

Perspectieven van 65-plussers op vallen en valpreventie

Afstudeerscriptie 'Wat zijn de perspectieven van de kwetsbare, thuiswonende ouderen in Elsloo t.a.v. vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement?'

**Opgesteld door:**

Sanne den Dekker - 1427016
Robin Franks - 1433806
Kelsy Godding - 1411543
Ramón Smeets - 1316443

Opleiding Ergotherapie
Zuyd Hogeschool te Heerlen

Afstudeerperiode:

September 2018 – Februari 2019

Opdrachtgevers:

A. van Dijk, S. Bashier, K. Martens

Docentbegeleider:

S. von Helden

Tweede beoordelaar:

M. Jakobs

Datum van inlevering:

21-01-2019

Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie 'Perspectieven van 65-plussers op vallen en valpreventie'. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de afstudeerfase van de Opleiding Ergotherapie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode september 2018 tot en met februari 2019. Stichting Zorgnetwerk Elsloo is de opdrachtgever binnen het onderzoek.

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de perspectieven rondom vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement. Dit onderzoek is afgenomen bij 65-plussers woonachting in Aelserhof, La Famille en de tussenwoningen in Elsloo.

Wij hebben tijdens onze afstudeerfase veel ondersteuning ontvangen van Anneke van Dijk (Onderzoeker en coördinator in de zorg voor kwetsbare ouderen), Sabine Bashier (wijkverpleegkundige) en Kelly Martens (ergotherapeut) en willen hen bedanken voor alle hulp die zij ons geboden hebben tijdens het uitvoeren van ons onderzoek. Daarnaast willen wij Stephanie von Helden, docentbegeleidster opleiding Ergotherapie, bedanken voor de begeleiding en prettige samenwerking tijdens ons onderzoek en het schrijven van de scriptie. Zonder hen hadden wij dit resultaat nooit tot stand kunnen brengen.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Sanne den Dekker, Robin Frankes, Kelsy Godding en Ramón Smeets.

Heerlen, januari 2019

Samenvatting

Context en vraagstelling: Stichting Zorgnetwerk Elsloo is vijf jaar geleden opgericht, met als doel goed samen te werken in de ouderenzorg en daarbij hiaten en doublures te voorkomen. Zorgverleners, werkzaam in Elsloo, merken in de dagelijkse praktijk dat valincidenten regelmatig plaatsvinden. Het doel van dit onderzoek is de perspectieven van de kwetsbare, thuiswonende ouderen uit de zorgwoningen in Elsloo in kaart brengen ten aanzien van vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement. Dit, om te achterhalen wat de 65-plussers nodig hebben om valincidenten te verminderen/voorkomen.

Methode: De vraagstelling in dit onderzoek is beantwoord middels beschrijvend kwalitatief onderzoek, met een fenomenologisch design. Er zijn elf semigestructureerde interviews bij 65-plussers (vrouwen N=8, mannen N=3) uitgevoerd. Hiermee zijn inzichten, ervaringen en meningen van de deelnemers verkregen omtrent ervaringen met vallen, valrisico's, valangst, zelfmanagement en wensen/behoefte rondom valpreventie. De interviews zijn geanalyseerd volgens de *conventional content analysis*.

Resultaten: Uit de resultaten zijn twee hoofdthema's ontstaan, namelijk ervaringen met vallen en wensen/behoefte omtrent valpreventie. De deelnemers zijn zich bewust van diverse valrisico's binnen henzelf en de omgeving. Tevens ondernemen vele van hen reeds acties om valincidenten te verminderen/voorkomen. De ervaringen met valangst zijn verdeeld, oorzaken hiervoor lopen uiteen. De wensen omtrent valpreventie betreffen voornamelijk diverse woningaanpassingen. De behoeften zijn daarentegen niet expliciet benoemd.

Conclusie: Uit dit onderzoek is gebleken dat veel deelnemers het moeilijk vinden de wensen en behoeften, omtrent valpreventie, expliciet te benoemen. Echter, hebben zij diverse ontevredenheden uitgesproken waardoor gesteld kan worden dat er behoefte is voor verbetering. Er zijn verschillende aanbevelingen gedaan op het gebied van woningaanpassingen en educatie om de ontevredenheden aan te pakken.

Abstract

Context and aim: 'Stichting Zorgnetwerk Elsloo' was founded five years ago, its purpose being, proper collaboration within the section elderly-care and prevention of lacuna and repetition of incidents. Care providers, who work in Elsloo, notice fall incidents occur often in day-to-day practice. The purpose of this research is to point out the perspectives on falling hazards, fall prevention, education on falling and self-management, of vulnerable, community dwelling elderly, in Elsloo. All this is to find out what people with the age of 65 and up need to lessen or prevent falling incidents.

Method: The aim of this research is achieved using descriptive qualitative research with a phenomenological design. Eleven semi-structured interviews, on people with the age of 65 and up (females N=8, males N=3) have been conducted. With these interviews, insights on experiences and opinions on falling, falling hazards, the fear of falling, self-management and the wishes and needs of the participants, have been acquired. The interviews have been analysed using conventional content analysis.

Results: The acquired results show two main themes, these being, experiences with falling and wishes, needs around fall prevention. The participants are aware of several falling hazards caused by themselves and their environment, thus many of them already undertake actions to lessen or prevent falling accidents completely. The experiences people have with falling differ greatly and the causes for this vary. Most wishes concerning fall prevention are about house adjustments, the needs however are not explicitly named.

Conclusion: This research has shown that many participants struggle with explicitly naming their wishes and needs concerning fall prevention. They have however named several dissatisfactory aspects, which show is that there is a need for improvement. There have been several recommendations concerning house adjustments and education to tackle this dissatisfaction.

Inhoudsopgave

Figuren en tabellenlijst.....	6
Begrippenlijst.....	7
1. Inleiding	12
2. Theoretische inleiding	14
2.1 Ergotherapie-richtlijn Valpreventie & Interprofessionele Richtlijn Preventie van Valincidenten bij Ouderen.....	14
2.2 Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP-model).....	15
2.3 Piramide van Maslow	16
2.4 Levensfasen en ontwikkelingstaken	16
2.5 Gedragsverklaringsmodel I-Change	17
2.6 Gedragsveranderingsmodel van Balm	18
2.7 Procesmodel kwalitatief onderzoek.....	18
3. Methode	20
3.1 Design	20
3.2 Dataverzameling.....	20
3.3 Werving en procedure.....	20
3.4 Steekproef	22
3.5 Data-analyse	22
3.6 Validiteit en betrouwbaarheid	23
3.7 Ethische overwegingen	23
4. Resultaten.....	24
4.1 Ervaringen met vallen.....	24
4.2 Wensen en behoeften	30
5. Discussie	32
5.1 Resultaten.....	32
5.2 Zwakke- en sterke punten	32
5.3 Vergelijking bestaande literatuur	33
5.4 Actuele praktische toepasbaarheid binnen de ergotherapie.....	35
5.5 Advies losstaand vervolgonderzoek.....	35
6. Conclusie	37
7. Aanbevelingen	38
7.1 Algemene aanbevelingen	38
7.2 Inhoud van educatie.....	38
Bibliografie	41
Bijlage 1. Informatiebrief deelnemers.....	44

Bijlage 2. Interviewgide	46
Bijlage 3. Toestemmingsverklaring.....	49
Bijlage 4. Algemene gegevens formulier	50
Bijlage 5. Codebomen.....	51
5.1 Axiale codeboom	51
5.2 Hoe groot schatten kwetsbare, thuiswonende ouderen hun risico in om te vallen?	52
5.3 In hoeverre ervaren kwetsbare, thuiswonende ouderen angst om te vallen?	54
5.4 Welke strategieën en/of interventies hebben kwetsbare, thuiswonende ouderen reeds toegepast om valincidenten te verminderen/voorkomen en hoe hebben zij deze ervaren?	56
5.5 Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de wensen rondom valpreventie?	59
5.6 Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de behoeften rondom valpreventie?	60
Bijlage 6. Informatiebrief deelnemers Resultaten	61

Figuren en tabellenlijst

Figuur 1. PEOP-model.....	15
Figuur 2. I-Change model van de Vries.....	17
Figuur 3. Voorbeeldvragen interviewguide.....	20
Figuur 4. Schematisch overzicht steekproef	21
Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria	21
Tabel 2. Deelnemers interviews	22
Tabel 3. Transcript weergave	22
Tabel 4. Interviewguide.....	48
Tabel 5. Codeboom axiale codes	51
Tabel 6. Codeboom valrisico	53
Tabel 7. Codeboom vallen	54
Tabel 8. Codeboom valangst	55
Tabel 9. Codeboom interventies	58
Tabel 10. Codeboom wensen	59
Tabel 11. Codeboom behoeften.....	60

Begrippenlijst

Activiteitsniveau	Indicatie van de hoeveelheid lichaamsbeweging op de lange termijn
ADL-taken	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
Assessment	Een meetinstrument om een bepaalde vorm van functioneren te meten. Bijvoorbeeld een meetinstrument om de mate van fitheid te meten
Axiaal coderen	Het ordenen van de open codes in categorieën
Behoeften	Wat men noodzakelijk vindt
Betekenisvol handelen	Het uitvoeren van werk, ontspanning/spel of activiteiten van het dagelijks leven die voor iemand van betekenis zijn
Betrouwbaarheid	De mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval
Boomdiagram	Een diagram met vertakkingen waarin een hiërarchische structuur gehanteerd wordt. Bijvoorbeeld een stamboom
Bottum up	Van onder naar boven en van groot naar klein resultaten weergeven
Bureauonderzoek	Onderzoek waarbij de onderzoeker voor het verzamelen van gegevens niet het veld in gaat. Bijvoorbeeld het opvragen van literatuur en hieruit conclusies trekken
Casestudy	Gedetailleerd, diepgaand onderzoek bij slechts één onderzoekseenheid
Cognitieve beperkingen	Beperkingen van het verstand: opnemen en verwerken van kennis, waarnemen, denken, taal, bewustzijn, geheugen, aandacht en concentratie
Cognitieve interventie	Professionele acties ten behoeve van kennisverwerving van de cliënt/deelnemer
Compensatie strategieën	Een plan met als doelstelling het compenseren van verloren vaardigheden om het dagelijks functioneren te kunnen hanteren
Context	De omgeving waarbinnen een persoon zijn dagelijks leven uitvoert. Dit kunnen plaatsen, gebouwen en personen betreffen
Data	Gegevens

Data-analyse	Een proces waarbij verkregen gegevens binnen een onderzoeksetting geïnspecteerd, getransformeerd en opgeschoond worden om er waardevolle informatie uit te verkrijgen
Disciplines	Een vakgebied in de zorg. Voorbeelden van verschillende disciplines zijn: ergotherapeuten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers etc.
Drempelhulp	Hulpmiddel om een hoge drempel te overbruggen, welke mensen met een rollator, rolstoel, scootmobiel etc. helpt een pand veilig binnen te komen
Eigen risico	Eigen inschatting van het risico op vallen
Energiebesparende principes	Leefregels om energie te besparen en te verdelen
Ergotherapeutische interventie	Professionele acties van de ergotherapeut en acties van de cliënt om samen het handelen te faciliteren gerelateerd aan gezondheid en participatie
Ernstige afasie	Het dusdanig niet begrijpen of formuleren van woorden waardoor een gesprek niet mogelijk is
Ernstige dysartrie	Het dusdanig niet kunnen articuleren van woorden waardoor een gesprek niet mogelijk is
Ernstige geheugenstoornis	Het niet kunnen onthouden van instructies of vragen waardoor het uitvoeren van een gesprek niet mogelijk is
Ernstige spraakpraxie	Het dusdanig niet kunnen uitspreken van klanken, woorden of zinnen waardoor het voeren van een gesprek niet mogelijk is
Ethische overwegingen	Overwegingen die gemaakt zijn binnen een onderzoek op basis van de juiste manier van handelen voor de mens
Exclusiecriteria	Men dient tijdens een onderzoek te voldoen aan vooraf opgestelde normen (criteria), doen zij dit niet dan worden zij niet meegenomen binnen de deelnemers (oftewel geëxcludeerd)
Fysieke interventie	Professionele acties ten behoeve van lichamelijke verbetering van de cliënt/deelnemer. Dit kan zowel kracht, evenwicht of uithoudingsvermogen betreffen
Fysieke omgeving	Natuurlijke, niet-menselijke omgeving en de objecten in die omgeving
Gedrag	Bestaat uit alle bewuste of onbewuste handelingen, die al dan niet waarneembaar zijn

Handelen	Het handelen is de uitvoering van activiteiten en taken; handelen is doelgericht, vindt plaats in de context en is gerelateerd aan de ervaring en de betekenis die de persoon eraan geeft
Heterogene groep	Een groep personen die in kenmerken ontzettend van elkaar verschillen
Inclusiecriteria	Men dient tijdens een onderzoek te voldoen aan vooraf opgestelde normen (criteria). Wanneer die het geval is, worden zij betrokken bij het onderzoek (geïnccludeerd)
Interprofessioneel	Verschillende professionals of disciplines werken samen aan één doel
Interventies	Een doelbewuste methode/behandeling om een bepaalde zaak te verbeteren
Interviewgide	Een richtlijn voor narratief interviewen. Waar men over zichzelf verteld
Kwalitatief onderzoek	Onderzoek gericht op het in kaart brengen van meningen, gevoelens, opvattingen en gedragingen van personen. Dit is niet in cijfers uit te drukken
Kwetsbare thuiswonende ouderen	Ouderen met complexe zorgvragen welke in hun eigen huis woonachtig zijn
Lichamelijk	Met betrekking tot het lichaam en diens functies
Multidisciplinaire samenwerking	Beroepsmatige samenwerking van mensen uit verschillende disciplines of vakgebieden
Observatieonderzoek	Een vorm van onderzoek waarbinnen het gedrag van een doelgroep onderzocht wordt door middel van observeren
Onderzoeksdesign	De werkwijze voor een onderzoek, ook wel de onderzoeksopzet. Het design geeft aan hoe een onderzoeksprobleem is aangepakt
Onderzoeksrapportage	Een document waarin de onderzoeksvraag, de onderzoeksmethode (werkwijze), de onderzoeksgegevens en de conclusies eenduidig zijn vastgelegd
Open coderen	Fragmenten/delen uit een geschreven of getypt interview toekennen van labels, waarbij je zo dicht mogelijk bij de inhoud van het fragment probeert te blijven
Paramedici	Beroepen welke met de geneeskunde samenhangen (niet het artseneroep)

Personenalarmering	Apparaatje/kastje dat op/bij het lichaam gedragen wordt, waarbij de persoon om de knop kan drukken wanneer hulp gewenst wordt
Perspectieven	Het gezichtspunt van waaruit men naar iets kijkt, ook wel mening/standpunt genoemd
Pilot interviews	Proef interview om de betrouwbaarheid van de topiclijst te verhogen
Primaire bronnen	Oorspronkelijke bronnen van informatie, ofwel de eerste bronnen
Psychisch –historisch perspectief	Het perspectief op hoe men terugkijkt naar de psychische gesteldheid gedurende het leven: karakter en drijfveren
Purposive sampling	Het bewust selecteren van respondenten (de doelgroep) op basis van bepaalde eigenschappen of criteria
Ratio	Verhouding tussen twee getallen/eenheden
Rollen	De sociale gezichten die men heeft voor anderen uit de omgeving. Een rol bevat rechten en plichten en vraagt verwachte gedragspatronen en specifieke handelingen, activiteiten en taken, regelmatig uitgevoerd en geassocieerd met sociaal-culturele rollen
Saturatie	Verzadiging van de uitkomsten; men hoort geen nieuwe dingen meer
Semigestructureerde interviews	Kwalitatieve diepte-interviews waarbij je vooraf een algemeen interviewschema opstelt met geformuleerde vragen. Je mag van deze vragen afwijken tijdens het interview om bijvoorbeeld door te vragen op een bepaald onderwerp. Hiermee wordt gedetailleerde informatie verkregen
Sensomotorische beperkingen	Beperkingen in het vermogen om zintuiglijke prikkels en bewegingen op elkaar af te stemmen, van minimale controle over het eigen bewegen tot complexe handelingen zoals lopen, springen, een bal vangen en schrijven
Sociale isolatie	Een situatie waarin een persoon of een kleine groep personen afgezonderd leeft van anderen
Sociale omgeving	Sociale prioriteiten aangaande alle elementen van de omgeving, patronen van relaties van mensen in een georganiseerde gemeenschap, sociale groeperingen gebaseerd op gemeenschappelijke interesses, waarden, attitudes en overtuigingen

Sta-op-stoel	Aangepaste stoel waarmee mensen met een fysieke beperking eenvoudiger uit een stoel kunnen opstaan
Steekproef	Onderzoek met een kleine groep met de bedoeling dat de resultaten gelden voor een soortgelijke grote groep
Strategieën	Een plan waarmee doelstellingen kunnen worden gerealiseerd
Trainingsstrategieën	Een plan met als doelstelling trainbare menselijke functies te verbeteren
Transcriberen	Overschrijven of omzetten van een geluidsopname in een stuk tekst
Trippelstoel	Stoel met wieltjes welke gebruikt wordt wanneer een persoon zich niet kan verplaatsen middels lopen. Een persoon kan zich middels de trippelstoel voortbewegen door met de voeten te trippelen
Valangst	De angst om (nogmaals) ten val te komen
Valdetectie	Apparaatje/kastje dat op/bij het lichaam gedragen wordt, welke een valincident detecteert en hulp inschakelt met behulp van de personenalarmering
Valeducatie	Educatie omtrent vallen en het voorkomen van vallen
Validiteit	De mate waarin een test meet wat hij beoogd te meten
Valincidenten	Een incident waarbij een persoon ten val komt, ook wel valongeluk of val genoemd
Valpreventie	Interventies/activiteiten om vallen te voorkomen
Valrisico's	Risicofactoren die de kans op vallen vergroten
Wensen	Wat men graag zou willen (niet noodzakelijk)
Woningaanpassingen	Aanpassingen binnen de woning om de doorgankelijkheid en veiligheid te vergroten
Zelfmanagement	Interventies die men zelf kan ondernemen/reeds ondernomen heeft om de kans op vallen te verminderen/voorkomen
Zorgwoningen	Een huurwoning waarin mensen die zorg nodig hebben zelfstandig kunnen wonen. Dit soort woningen liggen in de buurt van een zorginstelling. Deze woningen zijn vooral bedoeld voor ouderen en/of gehandicapten

1. Inleiding

In Nederland wonen ruim vier miljoen 65-plussers (CBS, 2017). Valincidenten behoren tot het grootste gezondheidsprobleem bij ouderen (Nies & Brugmans, 2015). Jaarlijks belanden ruim 100.000 ouderen op de spoedeisende hulp met letsel ten gevolge van een val. Ongeveer 70.000 gevallen betreft ernstig letsel waarvan bijna 4.000 met overlijden tot gevolg (CBS, Letsel Informatie Systeem, & VeiligheidNL, 2017). Uit deze cijfers komt naar voren dat een groot gedeelte van de 65-plussers jaarlijks vallen. Deze valincidenten gaan vaak gepaard met ernstige gevolgen als: botbreuken, hoofdletsel of hersenletsel (VeiligheidNL, 2018). Tevens kunnen de valincidenten leiden tot het ervaren van valangst, het vermijden van activiteiten, sociale isolatie en het niet meer zelfstandig kunnen wonen (Steultjens & Sturkenboom, 2016). Naast de grote impact die deze gevolgen hebben op het welzijn van de 65-plussers, gaan ze ook gepaard met hoge medische kosten. Dit betreft namelijk bijna 900 miljoen euro in 2017 (VeiligheidNL, 2018). Allesomvattend komt naar voren dat valincidenten bij thuiswonende 65-plussers een probleem is, dat aangepakt dient te worden.

Er bestaan diverse wetenschappelijke onderzoeken rondom het onderwerp vallen. Hier is onderzoek naar gedaan middels literatuurstudies. Opvallend was dat telkens een aantal kernbegrippen naar voren kwamen, namelijk: valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement. De valrisico's die het meest naar voren kwamen:

- Depressie
- Duizeligheid
- Slechte visus
- Hartproblemen
- Alcoholmisbruik
- Medicijngebruik
- Weinig bewegen
- Foutief schoeisel
- Beperkte cognitie
- Beperkte mobiliteit
- Slechte bloedcirculatie
- Beperkte toegang tot zorg
- Gebrek aan sociaal support
- Beperkingen binnen de fysieke omgeving

(Brundle, et al., 2015) (Chien & Guo, 2014) (Duckham, et al., 2013) (Franse, et al., 2017) (Kaminska, Brodowski, & Krakaiewicz, 2015) (Huang, et al., 2015) (Sun, Huang, Varadhan, & Agrawal, 2016).

Tevens bleken drie soorten interventies te bestaan om vallen te verminderen of voorkomen, namelijk: fysieke interventies, cognitieve interventies en huisbezoeken. Onder fysieke interventies worden oefenprogramma's, krachttraining en bewegingsvormen als Tai Chi verstaan. Onder cognitieve interventies valt onder andere educatie over valpreventie. Als laatste wordt tijdens een huisbezoek de fysieke omgeving bekeken om eventuele valrisico's te verkleinen en worden de mogelijkheden vanuit de sociale omgeving geïnventariseerd (huishoudelijke hulp).

(Dorresteyn, et al., 2016) (Jansen, et al., 2015) (Kendrick, Kumar, Carpenter, Zijlstra, & Skelton, 2014) (Khong, Farrington, Hill, & Hill, 2015) (Luck, et al., 2013) (Zhuang, Huang, Wu, & Zhang, 2014).

Naast onderzoek over effectieve interventies ter vermindering van vallen, bestaat onderzoek over de perspectieven van 65-plussers op het onderwerp vallen. Deze perspectieven richten zich voornamelijk op factoren waarom ouderen al dan niet deel willen nemen aan een interventie om vallen te verminderen of te voorkomen, niet zozeer over de perspectieven op vallen in het algemeen. Voorbeelden van factoren waarom ouderen wél deelnemen aan een interventie zijn bijvoorbeeld: positieve reacties vanuit de sociale omgeving en aandacht voor de wijze van promotie rondom de interventie. Zelfstandigheid en onafhankelijkheid zijn voorbeelden van uitkomsten van deelname. Voorbeelden van factoren waarom ouderen níét deelnemen aan een interventie zijn bijvoorbeeld: negatieve promotie rondom de interventie (valrisico's benoemen als rede tot deelname), ze vinden de interventie niet zinvol of ze trekken het zich niet persoonlijk aan. Tevens vinden ouderen vallen vaak onvermijdelijk (Ballinger & Clemson, 2006) (Horne, Speed, Skelton, & Todd, 2009) (McMahon, Talley, & Wyman, 2011) (Pereles, Jackson, Rosenthal, & Nixon, 2017) (Sandlund, et al., 2017) (Vivrette, Rubenstein, Martin, Josephson, & Kramer, 2011). Naast de perspectieven om wel of niet deel te nemen aan een interventie, is in het verleden weinig onderzoek gedaan naar het onderwerp. Perspectieven

van 65-plussers op vallen in het algemeen, op (eigen inschatting van) valrisico's en interventies die zij zelf al toepassen ter valpreventie (zelfmanagement) lijken vrijwel onbekend.

Dit bleek ook uit de ervaringen van het Zorgnetwerk Elsloo. Het Zorgnetwerk Elsloo is de benaming voor een netwerk bestaande uit verschillende disciplines, namelijk: huisarts, specialist ouderen geneeskunde, wijkverpleegkundigen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten. Deze disciplines bevinden zich allen op eenzelfde locatie: het medisch centrum in Elsloo. Eromheen zijn zorgwoningen gevestigd met bewoners die de zorg uit het netwerk ontvangen (Aelserhof, La Famille en de tussenwoningen). De verschillende disciplines hebben vaker opgemerkt dat de 65-plussers woonachtig in de zorgwoningen, vallen. Het is in het belang van deze bewoners dat zij minder valincidenten meemaken. Daar wil het Zorgnetwerk ondersteuning in bieden middels het aanbieden van gepaste interventies om vallen te voorkomen. Voordat deze interventies ingezet kunnen worden, is het noodzakelijk om te achterhalen hoe de 65-plussers tegen het onderwerp aankijken en waar zij behoefte aan hebben. Tevens is het voor Stichting Zorgnetwerk Elsloo onduidelijk hoe de 65-plussers het eigen valrisico inschatten en in hoeverre zij valangst ervaren. Wanneer dit onderzocht is, kunnen de verschillende disciplines binnen het Zorgnetwerk gericht handelen, aansluitend op de behoeften van de doelgroep, om valincidenten te verminderen/voorkomen en eventueel letsel te beperken.

Door middel van dit kwalitatief onderzoek zullen deze perspectieven in kaart worden gebracht. Om die reden luidt de hoofdvraagstelling: 'Wat zijn de perspectieven van de kwetsbare, thuiswonende ouderen in Elsloo ten aanzien van vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement?' Naast de hoofdvraag zijn vijf deelvragen opgesteld. Middels deze deelvragen wordt antwoord gegeven op de hoofdvraagstelling:

1. Hoe groot schatten kwetsbare, thuiswonende ouderen hun risico in om te vallen?
2. In hoeverre ervaren kwetsbare, thuiswonende ouderen angst om te vallen?
3. Welke strategieën en/of interventies hebben kwetsbare, thuiswonende ouderen reeds toegepast om valincidenten te verminderen/voorkomen en hoe hebben zij deze ervaren?
4. Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de behoeften rondom valpreventie?
5. Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de wensen rondom valpreventie?

2. Theoretische inleiding

De theoretische inleiding beschrijft de theoretische kaders, welke ten grondslag liggen aan het onderzoek. Onderwerpen die hierbij aan bod komen zijn: de richtlijnen omtrent valpreventie, het Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP-model), de Piramide van Maslow, de levensfasen en ontwikkelingstaken van de doelgroep, het gedragsverklaringsmodel I-Change, het gedragsveranderingsmodel van Balm en het procesmodel kwalitatief onderzoek.

2.1 Ergotherapie richtlijn Valpreventie & Interprofessionele Richtlijn Preventie van Valincidenten bij Ouderen

De ergotherapie richtlijn valpreventie richt zich voornamelijk op ouderen met een verhoogd valrisico. Wanneer door de professional juist geredeneerd wordt gedurende het valpreventie proces, kan de richtlijn ingezet worden bij alle cliënten met een verhoogd valrisico. De richtlijn heeft dan ook verschillende doelen. Beoogd wordt het handelen van alle ergotherapeuten te bevorderen om cliënten met een verhoogd valrisico goed te begeleiden. Verder worden praktische aanbevelingen geboden ten behoeve van valpreventie. Ook wordt de ergotherapeutische interventie en het proces inzichtelijk gemaakt voor verwijzers en andere disciplines als basis voor multidisciplinaire samenwerking. Tot slot wordt inzicht gegeven in de rol van de ergotherapeut tijdens het werken met cliënten met een verhoogd valrisico. (Sturkenboom & Steultjens, 2016)

Ergotherapie richt zich op het versterken van de persoon, door het vergroten van de participatie en het optimaliseren van het betekenisvol handelen in de eigen omgeving. Veilig handelen door het verlagen van het valrisico en valincidentie, kan hierbij het doel zijn. De rol van de ergotherapie hierbij kenmerkt zich door te kijken naar de dynamische wisselwerking tussen de cliënt zelf (de persoon), de activiteit en de omgeving. Deze wisselwerking wordt weergegeven door het ergotherapeutische PEOP-model. In sub paragraaf 2.2 wordt dit model verder toegelicht. (Sturkenboom & Steultjens, 2016)

De interprofessionele richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, richt zich tevens op cliënten met een verhoogd valrisico. In de richtlijn komen verschillende onderdelen aan bod. Valrisicoinschatting en multifactoriële valrisicobeoordeling bij thuiswonende ouderen, verpleeghuisbewoners en ziekenhuispatiënten komt aan de orde. Verder worden verschillende valrisicofactoren besproken waarbij tevens valrisico verlagende interventies beschreven zijn. De richtlijn dient ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering en is gericht op secundaire- en tertiaire preventie van valincidenten bij 65-plussers. (van der Velde, et al., 2017)

Het belangrijkste verschil tussen de twee richtlijnen is, dat de ergotherapie richtlijn focust op de ergotherapeutische paramedische zorgverlening binnen een valpreventie proces. Terwijl de focus in de interprofessionele richtlijn gericht is op correct medisch handelen tijdens valpreventie. Multidisciplinaire samenwerking is essentieel tijdens preventie van valincidenten. Symptomen of basisvaardigheden, als lopen of balans, worden onderzocht door een fysiotherapeut, medicus of verpleegkundige terwijl de koppeling naar het betekenisvol handelen in de omgeving door de ergotherapeut gemaakt wordt (Sturkenboom & Steultjens, 2016).

De richtlijnen worden in het onderzoek voor verschillende doeleinden gebruikt. Op de eerste plaats dienen de richtlijnen als achtergrondkennis op het onderwerp vallen en valpreventie. Verder maakt voornamelijk de ergotherapeutische richtlijn valpreventie duidelijk wat de rol van de ergotherapie is binnen het voorkomen van valincidenten.

2.1.1 Zelfmanagement

Sturkenboom en Steultjens (2016) geven in de ergotherapie richtlijn valpreventie de volgende beschrijving over zelfmanagement: 'Zelfmanagement is de mate waarin iemand met een of meerdere ziekten en/of beperkingen in staat is om de regie over het leven te behouden tot zover hij dat wil en

kan, door goed om te gaan met de symptomen, behandeling, lichamelijke, sociale en psychologische gevolgen van de ziekten en/of beperkingen en daarbij horende leefstijlaanpassingen in samenhang met de sociale omgeving'. Het perspectief van 65-plussers op zelfmanagement is één van de thema's welke onderzocht worden. Om te kunnen bepalen welke resultaten onder zelfmanagement vallen, dient vooraf duidelijk te zijn wat onder zelfmanagement wordt verstaan.

2.2 Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP-model)

Het PEOP-model bestaat uit drie belangrijke domeinen: de persoon, de context en het handelen (zie figuur 1). Het gaat ervan uit dat handelen niet enkel bepaald wordt door het uitvoeren van activiteiten, taken en rollen. Echter ook door de persoon zelf en zijn of haar omgeving. Het model beschrijft een wederzijdse wisselwerking tussen al deze componenten en maakt duidelijk dat dagelijks handelen, participatie mogelijk maakt. De uitkomsten van dit model worden altijd gerelateerd aan gezondheid en kwaliteit van leven, ofwel welzijn (le Granse, Hartingsveldt, & Kinébanian, 2012). Het PEOP-model richt zich op de volgende vier punten:

1. De samenwerking met de cliënt:
De cliënt staat centraal in het proces, daar enkel de cliënt kan bepalen welke uitkomst het belangrijkste en meest gewenst is.
2. Het dagelijks handelen van de cliënt:
Het "doen van betekenisvolle activiteiten, taken en rollen in de complexe interactie van de persoon en zijn omgeving" staat centraal. Het model gaat er vanuit dat het dagelijks handelen, participatie en betrokkenheid bijdraagt aan het welzijn.
3. Benadrukking van het systeemperspectief;
Zoals eerder benoemd, beschrijft het model een wederzijdse wisselwerking tussen de componenten. Het PEOP-model is een systeemmodel, welke er vanuit gaat dat alle componenten impact op elkaar hebben en op het systeem in zijn geheel.
4. Ondersteuning van cliënt gecentreerd werken:
De samenwerking met de cliënt is belangrijk, omdat de cliënt zijn eigen doelen stelt en in gezamenlijke besluitvorming de componenten van het model meeweegt. Dit sluit goed aan bij het eerste punt.

(Christiansen, Baum, & Bass, 2015) (Wilcock & Hocking, 2015)



Figuur 1. PEOP-model

Als het PEOP-model wordt gebruikt binnen de ergotherapeutische interventies omtrent valpreventie, gaat het om interventies gericht op de persoon, activiteit en omgeving. Deze factoren optimaliseren in het dagelijks handelen de mobiliteit evenals, bewust overwogen gedrag in relatie tot valrisico en veiligheid in de omgeving (Steultjens & Sturkenboom, Ergotherapie Richtlijn Valpreventie, 2016). In de interventiefase richt de cliënt zich samen met zijn/haar naasten op het bereiken van diens doelen, door veranderingen in het handelen en het aanpassen van de fysieke en sociale omgeving. Voorbeelden van valpreventie-interventies kunnen zijn:

- Persoon (*person*): interventies gericht op het vergroten van inzicht, motivatie en verandering van gewoontes.
- Activiteit (*occupation*): interventies gericht op het vergemakkelijken van de activiteit of verandering in duur, tijdstip of volgorde van activiteiten.
- Persoon-activiteit: interventies gericht op het veiliger leren handelen (strategietraining, verandering routines).
- Omgeving (*environment*): creëren veiligere handelingscontext, verminderen van risicovolle context, inzetten/betrekken (sociaal) netwerk van de cliënt.

- Persoon-omgeving: veilig gebruik van de reële en betekenisvolle handelingscontext, inzet van extra begeleiding en zorg.
- (Steultjens & Sturkenboom, 2016)

2.3 Piramide van Maslow

De piramide van Maslow is een ordening van de universele behoeften van de mens, welke gerangschikt zijn in een hiërarchische volgorde. Maslow stelt dat men pas streeft naar de hogere behoeften in de piramide, als de lager geplaatste behoeften voldaan zijn. De behoeften zijn Bottom up weergegeven, namelijk (resp.):

- Lichamelijke, primaire behoeften: eerste levensbehoeften zoals water, voedsel en zuurstof. Maslow gaat ervan uit dat wanneer iemand de eerste levensbehoeften nauwelijks voor handen heeft, hij/zij ook geen behoefte zal hebben aan de hogere behoeften.
- Veiligheid en zekerheid: een basale behoefte, welke vaak wordt gegarandeerd door een woning. Voortplanting kan gezien worden als een verzekering dat er op de oude dag voor men gezorgd wordt.
- Behoeft aan sociaal contact: indien iemand voorzien is van de eerste, basale levensbehoeften, zal hij/zij behoefte hebben aan sociaal contact, oftewel vriendschap en/of liefde.
- Erkenning en waardering: deze behoefte geeft ook wel zelfrespect. De theorie van Maslow gaat ervan uit dat wanneer iemand voldoende voedsel, veiligheid en vriendschap en/of liefde heeft, dan pas de mogelijkheid heeft om waardering en erkenning na te streven. Dat is bijvoorbeeld enkel mogelijk wanneer hij/zij voldoende vrije tijd heeft om vriendschappen te kunnen onderhouden.
- Zelfontplooiing: deze fase doelt op voldoende tijd en financiële middelen om als persoon te ontwikkelen, bijvoorbeeld studeren.

(le Granse, Hartingsveldt, & Kinébanian, 2012)

De piramide van Maslow wordt tijdens het onderzoek gebruikt ter achtergrondinformatie over de behoeftepiramide van de doelgroep en om het belang van interventies omtrent valpreventie in te schatten. De deelnemers dienen tijdens de dataverzameling aan te geven in welke mate zij valangst ervaren, welke van invloed is op de behoefte “veiligheid en zekerheid”. Wanneer de deelnemers niet kunnen voldoen aan de basale behoefte van veiligheid, zullen zij niet kunnen stijgen in de piramide, noch tot zelfontplooiing kunnen komen.

2.4 Levensfasen en ontwikkelingstaken

Mensen passeren in het leven verschillende levensfasen waaraan ontwikkelingstaken verbonden zijn. De levensfasen die bij dit onderzoek van toepassing zijn, zijn ‘late volwassenheid (65-75 jaar)’ en ‘ouderdom (75+)’. De ontwikkelingstaken, kenmerkend voor bovengenoemde levensfasen, zijn:

- | | | |
|-------|---|--|
| 65-75 | - | Accepteren van de loop van het leven; |
| | - | Ontwikkelen van een visie op doodgaan; |
| | - | Het gebruik maken van intellectuele kracht; |
| | - | Ervaren sensomotorische- en cognitieve beperkingen; |
| | - | Aanpassen van de energie t.a.v. nieuwe rollen en activiteiten. |
| 75+ | - | Het onbekende aan durven gaan; |
| | - | Ontwikkelen van een psychisch-historisch perspectief; |
| | - | Omgaan met fysieke veranderingen van het ouder worden. |

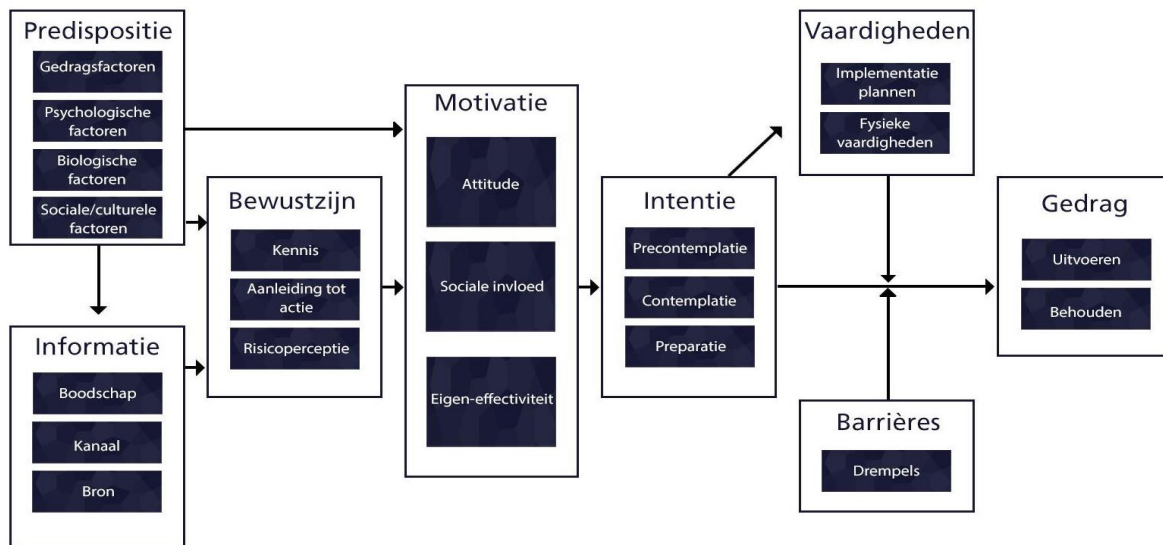
(le Granse, Hartingsveldt, & Kinébanian, 2012) (Davis & Polatajko, 2011)

De levensfasen zijn meegenomen in het onderzoek om de doelgroep beter te kunnen begrijpen. Door het grote leeftijdsverschil tussen de onderzoekers en de doelgroep is het van belang om vooraf kennis te verkrijgen over de doelgroep. Wanneer de ontwikkelingstaken duidelijk zijn voor de onderzoekers,

kan hier rekening mee worden gehouden. Ook kunnen de resultaten mogelijk beter begrepen worden wanneer er meer inzicht is in de levensfasen van de deelnemers.

2.5 Gedragsverklaringsmodel I-Change

Het Integratie-Change model (I-Change model) combineert vijf wetenschappelijke theorieën over de totstandkoming van gedrag. De eindfase van het I-Change model is gedrag, helemaal aan de rechterkant van figuur 2. Om dit gedrag te bereiken, worden vooraf een aantal fasen doorlopen, waarin argumenten worden verzameld en overwogen. Vervolgens wordt een besluit genomen. Onderstaand is figuur 2 in stappen uitgelegd. Het model dient achterstevoren gelezen te worden, daar het een gedragsverklaringsmodel is.



Figuur 2. I-Change model van de Vries

Het lijkt een kleine stap om van een intentie tot gedrag te komen, maar in de praktijk is vaak sprake van barrières welke overwonnen dienen te worden. Daarnaast zijn bepaalde vaardigheden vereist, namelijk fysieke vaardigheden en het plannen van de implementatie. Dit zijn twee vaardigheden die vaak negatief ingeschat worden, waardoor het gedrag niet of anders wordt uitgevoerd.

Voorafgaand aan de intentie komt de motivatie. Motivatie bestaat uit drie elementen, namelijk attitude (wat zijn voor- en nadelen), sociale invloed (wat denken anderen van mij) en eigen-effectiviteit (ben ik wel echt in staat om dit te doen).

Om motivatie te bereiken, dient bewustzijn gecreëerd te worden. Onder het bewustzijn wordt de kennis, die vereist is voor het gedrag, verstaan. Mede als de risico's die ontstaan, wanneer het gedrag niet verandert. Dit werkt als motiverende factor. Tot slot kunnen gebeurtenissen leiden tot het ondernemen van actie.

Het bewustzijn wordt beïnvloed door informatie, welke bestaat uit drie onderdelen, namelijk de boodschap, de bron en het kanaal. De boodschap dient inhoudelijk aan te sluiten op de beleevingswereld van de persoon. De informatie behoort van iemand afkomstig te zijn die betrouwbaar is en waar men iets van wil aannemen. Het kanaal, waardoor de informatie wordt verkregen, dient betrouwbaar te zijn om informatie serieus te nemen.

Tot slot de predispositie, deze bestaat uit: gedragsfactoren, psychologische factoren, biologische factoren en sociaal-culturele factoren. De factoren zijn vaak niet beïnvloedbaar, men kan enkel rekening houden met het overgrote deel.

(de Vries, 2017)

Middels het I-Change model kan het gedrag van de doelgroep verklaard worden middels de verschillende fasen en daarbij behorende elementen. In het onderzoek wordt met gedrag bedoeld: 'hetgeen de doelgroep doet om valincidenten te voorkomen of juist te veroorzaken'. Wanneer bekend wordt waarom de 65-plussers zich zo gedragen, kan hier op een correcte manier op ingespeeld worden. De ergotherapeut kan ondersteuning bieden bij verschillende elementen, namelijk informatie, kennis, risicoperceptie, attitude, eigen-effectiviteit, implementatie plannen, fysieke vaardigheden en het omzeilen van barrières.

2.6 Gedragsveranderingsmodel van Balm

Het gedragsverandering model van Balm, ook wel zes stappen model, beschrijft de fasen van gedragsverandering waarin personen zich kunnen bevinden en welke zij doorlopen om een verandering in het gedrag tot stand te brengen. Gedrag is een betekenisvolle reactie op een betekenisvolle situatie, deze reactie kan zowel bewust als onbewust zijn (Balm, 2002). Zoals de naam al zegt bestaat dit model uit zes stappen, namelijk:

- Openstaan: Oprecht openstaan voor nieuwe ideeën en inzichten is een eerste stap in het veranderproces. Wanneer iemand niet openstaat voor verandering, is hij niet in staat om zijn gedrag te veranderen of aan te passen.
- Begrijpen: Vervolgens moet men begrijpen en inzien wat het nieuwe gedrag inhoudt. Wanneer men in eigen woorden kan omschrijven wat het gewenste gedrag is en welke voordelen het biedt, kan de verandering tot stand komen.
- Willen: Verandering in gedrag wordt pas reëel, wanneer iemand daadwerkelijk wil veranderen. De voordelen van het nieuwe gedrag wegen dan zwaarder dan de nadelen.
- Kunnen: Verandering moet men (aan)kunnen. Door kennis te hebben van de wijze waarop het nieuwe gedrag kan worden volgehouden, lukt het beter om niet in oude gewoontes terug te vallen.
- Doen: In deze fase wordt de verandering in praktijk gebracht. Daarbij moeten onvoorziene problemen en tegenslagen overwonnen worden. Men moet zich daardoor niet laten afleiden.
- Volhouden: Het nieuwe, aangepaste gedrag moet een tweede natuur worden en in het levenspatroon worden verweven. Alleen door positieve resultaten en volledige support door de omgeving kan men volhouden.

Wanneer men alle zes de stappen doorlopen heeft, is gedragsverandering bereikt (Balm, 2002).

Het zes stappen model van Balm (2002) wordt in het onderzoek gebruikt om de factoren in kaart te brengen welke mogelijk het gedrag van de doelgroep kunnen beïnvloeden en kunnen leiden tot gedragsverandering. Tevens kan dit model gebruikt worden wanneer daadwerkelijk interventies worden uitgevoerd ten behoeve van valpreventie. Tijdens de interventies kan bekeken worden in welke fase van gedragsverandering de doelgroep zich bevinden om de juiste stimuli tot verandering te bieden.

2.7 Procesmodel kwalitatief onderzoek

Om dit onderzoek in goede banen te leiden, wordt volgens een bepaalde structuur gewerkt. Volgens Verhoeven wordt deze structuur aangebracht door te werken aan de hand van het procesmodel kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2011). Zij beschrijft het kwalitatief onderzoek als een cyclisch proces van vier werkfasen, namelijk: ontwerpen, verzamelen, analyseren en evalueren.

'Ontwerpen' is de eerste werkfase, in deze fase is het belangrijkste streven het goed afbakenen van het doel en de probleemstelling. Wanneer dit niet gebeurt, bestaat het risico dat de gewenste resultaten niet worden verkregen. Dit heeft als gevolg dat geen heldere en bruikbare conclusies tot stand komen. Vervolgens wordt het ontwerp gemaakt, waarin beschreven staat hoe de onderzoeksvraag beantwoord wordt, welke dataverzamelmethode hierbij past, hoeveel tijd het kost, welke middelen nodig zijn en wie bij het onderzoek betrokken zijn. Een aantal voorbeelden van methoden van dataverzameling zijn: observatieonderzoek, interviews, bureauonderzoek, casestudy of

een combinatie van deze methoden. Als laatste wordt aangegeven hoe de gegevens geanalyseerd worden en welke methode daarbij passend is. Tevens wordt contact gelegd met opdrachtgever en docent.

De tweede werkfase is 'verzamelen'. In deze fase staat de verzameling van de data centraal. Hierbij is het van belang dat duidelijk is op welke manier onderzoek wordt gedaan, bij welke doelgroep en wanneer dit uitgevoerd wordt. De keuze hiervoor is afhankelijk van een aantal factoren, namelijk: de aard van de onderzoeksvraag, het aantal eenheden, de beschikbare tijd en onderzoeksgelden. Daarnaast wordt de onderzoeksmethode verder uitgewerkt passend bij de vraagstelling (bijv. semigestructureerd interview).

Tijdens het 'analyseren', de derde werkfase, worden de gegevens geanalyseerd. Er zijn twee mogelijkheden om gegevens te analyseren, namelijk: middels softwarepakketten of een handmatige analyse. Dit alles betreft een zeer diepgaand en intensief proces wat meerdere fasen bevat en daardoor betrouwbare uitkomsten kan brengen.

De vierde en laatste werkfase betreft 'evalueren'. In deze fase wordt als eerste een terugblik gedaan op het onderzoek: wat is er onderzocht, welke methode is hiervoor gebruikt, is met deze methode de onderzoeksvraag beantwoord en zo ja, welke antwoorden zijn dit? Zijn er naast de antwoorden nog aanbevelingen die gedaan worden? Zijn er nog andere onderzoeksmogelijkheden? Is het goed of zijn er nog discussiepunten van het onderzoek? Vervolgens wordt het onderzoeksverslag geschreven.

3. Methode

De methode beschrijft op welke manier het onderzoek uitgevoerd is, bij welke doelgroep en wanneer het uitgevoerd wordt (Verhoeven, 2011). De onderwerpen die hierbij aan bod komen zijn: design van het onderzoek, methode van dataverzameling, doelgroep, werving en procedure, methode van data-analyse, validiteit en betrouwbaarheid en ethische overwegingen.

3.1 Design

Zoals in de inleiding beschreven, betreft de hoofdvraagstelling: ‘Wat zijn de perspectieven van de kwetsbare, thuiswonende ouderen in Elsloo ten aanzien van vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement?’. Deze vraagstelling is geformuleerd als een open vraag. Dit betekent dat de hoofdvraagstelling middels beschrijvend kwalitatief onderzoek, met fenomenologisch design, beantwoord wordt. Bij fenomenologisch onderzoek gaat het om het beschrijven van de ‘doorleefde ervaring’ van mensen ten aanzien van een bepaald fenomeen in de alledaagse werkelijkheid. Bij het beschrijven probeert de onderzoeker zo dicht mogelijk bij de ervaringen en beschrijvingen van de deelnemers te blijven (Dassen & Keuning, 2011) (Kuijper & Verhoef, 2012). Daar het bij kwalitatief onderzoek gaat om het verkrijgen van inzichten, ervaringen en meningen van personen en niet zo zeer om meetbare gegevens en feiten is dit design passend (Baarda, et al., 2018). Vanuit de hoofdvraag zijn verschillende deelvragen opgesteld. Middels deze deelvragen wordt antwoord verkregen op de hoofdvraag.

3.2 Dataverzameling

De data is verzameld middels semigestructureerde interviews. Het interview is opgesteld aan de hand van de deelvragen. Het is van belang dat deze vragen tijdens het interview beantwoord worden door de deelnemers en dat diepgang bereikt wordt door het doorvragen van de onderzoekers. De deelnemers bepalen aan de hand van hun verhaal en antwoorden, de volgorde van het interview. Deze kenmerken sluiten het beste aan bij een semigestructureerd interview (Baarda, et al., 2018). Zodoende blijkt dit een geschikte methode voor dataverzameling bij kwalitatief onderzoek.

Voorafgaand aan de uitvoer van de interviews is een interviewgide opgesteld (zie bijlage 2), welke is opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen en de onderwerpen uit de literatuurstudies. De volgende onderwerpen zijn hierdoor aan bod gekomen: vallen, valrisico's, valangst, interventies, wensen en behoeften (zie figuur 3).

Voorbeeldvragen interviewgide:

Valrisico: “Wat zijn volgens u oorzaken waarom 65-plussers kunnen vallen?”

Valangst: “Bent u wel eens bang om te vallen?”

Figuur 3. Voorbeeldvragen interviewgide

De opbouw van deze interviewgide gaf de ruimte om te variëren in volgorde van afname. Dit, om zo goed mogelijk aan te sluiten op de antwoorden van de deelnemers. De duur van de interviews betrof 30 tot 90 minuten. Van elk interview is een geluidsopname gemaakt, waarvoor de deelnemers een toestemmingsverklaring getekend hebben (zie bijlage 3). Naast de toestemmingsverklaring heeft elke deelnemer een formulier ingevuld waar algemene gegevens als leeftijd, hulpmiddel en aantal valincidenten aan bod komen (zie bijlage 4). Deze gegevens zijn gebruikt voor het beschrijven van de doelgroep.

3.3 Werving en procedure

Voor het werven van deelnemers is gebruik gemaakt van de methode *purposive sampling*. Dit is een wervingsmethode waarbij de onderzoeker voor het werven van de doelgroep elementen bepaald waar de doelgroep aan dient te voldoen (zie tabel 1) (Black, 2010) (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2012).

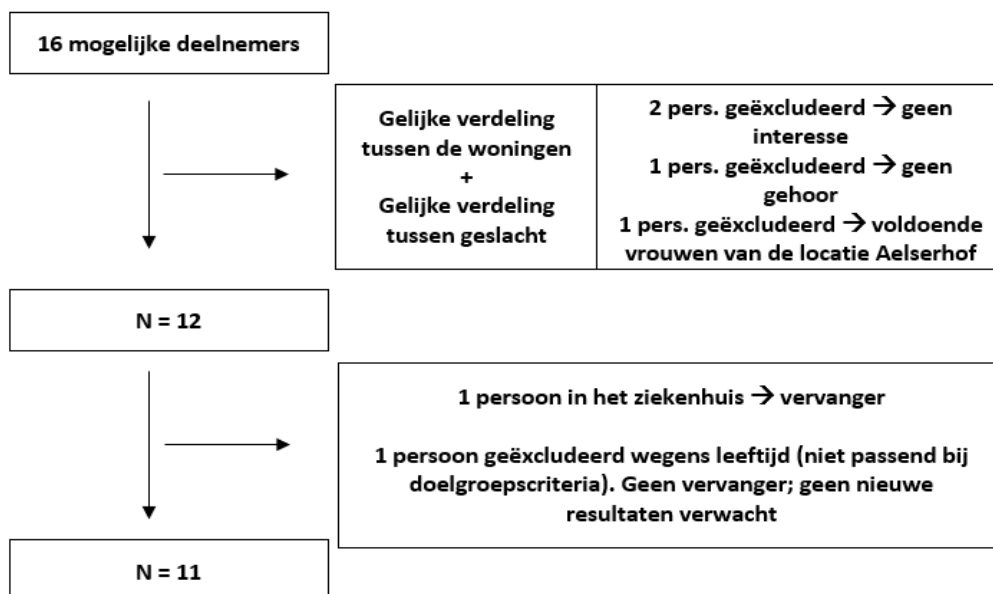
Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
65+	Personen die volledig doof zijn
Man of vrouw	Personen met geheugenstoornissen
Kwetsbare, thuiswonende ouderen	Communicatief kwetsbare personen: ernstige afasie, spraakpraxie en dysartrie

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria

Purposive sampling is een geschikte methode daar het kosten- en tijd effectief is. Het is geschikt wanneer weinig primaire bronnen over het onderwerp bestaan en bij het onderzoeken van intuïties en meningen van mensen (Black, 2010) (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2012). Dit alles sluit goed aan bij het huidige onderzoeksdesign.

De deelnemers zijn geworven door een wijkverpleegkundige, werkzaam in het Zorgnetwerk Elsloo en contactpersoon met betrekking tot de werving. Hieruit kwamen zestien deelnemers, waarvan twaalf personen benaderd zijn voor deelname aan het onderzoek. Om een zo groot mogelijke diversiteit in deelnemers te creëren, zijn alle mannen uit de doelgroep geselecteerd. Dit zag als volgt uit: mannen N=4 en vrouwen N=8. Er werd tevens gestreefd naar een gelijke verdeling van deelnemers uit de verschillende woningen (Aelserhof, La Famille en de tussenwoningen). De deelnemers werden telefonisch benaderd. Tijdens deze telefoongesprekken gaven twee vrouwelijke deelnemers aan geen interesse meer te hebben. Eén vrouwelijke deelnemer is meermaals gebeld, maar gaf geen gehoor.

De interviews werden allen gepland in een ratio van twee weken, om rekening te houden met de korte tijdsperiode beschikbaar voor het onderzoek. In de laatste week, kon één interview niet doorgaan wegens ziekte van de vrouwelijke deelnemer. Hiervoor in de plaats is een nieuwe vrouwelijke deelnemer gekozen, welke nog niet eerder benaderd was. Tijdens het afnemen van de interviews bleken twee mannelijke deelnemers niet te voldoen aan het leeftijdscriterium, namelijk: 65+. De leeftijden betroffen 40 jaar en 58 jaar oud. Uiteindelijk is gekozen om de deelnemer van 58 jaar wél mee te nemen in het onderzoek, aangezien zijn perspectieven overeenkwamen met de perspectieven van de levensfase van de doelgroep en het leeftijdsverschil niet groot is. Echter was dit bij de deelnemer van 40 jaar niet het geval en is hij daarom geëxcludeerd voor het onderzoek. Voor deze deelnemer is geen vervanger gezocht, aangezien het niet in het verwachtingspatroon viel dat er nieuwe informatie uit een twaalfde interview kwam. Dit resulteerde tot: N=11 (zie figuur 3).



Figuur 4. Schematisch overzicht steekproef

3.4 Steekproef

Het onderzoek is gericht op kwetsbare, thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder, woonachtig in het dorp Elsloo. In dit onderzoek waren twaalf deelnemers gewenst, waarbij gestreefd werd naar een heterogene groep. Uit literatuur blijkt namelijk, dat saturatie wordt bereikt na acht interviews (Scholl & Olivier, 2014). Onder een heterogene groep wordt verstaan: zowel zelfstandig wonend als woonachtig in een zorgwoning, in meer- en mindere mate fysiek belastbaar, alleen of samenwonend en man of vrouw. Daar een zo breed mogelijk beeld van de gekozen doelgroep weergegeven dient te worden, is gekozen voor deze heterogene groep. De uiteindelijke steekproef bestaat uit elf deelnemers waarvan drie mannen en acht vrouwen. De gemiddelde leeftijd betreft 77 jaar en het overgrote deel is alleenwonend op de drie locaties. Hoe lang zij er al wonen, loopt sterk uiteen. Alle deelnemers maken gebruik van een loophulpmiddel, waarbij een rollator de overhand heeft (zie tabel 2 voor een overzicht van alle uiteindelijke deelnemers).

Deel-nemer	Geslacht	Leeftijd	Woonsituatie	Setting	Aantal jaren woonachtig	Loophulpmiddel	Gevallen
1	Man	69	Alleenwonend	Aelserhof	2 jaar	Rollator	< 5
2	Man	58	Samenwonend	Tussenwoningen	4,5 jaar	Stok	5 à 10
3	Vrouw	69	Alleenwonend	La Famille	5 jaar	Rollator/scootmobiel	10 >
4	Vrouw	81	Alleenwonend	Aelserhof	2,5 jaar	Rollator/stok/rolstoel	< 5
5	Vrouw	92	Alleenwonend	La Famille	5,5 jaar	Rollator	5 à 10
6	Vrouw	73	Alleenwonend	Aelserhof	1 jaar	Rollator	Nee
7	Vrouw	78	Alleenwonend	Aelserhof	2 jaar	Rollator	< 5
8	Vrouw	92	Samenwonend	Aelserhof	12 jaar	Rollator	Nee
9	Man	71	Alleenwonend	Aelserhof	2,5 jaar	Vierpoot	< 5
10	Vrouw	76	Alleenwonend	Aelserhof	2 jaar	Rollator/scootmobiel	< 5
11	Vrouw	91	Alleenwonend	Aelserhof	6 jaar	Rollator	< 5

Tabel 2. Deelnemers interviews

3.5 Data-analyse

De interviews zijn geanalyseerd volgens de *conventional content analysis* (inductief, nieuwe inzichten verwerven), daar deze methode wordt gebruikt om meningen/ervaringen te analyseren. Bij deze analysemethode worden de codes direct verkregen uit het transcript. Deze methode wordt gebruikt bij onderzoeken met een fenomenologisch design, wanneer bestaande theorieën en/of onderzoeken over het onderwerp beperkt zijn (Hsieh & Shannon, 2005). De eerste stap in de data-analyse betrof het transcriberen van de geluidsfragmenten. Om vervolgens overzichtelijk te coderen, zijn de transcripten verwerkt in een tabel bestaande uit drie kolommen. De eerste kolom bestemd voor het transcript, de tweede om open te coderen en de derde om axiaal te coderen (zie tabel 3). Open coderen houdt in dat fragmenten/delen uit een interview van labels worden voorzien, waarbij zo dicht mogelijk bij de inhoud van het fragment wordt gebleven. Vervolgens worden deze labels gecategoriseerd middels axiaal coderen (Dingemanse, 2018).

Transcript	Open code	Axiaal code

Tabel 3. Transcript weergave

De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens herhaaldelijk gelezen. De belangrijke informatie, welke antwoord geeft op de deelvragen, is gemarkeerd. De gemarkeerde tekst is eerst open- en vervolgens axiaal gecodeerd. Op de gecodeerde interviews heeft een controle van de codes plaatsgevonden door een tweede onderzoeker, welke ook aanwezig was bij het interview. Dit houdt in, dat gecontroleerd is, of de axiale codes passen bij de open codes. Dit is gedaan om de kwaliteit van de codes te waarborgen. Door het coderen is een boomdiagram ontstaan. Tijdens het verwerken bleek

dat de axiale codes goed aansloten op de vijf onderzoeksvragen. De boomdiagrammen zijn volgens deze vijf onderzoeksvragen geordend (zie bijlage 5) (Verhoeven, 2011).

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

In dit onderzoek zijn verschillende methoden gebruikt om de kwaliteit van het onderzoek zo hoog mogelijk te houden. Voorafgaand aan de interviews zijn twee pilot interviews uitgevoerd. Dit, om de interviewgide en de uitvoer van het interview te testen op inhoud en structuur. Deze twee interviews zijn niet meegenomen in het onderzoek, maar waren uitsluitend bedoeld voor het verhogen van de kwaliteit. Deze interviews zijn dan ook vernietigd na afname. Tevens werd met deze pilot interviews gecontroleerd of de juiste informatie werd verkregen middels het interview. Tijdens het afnemen van de pilotinterviews bleken niet alle vragen van de interviewgide voldoende duidelijk en zijn deze enigszins aangepast.

Verder zijn de interviews in tweetallen afgenomen. Dit, om te voorkomen dat de hoofdinterviewer mogelijk belangrijke informatie overslaat en zodat één persoon kan notuleren. Vervolgens is één interview onafhankelijk geanalyseerd door alle onderzoekers om aannames uit te sluiten en een gelijke wijzen van analyseren te ontwikkelen (Dassen & Keuning, 2011). Alle onderzoekers hebben een interview dagboek bijgehouden. Door het schrijven van dit dagboek, tijdens of direct na het interview, wordt de interne betrouwbaarheid verhoogd, kunnen non-verbale signalen-, zintuigelijke waarnemingen- of gevoelens van de onderzoeker concreet worden gemaakt. Deze signalen of gevoelens zijn niet terug te zien in het transcript en worden daardoor misschien achterwege gelaten. Dit komt niet ten goede aan de kwaliteit van het onderzoek aangezien de data mogelijk beïnvloed wordt door de mening van de onderzoekers (Maso & Smaling, 1998). Om reflexiviteit te waarborgen tijdens de interviews, hebben de onderzoekers zich aangepast aan de geïnterviewden. Vakjargon is vermeden en het stemgeluid is, indien nodig, verhoogd voor goede verstaanbaarheid (Mays & Pope, 2000).

3.7 Ethische overwegingen

De deelnemers die gedurende het onderzoek geïnterviewd zijn, hebben allen voorafgaand aan het interview een toestemmingsverklaring ingevuld. Dit format is te vinden in bijlage 3. Door het ondertekenen van deze verklaring zijn de deelnemers akkoord gegaan met het opnemen van het interview en gebruiken van de opnames voor het onderzoek. Vooraf aan het interview is met de deelnemers besproken dat zij ten alle tijden mogen stoppen met het interview wanneer zij dit nodig achten. De anonimiteit van de deelnemers wordt gewaarborgd en de resultaten worden anoniem weergegeven in de onderzoeksrapportage. Er worden geen namen genoemd. Tevens wordt na afloop van het onderzoek al het opnamemateriaal verwijderd.

4. Resultaten

De resultaten vallen in de derde fase van het procesmodel kwalitatief onderzoek, namelijk analyseren (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek zijn twee overstijgende thema's ontstaan, namelijk 'ervaringen met vallen' en 'wensen en behoeften' van de doelgroep. Aan de hand van deze twee thema's zijn de resultaten weergegeven.

4.1 Ervaringen met vallen

In deze paragraaf zullen de ervaringen van de deelnemers met betrekking tot het onderwerp vallen, valangst, valrisico's, (zelfmanagement-) strategieën en de ervaren valincidenten worden weergegeven aan de hand van sub paragrafen. Deze onderwerpen komen overeen met onderzoeksvraag één tot en met drie.

4.1.1 Valangst

In deze sub paragraaf worden de aspecten rondom valangst weergegeven. Deelnemers gaven aan dat bepaalde mentale aspecten kunnen leiden tot een val, terwijl anderen de aspecten inzetten om een val te voorkomen.

Meerdere deelnemers gaven aan dat de meegemaakte valincidenten mentale gevolgen hadden voor het dagelijks leven, zoals zeer geschrokken zijn of onzekerheid. Dit uitte zich bijvoorbeeld in het onzeker zijn tijdens het lopen buitenshuis in de schemering. Voor sommige deelnemers had de val als gevolg dat zij bang zijn nogmaals te vallen. Echter zijn andere deelnemers van mening dat een val onvermijdelijk is, en toch wel gebeurd.

"Als je valt, val je toch." (D.5)

"Ja, uhm dat is misschien het punt dat ik niet bang ben is, omdat het nog nooit gebeurd is dat ik een letsel lichamelijk letsel heb meegemaakt." (D.2)

Ook werd valangst door meerdere deelnemers aangewezen als mentaal gevolg van een val. Deze valangst had echter ook andere oorzaken. Zo bleken een aantal lichamelijke oorzaken van toepassing zoals, evenwichtsstoornis en botbreuken. Een andere oorzaak van valangst is, wanneer men plotseling alleen komt te wonen en mogelijk passiever wordt door het wegvallen van de partner.

"...maar sinds hij gestorven is, heb ik het idee, dat ik hoe langer, hoe meer inlever." (D.11)

Wanneer men reeds een valincident heeft meegemaakt, werd dit ook als oorzaak van valangst gezien. Er waren tevens deelnemers die de oorzaak van de valangst niet konden achterhalen.

Deze valangst bleek ook verscheidene gevolgen op het dagelijks leven van de deelnemers te hebben. Een van deze gevolgen is het afnemen van het activiteitsniveau. Deelnemers benoemden dat zij minder naar buiten gaan, actieve hobby's niet meer uitvoeren en minder sociale contacten bezoeken uit angst onderweg ten val te komen.

"Ja je bent bang om te vallen, je bent bang dat je daar een kopje of een schoteltje laat vallen. Je bent voor alles bang aan het worden." (D.11)

Verder gaf een deelnemer aan altijd met de rollator te lopen. Eén ander persoon heeft door de valangst een wandelstok aangeschaft. Verschillende deelnemers gaven aan voorzichtiger te zijn geworden en één persoon gaf aan nooit meer ergens zelfstandig naar toe te gaan. Er bleken ook deelnemers te zijn die als gevolg van hun angst zelf manieren hebben bedacht om valincidenten te voorkomen, zoals het aanlaten van verlichting in huis.

“Je moet bij alles denken, wat je doet en je moet echt bij alles denken wat je doet.” (D.11)

4.1.2 Gedrag

In deze sub paragraaf zullen de gedragingen van de deelnemers rondom vallen weergegeven worden. Ook deze bleken zeer gevarieerd. Wederom gaven deelnemers aan dat bepaalde gedragingen vallen kan veroorzaken, maar dat andere gedragingen vallen kan voorkomen.

Risicogedrag

Meerdere deelnemers gaven aan dat niet goed opletten, tijdens bijvoorbeeld het lopen, voor een hoger valrisico zorgt en dus de kans op vallen vergroot. Niet goed opletten kan veroorzaakt worden door het voeren van een gesprek tijdens het lopen.

“Het afgeleid zijn, dat is gewoon, ja... een risico.” (D.3)

“...we hebben natuurlijk lopen te kwekken, dat weet ik niet. Maar ik ben gewoon boem, daar lag ik.” (D.7)

Verder werd te vlug handelen/bewegen als oorzaak genoemd. Voorbeelden hierbij zijn, heel diep door de knieën gaan, te ver vooruitkijken, te vlug handelen, te snel bukken, te vlug reiken en te vlug opstaan. Het minder lichamelijk actief zijn en te lang zelfstandig blijven wonen worden tot slot ook nog als valrisico gezien. Mede als te voorzichtig zijn en te veel bezig zijn met het voorkomen van valincidenten.

“...want dat is eigenlijk het grote probleem, het bukken om iets te pakken of op te rapen, plus een snelle beweging.” (D.2)

Tot slot gaf één deelnemer aan, dat het valrisico groter wordt naarmate iemand ouder wordt.

“Hoe ouder ik word, hoe sneller ik val.” (D.3)

Gedrag om valincidenten te voorkomen

Bijna alle deelnemers hebben ten gevolge van een val het gedrag aangepast en zijn bijvoorbeeld voorzichtiger geworden, maken geen onverwachte bewegingen en tillen geen zware dingen in één keer. Eén deelnemer gaf aan gestopt te zijn met autorijden en fietsen. Andere deelnemers gaven aan dat zij activiteiten zijn gaan vermijden om vallen te voorkomen, denk hierbij aan het vermijden van risicovolle situaties, zoals niet meer op een trap gaan staan.

“Activiteiten zoals busreis, heb ik gewoon gezegd van dat doe ik niet meer.” (D.5)

Zij zijn minder gaan ondernemen om de eigen veiligheid te waarborgen. Dit had voor enkele deelnemers het gevolg dat zij gevoelsmatig de zelfstandigheid verloren zijn. Bijna alle deelnemers gaven aan dat zij overal op letten en voorzichtig zijn tijdens het lopen. Daarbij werd vooruitkijken, bewuster handelen, alles rustig aan doen en niet haasten ook benoemd om vallen te verminderen.

“Ja ik ben altijd heel zelfstandig geweest en dat is uhm, ja dat is voorbij” (D.11)

“Ze moeten mij niet gaan haasten, want dat doe ik niet. Daar trek ik mijn niets van aan.” (D.3)

Er zijn verschillende interventies, betreffende buitenshuis verplaatsen benoemd om vallen te voorkomen. Bijvoorbeeld niet naar buiten gaan bij vermoeidheid of in het donker, iemand aan de arm nemen voor steun en bij afstanden meer dan 500 meter een bus of taxi nemen. Daarnaast gaf één deelnemer aan naar de grond te blijven kijken in straten met veel bomen, om struikelen over boomwortels te voorkomen.

“...want er zijn verschillende straten met bomen, ja dan komen wortelen omhoog, of ja dat zijn dingen dan moet je wel, dus dan loop ik wel naar de grond te kijken hè.” (D.7)

Meerdere deelnemers gaven aan rekening te houden met de energieverdeling gedurende de dag. Enerzijds deden zij zelf dingen zoals niets meer ondernemen bij geen energie, minder lang feestjes bijwonen om energie te besparen en even op bed gaan liggen.

“Dus voor mij is naar een feest gaan wat moeilijker en als ik ergens naartoe ga dan is het hooguit één uurtje en dan...” (D.2)

Anderzijds gaven deelnemers activiteiten uit handen, zoals huishoudelijke hulp. Daarnaast hebben meerdere deelnemers verzorging die hen ondersteund met douchen, om energie te besparen, en de douche droogt om uitglijden te voorkomen. Tevens werd benoemd dat de sociale omgeving ingeschakeld wordt voor de boodschappen en het kopen van kleding. Meermaals werd aangegeven dat deelnemers regelmatig fysieke steun zoeken om de kans op vallen te verminderen. Zo gaven zij aan beugels vast te houden op het toilet bij het draaien of tussen het toilet en de radiator te gaan staan tijdens het optrekken van de broek.

“Ja ik ben zelf aan het zoeken, dus ik denk ja god mijn broek optrekken, het gaat allemaal zo moeilijk en dan ga ik staan tussen de toilet en de verwarming radiator. Dan heb ik aan weerskanten een beetje stevigheid, dat ik niet zo makkelijk kan vallen.” (D.11)

4.1.3 Lichamelijk

In deze sub paragraaf worden de lichamelijke aspecten rondom vallen beschreven.

Lichamelijke problemen worden vaak als vergroot valrisico worden benoemd. Veel deelnemers gaven aan dat evenwichtsstoornissen, duizeligheid en slechte visus het risico op vallen vergroot.

“Ja, ongelijke stoepen, maar ook, uh, doordat ik dus maar met één oog kijk, zie je geen diepteverschil. Dus als er in ene keer een stoep is, zie ik niet dat dat hetzelfde is.” (D.3)

Vermoeidheid of een slechte doorbloeding in de benen werden ook genoemd als oorzaak van vallen. Verder gaven de deelnemers aan problemen in de hersenen ook als een vergroot valrisico te zien. Hierbij werden een storing in de kleine hersenen, zuurstof te kort in de hersenen en een hersenbloeding als oorzaak gegeven. Een andere aandoening die werd genoemd, is diabetes. Naast dat lichamelijke aspecten een oorzaak van vallen kunnen zijn, werden zij ook als gevolg van een val door de deelnemers bestempeld. Dit betreft bijvoorbeeld verwondingen, kneuzingen en botbreuken. De pijn ten gevolge van de kneuzingen/botbreuken is voor sommigen na jaren nog steeds aanwezig. Ook gaven enkele deelnemers aan dat zij instabieler zijn geworden en niet meer zelfstandig op kunnen staan na een val. Verder gaven verschillende deelnemers aan de conditie en spierkracht te willen behouden om vallen te voorkomen.

“’s Morgens om zeven uur begin ik met mijn ochtend gym, dat doe ik al 25 jaar.” (D.4)

4.1.4 Binnenshuis

In deze sub paragraaf worden de ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten gekoppeld aan de omgeving binnenshuis.

Een groot deel van de deelnemers gaf aan dat zich binnen in de woning verschillende valrisico's bevinden. Dit betreft bijvoorbeeld drempels, losse matjes of een gladde badkamervloer. Ook werd aangegeven dat rondslingerende pantoffels en een drukke woninginrichting risico's zijn. Deze drukke inrichting kan als gevolg hebben dat er niet voldoende manoeuvreerruimte is voor een persoon met rollator.

“We hadden echt ruimte, ik kon binnenshuis met rollator helemaal doorlopen, ik kon tot op de wc met de rollator.” (D.10)

Daarnaast gaf één deelnemer aan dat achter een poot van de bank blijven haken of vallen over een uitstekende kabel, oorzaken van vallen kunnen zijn. Waar dit allen fysiek aanwezige problemen zijn, werd ook het betreden van een nieuwe, onvertrouwde omgeving als risico gezien.

“Toen is die zuiger achter zo een kabel blijven hangen en die is niet teruggelegd. Toen ben ik heel heel hard gevallen.” (D.4)

Ook gaven verscheidene deelnemers aan binnenshuis acties te ondernemen om de kans op vallen te verkleinen. Zo werd door meerdere deelnemers benoemd dat zij geen matjes meer in huis hebben om een val te voorkomen. Op de badkamer wordt rekening gehouden met slipgevaar door het plaatsen van antislipmatjes of grote badlakens. Alle deelnemers zijn woonachtig in een seniorenwoning, wat betekent dat hier een aantal woningaanpassingen standaard aanwezig zijn. Dit betreft toiletbeugels, douchebeugels en in veel gevallen een douchestoel. Daarnaast hebben deelnemers zelf ook woningaanpassingen gerealiseerd zoals een verhoogd toilet, drempelhulpen, een antislipvloer in de badkamer, een lagere douchebak met hogere badkamervloer en een douchekraan op zithoogte. Eén deelnemer benoemde expliciet dat aanpassingen bijdragen aan het verminderen van valincidenten.

“In het begin ja, dan viel ik uhm, dan was het meer dat ik viel, maar nu de laatste tijd met de dingen en met alle aanpassingen valt het reuze mee.” (D.2)

4.1.5 Buitenshuis

In deze sub paragraaf worden de ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten gekoppeld aan de omgeving buitenshuis.

De meeste deelnemers zagen ongelijke, scheve of losse trottoirtegels als een risico. Hieronder vallen ook boomstronken en wortels die uit de grond naar boven komen. Door vuilnisbakken die midden op het trottoir staan, moet men de straat op, dit wordt als extra risico gezien.

“Jazeker, want de weg die is niet altijd even mooi gelijk hè. Dat is net een maandlandschap, verdomme nog.” (D.9)

Eén deelnemer gaf aan voor zichzelf een manier te hebben gevonden om de risico's buitenshuis te verminderen. Zij loopt bijvoorbeeld in de goot om de scheve trottoirtegels te vermijden of loopt aan de kant van de huizen zodat zij niet hoeft te wijken voor mogelijke obstakels of personen op het trottoir.

“Als ik alleen ga lopen, loop ik door de goot.” (D.7)

Eén deelnemer gaf aan dat wanneer het donker wordt, het struikelgevaar groter wordt. Wat betreft het openbaar vervoer, gaven deelnemers aan dat zij een gevaar zien bij het in- en uitstappen van trein en bus, doordat er soms weinig plaats is om de voeten te plaatsen.

“...toen ben ik gevallen met uit de bus stappen. Een tocht met de bus gemaakt en die stond verkeerd, uhm, niet goed geparkeerd die stond te kort aan het trottoir.” (D.5)

4.1.6 Schoeisel

In deze sub paragraaf worden de ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten gekoppeld aan het schoeisel. Dit werd door de deelnemers zowel als risico en als manier om vallen te verminderen gezien.

Een aantal deelnemers gaven aan dat instappers, losse schoenen en open sloffen leiden tot een groter valrisico. Ditzelfde werd door deelnemers aangegeven betreffende slippers, schoenen met hakken of

het simpelweg niet dragen van schoenen. Over schoenen in het algemeen werd gezegd dat wanneer schoenen te glad, te stroef, te groot, te klein of niet stevig genoeg zijn, dit een vergroot valrisico geeft.

“Maar ik merk heel vlug aan mensen die wat gewoon sloffen hebben waar ze gewoon in hoeven schieten, ja, dat werkt gewoon, moeilijker qua lopen. Ja dat is gewoon de controle die heb je dan minder.” (D.9)

Als laatste zijn deelnemers van mening dat het dragen van schoeisel met antislipzolen en goede schoenen, welke stevig om de enkels zitten, de kans op vallen kan verkleinen.

“Ja want het zijn vrij gesloten schoenen en dat geeft wel stevigheid.” (D.11)

4.1.7 Looppatroon

In deze sub paragraaf worden de ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten gekoppeld aan het looppatroon. Ook dit werd door de deelnemers gezien als risico en als manier om vallen te verminderen.

Schuifelen en het niet goed optillen van de voeten werd door meerdere deelnemers gezien als een groter risico op vallen. ‘Waggelen’ of ‘wiebelen’ werd, net als het op de rand van de schoen lopen, ook als gevaarlijker beoordeeld door de deelnemers.

“En wat ik dus ook heel vaak merk, dat als ik val omdat ik op de rand van mijn schoen sta.” (D.3)

Verder gaven verschillende deelnemers aan dat rustig lopen het valrisico verkleind. Daarnaast werd voorzichtig, voetje voor voetje, lopen en het hard neerzetten van de voeten benoemd als factoren om de kans op vallen te verminderen.

4.1.8 Hulpmiddelen

In deze sub paragraaf worden ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten gekoppeld aan hulpmiddelen. De meningen betreffende verschillende hulpmiddelen liepen sterk uiteen.

Alle deelnemers gaven aan hulpmiddelen te gebruiken. De hulpmiddelen die het meest benoemd werden, zijn: rollator, rolstoel, scootmobiel en personenalarmering. Daarnaast worden een wandelstok, valdetectie, trippelstoel, sta-op-stoel, elektrische rolstoel, traplift en de vierpoot nog benoemd als hulpmiddelen die gebruikt worden.

Zoals bovenstaand benoemd verminderen hulpmiddelen het valrisico niet alleen, maar uit ervaring van de deelnemers kunnen zij ook het valrisico vergroten door het niet adequaat en/of niet consequent gebruikmaken van het hulpmiddel. Er werd benoemd dat het blijven haken achter de eigen vierpoot, het struikelen over de beensteunen van de rolstoel en de wielen van de eigen rollator geregeld voorkomt.

“Maar heel vaak val ik ook met de rollator.” (D.3)

Bij de rollator kwamen meerdere bevindingen naar voren. Zo is het gebruik gevaarlijk wanneer de rollator opgetild moet worden bij een stoeprand of drempel. Ook kan de rollator snel kantelen door een te vol mandje en lopen mensen vaak te gebogen en met snelle, kleine pasjes achter de rollator.

“Ik heb toch de neiging om met die rollator een beetje zo gebogen gaat lopen hè.” (D.7)

Er werd ook door een aantal personen benoemd dat zij juist ten gevolge van een val een rollator hebben aangeschaft om de kans op vallen te verminderen/voorkomen. Zo werd meermaals

aangegeven dat deelnemers de rollator altijd gebruiken buitenshuis en dat de rollator stevig vastgehouden wordt als manier om een val te voorkomen.

"Ik loop niet zo zonder rollator." (D.7)

Daarnaast wordt de rollator ook ingezet om objecten te verplaatsen of om op te gaan zitten bij duizeligheid. Daarnaast werd benoemd dat de rollator gebruikt kan worden om makkelijker op te kunnen staan vanaf het toilet. Tenslotte gaven deelnemers aan dat een rolstoel of scootmobiel een prettig hulpmiddel is voor het besparen van energie als men de deur uitgaat, of wanneer men een dag slecht ter been is.

"Vandaar dat ik, als ik ergens naartoe wil of ergens iets wil doen, dan heb ik een scootmobiel, waar ik mee kan." (D.2)

Tevens gaven de deelnemers aan dat zij de aangewezen personenalarmering niet altijd bij zich dragen. Dit zorgt indirect niet voor een vergroot risico, maar het zorgt ervoor dat men niet kan signaleren en de kans om snel geholpen te worden kleiner is.

"...alles begon te draaien. Ja en toen ben ik gevallen. En ik had dat ding niet om hangen. En heb ik als eerste de telefoon kunnen bereiken. Ik kwam niet meer op en hoe lang ik daar gelegen heb, weet ik ook niet." (D.1)

Ook zijn de reacties van de deelnemers minder positief met het oog op de personenalarmering. Zo werd benoemd dat men het bij bewusteloosheid niet kan bedienen, dat een melding niet altijd opgevolgd wordt door de verpleging en dat de verpleging er soms niet goed mee om weet te gaan.

"...op het moment dat die knop gebruikt wordt, ga je ervan uit: er volgt actie, maar er kwam geen actie. Dat was meer een half uur later kwam er iemand kijken. Dat dat hapert nog al. Ik denk dat het personeel, de bezetting dat soort dingen, dat dat niet echt uhm, goed geïnstrueerd is." (D.5)

"Die ene keer dat ik echt gevallen ben, vloog de spinazie hier de kamer door en dan bel je en dan zeggen ze, ja je moet jezelf maar helpen, want we hebben niemand." (D.11)

4.1.9 Medicatie

In deze sub paragraaf worden de ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten gekoppeld aan medicatie. Dit betreft voornamelijk de risico's van bepaalde medicatie en de gevolgen van het gebruik.

Eén deelnemer kon specifiek benoemen welk medicijn een groter risico met zich meebrengt, dit medicijn veroorzaakte voor haar duizeligheid. Verder werden door de deelnemers andere gevolgen van medicatie genoemd, namelijk sufheid en verwardheid. Ook werd het aantasten van het evenwicht en de ogen benoemd als gevolg van de medicatie en vervolgens een vergroting van het valrisico. Eén deelnemer gaf aan dat de gebruikte medicatie zorgt voor een vaste slaap, waardoor de deelnemer bij het wakker worden versuft is. Bij direct opstaan is het risico op vallen dan groter. Tot slot werd door één deelnemer benoemt geen medicatie te nemen welke sufheid kan veroorzaken, om vallen te voorkomen.

"Ik heb toen ik net gevallen was, kon ik heel sterke pijnmedicatie krijgen, maar daar zat onder andere sufheid en verwardheid bij en toen had ik ook zoiets van nee, ja, nee dat is te gevaarlijk." (D.8)

4.1.10 Paramedici

In deze sub paragraaf worden de ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten met betrekking tot de paramedici beschreven.

Twee paramedici bleken bij te kunnen dragen aan de vermindering van vallen, namelijk de ergotherapeut en de fysiotherapeut. Eén deelnemer gaf aan dat de fysiotherapeut geholpen heeft bij het leren lopen met een rollator. Meerdere deelnemers gaven aan dat de ergotherapeut ondersteuning heeft geboden bij de energieverdeling op een dag en de realisatie van hulpmiddelen en woningaanpassingen.

“Ja ik heb dat schema he, van de ergotherapeut. Met de blokjes. Dan begint het goed en dan slaap je weer en dan wordt het weer een klein beetje minder. Maar dat maakt niet uit want je hebt energie verbruikt en dan kun je inlopen en dan uh dan verbruik je weer te veel energie en dan wordt het balkje weer smaller en dat merk ik.” (D.6)

4.1.11 Valeducatie

In deze sub paragraaf worden de ervaringen van de deelnemers rondom het onderwerp vallen en de ervaren valincidenten gekoppeld aan valeducatie.

De meningen omtrent valeducatie liepen erg uiteen. Zo benoemden meerdere deelnemers open te staan voor educatie, enerzijds om de ervaringen van anderen te horen. Anderzijds omdat het als zinvol werd beschouwd, aangezien men zich dan bewust wordt van valrisico's en leert zich goed op te kunnen vangen bij een val om lichamelijk letsel te verminderen.

“Maar ik vind het altijd uhm, stel dat je op iedere manier dat je zou vallen dat je weet wat je misschien kunt doen, om zo iets, ja, beter te kunnen of opvangen of zodat je valt dat je uhm, lichamelijke letsels kleiner wordt.” (D.2)

Eén deelnemer gaf aan dat educatie en advies sneller aangenomen wordt door een professional, omdat deze meer zeggenschap zou hebben. Daarentegen werd educatie als niet de moeite waard beschouwd, omdat men nog te zelfstandig is. Tevens benoemde één deelnemer geen interesse te hebben door de tijdsinvestering en één deelnemer wegens een teruggetrokken karakter.

“...omdat dat ten koste van mijn tijd gaat en dat gaat ten koste van mijn hobby. Ja wacht even eh. Ik vind mijn hobby nog altijd belangrijker dan die uh dan die hele schores daar omheen.” (D.9)

4.2 Wensen en behoeften

In deze paragraaf worden de resultaten rondom de wensen en behoeften met betrekking tot het verminderen/voorkomen van vallen beschreven.

4.2.1 Wensen

In deze paragraaf worden de resultaten rondom de wensen met betrekking tot het verminderen/voorkomen van vallen beschreven. Er werden wensen rondom woningaanpassingen en op mentaal gebied benoemd.

Meerdere deelnemers benoemden een verandering in het eigen gedrag als wens om vallen te verminderen/voorkomen, namelijk gedachten kunnen uitschakelen. De gedachten van desbetreffende deelnemer zorgen ervoor dat zij geregeld valt.

*“Ik zou mijn gedachten willen uitschakelen *lacht* maar dat lukt niet...” (D.3)*

De deelnemers benoemden diverse woningaanpassingen als wens om vallen te verminderen/voorkomen, denk hierbij aan drempelgeleiders om struikelen over drempels te voorkomen en beugels in de woning waaraan steun gezocht kan worden. Dit betreft een beugel naast de wasbak, beugels bij de voor- en achterdeur en leuning aan de muren in de gang. Verder geeft één deelnemer aan dat bredere planchettes op de badkamer gewenst zijn, zodat meer gefocust kan worden op het evenwicht ten tijde van zelfzorg aan de wasbak.

“...maar dat zou wel een oplossing zijn, om naast de wasbak ook een steun te maken.” (D.11)

4.2.2 Behoeften

In deze paragraaf worden de resultaten rondom de behoeften met betrekking tot het verminderen/voorkomen van vallen beschreven.

De deelnemers blijken het lastig te vinden wensen en behoeften omtrent valpreventie expliciet te benoemen. Echter zijn diverse ontevredenheid betreffende personenalarmering uitgesproken. Daar de deelnemers deze aspecten als probleem zien, zal dit meegenomen worden in de aanbevelingen.

Daarentegen benoemde één persoon duidelijk behoefte te hebben aan tips om vallen in de toekomst te voorkomen.

“Ik vind het heel goed dat iets gebeurt. Dat zoveel onderzoeken d'r zijn. En ja, misschien kan je mij nog tips geven.” (D.3)

5. Discussie

De discussie valt binnen de vierde werkfase (evalueren) van het procesmodel kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2011). Binnen dit hoofdstuk worden de meest opvallend resultaten beschreven en vergeleken met bestaande literatuur. De zwakke- en sterke punten binnen het onderzoek zijn uitgediept gevolgd door de actuele praktische toepasbaarheid binnen de ergotherapie en tot slot is een advies voor losstaand vervolgonderzoek beschreven.

5.1 Resultaten

Het doel was om te achterhalen wat de perspectieven en meningen van 65-plussers zijn ten aanzien van vallen. Uit de interviews kwam naar voren dat de deelnemers zelf opvallend veel ondernemen binnen de eigen omgeving (sociaal en fysiek) om vallen te verminderen (Christiansen, Baum, & Bass, 2015) (le Granse, Hartingsveldt, & Kinébanian, 2012) (Wilcock & Hocking, 2015). Daarentegen bleken zij het lastig te vinden om de eigen wensen en behoeften te benoemen wanneer hier expliciet naar gevraagd werd. Na meermaals doorvragen konden de deelnemers enkele wensen benoemen met betrekking tot woningaanpassingen. Verder zijn de meningen betreffende beschikbare hulpmiddelen verdeeld. Zo geven de deelnemers aan dat het verzorgend personeel niet altijd adequaat omgaat met de personenalarmering. Daarnaast biedt de rollator steun, maar kan deze ook leiden tot een valincident. Tevens was het opvallend dat de motivaties voor valeducatie sterk uiteenliepen (de Vries, 2017). Sommige deelnemers zagen meerwaarde in de educatie, terwijl anderen hier niet voor openstonden. Verder leken de deelnemers niet goed te weten waar zij terecht kunnen voor vragen en/of interventies betreffende valpreventie. Tenslotte leken de aangedragen argumenten, het bewustzijn, met betrekking tot de eigen risicoperceptie niet te corresponderen met de genoemde inschatting (de Vries, 2017).

5.2 Zwakke- en sterke punten

5.2.1 Zwakke punten

Door praktische beperkingen kan dit onderzoek geen volledig overzicht bieden van de perspectieven van 65-plussers, welke in Elsloo wonen, op vallen en valpreventie. Reden hiervoor is dat enkel ouderen woonachtig in de zorgwoningen zijn geïnterviewd en geen ouderen uit de wijk. Dit zorgt ervoor dat het beeld van de perspectieven van de 65-plussers in Elsloo minder breed is dan gewenst. Tevens bestond de groep deelnemers uit drie mannen en acht vrouwen, terwijl gestreefd werd naar een gelijke verdeling tussen man en vrouw. Hier werd naar gestreefd aangezien literatuur aantoonde dat er een verschil bestaat, tussen valincidenten bij vrouwen en mannen. Vrouwen vallen vaker binnenshuis, terwijl mannen vaker buitenshuis vallen. Valincidenten binnenshuis zijn vaak te wijten aan huishoudelijke taken, buitenshuis komen deze valincidenten vaak door bijvoorbeeld tuinieren (Duckham, et al., 2013). Het toeval wil echter dat literatuur beschrijft dat de steekproef gelijk dient te staan aan de grote populatie, dit houdt in dat er meer oudere vrouwen zijn dan oudere mannen. Deze beperking binnen het onderzoek betreft achteraf een positief punt (Dinklo, 2006).

De gewenste doelgroep bestond uit twaalf deelnemers, dit is in werkelijkheid een aantal van elf deelnemers geworden. De reden hiervoor was dat één deelnemer is geëxcludeerd wegens de leeftijd, deze persoon was namelijk 40 jaar en de visie sloot niet aan bij de levensfase van de doelgroep (le Granse, Hartingsveldt, & Kinébanian, 2012). Daarentegen is een deelnemer van 58 jaar wél geïnccludeerd, daar deze persoon goed binnen de doelgroep paste en diens visie goed aansloot bij de levensfase van de doelgroep.

Het onderzoek betreft perspectieven en meningen en ondanks de vele resultaten is er geen volledige saturatie bereikt, omdat de verhalen zeer persoonlijk zijn. De deelnemers bleken niet goed te kunnen benoemen wat zij voor wensen of behoeften hadden ten aanzien van vallen. Hoewel de vraag in de meeste gevallen duidelijk bleek te zijn, en na nadere uitleg bij elke deelnemer, kon hier (bijna) geen antwoord op gegeven worden. Dit leek te komen doordat de deelnemers simpelweg (bijna) geen

behoeften en wensen hadden ten aanzien van het voorkomen van vallen. Daarnaast zou een andere reden hiervoor kunnen zijn dat de wensen en behoeften niet centraal stonden in het interview. Dit kan in de toekomst voorkomen worden door de vragen met betrekking tot wensen en behoeften centraal te stellen.

Tot slot had meer kwaliteit gewaarborgd kunnen worden middels het uitvoeren van een membercheck. Dit is echter wegens tijdsgebrek niet uitgevoerd, daar het onderzoek plaats heeft gevonden binnen een periode van vijf maanden.

5.2.2 Sterke punten

Voor het afnemen van de semigestructureerde interviews is een interviewgide opgesteld (zie bijlage 2) met daartoe behorende topics. Mede door de interviewgide en de topics zijn bij alle interviews de gelijke inhoudelijke aspecten besproken. Deze interviewgide is dermate gestructureerd opgesteld, dat wanneer een andere onderzoeker het interview herhaald, dit op een gelijke wijze gebeurt en de gelijke inhoud wordt besproken. Hiermee kan de methode voor het afnemen van een semigestructureerd interview intern valide worden genoemd, ofwel methodologisch valide (Kuijper & Verhoef, 2012). Na het opstellen van de interviewgide zijn twee pilotinterviews afgenomen om de interviewgide en de uitvoer van de interviews te testen op inhoud en structuur. Aan de hand van de pilotinterviews zijn enkele topics verduidelijkt. Vervolgens zijn de interviews in tweetallen afgenomen om te voorkomen dat de hoofdinterviewer mogelijke belangrijke informatie over het hoofd ziet. Tevens kan de tweede persoon het interview notuleren. Tijdens of direct na de uitvoer van het interview heeft de onderzoeker een dagboek bijgehouden zodat de eigen gedachten en mening niet meegenomen worden tijdens de analyse van het interview.

Verder kan niet gesproken worden van externe validiteit, daar de resultaten niet te generaliseren zijn naar een grotere doelgroep en de meningen van personen kunnen na verloop van tijd veranderen. De resultaten zijn verkregen bij deelnemers woonachtig in zorgwoningen en zijn enkel van toepassing op hen. Tenslotte is de reflexiviteit gewaarborgd tijdens de interviews, middels het aanpassingsvermogen van de onderzoekers aan de deelnemers.

5.3 Vergelijking bestaande literatuur

Voor aanvang van het huidige onderzoek zijn verscheidene literatuurstudies uitgevoerd, waarin nauwsamenhangende onderwerpen met betrekking tot vallen onderzocht zijn. Deze onderwerpen betroffen perspectieven van thuiswonende ouderen op valpreventie, bestaande valrisico's en (ergotherapeutische) interventies ten aanzien van valpreventie. De resultaten van desbetreffende literatuurstudies zijn vergeleken met het uitgevoerde onderzoek.

Onderzoeken uitgevoerd rondom de perspectieven van ouderen op valpreventie komen met een aantal resultaten overeen, maar beschikken tevens over verschillen. Het thema valangst komt niet enkel in het huidige onderzoek naar voren als oorzaak van inactiviteit, zowel op fysiek als sociaal gebied, maar wordt eveneens benoemd in het onderzoek van McMahon, Talley en Wyman (2011). Uiteindelijk kan dit resulteren in het verliezen van zelfstandigheid. Verder blijkt, ook uit het huidige onderzoek, dat veel ouderen vallen als onvermijdelijk zien en dat te veel bezig zijn met valpreventie juist kan leiden tot een val, met uiteindelijk verlies van zelfstandigheid (Balm, 2002). Dit komt wederom overeen met het onderzoek van McMahon, Talley en Wyman (2011).

Een barrière ten aanzien van valpreventie blijkt de hoge leeftijd te zijn (de Vries, 2017). Mensen die zichzelf te oud vinden, zien het nut van valpreventie niet in (McMahon, Talley, & Wyman, 2011) en accepteren op die manier de loop van het leven (le Granse, Hartingsveldt, & Kinébanian, 2012) (Davis & Polatajko, 2011). Ook gaven personen aan dat de ondersteuning van een professional de deelname aan valpreventie positief beïnvloed. Professionals zouden meer zeggenschap hebben en eerder

geloofd worden dan naasten van deelnemers (Sandlund, et al., 2017). Wanneer het correcte kanaal de informatie overbrengt, wordt de motivatie en de intentie voor deelname aan educatie vergroot, waardoor vaardigheden ontwikkeld worden (de Vries, 2017). Dit alles bleek ook uit het huidige onderzoek. Tot slot waren overeenkomsten te zien in het inschatten van valrisico's. Men is van mening dat personen die onstabiel lopen een loophulpmiddel behoeven en wanneer zij deze vervolgens niet consequent gebruiken meer risico op vallen hebben (Vivrette, Rubenstein, Martin, Josephson, & Kramer, 2011).

Naast deze overeenkomsten, bleken ook verschillen te zijn in de bestaande literatuur en dit onderzoek. Uit onderzoek van Vivrette, Rubenstein, Martin, Josephson en Kramer (2011) bleek namelijk dat veel ouderen zich niet bewust zijn van de omvang van het valprobleem, terwijl de deelnemers van het huidige onderzoek hier goed van op de hoogte waren. Eenzelfde resultaat bestaat over de invloed van sport en beweging op het valrisico. Uit literatuur blijkt dat men pas het nut hiervan inziet wanneer fysieke achteruitgang plaatsvindt (Horne, Speed, Skelton, & Todd, 2009). Echter blijkt uit het huidige onderzoek dat ouderen sport en beweging vaak als zinvol beschouwen om voornamelijk spierkracht en conditie te behouden. Ze zijn zich bewust van de voordelen en zien dit als aanleiding tot actie (de Vries, 2017). Ten slotte blijkt uit onderzoek van McMahon, Talley en Wyman (2011) dat men eerder het eigen valrisico erkent, als reeds een valincident heeft plaatsgevonden, terwijl uit het huidige onderzoek blijkt dat de eigen inschatting niet altijd overeenkomt met de argumenten van de deelnemers.

De resultaten uit het huidige onderzoek zijn vergeleken met diverse kwantitatieve onderzoeken omtrent valrisico's. Zowel verschillen als overeenkomsten kwamen naar voren. Tijdens de interviews gaf één deelnemer aan diabetes als een vergroot valrisico te zien. Dit komt overeen met het onderzoek van Sun, Huang, Varadhan en Agrawal (2016). Meerdere onderzoeken gaven aan dat schoeisel een belangrijke rol speelt in het vergroten of juist verkleinen van valrisico (Kaminska, Brodowski, & Krakaiewicz, 2015) (Duckham, et al., 2013). Dit correspondeert met de antwoorden die de deelnemers gaven, waar zij bijna allen aangaven dat stevig schoeisel belangrijk is. Waar in onderzoek gesproken wordt over sociaaleconomische factoren die een rol spelen bij valincidenten, benoemde geen enkele deelnemer dit tijdens de interviews (Kaminska, Brodowski, & Krakaiewicz, 2015). Bijna alle deelnemers gaven aan dat medicatie een verhoogd valrisico tot gevolg kan hebben, echter wisten zij hierbij nauwelijks medicatie bij naam te noemen. Dit komt overeen met het onderzoek van Huang (2015) waarin meerdere medicijnen worden beschreven die tot een verhoogd valrisico kunnen leiden. In veel onderzoeken komt naar voren dat de architectonische factoren, ofwel de fysieke omgeving, een risico kunnen vormen (Kaminska, Brodowski, & Krakaiewicz, 2015) (Brundle, et al., 2015). Alle deelnemers benoemden namelijk omgevingsfactoren, waarbij het trottoir als grootste risico en belemmering voor de persoon werd gezien (Christiansen, Baum, & Bass, 2015). Bovenstaande verschillen en overeenkomsten tonen allen aan dat de deelnemers zich bewust zijn van bestaande risico's (de Vries, 2017).

Verdere verschillen en overeenkomsten tussen bestaande literatuur en het huidige onderzoek betreft het effect van lichamelijke activiteiten op valincidenten. Uit het huidige onderzoek bleek dat de deelnemers zich ervan bewust zijn dat lichamelijke activiteiten invloed hebben op het verminderen van valincidenten (de Vries, 2017). Dit wordt bevestigd door eerder uitgevoerde onderzoeken waaruit blijkt dat lichamelijke interventies, zoals balustraining, krachttraining en weerstandstraining effectief zijn om vallen te verminderen (Kendrick, Kumar, Carpenter, Zijlstra, & Skelton, 2014). Tevens dragen deze lichamelijke interventies bij aan vermindering van valangst. Hierover hebben de deelnemers zich echter niet uitgesproken. Verder is een bijkomende positieve factor, dat aan bovengenoemde lichamelijke interventies nauwelijks risicofactoren zijn verbonden. Wat de juiste oefeningen en intensiteit is van deze lichamelijke interventies, verschilt per persoon.

Kijkende naar ergotherapeutische interventies om valincidenten te verminderen/voorkomen, beschrijven diverse literatuurstudies dat enkel een ergotherapeut geen valpreventie kan bieden. De valpreventie is effectiever wanneer een multidisciplinaire samenwerking plaatsvindt, waarbij gekeken wordt naar oefeningen/bewegingen (fysiotherapeuten), woningaanpassingen (ergotherapeuten) en eventuele invloeden van medicatie (artsen). Ook dient rekening te worden gehouden met angsten door bijvoorbeeld eerdere valincidenten (psychologen) (Cockayne, et al., 2018) (Clemson, et al., 2017) (Cohen & Morrison, 2017) (Rimland, et al., 2016) (Whitehead, et al., 2016). Uit het huidige onderzoek bleek dat de deelnemers enkel in aanraking zijn gekomen met verschillende, losstaande disciplines.

Zoals bovenstaand beschreven, toont wetenschappelijk bewijs aan dat ergotherapeutische interventies kunnen bijdragen aan het verminderen/voorkomen van valincidenten. Echter een multidisciplinaire samenwerking tussen bijvoorbeeld fysiotherapeuten, ergotherapeuten, artsen, verpleegkundigen en eventueel psychologen, kunnen een daadwerkelijk verschil maken. Dit door de kennis van verschillende factoren. Uit het huidige onderzoek bleek dat de deelnemers openstaan voor valpreventie, maar niet goed weten waar zij terecht kunnen voor hulp. Deze kennis missen zij nog (de Vries, 2017). Ook hadden zij vaak geen duidelijk beeld van de verschillende disciplines en diens taken.

5.3.1 Nieuwe inzichten

Het huidige onderzoek is een aanvulling op de bestaande literatuur. Waar in de bestaande literatuur vaak over percentages en harde cijfers uit de praktijk wordt gesproken (kwantitatief), richt dit onderzoek zich op de perspectieven van de 65-plussers zelf wat zij noodzakelijk achten om valincidenten te voorkomen. Dit maakt het onderzoek innovatief. Er zijn daarentegen reeds kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd die de perspectieven van ouderen in kaart brengen. Echter wordt hierin vaak gefocust op een specifieke interventie of de motivatie van de deelnemers om wel of niet aan deze interventie deel te nemen. In het huidige onderzoek is open te werk gegaan, en zijn de perspectieven van de deelnemers op het onderwerp 'vallen' in het algemeen besproken.

5.4 Actuele praktische toepasbaarheid binnen de ergotherapie

Uit het onderzoek zijn diverse resultaten verkregen waaraan een ergotherapeut kan bijdragen. Hulpmiddelen, gebruikt door de deelnemers, worden niet altijd adequaat en consequent gehanteerd. Een ergotherapeut kan hierin ondersteunen door het aanbieden van een training omtrent correct gebruik van hulpmiddelen. Naast het aanbieden van training omtrent hulpmiddelen, bleek ook vraag te zijn naar woningaanpassingen. Uit de ergotherapierichtlijn valpreventie van Steultjens en Sturkenboom (2016) blijkt dat groepseducatie in combinatie met individuele huisbezoeken effectief is om valincidenten bij thuiswonende ouderen te verminderen/voorkomen. Tijdens een dergelijk huisbezoek kan het handelen van de persoon in diens eigen omgeving bekeken worden om veiliger te kunnen handelen (Christiansen, Baum, & Bass, 2015) (Wilcock & Hocking, 2015).

Tevens bleek uit de resultaten dat de meerderheid van de deelnemers enige mate van valangst ervaren. Zij benoemden niet allen letterlijk de valangst, maar gaven aan onzeker te zijn. Steultjens en Sturkenboom (2016) beschrijven methoden en strategieën uit de cognitieve gedragstherapie, om valangst en vermijdingsgedrag te verminderen en participatie te vergroten.

5.5 Advies losstaand vervolgonderzoek

In een losstaand vervolgonderzoek zou mogelijk gekeken kunnen worden naar de specifieke valrisico inschatting van 65-plussers. Uit het onderzoek is gebleken dat de argumenten van de deelnemers namelijk niet altijd overeenkomen met de inschatting van hun eigen valrisico. Waar zij vaak aangeven dat zij geen groot risico lopen, blijkt na doorvragen dat zij juist een vergroot risico hebben op een valincident. Dit gold niet voor elke deelnemer, maar wel voor een opvallend groot aantal. De onderzoeksvraag welke hierbij gesteld kan worden luidt: 'Hoe schatten 65-plussers het eigen valrisico in en waarvan is dit afhankelijk?'.

Tevens bleek uit het onderzoek dat veel deelnemers door ervaren valincidenten onzeker zijn geworden. Zij gaven aan dat dit het valrisico vergroot. Het is momenteel niet duidelijk wat de deelnemers nodig hebben om zelfverzekerder te worden en zodoende het valrisico te verkleinen. Er dient verder onderzocht te worden welke aspecten 65-plussers zelfverzekerder maken. De onderzoeksvraag welke hierbij gesteld kan worden luidt: 'Wat hebben 65-plussers nodig om het zelfvertrouwen te vergroten ter vermindering van het eigen valrisico?'.

Verder zou onderzocht kunnen worden op welke wijze valpreventie het beste gepresenteerd kan worden aan 65-plussers. Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat de deelnemers niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden omtrent valpreventie. Tevens is hen vaak niet bekend waar zij terecht kunnen voor hulp. Uit bestaande literatuur is naar voren gekomen dat de manier waarop valpreventie gepromoot wordt, vaak bepalend is voor deelname (Horne, Speed, Skelton, & Todd, 2009). Hier dient dus rekening mee gehouden te worden. De onderzoeksvraag welke hierbij gesteld kan worden luidt: 'Op welke wijze dient valpreventie gepresenteerd te worden ten behoeve van informatieverstrekking en om motivatie tot deelname te bevorderen?'.

Tot slot dienen mensen uit de wijk, niet woonachtig in zorgwoningen, meegenomen te worden in vervolgonderzoek. In dit onderzoek zijn enkel de perspectieven van 65-plussers uit de zorgwoningen onderzocht. Hierdoor is mogelijk een incompleet beeld ontstaan.

6. Conclusie

De conclusie van het onderzoek valt binnen de vierde werkfase van het procesmodel kwalitatief onderzoek, namelijk evalueren (Verhoeven, 2011). Door middel van dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende vraag: 'Wat zijn de perspectieven van de kwetsbare, thuiswonende ouderen in Elsloo t.a.v. vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement?'. Dit onderzoek is een goede aanvulling op bestaande kwalitatieve literatuur, daar het zich enkel richt op de perspectieven van 65-plussers omtrent vallen en valpreventie. Er zijn diverse resultaten verkregen uit dit onderzoek. De meest opvallende resultaten worden weergegeven in deze conclusie.

Het huidige onderzoek is een aanvulling op bestaande literatuur aangezien tot op heden weinig onderzoeken zijn gedaan waarin gevraagd werd naar een breed perspectief rondom vallen en valpreventie. De bestaande onderzoeken richten zich voornamelijk op de perspectieven omtrent specifieke interventies. De resultaten uit het huidige onderzoek komen deels overeen met de bestaande literatuur. Dit is mogelijk te verklaren aangezien in het huidige onderzoek open te werk is gegaan, waarbij de perspectieven van de deelnemers op het onderwerp 'vallen' in het algemeen onderzocht zijn.

Uit de resultaten komt naar voren dat de deelnemers weinig wensen en behoeften konden benoemen met betrekking tot het verminderen of voorkomen van vallen wanneer hier direct naar gevraagd werd. Echter, benoemde deelnemers gedurende de interviews wel verschillende wensen en behoeften. Ook wezen de resultaten uit, dat de deelnemers zelf al veel ondernemen om vallen te voorkomen. De meningen over het al dan niet deelnemen aan valeducatie waren zeer verdeeld, waar één persoon hier wel voor openstond was dit bij een ander geen optie. Ditzelfde gold voor de valangst. Sommige deelnemers ervoeren valangst als gevolg van een val en anderen ervoerden geen enkele vorm van angst. Verder waren de meeste deelnemers in staat veel valrisico's te benoemen. Echter, leken de aangedragen argumenten niet te corresponderen met de genoemde inschatting van het eigen valrisico. Tot slot bleken de 65-plussers niet bekend met de mogelijkheden voor valpreventie. Ook was het voor hen niet duidelijk waar zij daarvoor terecht kunnen.

Middels de interviews is de hoofdvraagstelling beantwoord. Er kan gesteld worden dat de 65-plussers veel verschillende perspectieven hebben rondom het onderwerp vallen en dat deze sterk uiteenlopen. De deelnemers blijken het lastig te vinden wensen en behoeften omtrent valpreventie expliciet te benoemen. Echter zijn diverse ontevredenheden uitgesproken, waardoor gesteld kan worden dat er behoefte is voor verbetering.

7. Aanbevelingen

De aanbevelingen vallen binnen de vierde werkfase (evalueren) van het procesmodel kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2011). Binnen dit hoofdstuk worden de aanbevelingen, voortkomend uit het onderzoek, beschreven. De aanbevelingen zijn opgesteld op basis van de genoemde wensen en de uitgesproken ontevredenheden van de deelnemers. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in algemene aanbevelingen en inhoudelijke aanbevelingen betreffende educatie.

7.1 Algemene aanbevelingen

Er dienen binnen het Zorgnetwerk gymgroepen georganiseerd te worden, welke de 65-plussers in staat stellen lichamelijk fitter en sterker te worden. Uit onderzoek van Zhuang, Huang, Wu en Zhang (2014) blijkt dat bewegingsprogramma's effectief zijn om fitheid en spierkracht te verbeteren. Uit de resultaten blijkt dat wanneer men inactiever wordt de lichamelijke capaciteiten afnemen (Brundle, et al., 2015). Dit heeft als gevolg dat men eerder valangst ontwikkelt en het valrisico vergroot. Een vereiste voor deelname aan deze gymgroepen is, dat de 65-plussers ervan op de hoogte zijn en dat de toegang laagdrempelig is (McMahon, Talley, & Wyman, 2011) (Sandlund, et al., 2017). Dit bevordert de motivatie voor deelname (de Vries, 2017). Om dit te bereiken kunnen vrijwilligers ingezet worden om de 65-plussers van- en naar locatie te brengen.

Er dient meer bekendheid te komen voor beschikbare hulpbronnen onder de 65-plussers. Dit kan gerealiseerd worden middels promotie (Vivrette, Rubenstein, Martin, Josephson, & Kramer, 2011). Denk hierbij aan paramedici en diens praktische functieomschrijving en beschikbare activiteiten omtrent valpreventie. Op dit moment zijn de 65-plussers niet op de hoogte van beschikbare hulpbronnen, welke ingezet kunnen worden ter valpreventie. Hierover dient meer informatie verstrekt te worden om kennis te kunnen verreiken (de Vries, 2017).

Het verzorgend personeel dient voorlichting te krijgen omtrent de optimale omgang met de personenalarmering. Uit de perspectieven van sommige deelnemers blijkt duidelijk dat het verzorgend personeel onvoldoende kennis heeft van de personenalarmering en hier niet adequaat mee omgaat. Uit ervaring van de deelnemers bleek verder dat na alarmering soms geen of te laat hulp komt.

De gemeente dient op de hoogte gesteld te worden van de vele scheve trottoirtegels en uitstekende boomwortels wat een omvangrijk probleem vormt. Zij dienen dit verder te onderzoeken. Uit de resultaten bleek dat nagenoeg alle deelnemers scheve trottoirtegels en uit stekende boomwortels als ernstig valrisico bestempelen.

7.2 Inhoud van educatie

Deze paragraaf beschrijft alle aanbevelingen rondom inhoudelijke aspecten van educatie als middel om valpreventie te bewerkstelligen.

7.2.1 Algemene educatie

Bij het aanbieden van educatie, dient vooraf een duidelijk tijdsplan bekend te zijn, waarin beschreven staat binnen welke periode de educatie gegeven wordt en hoeveel uur de deelname betreft. Tevens dienen de voordelen van de desbetreffende educatie concreet te worden benoemd om de motivatie van de 65-plussers aan te wakkeren (de Vries, 2017). Uit de resultaten blijkt dat de meningen betreft de behoefte aan educatie verdeeld zijn. Een voorbeeld om niet deel te nemen aan een vorm van educatie is een te grote tijdsinvestering, dit blijkt ook uit het onderzoek van Sandlund, et al (2017).

7.2.2 Transferadvies

Met betrekking tot het veilig handelen wordt aanbevolen dat 65-plussers meer kennis verkrijgen omtrent een veilige uitvoer van transfers. Hieronder valt veilig gaan zitten en opstaan vanuit verschillende situaties. Uit de resultaten blijkt dat deelnemers zelf de rollator inschakelen om veiliger

op te kunnen staan, echter kunnen zij hierin meer ondersteuning gebruiken. Hierbij kan een ergotherapeut ingeschakeld worden om de situatie te observeren en transferadviezen te geven. Desbetreffende transfers worden vaak in samenwerking met een fysiotherapeut en verpleegkundige geobserveerd waarna een advies wordt gegeven (Tolbrug Specialistische Revalidatie, 2019). Tevens kan de ergotherapeut ondersteunen middels het aanreiken van hulpmiddelen om de transfer te vergemakkelijken.

7.2.3 Valrisico

Er dient tijdens de educatie gesproken te worden over verschillende valrisico's en diens mogelijke gevolgen om bewustwording te creëren bij 65-plussers (de Vries, 2017). Uit de resultaten blijkt dat de deelnemers veel verschillende valrisico's kunnen benoemen, echter heeft niet iedereen dezelfde kennis en kan deze aangevuld worden door zowel de educatie zelf, als verhalen van andere deelnemers.

7.2.4 Schoeisel

Het belang van het dragen van goede, stevige schoenen binnen- en buitenshuis en de gevaren van foutief schoeisel, dienen aan bod te komen binnen de educatie ter valpreventie (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Uit de resultaten blijkt dat veel deelnemers het belang inzien van het dragen van goede schoenen, welke stevig om de enkels zitten. Wanneer deze schoenen gedragen worden verminderd het valrisico. Tevens gaven deelnemers aan dat foutief schoeisel het looppatroon veranderd, waardoor het valrisico vergroot wordt. Bij veel deelnemers zijn deze principes bekend, echter niet bij alle 65-plussers.

7.2.5 Tilprincipes

Een goede manier van tillen, geen zware dingen in één keer tillen en het inzetten van de rollator om objecten te verplaatsen, dient aan bod te komen binnen de educatie. De juiste manier van tillen waarbij het lichaam op de correcte manier wordt ingezet is hierbij van belang. Uit de resultaten komt naar voren dat diverse deelnemers op dit moment de rollator gebruiken om objecten te verplaatsen. Dit wordt ervaren als efficiënt. Echter gaf men ook aan wanneer te veel objecten middels de rollator verplaats worden, dit kan leiden tot een val door het kantelen van de rollator. Tilprincipes is onderdeel van ergonomie. Hierbij kan de ergotherapeut ingeschakeld worden om correcte tilprincipes aan te bieden binnen de educatie.

7.2.6 Energieverdeling

Met betrekking tot het energieverbruik wordt aanbevolen dat 65-plussers meer kennis verkrijgen over hoe zij hun energie bij vermoeidheid beter kunnen verdelen. Hieronder vallen huishoudelijke hulp en thuiszorg. Er kan een ergotherapeut ingeschakeld worden, om hierbij ondersteuning te bieden. Uit de resultaten blijkt namelijk dat ouderen zelf al enige energiebesparende principes uitvoeren, maar dat hier nog veel ruimte voor verbetering is.

7.2.7 ADL-training

ADL-training is een belangrijk onderdeel in de educatie met het oog op het verminderen van valincidenten. Wanneer er meer aandacht en bewustwording is tijdens de uitvoer van ADL-taken en de veilige uitvoer hiervan, kan valangst en het valrisico mogelijk verminderd worden (Sturkenboom & Steultjens, 2016) (de Vries, 2017). Voorbeelden die door deelnemers genoemd werden, zijn het aan-/uittrekken van schoenen in een veilige setting of het optrekken van de broek na een toiletbezoek op een veilige manier. Een ergotherapeut houdt zich bezig met het handelen van de cliënt in zijn of haar eigen fysieke en sociale omgeving (Christiansen, Baum, & Bass, 2015) (Wilcock & Hocking, 2015). De ergotherapeut kan een client dan ook helpen met het aanpassen of verbeteren van de huidige ADL-taken.

7.2.8 Zelfredzaamheidstraining

Binnen de educatie dient het onderwerp zelfredzaamheid aan bod te komen. Hierbij wordt ingespeeld op het vergroten van de zelfredzaamheid. Dit betreft het aanleren van handelingen na een val, bijvoorbeeld hoe op te staan vanaf de grond, valbreken en het alarmeren van personen. Deze voorbeelden komen in de resultaten als problemen naar voren. Deze zelfredzaamheidstraining vermindert mogelijk de onzekerheid en bevordert de zelfstandigheid. Om te oefenen met valbreken en het opstaan na een val kan de hulp van een fysiotherapeut ingeschakeld worden. Alarmeren kan ondersteund worden door een ergotherapeut. Hierbij kan de ergotherapeut adviseren welk alarmeringsmiddel het best past in de huidige situatie en instructie geven over het gebruik van het hulpmiddel.

7.2.9 Hulpmiddelen

Tips en voorlichtingen met betrekking tot het correct gebruik van hulpmiddelen, dienen aangereikt te worden. Hierbij wordt ingegaan op looptraining met het hulpmiddel en het gebruik ervan in verschillende situaties en tijdens verschillende activiteiten. Voorbeelden hiervan zijn: de rollator gebruiken om objecten te verplaatsen, op de rollator gaan zitten tijdens een wandeling en op een veilige manier obstakels overbruggen binnen de fysieke omgeving. Uit de resultaten bleek dat het overgrote deel van de deelnemers gebruik maakt van een rollator of een ander loophulpmiddel (zie tabel 2). De rollator zorgt enerzijds voor een veiliger gevoel tijdens het lopen, maar draagt anderzijds ook soms bij aan een valincident. Dit blijkt ook de ergotherapierichtlijn Valpreventie (2016). Deze valincidenten ontstaan, omdat zij het loophulpmiddel niet consequent gebruiken, struikelen over de wieltjes of de rollator niet consequent op de rem zetten. Een ergotherapeut kan ingeschakeld worden om instructies te geven omtrent het correct gebruik van hulpmiddelen.

7.2.10 Woningaanpassingen

De 65-plussers dienen op de hoogte te worden gesteld van de mogelijkheden om valgevaar binnenshuis te verminderen en dienen, waar nodig, de juiste professionele ondersteuning te krijgen. Denk hierbij aan een verbetering van de doorgankelijkheid van de woning, gevaarlijke objecten zoals vloerkleden verwijderen en het plaatsen van objecten die een woning juist veiliger kunnen maken (antislipmat in douche). Een ergotherapeut kan hierin ondersteuning bieden middels huisbezoeken waarin passende adviezen worden aangedragen (Sturkenboom & Steultjens, 2016). In de resultaten komt naar voren dat 65-plussers niet altijd weten wat zij kunnen doen om de eigen woning veiliger in te richten ter valpreventie.

7.2.11 Handelen in een nieuwe omgeving

Er dient educatie omtrent veilig handelen in een nieuwe omgeving aangeboden te worden ter valpreventie. Hier kan gesproken worden over het gebruik van een loophulpmiddel, niet haasten, goed opletten en rustig de omgeving verkennen. Uit de resultaten blijken de deelnemers een nieuwe situatie als risicovol te beschouwen. De ergotherapeut kan hierin ondersteunen door de dynamiek van de omgeving, de persoon en het handelen op een juiste wijze op elkaar af te stemmen (Christiansen, Baum, & Bass, 2015) (Wilcock & Hocking, 2015).

Bibliografie

- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers.
- Ballinger, C., & Clemson, L. (2006). Older People's Views about Community Falls Prevention: an Australian Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*.
- Balm, M. (2002). *Exercise therapy and behavioural change*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Black, K. (2010). *Business Statistics: Contemporary Decision Making*. John Wiley & Sons.
- Brundle, C., Waterman, H., Ballinger, C., Ollevent, N., Skelton, D., Stanford, P., & Todd, C. (2015). The causes of falls: views of older people with visual impairment. *Health Expectations*, 2021-2031.
- CBS. (2017, juli 17). *Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari*. Opgeroepen op november 1, 2018, van Centraal bureau voor de statistiek: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7461BEV&D1=0&D2=0&D3=0,66-70,101-120&D4=10,I&HD=120829-1130&HDR=T,G3&STB=G1,G2>
- CBS, Letsel Informatie Systeem, & VeiligheidNL. (2017). *Letsel door valongevallen 65+ in 2017*. VeiligheidNL.
- Chien, M.-H., & Guo, H.-R. (2014). Nutritional status and falls in community-dwelling older people: a longitudinal study of a population-based random sample.
- Christiansen, C., Baum, C., & Bass, J. (2015). *Occupational Therapy: Performance Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Clemson, L., Mackenzie, L., Roberts, C., Poulos, R., Tan, A., Lovarini, M., . . . White, F. (2017). Integrated solutions for sustainable fall prevention in primary care, the iSOLVE project: a type 2 hybrid effectiveness-implementation design. *Implementation Science*.
- Cockayne, S., Pighills, A., Adamson, J., Fairhurst, C., Drummond, A., Hewitt, C., . . . Torgerson, D. J. (2018). Can occupational therapist-led home environmental assessment prevent falls in older people? A modified cohort randomised controlled trial protocol. *Occupational and environmental medicine Protocol*.
- Cohen, D., & Morrison, A. (2017). Interventions for Preventing Falls Among Older Adults Living in the Community. *Lancaster General Hospital Family Medicine*, 152-153.
- Dassen, W., & Keuning, F. (2011). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Amersfoort: Thieme Meulenhoff.
- Davis, J., & Polatajko, H. (2011). *Occupational development*. Upper Saddle River : Pearson Education.
- de Vries, H. (2017). *I-Change model*. Opgehaald van University Maastricht: <https://www.heindeevries.eu/interests/change>
- Dingemanse, K. (2018, december 31). *Uitien stappenplan voor het coderen van interviews*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethode/coderen-interview/>
- Dinklo, I. (2006). Fabels en feiten over kwalitatieve onderzoeksresultaten. *Kwalon*, 9.
- Dorresteijn, T., Zijlstra, G., Ambergen, A., Delbaere, K., Vlaeyen, J., & Kempen, G. (2016, Mei). Effectiveness of a home-based cognitive behavioral program to manage concerns about falls in community-dwelling, frail older people: results of a randomized controlled trial.
- Duckham, R., Procter-Gray, E., Hannan, M., Leveille, S., Lipsitz, L., & Li, W. (2013). Sex differences in circumstances and consequences of outdoor and indoor falls in older adults in the mobilize Boston cohort study.
- ergotherapie, S. S. (2018, mei 2). Multidisciplinaire samenwerking bij valpreventie. Waalwijk, Brabant, Nederland.
- Franse, C., Rietjens, J., Burdorf, A., van Grieken, A., Korfae, I., van der Heide, A., . . . Raat, H. (2017, juli). A prospective study on the variation in falling and fall risk among community-dwelling older citizens in 12 European countries. Rotterdam: BMJ Open.

- Horne, M., Speed, S., Skelton, D., & Todd, C. (2009). What do community-dwelling Caucasian and South Asian 60-70 year olds think about exercise for fall prevention? *Age and ageing*, 68-73.
- Horne, M., Speed, S., Skelton, D., & Todd, C. (2009). What do community-dwelling Caucasian and South Asian 60-70 year olds think about exercise for fall prevention? *Age and Ageing*, 68-73.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, Vol. 15 No. 9, Sage Publications.
- Huang, A., Mallet, L., Rochefort, C., Egualé, T., Buckeridge, D., & Tamblyn, R. (2015). Medication-related falls in the elderly. In *Drugs Aging* (pp. 359-376). Springer international Publishing AG.
- Jansen, S., Schoe, J., van Rijn, M., Abu-Hanna, A., Moll van Charante, E., van der Velde, N., & de Rooij, S. (2015, December). Factors associated with recognition and prioritization for falling, and the effects on fall incidence in community dwelling older adults.
- Kaminska, M. S., Brodowski, J., & Krakaiewicz, B. (2015). Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. 3406-3416.
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, R., & Skelton, A. (2014, November). Exercise for reducing fear of falling in older people living in de community (Review). *Cochrane Library*.
- Khong, L., Farrington, F., Hill, K., & Hill, A. (2015, Maart). "We are all one together": peer educators' views about falls prevention education for community-dwelling older adults--a qualitative study.
- Kuijper, C., & Verhoef, J. (2012). *Evidence Based Practice voor paramedici. Methodiek en implementatie*. Utrecht: Lemma bv.
- le Granse, M., Hartingsveldt, M. v., & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business.
- le Granse, M., Hartingsveldt, M. v., & Kinébanian, A. (2012). Hoofdstuk 12 Ontwikkeling van het handelen. In *Grondslagen*. Amsterdam: Reed Business.
- le Granse, M., Hartingsveldt, M. v., & Kinébanian, A. (2012). Hoofdstuk 19 Een aantal occupation-based ergotherapie modellen. In *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business.
- Luck, T., Motzek, T., Lupp, M., Matschinger, H., Fleischer, H., Sesselmann, Y., . . . Riedel-Heller, S. (2013, Juni). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age: a randomized controlled trial.
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care Assessing quality in qualitative research. *Education and debate*, 50-52.
- McMahon, S., Talley, K. M., & Wyman, J. F. (2011). Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: a literature review. *Int. J. older people Nurs.* , 289-298.
- McMahon, S., Talley, K. M., & Wyman, J. F. (2011). Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: A literature review. *Int J older people Nurs.* , 289-298.
- Nies, H., & Brugmans, M. (2015, Mei 4). *Tegen welke prijs laten we ouderen vallen?* Opgeroepen op november 12, 2018, van Vilans: <https://www.vilans.nl/artikelen/tegen-welke-prijs-laten-we-ouderen-vallen>
- Pereles, L., Jackson, R., Rosenal, T., & Nixon, L. (2017). Listening with a narrative ear: Insights from a study of fall stories in older adults. *Canadian Family Pshysician*.
- Rimland, J. M., Abraha, I., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Soiza, R., Gudmusson, A., . . . Cherubini, A. (2016). Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. *Sport and Exercise Science Collection*.

- Sandlund, M., Skelton, D. A., Pohl, P., Ahlgren, C., Melander-Wikman, A., & Lundin-Olsson, L. (2017). Gender perspectives on views and preferences of older people on exercise to prevent falls: a systematic mixed studies review. *BMC geriatrics*.
- Sandlund, M., Skelton, D. A., Pohl, P., Ahlgren, C., Melander-Wikman, A., & Lundin-Olsson, L. (2017). Gender perspectives on views and preferences of older people on exercise to prevent falls: a systematic mixed studies review. *BMC geriatrics*.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2012). *Research Methods for Business Students*. Pearson Education Limited.
- Scholl, D., & Olivier, D. (2014). *De essentie van kwalitatief marktonderzoek*. MOA.
- Stans, S. (2018, Oktober 25). Workshoep Interviews Analyseren. Heerlen, Limburg, Nederland.
- Steultjens, E., & Sturkenboom, I. (2016). *Ergotherapie Richtlijn Valpreventie*. Nijmegen/Utrecht: HAN, Ergotherapie Nederland.
- Steultjens, E., & Sturkenboom, I. (2016). *Ergotherapierichtlijn Valpreventie*.
- Sturkenboom, I., & Steultjens, E. (2016). *Ergotherapie richtlijn Valpreventie: evidence-based ergotherapie bij volwassenen met verhoogd valrisico*. Nijmegen/Utrecht.
- Sun, D. Q., Huang, J., Varadhan, R., & Agrawal, Y. (2016). Race and fall risk: data from the National Health and Aging Trends Study (NHATS). *Oxford University Press*, 120-127.
- Tolbrug Specialistische Revalidatie. (2019, januari 17). *De 'opnamedag'*. Opgehaald van [www.tolbrug.nl](https://www.tolbrug.nl/3/beroerte/De-opnamedag.html): <https://www.tolbrug.nl/3/beroerte/De-opnamedag.html>
- van der Velde, D., Schoon, D., Emmelot, D., Maier, P., Hegge, D., Rutten, D., . . . Aerts, D. (2017). *Preventie van valincidenten bij ouderen*.
- VeiligheidNL. (2018). *Privé-valongevallen bij ouderen*. Amsterdam: VeiligheidNL.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Vivrette, R. L., Rubenstein, L. Z., Martin, J. L., Josephson, K. R., & Kramer, B. J. (2011). Development of a Fall-Risk Self-Assessment for Community Dwelling Seniors. *J. Aging Phys. Act.* , 16-29.
- Vivrette, R. L., Rubenstein, L. Z., Martin, J. L., Josephson, K. R., & Kramer, J. B. (2011). Development of a fall-risk self-assessment for community-dwelling seniors. *J aging phys act.* , 16-29.
- Whitehead, P. J., Walker, M. F., Parry, R. H., Latif, Z., McGeorge, I. D., & Drummond, A. E. (2016). Occupational Therapy in HomeCare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial. *Rehabilitation medicine*.
- Wilcock, A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective on health*. Thorofare Slack Incorporated.
- Zhuang, J., Huang, L., Wu, Y., & Zhang, Y. (2014, Januari). The effectiveness of a combined exercise intervention on physical fitness factors related to falls in community-dwelling older adults.

Bijlage 1. Informatiebrief deelnemers



Informatiebrief interview perspectieven van 65-plussers t.a.v. vallen & valpreventie

November 2018

Nieuw Eyckholt 300
6419 DJ Heerlen
valpreventiezuyd@gmail.com

Geachte heer/mevrouw,

Enkele dagen geleden hebben wij telefonisch contact met u gehad over het afnemen van een interview. Wij zijn blij te horen dat u interesse heeft om deel te nemen en willen u graag meer informatie geven over het doel en de opzet van het interview. Wij zijn vier studenten ergotherapie aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen en gaan deze interviews afnemen in het kader van onze afstudeerscriptie. Indien u na het lezen van de brief nog vragen heeft, kunnen deze tijdens het afgesproken tijdstip voor het interview besproken worden.

Doel van het onderzoek

De meeste valincidenten doen zich voor bij een nog steeds toenemende groep ouderen, waarbij het vóórkomen van valpartijen toeneemt met het stijgen van de leeftijd. Het aantal 65-plussers dat na een val op de spoedeisende eerste hulp belandt, is in 10 jaar met 40 procent gestegen.

Zorgverleners in Elsloo werken vanuit het Zorgnetwerk Elsloo samen om goede zorg te bieden aan ouderen. Net als de Gemeente Stein vinden de zorgverleners het voorkomen van vallen bij ouderen een belangrijk aandachtspunt. Daarom zijn wij als studenten van Zuyd Hogeschool gevraagd om een onderzoek uit te voeren waarbij de perspectieven van thuiswonende 65-plussers op vallen en valpreventie centraal staat. Het is daarbij niet van belang of de 65-plussers al eens gevallen zijn of niet.

Wat willen we doen?

Er zal één interview bij u worden afgenomen, welke ongeveer één uur duurt. Het interview zal bij u thuis plaatsvinden. Indien het niet mogelijk is dit interview bij u thuis af te nemen, kan dit ook op een andere gewenste locatie. Wij zullen het interview in tweetallen afnemen.

Risico's

Er zijn voor de deelname aan dit interview geen risico's verbonden voor u.

Voordelen

Door uw deelname aan het interview kunnen wij uw mening en perspectief over vallen en valpreventie in kaart brengen zodat het Zorgnetwerk Elsloo en de Gemeente Stein beter weten welke informatie en/of ondersteuning zij het beste kunnen bieden.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

Alle gegevens die voortkomen uit het interview worden vertrouwelijk beschouwd en anoniem verwerkt. U heeft tevens inzage in uw eigen gegevens en resultaten, die verzameld worden tijdens het interview.

Vrijwillige deelname

De deelname aan het interview is geheel vrijwillig en u mag altijd alsnog afzien van deelname zonder verdere consequenties.

Resultaten van de interviews

De resultaten worden geanonimiseerd weergegeven in een onderzoeksrapportage voor Stichting Zorgnetwerk Elsloo en de Gemeente Stein.

Klachten of vragen

Mocht u voor, tijdens of na het interview, vragen of klachten hebben met betrekking tot de inhoud en/of het verloop van het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met Sabine Bashier of mailen naar valpreventiezuyd@gmail.com.

Tot slot

Wij willen u nogmaals bedanken voor uw deelname en wij zien u graag op het afgesproken moment voor het afnemen van het interview.

Met vriendelijke groet,
Sanne den Dekker
Robin Frankes
Kelsy Godding
Ramón Smeets
valpreventiezuyd@gmail.com

Bijlage 2. Interviewguide

Naam interviewers: ☐ Kelsy Godding ☐ Robin Frankes ☐ Sanne den Dekker ☐ Ramón Smeets		Datum en tijd: ____-____-2018 ____:____	Doelgroep: Aanleunwoning Thuiswonend in de wijk	Locatie: ☐ La Famille ☐ Aelserhof ☐ Tussenwoningen
Centrale vraagstelling: Wat zijn de perspectieven van kwetsbare, thuiswonende ouderen in Elsloo t.a.v. vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement?				
Introductie				
Uitleg beroep ergotherapie	Ergotherapie is paramedische zorg, net zoals fysiotherapie, logopedie en diëtiëk. Ergotherapeuten helpen mensen om hun dagelijks leven weer op te pakken als dat niet meer lukt door bijvoorbeeld lichamelijke of psychische problemen. Dit kunnen simpele dingen zijn zoals eten en aankleden.			
Uitleg van het onderzoek	Doel van het semigestructureerde interview: Tijdens ons afstudeerproject onderzoeken wij de gedachten en meningen van thuiswonende 65-plussers rondom het onderwerp vallen. Wij willen graag van u weten hoe u aankijkt tegen vallen en wat uw ervaringen daarmee zijn.			
	De interviews worden uitgeschreven en geanalyseerd. Deze gegevens worden anoniem weergegeven in een onderzoeksrapportage. Stichting Zorgnetwerk Elsloo en Gemeente Stein gaan de gegevens gebruiken om verder te denken over mogelijke activiteiten voor de thuiswonende 65-plussers in Elsloo.			
Privacy	Persoons- en adresgegevens worden anoniem verwerkt.			
	Wij zouden het interview graag opnemen, deze worden uitsluitend gebruikt ter ondersteuning bij het uitschrijven en analyseren van de interviews, vindt u dit goed? De opnames worden vernietigd na afronding van het onderzoek.			
Procedure	Bedankt voor uw deelname aan het interview. Er is een informatiebrief verspreid over de opdracht en er is zojuist nog informatie besproken, heeft u voordat we starten nog vragen? Tijdens het interview staat uw mening centraal, niets is goed of fout en u mag stoppen wanneer u wilt. Het interview zal ongeveer een uur duren.			

Algemene gegevens		Voor we beginnen zouden wij u graag vragen om een formulier in te vullen. Hierop mag u uw gegevens als naam, geboortedatum etc. invullen, zodat wij een duidelijk beeld krijgen welke persoon bij welk afgenomen interview hoort. Ook deze formulieren worden vernietigd na afronding van het onderzoek.	
Thema	Hoofdvraag	Doorvragen	Topics
Introductie	Wilt u, voor dat we beginnen, nog iets over mij weten? Vertel eens iets over uzelf.	- Wat is belangrijk om over u te weten voordat we starten?	
Vallen	Bent u ooit eerder gevallen? Indien nee: Bent u ooit bijna gevallen?	- Hoe was het voor u om dit mee te maken? - Weet u zelf waardoor u (bijna) viel? - Had deze (bijna) val gevolgen op uw manier van leven?	
Valrisico	Wat zijn volgens u oorzaken waarom 65-plussers kunnen vallen? Hoe groot schat u uw eigen valrisico in op dit moment in uw leven (op een schaal van 1-5)?	- Waarom denkt u dat? - Heeft u dat ooit ervaren? - Heeft u dat ooit van iemand uit uw omgeving gehoord? - Kunt u een voorbeeld daarvan geven? - Kunt u hier meer over vertellen? - Wat bedoelt u daarmee? - Kunt u dit verder toelichten?	- Wij weten uit literatuur dat ... valrisico's kunnen zijn, hoe denkt u daarover? ○ Schoeisel ○ Looppatroon ○ Medicatie ○ Omgeving binnenshuis ○ Omgeving buitenshuis ○ Belasting/belastbaarheid (wanneer u te veel belast)
Valangst	Bent u wel eens bang om te vallen? Indien nee;	- Hoe is dat voor u? - Wanneer begon deze angst? - Heeft deze angst gevolgen voor u? - Hoe gaat u met deze gevolgen om? - Wat is hier de reden voor?	- Een aantal gevolgen van angst kunnen zijn ... herkent u dit? ○ Nogmaals vallen ○ Activiteiten vermijden/passiviteit ○ Minder buitenshuis komen

Interventies	Wat doet u zelf om vallen te verminderen/voorkomen? Indien geen interventies;	- Waarom heeft u daarvoor gekozen? - Hoe heeft u dat ervaren? - Heeft dit effect gehad op uw manier van leven? - Heeft u er ooit over nagedacht om zelf iets te ondernemen m.b.t. vallen? - Kunt u dat uitleggen? - Voelt u zich in staat om zelf actie te ondernemen?	- Mogelijkheden om vallen te verminderen/voorkomen kunnen zijn ... hoe denkt u hierover? ○ Valeducatie (training, informatie) ○ Woningaanpassingen
Behoeften en wensen	We hebben het tot nu toe gehad over verschillende onderwerpen rondom vallen. Als u nu denkt aan het voorkomen van een val/van de vorige val, hoe zou u dat kunnen bereiken?	- Zijn er nog meer dingen die u graag zou willen? - Wat zou u helpen om dat te bereiken? - Welke ondersteuning heeft u daarbij nodig? - Kunt u hier een voorbeeld van geven? - Hoe ziet u dat voor zich? - Wat zou dat concreet kunnen zijn?	- Een aantal voorbeelden kunnen zijn: ○ Educatie/voorlichting ○ Woningaanpassingen ○ Hulpmiddelen ○ Ondersteuning van bijv. HA, fysio etc. ○ Behoeftte aan sociale contacten
Afsluiting			
Algemeen	Nogmaals bedankt voor uw deelname aan dit interview. Zijn er nog dingen die u wilt aanvullen of heeft u nog vragen voor ons?		
	Wij zullen de interviews anoniem uitwerken, er zullen geen gegevens van u bekend gemaakt worden. Wanneer alle interviews zijn uitgewerkt en de afstudeerperiode klaar is (februari 2019), worden de audio-opnames verwijderd.		
Vervolg	Het interview wordt na afname volledig uitgeschreven en geanalyseerd. De belangrijkste resultaten worden eruit gehaald en in een onderzoeksrapportage weergegeven. Dit betekent niet dat wij delen van het interview achterwegen laten, deze gegevens worden later meegewogen voor het opzetten van interventies. Uw mening en gedachten worden in deze onderzoeksrapportage letterlijk benoemd. Stichting Zorgnetwerk Elsloo en Gemeente Stein gaan in de toekomst verder met de gegevens om gerichte oplossingen te bieden.		

Tabel 4. Interviewguide

Bijlage 3. Toestemmingsverklaring

Voor deelname aan het interview omtrent het onderwerp vallen & valpreventie; aanvinken van wat toepassing is.

- Ik ben over het interview geïnformeerd. Ik heb bijgaande informatiebrief gelezen en begrepen. Ik heb over deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven. Dit zal geen consequenties voor mij hebben.
- Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen en deze zijn naar tevredenheid behandeld.
- Ik geef uit vrije wil toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek.

Ik wens wel/niet* geïnformeerd te worden over de resultaten van het onderzoek, die middels een onderzoeksrapportage aan het Stichting Zorgnetwerk Elsloo verstrekt worden.

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening:

* doorhalen wat niet van toepassing is

Ondergetekende verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd en vragen van genoemde persoon naar beste weten beantwoord zijn. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de reguliere behandeling.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Dit formulier is in tweevoud verstrekt. Een versie is bestemd voor de deelnemer. De ander versie is bestemd voor de onderzoeker.

Bijlage 4. Algemene gegevens formulier

	Algemene gegevens
---	--------------------------

Gegevens geïnterviewde deelnemer

Voornaam

Achternaam

Geboortedatum

Geslacht

☐ Man ☐ Vrouw

Woonsituatie

☐ Alleenwonend ☐ SamenwonendHoelang woont
u hier?Jaar

Loophulpmiddel

☐ Nee ☐ Ja, namelijk:

Bent u eerder
gevallen?☐ Nee ☐ Ja, 1 à 5 keer
☐ Ja, 5 à 10 keer ☐ Ja, 10 of vaker

Bijlage 5. Codebomen

5.1 Axiale codeboom

Hoofdvraag:					
Wat zijn de perspectieven van de kwetsbare, thuiswonende ouderen in Elsloo t.a.v. vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement?					
Onderzoeksvraag 1:	Onderzoeksvraag 2:		Onderzoeksvraag 3:	Onderzoeksvraag 4:	Onderzoeksvraag 5:
Hoe groot schatten kwetsbare, thuiswonende ouderen hun risico in om te vallen?	In hoeverre ervaren kwetsbare, thuiswonende ouderen angst om te vallen?		Welke strategieën en/of interventies hebben kwetsbare, thuiswonende ouderen reeds toegepast om valincidenten te verminderen/voorkomen en hoe hebben zij deze ervaren?	Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de behoeften rondom valpreventie?	Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de wensen rondom valpreventie
Axiale codes vraag 1:	Axiale codes vraag 2:		Axiale codes vraag 3:	Axiale codes vraag 4:	Axiale codes vraag 5:
- Mentaal - Gedrag - Lichamelijk - Binnenshuis - Buitenshuis - Schoeisel - Looppatroon - Hulpmiddel - Medicatie - Eigen risico	- Gevolgen van een val: - Mentaal - Gedrag - Lichamelijk - Hulpmiddel	- Oorzaken van een val - Gevolgen van een val - Geen valangst	- Zelfmanagement - Mentaal - Gedrag - Lichamelijk - Binnenshuis - Buitenshuis - Schoeisel - Medicatie - Hulpmiddelen - Looppatroon - Hulpmiddelen - Ervaringen met hulpmiddel - Woningaanpassingen - Paramedici - Valeducatie - Schoeisel	- Mentaal - Woningaanpassingen	- Educatie - Hulpmiddelen - Gedrag - Binnenshuis

Tabel 5. Codeboom axiale codes

5.2 Hoe groot schatten kwetsbare, thuiswonende ouderen hun risico in om te vallen?

Valrisico	Mentaal	- Onzeker zijn (2) - Leiden tot een val - Te voorzichtig zijn - Durft niet zonder rollator te lopen - Bang om over springende honden te vallen (2) - Afgeleid (met het hoofd met wat anders bezig zijn) (2) - Te veel bezig zijn met valpreventie of dingen veranderen zou kunnen - Vergeten dat de wieltjes van de rollator uitsteken waardoor men valt
	Gedrag	- Te vlug reiken - Te snel bukken - Te vlug opstaan - Niet opletten (2) - Te vlug draaien (3) - Niet opletten hoe je loopt - Te vlug handelen/ bewegen - Minder lichamelijk actief zijn - In gesprek zijn tijdens het lopen - Te lang zelfstandig blijven wonen - Te ver vooruitkijken en obstakels over het hoofd zien - Loslaten van toiletbeugel tijdens het optrekken van broek en evenwicht verliezen
	Lichamelijk	- Diabetes - Struikelen - Duizeligheid - Te ver bukken - Hersenbloeding - Evenwichtsstoornis (9) - Bijna niet kunnen lopen - Vermoeidheid in de benen - Zuurstof te kort in hersenen - Slechte doorbloeding in benen - Slechte visus, geen diepte zien (8) - Storing in de kleine hersenen wat leidt tot vallen - Door blindheid niet zien wie aan de deur staat op het scherm hierdoor naar buiten lopen om te kijken
	Binnenshuis	- Matjes (5) - Drempels (4) - Drukke inrichting - Uitstekende kabel in huis - Gladde badkamervloer (2) - Geen ruimte om met rollator te lopen - Struikelen over pantoffels in de huiskamer - Men komt in een nieuwe onvertrouwde omgeving - Achter de poot van de bank blijven hangen (oorzaak val)

	Buitenshuis	- Boomstronken/ wortels (2) - In- en uit bussen, treinen stappen - Ongelijke, scheve, losse stoeptegels (10) - Te weinig plaats om voeten neer te zetten bij bus uitstappen - 's Avonds buiten lopen en struikelen door donkere omgeving - Elektrische fiets, door weinig controle die je had als bestuurder - Vuilnisbakken midden op de stoep waardoor men de weg op moet
	Schoeisel	- Slippers - Te gladde zolen - Te grote schoenen - Te kleine schoenen - Foute zolen, te stroef - Schoenen met hakken - Geen schoenen dragen - Geen stevige schoenen - Instappers, losse schoenen, open sloffen (4)
	Loop- patroon	- Schuifelen (2) - Waggelen/wiebelen - Voeten niet goed optillen (3) - Op de rand van de schoen staan
	Hulpmiddel	- Valdetectie niet omdoen - Rollator als oorzaak val (2) - Struikelen over wielen rollator (2) - Loophulpmiddel niet gebruiken (2) - Personen alarmering niet om doen (2) - Scheef en gebogen lopen door rollator - Blijven hangen achter vierpoot (oorzaak val) - Rollator of trippelstoel niet op de rem zetten - Geen gebruik maken van rollator binnenshuis - Struikelen over uitstekende poten van rolstoel - Geen gebruik maken van rollator bij vermoeide benen - Mensen gaan sneller lopen met kleine pasjes achter de rollator - Rollator moeten optillen wanneer de stoepranden niet verlaagd zijn - Mandje van de rollator te vol maken en daardoor het evenwicht verliezen
	Medicatie	- Suf en verward - Kan evenwicht aantasten - Duizeligheid door oxycodon - Tast zicht aan, ogen gaan achteruit - Waar je wiebelig van wordt (duizelig) - Zorgt voor vaste slaap, men is versuft bij wakker worden en moet even bijkomen
	Eigen risico	- Hoog: door vaak in gedachten te zijn - Hoe ouder men wordt, des te sneller vallen ze - Hoog: Durft niet meer zonder rollator te lopen - Middel: Valrisico is te beperken zolang men op blijft letten

Tabel 6. Codeboom valrisico

5.3 In hoeverre ervaren kwetsbare, thuiswonende ouderen angst om te vallen?

Deel I

Vallen	Gevolgen van een val	Mentaal	- Valangst (2) - Onzekerheid (2) - Erg geschrokken - Na een val niet naar de winkel durven - Vallen is onvermijdelijk, het gebeurt gewoon (3)
		Gedrag	- Rustiger lopen - Minder fietsen - Stoppen met autorijden - Voorzichtiger geworden - Eigen eten niet meer bereiden - Activiteiten vermijden (busreizen, risicovolle situaties) - Verlies van zelfstandigheid → minder doen om veiligheid te waarborgen
		Lichamelijk	- Dwarslaesie - Instabiel geworden - Pijn aan de knie en enkel - Kneuzingen (enkel, schouder) (2) - Bloedprop tussen hersenen en schedel - Botbreuken (teen, polsen, schouder) (3) - Niet meer zelfstandig rechtekomen na een val - Verwondingen (scheenbeen, hoofdond) (2) - Last van kaak: geen harde dingen kunnen eten
		Hulpmiddel	- Rollator aangeschaft

Tabel 7. Codeboom vallen

Deel II

Valangst	Oorzaken van valangst	- Botbreuk(en) - Oorzaak onbekend - Evenwichtsstoornis - Door een eerdere val - Alleenwonend geworden - Overlijden van partner waardoor men passiever wordt
	Gevolgen van valangst	- Stok aangeschaft - Voorzichtiger zijn - Minder naar buiten gaan - Bang om nogmaals te vallen - Altijd met een rollator lopen - Altijd de lampen aan binnenshuis - Actieve hobby's niet meer uitvoeren - Nooit meer ergens alleen naar toe gaan - Geen bezoeken meer af te leggen bij vriendin door angst om onderweg te vallen - Bedenken van manieren om vallen te voorkomen, bijvoorbeeld tussen de radiator en het toilet staan tijdens het optrekken van de broek voor extra steun
	Geen valangst	- Het voorkomen van een val is niet mogelijk - Nog nooit een ernstig letsel opgelopen door een val - Geen valangst door vroeger judo waardoor men bekend is met valbreken

Tabel 8. Codeboom valangst

5.4 Welke strategieën en/of interventies hebben kwetsbare, thuiswonende ouderen reeds toegepast om valincidenten te verminderen/voorkomen en hoe hebben zij deze ervaren?

Interventies	Zelfmanagement	Mentaal	- Goed nadenken bij alles
		Gedrag	- Bewuster handelen - Overal op letten (6) - Voorzichtiger zijn (4) - Vooruit blijven kijken - Verhuist naar de zorgwoning - Rustig blijven en niet haasten - Vermijden van onveilige situaties - Niet meer op stoel of trap gaan staan - Tijdens uitkleden op toilet gaan zitten - In het donker niet meer naar buiten gaan - Niets meer ondernemen bij geen energie (4) - Beugels vasthouden bij toilet tijdens draaien - Zo veel mogelijk overdag doen als het licht is - Aan alles in omgeving vasthouden voor steun - Alles rustig aan doen om vallen te voorkomen - Pas opstaan als men zich weer goed genoeg voelt - Nutridrink van 1500 kcal om energie te verkrijgen - 's Middags op bed liggen om energie te verkrijgen (3) - Bij afstanden langer dan 500 meter, bus of taxi nemen - Iemand in de arm nemen tijdens het wandelen buiten (3) - Douchen en huishouden uit handen geven om valrisico te verlagen (3) - Tussen toilet en radiator staan tijdens optrekken broek voor meer steun - Bij een evenwichtsstoornis gaan zitten of liggen om een val te voorkomen - Vasthouden aan dingen en gaan zitten om val te voorkomen bij niet goed voelen - Huishoudelijke hulp douche laten drogen om uitglijden en vallen te voorkomen - Naar de grond blijven kijken tijdens het lopen in straten met veel bomen, om niet te vallen
		Lichamelijk	- Ochtendgym om fit te blijven - Geen onverwachte bewegingen maken - Geen zware dingen tillen maar een keer vaker lopen - Conditie en spierkracht behouden om vallen te voorkomen (2) - Energie verdelen door niet over lichamelijke grenzen heen te gaan
		Binnenshuis	- Geen matjes in huis (2) - Altijd de lampen aan in huis - Deuren open voor veiligheid - Antislipmat in op badkamer en toilet - Weinig meubels in de woning voor ruimte - Tafeltjes op wielen aangeschaft om klap na val te verminderen - Badlaken op vloer leggen in badkamer om uitglijden te voorkomen

	Buitenshuis	- Aan de kant van de huizen lopen om niet te moeten uitwijken - In de goot lopen om niet over de scheve tegels op de stoel te moeten lopen
	Schoeisel	- Buiten altijd stevige schoenen dragen
	Medicatie	- Geen medicatie nemen die sufheid veroorzaken
	Hulpmiddelen	- Rollator goed vasthouden - Direct op rollator gaan zitten bij duizeligheid - Rollator meenemen naar toilet om beter op staan - Rollator inzetten om borden te kunnen verplaatsen - Stok en rollator binnen- en buitenshuis gebruiken (5) - Achter een rolstoel met iemand mee lopen voor steun
	Looppatroon	- Voorzichtig lopen; voetje voor voetje - Langzaam lopen en hard de voeten neerzetten om vallen te voorkomen (2)
	Hulpmiddelen	- Traplift - Stok (2) - Vierpoot - Rollator (6) - Rolstoel (4) - Valdetectie (2) - Trippelstoel (2) - Sta-op-stoel (2) - Scootmobiel (4) - Electrische rolstoel - Personenalarmering waarbij verpleging gewaarschuwd wordt bij een val (3)

	Ervaringen hulpmiddelen	- Een stevige rollator is fijn - Een brede rollator is niet fijn - Rollator geeft steun en een veilig gevoel (3) - Een lichtgewicht rollator is niet fijn en geeft geen steun - Rollator aangeschaft door moeilijk lopen en onzekerheid - Schaamte voor rollator waardoor niet vaak buitenkomen - Om 's middags energie te besparen een rolstoel aangeschaft - Valdetectie waarschuwt automatisch partner ten tijde van een val - Rolstoel en scootmobiel worden buiten gebruikt wanneer slecht ter been - Bij weinig energie worden elektrische rolstoel en scootmobiel ingezet om toch de deur uit de te kunnen en de boodschappen te kunnen doen - Negatieve ervaring met personenalarmering, men is gevallen maar soms komt er niemand door te kort aan verpleging, bij bewusteloosheid kan het niet gebruikt worden en verpleging lijkt niet goed te weten hoe het gebruikt moet worden (3)
	Woningaanpassingen	- Antislipvloer - Toiletheugel (9) - Douchestoel (8) - Douchebeugel (6) - Verhoogd toilet (2) - Woning gelijkvloers - Drempelhulp bij voordeur - Woning zo leeg mogelijk inrichten - Douchekraan aangepast aan zithoogte - Lagere douchebak en hogere badkamervloer - Aanpassingen dragen bij aan het verminderen van valincidenten - Goede doorgankelijkheid van de woning creëren zodat er overal met rollator gelopen kan worden
	Paramedici	- Ergotherapie voor woningaanpassingen - Fysiotherapie voor het leren lopen met rollator - Ergotherapie voor het aanschaffen van hulpmiddelen - Ergotherapie voor een betere energieverdeling over de dag (2)
	Valeducatie	- Geen interesse door tijdsinvestering - Men wil leren hoe anderen te helpen bij een val - Niet de moeite waard omdat men nog zelfstandig is - Geen interesse in valeducatie door teruggetrokken karakter - Openstaan voor educatie, ook om te horen wat ervaringen zijn van anderen (2) - Valeducatie en advies worden sneller aangenomen door een professional met meer zeggenschap - Het is zinvol om bewust te worden van valrisico's en zich beter op kunnen vangen na een val om lichamelijk letsel te verkleinen
	Schoeisel	- Antislipzolen - Goede schoenen voorkomt vallen - Schoenen die stevig om de enkels zitten (4)

Tabel 9. Codeboom interventies

5.5 Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de wensen rondom valpreventie?

Wensen	Mentaal	- Gedachten kunnen uitschakelen
	Woningaanpassingen	- Drempelhulp bij balkon en kelder - Beugel naast wasbak voor meer steun - Beugels bij de voor- en achterdeur voor extra steun tijdens het openmaken van de deur - Stangen aan de muren in de gang voor meer steun, wanneer men naar de voordeur loopt - Bredere planchettes op de badkamer boven de wasbak om makkelijker spullen op te zetten, zonder te veel te focussen op het evenwicht

Tabel 10. Codeboom wensen

5.6 Hoe beschrijven kwetsbare, thuiswonende ouderen de behoeften rondom valpreventie?

Behoeften	Educatie	- Tips
	Hulpmiddelen	- Verpleegkundigen dienen sneller en adequaat te reageren op een personenalarmering
	Gedrag	- Beter opletten heeft men nodig om vallen te voorkomen
	Binnenshuis	- Gelijkvloers blijven wonen

Tabel 11. Codeboom behoeften

Bijlage 6. Informatiebrief deelnemers Resultaten



Informatiebrief

Resultaten van het onderzoek: Perspectieven van 65-plussers t.a.v. vallen & valpreventie

Januari 2019

Nieuw Eyckholt 300

6419 DJ Heerlen

valpreventiezuyd@gmail.com

Geachte heer/mevrouw,

Enkele maanden geleden (november jl.) zijn wij, twee studenten van de opleiding ergotherapie, bij u geweest voor een interview rondom uw gedachten/meningen over vallen. Na afloop van het interview gaf u aan graag nader geïnformeerd te worden over de resultaten van het onderzoek waaraan u heeft bijgedragen. Middels deze brief willen wij u informatie verstrekken over de resultaten van het onderzoek.

Interviews

In totaal zijn er 12 personen geïnterviewd. Alle deelnemers zijn woonachtig in Aelserhof, La Famille of de tussenwoningen. De interviews zijn goed verlopen en wij hebben veel belangrijke informatie hieruit kunnen halen.

Conclusie van het onderzoek

Door middel van dit onderzoek is antwoord gegeven op de volgende vraag: 'Wat zijn de perspectieven van de kwetsbare, thuiswonende ouderen in Elsloo t.a.v. vallen, valrisico, valpreventie, valeducatie en zelfmanagement?'. Er zijn veel opvallende resultaten uit dit onderzoek gekomen, waarvan wij u middels deze brief op de hoogte willen brengen. Zie bijlage I voor een uitgebreide versie van de resultaten.

Uit de resultaten komt naar voren dat de geïnterviewde deelnemers weinig wensen en behoeften konden benoemen met betrekking tot het verminderen of voorkomen van vallen wanneer hier direct naar gevraagd werd. Echter, benoemde deelnemers gedurende de interviews wel verschillende wensen en behoeften. Ook wezen de resultaten uit, dat de deelnemers zelf al veel ondernemen om vallen te voorkomen. De meningen over het al dan niet deelnemen aan valeducatie waren zeer verdeeld, waar één persoon hier wel voor openstond was dit bij een ander geen optie. Ditzelfde gold voor de valangst. Sommige deelnemers ervaarden valangst als gevolg van een val en anderen ervaarden geen enkele vorm van angst. Verder waren de meeste deelnemers in staat veel valrisico's te benoemen. Echter, leek het inschatten van het eigen risico niet door iedereen correct te kunnen worden benoemd naar aanleiding van hun onderbouwing. Tot slot bleken de 65-plussers niet bekend

met de mogelijkheden voor valpreventie. Ook was het voor hen niet duidelijk waar zij daarvoor terecht kunnen.

Een duidelijk antwoord op de hoofdvraag kan niet gegeven worden. Er kan wel gesteld worden dat de geïnterviewde 65-plussers veel verschillende perspectieven hebben rondom het onderwerp vallen en dat deze sterk uiteenlopen.

Klachten of vragen

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen of klachten hebben met betrekking tot de inhoud en/of het verloop van het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met Sabine Bashier of mailen naar valpreventiezuyd@gmail.com.

Tot slot

Wij willen u nogmaals bedanken voor uw deelname en hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben over de resultaten van het onderzoek.

Met vriendelijke groet,
Sanne den Dekker
Robin Frakes
Kelsy Godding
Ramón Smeets
valpreventiezuyd@gmail.com

Bijlage I

Binnen het onderzoek zijn twee overkoepelende uitkomsten ontstaan, namelijk 'ervaringen met vallen' en 'wensen en behoeften' van de doelgroep. Aan de hand van deze twee uitkomsten zijn de resultaten weergegeven.

Ervaringen met vallen

Mentaal

- Meerdere deelnemers gaven aan dat afgeleid zijn, ofwel met de gedachten ergens anders zijn, een valrisico kan zijn. Het vergeten van uitstekende wieltes van de rollator en het niet durven lopen zonder rollator door angst, wordt ook als risico benoemd. Te voorzichtig zijn en te veel bezig zijn met voorkomen van valincidenten of het veranderen van dingen zou ook kunnen leiden tot een val. Tot slot werd onzekerheid in het algemeen door meerdere personen gezien als een risico.
- Ook valangst werd door meerdere deelnemers aangewezen als mentaal gevolg van een val. Een oorzaak van valangst is, wanneer men plotseling alleen komt te wonen en mogelijk passiever wordt door het wegvallen van de partner of wanneer men reeds een valincident heeft meegemaakt. Er waren tevens deelnemers die de oorzaak van de valangst niet konden achterhalen.
- Deze valangst bleek ook verscheidene gevolgen op het dagelijks leven van de deelnemers te hebben, zoals: minder naar buiten gaan, actieve hobby's achterwegen laten en minder sociale contacten onderhouden. Zij zijn minder gaan ondernemen om de eigen veiligheid te waarborgen. Dit had voor enkele deelnemers het gevolg dat zij gevoelsmatig de zelfstandigheid verloren zijn. Echter zijn andere deelnemers van mening dat een val onvermijdelijk is, en toch wel gebeurd.

Gedrag

- Meerdere deelnemers gaven aan dat niet goed opletten, bijvoorbeeld kletsen tijdens het lopen, voor een hoger valrisico zorgt en dus de kans op vallen vergroot.
- Verder werd te vlug handelen/bewegen als oorzaak van vallen genoemd. Voorbeelden hierbij zijn, heel diep door de knieën gaan, te vlug handelen, te vlug opstaan etc. Het minder lichamelijk actief zijn en te lang zelfstandig blijven wonen worden tot slot ook als valrisico gezien.
- Verder gaven veel deelnemers aan verschillende dingen te doen om vallen te verminderen/voorkomen en om de eigen veiligheid zo goed mogelijk te waarborgen, zoals: voorzichtiger en rustiger bewegen, niet naar buiten gaan bij vermoeidheid of een taxi nemen bij langere afstanden. Ook wordt er rekening gehouden met de energieverdeling, zoals: het uitbesteden van huishoudelijke taken, hulp in verzorging en voldoende rust nemen.

Lichamelijk

- Lichamelijke problemen zijn voorbeelden van aspecten rondom vallen, die vaak als vergroot valrisico worden benoemd, zoals: evenwichtsstoornissen, duizeligheid, slechte visus, vermoeidheid of een slechte doorbloeding in de benen.
- Deelnemers gaven aan de conditie en spierkracht te behouden om vallen te voorkomen.
- Naast dat lichamelijke aspecten een oorzaak van vallen kunnen zijn, werden zij ook als gevolg van een val door de deelnemers bestempeld. Deze gevolgen betreffen o.a.

verwondingen, kneuzingen en botbreuken. Ook gaven enkele deelnemers aan dat zij instabieler zijn geworden en niet meer zelfstandig op kunnen staan na een val.

Binnenshuis

- Een groot deel van de deelnemers gaf aan dat zich binnen in de woning verschillende valrisico's bevinden, zoals: drempels, losse matjes, een gladde badkamervloer, rondslingerende pantoffels en een drukke woninginrichting. Deze drukke inrichting kan als gevolg hebben dat er niet voldoende beweegruimte is voor een persoon met rollator.
- Ook gaven verschillende deelnemers aan binnenshuis acties te ondernemen om de kans op vallen te verkleinen, zoals: het verwijderen van losliggende matjes in de woning, het plaatsen van antislipmatjes op de badkamer om uitglijden te voorkomen en een goede doorgankelijkheid van de woning, zodat men overal met de rollator kan lopen.

Buitenshuis

- De meeste deelnemers zien ongelijke, scheve of losse trottoirtegels als valrisico, zoals boomstronken en wortels die uit de grond naar boven komen. Door vuilnisbakken die midden op het trottoir staan, moet men de straat op, dit wordt als extra risico gezien.

Schoeisel

- Een aantal deelnemers gaven aan dat slippers, losse schoenen, sloffen, schoenen met hakken of het simpelweg niet dragen van schoenen leiden tot een groter valrisico. Over schoenen in het algemeen werd gezegd dat wanneer schoenen te glad, te stroef, te groot, te klein of niet stevig genoeg zijn, dit een vergroot valrisico geeft.

Looppatroon

- Schuifelen, 'waggelen' en op de rand van de schoen lopen werd door meerdere deelnemers gezien als een groter risico op vallen.
- Verder gaven verschillende deelnemers aan dat rustig lopen en het hard neerzetten van de voet het valrisico verkleind.

Hulpmiddelen

- De meningen betreffende verschillende hulpmiddelen liepen sterk uiteen. Een (loop)hulpmiddel werd bijvoorbeeld gezien als een manier om vallen te verminderen, maar tevens ook als een valrisico.
- Bij de rollator kwamen de volgende bevindingen naar voren: het gebruik is gevaarlijk wanneer de rollator opgetild moet worden bij een stoeprand, de rollator kan snel kantelen door een te vol mandje, de rollator wordt niet consequent gebruikt en niet consequent op de rem gezet. Een aantal personen benoemden ook dat zij juist ten gevolge van een val een rollator hebben aangeschaft.
- De rollator werd door veel deelnemers ook ingezet als manier om vallen te verminderen en ingezet om objecten te verplaatsen of om op te gaan zitten bij duizeligheid.
- Valdetectie werd aangemerkt als een hulpmiddel welke zorgt voor een veilig gevoel, omdat het de partner waarschuwt bij een valincident. Wat betreft de personenalarmering, zijn de reacties minder positief. Zo werd benoemd dat men het bij bewusteloosheid niet kan bedienen, dat een melding niet altijd opgevolgd wordt door de verpleging en dat de verpleging er soms niet goed mee om weet te gaan. Daarentegen blijkt dat sommige deelnemers de aangewezen personenalarmering of valdetectie niet altijd bij zich dragen.

Dit zorgt indirect niet voor een vergroot risico, maar het zorgt ervoor dat men niet kan signaleren en de kans om snel geholpen te worden kleiner is.

Valeducatie

- De meningen omtrent valeducatie liepen erg uiteen. Zo benoemden meerdere deelnemers open te staan voor educatie, enerzijds om de ervaringen van anderen te horen. Anderzijds omdat het als zinvol werd beschouwd, aangezien men zich dan bewust wordt van valrisico's en leert zich goed op te kunnen vangen bij een val om lichamelijk letsel te verminderen.

Eigen risico

- Naast het feit dat deelnemers valrisico's in het algemeen benoemden, beoordeelden zij ook het eigen valrisico. Het valrisico werd hoger ingeschat wanneer deelnemers vaker in gedachten zijn, wanneer ze niet zonder rollator durven te lopen en wanneer zij onlangs gevallen zijn. Het valrisico werd lager ingeschat wanneer deelnemers in staat zijn om goed op te blijven letten, wanneer zij van mening zijn dat de kans op vallen niet aanwezig is en wanneer zij luisteren naar de waarschuwingen uit de sociale omgeving.

Wensen en behoeften

Wensen

- Meerdere deelnemers benoemen een verandering in het eigen gedrag als wens om vallen te verminderen/voorkomen, namelijk gedachten kunnen uitschakelen. Daarnaast benoemen zij diverse woningaanpassingen, denk hierbij aan drempelgeleiders om struikelen over drempels te voorkomen en beugels in de woning waaraan steun gezocht kan worden.

Behoeften

- De meeste deelnemers hebben geen specifieke behoeften benoemd, maar uitten ontevredenheid over verschillende aspecten rondom de personenalarmering.