe factoren
Percentage val angst en angst om te bewegen	
Score sta op test	Fysio
Percentage somatische factoren	
Percentage score vragenlijst zelfredzaamheid	
Percentage hoofdbehandelaar	HA, Fysio, ergo enz.
Percentage benzo's (polyfarmacie)	
Percentage individueel zorgplan	
Evaluatie vragen (nog te bepalen)	o.a. klanttevredenheid, behandeldoel bereikt enz
Percentage patiënten die niet doorverwezen kan worden i.v.m. kostenaspecten	

Bijlage 1: Beslisboom multidisciplinaire screening valrisico



Bijlage 2: Screeningsformulier valrisico

U bent onlangs gevallen. Wilt u het onderstaande vragenformulier invullen en aan de assistent geven?

Naam

Geboortedatum

Waar bent u gevallen?

.....

Wat was naar de oorzaak van uw val?

.....

.....

.....

Streep door wat niet van toepassing is.

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Bent u in het afgelopen jaar vaker gevallen? | Ja | Nee |
| 2. Heeft u ooit iets gebroken ten gevolge van een val? | Ja | Nee |
| 3. Bent u bang om te vallen? | Ja | Nee |
| 4. Gebruikt u een loophulpmiddel? | Ja | Nee |
| 5. Bent u bij de val buiten bewustzijn geweest? | Ja | Nee |
| 6. Bent u vaak duizelig? | Ja | Nee |
| 7. Heeft u problemen met lopen? | Ja | Nee |
| 8. Heeft u problemen met zien? | Ja | Nee |
| 9. Heeft u botontkalking (osteoporose)? | Ja | Nee |

Wilt u op de achterzijde van dit formulier opschrijven welke medicijnen u gebruikt, inclusief dosering?

Het gaat hierbij om medicijnen die u op recept krijgt en die u zelf koopt

Bijlage 2: Checklist risicofactoren verhoogd valrisico

Bijlage 3: Inventarisatieformulier valrisico

Cliëntgegevens			
Naam:		Geslacht:	
Geboortedatum:		Datum inventarisatie:	
Hulpvraag:		Meetinstrument:	
<i>Inventariseer problemen in activiteiten en participatie van cliënt.</i>		<ul style="list-style-type: none"> - PSK - I-ADL - OPHI-II 	

Risicofactor: Valgeschiedenis		
criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
<i>Per incident: datum/tijd, toedracht, locatie, ontstaan letsel.</i>	Alle	

Risicofactor: Medische geschiedenis		
criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
<i>Let op: Ziekte, osteoporose, neurologische aandoeningen (bijv. dementie, M.Parkinson), cardiovasculaire aandoeningen, orthostatische hypertensie, vitamine D deficiëntie, recent trauma en operaties verhogen valrisico.</i>	HA	

Risicofactor: Medicatiegebruik

Medicatie:		
<i>Let op: Ga na of de voorgeschreven medicatie ook daadwerkelijk wordt gebruikt!</i>		
criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
Gebruikt de cliënt één of meer van de onderstaande medicijnen? <ul style="list-style-type: none"> - antidepressiva - diuretica - antihypertensia - anticonvulsia - sedative/hyptonica - psychotrope medicatie - anti-parkinsonmiddelen - vasodilatoren - analgetica 	HA	
Gebruikt de cliënt meer dan 4 (vier) verschillende medicijnen?	HA	

Risicofactor: Duizeligheid		
criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
Heeft de cliënt last van duizeligheid? <i>Specificeer het moment en de mate van duizeligheid.</i>	alle	

Risicofactor: Incontinentie		
criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
Is er sprake van één of meer van de volgende problemen: <ul style="list-style-type: none"> - Incontinentie - Frequent urineren - Nocturie (nachtelijk urineren) - Haasten voor toilet 	alle	

Risicofactor: Visus & gehoor		
Criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
Draagt cliënt een bril? <ul style="list-style-type: none"> - Indien ja, specificatie volgens onderstaande criteria: - 2 brillen (dichtbij / veraf) - Varifocale glazen - Varillux glazen - Leesbril 	alle	
Wat is het laatste consult met een oogarts geweest? <i>Indien > 1 jaar geleden, consult wordt aangeraden.</i>		
Heeft de cliënt in het verleden oogoperaties gehad?	alle	
Is er sprake van... <ul style="list-style-type: none"> - verminderde gezichtscherpte - verminderd gezichtveld - verminderde diepteperceptie - lage contrastscherpte - lage contrastgevoeligheid 		

Risicofactor: Gedrag & cognitie		
Criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
Is er (mogelijk) sprake van dementie? <i>Let op: Psychische en fysieke (visus, gehoor of motoriek) stoornissen die de uitslag kunnen beïnvloeden!</i>		MMSE
Is er sprake van beperkt ziekte-inzicht (niet bewust van onveilig gedrag)?		
Is er sprake van cognitieve stoornissen?		PRPP
Is er sprake van val angst?		FES

Is er sprake van een verslaving? alcohol		
Is er sprake van depressie?		

Risicofactor: Huis en omgeving		
criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
Is er sprake van een onveilige woonomgeving? <i>Let op: Drempels, uitstekende meubels, gladde vloer, tapijtranden, losliggende rommel op de vloer, etc. Verhogen het valrisico!</i>	ET / FT	
Risicofactor: Mobiliteit & evenwicht		
criterium:	Discipline:	Meetinstrument:
Draagt de cliënt inadequaat schoeisel? <i>Let op: Ga na of het betreffende schoeisel ook daadwerkelijk het schoeisel is wat de cliënt dagelijks (binnens- en/of buitenshuis) draagt!</i>		
Gebruikt de cliënt hulpmiddelen om zich <i>binnen</i> te verplaatsen? <i>Specificeer hulpmiddel en wijze van gebruik.</i>	ET / FT	Inspectie
Gebruikt de cliënt hulpmiddelen om zich <i>buiten</i> te verplaatsen? <i>Specificeer hulpmiddel en wijze van gebruik.</i>	ET / FT	Inspectie
Zijn er problemen met transfers (bijv. opstaan uit bed en stoel)? <i>Specificeer bij welke transfers.</i>	ET / FT	Inspectie (TUG) (BBS)
Is er sprake van een verstoord evenwichtsgevoel?	FT / ET	TBT (BBS)

<p>Is er sprake van één of meer stoornissen die van invloed is op het bewegen? Beoordeel de volgende criteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Algehele vermoeidheid 1. Pijn in de onderste extremiteit 2. Artrogene mobiliteit van de onderste extremiteit 3. Myogene mobiliteit van de onderste extremiteit 4. Sensibiliteit van de voeten 5. Coördinatie 6. (Maximale) spierkracht 7. Spieruithoudingsvermogen 	<p>FT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. VAS 2. VAS 3. ROM 4. ROM 5. onderzoek 6. TUG 7. nRM/CRT 8. 6MWT/KUV
<p>Is er sprake van afwijkend lichaamsgewicht (voor leeftijd en geslacht)? <i>Specificeer de afwijking (ondergewicht, overgewicht, sarcopenie, etc.).</i></p>	<p>HA/FT</p>	<p>BMI VVMi</p>

--	--	--

Behandelveorstel:
Per criterium en discipline:

Afkortingen disciplines:	Afkortingen meetinstrumenten:
HA = huisarts POH = praktijkondersteuner huisarts ET = ergotherapeut FT = fysiotherapeut	6MWT = 6 minuten wandel test BBS = berg balance scale BMI = body mass index (kg/m ²) CRT = chair rise test FES = fall efficassy scale I-ADL = inventarisatie algemene dagelijkse levensverrichtingen KUV = krachthoudingsvermogen MMSE = mini mental state examination nRM = afgeleide repetition maximum NRS = numeric rating scale OPHI-II = occupational performance history interview PRPP = perceive recall plan perform PSK = patiënt specifieke klachten ROM = range of motion TBT = Tinetti balans test TUG = timed up en go test VAS = visueel analoge schaal VVMi = vet vrije massa index (kg/m ²)

Bijlage 4:

<i>Somatische factoren</i>	J/N/?	<i>Functionele factoren</i>	J/N/?
Ziek		Mobiliteitsstoornis	
Bewegingsapparaat		Balansprobleem	
Neurologisch		Loophulpmiddel	
Cardiovasculair		Schoeisel inadequaet	
Orthost. hypotensie		Woonomgeving	
Visusstoornis		Polyfarmacie	
Gehoorstoornis		<i>Psychische factoren</i>	
Pijn/ongemak voeten		Cognitieve stoornis	
Urine incontinentie		Risicogedrag	
Nycturie		Val angst	
Ondervoeding		Verwardheid	
Risico medicatie			
Sarcopenie		Osteoporose risico	
Vitamine D deficientie			
Alcohol > 2 EH/dag			

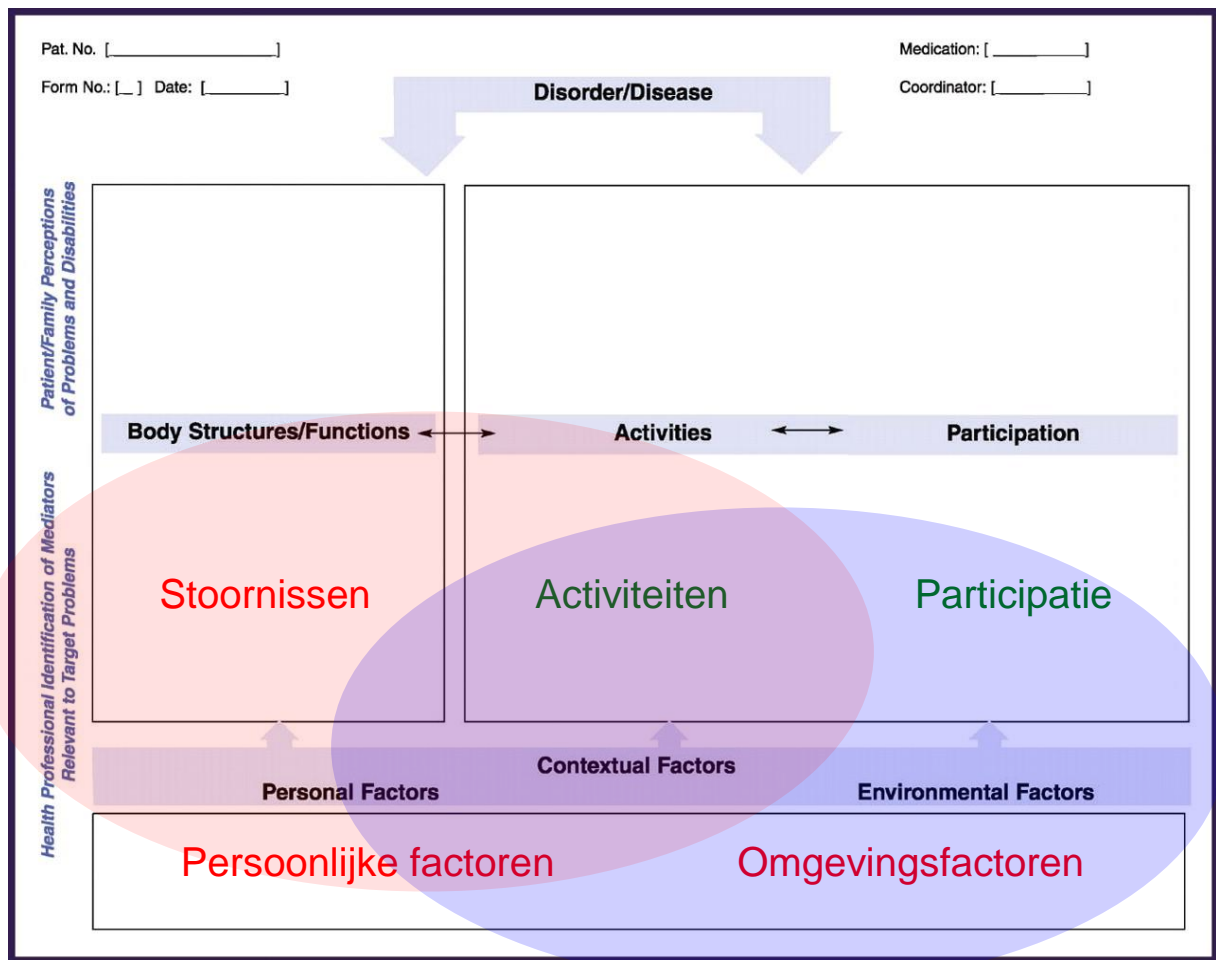
Bijlage 5:

osteoporose risicometer	score
Gewicht <60 kg en/of BMI < 20 kg/m ²	1
Leeftijd > 60 jaar	1
Leeftijd > 70 jaar (dan risicoscore > 60 jaar niet extra meetellen)	2
Eerdere fractuur na het 50ste levensjaar	1
Heupfractuur bij een ouder	1
Verminderde mobiliteit	1
Reumatoïde artritis	1
Meer dan 1 keer vallen in het laatste jaar	1
Aandoening of situatie geassocieerd met secundaire osteoporose	1
Gebruik van glucocorticoïden (>3 maanden; ≥7,5 mg/dag)	4

Bijlage 6:
ICF model'

Pat. No. [_____]	Medication: [_____]	
Form No.: [_] Date: [_____]	Coordinator: [_____]	
Disorder/Disease		
<i>Health Professional Identification of Mediators Relevant to Target Problems</i>	<i>Patient/Family Perceptions of Problems and Disabilities</i>	
Body Structures/Functions	Activities ↔ Participation	
Personal Factors	Contextual Factors	Environmental Factors

Figure 1 - ICF formulier



- ICF-model i.r.t. aanvullend onderzoek

Bijlage 7:

Te gebruiken richtlijnen en literatuur e.d.

Preventie van valincidenten bij ouderen 2004 (cb0)

Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie2011

Hoger risico op heupfractuur door antihypertensiva? Huisarts en Wetenschap, jaargang 2013, nummer 3:101-101

The Risk of Hip Fracture After Initiating Antihypertensive Drugs in the Elderly. Arch Intern Med 2012;172(22),1739-1744.

Direct risico op heupfractuur bij antihypertensieve behandeling. Geneesmiddelen bulletin Nr. 3 - 29 maart 2013. Jaargang 47 p 34.

NHG-Standaard fractuurpreventie, Huisarts en Wetenschap, jaargang 2012, nummer 10

www.kennisnetwerkvalpreventie.nl