

Bewustheid van ouderen in de geriatrische revalidatie van hun valrisico

ONDERZOEKSVERSLAG

Wendy Burghouwt

Opleiding	: Ergotherapie Hogeschool Rotterdam
Studentnummer	: 0896432
E-mail	: wendy2575@gmail.com
Stage instelling	: ZorgSpectrum
Opdrachtgevers	: Kimberley Holzapfel en Anouk Valkenburg
Afstudeerbegeleider	: Netta van 't Leven m.a.van.t.leven@hr.nl
Datum	: 7 juni 2018
Aantal woorden	: 6706

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'bewustheid van ouderen in de geriatrische revalidatie van hun valrisico' die geschreven is in het kader van het afronden van de opleiding Ergotherapie aan de Hogeschool Rotterdam. Het onderzoek heeft plaats gevonden in opdracht van de afdeling Ergotherapie van ZorgSpectrum in de periode van februari 2018 tot en met juni 2018.

Via deze weg wil ik mijn opdrachtgevers Kimberley Holzapfel en Anouk Valkenburg bedanken voor het mogelijk maken van dit afstudeeronderzoek. Zij hebben een interessant onderwerp aangedragen en de mogelijkheid geboden om te overleggen en feedback te vragen. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleider Netta van 't Leven bedanken voor de begeleiding van mijn onderzoek en de prettige samenwerking. Dankzij haar goede begeleiding is de kwaliteit van dit onderzoek vergroot. Tot slot wil ik mijn familie en medestudenten bedanken voor het geven van feedback en steun op de momenten dat ik het nodig had.

Veel leesplezier!

Wendy Burghouwt

Houten, 7 juni 2018

Samenvatting

De ergotherapeuten van de geriatrische revalidatie afdeling van ZorgSpectrum lopen er tegenaan dat de adviezen die gegeven worden omtrent valpreventie niet over lijken te komen bij de cliënt. De perceptie van ouderen van valrisico en valpreventie bepaalt grotendeels de mate waarin adviezen worden opgevolgd (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2017). Ouderen blijken zich onvoldoende bewust te zijn van hun valrisico, dit houdt in het ontkennen en onderschatten van valrisico's. Dit zorgt voor risicovol gedrag en zorgt ervoor dat ouderen afwijzend staan tegenover valpreventieve maatregelen (Milhaljic, Haines, Ponsford & Stolwyk, 2015). De ergotherapeuten van ZorgSpectrum zouden graag zien dat ouderen zich beter bewust worden van hun verhoogde valrisico, zodat binnen de revalidatie toegewerkt wordt naar valpreventie in de thuissituatie.

De vraagstelling is als volgt: *‘Op welke wijze kunnen de ergotherapeuten van Het Haltna Huis bijdragen aan het vergroten van de bewustheid van ouderen (65+) in de geriatrische revalidatie van hun valrisico, zodat binnen de revalidatie toegewerkt wordt naar valpreventie in de thuissituatie?’*

Door middel van literatuuronderzoek is onderzocht welke meetinstrumenten er zijn om de bewustheid van ouderen van hun valrisico te meten. Daarnaast is gezocht naar effectieve interventies om aan bewustwording van valrisico's te werken. Het literatuuronderzoek heeft uitgewezen dat de Self-Awareness of Falls in Elderly Scale (SAFE-scale) en de Self-awareness of Falls Risk Measure (SAFRM) geschikte instrumenten zijn om de bewustheid van ouderen van hun valrisico te meten in een klinische instelling. Om aan bewustwording van valrisico's te werken blijkt het van belang om te bepalen met welk type oudere je te maken hebt en in welke fase van gedragsverandering iemand zich bevindt. Mogelijke effectieve interventies zijn: groepsprogramma's, motiverende gespreksvoering en het positief formuleren van doelen (zoals het bevorderen van onafhankelijkheid).

Het praktijkonderzoek bestond uit een pilot met de SAFE-scale waarbij een mixed-method methodologie is gehanteerd. De bewustheid van de revalidanten van hun valrisico is gemeten op basis van de SAFE-scale. De ervaringen met het invullen van de SAFE-scale zijn in kaart gebracht met semigestructureerde interviews. Daarnaast is het effect van het positief formuleren van doelen onderzocht en als subdoel is onderzocht of er draagvlak is onder de revalidanten voor een groepsprogramma. Uit de resultaten blijkt dat de bewustheid van de revalidanten van hun valrisico over het algemeen laag is. De ervaringen met het invullen van de SAFE-scale zijn daarnaast wisselend. Men gaf voornamelijk aan moeite te hebben met het verplaatsen in de 'stel dat' stellingen. De SAFE-scale zette de respondenten naar eigen zeggen niet aan het denken en leverde geen nieuwe kennis op, echter bood het wel de mogelijkheid om met de respondenten in gesprek te gaan over valrisico's. De benaderingswijze waarbij doelen omtrent valpreventie positief worden geformuleerd lieten een positieve invloed zien op de wijze van reageren van de revalidant. Het draagvlak voor een groepsprogramma is klein gebleken.

Geconcludeerd wordt dat ergotherapeuten kunnen bijdragen aan het vergroten van de bewustheid van het valrisico door positieve doelen te stellen en door het inzetten van een meetinstrument gericht op de bewustheid van het valrisico. Deze interventies kunnen een startpunt vormen om aan bewustwording van valrisico's te werken.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Context	5
1.2 Aanleiding.....	5
1.3 Valincidenten en ergotherapie.....	5
1.4 Probleemanalyse	6
1.5 Doel- en vraagstelling	8
2. Literatuurstudie	9
2.1 Methode literatuuronderzoek.....	9
2.2 Resultaten.....	11
3. Methode praktijkonderzoek.....	14
3.1 Deelvragen.....	14
3.2 Onderzoeksdesign	14
3.3 Procedure en dataverzameling	14
3.4 Werving en selectie respondenten	15
3.5 Data-analyse	15
4. Resultaten.....	17
4.1 Onderzoeksgroep	17
4.2 Uitkomsten SAFE-scale	17
4.3 Ervaringen SAFE-scale	19
4.4 Benaderingswijze.....	20
4.5 Groepsprogramma	21
5. Discussie	23
6. Conclusie	25
7. Aanbevelingen	26
Literatuurlijst	27
Bijlage 1: Overzicht risicofactoren valincidenten	30
Bijlage 2: Zoekhistorie	31
Bijlage 3: Extra toelichting SAFRM	38
Bijlage 4: SAFE-scale (vertaald)	39
Bijlage 5: Introductie en topiclijst praktijkonderzoek	41
Bijlage 6: Formulier toestemmingsverklaring	43
Bijlage 7: SAFE-scale score	44
Bijlage 8: Uitwerking kwantitatieve gegevens Excel	46
Bijlage 9: Codering kwalitatieve data	48

1. Inleiding

1.1 Context

ZorgSpectrum is een organisatie die in de regio's Nieuwegein, Houten en Vianen mensen met één of meerdere progressieve chronische aandoeningen ondersteuning biedt. Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor de geriatrische revalidatie afdeling van Het Haltna Huis in Houten. De doelgroep bestaat uit ouderen (65+) die hier onder andere verblijven vanwege revalidatie na een exacerbatie van COPD, oncologische revalidatie of vanwege een fractuur of kneuzing. Als gevolg hiervan zijn cliënten tijdelijk zorgafhankelijk.

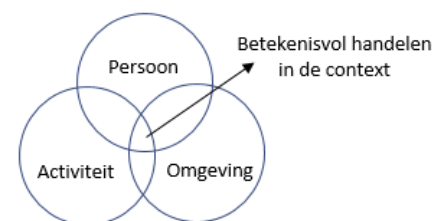
1.2 Aanleiding

De ergotherapeuten merken dat de huidige wijze waarop valpreventie wordt aangeboden onvoldoende aansluit bij de cliënt. Er wordt opgemerkt dat cliënten adviezen omtrent valpreventie niet aannemen en zich niet bezighouden met valpreventie. Verondersteld wordt dat verminderde cognitieve vaardigheden invloed hebben op het feit dat cliënten hun valrisico niet overzien en adviezen niet aannemen. De ergotherapeuten willen meer bewustheid creëren bij cliënten over hun valrisico zodat binnen de revalidatie toegewerkt wordt naar valpreventie in de thuissituatie.

1.3 Valincidenten en ergotherapie

Valincidenten van ouderen zijn een onderschat en toenemend probleem binnen de gezondheidszorg. Valincidenten zorgen voor hoge zorgkosten en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van ouderen. Ouderen kunnen als gevolg van een val afhankelijker en/of angstiger worden en de sociale leefwereld kan verkleinen (VeiligheidNL, 2015). De meeste valincidenten onder ouderen vinden in huis plaats. Locaties zijn voornamelijk de woonkamer, de vaste trap of de sanitaire ruimte (Draisma, 2016). Een valincident is "een onbedoelde verandering van lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau" (Vilans, 2012).

Ergotherapeuten spelen een belangrijke rol in het realiseren van valpreventie vanwege hun expertise op dit gebied, zoals het analyseren van activiteiten en het aanpassen van de omgeving (Howard, Beitman, Walker & Moore, 2016). Volgens de Ergotherapierichtlijn Valpreventie (2016) kenmerkt de bijdrage van de ergotherapeut zich door vanuit een interactieperspectief te kijken naar de wisselwerking tussen de kenmerken van de cliënt, de activiteit en de omgeving (figuur 1).



Figuur 1: PEO model

1.4 Probleemanalyse

Ouderen moeten steeds langer thuis blijven wonen (Nationaal Ouderenfonds, 2014). Het doel van de revalidatie is dan ook dat de cliënt terugkeert naar de thuissituatie. Bij terugkeer naar de thuissituatie zijn cliënten lichamelijk beperkter en/of conditioneel zwakker dan voorheen, een groot deel gaat met een loophulpmiddel naar huis dat ze voorheen niet hadden en vaak is de omgeving aangepast. Uit onderzoek blijkt dat in de thuissituatie het meest wordt gevallen door toedoen van een lichamelijke beperking en dat de meest uitgevoerde activiteit voorafgaand aan een valincident 'staan of lopen zonder loophulpmiddel' gevolgd door 'staan of lopen met loophulpmiddel' is (Halfens et al., 2015). De richtlijn Preventie van Valincidenten bij Ouderen (2017) beschrijft verschillende factoren die van invloed zijn op een val in de thuissituatie: mobiliteitsstoornissen, eerdere val, afhankelijkheid bij activiteiten in het algemeen dagelijks leven (ADL), valangst, stemmingsproblemen, cognitieve stoornissen, co-morbiditeit, omgevingsfactoren en leeftijd. Veel van deze factoren zijn voor cliënten op de revalidatie afdeling veranderd, waardoor het valrisico is verhoogd¹. Dit benadrukt het belang van het hanteren van effectieve valpreventie bij deze doelgroep.

Valpreventie kan op verschillende niveaus worden uitgevoerd: primaire, secundaire en tertiaire valpreventie. Dit houdt in: voorkomen van een eerste val, opnieuw vallen voorkomen en valletsel voorkomen (Halfens et al., 2015). Ergotherapeuten van Het Haltna Huis passen voornamelijk primaire en secundaire valpreventie toe door het geven van advies over het aanpassen van de omgeving, het uitvoeren van activiteiten en het gebruik van hulpmiddelen.

Huidige werkwijze

Zodra de cliënt naar de ergotherapie is verwezen door de specialist ouderengeneeskunde wordt er een afspraak gemaakt voor een kennismakingsgesprek. In dit gesprek komt valpreventie aan bod door de woning in kaart te brengen en adviezen te geven, gericht op woningaanpassingen of het aanschaffen van hulpmiddelen. Voor de beeldvorming worden ook foto's opgevraagd bij naasten. Tot slot vindt er, indien noodzakelijk, een huisbezoek plaats wanneer de cliënt zich op ongeveer 60% van de revalidatieperiode bevindt. Het functioneren van de cliënt wordt in de thuissituatie beoordeeld en er worden wederom adviezen gegeven over aanpassingen aan de woning. Bij het huisbezoek is, indien mogelijk, een naaste aanwezig. Cliënten kunnen ook een dagdeel thuis revalideren, zodat ze kunnen ervaren hoe het thuis gaat. De cliënt vult hierover een formulier in wat samen met de ergotherapeut wordt geëvalueerd. Valpreventie krijgt hierbij weinig aandacht. De ergotherapeuten werken niet volgens een richtlijn of standaard, maar vanuit eigen ervaring en expertise.

De ergotherapeuten merken dat het advies omtrent valpreventie niet goed over komt bij de cliënt. Dit merken zij onder andere aan het feit dat cliënten de adviezen niet relevant vinden voor zichzelf en bij het huisbezoek wordt regelmatig opgemerkt dat cliënten nog niet bezig zijn geweest met valpreventie. Veel gehoorde reacties zijn 'ik heb dat altijd al zo gedaan' en 'waarom moet ik mee met het huisbezoek'. Cliënten lijken hun valrisico niet te overzien en adviezen niet aan te nemen. Dit wordt ondersteund door het feit dat de ergotherapeuten regelmatig cliënten terug zien komen op de revalidatie afdeling vanwege een val in de thuissituatie. Ook de literatuur ondersteunt het feit dat de ergotherapeuten dit probleem waarnemen in de praktijk. De perceptie van ouderen van valrisico en valpreventie bepaalt grotendeels de mate waarin adviezen worden opgevolgd en daarmee de

¹ Zie bijlage 1 voor een toelichting van factoren die invloed hebben op een val in de thuissituatie na revalidatie.

effectiviteit van maatregelen gericht op valpreventie (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2017). Slechts een kwart van de ouderen (65+) staat welwillend tegenover advies en maatregelen om vallen te voorkomen (Van Ruiten, 2013).

Valrisicoschatting ouderen

Cliënten kunnen hun valrisico zowel onderschatten als overschatten (Delbaere, Close, Brodaty, Sachdev & Lord, 2010). Recent onderzoek binnen de ouderen revalidatie wijst uit dat het merendeel van de cliënten hun valrisico onderschat in vergelijking met zorgverleners. Factoren geassocieerd met onderschatting waren: een neurologisch ziektebeeld, hoger opleidingsniveau en mannelijk geslacht. Daarnaast werd een relatie gevonden met verminderde cognitieve vaardigheden en verminderde functionele vaardigheden (Milhaljcic, Haines, Ponsford & Stolwyk, 2015). De perceptie van valrisico van cliënten kan dus verschillen met die van zorgverleners. De Ergotherapierichtlijn Valpreventie (2016) beaamt het feit dat de perceptie van ouderen van valrisico vaak niet overeenkomt met die van de zorgverlener. Recent onderzoek onder ouderen in de thuissituatie heeft ook uitgewezen dat ouderen hun valrisico laag inschatten (Verghese, 2016). Verminderde bewustheid van het valrisico zorgt voor risicovol gedrag en zorgt ervoor dat ouderen afwijzend staan tegenover valpreventieve maatregelen (Milhaljcic et al., 2015). Onder verminderde bewustheid van het valrisico kan worden verstaan het ontkennen en onderschatten van het valrisico (Milhaljcic et al., 2015).

De richtlijn Preventie van Valincidenten bij Ouderen (2017) beschrijft drie factoren die het denken van ouderen over valpreventie beïnvloeden: behoud van zelfstandigheid en autonomie, valangst en interpretatie van het valrisico. Behoud van zelfstandigheid en autonomie wordt door ouderen over het algemeen belangrijker gevonden dan een juiste inschatting van het valrisico. Valangst zorgt ervoor dat informatie uit valpreventieprogramma's enerzijds als realistisch maar anderzijds als angstaanjagend wordt gezien. Tot slot wordt informatie van maatschappelijke organisaties over valrisico als logisch beschouwt en de relevantie voor de eigen situatie wordt betwijfeld. Bij revalidanten speelt het feit dat men onafhankelijk wil blijven en moeite heeft met het herkennen en compenseren van fysieke beperkingen een rol bij hun visie op valrisico (Haines, Lee, O'Connel, McDermott & Hoffmann, 2012). Ouderen die weten dat ze een valrisico hebben denken vaak dat ze valpreventie kunnen realiseren door beter op te letten (Morsch, Myskiw & Myskiw, 2016).

Gewenste werkwijze

De huidige werkwijze sluit niet goed aan bij de cliënten omdat zij zich onvoldoende bewust zijn van hun valrisico. De ergotherapeuten zouden graag zien dat cliënten zich beter bewust worden van hun verhoogde valrisico, zodat binnen de revalidatie toegewerkt wordt naar valpreventie in de thuissituatie. Ze weten echter niet op welke wijze ze bij kunnen dragen aan het vergroten van de bewustheid van ouderen van hun valrisico. Door hier onderzoek naar te doen wordt beoogd de huidige kwaliteit van zorg omtrent valpreventie op de geriatrische revalidatie afdeling van Het Haltna Huis te verbeteren. Dit houdt in dat er wordt gewerkt aan het planmatig verbeteren en borgen van verantwoorde zorg op het gebied van valpreventie, die aansluit bij zowel de cliënt als de organisatie (Verhoef & Zalmstra, 2013).

1.5 Doel- en vraagstelling

1.5.1 Doelstelling

Eind juni 2018 worden de ergotherapeuten van Het Haltna Huis door middel van aanbevelingen geïnformeerd over hoe zij een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van de bewustheid van ouderen (65+) in de geriatrische revalidatie van valrisico's.

1.5.2 Vraagstelling

Op welke wijze kunnen de ergotherapeuten van Het Haltna Huis bijdragen aan het vergroten van de bewustheid van ouderen (65+) in de geriatrische revalidatie van hun valrisico, zodat binnen de revalidatie toegewerkt wordt naar valpreventie in de thuissituatie?

2. Literatuurstudie

2.1 Methode literatuuronderzoek

2.1.1 Deelvragen

Deelvragen zijn:

- Welke instrumenten zijn beschikbaar om de bewustheid van het valrisico van ouderen binnen de geriatrie setting te meten?
- Wat zijn effectieve interventies om aan bewustwording van ouderen voor valrisico's te werken zodat valpreventie gerealiseerd wordt?

2.1.2 PICO-vraag en trefwoorden

De onderzoeksvragen zijn geformuleerd volgens de PICO-regel (Kuiper, Verhoef, Cox & de Louw, 2012). In onderstaande tabellen zijn de zoekvragen aan de hand van de PICO-methode vertaald naar Nederlandse en Engelse trefwoorden, inclusief synoniemen.

Onderzoeksvraag 1

PICO element	Trefwoord Nederlands	Engelse vertaling	Synoniemen
P (patiënt, probleem)	Ouderen, geriatrie revalidatie	Elderly, geriatric rehabilitation	Older people, rehabilitation
I (interventie)	Instrumenten	Assessment	Measurement, Questionnaire
C (co-interventie)	-	-	-
O (resultaat)	Bewustheid, meten, valrisico	Awareness, measure, fall risk	Perception

Onderzoeksvraag 2

PICO element	Trefwoord Nederlands	Engelse vertaling	Synoniemen
P (patiënt, probleem)	Ouderen	Elderly	Older people
I (interventie)	Interventies, effectief	Interventions, effective	
C (co-interventie)	-	-	-
O (resultaat)	Bewustwording, vergroten, valpreventie, valrisico	Awareness, improve, fall prevention, fall risk	Perception, increase

2.1.2 Zoekstrategie

Er is een systematische zoekactie verricht in Cochrane, CINAHL en Pubmed. Er is begonnen met zoeken in Cochrane omdat hier systematische reviews te vinden zijn (Kuiper et al., 2012). Dit is passend voor het onderwerp valpreventie waar veel onderzoek naar is gedaan. Cochrane leverde geen relevante artikelen op. Verder is er gezocht in CINAHL en Pubmed, wat geschikte databanken zijn voor (para)medische literatuur (Kuiper et al., 2012). Er is gezocht door trefwoorden te combineren met booleaanse operatoren. De booleaanse operator 'OR' is gebruikt om synoniemen te combineren en de booleaanse operator 'AND' is gebruikt om trefwoorden uit de vraagstelling te combineren (Verhoef, Neijenhuis, Van Dekker, Doorn & Rosendal, 2016). Bij meer dan 50 resultaten is de zoekactie verfijnd. Van artikelen die bruikbaar werden geacht is het volledige artikel gelezen zodat deze beoordeeld kon worden op inhoud en relevantie voor de vraagstelling. Het streven was om systematische reviews of

randomised controlled trials (RCT's) te selecteren vanwege de hoge bewijssterkte. Door uitblijven daarvan zijn lagere vormen van bewijs geïnccludeerd.

Aanvullend is de Ergotherapie richtlijn Valpreventie (2016) geraadpleegd om de vraagstellingen te beantwoorden. Daarnaast is gezocht naar relevante rapporten op de pagina 'achtergrondkennis' van de website VeiligheidNL, thema valpreventie voor professionals (Veiligheid NL, z.d.). De sneeuwbal methode is toegepast door de referentielijsten van de richtlijn en van relevante artikelen na te lopen.

2.1.3 Selectiecriteria

- Het artikel is full tekst beschikbaar.
- Het artikel is niet meer dan 15 jaar oud (2003).
- Het artikel is Nederlands- of Engelstalig.
- Het artikel heeft bij voorkeur een zo hoog mogelijke kwaliteit (systematische review of RCT). Indien dit niet beschikbaar is worden lagere vormen van bewijs geïnccludeerd.
- Het artikel sluit aan bij de onderzoeksvraag.

2.1.4 Zoekhistorie

Bijlage 2.

2.2 Resultaten

Welke meetinstrumenten zijn beschikbaar om de bewustheid van het valrisico van ouderen binnen de geriatrische revalidatie setting te meten?

Er zijn twee artikelen gevonden waarin een instrument is ontwikkeld om de bewustheid van ouderen van het valrisico te meten.

Self-Awareness of Falls Risk Measure (SAFRM)

De SAFRM is een instrument om te meten in hoeverre cliënten in een klinische revalidatie setting zich bewust zijn van valrisico's. Het meetinstrument bestaat uit twee vragenlijsten: één voor de cliënt en één voor de paramedicus. Beide partijen vullen de vragenlijst in waarna zichtbaar is of er een verschil in de waarneming van het valrisico is: onderschatting, overschatting of een adequate inschatting. Voor een nauwkeurige uitslag is het van belang dat de lijst voor de paramedicus door de fysiotherapeut en ergotherapeut gezamenlijk wordt ingevuld. De vragenlijst is gebaseerd op het model van Crosson die drie typen inzicht onderscheidt: intellectueel, emergent en anticiperend. De vragen zijn onderverdeeld onder deze typen inzicht². De SAFRM is binnen dit onderzoek valide en betrouwbaar bevonden, echter dient het instrument nog binnen grotere groepen getest te worden (Milhaljcic, Haines, Ponsford & Stolwyk, 2014).

Self-Awareness of Falls in Elderly Scale (SAFE-scale)

De SAFE-scale is een instrument waarmee de bewustheid van ouderen van hun valrisico binnen een klinische instelling gemeten kan worden. Dit meetinstrument bestaat uit een vragenlijst voor de cliënt met 21 stellingen onderverdeeld in de volgende factoren: bewustheid van het veilig uitvoeren van de activiteit en een veilige omgeving, bewustheid van invloed fysieke functies, bewustheid van invloed medicatie en bewustheid van cognitief gedrag. De stellingen worden door de cliënt gescoord aan de hand van een vijfpuntsschaal: 1 = helemaal eens, 5 = helemaal oneens. Op basis hiervan kan de mate van bewustheid bepaald worden. De SAFE-scale is binnen dit onderzoek valide en betrouwbaar bevonden, maar dient nog binnen grotere groepen getest te worden (Shyu, Huang, Wu & Chang, 2018).

Conclusie

De SAFRM en de SAFE-scale zijn mogelijk geschikte instrumenten om verminderd bewustzijn van valrisico's in kaart te brengen. Met behulp hiervan kan men verminderd bewustzijn van valrisico's identificeren en hier valpreventieve maatregelen op aanpassen.

² Zie bijlage 3 voor meer informatie over de afname en de niveaus van inzicht.

Wat zijn effectieve interventies om aan bewustwording van ouderen voor valrisico's te werken zodat valpreventie gerealiseerd wordt?

Er zijn veel kenmerken gevonden van interventies die effectief kunnen zijn om aan bewustwording van valrisico's te werken.

Om ouderen op een juiste wijze te benaderen is het van belang te bedenken op welke groep ouderen je, je als professional richt. Een indeling van groepen ouderen kan hierbij behulpzaam zijn (Van Ruiten, 2013). Een indeling die gehanteerd kan worden is die van Onkenhout en Vlek (2009):

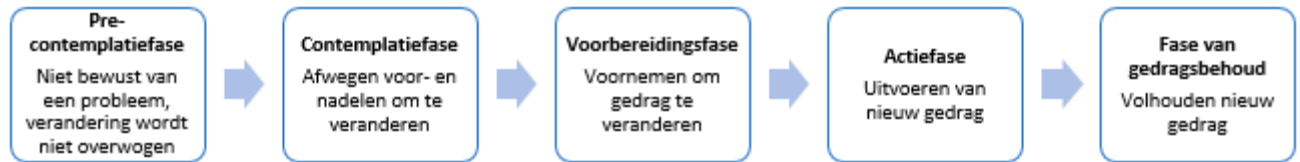
- Ontvankelijken
Zij staan welwillend tegenover advies en maatregelen om vallen te voorkomen, zien de noodzaak in van valpreventie maatregelen en accepteren steun van anderen. Deze ouderen hebben de meeste ervaring met vallen in en om huis.
- Autonomen
Zij zien de meeste belemmeringen om maatregelen te nemen. Ze hechten veel waarde aan zelfstandigheid en autonomie. De kans om te vallen wordt laag ingeschat en men gelooft niet zo sterk in het positieve effect van maatregelen.
- Benaderbaren
Zij vinden het nemen van maatregelen niet bij hun levensstijl passen. Het risico op vallen wordt redelijk erkend, maar niet zo goed als bij de ontvankelijke oudere.

Volgens het rapport van Van Ruiten (2013) heeft een informatieve boodschap voor autonomen en benaderbaren geen effect, omdat zij weinig tot geen problemen ervaren. Het onderling uitwisselen van informatie met een leeftijdsgenoot die wel gevallen is kan voor deze groepen zinvol zijn om hen aan het denken te zetten en de noodzaak tot verandering in overweging te nemen. Meerdere onderzoeken (zowel kwalitatief als mixed-method) tonen aan dat het onderling uitwisselen van ervaringsverhalen bijdraagt aan het vergroten en/of in gang zetten van bewustwording van valrisico's (Garcia, Marciniak, McCune, Smith & Ramsey, 2012; Pohl, Sandlund, Ahlgren, Bergvall-Kåreborn, Lundin-Olsson & Wikman, 2015).

Volgens twee mixed-method onderzoeken draagt groepseducatie, opgevolgd door een individueel huisbezoek, bij aan het vergroten van de bewustheid van ouderen van hun valrisico (Howard et al., 2016; Garcia et al., 2012). In het ene onderzoek bestond de groepseducatie uit instructie, demonstratie en onderlinge discussie (Howard et al., 2016). In het andere onderzoek werd het Stepping On³ programma uitgevoerd. Dit programma bevat educatie over valrisico's, onderlinge discussie, uitwisseling van ervaringsverhalen en positieve feedback van groepsleden en groepsleiders die gedragsverandering aanmoedigen (Garcia et al., 2012). De bewustwording was te koppelen aan betere kennis van factoren die tot een valincident kunnen leiden, het delen van persoonlijke verhalen en onderlinge discussie.

³ Multifactorieel valpreventie programma ontwikkeld door een ergotherapeut.

Verder is het van belang om rekening te houden met de fase van gedragsverandering waarin de cliënt zich bevindt (figuur 2) (Van Ruiten, 2013; Sturkenboom & Steultjens, 2016). Een informatieve boodschap is pas effectief als iemand zich bewust is van een probleem en bereid is te veranderen (Van Ruiten, 2013).



Figuur 2: Stages of change model

Ergotherapeuten dienen de fase van gedragsverandering te herkennen en stappen te ondernemen om de cliënt te bewegen tot verandering van gedrag (Sturkenboom & Steultjens, 2016). McInnes, Seers en Tutton (2011) beschrijven in hun kwalitatieve onderzoek dat je als professional rekening moet houden met de overtuiging van de cliënt over zijn/haar valrisico en je samen met de cliënt moet onderhandelen over keuzemogelijkheden voor interventies (gezamenlijke besluitvorming). Motiverende gespreksvoering is een methode die door ergotherapeuten kan worden toegepast om cliënten met een verhoogd valrisico aan te sporen tot gedragsverandering en zelfreflectie. Daarnaast is deze methode geschikt om te werken volgens gezamenlijke besluitvorming. Motiverende gespreksvoering is effectiever dan de standaard aanpak bij het geven van advies over valpreventie (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Zoals eerder beschreven draagt ook het Stepping On programma bij aan gedragsverandering (Garcia et al., 2012).

Uit kwalitatief en mixed-method onderzoek blijkt dat positieve berichten effectiever zijn om ouderen te motiveren voor valpreventieve maatregelen. Het is mogelijk effectief om als professional positieve uitkomsten van valpreventie als doel te stellen, zoals: het bevorderen van onafhankelijkheid, het verbeteren van de gezondheid of het verbeteren van de balans (Hughes et al., 2008; Yardley, Donovan-Hall, Francis & Todd, 2006).

Tot slot beschrijft Milhaljcic et al. (2015) in zijn kwantitatieve onderzoek dat interventies specifiek gericht op het vergroten van de bewustheid van het valrisico verder ontwikkeld kunnen worden zodra hier meer onderzoek naar is gedaan.

Conclusie

Om aan bewustwording van valrisico's te werken is het van belang te bepalen met welk type oudere je te maken hebt en in welke fase van gedragsverandering iemand zich bevindt. Mogelijke effectieve interventies zijn: groepsprogramma's, motiverende gespreksvoering en het positief formuleren van doelen.

3. Methode praktijkonderzoek

3.1 Deelvragen

Het praktijkonderzoek is afgebakend tot een basis voor het werken aan bewustwording van valrisico's. Literatuuronderzoek heeft uitgewezen dat de SAFE-scale en de SAFRM geschikte instrumenten zijn om de bewustheid van het valrisico te meten. Er is gekozen om de SAFE-scale te gebruiken voor een pilot binnen dit onderzoek. De SAFRM moet worden ingebed in het behandelproces en kan niet losstaand worden uitgevoerd. Binnen dit onderzoek is dit niet haalbaar.

Deelvragen zijn:

- Hoe is de bewustheid van het valrisico van de revalidanten in Het Halthna Huis op basis van de SAFE-scale?
- Wat zijn de ervaringen van de revalidanten in Het Halthna Huis met het invullen van de SAFE-scale?
- Wat is het effect van de benaderingswijze op het werken aan bewustwording van valrisico's van de revalidanten in Het Halthna Huis?

3.2 Onderzoeksdesign

Er is een pilot onderzoek uitgevoerd met de SAFE-scale met een mixed-method methodologie, kwantitatief en kwalitatief. De bewustheid van het valrisico van de revalidanten is gemeten op basis van de SAFE-scale. Daarnaast zijn de ervaringen met het invullen van de SAFE-scale geïnventariseerd met interviews. Tevens is onderzocht of de SAFE-scale een begin kan zijn om aan bewustwording te werken en het effect van de benaderingswijze op het werken aan bewustwording van valrisico's is onderzocht. Tot slot is als subdoel onderzocht of er draagvlak zou zijn voor een groepsprogramma, omdat de literatuur aanwijzingen opleverde dat groepsprogramma's effectief kunnen zijn.

3.3 Procedure en dataverzameling

De SAFE-scale is naar het Nederlands vertaald (bijlage 4). De stellingen van factor twee en drie zijn op een andere wijze vertaald om ervoor te zorgen dat de wijze van scoren voor elke cliënt hetzelfde zou zijn. Een voorbeeld hiervan is de stelling: 'Ondanks dat ik slecht zicht heb zal dat er niet voor zorgen dat ik val'. Deze is veranderd naar: 'Stel dat ik slecht zicht heb, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val'. Bij een letterlijke vertaling had per cliënt bekeken moeten worden welk antwoord een hoge bewustheid indiceert. Tevens is de score eens/oneens omgedraaid omdat bevonden werd dat een positieve score ('helemaal eens') hoog aangeduid zou moeten worden ('vijf'). Over de vertaling en de wijze van scoren is overlegd met de opdrachtgever, waarna consensus is bereikt.

Voor het onderzoek zijn twee groepen onderscheiden (A en B). Literatuuronderzoek heeft uitgewezen dat het benoemen van positieve uitkomsten van een interventie (zoals bevorderen onafhankelijkheid) effectiever is om ouderen te motiveren dan het benoemen van termen als valrisico en valpreventie (Hughes et al., 2008; Yardley et al., 2006). Om dit in de huidige context na te gaan heeft de ene groep een positieve benadering ontvangen en de andere groep een standaard benadering. Beide groepen hebben een introductie van het onderzoek en van de SAFE-scale gehad waarbij de benadering per groep verschilde. Om de benadering op een consequente wijze toe te passen is er een hoofdzin per onderzoeksgroep vastgesteld die gehanteerd is (bijlage 5). De verdere introductie was op natuurlijke

wijze, zodat er geen ingestudeerd verhaal opgelezen werd. De cliënten zijn gevraagd om de SAFE-scale zelfstandig in te vullen en er is een afspraak gemaakt om dit na te bespreken. De onderzoeker heeft tijdens de introductie aantekeningen gemaakt van het gesprek en de observaties en deze aantekeningen achteraf direct aangevuld om tot rijke data te komen. Dit leverde kwalitatieve data op. Tijdens de introductie is tevens gevraagd om een toestemmingsverklaring voor het onderzoek (bijlage 6).

De nabespreking heeft plaatsgevonden aan de hand van een semigestructureerd interview waarvoor een topiclijst is opgesteld (bijlage 5). Hierdoor lagen de belangrijkste onderwerpen en vragen vast en was het mogelijk om door te vragen op wat de cliënt vertelde (Baarda et al., 2013). Als extra onderwerp is gevraagd of men deel zou willen nemen aan een groepsprogramma. Hierbij zijn dezelfde verschillende benaderingen toegepast: positief op onafhankelijkheid en standaard op benadrukken van valrisico. Op deze manier is onderzocht of er draagvlak is voor een groepsprogramma en wat de invloed van de benadering is. Tijdens de nabespreking heeft de onderzoeker aantekeningen gemaakt van het gesprek en de observaties, welke achteraf direct aangevuld zijn om tot rijke data te komen. Dit leverde wederom kwalitatieve data op. De ingevulde SAFE-scale leverde kwantitatieve data op.

3.4 Werving en selectie respondenten

De respondenten zijn door de onderzoeker in samenspraak met de opdrachtgever geselecteerd aan de hand van een doelgerichte steekproef. De selectiecriteria waren als volgt:

- De cliënt verblijft op de revalidatie afdeling van Het Halthuis.
- Er is sprake van een verhoogd valrisico.
- De cliënt is cognitief in staat om deel te nemen aan het onderzoek.

Voor het verkrijgen van een nauwkeurige uitslag en relevante informatie is het van belang dat het aantal respondenten voldoende hoog is (Verhoef et al., 2016). Voor dit pilot onderzoek zijn twaalf respondenten geselecteerd.

3.5 Data-analyse

Het kwantitatieve deel van het onderzoek is verwerkt door de uitkomsten van de SAFE-scale te tellen, het zijn ordinale data. Er is een totaalscore bepaald en een score per factor van de SAFE-scale. Het onderzoek waaruit de SAFE-scale komt beschrijft: hoe hoger de score, hoe bewuster iemand zich is van het valrisico (Shyu et al., 2018). Er ontbreekt echter een instructie van de wijze waarop de lijst gescoord moet worden, dus welke antwoorden een hoge score krijgen. De auteur van het artikel is via de mail benaderd voor toelichting, hier is echter geen antwoord op gekomen. Om deze reden zijn de scores in overleg met de opdrachtgevers bepaald, hiermee is consensus bereikt over de wijze van scores. Een antwoord dat een hoge bewustheid indiceert kreeg een score van vijf, de overige antwoorden een vier, drie, twee en één. Op de SAFE-scale die door de respondenten is ingevuld vormden de vijf antwoordmogelijkheden 'helemaal oneens' (één) tot en met 'helemaal eens' (vijf).

Onderstaande afbeelding geeft weer hoe de scores voor sommige stellingen in de nabewerking omgedraaid zijn (zie voor alle stellingen bijlage 7)

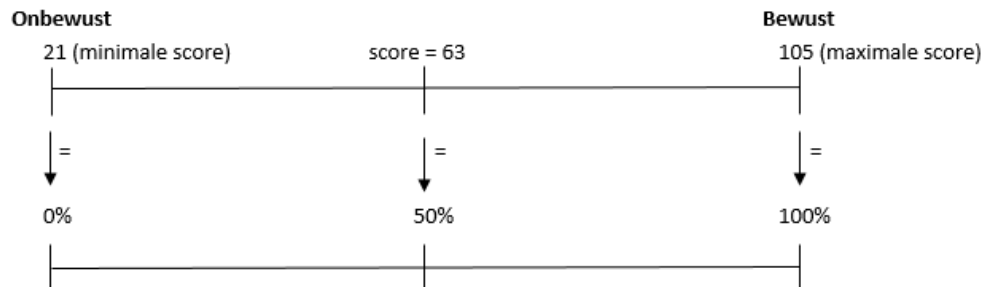
1. Ik ga zitten om rust te nemen wanneer ik mij ongemakkelijk voel.	1	2	3	4	5
2. Het heeft geen invloed op mij of er beugels in de badkamer of bij het toilet hangen.	1	2	3	4	5

↓

1. Ik ga zitten om rust te nemen wanneer ik mij ongemakkelijk voel.	1	2	3	4	5
2. Het heeft geen invloed op mij of er beugels in de badkamer of bij het toilet hangen.	5	4	3	2	1

In bovenstaand voorbeeld geeft bij stelling één de score ‘helemaal eens’ een hoge bewustheid aan. In de tweede stelling daarentegen geeft een score van ‘helemaal oneens’ een hoge bewustheid aan.

Om van alle ingevulde lijsten de totaalscore en de score per factor te bepalen is gebruik gemaakt van Excel (bijlage 8). Om te controleren of de Excel tabel op een juiste wijze de waarden bepaalt zijn een aantal handmatige controles uitgevoerd. Vervolgens zijn de scores omgezet naar een percentage die de positie op de schaal van de minimale tot de maximale score bepaald. Hieronder is een voorbeeld gegeven van het omzetten van de totaalscore naar een percentage.



Er is gekozen voor een weergave in percentage omdat dit als resultaat gemakkelijker te interpreteren is, zonder de scoreverdeling te kennen. Alle scores zijn opgeteld en uitgezet als percentage op de schaalverdeling. Dit is ook gedaan met de gemiddelde score. Tot slot zijn de gegevens uitgewerkt in grafieken om inzicht te verkrijgen in de bewustheid van de revalidanten.

De kwalitatieve gegevens zijn geanalyseerd door de aantekeningen van de gesprekken en observaties te coderen en in thema's onder te brengen (bijlage 9). De analyse is onderworpen aan een peerreview die is uitgevoerd door de afstudeerbegeleider van dit onderzoek. Deze peerreview onderbouwt de aannemelijkheid van de analyse en maakt de resultaten betrouwbaarder (Verhoef et al., 2015).

4. Resultaten

4.1 Onderzoeksgroep

Er hebben twaalf respondenten deelgenomen aan het onderzoek. Er zijn geen respondenten uitgevallen gedurende het onderzoek. Tabel 1 geeft achtergrondinformatie van de respondenten.

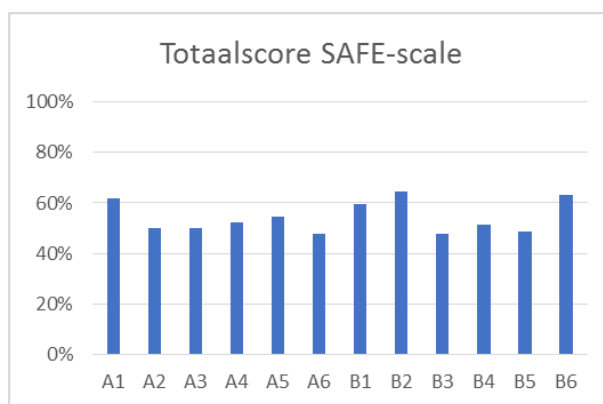
Tabel 1: Achtergrondinformatie respondenten (n=12)

	Totaal (n)	Groep A (n)	Groep B (n)
Geslacht			
Vrouw	9	5	4
Man	3	1	2
Leeftijd			
65 – 75	3	1	2
75 – 85	3	2	1
85 – 95	6	3	3
Reden opname			
Gebroken heup	3	1	2
Herstellen	2	1	1
Nieuwe knie	1	-	1
Gebroken been	3	3	-
Breuk rugwervel	1	1	-
Verbrijzeld scheenbeen	1	-	1
Gebroken bekken	1	-	1

4.2 Uitkomsten SAFE-scale

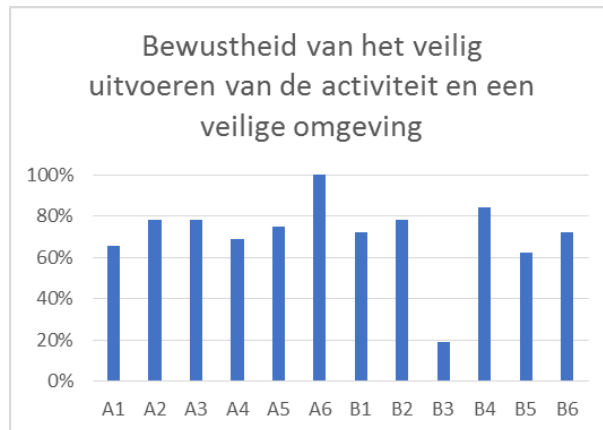
De uitkomsten van de SAFE-scale zijn uitgewerkt in vijf grafieken. De eerste grafiek geeft de totaalscore weer, de daaropvolgende grafieken geven de score weer per factor die de SAFE-scale onderscheidt. In alle grafieken zijn de scores per cliënt weergegeven en zijn groep A en groep B te onderscheiden.

Figuur 3 geeft de totaalscore weer van de bewustheid van de revalidanten van hun valrisico op basis van de SAFE-scale. Gemiddeld werd 52% gescoord op bewustheid.



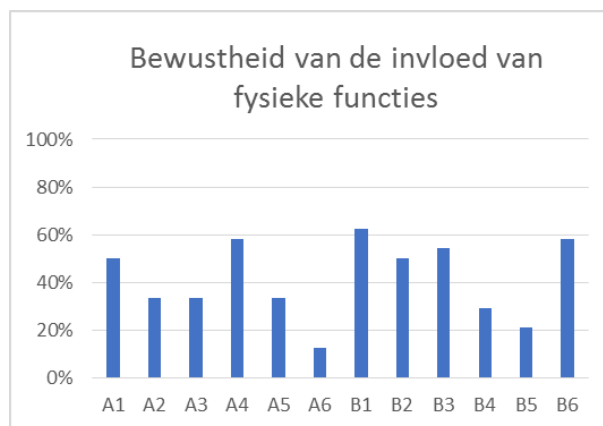
Figuur 3: Totaalscore

Figuur 4 geeft de bewustheid van het veilig uitvoeren van de activiteit en een veilige omgeving weer. Gemiddeld werd 71% gescoord. Op deze factor werd gemiddeld het hoogst gescoord.



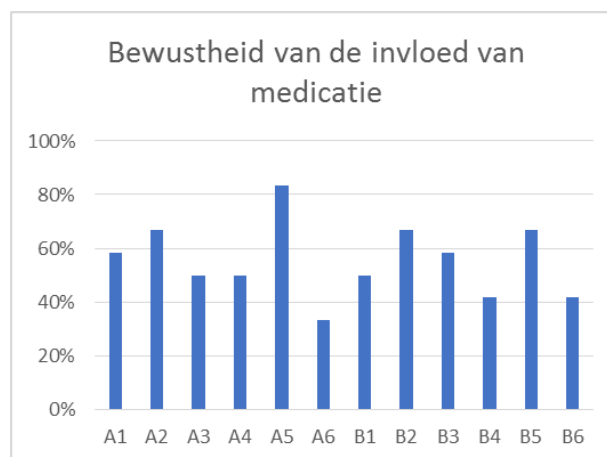
Figuur 4: Score factor één

Figuur 5 geeft de bewustheid van de invloed van fysieke functies weer. Gemiddeld werd 41% gescoord. Opvallend is dat de score aanzienlijk lager is dan de voorgaande factor.



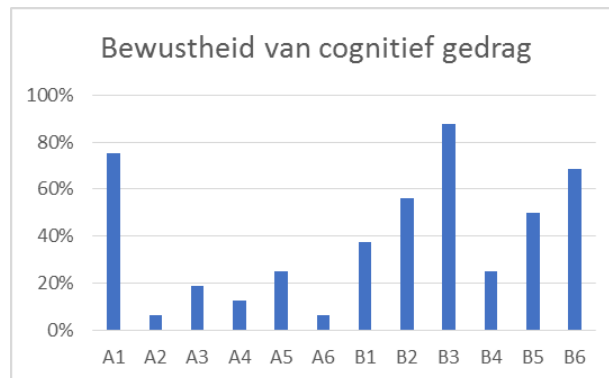
Figuur 5: Score factor twee

Figuur 6 geeft de bewustheid van de invloed van medicatie weer. Gemiddeld werd 56% gescoord.



Figuur 6: Score factor drie

Figuur 7 geeft de bewustheid van het cognitieve gedrag weer. Gemiddeld werd 39% gescoord. Opvallend is dat groep A over het algemeen lager heeft gescoord dan groep B. De gemiddelde score is bij deze factor het laagst.



Figuur 7: Score factor vier

4.3 Ervaringen SAFE-scale

De algemene ervaringen met het invullen van de SAFE-scale zijn wisselend. Bijna de helft van de respondenten vond het een gemakkelijke en duidelijke lijst om in te vullen. Het merendeel van de respondenten vond het op sommige punten moeilijk om de lijst in te vullen. Hierbij benoemden de respondenten de 'stel dat' stellingen en het geven van een norm moeilijk te vinden.

Meteen in de introductie van het onderzoek viel op dat het merendeel van de respondenten de 'stel dat' stellingen moeilijk vonden. Zij hadden hierover een extra uitleg nodig. Opgemerkt werd dat de 'stel dat' stellingen regelmatig verkeerd geïnterpreteerd werden. Bij de stelling over slecht zicht werd bijvoorbeeld gedacht: 'Dat geldt niet voor mij, dus ik vul oneens in'. Extra toelichting was noodzakelijk. Ook bij de nabespreking benoemde de helft van de respondenten moeite te hebben gehad met het invullen van de 'stel dat' stellingen. De reden die het meeste werd benoemd is dat men het moeilijk vond om zich in deze stellingen te verplaatsen. Daarnaast benoemden enkele respondenten de stellingen meermaals te moeten lezen om ze goed te begrijpen.

"Moeilijk om te bedenken hoe dat zal zijn."

Tijdens de nabespreking benoemde bijna de helft van de respondenten hun gedachtegang met betrekking tot een aantal stellingen, waaronder ook de 'stel dat' stellingen. Er werd benoemd dat het moeilijk is om aan te geven of je van duizeligheid valt, omdat de respondent aangaf te gaan zitten bij duizeligheid. Daarnaast gaven meerdere respondenten over deze stelling aan dat het maar net is in hoeverre je duizelig bent. Verder benoemde een respondent over het voorzichtig lopen op een natte vloer dit helemaal niet te doen. Ook werd er door een respondent aangegeven dat hij/zij niet tien minuten ging zitten na het wakker worden, maar dat hij/zij lichte oefeningen van de fysiotherapie doet.

Opvallend is dat er goed over stellingen wordt nagedacht, maar dat hierdoor het geven van een score lastig wordt bevonden.

“Als je het aan voelt komen dan kan je even gaan zitten en dan zal je niet vallen. Maar als je even wat oppakt van de grond en dan omhoog komt en duizelig wordt dan is dat anders.”

Op de vraag of het invullen van de SAFE-scale aan het denken heeft gezet benoemd driekwart van de respondenten niet aan het denken te zijn gezet. Hierbij gaf men voornamelijk als reden dat alles al bekend was. Eén van deze respondenten benoemde het besef te hebben gekregen dat ze veel al goed doet. Daarentegen is eerder aangegeven dat men het moeilijk vond om zich te verplaatsen in de ‘stel dat’ stellingen en wisselden een aantal respondenten gedachtegangen uit over de stellingen. Slechts een kwart van de respondenten gaf aan wel aan het denken te zijn gezet bij het invullen van de SAFE-scale. Hierbij dacht men vooral na over hoe de eigen situatie is en of bepaalde factoren van invloed zijn op vallen. Op de vraag of er nieuwe kennis is opgedaan na het invullen van de SAFE-scale werd door alle respondenten aangegeven dat dit niet het geval was. Hierbij benoemde driekwart van de respondenten alles al te weten.

“Alle stellingen waren mij wel al bekend.”

Enkele respondenten benoemden bij stellingen die lastig te scoren waren dat ze geneigd waren een drie in te vullen. Eén respondent benoemde dat alles overeenkomt met hoe hij/zij denkt en daarom overal een vijf ingevuld te hebben.

Tijdens de nabespreking is opgevallen dat driekwart van de respondenten open staat voor een gesprek over de SAFE-scale. Men ging in gesprek over de stellingen en het invullen van de lijst. Slechts enkele respondenten waren kort in de antwoorden. Hiervan bevond het merendeel zich in groep A.

4.4 Benaderingswijze

Bijna alle respondenten in onderzoeksgroep A gaven tijdens de introductie met de term ‘valrisico’ een reactie gerelateerd aan deze term. De reacties waren wisselend: benoemen nog nooit gevallen te zijn, vertellen dat het nu puur toeval is dat er gevallen is, benoemen dat rond het valrisico alles wel geregeld is thuis en denken dat het valrisico laag is omdat de cliënt naar huis toe kan. De observaties wijzen uit dat de reacties merendeels verbaasd of lachend werden gegeven.

“Ik denk wel dat mijn valrisico laag is, anders laten ze mij niet naar huis gaan.”

Bijna alle respondenten in groep B reageerden vrolijk ofwel enthousiast op de introductie waarin de termen ‘veilig’ en ‘onafhankelijk’ werden gebruikt. De reacties waren in de meeste gevallen kort, zoals: ‘Oh ja!’ en ‘Oh oke!’. Enkele respondenten gingen er verder op in. Eén respondent vertelde al veel op dit gebied te doen vanuit haar rol als ouderen adviseur. Een andere respondent gaf aan dit wel te willen, maar dat het ook moet kunnen. Hierbij schetste de respondent een voorbeeld over boodschappen die de respondent voorheen ook al niet meer zelfstandig kon doen.

“Ja, dat wil ik wel graag, maar het moet ook kunnen.”

Opvallend is dat in groep A de respondenten merendeels een reactie gaven waarin wat gezegd wordt over het eigen valrisico, terwijl in groep B de reacties merendeels kort en positief zijn. Daarnaast valt qua observaties op dat men in groep A verbaasd was of moest lachen, terwijl men in groep B vrolijk en enthousiast was.

4.5 Groepsprogramma

Van de twaalf respondenten wilden twee respondenten deelnemen aan een groepsprogramma tijdens de revalidatieperiode. Zeven respondenten wilden niet deelnemen en drie respondenten twijfelden. Van de respondenten die niet deel wilden nemen benoemde meer dan de helft geen type te zijn voor groepsprogramma's.

De reacties met betrekking tot deelname waren wisselend bij onderzoeksgroep A en B. Bijna alle respondenten van groep A gaven aan genoeg te weten over vallen. Eén van de respondenten was daarnaast in de veronderstelling dat de fysiotherapie wel wat met het valrisico zou doen indien nodig. Slechts één respondent reageerde enthousiast op een groepsprogramma, maar benoemde hierbij wel dat het toeval is geweest dat ze nu gevallen was. De overige respondenten waren niet enthousiast in hun reactie.

“We weten al zo veel over vallen.”

De reacties van groep B waren wisselend. Enkele respondenten gaven aan zichzelf wel te redden zodra ze naar huis gaan en geen begeleiding nodig te hebben, één respondent benoemde vanuit haar rol als ouderen adviseur dat het geen meerwaarde heeft en één respondent vond het niet nodig om er dieper op in te gaan. Slechts één respondent reageerde enthousiast op deelname aan een groepsprogramma.

“Thuis heb ik kinderen en die begeleiden me en dan pak ik de draad wel weer op. Ik heb daarbij vanuit hier geen begeleiding nodig.”

Opvallend is dat de wijze waarop beide groepen reageren verschilt, ondanks dat het merendeel in beide groepen niet deel wil nemen aan een groepsprogramma. Groep A reageert over het algemeen niet deel te willen nemen omdat men al genoeg weet over vallen, terwijl bij groep B de reactie meer gericht is op het zichzelf wel weer kunnen redden zodra ze naar huis gaan. De hoofdlijn in deze antwoorden is dat men geen extra hulp of informatie nodig heeft.

5. Discussie

Volgens de kwantitatieve onderzoeksresultaten is de bewustheid van de revalidanten van het valrisico laag. Uit de kwalitatieve onderzoeksresultaten blijkt echter dat men de stellingen van de SAFE-scale bekend vindt en alles denkt te weten. Dit blijkt ook uit de reacties op de vraag over deelname aan een groepsprogramma. Ondanks dat groep A en B op een andere wijze reageren denken beide groepen geen extra informatie of hulp nodig te hebben. Dit bevestigt de probleemanalyse waaruit bleek dat men zich onvoldoende bewust is van het valrisico.

De SAFE-scale bleek een valide en betrouwbaar instrument om de bewustheid van ouderen van hun valrisico te meten in een klinische setting (Shyu et al., 2018). Praktijkonderzoek heeft uitgewezen dat de ervaringen met het invullen van de SAFE-scale wisselend zijn. Het merendeel van de respondenten had extra uitleg nodig over de 'stel dat' stellingen tijdens de introductie. Bij de nabespreking bleek dat de helft van de respondenten het moeilijk vond om de 'stel dat' stellingen in te vullen, hiervan vond het merendeel het lastig om zich hierin te verplaatsen. Desondanks hebben alle respondenten de SAFE-scale in kunnen vullen, wat hem bruikbaar maakte om inzicht te krijgen in de bewustheid van de revalidanten. Echter is de vraag hoe valide en betrouwbaar de scores zijn om de volgende redenen:

- Tijdens het onderzoek viel op dat respondenten stellingen anders konden interpreteren. Dit is mogelijk van invloed geweest op de wijze van scoren.
- De SAFE-scale is vanuit het Engels naar het Nederlands vertaald, waarbij de stellingen van factor twee en drie op een andere wijze zijn vertaald.
- De wijze waarop een score is toegekend aan de SAFE-scale is door de onderzoeker in overleg met de opdrachtgever bepaald.
- De vijfpuntsschaal heeft als gevolg dat respondenten geneigd kunnen zijn om een vijf te scoren om de onderzoeker tevreden te stellen en een drie te scoren wanneer zij een antwoord niet weten.

Een aantal respondenten wisselden gedachtegangen uit over de stellingen, waaronder ook de 'stel dat' stellingen. Hieruit blijkt dat door de wijze waarop over de stellingen nagedacht wordt het geven van een score lastig is. Anderzijds is hieruit op te maken dat men er goed over nadacht. Verder is opgevallen dat, naast het meten van de bewustheid, de SAFE-scale een opening tot gesprek biedt over het onderwerp valpreventie. Het merendeel stond er voor open om te vertellen wat ze ervan vonden en zoals eerder aangegeven wisselden zij hun gedachten met betrekking tot de stellingen uit. Het invullen van de SAFE-scale zette het over het algemeen niet aan het denken, men gaf aan dat alles bekend is. Dit is tegenstrijdig met het feit dat men aangaf moeite te hebben met het verplaatsen in 'stel dat' stellingen. Geen van de respondenten heeft nieuwe kennis opgedaan.

Het benoemen van positieve uitkomsten van een interventie bleek vanuit de literatuur effectiever om ouderen te motiveren dan het benoemen van termen als valrisico en valpreventie (Hughes et al., 2008; Yardley et al., 2006). Praktijkonderzoek bevestigt dit. Wanneer ouderen met de term valrisico werden aangesproken ging men daar specifiek op in en reageerde men verbaasd ofwel lachend. Wanneer ouderen met veilig en onafhankelijk werden aangesproken reageerden zij vrolijk en was het antwoord kort bevestigend ofwel gericht op zichzelf kunnen redden. De positieve benadering liet zowel bij de introductie als bij de vraag over het groepsprogramma een positieve invloed zien op de manier van reageren van de revalidant.

Verscheidende studies toonden aan dat groepsprogramma's bijdragen aan het vergroten van de bewustheid van ouderen van hun valrisico (Howard et al., 2016; Garcia et al., 2012). Uit het praktijkonderzoek blijkt echter dat het draagvlak voor deelname aan een groepsprogramma klein is.

Een sterk punt van het onderzoek is de combinatie van kwantitatief met kwalitatief onderzoek. Dankzij deze combinatie is er informatie verkregen over de werkbaarheid van de SAFE-scale, welke niet aan het licht was gekomen indien enkel de SAFE-scale was afgenomen. Hierbij speelt tevens mee dat de nabespreking aan de hand van een semigestructureerd interview plaats heeft gevonden, waardoor de respondenten de ruimte hadden om hun ervaringen en meningen te delen.

Naast de factoren die invloed kunnen hebben gehad op de SAFE-scale kunnen de volgende factoren van invloed zijn geweest op het onderzoek:

- Tijdens de introductie viel op dat een groot deel van de respondenten deel wilde nemen aan het onderzoek om de onderzoeker te helpen. Dit heeft mogelijk invloed op de resultaten van de benaderingswijze bij de introductie.
- Er bestaat een kans dat er van het kwalitatieve onderzoek relevante gegevens verloren zijn gegaan omdat de gesprekken niet opgenomen zijn.

Kwaliteit van zorg

Dankzij dit onderzoek zijn mogelijke interventies naar voren gekomen die een startpunt kunnen vormen voor het werken aan bewustwording van valrisico's, zoals het positief formuleren van doelen en het gebruik van een meetinstrument. Het positief formuleren van doelen kan eraan bijdragen dat de afwerende reacties omtrent valpreventie, zoals in de huidige werkwijze, afnemen en men meer open zal staan om verder in gesprek te gaan met de ergotherapeut. Het gebruik van een meetinstrument biedt de mogelijkheid om de huidige bewustheid in kaart te brengen en biedt een opening tot gesprek over valrisico's met de cliënt. Hiermee hebben de ergotherapeuten eerste aanknopingspunten van interventies voor het werken aan bewustwording van valrisico's. Dit zorgt ervoor dat de ergotherapeuten op dit gebied meer evidence based kunnen gaan werken en gerichte vervolgonderzoeken uit kunnen laten voeren om de kwaliteit van zorg rondom valpreventie verder te optimaliseren.

6. Conclusie

De hoofdvraag van het onderzoek was als volgt: *“Op welke wijze kunnen de ergotherapeuten van Het Haltha Huis bijdragen aan het vergroten van de bewustheid van ouderen (65+) in de geriatrische revalidatie van hun valrisico, zodat binnen de revalidatie toegewerkt wordt naar valpreventie in de thuissituatie?”*

Ergotherapeuten kunnen bijdragen aan het vergroten van de bewustheid van ouderen in de geriatrische revalidatie van hun valrisico door positieve uitkomsten van valpreventie als doel te stellen, zoals het bevorderen van onafhankelijkheid. Er zijn aanwijzingen vanuit zowel het literatuur- als het praktijkonderzoek dat het stellen van positieve doelen een positieve invloed heeft op de wijze waarop de cliënt op eventuele interventies reageert. De benadering is dus van belang voor het maken van een goede start bij het werken aan bewustwording van valrisico's.

Het invullen van de SAFE-scale op zich leidt niet tot bewustwording van valrisico's bij de revalidanten. De SAFE-scale biedt wel inzicht in hoe de bewustheid van de revalidanten is en kan een opening vormen om over het valrisico in gesprek te gaan. Er kan dus geconcludeerd worden dat het gebruik van een meetinstrument gericht op de bewustheid van het valrisico een startpunt kan vormen voor de ergotherapeut om aan bewustwording van valrisico's te werken.

7. Aanbevelingen

- Doelen rondom valpreventie positief formuleren door termen als 'bevorderen van onafhankelijkheid' te gebruiken in plaats van 'verkleinen van het valrisico'.
- Vervolgonderzoek met de SAFRM, zodat deze vergeleken kan worden met de SAFE-scale. De SAFRM is op het individu gericht waardoor 'stel dat' stellingen niet voorkomen en de kans op verkeerde interpretatie van stellingen kleiner is.
- Na vervolgonderzoek met de SAFRM een vervolgonderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van één van de instrumenten, afhankelijk van welke het best passend is bij de organisatie en doelgroep, en hierbij werken aan Nederlandse versies.
- Ondanks dat het draagvlak voor een groepsprogramma klein blijkt wordt aanbevolen om te onderzoeken of er een vorm is van een groepsprogramma welke aansluit bij de behoeften van de revalidanten. Dit vanwege de aanwijzingen van de effectiviteit hiervan vanuit de literatuur.

Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V., & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten van kwalitatief onderzoek* (3e druk). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers
- Delbaere, K., Close, J.C., Brodaty, H., Sachdev, P. & Lord, S.R. (2010). Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *British Medical Journal* 341, 1 - 8. doi: 10.1136/bmj
- Draisma, C. (2016). *Vallen 65 jaar en ouder: ongevalscijfers* (Rapport nummer 651). Geraadpleegd van <https://www.veiligheid.nl/.ibmmodes/domino/OpenAttachment/veiligheid/website.nsf/89B268A1BED7E748C125806B004D7120/asset/Factsheet%20Vallen%2065%20jaar%20en%20ouder.pdf>
- Garcia, A., Marciniak, D., McCune, L., Smith, E. & Ramsey, R. (2012). Promoting Fall Self-Efficacy and Fall Risk Awareness in Older Adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 30(2), 165 – 175. doi: 10.3109/02703181.2012.681431
- 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 Prevalentiemeting Zorgproblemen: Rapportage resultaten 2015*. Geraadpleegd van <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf>
- Haines, T.P., Lee, D.C., O'Connel, B., McDermott, F. & Hoffmann, T. (2012). Why do hospitalized older adults take risks that may lead to falls? *Health expectations*, 18(2), 233 – 249. doi: 10.1111/hex.12026
- Howard, B.S., Beitman, C.L., Walker, B. & Moore, E.S. (2016). Cross-cultural Educational Intervention and Fall Risk Awareness. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 34(1), 1 – 20. doi: 10.3109/02703181.2015.1105344
- Hughes, K., Beurden, E. van, Eakin E.G., Barnett, L.M., Patterson, E., Backhouse, J., . . . Newman, B. (2008). Older persons' perception of risk of falling: implications for fall prevention campaigns. *American journal of public health*, 98(2), 351 – 357. doi: 10.2105/AJPH.2007.115055
- Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K., & Louw, D. de. (2012). *Evidence-based practice voor paramedici: methodiek en toepassing* (3e druk). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Pohl, P., Sandlund, M., Ahlgren, C., Bergvall-Kåreborn, B., Lundin-Olsson, L. & Melander Wikman, A. (2015). Fall risk awareness and safety precautions taken by older community-dwelling women and men – a qualitative study using focus group discussions. *PLoS One*, 10(3), 1 – 15. doi: 10.1371/journal.pone.0119630
- McInnes, E., Seers, K. & Tutton, L. (2011). Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 67(12), 2525 – 2536. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05707
- Milhaljic, T., Haines, T.P., Ponsford, J.L. & Stolwyk, R.J. (2015). Self-awareness of falls risk among elderly patients: characterizing awareness deficits and exploring associated factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(12), 2145 – 2152. doi: 10.1016/j.apmr.2015.08.414

Milhaljic, T., Haines, T.P., Ponsford, J.L. & Stolwyk, R.J. (2014). Development of a new self-awareness of falls risk measure (SAFRM). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 249 – 256. doi: 10.1016/j.archger.2014.06.001

Morsch, P. Myskiw, M. & Myskiw, J.C. (2016). Falls' problematization and risk factors identification through older adults' narrative. *Ciencia & Saude coletiva*, 21(11), 3565-3574. doi: 10.1590/1413-812320152111.06782016

Nationaal Ouderenfonds. (z.d.). *Iedere oudere telt mee: Nationaal Ouderenfonds strategisch plan 2017 – 2020*. Geraadpleegd op 11 maart 2018, van

<https://www.ouderenfonds.nl/user-files/uploads/2014/06/2017-DEF-publieksversie-strategisch-plan-Nationaal-Ouderenfonds.pdf>

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2017). Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen. Geraadpleegd van

https://www.richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html

Onkenhout, H. & Vlek, O. (2009). *Ouderen en vallen: kwantitatief segmentatie onderzoek ouderen*. Geraadpleegd van

[http://www.kennisnetwerkvalpreventie.nl/csi/catalogus.nsf/afa6e88df637fbb0c125767a0054f9e6/03f60ab57dd1726c125775900352d4a/\\$FILE/Ouderen%20en%20vallen.pdf](http://www.kennisnetwerkvalpreventie.nl/csi/catalogus.nsf/afa6e88df637fbb0c125767a0054f9e6/03f60ab57dd1726c125775900352d4a/$FILE/Ouderen%20en%20vallen.pdf)

Ruiten, R. van. (2013). *Communicatie met ouderen over valpreventie*. Geraadpleegd van <https://www.veiligheid.nl/.ibmmodes/domino/OpenAttachment/veiligheid/website.nsf/BC0DB8AEAB1F059FC1257EDE00598FBD/asset/factsheetCommuniceren%20met%20ouderen%20over%20valpreventie.pdf>.

Sturkenboom, I.H.W.M & Steultjens, E.M.J. (2016). Ergotherapie richtlijn Valpreventie: evidence-based ergotherapie bij volwassenen met verhoogd valrisico. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland. Geraadpleegd van <https://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2014/03/ergotherapie-richtlijn-valpreventie-2016.pdf>

Shyu, M.L., Huang, H.C., Wu, M.J. & Chang, H.J. (2018). Development and validation of the self-awareness of falls in elderly scale among elderly inpatients. *Clinical nursing research*, 27(1), 105 – 120. doi: 10.1177/1054773817714663

VeiligheidNL. (z.d.). *Valpreventie: achtergrondkennis*. Geraadpleegd op 11 maart 2018, van

<https://www.veiligheid.nl/valpreventie/kennis-en-cijfers/effectieve-valpreventie>

VeiligheidNL. (2015). *Stijging valongevallen bij ouderen vraagt om gezamenlijke aanpak*. Geraadpleegd op 10 maart 2018, van <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/actueel/nieuws/stijging-valongevallen-bij-ouderen-vraagt-om-gezamenlijke-aanpak>

Verghese, J. (2016). Patient centered fall risk awareness perspectives: clinical correlates and fall risk. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(12), 2528–2532. doi: 10.1111/jgs.14375

Verhoef, J. & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie: een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut* (2^e druk). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker – Van Doorn, C. & Rosendal, H. (2016). *Zorgbasics: praktijkgericht onderzoek*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Vilans. (2012). *Kennisbundel valpreventie: Voor docenten Zorg en Welzijn*. Geraadpleegd van [https://www.vilans.nl/docs/producten/Kennisbundel%20Valpreventie%20\(v4-do5juli2012\).pdf](https://www.vilans.nl/docs/producten/Kennisbundel%20Valpreventie%20(v4-do5juli2012).pdf)

Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K. & Todd, C. (2006). Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health education research*, 21(4), 508 – 517. doi: 10.1093/her/cyh077

Bijlage 1: Overzicht risicofactoren valincidenten

Welke factoren hebben invloed op het valrisico van ouderen bij terugkeer vanuit een geriatrische revalidatie setting naar de thuissituatie?

De richtlijn Preventie van Valincidenten bij Ouderen (2017) beschrijft de risicofactoren die van invloed kunnen zijn op een val in de thuissituatie.

- Mobiliteitsstoornissen: stoornissen in balans, looppatroon en/of spierkracht. Stoornissen in balans worden het sterkst geassocieerd met vallen.
- Een eerdere val: het doormaken van één of meerdere valincidenten in het afgelopen jaar is een voorspeller van toekomstig vallen.
- Afhankelijkheid bij activiteiten uit het algemeen dagelijks leven (ADL): indien thuiswonende ouderen moeite hebben met ADL activiteiten of daarbij hulp nodig hebben (bijvoorbeeld een loophulpmiddel) neemt het valrisico toe.
- Valangst: valangst kan resulteren in een vicieuze cirkel waarbij mensen minder actief zijn. Dit zorgt voor beperkt fysiek functioneren wat weer kan bijdragen aan een verhoogd valrisico.
- Stemmingsproblemen en cognitieve stoornissen: globale cognitieve- en executieve stoornissen verhogen het valrisico. Daarnaast beïnvloeden stemmingsproblemen het valrisico door mogelijk verminderde lichamelijke activiteit en aandacht voor de omgeving.
- Co-morbiditeit: het hebben van een bijkomende aandoening verhoogd het valrisico.
- Omgevingsfactoren: valincidenten lijken voornamelijk te worden veroorzaakt door intrinsieke factoren. De invloed van omgevingsfactoren is lastig te definiëren en te meten. Het is dus niet uit te sluiten dat ze een associatie hebben met vallen.
- Leeftijd: incidentie van vallen neemt toe met het stijgen van de leeftijd.

Conclusie:

De beschreven risicofactoren gelden voor alle thuiswonende ouderen en dus ook voor de doelgroep die op de revalidatie afdeling van ZorgSpectrum terecht komt. Echter is een groot deel van deze factoren door toedoen van hetgeen waarvan men revalideert veranderd, waardoor het valrisico voor hen verhoogd is.

Gehanteerde zoekstrategie:

Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is de richtlijn Preventie van Valincidenten bij Ouderen (2017) gebruikt. Omdat deze richtlijn zeer recent is en het valrisico van ouderen al goed onderzocht is, is ervoor gekozen om het voor deze onderzoeksvraag bij de richtlijn te houden.

Bijlage 2: Zoekhistorie

Onderzoeksvraag 1

Welke instrumenten zijn beschikbaar om de bewustheid van het valrisico van ouderen binnen de geriatrische revalidatie setting te meten?

Databank: Cochrane		
Zoektermen gecombineerd met Booleaanse operatoren	Hits	Relevant artikel
fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment) AND geriatric rehabilitation	0	-
fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment) AND rehabilitation	3	-
fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment)	24	-
Fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND questionnaire	8	-
Fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people)	41	-
fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment) AND geriatric rehabilitation	3	-
fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment) AND rehabilitation	1	-
fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment)	2	-
fall risk AND (awareness OR perception) AND (measure OR measurement OR assessment)	2	-

Databank: CINAHL

Zoek-ID	Zoektermen	Zoekopties	Handelingen
S10	 fall risk AND (awareness OR perception) AND measure	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (29)   Bewerken
S9	 fall risk AND (awareness OR perception) AND questionnaire	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (29)   Bewerken
S8	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (51)   Bewerken
S7	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment) AND rehabilitation	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (4)   Bewerken
S6	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment) AND geriatric rehabilitation	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - SmartText-zoeken	 Resultaten weergeven (6,675)   Bewerken
S5	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment) AND geriatric rehabilitation	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (0)   Bewerken
S4	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (18)   Bewerken
S3	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment) AND rehabilitation	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (2)   Bewerken
S2	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment) AND geriatric rehabilitation	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - SmartText-zoeken	 Resultaten weergeven (7,835)   Bewerken
S1	 fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment) AND geriatric rehabilitation	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (0)   Bewerken

Gevonden artikelen in CINAHL

S9: The falls risk awareness questionnaire: development and validation for use with older adults. (2006)

> Dit artikel is na uitvoerig lezen geëxcludeerd vanwege het ontbreken van de vragenlijst bij het artikel. De gehanteerde vragen waren ook niet af te leiden uit de tekst. Hierdoor is het artikel niet bruikbaar voor het onderzoek.

Databank: Pubmed

Search	Add to builder	Query	Items found
#21	Add	Search falls risk AND awareness AND (measurement OR assessment) AND (elderly OR older people) AND rehabilitation	21
#20	Add	Search falls risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment) AND (elderly OR older people) AND rehabilitation	70
#19	Add	Search falls risk AND (awareness OR perception) AND (scale OR measure OR measurement OR assessment) AND (elderly OR older people) AND rehabilitation	83
#18	Add	Search falls risk AND (awareness OR perception) AND (scale OR measure) AND (elderly OR older people) AND rehabilitation	37
#17	Add	Search falls risk AND (awareness OR perception) AND (scale OR measure) AND rehabilitation	42
#16	Add	Search falls risk AND awareness AND (scale OR measure) AND rehabilitation	12
#15	Add	Search fall risk AND awareness AND scale	23
#14	Add	Search fall risk AND awareness AND (elderly OR older people) AND scale	14
#13	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND scale	55

#12	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND measure	33
#11	Add	Search fall risk AND awareness AND perception AND (elderly OR older people) AND questionnaire	2
#10	Add	Search fall risk AND awareness AND (elderly OR older people) AND questionnaire	54
#9	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND questionnaire	122
#8	Add	Search fall risk AND awareness AND elderly AND (measurement OR assessment)	56
#7	Add	Search fall risk AND awareness AND (measurement OR assessment)	104
#6	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment)	243
#5	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (measurement OR assessment) AND rehabilitation	46
#4	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment)	159
#3	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment) AND rehabilitation	43
#2	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND (measurement OR assessment) AND geriatric rehabilitation	22
#1	Add	Search fall risk AND (awareness OR perception) AND (elderly OR older people) AND geriatric rehabilitation	24

Gevonden artikelen in Pubmed

#12: Development and Validation of the Self-Awareness of Falls in Elderly Scale Among Elderly Inpatients. (2018)

> Na het vinden van dit artikel is de zoekterm 'scale' toegevoegd in de zoekstrategie.

Via sneeuwbalmethode uit dit artikel:

Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography. (2011) (Relevant voor onderzoeksvraag 3)

#16: Development of a new self-awareness of falls risk measure (SAFRM). (2014)

Op basis van dit artikel is gezocht naar andere artikelen van deze auteurs. Hierbij werd het volgende artikel gevonden welke relevant is voor de probleemanalyse en voor onderzoeksvraag 3:

Self-Awareness of Falls Risk Among Elderly Patients: Characterizing Awareness Deficits and Exploring Associated Factors (2015).

Onderzoeksvraag 2

Wat zijn effectieve interventies om aan bewustwording van ouderen voor valrisico's te werken zodat valpreventie gerealiseerd wordt?

Databank: Cochrane		
Zoektermen gecombineerd met Booleaanse operatoren	Hits	Relevant artikel
(elderly OR older people) AND effective AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk AND fall prevention	3	
(elderly OR older people) AND effective AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	5	
(elderly OR older people) AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND (fall risk OR fall prevention)	27	
(elderly OR older people) AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception)	13	
(elderly OR older people) AND (improve or increase) AND (awareness OR perception)	19	
(elderly OR older people) AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	37	
(elderly OR older people) AND (awareness OR perception) AND fall risk	41	
(elderly OR older people) AND (awareness OR perception) AND (fall risk OR fall prevention)	45	

Databank: CINAHL

S18	 (improve or increase) AND (awareness OR perception OR compliance) AND (fall risk OR fall prevention)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (67)  Bewerken
S17	 (improve or increase) AND (awareness OR perception OR compliance) AND (fall risk OR fall prevention) AND (elderly OR older people)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (25)  Bewerken
S16	 (improve or increase) AND (awareness OR perception OR compliance) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (47)  Bewerken
S15	 interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception OR compliance) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (21)  Bewerken
S14	 interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception OR compliance) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (15)  Bewerken
S13	 interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (15)  Bewerken
S12	 interventions AND effective AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (4)  Bewerken
S11	 (elderly OR older people) AND (awareness OR perception) AND fall risk AND (improve or increase)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (13)  Bewerken
S10	 (elderly OR older people) AND (awareness OR perception) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (35)  Bewerken
S9	 (elderly OR older people) AND interventions AND (awareness OR perception) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (10)  Bewerken
S8	 (elderly OR older people) AND interventions AND awareness AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (6)  Bewerken
S7	 (elderly OR older people) AND interventions AND (improve OR increase) AND awareness AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (3)  Bewerken
S6	 (elderly OR older people) AND interventions AND effective AND (improve or increase) AND (awareness OR perception)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (10)  Bewerken
S5	 (elderly OR older people) AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (72)  Bewerken
S4	 (elderly OR older people) AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND (fall risk OR fall prevention)	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (6)  Bewerken
S3	 (elderly OR older people) AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (4)  Bewerken
S2	 (elderly OR older people) AND effective AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (1)  Bewerken
S1	 (elderly OR older people) AND effective AND interventions AND (improve or increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk AND fall prevention	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (1)  Bewerken

Gevonden relevante artikelen in CINAHL

S8: Older persons' perception of risk of falling: implications for fall-prevention campaigns. (2008)

S12: Promoting Fall Self-Efficacy and Fall Risk Awareness in Older Adults. (2012)

S13: Cross-cultural Educational Intervention and Fall Risk Awareness. (2016)

Databank: Pubmed

Search	Add to builder	Query	Items found
#24	Add	Search awareness AND fall risk AND elderly AND rehabilitation	31
#23	Add	Search awareness AND fall risk AND elderly	182
#22	Add	Search (Improve OR increase) AND awareness AND fall risk AND (elderly OR older people)	68
#21	Add	Search (Improve OR increase) AND awareness AND fall risk	130
#20	Add	Search (Improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	214
#19	Add	Search (elderly OR older people) AND interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall prevention	30
#18	Add	Search (elderly OR older people) AND interventions AND (awareness OR perception)	7525
#16	Add	Search (elderly OR older people) AND interventions AND (awareness OR perception) AND fall risk	66
#15	Add	Search (elderly OR older people) AND effective AND interventions AND (awareness OR perception) AND fall risk	12
#14	Add	Search (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	214
#12	Add	Search interventions AND effective AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	13
#11	Add	Search interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	42
#10	Add	Search interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception)	5503
#9	Add	Search (elderly OR older people) AND interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception)	2217
#8	Add	Search (elderly OR older people) AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	122
#7	Add	Search (elderly OR older people) AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND (fall risk OR fall prevention)	156
#5	Add	Search (elderly OR older people) AND interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND (fall risk OR fall prevention)	36
#3	Add	Search (elderly OR older people) AND interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	30
#2	Add	Search (elderly OR older people) AND effective AND interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk	11
#1	Add	Search (elderly OR older people) AND effective AND interventions AND (improve OR increase) AND (awareness OR perception) AND fall risk AND fall prevention	10

Er werden in deze databank weinig resultaten gevonden waardoor ik ervoor heb gekozen om aan het eind van de zoekstrategie globaal te zoeken naar artikelen over bewustheid van valrisico.

#24: Fall Risk Awareness and Safety Precautions Taken by Older Community-Dwelling Women and Men—A Qualitative Study Using Focus Group Discussions

In de databanken werd een beperkt aantal artikelen gevonden die relevant waren voor de onderzoeksvraag. Er is daarom, naast deze databanken, gezocht op de pagina ‘achtergrondkennis’ van VeiligheidNL (thema: valpreventie voor professionals) naar relevante rapporten (VeiligheidNL, z.d.). Zij zetten zich in om het aantal ongevallen in Nederland te verlagen en houden zich onder andere bezig met het ontwikkelen van effectieve programma’s op het gebied van valpreventie.

Rapport via Veiligheid NL

Ruiten, R. van (2013). *Communicatie met ouderen over valpreventie*. Geraadpleegd van <https://www.veiligheid.nl/.ibmmmodres/domino/OpenAttachment/veiligheid/website.nsf/BC0DB8AEAB1F059FC1257EDE00598FBD/asset/factsheetCommuniceren%20met%20ouderen%20over%20valpreventie.pdf>.

Gevonden via sneeuwbalmethode in dit rapport:

Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K. & Todd, C. (2006). Older people’s views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health education research*, 21(4), 508 – 517. doi: 10.1093/her/cyh077

Onkenhout, H. & Vlek, O. (2009). *Ouderen en vallen: kwantitatief segmentatie onderzoek ouderen*. Geraadpleegd van [http://www.kennisnetwerkvalpreventie.nl/csi/catalogus.nsf/afa6e88df637fbb0c125767a0054f9e6/003f60ab57dd1726c125775900352d4a/\\$FILE/Ouderen%20en%20vallen.pdf](http://www.kennisnetwerkvalpreventie.nl/csi/catalogus.nsf/afa6e88df637fbb0c125767a0054f9e6/003f60ab57dd1726c125775900352d4a/$FILE/Ouderen%20en%20vallen.pdf)

Bijlage 3: Extra toelichting SAFRM

Het meetinstrument is ontwikkeld aan de hand van het model van Crosson die drie typen inzicht onderscheidt, namelijk: intellectueel, emergent en anticiperend. De vragenlijst is opgedeeld onder deze typen inzicht, waardoor na afloop bepaald kan worden op welk niveau er eventueel verminderd inzicht is. Binnen de SAFRM zijn de typen inzicht als volgt gedefinieerd:

- Intellectueel inzicht: bewustheid van de cliënt van fysieke, sensorische en cognitieve problematiek die het valrisico verhogen.
- Emergent inzicht: vermogen om nauwkeurig verschillende aspecten van de loopvaardigheid te benoemen na een gestandaardiseerde looptaak.
- Anticiperend inzicht: het vermogen van de persoon om de mate van hulp die nodig is om een activiteit uit te voeren te bepalen.

De vragenlijst voor de paramedicus dient voor een nauwkeurige uitslag door de ergotherapeut en fysiotherapeut gezamenlijk ingevuld te worden. De ergotherapeut heeft een goed beeld van dagelijkse handelingen en de fysiotherapeut van fysieke vaardigheden. Voorafgaand aan de vragen binnen het onderdeel 'emergent inzicht' dient de fysiotherapeut de TUG (Time Up & Go) test af te nemen, omdat deze vragen over de loopvaardigheid gaan en naar aanleiding van deze test beantwoord moeten worden.

Bijlage 4: SAFE-scale (vertaald)

Voor mijn afstudeeronderzoek van de opleiding ergotherapie heb ik u gevraagd om deze vragenlijst in te vullen. De lijst bestaat uit 21 stellingen. Voor elke stelling vragen wij u op een schaal van 1 tot 5 te scoren in hoeverre u het ermee eens bent. De stellingen hebben betrekking op u en uw situatie. Wat de scores betekenen is boven aan de vragenlijst toegelicht.

Leeftijd:
Geslacht:
Reden verblijf:

Stellingen	Score				
	1 = Helemaal oneens 2 = Oneens 3 = Geen mening 4 = Eens 5 = Helemaal eens				
1. Ik ga zitten om rust te nemen wanneer ik mij ongemakkelijk voel.	1	2	3	4	5
2. Het heeft geen invloed op mij of er beugels in de badkamer of bij het toilet hangen.	1	2	3	4	5
3. Door spullen op of dicht bij het bed te plaatsen kan ik ze makkelijker pakken.	1	2	3	4	5
4. Ik loop dicht bij de muur in drukke omgevingen.	1	2	3	4	5
5. Als de vloer nat is loop ik voorzichtig zodat ik niet zal vallen.	1	2	3	4	5
6. Nadat ik 's ochtends wakker word ga ik eerst 10 minuten rechtop op bed zitten voordat ik aan de dagelijkse activiteiten begin.	1	2	3	4	5
7. Ik laat een klein lampje aanstaan wanneer ik ga slapen.	1	2	3	4	5
8. Ik draag schoeisel met antislip.	1	2	3	4	5
9. Stel dat ik een keer niet helemaal stabiel loop: dan zal ik niet vallen wanneer ik van het bed naar de badkamer loop, zolang ik mij ergens aan kan vastpakken (bv. het nachtkastje).	1	2	3	4	5
10. Stel dat ik mij een keer duizelig voel, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	1	2	3	4	5
11. Ik gebruik een rollator of ander loophulpmiddel om te voorkomen dat ik val wanneer ik 's ochtends opsta.	1	2	3	4	5
12. Stel dat ik slecht zicht heb, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	1	2	3	4	5

13. Stel dat ik een slecht gehoor heb, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	1	2	3	4	5
14. Stel dat ik slecht slaap, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	1	2	3	4	5
15. Ik weet of de dagelijkse medicijnen die ik krijg ervoor kunnen zorgen dat de kans groter is om te vallen.	1	2	3	4	5
16. Stel dat ik meer dan vier soorten medicijnen krijg op een dag, dan zorgt dat er niet voor dat de kans groter is om te vallen.	1	2	3	4	5
17. Stel dat de medicijnen die ik neem vallen kunnen veroorzaken, dan zal ik niet vallen omdat ik gewend ben aan de medicijnen.	1	2	3	4	5
18. Ik vind het vervelend om de zorg om hulp te vragen	1	2	3	4	5
19. Ik probeer anderen niet lastig te vallen wanneer ik 's nachts naar het toilet moet.	1	2	3	4	5
20. Ik denk dat de kans klein is dat ik val.	1	2	3	4	5
21. Ondanks dat ik ouder word zal ik niet vallen zolang ik voorzichtig ben.	1	2	3	4	5

Bijlage 5: Introductie en topiclijst praktijkonderzoek

Introductie SAFE-scale

De dikgedrukte zinnen zijn de zinnen die tijdens de introductie consequent gehanteerd zijn bij de verschillende onderzoeksgroepen.

Introductie groep A

Goedemiddag. Ik ben Wendy Burghouwt, stagiaire van de ergotherapie. Bent u al bekend met de ergotherapie? (eventueel toelichting geven). Naast mijn stage ben ik bezig met een klein onderzoek ter afronding van mijn opleiding. **Ik doe onderzoek naar hoe ergotherapeuten ervoor kunnen zorgen dat uw valrisico bij het naar huis gaan zo klein mogelijk is.** Om deze reden wil ik u vragen om hierover een vragenlijst in te vullen welke ik na het invullen met u kom nabespreken. Wilt u meewerken aan mijn onderzoek? De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Het onderzoek bestaat uit deze introductie, het invullen van de vragenlijst en een evaluatie achteraf. Van de gesprekken met u zal ik enkel aantekeningen maken en geen opnames (informed consent laten tekenen). Vervolgens: toelichten vragenlijst en afspraak maken voor nabespreking.

Introductie groep B

Goedemiddag. Ik ben Wendy Burghouwt, stagiaire van de ergotherapie. Bent u al bekend met de ergotherapie? (eventueel toelichting geven). Naast mijn stage ben ik bezig met een klein onderzoek ter afronding van mijn opleiding. **Ik doe onderzoek naar hoe ergotherapeuten er nog beter voor kunnen zorgen dat u dagelijkse activiteiten zo veilig en onafhankelijk mogelijk kunt blijven doen als u weer thuis bent.** Daarom wil ik u vragen om hierover een vragenlijst in te vullen welke ik na het invullen met u kom nabespreken. Wilt u meewerken aan mijn onderzoek? De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Het onderzoek bestaat uit deze introductie, het invullen van de vragenlijst en een evaluatie achteraf. Van de gesprekken met u zal ik enkel aantekeningen maken en geen opnames (informed consent laten tekenen). Vervolgens: toelichten vragenlijst en afspraak maken voor nabespreking.

Topiclijst evaluatie SAFE-scale

Deelvraag praktijkonderzoek behorend bij dit deel van het onderzoek

Wat zijn de ervaringen van de revalidanten in Het Haltna Huis met het invullen van de SAFE-scale?

Doel evaluatie

Ervaringen met het invullen van de SAFE-scale in kaart brengen.

Topiclijst

1. Is het gelukt om de lijst in te vullen? Zo nee, waarom niet? (Bij nee eventueel samen invullen)
2. Hoe vond u het om de lijst in te vullen?
3. Stonden er stellingen tussen die u aan het denken hebben gezet?
 - a. Zo ja, welke stellingen en wat maakte dat deze u aan het denken zette?
 - b. Zo nee, volgende vraag.
4. Heeft u kennis opgedaan na het invullen van de lijst?
 - a. Zo ja, welke kennis heeft u opgedaan?
 - b. Zo nee, kunt u aangeven waarom niet?
5. Heeft u zelf nog op of aanmerkingen naar aanleiding van het invullen van de lijst?

Afsluiting:

- Groep A: Zou u er voor open staan om binnen uw revalidatieperiode deel te nemen aan een groepsprogramma om ervoor te zorgen dat uw valrisico zo klein mogelijk is bij terugkeer naar huis?
- Groep B: Zou u er voor open staan om binnen uw revalidatieperiode deel te nemen aan een groepsprogramma om ervoor te zorgen dat u in de thuissituatie weer zo veilig en onafhankelijk mogelijk kan functioneren?

Bijlage 6: Formulier toestemmingsverklaring

Deze bijlage is niet beschikbaar gesteld in deze publicatie.

Bijlage 7: SAFE-scale score

In onderstaande SAFE-scale zijn de scores weergegeven zoals deze bij het analyseren van de data gehanteerd zijn. In deze SAFE-scale is te zien hoe de scores opgeteld zijn. Soms indiceert een score van één bijvoorbeeld een hoge bewustheid (zoals bij stelling twee). In dit geval zijn de nummers omgedraaid om de getallen op te kunnen tellen waarbij een hogere score een grotere bewustheid indiceert.

Stellingen	Score				
	1 = Helemaal oneens 2 = Oneens 3 = Geen mening 4 = Eens 5 = Helemaal eens				
1. Ik ga zitten om rust te nemen wanneer ik mij ongemakkelijk voel.	1	2	3	4	5
2. Het heeft geen invloed op mij of er beugels in de badkamer of bij het toilet hangen.	5	4	3	2	1
3. Door spullen op of dicht bij het bed te plaatsen kan ik ze makkelijker pakken.	1	2	3	4	5
4. Ik loop dicht bij de muur in drukke omgevingen.	1	2	3	4	5
5. Als de vloer nat is loop ik voorzichtig zodat ik niet zal vallen.	1	2	3	4	5
6. Nadat ik 's ochtends wakker word ga ik eerst 10 minuten rechtop op bed zitten voordat ik aan de dagelijkse activiteiten begin.	1	2	3	4	5
7. Ik laat een klein lampje aanstaan wanneer ik ga slapen.	1	2	3	4	5
8. Ik draag schoeisel met antislip.	1	2	3	4	5
9. Stel dat ik een keer niet helemaal stabiel loop: dan zal ik niet vallen wanneer ik van het bed naar de badkamer loop, zolang ik mij ergens aan kan vastpakken (bv. het nachtkastje).	5	4	3	2	1
10. Stel dat ik mij een keer duizelig voel, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	5	4	3	2	1
11. Ik gebruik een rollator of ander loophulpmiddel om te voorkomen dat ik val wanneer ik 's ochtends opsta.	1	2	3	4	5
12. Stel dat ik slecht zicht heb, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	5	4	3	2	1
13. Stel dat ik een slecht gehoor heb, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	5	4	3	2	1
14. Stel dat ik slecht slaap, dan zal dat er niet voor zorgen dat ik val.	5	4	3	2	1
15. Ik weet of de dagelijkse medicijnen die ik krijg ervoor kunnen zorgen dat de kans groter is om te vallen.	1	2	3	4	5

16. Stel dat ik meer dan vier soorten medicijnen krijg op een dag, dan zorgt dat er niet voor dat de kans groter is om te vallen.	5	4	3	2	1
17. Stel dat de medicijnen die ik neem vallen kunnen veroorzaken, dan zal ik niet vallen omdat ik gewend ben aan de medicijnen.	5	4	3	2	1
18. Ik vind het vervelend om de zorg om hulp te vragen	5	4	3	2	1
19. Ik probeer anderen niet lastig te vallen wanneer ik 's nachts naar het toilet moet.	5	4	3	2	1
20. Ik denk dat de kans klein is dat ik val.	5	4	3	2	1
21. Ondanks dat ik ouder word zal ik niet vallen zolang ik voorzichtig ben.	5	4	3	2	1

Bijlage 8: Uitwerking kwantitatieve gegevens Excel

De eerste afbeelding geeft de acties weer die aan de cellen toegekend zijn. De daaropvolgende afbeelding laat de tabel zien waar de officiële scores zijn toegevoegd (groene gedeelte) en welke vervolgens omgezet zijn naar de juiste score voor de eindberekening. De laatste afbeelding laat het omzetten naar percentages zien.

1		Controleer of er een - of + staat, bij andere waarde geef een ERROR
		IF(AND(S9<>"+";S9<>"-");"ERROR";"GO!")
2		Kijk of de stuurcell - of + is
		IF(\$S8="-";"NEG";"POS")
3		Actie voor -: omschrijven naar de gespiegelde waarde
		IF(E5=1;5;IF(E5=2;4;IF(E5=3;3;IF(E5=4;2;IF(E5=5;1))))
4		Actie voor +: originele waarde behouden

Categorie	Verzamelde gegevens													
	Vragen	Client A1	Client A2	Client A3	Client A4	Client A5	Client A6	Client B1	Client B2	Client B3	Client B4	Client B5	Client B6	
1	1	5	4	5	3	5	5	4	5	1	4	5	5	
1	2	2	1	5	1	2	1	1	1	5	1	1	2	
1	3	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	4	
1	4	2	4	5	3	1	5	2	1	2	2	5	3	
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	
1	6	5	4	2	1	3	5	4	4	1	5	1	4	
1	7	2	1	5	5	5	5	1	4	1	5	1	4	
1	8	1	5	5	3	5	5	5	4	1	4	1	3	
2	9	5	5	5	3	3	5	2	4	1	3	5	3	
2	10	3	4	3	3	5	5	2	5	1	4	3	2	
2	11	5	5	5	5	1	4	4	5	2	5	1	4	
2	12	3	2	3	3	3	5	2	4	2	5	4	3	
2	13	3	5	5	3	3	5	4	1	5	5	4	2	
2	14	3	5	5	3	3	5	3	3	4	5	4	4	
3	15	2	5	5	3	4	5	2	3	3	1	5	3	
3	16	2	1	5	3	1	5	2	3	4	1	2	3	
3	17	2	5	3	3	2	5	3	1	1	4	4	4	
4	18	1	4	4	5	5	5	5	4	2	4	1	2	
4	19	1	5	5	5	5	5	4	1	2	4	1	2	
4	20	3	5	4	4	3	4	3	3	1	4	5	3	
4	21	3	5	4	4	3	5	2	3	1	4	5	2	

	+/-	Client A1 Client A2 Client A3 Client A4 Client A5 Client A6 Client B1 Client B2 Client B3 Client B4 Client B5 Client B6												Totaal per vraag
		Client A1	Client A2	Client A3	Client A4	Client A5	Client A6	Client B1	Client B2	Client B3	Client B4	Client B5	Client B6	
+	5	4	5	3	5	5	4	5	1	4	5	5	5	51
-	4	5	1	5	4	5	5	5	1	5	5	5	4	43
+	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	5	4	55
+	2	4	5	3	1	5	2	1	2	2	5	3	3	35
+	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	53
+	5	4	2	1	3	5	4	4	1	5	1	4	4	33
+	2	1	5	5	5	5	1	4	1	5	1	4	4	33
+	1	5	5	3	5	5	5	4	1	4	1	3	3	42
-	1	1	1	3	3	1	4	2	5	3	1	3	3	28
-	3	2	3	3	1	1	4	1	5	2	3	4	4	32
+	5	5	5	5	1	4	4	5	2	5	1	4	4	46
-	3	4	3	3	3	1	4	2	4	1	2	3	3	33
-	3	1	1	3	3	1	2	5	1	1	2	4	4	27
-	3	1	1	3	3	1	3	3	3	2	1	2	2	25
+	2	5	5	3	4	5	2	3	3	1	5	3	3	41
-	4	5	1	3	5	1	4	3	2	5	4	3	3	40
-	4	1	3	3	4	1	3	5	5	2	2	2	2	35
-	5	2	2	1	1	1	1	2	4	2	5	4	4	30
-	5	1	1	1	1	1	2	5	4	2	5	4	4	32
-	3	1	2	2	3	2	3	3	5	2	1	3	3	30
-	3	1	2	2	3	1	4	3	5	2	1	4	4	31
Totaal		73	63	63	65	67	61	71	75	61	64	62	74	739
Categorie 1	29	33	33	30	32	40	31	33	14	35	28	31	max (40)	
Categorie 2	18	14	14	20	14	9	21	18	13	13	11	20	max (30)	
Categorie 3	10	11	9	9	13	7	9	11	10	8	11	8	max (15)	
Categorie 4	16	5	7	6	8	5	10	13	18	8	12	15	max (20)	

Gemiddelden												
	Totaalscore SAFE scale			min	21	max	105					
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6
	73	63	63	65	67	61	71	75	61	64	62	74
54%	62%	50%	50%	52%	55%	48%	60%	64%	48%	51%	49%	63%
	Bewustheid van het veilig uitvoeren			min	8	max	40					
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6
	29	33	33	30	32	40	31	33	14	35	28	31
71%	66%	78%	78%	69%	75%	100%	72%	78%	19%	84%	63%	72%
	Bewustheid van de invloed van			min	6	max	30					
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6
	18	14	14	20	14	9	21	18	19	13	11	20
41%	50%	33%	33%	58%	33%	13%	63%	50%	54%	29%	21%	58%
	Bewustheid van de invloed van			min	3	max	15					
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6
	10	11	9	9	13	7	9	11	10	8	11	8
56%	58%	67%	50%	50%	83%	33%	50%	67%	58%	42%	67%	42%
	Bewustheid van cognitief gedrag			min	4	max	20					
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6
	16	5	7	6	8	5	10	13	18	8	12	15
39%	75%	6%	19%	13%	25%	6%	38%	56%	88%	25%	50%	69%

Bijlage 9: Codering kwalitatieve data

Codes

Benadering introductie	
Reactie introductie (A)	
Reactie introductie (B)	
Reactie gericht op onderzoek	
Groepsprogramma	
<i>Wel / geen deelname</i>	
Positief	
Negatief	
Twijfel	
<i>Benadering groepsprogramma</i>	
Reactie deelname groepsprogramma (A)	
Reactie deelname groepsprogramma (B)	
Houdt niet van groepsprogramma's	
Ervaringen met het invullen van de SAFE-scale	
Algemene ervaring	
Moeite begrip 'stel dat' stellingen (introductie)	
'stel dat' stellingen moeilijk	
Interpretatie stellingen	
Zet wel / niet aan het denken	
Nieuwe kennis opgedaan	
Opening tot gesprek	
Geneigd een bepaald getal te scoren	
Op- of aanmerkingen op SAFE-scale	

Gecodeerde tekst

Deze bijlage is niet beschikbaar gesteld in deze publicatie.