

# Valpreventie

Sta er eens bij stil!



Opleiding: HBO-verpleegkunde voltijd  
Vak: U3  
Osiris code: HVVB16AFOU3  
Datum inlevering: 18-01-2017  
Studenten: Anneke van der Spoel (257920) & Yvonne Priem (280481)  
Studiejaar: 2016-2017  
Opdrachtgever: D. Boorsma, kwaliteitscoördinator, polikliniek oogheelkunde, UMCG  
Docentbegeleider: C. Dusseldorp



**umcg**



**Hanzehogeschool  
Groningen**  
University of Applied Sciences



## Voorwoord

Voor u ligt het verslag van het onderzoek 'valpreventie, sta er eens bij stil'. Hierin wordt beschreven hoe onderzoek is gedaan naar valpreventie bij kwetsbare ouderen op de polikliniek oogheelkunde in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dit onderzoek is uitgevoerd en geschreven in het kader van ons afstuderen aan de HBO-opleiding Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool Groningen, in opdracht van het UMCG. Samen met Diana Boorsma en Carlien Dusseldorp is er een onderzoeksvraag tot stand gekomen. Aan de hand hiervan is een kwalitatief onderzoek gestart. Na een periode van vijf maanden is het onderzoek afgerond. Bij deze willen we Carlien Dusseldorp en Diana Boorsma bedanken voor de begeleiding en ondersteuning tijdens dit onderzoek. Ook willen we de respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Tevens willen wij elkaar bedanken voor de inzet tijdens het onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Yvonne Priem en Anneke van der Spoel



## Samenvatting

Door de toenemende vergrijzing in Nederland zal zeer waarschijnlijk het aantal kwetsbare ouderen toenemen. Omdat kwetsbare ouderen een hoger risico hebben op valincidenten zal het aantal valincidenten ook toenemen. In 2014 werden 40.000 mensen opgenomen in het ziekenhuis en 2.500 overleden ten gevolge van de val. Dit leidt vaak tot extra zorgkosten. Dit bedraagt gemiddeld 3400 euro zorgkosten per valincident. Valpreventie bij kwetsbare ouderen is dan ook een substantieel onderdeel van de zorg. Binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) wordt de patiëntveiligheid van kwetsbare ouderen op afdelingen gewaarborgd door middel van het Veiligheidsmanagementsysteem. Op de polikliniek oogheelkunde wordt het Veiligheidsmanagementsysteem nog niet toegepast in de zorgverlening. Daarnaast benoemt de kwaliteitscoördinator van de polikliniek oogheelkunde dat er onduidelijkheden zijn over de toepassing van valpreventie bij kwetsbare ouderen. Hieruit volgt het doel van dit kwalitatief onderzoek: *'Aanbevelingen te geven aan de polikliniek oogheelkunde voor een richtlijn valpreventie in de postoperatieve fase voor kwetsbare ouderen die opgenomen zijn op de polikliniek oogheelkunde in het Universitair Medisch Centrum Groningen'.*

Hieruit is de probleemstelling ontstaan: *'Op welke wijze kan vallen bij kwetsbare ouderen worden voorkomen in de postoperatieve fase na opname op de polikliniek oogheelkunde in het UMCG?'.* Dit is onderzocht in een literatuurstudie en een focusgroep discussie als onderdeel van dit kwalitatief onderzoek. In de literatuurstudie zijn er weinig artikelen gevonden over het onderwerp valpreventie binnen het vakgebied oogheelkunde. Ook bleken er verschillende definities gehanteerd te worden van kwetsbare ouderen. Eén definitie van kwetsbaarheid is dat het een dynamisch proces is waarbij verschillende omstandigheden elkaar beïnvloeden en dit de mate van kwetsbaarheid bepaalt. Een onderzoek toont aan dat kwetsbaarheid en valincidenten in relatie staan tot verschillende ziektebeelden. Ook zijn er risicofactoren die in relatie blijken te staan met valincidenten. Die risicofactoren zijn: depressieve symptomen, meerdere gezondheidsproblemen en een verminderde balans. Wanneer valpreventie wordt toegepast bij kwetsbare ouderen met deze risicofactoren, kan dit leiden tot minder valincidenten. Het geven van valpreventie hangt samen met de uitkomst van de screening van valrisico's. Uit de literatuur blijkt dat valpreventie bij ouderen het meest effectief is als beweeg oefeningen onderdeel zijn van een multifactorieel valpreventie programma. Het stimuleren van het ontwikkelen van motivatie voor gedragsverandering bij patiënten draagt ook bij aan valpreventie. Deze resultaten zijn besproken aan de hand van stellingen in een focusgroep discussie met artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op de polikliniek oogheelkunde. Drie stellingen zijn bediscussieerd tijdens de focusgroep discussie.

De conclusie is dat valpreventie bestaat uit beweeg oefeningen gericht op balans en kracht bij kwetsbare ouderen en het stimuleren van de ontwikkeling voor motivatie van gedragsverandering. Op deze manier kunnen valincidenten worden voorkomen. Voorwaarde die gesteld wordt door de participanten van de focusgroep discussie is het screenen van de valrisico's en valincidenten bij oogheelkundige patiënten. Omdat dit inzicht geeft in de patiëntencategorie en de noodzaak voor het geven van valpreventie.

Aanbevolen wordt om valpreventie toe te passen in de leefregels voor de oogheelkundige patiënt tijdens de preoperatieve fase, een geruime tijd voor de oogheelkundige behandeling. Zo hebben de patiënten profijt van een verbeterde kracht en balans in de postoperatieve fase wanneer zij extra kwetsbaar zijn.

Eén onderdeel bestaat uit beweeg oefeningen die geruime tijd voor een oogheelkundige behandeling worden toegelicht aan de oogheelkundige patiënt.

Een ander onderdeel van de valpreventie die wordt aanbevolen is om de patiënt te ondersteunen bij het ontwikkelen van motivatie voor gedragsverandering in de preoperatieve fase. Wanneer de zorgverlener en patiënt elkaar begrijpen draagt dit bij aan het ontwikkelen van motivatie van de patiënt. Dit vergroot de kans dat de patiënt daadwerkelijk de beweeg oefeningen gaat uitvoeren vóór de oogheelkundige behandeling en na de postoperatieve fase. Ten slotte wordt aanbevolen onderzoek te doen naar het aantal valincidenten bij de oogheelkundige patiënten.



## Inhoudsopgave

Inleiding .....	6
1. Probleemidentificatie.....	8
1.1 Context .....	8
1.2 Deelvragen literatuuronderzoek .....	8
1.3 Deelvragen praktijkonderzoek.....	8
1.4 Begripsdefiniëring .....	8
2. Methodologische verantwoording .....	10
2.1 Systematische literatuurstudie .....	10
2.2 Zoekactie .....	10
2.2.1 Database .....	10
2.2.2 In- en exclusiecriteria artikelen .....	10
2.2.3 Selectie artikelen .....	11
2.3 Kwaliteitsbeoordeling .....	11
2.3.1 Critical appraisal.....	11
2.4 Kwalitatief onderzoek .....	11
2.3 Onderzoeksmethodiek .....	11
2.3.1 Onderzoekspopulatie .....	12
2.3.2 Data analyse .....	14
2.4 Ethische aspecten .....	15
2.5 Betrouwbaarheid .....	15
2.6 Validiteit.....	15
2.7 Generaliseerbaarheid .....	16
3. Resultaten .....	17
3.1 Inleiding methode onderzoek .....	17
3.2 Communicatie met de patiënt.....	18
3.2.1 Communicatie met de patiënt vanuit de literatuur.....	18
3.2.2 Communicatie met de patiënt vanuit de focusgroep discussie .....	18
3.3 Beweegoefeningen .....	19
3.3.1 Beweegoefeningen vanuit de literatuur .....	19
3.3.2 Beweegoefeningen in de focusgroep discussie .....	19
3.4 Het screenen van valrisico's.....	21
3.4.1 Het screenen op valrisico bij kwetsbare oogheekundige ouderen vanuit de literatuur.....	21
3.4.2 focusgroep discussie.....	21



3.4.2.2 <i>Verantwoordelijkheid voor valpreventie</i> .....	22
4. Discussie.....	23
4.1 Resultaten .....	23
4.2 Design en methodiek .....	24
4.3 Praktische implicaties.....	25
5. Conclusies en aanbevelingen.....	26
5.1 Valpreventie op de polikliniek oogheelkunde in het UMCG .....	26
5.2 Aanbevelingen aan de polikliniek oogheelkunde in het UMCG.....	27
Literatuurlijst.....	28
Bijlage 1 Safe assignment	
Bijlage 2 Flowchart	
Bijlage 3 Matrix	



## Inleiding

Wereldwijd groeit het aantal mensen boven de 65 jaar sneller dan elke andere leeftijdsgroep. Hierdoor zullen de gezondheidsproblemen in deze leeftijdsgroep ook groeien. Valincidenten zijn de op één na grootste oorzaak van letsel en sterfgevallen, dit is wereldwijd een probleem voor de volksgezondheid. De sterftcijfers van valincidenten zijn het grootst onder mensen van 60 jaar en ouder.

Door de vergrijzing in Nederland bestaat de kans dat het aantal valincidenten in de toekomst zal toenemen. Ouderen zijn vaak kwetsbaarder en hebben hierdoor een groter risico op eventuele complicaties van een behandeling of een onderzoek in het ziekenhuis (Gooszen, Blankensteijn, Borel Rinkes, Dejong, Gouma, Heineman, Lange & Schipper, 2012). Dit vergt complexe zorgverlening (Zorgvoorbeter, 2016).

Oorzaken van valincidenten kunnen worden verdeeld in intrinsieke (lichamelijke) en extrinsieke (omgeving) factoren. Intrinsieke oorzaken van valincidenten zijn: mobiliteitsproblemen, eerdere valpartijen, duizeligheid, depressie, zintuigbeperkingen, verwardheid, veranderd uitscheidingspatroon en verminderd ziekte inzicht. Extrinsieke oorzaken van valincidenten zijn: onbekende omgeving, gladde of natte vloeren, instabiele meubels, slechte leuningen, onvoldoende steunpunten, slechte verlichting, slecht schoeisel, losse stoeptegels en onrustige verkeerssituaties. Na een valincident kunnen ouderen dusdanig erg schrikken en 'inactief' worden. Ook kunnen valincidenten leiden tot functionele beperkingen en mobiliteitsproblemen en dit kan leiden tot sociale en psychische problemen (Baeyens, 2003). In 2014 belandden 88.000 ouderen na een valincident op de spoedeisende hulp. Hiervan werden 40.000 ouderen opgenomen in het ziekenhuis en 2.500 ouderen overleden ten gevolge van de val. Dit leidt vaak tot extra zorgkosten (BTSG, 2016). De totale jaarlijkse medische kosten in 2013 van 65-plussers die na een ongeval behandeld of opgenomen zijn in het ziekenhuis bedroegen 780 miljoen (VeiligheidNL, 2015). Dit is gemiddeld 3400 euro aan zorgkosten per valincident (RIVM, 2016). De preventie van valincidenten bij kwetsbare ouderen is dan ook een belangrijk onderdeel van de zorg.

Vanuit de literatuur wordt kwetsbaarheid bij ouderen omschreven als een proces van opeenstapeling van lichamelijk, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Dit leidt tot nadelige gevolgen bij de gezondheid van ouderen (Wind, Vlek, Nieuwland, Nunen, Vermaat, Koers & Pel-Littel, 2014). Veel voorkomende gebieden van kwetsbaarheden bij ouderen zijn: kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht, zintuiglijke functies, cognitie, stemming, coping, sociale relaties en sociale steun (Wind, et al. 2014). De mate van de cognitieve staat, medische kennis, leeftijd, opleidingsniveau en familie en mantelzorgers van de ouderen zijn van invloed op het verloop van de behandeling. Binnen de zorgverlening aan ouderen is het essentieel, als zorgverlener aandacht te hebben de zorgverlener aandacht heeft voor de kwetsbaarheden van de ouderen (Vissenberg & Natris, 2016).

In de meeste Nederlandse ziekenhuizen wordt het veiligheid managementsysteem (VMS) toegepast, voor het borgen en vergroten van de patiëntveiligheid. Het VMS bevat tien inhoudelijke thema's die hieraan bijdragen. Eén thema hiervan is 'kwetsbare ouderen'. Binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) wordt het VMS ook toegepast door zorgverleners op de meeste afdelingen. Het VMS geeft aan dat er bij kwetsbare ouderen extra aandacht moet worden besteed aan de zorg. Onderdelen van het VMS thema kwetsbare oudere zijn: delier, ADL, ondervoeding en valincidenten. Binnen deze onderdelen wordt aangegeven hoe de zorgverleners de risico's kunnen beperken en de behandeling hiervan kunnen uitvoeren, om mogelijk functieverlies te voorkomen of te beperken bij de kwetsbare oudere (VMS, 2016).

Op de polikliniek oogheelkunde wordt het VMS thema kwetsbare ouderen niet gebruikt. Het VMS richt zich op de klinische fase, waarbij de patiënt minimaal 24 uur is opgenomen in een setting (VMS, 2016). Aangezien de polikliniek alleen dagbehandeling biedt aan de patiënt, sluiten deze interventies niet aan bij de zorgverlening. De vraag is dan ook of de polikliniek oogheelkunde optimale zorg aan de kwetsbare ouderen kan waarborgen, zonder het toepassen van het VMS. Naar aanleiding van gesprekken met de kwaliteitscoördinator van de polikliniek oogheelkunde bleken er onduidelijkheden



te zijn over valpreventie bij kwetsbare ouderen in de postoperatieve fase. Ook is er geen eenduidige richtlijn over valpreventie bij kwetsbare ouderen na de postoperatieve fase. Dit heeft de kwaliteitscoördinator reden gegeven tot nader onderzoek naar valpreventie, op de polikliniek oogheelkunde.

Valincidenten zijn een relevant en actueel onderwerp in de gezondheidszorg, hiervan moeten verpleegkundigen zich bewust zijn. Een onderdeel van het beroepsprofiel van de HBO-verpleegkundige is: op een proactieve manier werken aan het formuleren van waarden en het ontwikkelen van strategieën om deze te realiseren. Eén van de verpleegkundige taken en verantwoordelijkheden is het werken aan kwaliteitsverbetering, waardoor onderzoek doen relevant is voor de verpleegkundige (Morsink, 2011) (Hunink, Bijl, Cusveller, Linge, Polhuis & Vermeij, 2006). Het onderzoek biedt de verpleegkundigen handvatten in de zorgverlening met betrekking tot valpreventie bij kwetsbare ouderen. Daarnaast richt het onderzoek zich op kwaliteitsverbetering met betrekking tot valpreventie voor kwetsbare ouderen en is daardoor relevant voor de verpleegkundige.

In het verslag wordt éérst uitleg gegeven over de context van het onderzoek waarbij de doelstelling, probleemstelling en deelvragen worden toegelicht. Aan de hand hiervan wordt het onderzoeksdesign voor een kwalitatief onderzoek beschreven, dit bestaat uit een systematisch literatuurstudie en een focusgroep discussie. Dit onderzoeksdesign wordt methodologisch verantwoord waaruit vervolgens de resultaten worden beschreven. Hieruit volgt de discussie waarbij de belangrijkste resultaten ter discussie worden gesteld. Ten slotte volgt hieruit een conclusie waarbij ook de aanbevelingen worden gegeven.



## 1. Probleemidentificatie

### 1.1 Context

In het UMCG bevindt zich de polikliniek oogheelkunde. De polikliniek oogheelkunde richt zich op de diagnostiek en behandeling van aandoeningen in en rond het oog. In de polikliniek werken de zorgverleners met een zorgdossier, hierin staan de gegevens van een patiënt. In dit zorgdossier wordt onder andere het item 'voorlichting over valincidenten' weergegeven, deze kan de verpleegkundige afvinken. Vervolgens is er geen informatie over valpreventie beschikbaar die de zorgverlener kan voorlichten aan de patiënt. Oorzaak hiervan is dat de polikliniek oogheelkunde geen richtlijn heeft met betrekking tot valpreventie. Dit leidt tot de volgende doel- en probleemstelling.

**Doelstelling:** Aanbevelingen geven aan de polikliniek oogheelkunde voor een richtlijn valpreventie in de postoperatieve fase voor kwetsbare ouderen die opgenomen zijn op de polikliniek oogheelkunde (UMCG).

**Probleemstelling:** Op welke wijze kan vallen bij kwetsbare ouderen worden voorkomen in de postoperatieve fase na opname op de polikliniek oogheelkunde in het UMCG?

### 1.2 Deelvragen literatuuronderzoek

- I. Wat zijn kenmerken van kwetsbare ouderen in de literatuur?
- II. Wat zijn de meest voorkomende oorzaken van valincidenten bij kwetsbare ouderen vanuit de literatuur?
- III. Welke richtlijnen zijn er met betrekking tot vallen bij kwetsbare ouderen in het UMCG of in de literatuur?
- IV. Wat zijn de risico's op vallen na een oogheekkundige operatie?

### 1.3 Deelvragen praktijkonderzoek

- I. Welke informatie over vallen krijgt een kwetsbare oudere tijdens de preoperatieve fase op de polikliniek oogheelkunde?
- II. Welke mogelijkheden zien verpleegkundigen en artsen van de polikliniek oogheelkunde om de aanbevelingen vanuit de literatuur toe te passen in de polikliniek oogheelkunde in het UMCG?

### 1.4 Begripsdefiniëring

*Polikliniek oogheelkunde;* is een polikliniek binnen het UMCG en er werken de volgende medewerkers: oogartsen, arts-assistenten, technisch oogheekkundige assistenten, optometristen, orthopedisten, verpleegkundigen, physian assistants, administratief medewerkers en contactlensspecialisten. De polikliniek oogheelkunde richt zich op de diagnostiek en behandelingen van aandoeningen in en rond het oog. Dit gebeurt vooral poliklinisch. Verpleegkundigen werken in een team, waarbij enkelen zorg dragen voor de operatieplanning. De verpleegkundigen coördineren de hele organisatie rondom de operatieve ingreep. Verder geven ze voorlichting en instructie aan patiënten en assisteren bij kleine ingrepen op de polikliniek oogheelkunde(UMCG, 2016).

*Kwetsbare ouderen;* kwetsbaarheid is bij ouderen een proces dat plaats vindt in het lichaam. Hierbij vindt een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren plaats. Dit leidt tot negatieve gevolgen bij de gezondheid van ouderen. Bijvoorbeeld functiebeperkingen (gezondheid gaat achteruit en ze raken dierbaren en zelfstandigheid kwijt). Het is niet zo dat alle kwetsbare ouderen complexe (zorg) problemen hebben, wel is er een vergroot risico op complexe (zorg) problemen.

Hoe de kwetsbaarheid van ouderen zich uit is per individu verschillend. Over het algemeen heeft de oudere een tekort in het functioneren. Het beperken van het tekort is essentieel, om verder functieverlies te voorkomen (Wind, et al., 2014).





Bij ouderen boven de 70 jaar is duidelijk dat de kwetsbaarheid van de ouderen toeneemt (Gooszen, Blankensteijn, Borel Rinkes, Dejong, Gouma, Heineman, Lange & Schipper, 2012). Hierdoor is ervoor gekozen om alle ouderen op de polikliniek oogheelkunde boven de 70 jaar onder dit begrip te verstaan. De groep kwetsbare oudere zijn alle patiënten boven de 70 jaar die op de polikliniek oogheelkunde in behandeling zijn.

*Postoperatieve fase*; deze fase start na de operatieve oogheelkundige dagbehandeling in de polikliniek oogheelkunde Hieronder valt de thuissituatie van de kwetsbare ouderen tot de eerste controleafspraak op de polikliniek oogheelkunde na de operatieve oogheelkundige behandeling (Rombout, 2014).

*Vallen*; ook wel valincidenten, is het onbedoeld van verticale houding naar horizontale houding komen (Woorden, 2016).

*Valpreventie*; is een interventie die het risico op vallen verkleint bij ouderen (Blijham, 2010).

*Richtlijn*; is een document gebaseerd op wetenschappelijke inzichten. Hierin staan handvatten hoe andere mensen om moeten gaan met een bepaalde situatie (Zorgstandaarddiabetes, 2016)



## 2. Methodologische verantwoording

In dit onderzoeksdesign wordt beschreven hoe dit onderzoek werd uitgevoerd, het is een circulair en inductief proces. Bij dit onderzoek ging het om de volgende grondvormen: een systematische literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek. In de probleemstelling ging het om een open vraag en dit vraagt om een antwoord in beschreven woorden in plaats van cijfers. Hierbij was er aandacht in het antwoord voor hoe, wat en waarom. Deze kenmerken passen binnen het kwalitatieve onderzoek. Dit praktijkgerichte onderzoek heeft als kenmerk aanbevelingen voor een richtlijn valpreventie te ontwikkelen op basis van literatuur. De data uit de literatuur werd bediscussieerd met de medewerkers van de polikliniek oogheelkunde in het UMCG tijdens een focusgroep discussie.

Het tot stand komen van aanbevelingen voor een richtlijn valpreventie vergde eerst een systematische literatuurstudie en vervolgens een focusgroep discussie. Ook werd door middel van evidence based practice de kwaliteit van de aanbevelingen gewaarborgd (Verhoeven, 2011). Het combineren van de systematische literatuurstudie en de focusgroep discussie is methodische triangulatie en verhoogt de geldigheid van het onderzoek (Jong, Vandebroele, Arend, Glorieux, Maesschalck, Moortel, Schnepf & Visser, 2008).

### 2.1 Systematische literatuurstudie

De systematische literatuurstudie werd onderbouwd en verantwoord door middel van een zoekstrategie. Dit is een werkwijze van informatie zoeken op een effectieve en efficiënte manier (Verhoeven, 2011).

Vraagstelling: hoe kan vallen bij kwetsbare ouderen na een oogbehandeling worden voorkomen in de postoperatieve fase?

- P: Kwetsbare oudere na een oogbehandeling in de postoperatieve fase
- I: Valpreventie interventies
- C: Geen interventie
- O: Voorkomen van vallen

### 2.2 Zoekactie

Vanuit een oriënterende literatuurstudie waren de volgende woorden vastgesteld: fall, prevention, elderly, intervention, eye surgery, environmental, risk of fall, dwelling older, predictor, frail, nurse, fall education, prevent, vision, risk. Er is gekozen voor deze zoektermen, omdat deze betrekking hebben op de vraagstelling van het onderzoek. Om een antwoord te krijgen op de vraagstelling waren er relevante artikelen met deze zoektermen nodig.

#### 2.2.1 Database

In de zoektocht naar wetenschappelijke artikelen werd er gezocht bij de databanken: PubMed via het UMCG, Springerlink, MEDLINE, PsychINFO en Crochrane Library. Er was gekozen voor deze databanken, omdat deze betrekking hebben op het terrein van de geneeskunde, verpleegkunde en daaraan verwante vakgebieden. Het gebruik van meerdere databanken zorgde ervoor dat de zoekopbrengst werd vergroot (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2010). Ook werd er gekeken naar boeken en tijdschriften met betrekking tot het verpleegkundig- en geneeskundig vakgebied onder andere Nursing en Google Scholar/books. Er was gekozen voor een database gericht op het geneeskundig- en verpleegkundig vakgebied, omdat hierin de literatuurstudie plaats vond.

#### 2.1.3 Inclusiecriteria artikelen

- Free full tekst artikelen te verkrijgen via database.
- Bestaande artikelen over de kenmerken van een kwetsbare oudere en valpreventie.
- Artikelen niet ouder dan 27-9-2011.
- Taal Nederlands of Engels, minimaal één Engels artikel.



### 2.2.3 Selectie artikelen

De zoektermen leverden in de verschillende databases een aantal artikelen op. De uitvoering van de literatuurstudie werd door de onderzoekers onafhankelijk gedaan om de selectiebias in te perken (Vermeulen & Ubbink, 2009). Hierbij werd gelet op het level of evidence van de artikelen. De artikelen met het meest hoge level of evidence werden meegenomen in de resultaten. Er werd een selectie gemaakt op basis van titel en abstractie, deze moesten aansluiten bij de vraagstelling. De resultaten van het selectieproces zijn gepresenteerd in een flowchart te vinden in bijlage twee.

## 2.3 Kwaliteitsbeoordeling

Bij het beoordelen van de methodologische kwaliteit van het artikel werd er gelet op de validiteit en de betrouwbaarheid van de artikelen. Deze werden gemeten aan de hand van de criteria volgens de beoordelingslijst van de methodologische kwaliteit, te vinden in bijlage één.

De onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar, de methodologische kwaliteit van de artikelen. De resultaten van deze beoordeling werden met elkaar vergeleken. Hierdoor vond discussie plaats tussen de twee beoordelaars, zo werd er kritischer gekeken naar de methodologische kwaliteit van het artikel. Zo werd uiteindelijk evidence based practice materiaal gekozen. De validiteit en betrouwbaarheid van onderzoek data versterkt de kwaliteit van de conclusie van de systematische literatuurstudie (Verhoeven, 2011).

De kwaliteitsbeoordelingen zijn gepresenteerd in een matrix, dit bood inzicht en overzicht in de auteurs, het level of evidence, onderzoek design, vraagstelling, populatie en het resultaat van de gevonden artikelen.

### 2.3.1 Critical appraisal

De inhoudelijke topics die naar voren zijn gekomen in de methodologische analyse waren: kwetsbare ouderen, vallen en preventie. De topics zijn gemaakt op basis van het doel van de systematische literatuurstudie.

## 2.2 Kwalitatief onderzoek

De vorm van het onderzoek was gericht op twee soorten onderzoeken één daarvan was een beschrijvend onderzoek; ook wel een descriptief onderzoek genoemd. De keuze voor een beschrijvend onderzoek was gebaseerd op het feit dat de huidige kwaliteit van de polikliniek oogheelkunde nog beschreven moest worden (Jong, et al, 2008).

Het andere onderzoek was gericht op het ontwerpen, probleem oplossen en adviseren, de keuze hiervoor was omdat er aanbevelingen voor een richtlijn moesten worden gedaan aan de polikliniek oogheelkunde (UMCG) vanuit de resultaten van de literatuurstudie (Verhoeven, 2011).

## 2.3 Onderzoeksmethodiek

De focusgroep discussie was een methodologisch vervolg op het systematische literatuuronderzoek. Dit gaf een passend antwoord op de probleemstelling. Hierdoor kregen aanbevelingen voor de richtlijn valpreventie draagvlak vanuit de huidige praktijk.

Tijdens de focusgroep discussie waren er namelijk ideeën en meningen vergaard over hoe de aanbevelingen uit de systematische literatuurstudie konden worden toegepast. Deze dataverzamelingstechniek was gekozen omdat hierdoor in een korte tijd veel data tegelijk verzameld kon worden; namelijk diverse ideeën en meningen van de participanten tijdens de discussie. Het doel van de discussie was het verfijnen van ideeën over de verbeterpunten van de huidige zorg met betrekking tot indicatoren uit de literatuur (Jong, et al, 2008). Aan de hand van de bevindingen van de participanten van de focusgroep discussie werden de aanbevelingen passend gemaakt voor de polikliniek oogheelkunde (UMCG).



De reden dat de focusgroep discussie was gekozen boven ander methodieken als interviews en observaties was omdat een discussie een proces is tussen meerdere personen met verschillende inzichten. Dit leidt tot nieuwe inzichten, ideeën en meningen rondom de toepassing van aanbevelingen voor een richtlijn valpreventie vanuit de systematische literatuurstudie. Ook de diverse disciplines met verschillende standpunten in de discussie zorgden er voor dat er vanuit meerdere perspectieven werd gekeken naar de theorievorming. Om zo dicht mogelijk bij de wijze van werken in het alledaagse praktijk te blijven werd dit met een focusgroep discussie bereikt. Ook hebben de participanten tijdens de discussie elkaar kunnen inspireren om tot nieuwe inzichten te komen (Flick, 2014).

De gegevens over hoe de medewerkers van de polikliniek oogheelkunde over de huidige zorgverlening denken, maar ook hoe zij verbeteringen zien in de zorg voor de kwetsbare oudere met betrekking tot het voorkomen van valincidenten werden op deze manier verzameld tijdens een focusgroep discussie. De gegevens werden vastgesteld door de indicatoren in een topiclijst (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). De bedoeling was om maximaal vijf topics te bespreken tijdens de focusgroep discussie, zodat er minimaal tien minuten per topic zijn en er meerdere topics kunnen worden besproken. In de focusgroep discussie zijn in totaal drie topics gekozen, op basis van de hoeveelheid bruikbare informatie vanuit de systematische literatuurstudie. Er was gekozen voor drie topics in plaats van vijf, omdat er niet genoeg informatie was. Hierdoor konden er geen vijf topics worden opgesteld en verantwoordt. Door het hanteren van topics liep de focusgroep discussie semigestructureerd.

De definities, ook wel stellingen, in de discussie werden geoperationaliseerd zodat er eenduidigheid ontstond over de waarde van de discussie, dit versterkte de validiteit van het kwalitatief onderzoek. Het meetinstrument, de topiclijst, werd op ordinaal niveau gemeten. Dit werd gedaan omdat er per categorie een waarde kon worden gegeven door de participanten in de focusgroep, namelijk ideeën en beschrijvingen en dat was het doel van de focusgroep discussie. Het ordinale niveau sloot op deze manier aan bij de focusgroep discussie (Jong, et al, 2008). De topics werden verzameld aan de hand van de gevonden aanbevelingen uit de literatuurstudie oftewel de theorievorming, deze werden besproken in de focusgroep om een beeld te krijgen hoe deze in de praktijk kon worden toegepast. De topics werden besproken met behulp van stellingen, om de participanten te prikkelen. Door een duidelijke en korte stelling konden de participanten eerder reageren (Halem, 2008). De focusgroep discussie werd opgenomen op video, dit verhoogde de validiteit omdat de verzamelde gegevens konden worden gecontroleerd (Hennink, et al 2011). De validiteit werd ook verhoogd door het gebruik van goede hoge kwaliteit opnameapparatuur. Dit werd gewaarborgd door advies te vragen bij het uitleencentrum voor media-apparatuur van de Hanzehogeschool, Groningen. Er werd van te voren gecontroleerd of er geen auditieve stoorzenders waren, zoals bouwwerkzaamheden.

### 2.3.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit de volgende disciplines: een arts, arts-assistent, planning-verpleegkundige, twee verpleegkundigen, en een verpleegkundige van het operatieve dagbehandelingscentrum (ODBC). Aangezien niet de totale populatie onderzocht kon worden, werd er gebruik gemaakt van een steekproef. Er werd een convenience steekproef gebruikt die de onderzoekspopulatie representeerde. De resultaten zullen door de steekproef niet generaliseerbaar zijn, maar dit is ook niet het doel van het onderzoek (Verhoeven, 2011).

De conveniënt steekproef was een gelegenheidssteekproef die samengesteld is door de onderzoekers. Bij het samenstellen van de focusgroep werd rekening gehouden met de mate van betrokkenheid bij het thema. De indicatie voor de grootte van de focusgroep was minimaal zes personen, wanneer er minder personen deelnamen was er kans op minder interactie tussen de participanten van de focusgroep discussie. En dat kon leiden tot een verminderde data verzameling (Lucassen, Olde Hartman, 2007).



Voor de samenstelling van de steekproef benaderde een verpleegkundige van de polikliniek oogheelkunde de participanten op basis van beschikbare tijd van de medewerker, diversiteit tussen de disciplines, betrokkenheid met ouderen en verwachte inzet tijdens een discussie van de desbetreffende medewerker. Hierdoor werd de keuze van de populatie niet beïnvloed door de onderzoekers. De verpleegkundige is geïnstrueerd te streven naar objectiviteit in de selectie van participanten. Ook was deze verpleegkundige verantwoordelijk voor de praktische zaken rondom beschikbare tijd van de participanten en rooster technische aanpassingen. De verpleegkundige heeft invloed gehad op het selectieproces van de participanten van de focusgroep discussie. Hiermee heeft de verpleegkundige indirect invloed op de uitkomst van de focusgroep discussie.

De convenience steekproef vond plaats in week 46 van het jaar 2016. De indicatie voor de duur van de focusgroep discussie was één tot anderhalf uur (Flick, 2014). Gezien het aantal topics en de benodigde tijd hiervoor werd er één uur gebruikt voor de focusgroep discussie. De steekproef heeft plaatsgevonden op de polikliniek oogheelkunde in het UMCG. De participanten waren vooraf op de hoogte gebracht door middel van een e-mail over de stellingen en achtergrond informatie over de stellingen.

De introductiebrief bevatte: de relevantie van het onderzoek, wie de onderzoekers zijn, bereikbaarheid van de onderzoekers, de verwerking van de gegevens, totstandkoming van de steekproef, tijdsindicatie van de discussie en de publicatie van het onderzoek. Hierdoor is de kans op non-respons zo klein mogelijk (Baarda, Bakker, Hulst, Julsing, Fischer, Vianen & Goede, 2012). De introductiebrief is te vinden in bijlage twee.

De onderzoekers waren de moderators tijdens de focusgroep discussie. Van te voren zijn de topics van de discussie besproken met de kwaliteitscoördinator en is er advies gevraagd aan een persoon die al ervaren en bekwaam is in het houden van focusgroep discussies. Er werd gekeken naar het meetinstrument van het onderzoek. Dit verhoogt de validiteit, omdat de deskundige adviezen werden meegenomen in het meetinstrument. Dit alles is meegenomen in de rapportage en verantwoording van het onderzoek (Verhoeven, 2011).

Vóór de focusgroep discussie waren de moderators een half uur eerder aanwezig om zich voor te bereiden. Hierbij werd de apparatuur getest en is de koffie en thee klaargezet. De moderators hadden invloed op de sfeer van de discussie. Voorafgaande aan de discussie werden de regels met de groep afgesproken. De regels waren dat er geen foute of goede antwoorden bestaan, dit was om een open sfeer te creëren zodat er geen oordeel aan gehangen kon worden. Ook werd er afgesproken dat er één persoon tegelijk aan het woord was. Daarnaast werd er vermeld dat de discussie zou worden opgenomen op video, dat er vertrouwelijk omgegaan wordt met de gegevens en dat deze worden geanonimiseerd (Lucassen & Olde Hartman, 2007).

De discussie werd geopend met een social talk waardoor er tijd was om kennis te maken en een gemoedelijke sfeer te creëren, dit heeft de kans verhoogd dat de participanten zich op hun gemak voelden in de discussieruimte. Ook waren er thee en koekjes beschikbaar voor de participanten. Via de mail zijn de participanten gevraagd om een korte vragenlijst in te vullen, dit waren vragen om algemene informatie over de participant in kaart te brengen. De vragen gingen over leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, functie en werkjaren op de polikliniek oogheelkunde. Dit was om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, hierdoor kon er algemene informatie beschreven worden over de participanten waardoor de herhaalbaarheid en controleerbaarheid van het onderzoek vergroot werd (Lucassen & Olde Hartman, 2007).

Vervolgens werd het doel van de focusgroep uitgelegd, namelijk het verfijnen van ideeën over valpreventie uit de literatuur en de huidige zorgverlening met betrekking tot de postoperatieve fase. Bij de opening is er per stelling achtergrondinformatie verteld. Daarna hadden de moderators de topiclijst punt voor punt naar voren laten komen in de discussie. Hierbij heeft de moderater niet inhoudelijk gereageerd tijdens de discussie. Op deze manier werd er naar gestreefd de sfeer zo objectief mogelijk



te houden, hierdoor werd de-subjectieve invloed van de moderators zo klein mogelijk gehouden (Hennink, et al, 2011).

Tijdens de dataverzameling hadden de onderzoekers de verantwoordelijkheid dat alle topics aan bod kwamen en alle participanten actief deelnamen aan de focusgroep discussie. Het actief deelnemen bestond uit verbale communicatie van de participanten (Jong, et al, 2008). Hoe meer participanten er tijdens de discussie aan het woord waren des te betrouwbaarder de data van de discussie, wanneer telkens één of dezelfde personen aan het woord waren verlaagde dit de betrouwbaarheid van de informatie (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Er werd door de onderzoekers geobserveerd met een turflijst of de participanten non- verbaal en verbaal deelnamen en hoe de participanten zich emotioneel uitten (tranen, scheldwoorden, weglopen), dit werd tijdens de discussie door één moderator genoteerd. De resultaten van de observatie zijn niet meegenomen in het onderzoek. De observaties gaven geen toegevoegde waarde voor de resultaten en het transcript genoeg informatie gaf voor de resultaten.

De duur per topic was maximaal 12 minuten, waarbij de saturatie niet is bereikt. De data saturatie was niet bereikt doordat er nog stof voor discussie was bij de participanten, deze hebben zij niet kunnen uitten doordat de tijd om was. De tijd is per topic bijgehouden op een timer van de onderzoeker. Bij de afronding van de discussie is de groep bedankt voor de medewerking en werd er vermeld wat er met de verzamelde data zou worden gedaan (Hennink, et al, 2011).

### 2.3.2 Data analyse

De data analyse werd volgens de zes fasen (bijlage drie) van het kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hierdoor is er gestructureerd geanalyseerd, zodat het onderzoek kon worden herhaald. Dit verhoogde de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda, 2012). Tijdens de data analyse werden gegevens verwerkt over de interactie tussen de groepsleden en de resultaten van de besproken topics. Het transcript van de focusgroep discussie is gecodeerd, dit werd gedaan in het software programma Atlas-ti. De onderzoekers volgden een cursus voor het gebruik van Atlas-ti, dit heeft de betrouwbaarheid van het coderen verhoogd. Het gebruik van Atlas-ti heeft structuur en overzicht geboden in de data en heeft gecontroleerd op vergissingen en fouten. Daarnaast kon Atlas-ti de data visualiseren. Het coderen heeft een overzicht geboden met behulp van het ordinaal meetniveau van ideeën en meningen per topic, hier is een document van gemaakt. De volgende codes zijn gebruikt: preoperatieve valpreventie, mobiliteit, valpreventie interventies, postoperatieve valpreventie, huidige voorlichting, personeels-eigen interventie, voorlichtingsmateriaal, communicatie met de patiënt, screening valrisico en kwetsbare ouderen.

Tijdens het transcriberen werd er duidelijk omschreven wanneer er ruis was tijdens de discussie, dit kan gelach zijn geweest of mensen die door elkaar praatten. Dit geeft aan hoe de topics beïnvloed konden zijn (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Per topic is er vanuit alle verwerkte gegevens een conclusie geformuleerd. Hierin kwam het doel van de data-analyse naar voren, namelijk het ontdekken van argumenten in de data en deze koppelen aan de context vanuit de eerdere theorievorming. De gegevens van de interactie tijdens de discussie werden meegenomen in de discussie, omdat dit van invloed is op de uitkomst van de conclusies. De conclusies van de discussie en de aanbevelingen uit de literatuur zijn samen omgebogen tot aanbevelingen voor de polikliniek oogheelkunde. Deze aanbevelingen voor een richtlijn werden in een advies weergegeven voor alle medewerkers van de polikliniek oogheelkunde in het UMCG.



## 2.4 Ethische aspecten

De participanten van het onderzoek bleven anoniem en de verzamelde data is niet verstrekt aan derden. De uitkomsten van de focusgroep discussie werden gecodeerd onder de verschillende topics. Tevens zijn er geen transcripties opgenomen in het verslag en werd er gestreefd om zo objectief mogelijk te blijven. Bij uitzondering zijn er quotes opgeschreven, als de participant in kwestie hierdoor anoniem bleef. Dit kon de argumentatie voor een bepaalde topic versterken. Ten slotte zijn de ethische aspecten betreffende de privacy van de gegevens gewaarborgd in het contract tussen de onderzoekers, participanten en de opdrachtgever (UMCG). Dit is onderdeel van het beroepsgeheim en de wet op privacy.

## 2.5 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid van een onderzoek geeft iets aan over de uitvoering van het onderzoek en validiteit over de opzet van het onderzoek. Betrouwbaarheid wordt vaak onderscheiden in interne en externe betrouwbaarheid (Lucassen & Olde Hartman, 2007).

Bij interne betrouwbaarheid ging het om de invloed van de onderzoekers.

De onderzoekers beoordeelden de methodologische kwaliteit van de artikelen tijdens de systematische literatuurstudie onafhankelijk van elkaar. Deze gegevens zijn met elkaar vergeleken waardoor verschillen bediscussieerd konden worden. Hierdoor is de data uit de literatuurstudie betrouwbaar, omdat het door twee onderzoekers is goedgekeurd volgens methodologische kwaliteit. Voor het coderen van de data is er gebruik gemaakt van atlas-ti, deze software sluit aan bij gefundeerde theorie benadering en geeft structuur en overzicht in de gegevens. Dit heeft dit de kans op het maken van fouten van de onderzoekers verkleint, en vergroot daardoor de betrouwbaarheid van de gegevens. Een verpleegkundige van de polikliniek oogheelkunde heeft de participanten voor de focusgroep discussie benaderd, waardoor de onderzoekers geen invloed op de keuze voor participanten hebben gehad. Hierdoor hebben de onderzoekers geen invloed kunnen hebben over de data die naar voren is gekomen in de focusgroep discussie, dit maakt de data betrouwbaar.

Een onderzoeker heeft tijdens de discussie de non-verbale communicatie van de participanten geobserveerd door middel van een turflijst en notities. Dit heeft de mogelijkheid gegeven om te controleren of data is beïnvloed door non-verbale communicatie van andere participanten, dit maakt de data betrouwbaar.

De externe betrouwbaarheid gaat het over de herhaalbaarheid van het onderzoek (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Voor het vergroten van de externe betrouwbaarheid zijn er onder andere demografische vragen gesteld door middel van een vragenlijst aan de participanten van de focusgroep discussie. Hierdoor kon de data vergeleken worden met de demografische gegevens, dit heeft betrouwbaarheid van de gegevens verhoogd. De focusgroep discussie is opgenomen door middel van video apparatuur, waardoor de communicatie vast lag op beeld zonder interpretaties. Dit versterkt de betrouwbaarheid. De minimale bezetting die aanbevolen werd vanuit de literatuur voor een focusgroep discussie was aanwezig. Hierdoor kon er een effectieve discussie plaatsvinden, dit heeft de betrouwbaarheid van de data vergroot. De data analyse is volgens een gestructureerde methode, de zes fases, uitgevoerd. Hierdoor konden de onderzoekers gestructureerd en overzichtelijk werken, waardoor de kans op het ontbreken van data verkleint was (Verhoeven, 2011).

## 2.6 Validiteit

Validiteit van een onderzoek gaat over of er echt gemeten is wat de onderzoekers willen meten. Dit is onder te verdelen in interne validiteit en externe validiteit. Bij interne validiteit gaat het om de methoden en technieken van het onderzoek (Lucassen & Olde Hartman, 2007). De systematische literatuurstudie werd onderbouwd door een zoekstrategie. Hierdoor hebben beide onderzoekers met dezelfde zoektermen gericht kunnen zoeken, waardoor de validiteit is verhoogd. De onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar gecodeerd, zo is er gebruik gemaakt van member checking. Door member checking hebben de onderzoekers elkaar gecontroleerd of er gezocht is naar wat er gezocht moest worden.



Voor het vergroten van de interne betrouwbaarheid in het onderzoek waren er van te voren stellingen ontworpen en definities aan codes vastgesteld. Voor het onderzoek zijn er stipulatieve definities vastgesteld, zodat beide onderzoekers dezelfde definities tijdens het onderzoek hebben gehanteerd. Het maakt de data betrouwbaar omdat de onderzoekers dezelfde definities voor ogen hebben gehad tijdens het onderzoek. Dit is ook toegepast bij de stellingen en de codes, waardoor er eenduidigheid is geweest tijdens de focusgroep discussie. De definities, die naar voren kwamen in de stellingen, werden tijdens de discussie geoperationaliseerd zodat er eenduidigheid ontstond over de waarde van de discussie, dit versterkte de validiteit van het onderzoek.

Ook is er advies gevraagd over de topics aan een onderzoeker en kwaliteitscoördinator van de polikliniek oogheelkunde. De onderzoekers hebben aandachtspunten gekregen over het leiden van een focusgroep discussie van een ervaringsdeskundige. Dit vergroot de validiteit de data omdat de onderzoekers hierdoor wisten hoe zij een focusgroep konden leiden met als doel veelzijdige en betrouwbare informatie te verkrijgen.

Er was voor de focusgroep discussie advies gevraagd over de opname apparatuur, ook is er van te voren gecontroleerd of er geen auditieve stoorzenders zijn. In het onderzoek is methodische triangulatie ontstaan, waarbij meerdere dataverzamelingsbronnen zinvol zijn gecombineerd, dit versterkt de geldigheid van de data.

## **2.7 Generaliseerbaarheid**

Bij externe validiteit gaat het om de mate van generaliseerbaarheid van de onderzoek conclusies van het onderzoek (Lucassen & Olde Hartman, 2007). De respons van de focusgroep discussie was 75%. Er is gestreefd naar 100% respons door de onderzoekers. Dit is gedaan door een verpleegkundige van de polikliniek oogheelkunde de participanten persoonlijk te laten benaderen en van te voren een brief te versturen. De focusgroep discussie was een afspiegeling van de polikliniek oogheelkunde omdat er verschillende disciplines aanwezig waren. De aanwezige disciplines waren de zorgverleners die het meest met het onderwerp te maken hebben en zullen krijgen op de polikliniek oogheelkunde. Uit de demografische gegevens bleek dat er een grote diversiteit was in leeftijd en werkervaring bij de participanten. Hierdoor vertegenwoordigden de participanten een grote groep collegae van de polikliniek oogheelkunde. De data uit de focusgroep discussie is hierdoor generaliseerbaar voor de medewerkers van polikliniek oogheelkunde. De resultaten zijn niet generaliseerbaar naar andere poliklinieken omdat de steekproef te klein is geweest en de datasaturatie niet is behaald.





### 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het kwalitatief onderzoek. Er wordt ingegaan op de algemene resultaten van de literatuurstudie en de methode van de focusgroep discussie. Daarna worden de resultaten van de literatuurstudie en focusgroep discussie aan de hand van de stellingen beschreven.

#### 3.1 Inleiding methode onderzoek

Uit het literatuuronderzoek zijn acht artikelen geselecteerd op basis van een onafhankelijke methodologische kwaliteitsbeoordeling. De selectie hiervan is terug te vinden in bijlage twee. Dit zijn artikelen met een hoge mate van evidence. De artikelen bevatten informatie over kwetsbare ouderen en valpreventie. Er zijn weinig artikelen gevonden in de literatuur over het onderwerp valpreventie in het vakgebied oogheelkunde. In de artikelen is eerst gekeken naar de definitie van een kwetsbare oudere. Er bleken verschillende definities gehanteerd te worden. In het onderzoek van Semper-Ternent, Karmakar, Graham, Reistetter & Ottenbacher (2013) wordt gezegd dat een consequente definitie van kwetsbaarheid mist. Volgens Gill, Gahbaure, Allore & Han (2015) is kwetsbaarheid een dynamisch proces waarbij verschillende omstandigheden elkaar beïnvloeden en dat dit de mate van kwetsbaarheid bepaald. In het onderzoek van Nowak & Hubbard (2009) wordt de definitie van kwetsbaarheid omschreven als een complexe situatie waarbij de oudere steeds verder achteruitgaat. Om eenduidigheid te creëren over kwetsbare ouderen tijdens het onderzoek is er een definitie omschreven vanuit de literatuur. Deze luidt als volgt; een kwetsbare oudere is een patiënt van boven de 70 jaar (Gooszen, et al., 2012). De mate van kwetsbaarheid staat in relatie tot onder andere hospitalisatie en overlijden. Het onderzoek toont aan dat kwetsbaarheid en valincidenten in relatie staan tot verschillende ziektebeelden (Semper-Ternent, Karmakar, Graham, Reistetter & Ottenbacher, 2013). Uit de drie onderzoeken van Semper-Ternent, Karmakar, Graham, Reistetter & Ottenbacher (2013); Brundle, et al. (2015); Tehalla, et al. (2014) bleken de risicofactoren: depressieve symptomen, meerdere gezondheidsproblemen en een verminderde balans in relatie te staan met valincidenten. Doordat de drie artikelen hetzelfde resultaat laten zien biedt dit een sterke evidence. In het onderzoek van Semper-Ternent, Karmakar, Graham, Reistetter & Ottenbacher (2013) werd met een p-waarde van 0.01 aangetoond dat de kans op valincidenten groter is bij ouderen; die eerder een valincident hebben gehad, kwetsbaarder zijn en een verminderde balans hebben. Het identificeren van de risicofactoren voor valincidenten biedt de mogelijkheid tot het geven van gerichte preventie. Door het identificeren is er zicht op de populatie patiënten die een verhoogd risico hebben op valincidenten (Hermanns, Verheij, Nijnatten & Reuling, 2014). Kortom er is uit de literatuur informatie gevonden over het risico van valincidenten en kwetsbaarheid bij ouderen. Dit werd meegenomen in de uitvoering van het onderzoek. Ook is er informatie gevonden over valpreventie interventies. Deze informatie is opgedeeld in drie topics: het opbouwen van een relatie met de patiënt, beweeg oefeningen en screening van valrisico's. De onderwerpen zijn door middel van stellingen tijdens de focusgroep discussie besproken met medewerkers van de polikliniek oogheelkunde. De samenstelling van de focusgroep discussie bestond uit vier vrouwen en twee mannen en de gemiddelde leeftijd was 41 jaar. De functies van de participanten zijn: twee verpleegkundigen, één regieverpleegkundige, één oogarts, één arts in opleiding tot oogarts en één seniorverpleegkundige/zorgonderzoeker. De uitkomsten van de drie topics worden in de volgende paragrafen beschreven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in de uitkomsten van de literatuurstudie en de focusgroep discussie.



## 3.2 Communicatie met de patiënt

In de volgende alinea's is het onderwerp communicatie met de patiënt beschreven. Vanuit de literatuur is de communicatie met de patiënt naar voren gekomen als onderdeel van valpreventie voor kwetsbare ouderen. Dit gaf aanleiding om tot de volgende stelling te komen: 'het vertrouwen met, en de wens van, kwetsbare ouderen vind ik belangrijk in de communicatie'. De literatuur die deze bewering onderbouwt wordt beschreven in de volgende alinea. Vervolgens wordt beschreven welke meningen en ideeën de participanten van de focusgroep discussie hierover hebben.

### 3.2.1 Communicatie met de patiënt vanuit de literatuur

In meerdere artikelen uit de literatuur wordt communicatie beschreven als onderdeel van valpreventie voor kwetsbare ouderen. Uiteindelijk is gekozen voor het onderzoek van Hill, et al., (2015) en Robben, et al., (2015). De reden dat deze twee onderzoeken zijn gekozen is, omdat het beide vergelijkende onderzoeken zijn en het hoogst level of evidence bevatten. Beide artikelen gaven aan dat communicatie met de patiënt tot verbetering leidt in de zorgverlening. In een vergelijkend onderzoek van Hill, et al (2015) bleek dat het stimuleren van het ontwikkelen van motivatie bij de patiënt voor gedragsverandering leidt tot een vermindering van het aantal valincidenten. Wanneer de patiënt en de zorgverlener elkaar begrijpen draagt dit bij aan het ontwikkelen van de motivatie bij een patiënt. Ook voelt de patiënt zich zekerder over zijn eigen veiligheid. Aandachtspunten in de communicatie met de kwetsbare ouderen zijn: de mobiliteit in kaart brengen, opbouwen van een relatie, vertrouwen creëren, zelfvertrouwen van de patiënt vergroten, de wens van de patiënt meenemen in beslissingen en de angst om te vallen in te schatten bij de patiënt (Hill, et al., 2015). Uit een vergelijkend onderzoek van Robben, et al (2015) bleek ook dat het richten op de wens van de patiënt boven de 70 jaar een beter inzicht biedt in de normen en waarden van de patiënt en dit leidt tot een verbetering in de zorgverlening.

### 3.2.2 Het opbouwen van een relatie met de oogheelkundige patiënt

De uitkomsten van de focusgroep discussie op de stelling wordt in deze paragraaf beschreven. Meerdere verpleegkundigen benoemen op de stelling dat het vertrouwen opbouwen en het zich richten op de wens van de patiënt onmisbaar is in de communicatie met de patiënten. Dit blijkt uit:

*“Dat vertrouwen opbouwen met die oudere geldt natuurlijk voor iedere patiënt. Hierbij moet je inspelen op hun eigen wensen omtrent bijvoorbeeld het wel of niet naar huis gaan of in hoeverre zichzelf kunnen redden. Als je daar geen oog of oor voor hebt dan lukt het ook niet om vertrouwen te creëren. Wanneer er geen vertrouwensband is dan nemen ze verder ook geen adviezen van je aan. Dus ik denk dat het opbouwen van vertrouwen heel wezenlijk is”.*

Ook wordt benoemd dat de communicatie met een kwetsbare oudere niet heel anders is dan bij patiënten die geen kwetsbare ouderen zijn. Het vertrouwen is van invloed op het al dan niet opvolgen van de informatie door de patiënt. Voor een oogheelkundige behandeling is de patiënt de eerste 24 uur het meest kwetsbaar, wanneer één oog is afgeplakt. Er is dan begeleiding gewenst door iemand in de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het vertrouwen opbouwen door een verpleegkundige blijkt lastig te zijn tijdens een kort moment. Een verpleegkundige zegt hierover het volgende:

*“Het is soms best lastig wanneer je de patiënt nog best veel moet vertellen, terwijl de patiënt ook al veel informatie heeft gehoord”.*



De communicatieve vaardigheden van een patiënt worden ingeschat tijdens een voorlichting. Dit blijkt uit:

*“In elke voorlichting die je geeft schat je de patiënt op het gebied van communicatie in. Naar aanleiding hiervan pas je de voorlichting persoonlijk aan”.*

Er wordt specifiek gekeken naar de behoefte van de patiënt door verpleegkundigen. Naar aanleiding hiervan wordt de voorlichting aangepast. Dit is het laatste resultaat vanuit de focusgroep discussie over het onderwerp communicatie met de patiënt. In de volgende paragraaf zullen de resultaten van de beweegoefeningen worden beschreven.

### **3.3 Beweegoefeningen**

In de volgende paragrafen is het onderwerp beweegoefeningen beschreven. Vanuit de literatuur is naar voren gekomen dat er beweegoefeningen kunnen worden gebruikt in valpreventie voor kwetsbare ouderen. Dit gaf aanleiding om tot de volgende stelling te komen: *‘beweegoefeningen moeten worden aangekaart in een voorlichting aan kwetsbare ouderen’*.

De literatuur die deze bewering onderbouwt wordt beschreven in de volgende alinea. Vervolgens wordt beschreven welke meningen en ideeën de participanten van de focusgroep discussie hierover hebben.

#### **3.3.1 Beweegoefeningen vanuit de literatuur**

In meerdere artikelen uit de literatuur worden beweegoefeningen beschreven als onderdeel voor valpreventie voor kwetsbare ouderen. Uiteindelijk is gekozen voor de onderzoeken van Gillespie et al. (2012) en Rimland et al. (2016). De reden dat deze twee onderzoeken zijn gekozen is omdat een systematische review een hoge mate heeft van betrouwbaarheid, en omdat één systematische review een kappa waarde heeft beschreven. Beide artikelen gaven aan dat beweegoefeningen effectief zijn om de balans en de kracht van het lichaam te verbeteren. Ook geven beide onderzoeken aan dat multifactoriële interventies het meest effectief zijn in combinatie met beweegoefeningen (Rimland, J.m., et al, 2016) (Gillespie, L.D., et al, 2012). Bij het onderzoek van Rimland. Et al. (2014) had het gebruik van multifactoriële interventies in combinatie met beweegoefeningen een kappa waarde van 0.94. Hierdoor is naar voren gekomen dat het gebruik van beweegoefeningen in combinatie met multifactoriële interventies effectief kunnen zijn in de valpreventie bij kwetsbare ouderen.

#### **3.3.2 Beweegoefeningen in de focusgroep discussie**

In de focusgroep discussie kwamen aspecten naar voren over hoe beweegoefeningen in de praktijk kunnen worden vormgegeven. Eén van de aspecten die naar voren is gekomen is dat beweegoefeningen gestart moeten worden vóór een oogheelkundige behandeling. Hierbij werd aangegeven dat dit op tijd zou moeten gebeuren zodat de oogheelkundige patiënten al geruime tijd van te voren de kracht en balans kunnen verbeteren. Hierdoor kunnen valincidenten worden voorkomen tijdens het herstel.

*“Na de operatie is een patiënt op zijn kwetsbaarst en om dan oefeningen te gaan doen.. Ik zou verwachten dat je een patiënt voor de operatie oefeningen laat doen. Op deze manier heeft de patiënt er iets aan op het moment dat de operatie geweest is”.*

Ook komt naar voren dat de patiënten zich weinig mogen inspannen na een oogheelkundige behandeling, omdat er geen druk op het oog mag komen. Eén verpleegkundige zegt:

*“Ik zie er de zin van in als de patiënt preoperatief kracht en balans ontwikkelt zodat de patiënt hier na de operatie wat aan heeft. Maar als je al geopereerd bent en je moet dan aan je kracht werken, bijvoorbeeld een oudere op een ladder laten lopen, dat zou ik niet adviseren”.*



Er worden ook een andere redenen aangegeven waarom beweegoefeningen niet na een oogoperatie zouden moeten worden uitgevoerd. De reden hiervoor is omdat de patiënt na een oogheelkundige operatie kwetsbaarder is. Wanneer één oog is afgeplakt, kan de patiënt geen diepte zien en moeilijk afstanden inschatten. Hierdoor is begeleiding na een oogheelkundige operatie aanbevolen. Een verpleegkundige benoemt:

*“Wanneer een oog afgeplakt is, vragen we de patiënt om in de eerste 24 uur begeleiding te hebben. Omdat in deze periode de patiënt het meest kwetsbaar is”.*

Verpleegkundigen en artsen verwachten dat de patiënten na de operatie voorzichtig zijn. Naar voren is gekomen dat patiënten vaak voorzichtiger zijn dan nodig, behalve met het auto rijden. Een verpleegkundige zegt namelijk:

*“Over het algemeen zijn mensen voorzichtiger dan dat wij zo voorschrijven”.*

Een ander aspect dat naar voren gekomen is dat de beweegoefeningen kunnen worden toegevoegd als onderdeel van de huidige leefregels voor de patiënten. Twee verpleegkundigen zeggen hierover:

*“Als beweegoefeningen daadwerkelijk worden meegenomen in het proces, dan moeten deze onderdeel worden van de leefregels van de patiënten. En de patiënten wijzen op valrisico’s”.*

*“Toch kan ik mij er wat bij voorstellen bij ouderen in ons voorlichtingsgesprek dat je enige instructie geeft op maat, alleen als dit zo is bewezen”.*

Een verpleegkundige vindt het lastig extra informatie toe te voegen, aangezien de oogheelkundige patiënt al veel oogheelkundige informatie heeft gekregen. Een verpleegkundige zegt hierover:

*“Je kunt het niet echt hebben over beweegoefeningen als je nog niet echt een vertrouwensband hebt met de patiënt. De patiënt vindt het al lastig wanneer je vragen stelt over urine en de stoelgang. En wanneer je het onderdeel bewegen dan ook nog eens moet toevoegen.”*

Ook werd gezegd door de arts:

*“Als je te veel informatie geeft dan gaan mensen ook niet meer doen wat je per se wilt. Dat ze doen en dan komt daardoor ook weer het resultaat van de operatie negatief in gevaar als mensen hun druppels niet nemen omdat ze een regel over vallen onthouden hebben maar niet de regel over druppels dan is dat een groter probleem tenzij iemand aantoont dat vallen na een oogheelkundige operatie dan wel een heel groot risico is denk ik”.*

*“ik denk dat ons grootste probleem bij de voorlichting is dat als je goede voorlichting geeft je ook een stuk beperkt want ander omdat ander mensen gewoon dingen vergeten”.*

Artsen en verpleegkundigen geven aan dat zij onderzoek willen zien naar het aantal valincidenten bij kwetsbare oogheelkundige ouderen, na een oogheelkundige operatie. Zij zien de beweegoefeningen als zinvol wanneer deze ook daadwerkelijk het aantal valincidenten vermindert bij de oogheelkundige kwetsbare ouderen. Dit is het laatste resultaat vanuit de focusgroep discussie over het onderwerp beweegoefeningen bij kwetsbare ouderen. In de volgende paragraaf zullen de resultaten van het screenen van valrisico's worden beschreven.



### 3.4 Het screenen van valrisico's

In de volgende paragrafen worden de volgende twee onderwerpen besproken; wie is verantwoordelijk voor het geven van valpreventie én screening. In de literatuur werd beschreven hoe een patiënt gescreend kan worden om er achter te komen of er valpreventie ingezet moet worden. Door middel van screening weet een verpleegkundige of arts dat een patiënt in een bepaalde patiëntencategorie valt. Een verpleegkundige of arts weet dan of een patiënt voorlichting moet hebben. Het wel of niet geven van voorlichting kan samen hangen met de screening van de patiënten. Om te weten hoe de verpleegkundigen en artsen denken over het geven van valpreventie is de volgende stelling naar voren gekomen: artsen en/of verpleegkundigen zijn verantwoordelijk om voorlichting te geven over valgevaar in de postoperatieve periode.

#### 3.4.1 Het screenen op valrisico bij kwetsbare oogheeskundige ouderen vanuit de literatuur

Er zijn meerdere artikelen gevonden die screening op valrisico bij patiënten mogelijk maken. Een kwantitatief vergelijkend artikel van Melillo, et al., (2015) beschrijft een screeningsinstrument voor de oogheeskundige patiënt. Dit artikel is gekozen omdat deze zich specifiek richt op de oogheeskundige patiënt, echter is dit meetinstrument nog niet generaliseerbaar. Het meetinstrument bleek wel effectief voor de kwetsbare oogheeskundige ouderen in het onderzoek. Het meetinstrument bestond uit een aantal vragen. De meest relevante vraag voor de screening was of de patiënt de krant of teksten nog kon lezen (Melillo, et al., 2015).

#### 3.4.2 Focusgroep discussie

In de focusgroep discussie gaven artsen en verpleegkundigen hun ideeën en meningen over screening, dit onderwerp kwam naar voren tijdens de discussie over de verantwoordelijkheid. Dit wordt toegelicht in de volgende twee paragrafen.

##### 3.4.2.1 Gericht onderzoek naar valincidenten en de kwetsbare oogheeskundige patiënt

Naar voren kwam dat verpleegkundigen en artsen behoefte hebben aan inzicht over valgevaar en valrisico's van de kwetsbare oogheeskundige ouderen. Onderzoek hiernaar kan cijfers geven over de hoeveelheid valincidenten onder de kwetsbare oogheeskundige ouderen in de polikliniek oogheeskunde. Dit zou de artsen en verpleegkundigen het bewijs kunnen geven dat valpreventie noodzakelijk is. Ook komt naar voren dat het onduidelijk is of een valincident per se te wijten is aan een oogheeskundige behandeling. Een verpleegkundige zegt het volgende:

*“Wanneer er specifiek onderzoek uit wordt gevoerd specifiek op de oogheeskunde, kun je pas beoordelen in hoeverre de patiënten het nodig hebben. Ook weten we dan in hoeverre we de vraagstelling kunnen laten plaatsvinden”.*

Hierin komt naar voren dat de leeftijd niet altijd van invloed hoeft te zijn op het valrisico. Daarnaast zegt een verpleegkundige:

*“Nee je moet er ook een risicoanalyse op los gooien. De ene patiënt van 70 is niet een andere patiënt van 70. Aan de hand van dat kan je kijken of die patiënt daadwerkelijk een risico loopt op vallen”.*



### 3.4.2.2 Verantwoordelijkheid voor valpreventie

Door de stelling werd duidelijk wat de verpleegkundigen en artsen vinden over het geven van valpreventie. Ook kwam naar voren wie zij daar verantwoordelijk voor vinden. Hoever het takenpakket reikt van verschillende disciplines en organisaties met betrekking tot valpreventie was een discussiepunt. Verpleegkundigen gaven aan dat er vaak al een traject loopt over valpreventie bij de thuiszorg of de huisarts. De arts benoemt in de voorlichting dat de patiënt een weekje minder kan zien en daardoor voorzichtig moet zijn. Door dit gezegd te hebben vindt de arts te hebben gedaan wat hij kon doen. Daarnaast wordt aangegeven dat patiënten zelf moeten inzien dat zij met één oog niet goed kunnen zien.

Een arts benoemt het volgende:

*“We weten niet hoe groot het risico van valgevaar in de postoperatieve fase. Ook weten we niet of dat groter is zonder operatie dus wat dat betreft kunnen we ook niet zeggen: ‘U heeft zeker toegenomen valgevaar’. Dus dan kun je dan niet zomaar zeggen: ‘wij zijn per se verantwoordelijk om voorlichting te geven over valgevaar’ want daar maak je het juridisch van”.*

Wanneer uit onderzoek blijkt dat het valrisico hoger is na een oogheelkundige behandeling willen de artsen en verpleegkundigen de huidige werkzaamheden aanpassen en hier valpreventie aan toevoegen.



## 4. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie van de resultaten beschreven, waarbij er wordt ingegaan op verschillende aspecten die naar voren kwamen tijdens het onderzoek. Daarna wordt beschreven hoe de methode van het onderzoek ter discussie wordt gesteld. Vervolgens wordt in de praktische implicaties beschreven welke betekenis dit kan hebben voor de praktijk.

In de resultaten uit de literatuur komt naar voren dat beweegoefeningen effectief zijn om de balans en de kracht te verbeteren bij kwetsbare ouderen. Deze beweegoefeningen zijn effectiever wanneer deze onderdeel zijn van een multifactorieel valpreventie programma. Een andere interventie die bijdraagt aan valpreventie is het ontwikkelen van motivatie bij de patiënt. Ten slotte biedt screening van valrisico's en onderzoek naar het aantal valincidenten postoperatief van oogheekundige patiënten inzicht in de noodzaak van valpreventie.

### 4.1 Resultaten

Eén van de aspecten die naar voren is gekomen tijdens de focusgroep discussie is dat beweegoefeningen kunnen worden meegenomen in de leefregels van de patiënten. De voorwaarde is dat deze beweegoefeningen vóór een oogheekundige behandeling worden uitgevoerd. De vraag die hieruit naar voren komt is of deze extra informatie niet te veel is voor de patiënt. Want uit de focusgroep discussie komt naar voren dat extra informatie tijdens de voorlichting af kan doen aan de overige informatie. In de literatuur blijkt dat een patiënt 20% van de informatie onthoudt die verbaal wordt verteld (Boog, 2010). Dit verhoogt tot 55% wanneer deze informatie ook wordt gevisualiseerd. De patiënt onthoudt in de optimale situatie 90% van de informatie. De optimale situatie houdt in dat de patiënt zelf de informatie benoemt en tegelijkertijd demonstreert (Boog, 2010). Boog (2010) maakt geen onderscheid in de leeftijd tussen patiënten.

De literatuur biedt geen informatie over richtlijnen met betrekking tot valpreventie bij ouderen na een oogheekundige behandeling. Wel bestaat er een screeningsinstrument om valrisico's bij kwetsbare ouderen op te sporen (Melillo, et al., 2015). Melillo, et al., (2015) gebruikt de dagelijkse activiteiten schaal gericht op de visus waarin 15 items worden gescoord. Er wordt gekeken in hoeverre een kwetsbare oudere de activiteit kan uitvoeren en hoeveel moeite dit de kwetsbare oudere kost. De meeste relevante vraag was of de oudere de tekst op de televisie nog kon lezen. Wanneer dit niet lukte gaf dit aanleiding tot valrisico bij de kwetsbare oudere. Daarnaast bestaan er richtlijnen met betrekking tot valincidenten gemaakt door de VMS. Deze VMS interventies zijn niet bruikbaar voor de polikliniek oogheekunde omdat deze gericht zijn op de klinische setting. Ook is in een onderzoek te lezen dat deze interventies matig beoordeeld worden (Oud, Rooij, Schuurman, Duijvelaar & Munster, 2015). Dat betekent dat er in de huidige literatuur geen informatie bekend is over de uitvoering van valpreventie interventies bij ouderen die een oogheekundige behandeling ondergaan.

De participanten in de discussie geven aan dat er geen valpreventie interventies worden toegepast bij de zorgverlening in de polikliniek oogheekunde. Toch laten cijfer uit de landelijke prevalentiemeting zien dat er een verband kan zijn met valincidenten en ziektes aan de ogen. Het onderzoek vond plaats in 2015 en had 4570 respondenten, dit waren ouderen en zij woonden in een zorginstelling of thuis. Hiervan vielen er 4,5% met een ziekte aan het oog. Van de 759 deelnemers van het onderzoek in de thuissituatie, vielen er 126 met een ziekte aan het oog (Halfens, et al., 2015). Uit een ander onderzoek van Francis, Franz, O'Conner en Thelen (2015) komt naar voren dat visuele beperkingen leiden tot een verhoogd valrisico. Een visuele beperking heeft als gevolg bij ouderen dat de lichaamspositie verandert. Hoe hoger de leeftijd hoe moeilijker het is om de lichaamspositie te compenseren (Francis, Franz, O'Conner & Thelen, 2015). Dit verklaart dat de kans aanwezig is op valincidenten wanneer een patiënt een ziekte heeft aan het oog. Het is onbekend hoeveel patiënten van de polikliniek oogheekunde een valincident hebben na een oogheekundige behandeling. Ook vanuit de focusgroep discussie blijkt er behoefte te zijn naar verder onderzoek, voordat er valpreventie wordt toegepast. Dit onderzoek moet inzicht geven in de hoeveelheid valincidenten bij kwetsbare ouderen na een oogheekundige behandeling.

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat de definities van kwetsbare ouderen verschillend worden beschreven in de artikelen. Uit de zeven artikelen is de gemiddelde leeftijd van kwetsbare oudere



boven de 63,5 jaar. Het blijkt dat depressieve symptomen, meerdere gezondheidsproblemen en een verminderde balans risicofactoren zijn voor valincidenten bij kwetsbare ouderen.

Mogelijk bestaan er bij de medewerkers van de polikliniek oogheelkunde ook verschillende definities over kwetsbare ouderen. Door deze verschillende interpretaties kan dit leiden tot verschillende aanpakken in de zorg voor deze kwetsbare ouderen. Tijdens de focusgroep discussie is er eenduidigheid gecreëerd over het begrip kwetsbare ouderen door een eenduidige definitie te hanteren. Dit voorkomt verschillende interpretaties.

Kortom: de hoeveelheid informatie die een kwetsbare oudere kan verwerken, en het aantal valincidenten die er daadwerkelijk zijn na een oogheelkundige behandeling op de polikliniek oogheelkundige kunnen samen hangen met het geven van valpreventie. Tevens komt naar voren dat verschillende definities kunnen leiden tot verschillende aanpakken in de zorgverlening.

## 4.2 Design en methodiek

Tijdens dit onderzoek zijn er aspecten naar voren gekomen die invloed hebben gehad op de uitkomsten van dit onderzoek. De belangrijkste hiervan zijn op een rij gezet.

In de literatuurstudie zijn externe en interne factoren naar voren gekomen die valincidenten kunnen voorkomen. Echter is de focus op de interne factoren gelegd in dit onderzoek, dit is gedaan omdat de resultaten met de hoogste evidence, interne factoren zijn. Dit is geen beperking voor het onderzoek omdat de belangrijkste factoren voor valpreventie voor de kwetsbare ouderen naar voren zijn gekomen in dit onderzoek.

De literatuur is onafhankelijk beoordeeld op methodologische kwaliteit door de onderzoekers, dit versterkt de betrouwbaarheid van de resultaten. Vervolgens heeft de video opname het mogelijk gemaakt dat de non-verbale communicatie zo objectief mogelijk kon worden verwerkt. Het verwerken van de data is met behulp van Atlas-ti gedaan, dit versterkt de betrouwbaarheid. Vervolgens is het coderen onafhankelijk uitgevoerd om zo objectief mogelijk de data te verwerken. Er waren genoeg participanten tijdens de focusgroep discussie aanwezig voor een effectieve discussie. Dit heeft de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de hoeveelheid data vergroot. De participanten hebben de focusgroep discussie kunnen voorbereiden, dit vergroot de betrouwbaarheid omdat zij er lang over hebben kunnen nadenken. De demografische gegevens bieden de kans dat het onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd. Door het onderzoek te herhalen wordt de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot en hiermee de generaliseerbaarheid voor andere oogheelkundige poliklinieken. Vanuit de demografische gegevens blijkt dat gemiddelde leeftijd 41 jaar was. Dat betekent dat er verschillende leeftijden aanwezig waren tijdens de discussie, en dat is representatief voor de zorgverleners van de polikliniek oogheelkunde. Dit verhoogt de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid. Door de verschillende disciplines onderling te laten discussiëren ontstaat er een breder draagvlak voor het invoeren van nieuwe ideeën. Tijdens de focusgroep discussie bleken de stellingen niet duidelijk te zijn, wel is er van te voren advies gevraagd over de stellingen aan een onderzoeker en kwaliteitscoördinator. Het onderzoek is uitgevoerd door twee onervaren onderzoekers, dit kan invloed hebben op de uitvoering van de focusgroep discussie. Echter hebben de onderzoekers dit beperkt door advies te vragen bij een ervaringsdeskundige, docent en twee onderzoekers. Dit heeft de validiteit verhoogt van het onderzoek, omdat het deskundigadvies in het meetinstrument is gebruikt. Tijdens de focusgroep discussie is de datasaturatie niet bereikt. Dit heeft invloed gehad op de betrouwbaarheid van de informatie omdat de ontbrekende informatie van belang kan zijn op de resultaten. Door de ontbrekende informatie zijn de resultaten niet representatief, het is niet volledig en daardoor is er niet alles gemeten wat gemeten had moeten worden. Hierdoor zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar andere poliklinieken, omdat het onduidelijk is welke invloed de ontbrekende informatie kan hebben op de praktijk. Het is wel representatief voor de polikliniek oogheelkunde in het UMCG omdat de participanten werkzaam zijn in de polikliniek oogheelkunde. De datasaturatie kan alsnog bereikt worden wanneer het onderzoek wordt voortgezet. Hierbij zouden de focusgroep discussies met dezelfde stellingen moeten worden doorgezet totdat de datasaturatie is bereikt. Wanneer de datasaturatie is bereikt zijn de resultaten generaliseerbaar voor de polikliniek oogheelkunde in het UMCG.





### 4.3 Praktische implicaties

Het onderzoek is representatief voor de polikliniek oogheelkunde, omdat het bijdraagt aan valpreventie bij kwetsbare ouderen. Het biedt een maatschappelijk belang aangezien er door de vergrijzing in Nederland het aantal kwetsbare ouderen ook zeer waarschijnlijk zal toenemen. Dit onderzoek richt zich op de poliklinische patiënt. Daarom kan dit onderzoek ook representatief zijn voor andere oogheelkundige poliklinieken in Nederland. Echter is dit nu nog niet van toepassing, omdat het onderzoek dan zal moeten worden uitgebreid.

Voor het UMCG kan dit onderzoek bijdragen aan de vermindering van de zorgkosten, omdat dit het aantal opgenomen patiënten door valincidenten vermindert. Ook wordt hiermee de ligduur van patiënten verkort, omdat er minder valincidenten optreden in het ziekenhuis. Daarnaast wordt er op deze manier door verpleegkundigen verantwoorde zorg geleverd aan de patiënt omdat de interventies wetenschappelijk onderbouwd zijn. Valpreventie kan onder de aandacht worden gebracht op de polikliniek oogheelkunde doordat dit onderzoek besproken kan worden. Dit kan leiden tot nieuwe ideeën en opvattingen over valpreventie bij kwetsbare ouderen.

Dit onderzoek draagt bij aan een draagvlak bij de participanten en wellicht zorgverleners doordat zij zich gehoord voelen in de focusgroep discussie over valpreventie bij kwetsbare ouderen. Hierdoor kunnen zij inspraak hebben in eventuele veranderingen. Waardoor er minder weerstand kan zijn bij het implementeren van valpreventie (Verhoeven, 2011).



## 5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt de conclusie beschreven naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek. Er wordt antwoord gegeven op de volgende vraag;

*Op welke wijze kan vallen bij kwetsbare ouderen worden voorkomen in de postoperatieve fase na opname op de polikliniek oogheelkunde in het UMCG?*

Vervolgens worden er aanbevelingen beschreven naar aanleiding van de conclusie van dit onderzoek.

### 5.1 Valpreventie op de polikliniek oogheelkunde in het UMCG

De conclusie is dat valpreventie bij kwetsbare ouderen bestaat uit beweegoefeningen, het stimuleren van de ontwikkeling van motivatie voor gedragsverandering en screening van de valrisico's.

Dit onderzoek toont aan dat beweegoefeningen gericht op balans en kracht effectief zijn in de valpreventie bij kwetsbare ouderen. Valpreventie bij kwetsbare ouderen blijkt het meest effectief te zijn, als beweegoefeningen onderdeel zijn van een multifactorieel valpreventie programma. Voor de polikliniek oogheelkunde kunnen de beweegoefeningen onderdeel zijn van de leefregels voor de patiënt. Naar voren is gekomen dat deze beweegoefeningen een geruime tijd vóór de oogheelkundige behandeling uitgevoerd moeten worden. Hierdoor heeft de patiënt tijdens het herstel van de oogheelkundige behandeling profijt van een verbeterde balans en kracht. Door een verbeterde balans en kracht hebben patiënten een verminderd risico op valincidenten.

Het ontwikkelen van motivatie blijkt effectief te zijn voor gedragsverandering en dit vermindert het aantal valincidenten. Wanneer de zorgverlener en patiënt elkaar begrijpen draagt dit bij aan het ontwikkelen van motivatie van de patiënt. Motivatie kan hierdoor bijdragen aan het uitvoeren van de beweegoefeningen.

Uit dit onderzoek blijkt dat depressieve symptomen, meerdere gezondheidsproblemen en een verminderde balans valrisico's zijn bij kwetsbare ouderen. Door middel van een screeningsinstrument kunnen valrisico's worden opgespoord bij de patiënten. Hierdoor weet een verpleegkundige welke valrisico's patiënten hebben en hierdoor in aanmerking komen voor valpreventie. Uit de focusgroep discussie blijkt dat de meeste patiënten in de postoperatieve fase voorzichtiger zijn, dan nodig. Hierdoor ontstond het vermoeden in de focusgroep discussie dat patiënten in de postoperatieve fase minder valincidenten hebben. Ook uit de focusgroep discussie blijkt dat verpleegkundigen en artsen behoefte hebben aan inzicht over de valincidenten bij de oogheelkundige patiënten. Deze inzichten maken voor verpleegkundigen en artsen de noodzaak duidelijk om valpreventie toe te passen op de polikliniek oogheelkunde. Ten slotte laat de focusgroep discussie zien dat wanneer valpreventie effectief blijkt te zijn, de participanten open staan voor veranderingen in de huidige werkzaamheden.



## 5.2 Aanbevelingen aan de polikliniek oogheelkunde in het UMCG

- I. Er worden beweegoefeningen gericht op balans en kracht aanbevolen, in de leefregels voor de oogheelkundige patiënt. De polikliniek oogheelkunde kan een fysiotherapeut van de polikliniek ouderengeneeskunde deskundig advies vragen welke oefeningen geschikt zijn voor het verbeteren van de balans en de kracht. Door de beweegoefeningen mee te geven door middel van een afbeelding, maakt dat de patiënt de beweegoefeningen kan visualiseren. Hierdoor onthoudt de patiënt de beweegoefeningen beter. De beweegoefeningen zouden geruime tijd vóór de oogheelkundige behandeling door verpleegkundigen en artsen moeten worden benoemd en toegelicht. Zo kan de patiënt voor de oogheelkundige behandeling zijn kracht en balans al verbeteren. Zo heeft de patiënt tijdens het herstel profijt van een verbeterde kracht en balans. Het is aan te bevelen om deze beweegoefeningen in een multifactorieel valpreventie programma toe te passen. Dit vergroot de effectiviteit van valpreventie bij kwetsbare ouderen. En dit verlaagt het aantal valincidenten bij kwetsbare ouderen. Een multifactorieel valpreventie programma bestaat uit meer dan één interventie gericht op valpreventie. Naast de beweegoefening interventie wordt dan ook aanbevolen de volgende interventie toe te voegen in de valpreventie.
- II. Er wordt aanbevolen om te ondersteunen in het ontwikkelen van motivatie voor gedragsverandering bij kwetsbare ouderen. Dit kan de zorgverlener doen door motiverende gespreksvoering. Bij motiverende gespreksvoering is het belangrijk dat de patiënt het belang van de gedragsverandering inziet. Hierbij focust de zorgverlener zich vooral op de voordelen van de gedragsverandering. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt en de zorgverlener elkaar goed begrijpen, dit draagt bij aan het ontwikkelen van motivatie bij de patiënt. Dit vergroot de kans op uitvoering van de beweegoefeningen voor én na een oogheelkundige behandeling. Wanneer de patiënt de informatie benoemt en dit tegelijkertijd demonstreert, wordt 90% van de verkregen informatie onthouden.
- III. Er wordt aanbevolen inzicht te krijgen in de patiënten die risicofactoren hebben op valincidenten. Zo wordt duidelijk welke patiënten valrisico's hebben. Screeninginstrumenten gericht op het identificeren van valrisico's worden hierbij aanbevolen voor de polikliniek oogheelkunde. Eén voorbeeld is de dagelijkse activiteiten schaal gericht op de visus van Melillo waarin 15 items worden gescoord. Er wordt gekeken in hoeverre een kwetsbare oudere de activiteit kan uitvoeren en hoeveel moeite dit kost voor de kwetsbare oudere. Deze schaal geeft inzicht in het valrisico bij kwetsbare ouderen.
- IV. Ten slotte wordt aanbevolen inzicht te krijgen in het aantal valincidenten bij kwetsbare ouderen, na een dagbehandeling op de polikliniek oogheelkunde in het UMCG. Inzicht kan worden verkregen door middel van onderzoek naar valincidenten bij de patiënten van de oogheelkundige polikliniek in de postoperatieve fase. Dit biedt inzicht in de noodzaak voor het toepassen van valpreventie. Om dit onderzoek uit te voeren zijn meetinstrumenten nodig. Er wordt aanbevolen dat de polikliniek oogheelkunde zich eerst verdiept in de meetinstrumenten van het UMCG, om dit onderzoek tot stand te brengen. Wanneer het UMCG deze meetinstrumenten niet biedt kan er verder worden gezocht in overige meetinstrumenten buiten het UMCG. Voorbeelden hiervan kunnen zijn; valagenda's, vragenlijsten en valkalenders.



## Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Hulst, M. van der, Julsing, M., Fischer, T., Vianen, R. & Goede, M. de (2012). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Baeyens, J.P. (2003). *Gerontologie & Geriatrie*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv
- Boog, W. (2010). *Verpleegkunde voor mbo*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Boog, W., Jong, J.H.J. & kerstens, J.A.M.(2002). *Inleiding in de verpleegkunde en de aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Brundle, C., Waterman, H.A., Ballinger, C., Olleveant, N., Skelton, D. A., Standorfd, P., Todd, C.(2015). The causes of falls: views of older people with visual impairment. *Health expect*, 18(6), doi: 101111/hex.12355
- BTSG (2016). Prevalentie vallen. Opgevraagd van: <http://www.btsg.nl/infobulletin/vallen-prevalentie.html>
- Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J. & Kuiper, C. (2010). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Francis, C.A., Franz, J.R., O'Conner, S.M. & Thelen, D.G., (2015). Gait variability in healthy old adults is more affected by a visual perturbation than by cognitive or narrow step placement demand. *Gait Posture*, 42, (3), 380-385. Doi: 10.1016/j.gaitpost.2015.07.006
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S, Cumming, R.G. & Rowe, B.H. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database systematic reviews*, 12 (9). Doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gooszen, H.G., Blankensteijn, J.D., Borel Rinkes, I.H.M., Dejong, C.H.C., Gouma, D.J., Heineman, E., Lange, J.F. & Schipper, I.B.(2012). *Leerboek chirurgie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Halem, N. (2008). *Actief leren voor een beroep*. Houten: Bohn stafleu van Loghum
- Halfens, R.J.G., Meesterberends, E., Neyens, J.C.L., Rondas, A.A.L.M., Rijcken, S., Wolters, S., Schols, J.M.G.A.(2015) Landelijke prevalentie meting zorgproblemen rapportage resultaten (75-89) opgevraagd van: <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf>
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. Londen: SAGE publications
- Hernanns, J., Nijnatten, C. van, Verheij, F. & Reuling, M. (2005). *Handboek jeugdzorg deel 1: stromingen en specifieke doelgroepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hill, A.M., McPhail, S.M., Francis-Coad, J., Waldron, N., Etherton-Ber, C., Flicker, L., Ingram, K. & Haines, T.P. (2015). Educators` perspectives about how older hospital patients can engage in a falls prevention education programme: a qualitative process evaluation. *BMJ open*, 5(12). Doi: 10.1136/bmjopen-2015-009780
- Hill, A.M., McPhail, S.M., Francis-Coad, J., Waldron, N., Etherton-Ber, C., Flicker, L., Ingram, K. & Haines, T.P. (2015). Educators` perspectives about how older hospital patients can engage in a falls prevention education programme: a qualitative process evaluation. *BMJ open*, 5(12). Doi: 10.1136/bmjopen-2015-009780
- Hunink, G., Cusveller, B., Bijl, J., van der, Linge, R., van, & Polhuis, D. (2011). *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*. ThiemeMeulenhoff: Amersfoort
- Jansen, P. & Wiertzema, K.(2011). *Basisprincipes van communicatie 3<sup>e</sup> editie*. Amsterdam: Pearson education Benelux bv
- Jong, A. de, Vandenbroele, H., Arend, A. van der, Glorieux, M., Maesschalck, L. de, Moortel, J. vande, Schnepf, W. & Visser, M. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Lucassen, P.L.B.J., Olde Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn van Loghum
- Melillo, P., Orrico, A., Attanasio, M., Rossi, S., Pecchia, L., Chirico, F., Testa, F., Simonelli, F.(2015). A pilot study for development of a novel tool for clinical decision making to identify



fallers among ophthalmic patients. BMC med inform decis mak, 15(3), doi:10.1186/14726947-15-S3-S6

- Merwijk, C. van(2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Opgevraagd van: [http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3\\_profiel%20verpleegkundige\\_def.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf)
- Morsink, Y. (2011). *Verpleegkunde voor mbo*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Nationaalkompas (2014). *Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?* Opgevraagd van: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>
- Oud, F.M., Rooij, S.E. de, Schuurman, T., Duijvelaar, K.M. & Munster, B.C. van, (2015). Predictive value of the VMS theme 'Frail elderly': delirium, falling and mortality in elderly hospital. *Nederlands tijdschrift geneeskunde*, jaargang 159, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25761294>
- Participatiewet (2016). *Wat is de participatiewet?* Opgevraagd van: <http://www.participatienieuws.nl/participatiewet/340-wat-is-de-participatiewet>
- Rimland, J.M., Abraha, I., Dell`Aguila, G., Cruz-Jentoft, A., Soiza, R., Gudmusson, A., Petrovic, M., O`Mahony, D., Todd, C. & Cherubini, A. (2016). Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. *PLoS One*, 11(8). Doi: 10.1371/journal.pone.0161579
- RIVM (2016). Factsheet Huisbezoeken aan ouderen ter preventie van vallen. Opgevraagd van: [http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit\\_van\\_preventie/Economische\\_evaluaties/Letsels\\_en\\_vergiftigingen/Prive\\_ongevallen/Factsheet\\_Huisbezoeken\\_aan\\_ouderen\\_ter\\_preventie\\_van\\_vallen](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit_van_preventie/Economische_evaluaties/Letsels_en_vergiftigingen/Prive_ongevallen/Factsheet_Huisbezoeken_aan_ouderen_ter_preventie_van_vallen)
- Robben, S.H.M., Heinen, M.M., Perry, M., Achterberg, T. van, Olde Rikkert, M.G.M., Schers, H.J. & Melis, R.J.F. (2015). First experiences with a two-step method for discussing goals with community-dwelling frail older people. *Health Expectations*, 18(5). Doi: 10.1111/hex.12145.
- Rombout, J. (2014). *Handboek medische processtappen*. Zoutelande: Rommed BV
- Samper-Ternent, R., Karmarker, A., Graham, J. E., Reistetter, A. J., Ottenbacher, J.(2012). Frailty as a predictor of falls in older mexican americans. *J Aging health*, 24(4),p.641-653, doi:10.1177/089264311428490
- Tchalla, A.E., Dufour, A.B., Trivison, T.G., Habtemariam, D., Iloputaife, I., Manor, B., Lipsitz, L.A.(2014). Patterns, predictors, and outcomes of falls trajectories in older adults: the MOBILIZE Boston study with 5 years of follow up. *PLoS One*, 9(9), doi:10.1371/journal.pone.0106363
- UMCG(2016). *Specialisme Oogheelkunde*. Opgevraagd van: <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/oogheelkunde/patienten/specialismeoogheelkunde/Paginas/default.aspx>
- Veiligheid (2015). *Valongevallen 65-plussers*. Opgevraagd van: <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/kennis-en-cijfers/cijfers>
- Vermeulen, H. & Ubbink, D.T (2009). *Vakliteratuur onder de loep*. Houten: Bohn stafleu van Loghum
- Vissenberg, M. & Natris, D. (2016). *De mondigheid van de oudere patiënt bij de geriater*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 47, p.156-163, doi:10.1007/s12439-016-0183-3
- WHO (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- Wind. A., Vlek, H., Nieuwland, E., Nunen, M. van, Vermaat, K., Koers, J. & Pel-Littel, R. (2014). *Zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn*. Opgevraagd van: <http://www.vilans.nl/kennis-en-informatie-publicaties-handreiking-kwetsbare-ouderen-in-de-eerste-lijn.html>
- Woorden (2016). *Vallen*. Opgevraagd van: <http://www.woorden.org/woord/vallen>
- Zorgstandaarddiabetes (2016). *Verschil zorgstandaard, richtlijn en protocol*. Opgevraagd van: <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/verschil-zorgstandaard-richtlijn-protocol/>
- Zorgvoorbeter (2016). *Cijfers: vallen bij ouderen*. Opgevraagd van: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/valpreventie-cijfers-vallen-ouderen.html>



## Bijlage 1 Safe assignment



Hierbij verklaren wij, dat bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt is. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Groningen, 18-01-2017

### View SafeAssignment

*You have already completed this SafeAssignment. Below are your results.*

Assignment Information	
Name	Description
Afstudeeronderzoek(Draft)	Safeassignment voor afstudeeronderzoek U3

Submitted Work						
Student ID	Student Name	Text	File	Matching	SA Report	Date Submitted
	Anneke Spoel AR van der			8%		vr, Jan 27, 2017, 01:00 PM

View Grade		
Grade	Points Possible	Weight
	0	0.0

Instructor's Feedback	
Comments	Currently Attached File
No feedback from instructor	No feedback uploaded

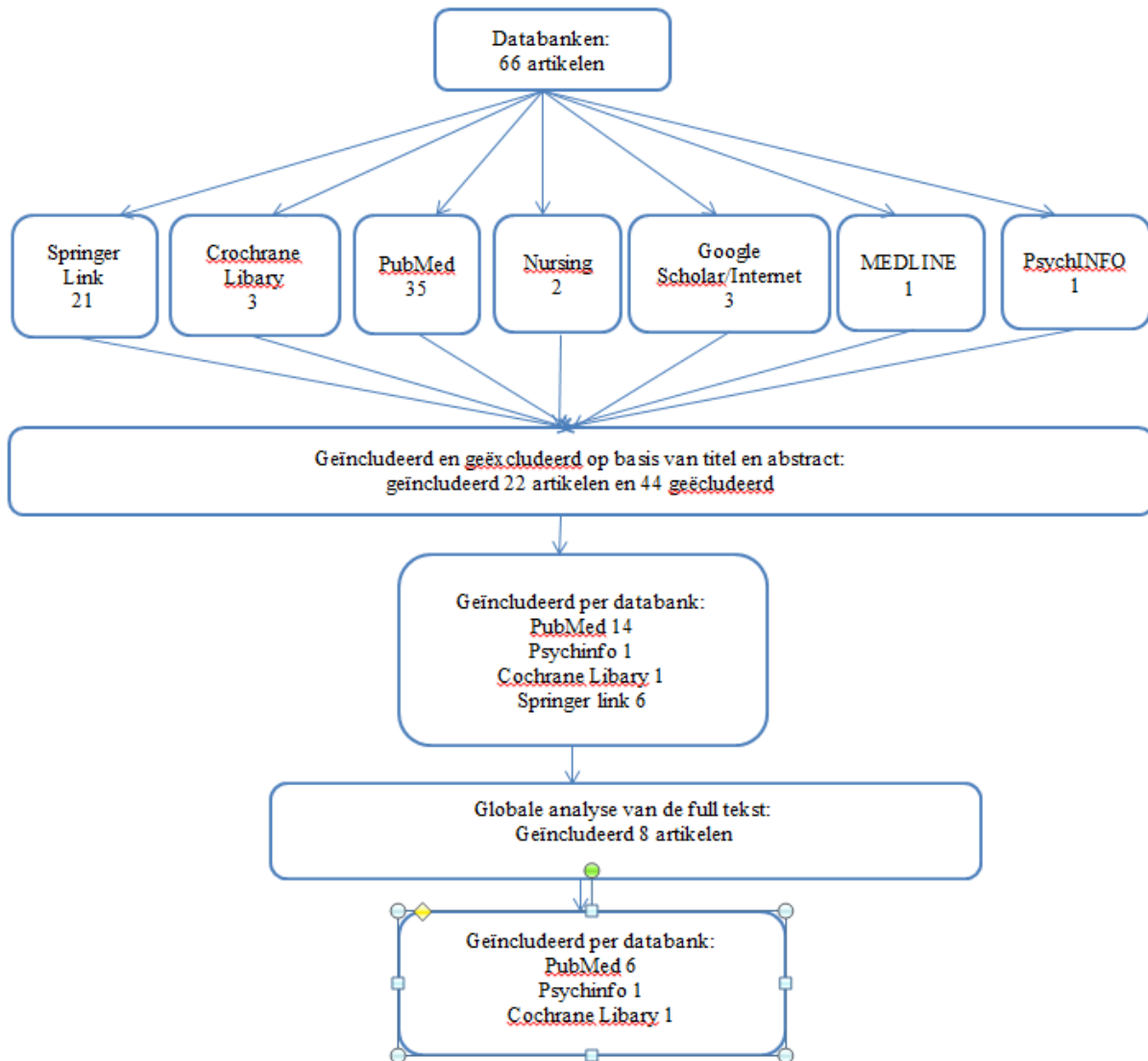
--- OK

Anneke van der Spoel

Yvonne Priem



## Bijlage 2 Flowchart





## Bijlage 3 Matrix

Auteurs	Level of evidence	Onderzoek design	Vraagstelling/ doelstelling	Populatie	Resultaat
<b>Samper-Ternent, R., Karmarkar, A., Graham, J.E., Reistetter, T.A. &amp; Ottenbacher, K.J. (2013).</b>	B	Kwantitatief onderzoek	Het analyseren van de relatie tussen kwetsbaarheid en vallen.	847 ouderen Mexian Americans boven de 65 jaar uit 5 Westerse Staten. Waren ouderen van het programma; Hispanic Established Population for the Epidemiological Study of Elderly.	<p>Ouderen die eerder zijn gevallen, beetje kwetsbaar en een slechter balans groter risico hebben op valincidenten (P.0.01).</p> <p>Ouderen met Artritis hebben een hoger risico op vallen, dan zonder artritis.</p> <p>Ouderen hadden een hoger risico op vallen wanneer zij; vrouw waren, niet getrouwd, lager opgeleid, depressieve symptomen hadden, lagere cognitieve functie, meer afhankelijk (ADL en IADL), meerdere aandoeningen aanwezig, slechtere balans en gebruik van hulpmiddelen met betrekking tot lopen.</p>
<b>Brundle, C., Waterman, H.A., Ballinger, C., Ollevent, N., Skelton, D.A., Stanford, P. &amp; Todd, C.(2015).</b>	B	Kwalitatief en kwantitatief onderzoek	Wat zijn de oorzaken van vallen volgens kwetsbare ouderen met visus vermindering.	45 ouderen met visus vermindering de gemiddelde leeftijd 83 jaar(65-96 jaar). 38 vrouwen en 16 mannen die zelfstandig thuis wonen, kunnen om het eigen huis lopen, cognitief in staat zijn om deel te nemen en de studie te begrijpen.	<p>Meerdere gezondheidsproblemen (hartproblemen, slechte doorbloeding, parkinson, artrose, farmacologie) geeft hoger risico op vallen. Daarnaast vermindering van de balans als gevolg van het verouderings proces.</p> <p>Cognitief en gedragsmatige risico factoren op vallen zijn; onvoorzichtigheid(op stoelen klimmen), haastig zijn en geen beweegoefeningen doen, angst hebben om te vallen, onzichtbare en onverwachte gevaren (gedweilde vloer, trappen (omhoog en omlaag) en veranderingen in het interieur</p>





					van het huis(positiebepaling veranderd). Omgevingsfactoren risico factoren zijn: stoepranden, in- en uit stappen van de bus, bestrating, obstakels op straat, gladweg dek en helling.
<b>Tchalla, A.E., Dufour, A.B., Trivison, T.G., Habtemariam, D., Iloputaife, I., Manor, B. &amp; Lipsitz, L.A. (2014).</b>	B	Kwantitatief onderzoek	Wat zijn voorspellende factoren van vallen en valprogressie bij ouderen?	765 thuiswonende ouderen boven de 70 jaar in Boston, waarvan 276 mannen en 498 vrouwen. 245 waren niet afhankelijk van zorg. Moeten 20 meter zonder hulp van een persoon kunnen lopen, communiceren in het Engels en (cognitief) MMSE score <18.	Voorspellers van risicofactoren voor toenemende vallen zijn; loopsnelheid, diabetes mellitus en cognitieve achteruitgang. Chronische terugkerende vallen factoren zijn; 2 of meer chronische aandoeningen en valincidenten in het afgelopen jaar.  Depressieve symptomen was in beide groepen een risico factor.
<b>Melillo, P., Orrico, A., Attanasio, M., Rossi, S., Pecchia, L., Chirico, F., Testa, F. &amp; Simonelli, F. (2015).</b>	B	Kwantitatief onderzoek	Wat is het onderscheid tussen vallers en niet vallers onder (oogheekundige) patiënten en welke methode kan dit vaststellen?	155 ouderen met een visuele beperking boven de 55 jaar en gemiddelde leeftijd 73 jaar. Waarvan 60 mannen en 90 vrouwen en 109 leed aan cataract in ten minste 1 oog en 42 hebben in ten minste 1 oog een kunst lens.	ADVS is een zinvolle vragenlijst voor het identificeren van vallers en niet vallers onder oogheekundige patiënten. Vragen over; televisie kijken, krant lezen en lezen van geschreven teksten op de tv gaven de meeste relevante informatie.
<b>Robben, S.H.M., Heinen, M.M., Perry, M., Achterberg, T. van, Olde Rikkert, M.G.M., Schers, H.J. &amp; Melis, R.J.F.</b>	B	Kwalitatief onderzoek	Het beschrijven van het gebruik door verpleegkundige en sociaal geriatrische medewerkers (maatschappelijk medewerkers) van de twee stappen methode voor het bespreken van doelen met kwetsbare	25 professionals, waarvan 18 vrouwen en 7 mannen met gemiddelde leeftijd 45,3 jaar. 139 thuiswonende ouderen boven 70 jaar (80.8 gemiddelde leeftijd), waarvan 87 vrouwen.	137 van de 139 participanten hebben in totaal 173 doelen geformuleerd. Meeste doelen waren gericht op de sociale context (57), welbevinden (52) en mobiliteit (43). 94 doelen waren gelijk haalbaar, 28 op korte termijn en 51 op lange termijn. 102 doelen waren uitdagend (moeilijk) maar wel te behalen. Methode volgens professionals leidt tot; verbetering zorgverlening ouderen, wens en



(2015).			ouderen?		normen/waarden komen op de eerste plaats en bespreken van een doel zinvol is. Reden van niet formuleren; ouderen zijn tevreden met de huidige situatie en niet gewend om over doelen te praten of begrijpt de vragen niet. Professionals durven niet goed door te vragen, waardoor er doel niet geformuleerd is in de eerste stap. 1/3 van de professionals vond het tijdrovend.
<b>Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S, Cumming, R.G. &amp; Rowe, B.H. (2012).</b>	A1	Systematic review	Wat is de effectiviteit van val interventies om vallen te reduceren bij thuiswonende ouderen.	<p>RCT of quasi-randomized trials. Trials over valpreventie interventies bij ouderen boven de 60 jaar. Of de gemiddelde leeftijd boven de 60 jaar. Thuiswonende ouderen en geen zorg krijgen. Trials met ouderen thuiswonend en ouderen die zorg ontvangen. Trials waarbij ouderen zijn ontslagen uit het ziekenhuis en thuis zijn gevallen. Trials waarin de interventie wordt vergeleken met een 'placebo' of andere valpreventie interventie. Trials met aantal valincidenten in relatie met aantal deelnemers is minimaal 1 keer zijn gevallen. Ook trials waarbij valincidenten niet constant zijn gemonitord. Uitkomsten over; aantal valincidenten/personen(belangrijkste), aantal personen fractures heeft door vallen, effecten van de interventies en economische gevolgen.</p> <p>Exclusie; Trials over valpreventie interventies bij ouderen met Parkinson.</p>	<p>Multifactoriële interventies vermindert aantal valincidenten maar niet het risico op vallen. Tai chi vermindert het risico op vallen(significant), effectiviteit is groter bij ouderen met lager risico op vallen. Vitamine D en kennisvermeerdering niet effectief.</p> <p>Psycho-medicatie en veiligheid interventie in huis en pacemakers vermindert niet aantal valincidenten. Veiligheid interventie in huis waren effectiever als ze gegeven worden door een ergo therapeut.</p> <p>Interventie om zicht problematiek te behandelen resulteerde in een significante toename in het aantal valincidenten en het risico op vallen.</p> <p>Mensen die veel buiten activiteiten ondernemen hebben minder kans op vallen met enkelvoudige glazen, dan mensen die weinig activiteiten ondernemen. De eerste cataract operatie vermindert het</p>



					<p>aantal valincidenten, maar de tweede operatie niet.</p> <p>Anti-slip schoenen alleen effectief in ijzige omstandigheden. Podotherapie met voet en enkel oefeningen vermindert het aantal valincidenten.</p> <p>De kosten een spelen een rol, er zijn interventies die kostenbesparend zijn. Zoals thuis oefening ouderen boven 80 jaar, huisaanpassingen voor ouderen bekend met valincidenten en multifactorieel programma die zich richt op 8 specifieke risicofactoren.</p> <p>Beweeg oefeningen zijn effectief.</p>
<p><b>Hill, A.M., McPhail, S.M., Francis-Coad, J., Waldron, N., Etherton-Beer, C., Flicker, L., Ingram, K. &amp; Haines, T.P. (2015).</b></p>	B	Kwalitatief onderzoek	<p>Wat is het effect van het onderwijsprogramma valpreventie op de afdeling voor patiënten en personeel, vanuit het perspectief van de fysiotherapeut.</p>	<p>10 fysiotherapeuten, waarvan 8 ervaren met het werken met ouderen mensen en 2 net afgestudeerd.</p>	<p>Het valpreventie onderwijs is effectief voor patiënten. Het biedt de mogelijkheid voor het ontwikkelen van motivatie en ondernemen van gedragsveranderingen die valincidenten verminderen. Dit moet wel ondersteund worden door het personeel en de milieu van de afdeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voelde zich zekerder over een eigen veiligheid.</li> <li>- Patiënten en personeel moeten elkaar begrijpen. Hierbij is een goede relatie essentieel voor succesvol onderwijs. Communicatie over mobiliteit is een sleutelfactor.</li> <li>- Patiënt moet het zelf geloven wil het effectief zijn.</li> </ul> <p>Barrières van patiënten voor onderwijzers: ouderen zien niet in dat er een risico is op</p>



					<p>vallen en geen steun voor de doelen van de patiënt.</p> <p>Aanbevelingen met betrekking tot implementeren; rekening houden met het gebruik van praktijkvoorbeelden.</p>
<p><b>Rimland, J.M., Abraha, I., Dell'Aguil, G., Cruz-Jentoft, A., Soiza, R., Gudmusson, A., Petrovic, M., O'Mahony, D., Todd, C. &amp; Cherubini, A. (2016)</b></p>	A1	Systematic review	<p>Beschrijven van de bevindingen over de uitvoering van niet-farmacologische interventies om vallen te voorkomen bij thuiswonende ouderen en ouderen in een zorginstelling en ouderen in het ziekenhuis.</p>	<p>Reviews en meta-analyses vanuit tenminste 1 databank gepubliceerd van januari 2009 t/m maart 2015. Full teksten van abstracts werden gescreend op: ten minste 1 RCT en ten minste 1 over niet farmacologische interventie betreft valpreventie bij ouderen boven de 60 jaar.</p> <p>Studies alleen in het Engels, Spaans of Italiaans beschreven.</p>	<p>Beweging interventies(balans en kracht) effectief zijn bij thuiswonende ouderen voor het vermindering van aantal valincidenten en aantallen ouderen die vallen.</p> <p>Multifactoriële interventies (gericht op risico factoren van vallen) effectief zijn in het aantal valincidenten te verminderen, maar niet het aantal ouderen dat valt. Belangrijk hierin dat een beweging interventie onderdeel is, versterkt namelijk effectiviteit.</p> <p>Tai Chi effectief voor ouderen met een laag risico op vallen.</p> <p>Scholende interventies waren niet effectief. Pacemakers en staaroperaties kunnen het aantal valincidenten verminderen, alleen hiervoor is geen eenduidig bewijs.</p> <p>Cognitief gedrag interventies zijn minder effectief bij ouderen mensen. Cognitief gedrag interventies blijken effectief bij ouderen met een cognitieve vermindering.</p> <p>Milieu ondersteunende interventies alleen effectief bij thuiswonende ouderen met een groter risico op vallen.</p> <p>Gezichtsveld verbetering heeft geen effect op</p>



					het risico van vallen. In de winter kan het aantal valincidenten worden gedaald met anti-slip schoenen.
--	--	--	--	--	--