

# Beleidsaanbevelingen omtrent de implementatie van val- en fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen

Ellen Vlaeyen · Jan Etienne · Annelies Geeraerts · Greet Leysens · Eddy Dejaeger · Koen Milisen

## Samenvatting

Diverse factoren verhinderen de toepassing van effectieve strategieën voor val- en fractuurpreventie. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen organiseerde het symposium, "Implementatie val- en fractuurpreventie bij ouderen", met als doel dieper in te gaan op de bevordering van de implementatie van effectieve preventiestrategieën voor valincidenten en valgerelateerde letsels bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen. Dit artikel brengt de belangrijkste knelpunten in kaart en biedt aanbevelingen voor het optimaliseren van disseminatie en implementatie.

**Trefwoorden** valpreventie · implementatie · thuissetting · beleidsaanbevelingen

## Policy recommendations for the implementation of fall and fracture prevention in community-dwelling older persons

### Abstract

Several factors impede the implementation of effective strategies for fall and fracture prevention. The Centre of Expertise for Fall & Fracture prevention Flanders organized a symposium, "Implementation of fall and fracture

prevention in older people", with the aim to elaborate on the facilitation of effective strategies for falls and fall-related injuries in community-dwelling older people in Flanders. This article summarizes the main bottlenecks for implementation and provides recommendations for optimizing dissemination and implementation.

**Keywords** Falls prevention · Implementation · Community care · Policy recommendations

### Inleiding

Vallen bij ouderen is een ernstig maatschappelijk probleem. Eén op de drie thuiswonende 65-plussers valt minstens eenmaal per jaar, waarvan 21 tot 45 % herhaaldelijk [1–3]. De kosten hiervan lopen hoog op. Heupfracturen ten gevolge van een val bijvoorbeeld, kosten in België gemiddeld 11.500 euro per patiënt, met een totale jaarlijkse kostprijs geschat op 308 miljoen euro [4, 5].

Een val wordt meestal veroorzaakt door een combinatie van intrinsieke en extrinsieke factoren zoals mobiliteitsproblemen, medicatie, valangst, omgeving en gedrag [6, 7]. Thuiswonende ouderen hebben een drie-

---

*E. Vlaeyen · A. Geeraerts · G. Leysens · K. Milisen (✉)  
Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en  
Eerstelijnszorg, Academisch Centrum voor Verpleeg- en  
Vroedkunde, KU Leuven, Kapucijnenvoer 35/4, 3000 Leuven,  
België  
e-mail: koen.milisen@kuleuven.be*

*E. Vlaeyen · G. Leysens · E. Dejaeger · K. Milisen  
Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen,  
Leuven, België*

*J. Etienne  
Roularta Media Group, Brussel, België*

*E. Dejaeger · K. Milisen  
Dienst Geriatrie, UZ Leuven, Leuven, België*

DOI 10.1007/s12439-016-0186-0  
Published online: 22 August 2016



**Figuur 1** Overzicht deeltrajecten van het symposium.

maal groter risico op opname in een woonzorgcentrum na een val en zesmaal meer kans op hospitalisatie na een val op straat, zelfs wanneer er geen letsels zijn [8–10]. Valgerelateerde letsels hebben vaak het overlijden van de oudere tot gevolg [11]. Zo ligt het mortaliteitsrisico bij Belgische vrouwen en mannen respectievelijk vijf tot achtmaal hoger gedurende de eerste drie maanden na een valgerelateerde heupfractuur. Dit mortaliteitsrisico blijft verhoogd (22 % voor vrouwen; 20 % voor mannen) tot tien jaar na de fractuur [12]. Daarnaast is er de psychosociale impact. Valangst leidt tot het vermijden van activiteiten, waardoor een negatieve spiraal van minder beweging, meer depressie, sociale vereenzaming en afname van kwaliteit van leven ontstaat [13].

Valproblematiek bij ouderen dreigt in de toekomst nog in omvang toe te nemen. Het aandeel ouderen in Vlaanderen met valproblematiek is de voorbije tien jaar toegenomen is van 17 % (2004) naar 19 % (2014) en geschat wordt dat dit tegen 2060 verder zal toenemen naar 25 % [14, 15]. Onderzoek toont aan dat het uitvoeren van gerichte multifactoriële en multidisciplinaire preventiestrategieën het aantal valincidenten in de thuissetting kan doen dalen met 19 tot 32 %, afhankelijk van de soort en de combinatie van interventies [16]. Uit de praktijk blijkt echter dat het dissemineren en implementeren van deze preventiestrategieën moeizaam verloopt.

Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen organiseerde het symposium, “Implementatie val- en fractuurpreventie bij ouderen”, met als doel dieper in te gaan op de bevordering van de implementatie van effectieve preventiestrategieën voor valincidenten en valgerelateerde letsels bij thuiswonende ouderen in Vlaanderen (zie fig. 1) [17, 18].

### **Voortraject**

Ter voorbereiding van het symposium werden actoren uit de gezondheids- en welzijnszorg, zoals organisaties of individuen die werkzaam zijn in een be-

paald beleids- of klinisch terrein rond val- en fractuurpreventie, uitgenodigd om deel te nemen aan twee brainstormsessies. Deze sessies hadden als doel om bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie te identificeren en uit te diepen. Aan de brainstormsessies namen in totaal 45 personen deel van verschillende disciplines (waaronder artsen, kinezietherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen en apothekers) en instanties zoals universiteiten, Lokaal Gezondheids Overleg (LOGO's), samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SELs), diensten- of thuiszorgcentra, woonzorgcentra, overheid en bedrijven. Tijdens de brainstormsessies werden de deelnemers gevraagd de meest belangrijke factoren bij de implementatie van valpreventiestrategieën binnen hun terrein aan te halen. Hierbij werd rekening gehouden met het feit dat, hoewel een valincident een acute gebeurtenis is, een valrisico omschreven kan worden als een chronische conditie met diverse onderliggende problemen [20–22]. Verder is, naar analogie met het ‘Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)-model’ van de Wereldgezondheidsorganisatie, interactie noodzakelijk op verschillende niveaus: micro (patiënt, familie en gezondheidswerkers), meso (gemeenschap en gezondheidszorgorganisaties) en macro (beleid) [23]. Rekening houdende met deze niveaus werden de negen meest prioritaire bevorderende en belemmerende factoren geïdentificeerd en besproken:

### *Systematisch terugkerende methodiek*

Om valpreventie blijvend te integreren in de praktijk is er behoefte aan een systematisch terugkerende methodiek die beleidsmatig ingebed is. In Vlaanderen is een dergelijke methodiek al opgestart. De ‘Week van de Valpreventie’ is een jaarlijks weerkende vitrine om val- en fractuurpreventie publiek in de belangstelling te plaatsen en ze heeft als doel ouderen, hun familie en alle gezondheids- en welzijns werkers in Vlaanderen te sensibiliseren en te informeren [24]. De ‘Week van

de Valpreventie' is een goed en succesvol initiatief vanwege volgende redenen: de zichtbaar en gezamenlijke, multidisciplinaire aanpak, het gecentraliseerde aanbod en de haalbaarheid.

#### *Structuur ingebed in een lokaal netwerk*

Valpreventie dient structureel ingebed te zijn in een lokaal netwerk. Net zoals bij patiënten met chronische aandoeningen, hebben ouderen met een verhoogd valrisico vaak behoefte aan langdurige zorg van verschillende gezondheidswerkers die meestal bij verschillende organisaties en diensten tewerkgesteld zijn. Bovendien is er dikwijls samenwerking vereist die de grenzen van deze organisaties en diensten overstijgt, bijvoorbeeld met de thuiszorg, het woonzorgcentrum, of het dagziekenhuis of valkliniek. Het is echter moeilijk om valpreventie op de gezamenlijke agenda te krijgen indien dit niet lokaal door alle betrokkenen gedragen wordt. Zo kunnen individuele gezondheidswerkers wel bereid zijn om valpreventiemaatregelen uit te voeren, maar problemen ondervinden om gericht door te verwijzen voor een efficiënte multidisciplinaire samenwerking omdat ze de sociale kaart (d. i. een overzicht van voorzieningen uit de welzijns- en gezondheidssector in de Vlaamse provincies en Brussel) niet kennen [25, 26]. Het samenstellen van een sociale kaart is echter een lang en moeizaam proces waar in evenredigheid middelen tegenover moeten staan. Dit maakt dat de sociale kaart momenteel onvolledig is voor wat betreft valpreventie. Het community project BOEBS of 'Blijf Op Eigen Benen Staan', waarbij een lokale gemeenschap of buurt gezamenlijk een netwerk creëert om valpreventie op de lokale beleidsagenda te plaatsen, kan een initiatief zijn om valpreventie in het lokaal netwerk te verankeren [27]. Daarnaast bestaat er een Vlaams 'draaiboek zorgpad valpreventie', een hulpmiddel voor organisaties die op lokaal niveau een zorgpad rond valpreventie willen ontwikkelen [28, 29].

#### *Samenwerking partners*

Multidisciplinaire samenwerking in de thuiszorg en over de grenzen van de verschillende zorgsettings heen blijft een heikel punt. Dit geldt niet alleen voor valpreventie, maar ook voor andere chronische aandoeningen. Er is behoefte aan zowel fysieke als digitale overlegstructuren tussen alle betrokken partijen. Zolang deze randvoorwaarde niet vervuld is, blijft het moeilijk om partners en disciplines te motiveren tot een gezamenlijke aanpak.

#### *Kwaliteitsbepaling/benchmarking*

Er zijn data beschikbaar over valincidenten en de gevolgen, maar deze data zijn zeer gefragmenteerd. Het samenbrengen van valgerelateerde data kan nuttige in-

formatie opleveren, bijvoorbeeld over risicofactoren en kosten. Dit kan op zijn beurt aanleiding geven tot meer gerichte acties. Mogelijks bieden verplichte kwaliteitsindicatoren in de Vlaamse thuiszorg hier een meerwaarde, zoals de nu reeds bestaande kwaliteitsindicatoren voor de Vlaamse woonzorgcentra [30].

#### *Gedrag*

Ouderen zien zichzelf niet als risicopersonen voor valincidenten of vinden het een normaal fenomeen dat hoort bij de leeftijd en waaraan weinig kan worden gedaan. Hierdoor zijn ze vaak niet bereid om mee te werken aan valpreventie. Ook gezondheidswerkers nemen dikwijls een dergelijke houding tegenover het risico op vallen bij ouderen aan. Daarom is het van cruciaal belang om niet zozeer te focussen op de valproblematiek en de negatieve gevolgen (kwetsbaar en oud zijn), maar om de aandacht onrechtstreeks te richten op de positieve effecten van valpreventie, zoals bijvoorbeeld het langer zelfstandig blijven functioneren. Een nieuw besef waarin de oudere en de gezondheidswerkers de verantwoordelijkheid in wederzijdse erkenning delen, is noodzakelijk om tot gedragsverandering te komen.

#### *Training in preventief werken*

De opleiding van gezondheidswerkers focust voornamelijk op curatieve zorg door middel van kennisoverdracht. Er wordt weinig of niet getraind op preventief handelen, bijvoorbeeld door het faciliteren van gedragsverandering of de eigen manier van handelen kritisch analyseren. Dit is echter noodzakelijk wil men effectief rond valpreventie werken. Preventief handelen zou moeten worden gestimuleerd op macro- (bv. overheid), meso- (bv. opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen) en microniveau (de individuele gezondheidswerkers).

#### *Vergoedingsmogelijkheden*

Pro-actieve zorg en preventie in de thuiszorg zijn toch nog toe niet opgenomen in de nomenclatuur van de gezondheidswerkers. Voor kinesitherapeutische behandelingen bijvoorbeeld krijgt de oudere pas een verhoogd aantal terugbetalingen door middel van de F-pathologie nadat hij gevallen is. Daarnaast creëert een prestatiegerichte terugbetaling een gebrek aan opvolging, en zijn er onvoldoende vergoedingsmogelijkheden voor multidisciplinair overleg in het kader van valpreventie. Er is behoefte aan heroriëntering naar preventie en gezondheidspromotie van de nomenclatuur over de disciplines heen, met een eventuele toevoeging van kwaliteitseisen om terugbetaling te krijgen.

### Leiderschap

Valpreventie is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken gezondheidswerkers waarbij de huisarts een belangrijke centrale rol vervult, maar deze in de praktijk niet altijd kan opnemen. Gegeven de beperkte middelen lijkt het aanstellen van een valpreventiecoördinator niet haalbaar. De Vlaamse zorgbemiddelaar is mogelijk een alternatief, maar de aanstelling van een dergelijke zorgbemiddelaar bij een patiënt met valproblematiek gebeurt haast niet, gezien de aanstelling beperkt is tot zwaar zorgbehoevende patiënten.

### Toegankelijke zorg voor ouderen

Ouderen moeten zich vaak verplaatsen voor therapie en dat is niet altijd evident. De zorg thuis rond de oudere organiseren, zou beter zijn.

### Symposium

Tijdens het symposium gaven drie sprekers een wetenschappelijke lezing met aanbevelingen rond de implementatie van val- en fractuurpreventiestrategieën.

Als eerste sprak Chris Todd, voorzitter van ProFouND, het Europese netwerk voor valpreventie [31]. Hij haalde de belangrijkste belemmerende factoren voor implementatie aan waaronder een gebrek aan tijd en middelen, de overbelasting van de zorgverleners en een slechte bereikbaarheid van de diensten. Het grootste struikelblok schuilt evenwel in de negatieve houding van ouderen en gezondheidswerkers ten opzichte van valpreventie. Sensibilisatie met een focus op de positieve effecten van valpreventie kan een oplossing aanreiken. Ouderen zijn immers even gevoelig als jongere mensen voor een gezond en goed voorkomen en een actief sociaal leven met familie, vrienden en kennissen. Initiatieven tot valpreventie dienen daartoe aan te sluiten op het leven en de attitude van de ouderen, niet omgekeerd. Hedendaagse communicatietechnieken, zoals sociale media, lenen zich volgens Todd uitstekend om de boodschap aantrekkelijk over te brengen en de therapietrouw te bevorderen. Een systematische verzameling en verspreiding van 'best practices' kan helpen om andere zorgverleners te inspireren.

Vervolgens lichtte Koen Milisen, gewoon hoogleraar ouderenzorg aan de KU Leuven en voorzitter Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, de eerste resultaten toe van een surveyonderzoek naar het toepassen van valpreventie maatregelen in de thuiszorg en de factoren die de implementatie hiervan verhinderen. Op basis van de praktijkrichtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen' werd een surveyvragenlijst opgesteld [19]. Deze praktijkrichtlijn is gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke evidentie, rekening

houdend met de haalbaarheid in de thuisomgeving en het werkveld [19]. In het voorjaar 2013 werd de surveyvragenlijst voorgelegd aan 1795 gezondheidswerkers (huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen) uit Vlaanderen en Brussel. Van de 1483 respondenten is 37 % op de hoogte van het bestaan van de praktijkrichtlijn en daarvan volgt respectievelijk 30 en 64 % de richtlijn volledig of gedeeltelijk op. Eenentachtig procent van de respondenten peilt minstens eenmaal per jaar actief naar de valproblematiek [32]. Na een recent valincident evalueert 95 % de risicofactoren. Na een valincident start 61 % van de respondenten oefentherapie op, maar een belangrijke minderheid (39 %) stelt dit nooit of slechts zelden voor aan de patiënt. Hoewel suppletie bij calcium- en vitamine D-tekort aanbevolen wordt, stelt 40 % dit zelden of nooit voor. Indien valpreventie maatregelen worden voorgesteld, volgt 46 % deze maatregelen nadien niet verder op. De belangrijkste belemmerende factoren voor de implementatie van valpreventie maatregelen waren volgens de respondenten de negatieve houding van ouderen ten opzichte van valpreventie (ontkennen of negeren van de problematiek en onvoldoende motivatie om preventieve maatregelen toe te passen), het sociaal stigma rond valpreventie, de moeilijke bereikbaarheid van diensten voor de ouderen en het gebrek aan steun van familie en sociale omgeving. Tabel 1 geeft een uitgebreid overzicht van de belangrijkste belemmerende factoren. Voor een succesvolle implementatie is er behoefte aan sensibilisatie van de ouderen en zijn omgeving en dienen taboes of vooroordelen zoals 'ik word ouder, dus is het normaal dat ik val', te worden aangepakt. Daarnaast is er behoefte aan een goede communicatie en samenwerking tussen de betrokken (thuiszorg)organisaties en gezondheidswerkers.

Afsluitend gaf Lieven Annemans, hoogleraar Gezondheidseconomie aan de UGent en de Vrije Universiteit Brussel (VUB), een lezing over de kosteneffectiviteit van valpreventie. Uit een Noorse studie blijkt dat de investering in een oefenprogramma bij een hoogrisicogroep van fragiele thuiswonende vrouwen ouder dan 80 jaar, een besparing kan opleveren van 320 euro per persoon. De gezondheidskosten per patiënt voor de behandeling van valgerelateerde letsels waren 1,85 keer hoger dan de kosten van de implementatie van het oefenprogramma [33]. In het Verenigd Koninkrijk leverde de investering in algemene valpreventie aan huis in een hoogrisico populatie een besparing op van £ 1500 ( $\pm$  2000) per persoon, met 5,34 minder valincidenten per persoon per jaar [34]. Andere studies illustreren dat de kosteneffectiviteit doorgaans verbetert naarmate de doelgroep en de aard van de interventie beter afgelijnd worden [35, 36]. Er is dus een groot potentieel voor kostenbesparing indien valpreventie maatregelen worden toegepast bij de juiste doelgroep en onder de juiste modaliteiten.

**Tabel 1** Belangrijkste belemmerende factoren voor valpreventie maatregelen bij ouderen in de thuiszorg volgens gezondheidswerkers ( $n = 1483$ ) [32].

omschrijving belemmerende factor	%
ouderen ontkennen of negeren hun valproblematiek	85
ouderen zijn onvoldoende gemotiveerd om aan valpreventie te werken	75
ouderen willen niet meewerken vanwege het sociale stigma van valpreventieprogramma's	66
hulpinstanties voor valpreventie zijn voor ouderen moeilijk bereikbaar	63
onvoldoende tijd voor het uitvoeren van valpreventie maatregelen	60
onvoldoende mogelijkheid om het uitvoeren van valpreventie maatregelen te koppelen aan routine-activiteiten	54
onvoldoende terugbetalingsmogelijkheden voor valpreventie maatregelen	54
het ontbreken van een valkliniek in mijn regio	51
er alleen voor staan als gezondheidswerker	48
onvoldoende sociale ondersteuning van de oudere door familie en vrienden	48
valpreventie wordt niet als prioriteit beschouwd door andere gezondheidswerkers	42
afwezigheid van een duidelijk valpreventiebeleid in mijn regio/organisatie	40
gebrek aan doorverwijsmogelijkheden	27
onvoldoende kennis van valpreventie bij anderen (collega's)	27
onvoldoende eigen kennis van valpreventie (bij jezelf)	23

## Beleidsaanbevelingen

Uit de voorbereidende brainstormsessies, de lezingen en discussieronden tijdens het symposium werden besluiten en beleidsaanbevelingen geformuleerd op vlak van sensibilisatie, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, opleiding van gezondheidswerkers, organisatorische aspecten en evaluatie, opvolging en kwaliteitsbepaling (zie tab. 2) [37].

### 1) Sensibilisatie

Er is behoefte aan sensibilisatie van ouderen, familie, mantelzorgers en gezondheidswerkers over het nut van valpreventie met focus op het zelfstandig blijven functioneren binnen een ruime sociale omgeving en het wegwerken van taboes en vooroordelen omtrent ouder worden en vallen. Deze accentverschuiving kan een eerste aanzet geven tot het wegwerken van weerstand en ontkenning bij de doelgroep. Dit vereist een promotie van de sociale ondersteuning door familie, omgeving en maatschappij. Valpreventie geniet nog altijd geen hoge maatschappelijke prioriteit. Lokale overheden dienen daarom gesensibiliseerd te worden o.a. rond investeringen voor een betere toegankelijkheid van de publieke ruimte.

### 2) Samenwerkingsverbanden

Voor een structurele onderbouwing van de systematische opvolging van individuele patiënten, dienen er lokale zorgpaden en samenwerkingsverbanden te worden opgezet over de verschillende settings heen waarbij gekeken wordt welke discipline welke taken en verantwoordelijkheden op zich kan nemen onder de huidige mogelijkheden en binnen de huidige omstandigheden. Hierbij moet er aandacht worden besteed aan samenwerking met verschillende stakeholders en aan een systematische informatieoverdracht (zowel fysiek als digitaal), onder andere via de doorvoering, verdere ontwikkeling en verbeterde toegankelijkheid voor paramedici van E-health of het Globaal Medisch Dossier. Ook een optimalisering van de sociale kaart, zowel inhoudelijk als qua gebruiksvriendelijkheid, kan zorgen voor een sneller gebruik en betere gerichte doorverwijzing van individuele patiënten. Hierbij dient er onderzoek te worden gedaan naar de optimale schaalgrootte voor dergelijke samenwerkingsverbanden. Daarnaast kan de systematische verzameling en verspreiding van 'best practices' als inspiratie dienen voor anderen. Het doorvoeren, bekrachtigen en belonen van 'good practices' uit proefprojecten zal het ontwikkelen van een systematische methodiek rond valpreventie stimuleren.

**Tabel 2** Beleidsaanbevelingen.*1. verhoog de sensibilisatie*

van ouderen over het nut van valpreventie (valpreventie verhoogt de kans om zelfstandig thuis te blijven wonen)

van familie en mantelzorgers met betrekking tot hun essentiële rol in het motiveren van ouderen tot meer deelname aan preventieve initiatieven (bijvoorbeeld door opleiding van ouderen en mantelzorgers)

van de afzonderlijke professionele doelgroepen met eigen klemtonen, onder andere op het belang van systematische samenwerking

van de publieke opinie: valpreventie geniet nog altijd geen hoge maatschappelijke prioriteit

van lokale overheden voor investeringen in een betere toegankelijkheid van de publieke ruimte (openbare gebouwen, goed onderhouden voet- en fietspaden, ...)

*2. verbeter samenwerkingsverbanden*

investeer in een meer systematische samenwerking en communicatie tussen en binnen de verschillende disciplines. Dit met aandacht voor de morele plicht tot samenwerking voor elke gezondheidswerker

ontwikkel strategieën om een sneller en beter gerichte doorwijzing van personen met een verhoogd valrisico te garanderen (bijvoorbeeld door verwijzing naar de valklinieken)

systematisch doorvoeren, bekrachtigen en belonen van good practices uit proefprojecten ter bevordering van een systematische methodiek

onderzoek naar een optimale schaalgrootte voor samenwerkingsverbanden

samenwerking met andere major stakeholders (verbonden van huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten etc.)

stimuleren van de ontwikkeling en het implementeren van lokale zorgpaden

aandacht voor een systematische informatieoverdracht, onder andere via de doorvoering, verdere ontwikkeling en verbeterde toegankelijkheid voor paramedici van E-health of het Globaal Medisch Dossier

optimalisering van de sociale kaart, zowel inhoudelijk als qua gebruiksvriendelijkheid, voor een sneller gebruik en betere gerichte doorverwijzing

*3. verbeter educatie en vormen rond valpreventie*

includeer valpreventie als een standaard aspect in het curriculum van hulpverleners

investering in motivationele gesprekstechnieken en motivatie-training voor hulpverleners ter bevordering van de therapietrouw bij ouderen

investering in een diepgaande opleiding van de thuisverzorgers

aandacht voor het belang van de kwaliteit van de interventies bij preventief werken

promoot het belang van 'exercise is medicine' in alle professionele doelgroepen

*4. organisatorische aspecten binnen de gezondheidszorg*

financiële aspecten:

- aanpassing van de terugbetalingscriteria voor hoogrisico-ouderen ter ondersteuning van de proactieve en preventieve strategieën
- voorzien van de nodige financiële middelen voor een kwaliteitsvolle preventie
- analyses op kosteneffectiviteit van diverse interventiestrategieën bij diverse populaties in het kader van preventie

verbetering van de bereikbaarheid van de ergotherapie in de thuiszorg

*5. evaluatie*

ontwikkelen van indicatoren voor evaluatie en opvolgsystemen voor valpreventie in de thuissetting (cf. woonzorgcentra)

aandacht voor kwaliteit via benchmarking, gestimuleerd door de overheid

*3) Investeren in aandacht rond valpreventie in opleidingen voor gezondheidswerkers*

Momenteel focust men in opleidingen en vormen voornamelijk op kennisoverdracht. Gezien de behoefte aan gedragsverandering dient geïnvesteerd te worden

in diepgaande opleiding van alle gezondheidswerkers met de focus op attitude- en gedragsverandering, motivatietraining (o. a. door motivationele gesprekstechnieken) en aandacht voor het belang van 'exercise is medicine'. Hierbij mag echter niet uit het oog verloren worden dat meer dan een vijfde van de be-

vraagde Vlaamse gezondheidswerkers vindt dat zij onvoldoende kennis hebben omtrent valpreventie en ongeveer een derde aangeeft dat collega's onvoldoende kennis hebben [29]. Er is dus zeker behoefte aan verdere kennisoverdracht en het verder kenbaar en implementeerbaar maken van de Vlaamse praktijkrichtlijn [19].

#### 4) Organisatorische aspecten binnen de gezondheidszorg

Eerst en vooral is van belang dat een kosteneffectiviteitanalyse van valpreventiemaatregelen bij diverse populaties in Vlaanderen wordt uitgevoerd. Nadien kan gekeken worden welke financiële ondersteuning vanuit de overheid mogelijk is, bijvoorbeeld door middel van aanpassing van de terugbetalingscriteria voor hoogrisico-ouderen of door een heroriëntering van de nomenclatuur<sup>1</sup> naar preventie over de verschillende disciplines heen. Misschien kunnen kwaliteitseisen gekoppeld worden aan de nomenclatuur als voorwaarde om terugbetaling te verkrijgen. Het effect van ergotherapie in de valpreventie voor de thuiswonende ouderen is aangetoond, maar diensten voor ergotherapie zijn in Vlaanderen onvoldoende beschikbaar en er is dus behoefte aan een verbetering van de bereikbaarheid van de ergotherapie in de thuiszorg. Als laatste zouden initiatieven voor valpreventie moeten aanslui-

<sup>1</sup> De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is een gecodeerde lijst met de geneeskundige verstrekkingen die de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) geheel of gedeeltelijk vergoedt. De lijst en de wijzigingen worden in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Bron: <http://www.inami.fgov.be/nl/nomenclatuur/Paginas/default.aspx#VsyIZ-Yoc4A>

ten op het leven en de ingesteldheid van de ouderen, en niet omgekeerd. Hierbij kan aanwending van hedendaagse communicatietechnieken via sociale media zeker een meerwaarde hebben.

#### 5) Evaluatie

Er is behoefte aan de ontwikkelen van indicatoren voor evaluatie en kwaliteitsbepaling, alsook aan opvolgsystemen voor valpreventie in de thuissetting (cf. woonzorgcentra).

#### Besluit

Onderzoek toont aan dat doorgedreven preventie het aantal valincidenten fors kan reduceren in de thuissetting. Maar net zoals bij andere chronische aandoeningen blijft het een voortdurende uitdaging om wetenschappelijke evidentie, en hierop gebaseerde praktijkrichtlijnen rond valpreventie [19], voldoende breed te implementeren in de dagelijkse praktijk. Het is daarom van cruciaal belang om de disseminatie en implementatie van valpreventieonderzoek naar de praktijk te ondersteunen en te verbeteren, waarbij ook overheden een 'evidence informed' beleid dienen te voeren [22, 38]. Met het opstellen van deze beleidsaanbevelingen hoopt het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, in samenwerking met zijn partners, een bijdrage te leveren aan toekomstig 'evidence informed' beleid rond valpreventie in Vlaanderen.

**Dankbetuiging.** Onze dank gaat uit naar de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen voor de vraag naar en de ondersteuning van de organisatie van het symposium 'Implementatie val- en fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen' en eveneens naar alle sprekers en partners die betrokken waren in de voorbereiding en uitvoering van het symposium.

#### Literatuur

1. Fleming J, Matthews F, Brayne C, The Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration. Falls in advanced old age: recalled falls and prospective follow-up of over-90-year-olds in the Cambridge City over-75s Cohort study. *BMC Geriatr.* 2008;8:6.
2. Milat A, Watson W, Monger C, Barr M, Giffin M, Reid M. Prevalence, circumstances and consequences of falls among community-dwelling older people: results of the 2009 NSW Falls Prevention Baseline Survey. *N S W Public Health Bull.* 2011;22:43-8.
3. Collerton J, Kingston A, Bond J, et al. The personal and health service impact of falls in 85 year olds: cross-sectional findings from the newcastle 85+ cohort study. *PLoS ONE.* 2012;7:e33078.
4. Bouee S, Lafuma A, Fagnani F, Meunier PJ, Reginster JY. Estimation of direct unit costs associated with non-vertebral osteoporotic fractures in five European countries. *Rheumatol Int.* 2006;26:1063-72.
5. Svedbom AH, Stenmark J, McCloskey E, et al. Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporos.* 2013; 8:12-9.
6. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing.* 2006;35:37-41.
7. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls 'It's always a trade-off'. *JAMA.* 2010;303:258-66.
8. Haentjens P, Autier P, Barette M, Boonen S. The economic cost of hip fractures among elderly women:



- A one-year, prospective, observational cohort study with matched-pair analysis. *J Bone Joint Surg Am.* 2001;83:493–500.
9. Seematter-Bagnoud L, Wietlisbach V, Yersin B, Bula C. Healthcare utilization of elderly persons hospitalized after a noninjurious fall in a swiss academic medical center. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:891–7.
  10. Masud T, Morris R. Epidemiology of falls. *Age Ageing.* 2001;3:3–7.
  11. Kannus P, Sievanen H, Palvanen M, et al. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet.* 2005;26:1885–93.
  12. Haentjens P, Magaziner J, Colon-Emeric C, et al. Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. *Ann Intern Med.* 2010;152:380–90.
  13. Scheffer A, Schuurmans M, Dijk N van, Hoofst T van der, Rooij S de. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing.* 2008;37:19–24.
  14. Federale Overheidsdienst Economie, Statistics België. Structuur van de bevolking volgens burgerlijke per leeftijdsgroep en per gewest. [http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/webinterface/beSTAT\\_home/#4](http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/webinterface/beSTAT_home/#4) (opgeroepen op 6 augustus 2014).
  15. Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie voor de vergrijzing – Jaarlijks verslag. [http://www.plan.be/admin/uploaded/201107120844080.Rapport\\_CEV\\_NL.pdf](http://www.plan.be/admin/uploaded/201107120844080.Rapport_CEV_NL.pdf) (opgeroepen op 6 augustus 2014).
  16. Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012:CD007146.
  17. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Het Expertisecentrum en zijn Partners. <http://www.valpreventie.be/Home/EVVenPartners.aspx> (opgeroepen op 15 november 2014).
  18. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Symposium “Implementatie val- en fractuurpreventie bij ouderen”. <http://www.valpreventie.be/Zorg/Symposia/28maart2014.aspx> (opgeroepen op 15 november 2014).
  19. Milisen K, Coussement J, Vlaeyen E, et al. Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Leuven: ACCO; 2010.
  20. Lamb S, Jorstad-Stein E, Hauer K, et al. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: The Prevention of Falls Network Europe Consensus. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:1618–27.
  21. Close J, Lord S. Fall assessment in older people. *BMJ.* 2011;343:d5153.
  22. Ganz D, Alkema G, Wu S. It takes a village to prevent falls: reconceptualizing fall prevention and management for older adults. *Inj Prev.* 2008;14:266–71.
  23. World Health Organization. The Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) model. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1> (opgeroepen op 7 februari 2014).
  24. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Week van de Valpreventie. <http://www.valpreventie.be/Aanbod.aspx> (opgeroepen op 5 februari 2015).
  25. De sociale kaart. Overzicht van voorzieningen uit de welzijns- en gezondheidssector in de Vlaamse provincies en Brussel. <https://www.desocialekaart.be/> (opgeroepen op 30 september 2015).
  26. Zorgzoeker. Alle zorgverleners en welzijnsorganisaties op één plek. <https://www.zorgzoeker.be/> (opgeroepen op 30 september 2015).
  27. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Blijf Op Eigen Benen Staan. <http://www.valpreventie.be/Buurt.aspx> (opgeroepen op 5 februari 2015).
  28. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Draaiboek zorgpad valpreventie. [http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV\\_Draaiboek\\_zorgpad\\_valpreventie.pdf](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_Draaiboek_zorgpad_valpreventie.pdf) (opgeroepen op 5 februari 2015).
  29. Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, et al. 7 fasen model voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschr Geneesk.* 2011;67:473–81.
  30. Agentschap Zorg en Gezondheid. Kwaliteitsmetingen in de Vlaamse Woonzorgcentra. <https://www.zorgen-gezondheid.be/cijfersreferentiekaderwzc/> (opgeroepen op 30 september 2015).
  31. The Prevention of Falls Network for Dissemination (ProFouND). <http://profound.eu.com/> (opgeroepen op 5 februari 2015).
  32. Leysens G, Baecke C, Vandamme S, Vlaeyen E, Geeraerts A, Senden C, Dejaeger E, Milisen K. Het toepassen van valpreventiemaatregelen in de thuiszorg: een survey onderzoek in Vlaanderen. [http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/2015\\_EVV\\_Rapport](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/2015_EVV_Rapport) (opgeroepen op 30 september 2015).
  33. Hektoen LF, Aas E, Lurås H. Cost-effectiveness in fall prevention for older women. *Scand J Public Health.* 2009;37:584–9.
  34. Sach TH, Logan PA, Coupland CA, et al. Community falls prevention for people who call an emergency ambulance after a fall: an economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2012;41:635–41.
  35. Church J, Goodall S, Norman R, Haas M. The cost-effectiveness of fall prevention interventions for older community-dwelling Australians. *Aust N Z J Public Health.* 2012;36:241–8.
  36. Salkeld G, Cumming RG, O’Neill E, Thomas M, Szonyi G, Westbury C. The cost effectiveness of a home hazard reduction program to reduce falls among older persons. *Aust N Z J Public Health.* 2000;24:265–71.
  37. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Beleidsaanbevelingen m.b.t. implementatie val- en fractuurpreventie bij ouderen. [www.valpreventie.be: http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/symposia/2014\\_03\\_28\\_Symposium\\_valpreventie\\_beleidsaanbevelingen.pdf](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/symposia/2014_03_28_Symposium_valpreventie_beleidsaanbevelingen.pdf) (opgeroepen op 5 februari 2015).
  38. Lord SR, Sherrington C, Cameron ID, Close JC. Implementing falls prevention research into policy and practice in Australia: Past, present and future. *J Safety Res.* 2011;42:517–20.