



ergotherapiepraktijkvenray

Praktijkgericht Onderzoek Valpreventie

2017
2018

*Het model van Feldman:
inzetbaar bij valpreventie?*

Opleiding Ergotherapie

Aspirant-onderzoekers:

Renske Peters	526453
Ruby Schouten	553130
Iris Schurink	549355
Ellis Vierhout	547395

Docent begeleider:

Dore Kemmeren

Opdrachtgever:

Ergotherapiepraktijk Venray

Datum:

22 januari 2018

Plaats:

Nijmegen

Onderzoeksrapport

Gegevens

Opdrachtgever

Ergotherapiepraktijk Venray
Buitenlust 19A
5803 AZ Venray
info@ergotherapiepraktijk-venray.nl

Praktijkbegeleider

Elke Joosten – van Loon
✉ elke@ergotherapiepraktijk-venray.nl
☎ 06-17525940

Docentbegeleider

Dore Kemmeren
✉ Dore.Kemmeren@han.nl

Opleidingsinstituut

Hogeschool Arnhem en Nijmegen
Kapittelweg 33
6525 EN Nijmegen

Aspirant onderzoekers

Renske Peters
Ruby Schouten
Iris Schurink
Ellis Vierhout
✉ valpreventiepraktijkonderzoek@gmail.com

Studentnummers

526453
553130
549355
547395

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport van het Praktijkgericht Onderzoek 'Valpreventie'. Het onderzoek is geschreven in het kader van het afstuderen aan de opleiding Ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en in opdracht van Ergotherapiepraktijk Venray. Dit onderzoeksrapport is gedurende september 2017 tot en met januari 2018 geschreven.

Wij zijn vier vierdejaars studenten die met vol enthousiasme deze uitdaging van praktijkgericht onderzoek zijn aangegaan. Er is hier gekozen voor een actueel onderwerp binnen de maatschappij: valpreventie. Inzichten en kennis vanuit dit onderwerp zijn waardevol om mee te nemen in het werkveld wanneer wij afgestudeerd zijn.

Als team willen wij een aantal mensen bedanken:

Ten eerste de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray in de rol van opdrachtgever voor de succesvolle medewerking van dit onderzoek. Zij hebben ons het vertrouwen gegeven om deze uitdagende vraag, levend in de praktijk, te gaan beantwoorden.

Ten tweede willen wij alle respondenten, ergotherapeuten uit het werkveld, bedanken voor deelname aan ons onderzoek.

Ten derde willen wij Esther Steultjens vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie bedanken voor haar inzichtgevende contactmomenten die erg waardevol waren voor ons onderzoek.

Tenslotte willen wij graag Dore van Kemmeren in de rol van docent begeleider hartelijk bedanken. Gedurende het onderzoek heeft zij ons zowel procesmatig als inhoudelijk begeleid en ons laten groeien. Haar enthousiasme en kennis heeft ons gestimuleerd om een succesvol onderzoek neer te zetten.

Wij wensen u veel leesplezier tijdens het lezen van dit onderzoeksrapport.

Renske Peters
Ruby Schouten
Iris Schurink
Ellis Vierhout

Nijmegen, 22 januari 2018
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Samenvatting

Valpreventie is een actueel onderwerp in de maatschappij. Op de spoedeisende hulp komt iedere 5 minuten een 65-plusser binnen na een valincident. Deze valincidenten hebben een multifactoriële oorzaak waarbij een multifactoriële aanpak van belang is om de kans op een valincident te verlagen (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2004; VeiligheidNL, 2016). Het redeneren van ergotherapeuten bij valpreventie wordt gekenmerkt door het interactieperspectief. Hierbij gaat het om een dynamische wisselwerking tussen persoon, taak en omgeving (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat er één ergotherapeutisch model is dat uitgaat van het interactieperspectief, namelijk het model van Feldman. Het model van Feldman hanteert de volgende domeinen: (fysieke) omgeving, mobiliteit en risiconemend gedrag. Vanuit Ergotherapiepraktijk Venray is de wens uitgesproken om de mate van het valrisico bij een cliënt op objectieve wijze vast te stellen. Op dit moment is hiervoor geen eenduidig model in gebruik en het model van Feldman is hiervoor binnen de praktijk niet toepasbaar. De onderzoeksvraag luidt daarom: *“Hoe kunnen de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray de mate van het valrisico bij kwetsbare ouderen op objectieve wijze vaststellen?”*.

De onderzoeksvraag is middels een *mixed methods design* beantwoord. Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray. Hierbij zijn de wensen en eisen om de mate van het valrisico op objectieve wijze vast te stellen met behulp van het model van Feldman achterhaald. Tevens is er een vragenlijst gestuurd naar ergotherapeuten binnen het werkveld om informatie te verkrijgen over de toepassing van het model van Feldman in de praktijk.

De belangrijkste bevinding is dat 12% van de respondenten van de vragenlijst het model van Feldman toepast in de praktijk. Onder deze respondenten wordt geen eenduidige werkwijze omschreven. Uit het interview komt naar voren dat er bij Ergotherapiepraktijk Venray op het gebied van valpreventie geen gestructureerde werkwijze wordt gehanteerd. Er wordt hierbij de wens uitgesproken om een eenduidige werkwijze toe te passen door middel van het gebruik van een model. Door de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray is aangegeven dat het model van Feldman gedigitaliseerd moet worden om het praktisch te kunnen toepassen. Om de mate van valrisico objectief weer te geven, wordt er in zowel de interviews als in de vragenlijsten een voorkeur uitgesproken voor een cijferschaal. De ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray geven hierbij aan dat dit mogelijk is middels het scoren van de drie domeinen van het model van Feldman.

Er kan geconcludeerd worden dat het model van Feldman, met enige verfijning, een passend model is om de mate van valrisico op een objectieve wijze vast te stellen. Om dit te bereiken zijn er in samenspraak met Ergotherapiepraktijk Venray gebruikerseisen opgesteld. Door middel van het toepassen van een cijferschaal en het digitaliseren van het model van Feldman, wordt de overdracht naar de cliënt, derden en het multidisciplinaire team inzichtelijk. Tevens draagt dit bij aan de profilering van het beroep ergotherapie.

Inhoudsopgave

Gegevens.....	2
Voorwoord.....	3
Samenvatting	4
Begrippenlijst.....	7
Introductie van het onderzoek	9
Aanleiding.....	9
Inleiding	9
Probleemstelling	12
Doelstelling	13
Onderzoeksdoel	13
Projectdoel	13
Vraagstelling.....	13
Deelvragen.....	13
Materiaal en methode.....	14
Onderzoeksdesign.....	14
Dataverzameling.....	14
Interview.....	14
Vragenlijst	15
Analyse van gegevens.....	16
Interview.....	16
Vragenlijst	16
Resultaten	17
Resultaten interview.....	17
Resultaten vragenlijst.....	19
Conclusie	24
Discussie.....	24
Discussie resultaten.....	24
Discussie methode.....	25
Aanbevelingen	27
Aanbevelingen Ergotherapiepraktijk Venray	27
Aanbevelingen Lectoraat Neurorevalidatie	28
Literatuurlijst.....	31
Bijlagen	35
Bijlage 1: Interviewguide	35
Bijlage 2: Informed consent.....	37
Bijlage 3: Introductiemail	38
Bijlage 4: Vragenlijst	39

Bijlage 5: Horizontale vergelijking	42
Bijlage 6: Kwantitatieve analyse vragenlijst.....	53
Bijlage 7: Kwalitatieve analyse vragenlijst.....	58
Tabel categorieën en thema's na analyse	58
Analyse door middel van labels	58

Begrippenlijst

Begrippen	Definitie
Cliëntperspectief	Vanuit het oogpunt van de cliënt.
Eenduidig	Duidelijk, ondubbelzinnig.
Ergotherapie richtlijn Valpreventie	Een ergotherapeutische richtlijn waarbij meetinstrumenten zijn opgenomen die bewezen effectief zijn bij een verhoogd valrisico (Sturkenboom & Steultjens, 2016).
Evidence- based- practice	‘Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (bewijs en evidence) om beslissingen te nemen met individuele cliënten (en/of hun naasten) over goede of gewenste zorg of behandeling. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele kennis en ervaring van de behandelaar en de individuele waarden en ervaringskennis van de cliënt met het beste bewijsmateriaal.’ (Verhoef, Kuiper & Munten, 2016).
Gestructureerde wijze	Op een geordende manier.
Handvatten	Aanknopingspunten
Horizontaal vergelijken	Een analysemethode waarbij je alle antwoorden die op open vragen zijn gegeven naast elkaar plaatst en op zoek gaat naar opmerkelijke verschillen en overeenkomsten (Van der Donk & Van Lanen, 2015).
Interactieperspectief	‘Complexe en dynamische wisselwerking tussen de kenmerken van de cliënt, de kenmerken van de activiteiten en de omgeving’ (Sturkenboom & Steultjens, 2016).
Kwetsbare ouderen	Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten. (Van Campen, 2011)
Mate van valrisico	Het niveau waarin de cliënt zich bevindt betreft de kans op vallen.
Model van Feldman	Ergotherapeutisch interactiemodel die opgenomen is in de ergotherapie richtlijn Valpreventie. Dit model behandelt de volgende domeinen: Fysieke omgeving, mobiliteit en risicovol gedrag (Feldman & Chaudhury, 2008).
Multidisciplinair	Samenwerking tussen verschillende disciplines.
Objectieve wijze	Gebaseerd op feiten en niet op meningen.

Open coderen	Een analysemethode waarbij je een stuk tekst verdeeld in betekenisvolle fragmenten (stukjes tekst van een aantal woorden, die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp) en deze een categorienaam geeft (Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, De Goede, Peters, & Van der Velden, 2013, p. 244).
Redeneren	Mening over iets ontwikkelen op basis van feiten en veronderstellingen.
Respondenten	Een persoon die zijn of haar medewerking verleend bij een onderzoek.
Subcategorieën model van Feldman	Subcategorieën zijn de elementen die onder de domeinen (Fysieke omgeving, mobiliteit en risiconemend gedrag) van het model van Feldman vallen. Deze hebben invloed op de eerder genoemde domeinen (Feldman & Chaudhury, 2008).
Therapeutisch perspectief	Vanuit het oogpunt van de therapeut.
Triangulatie	“Triangulatie wil zeggen dat je je interpretaties niet wilt laten afhangen van slechts 1 waarneming, maar op zoek gaat naar aanvullend ‘bewijs’.” (Baarda et al., 2013, p. 244)
Transcriberen	Volledig uitschrijven van een gesprek.
Valanalyse	‘De Valanalyse is een set instrumenten voor screening, opgesteld door experts, om thuiswonende ouderen met verhoogd valrisico op te sporen en valrisicofactoren (globaal) in kaart te brengen. Er worden opties voor acties en doorverwijzing gegeven’ (Sturkenboom & Steultjens, 2016)
Valpreventie	‘Vroegtijdige identificatie van patiënten met valgevaar zodat tijdig specifieke maatregelen genomen kunnen worden om de kans op een valincident zo klein mogelijk te maken.’ (Regieraad, 2013)
Verhoogd valrisico	Kans op vallen is aanzienlijk hoger dan gemiddeld door eerdere valincidenten en/of mobiliteitsproblemen (VeiligheidNL, z.d.)
Wetenschappelijk perspectief	Vanuit het oogpunt van de wetenschap.

Introductie van het onderzoek

Aanleiding

Ergotherapiepraktijk Venray is een eerstelijnspraktijk, gevestigd binnen het Medisch Centrum Buitenlust in Venray. Binnen de praktijk zijn er drie ergotherapeuten werkzaam: zij behandelen en adviseren (jong)volwassenen en ouderen in Venray en omgeving.

Bij Ergotherapiepraktijk Venray wordt valpreventie van de doelgroep kwetsbare ouderen gezien als een belangrijk thema. Op dit moment wordt een valrisico gesignaleerd door praktijkondersteuners of de thuiszorg. Door de ergotherapeuten wordt een intake gehouden bij de gesignaleerde cliënt thuis, waarbij de ergotherapeut zijn of haar inschattingen maakt wat betreft de mate van valrisico. De ergotherapeut bespreekt met de cliënt wat hij/zij heeft gezien vanuit de observaties en geeft hierbij concrete voorbeelden. Op basis van persoonlijke inschattingen van de ergotherapeut wordt de mate van het valrisico bepaald. Vanuit hier worden er interventies in gang gezet, die besproken worden met de cliënt. Binnen het multidisciplinaire team, ergotherapie; fysiotherapie; thuiszorg, werkt momenteel elke discipline zijn eigen plan uit op het gebied van valpreventie en worden elkaars expertises niet gebruikt. Doelen rondom valpreventie worden niet multidisciplinair opgesteld of opgepakt. De ergotherapeuten geven aan dat ze een concrete conclusie over de mate van valrisico missen om het valrisico inzichtelijk te maken naar zowel de cliënt als het multidisciplinaire team. Dit is een probleem voor cliënten, omdat zij hierdoor minder inzicht verkrijgen over hun mate van valrisico. De ergotherapeut merkt hierbij dat de cliënt niet in alle situaties de urgentie van interventies inziet. Een gevolg is dat de interventies niet passend worden opgepakt door de cliënt, wat kan leiden tot nieuwe valincidenten. Hiernaast zou het in de communicatie richting het multidisciplinaire team van meerwaarde kunnen zijn om de mate van valrisico van een cliënt inzichtelijk te krijgen, zodat het multidisciplinaire team gezamenlijke behandeldoelen op kan stellen. Daarnaast is het voor de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray van belang dat ze allen op dezelfde wijze werken. De ergotherapeuten vinden het belangrijk dat zij hun informatie eenduidig kunnen overbrengen als een team, zodat zij professioneel en concreet over komen. Het uitkomen van de Ergotherapierichtlijn Valpreventie in 2016 (Sturkenboom & Steultjens, 2016) vormde voor de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray de aanleiding om kritisch te kijken naar de eigen werkwijze. Binnen de praktijk streven de ergotherapeuten namelijk altijd naar een hoge kwaliteit van de behandeling. Zij hebben het idee dit te kunnen bereiken door het model van Feldman te hanteren. De wens bij aanvang van het project was daarom ook om het model van Feldman toe te passen in de praktijk. Op dit moment is er geen eenduidig instrument of model binnen de ergotherapie in gebruik om de mate van valrisico concreet in kaart te brengen.

Inleiding

Door de vergrijzing in Nederland en de toenemende levensverwachting maken ouderen langer van de gezondheidszorg gebruik (Hellenthal, 2012). Nederland telt in begin 2017 3,1 miljoen 65-plussers, in 2041 zijn er naar verwachting 4,7 miljoen 65-plussers (Nationaal Ouderen Fonds, 2017). Elke 5 minuten komt er een 65-plusser binnen op de spoedeisende hulp (SEH) na een valincident. In 2016 waren dit er in totaal 118.000. Van deze groep waren 37.300 65-plussers genooddaakt tot een opname in het ziekenhuis. De gemiddelde kosten, wanneer een patiënt na een valincident op de SEH behandeld wordt, zijn €8.400. De prognose voor 2030 is dat de SEH-bezoeken na valincidenten met 46% zal stijgen, wat zorgt voor hogere zorgkosten. (VeiligheidNL, 2016; Polinder, 2017).

Het voorkomen van valongevallen kan leiden tot reductie van de ernst van het letsel, maar kan ook een kostenbesparing opleveren. Tevens blijkt uit onderzoek van Stevens, Corso, Finkelstein & Miller (2006) dat effectieve interventiestrategieën op dit vlak kunnen leiden tot kostenbesparing binnen de gezondheidszorg. Ondanks de stijging van de zorgkosten wordt er in Nederland nog onvoldoende valpreventie in de praktijk gebracht. In de huidige maatschappij leven er twee factoren die de implementatie van valpreventieprogramma's belemmeren. Eén daarvan is de motivatie van ouderen om deel te nemen aan de programma's. De deelname

aan deze valpreventieprogramma's zou verbeterd kunnen worden door bij de implementatie rekening te houden met factoren die participatie bevorderen of belemmeren (Polinder, 2017). Ondersteunend hieraan blijkt uit onderzoek van Yardley et al. (2006) dat programma's gericht op valpreventie moeten benadrukken dat de programma's niet alleen een positief effect hebben op het voorkomen van vallen: de programma's hebben een positief effect op de gehele gezondheid en het welzijn van de ouderen. De tweede factor die een belangrijke rol speelt zijn de barrières rondom de bekostiging van valpreventieprogramma's. Voor deze belemmering is onlangs een Health Impact Bond (HIB) opgezet. Dit project is nog in ontwikkeling. Wanneer deze HIB in werking is, hoeft de overheid minder investeringen te leveren met betrekking tot valpreventie, wat een kostenbesparing voor de overheid oplevert. (Polinder, 2017; Zorg voor beter, 2017).

Onder de 65-plussers is er een groep kwetsbare ouderen. De definitie van kwetsbare ouderen is volgens Nederlandse, Amerikaanse en Canadese experts op het gebied van kwetsbaarheid: "Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten." (Van Campen, 2011).

Dit onderzoek is gericht op kwetsbare ouderen met een verhoogd valrisico in de thuissituatie. De multidisciplinaire richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2004) geeft als definitie voor vallen: "Een onbedoelde verandering van lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau." Hierbij is het vallen geen gevolg van bewustzijnsverlies, epileptische aanval of een overweldigende externe factor. (Vilans, 2011)

Het voorkomen dat een persoon valt, wordt ook wel valpreventie genoemd (Loyson, 2008; Regieraad, 2013). Dit kan op drie verschillende niveaus uitgevoerd worden: primair, secundair en tertiair. In dit onderzoek komt primaire en secundaire valpreventie aan bod. Hierbij richt het onderzoek zich op het voorkomen van vallen in het algemeen en het voorkomen van nieuwe valincidenten van mensen die al eerder gevallen zijn. Tertiaire valpreventie richt zich op het beperken van de gevolgen, wanneer het niet mogelijk is om valincidenten te voorkomen (Vilans, 2011).

Valincidenten hebben meestal een multifactoriële oorzaak waardoor het van groot belang is om alle mogelijke risicofactoren in kaart te brengen. Het is aangetoond dat een multifactoriële en multidisciplinaire aanpak van belang is om de kans op een valincident te verlagen (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2004). Diverse disciplines spelen een rol bij het in kaart brengen van symptomen en basisvaardigheden van de cliënt. De expertise van de ergotherapeut is het maken van een vertaalslag naar het betekenisvol handelen in de context (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Om tot een volledige, multidisciplinaire inventarisatie van het valrisico te komen, zijn er verschillende voorspellende risicofactoren die in kaart moeten worden gebracht. Vanuit de Ergotherapierichtlijn Valpreventie (Sturkenboom & Steultjens, 2016) worden de volgende risicofactoren voor thuiswonende ouderen benoemd: eerdere val, draaiduizeligheid, diagnose Parkinson, valangst, loopproblemen, gebruik van loophulpmiddel, gebruik van medicatie, leeftijd, geslacht, co-morbiditeiten, slechtere ervaren gezondheid, cognitieve problemen, depressie, visusproblemen en gehoorproblemen. Ouderen hebben hun eigen beleving en verhaal over de oorzaken van het valincident, dit kan afwijken van genoemde risicofactoren. Dit heeft mogelijk invloed op de gevolgen van een valincident. Diverse gevolgen zijn in de volgende alinea te lezen. (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2004; Sturkenboom & Steultjens, 2016).

Volgens Stel, Smit, Pluijm en Lips (2004) is er een daling van de functionele toestand, sociale activiteiten en fysieke activiteiten als direct gevolg van de laatste valincident mogelijk. Na een valincident kan er angst ontstaan om nogmaals te vallen. Dit kan ervoor zorgen dat een persoon risicovolle situaties gaat vermijden, wat resulteert in een verandering van het activiteitenpatroon. De meeste valincidenten vinden plaats binnenshuis, echter worden met name buitenactiviteiten vermeden waardoor sociale interacties verminderen. Tussen valangst,

gevoel van eenzaamheid en sociale integratie kan er een verband geplaatst worden. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven doordat de participatie van een persoon verminderd en hij of zij in een sociaal isolement kan komen. Voor het voorkomen van valincidenten kan er valpreventie toegepast worden. (Sturkenboom & Steultjens, 2016)

Een ergotherapeut kan een rol spelen bij het toepassen van valpreventie bij personen met een verhoogd valrisico, waarbij het betekenisvol handelen in de context behouden blijft (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Een uitgangspunt van ergotherapie is het dagelijks handelen. Hartingsveldt, Logister- Proost en Kinébanian (2010) zeggen: “Ergotherapie is gericht op het mogelijk maken van het handelen, zodat participatie - het deelnemen van mensen aan het dagelijks en maatschappelijk leven - gerealiseerd wordt ten behoeve van gezondheid en welzijn.” (p.15) Dagelijks handelen is gebaseerd op drie aspecten, namelijk de persoon, de taak en de omgeving. Er is een dynamische wisselwerking tussen wat de mens kan, wil en de eisen die de taak en de omgeving stellen om de activiteiten op een goede en veilige manier in te vullen. Dit wordt het interactieperspectief genoemd. Vanuit dit interactieperspectief redeneert de ergotherapeut om de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt in kaart te brengen. Bij valpreventie kenmerkt dit zich door het in kaart brengen van alle risicofactoren die de activiteit met zich meebrengt, die in de omgeving aanwezig zijn en in het gedrag van de persoon. De Ergotherapierichtlijn Valpreventie (Sturkenboom & Steultjens, 2016) sluit aan bij hiervoor genoemde uitgangspunten over ergotherapie en beschrijft het belang van het toepassen van het interactieperspectief bij valpreventie. (Le Granse, Van Hartingsveldt, Kinébanian, 2012; Hartingsveldt, Logister-Proost, Kinébanian, 2010).

Niet alleen in Nederland, maar ook internationaal is valpreventie een actueel onderwerp (Becker, Hauer, Jørstad-Stein & Lamb, 2005). In Europa is er bijvoorbeeld sinds 2003 een valpreventienetwerk opgericht, genaamd Prevention of Falls Network Europe, waarbij men streeft naar een hoge kwaliteit van leven voor de vergrijzende bevolking. Door middel van valpreventie streven zij naar een daling van valincidenten (Skelton, Becker, Lamb, Close, Zijlstra, Yardley & Todd, 2004). Het Europese valpreventienetwerk onderzoekt de gaten in kennis over valpreventie, zodat hier op grote schaal onderzoek naar gedaan kan worden. Er is al sterk bewijs gevonden dat een multifactoriële aanpak bij valpreventie een positief effect heeft op het verminderen van valincidenten. Echter blijkt wel uit onderzoek dat er een algemene behoefte aanwezig is voor een gestandaardiseerde methode die zich richt op de cliënt binnen de praktijk (Becker et al, 2005; Skelton et al, 2004).

Uit eerder onderzoek blijkt dat er verschillende instrumenten zijn ontwikkeld om aspecten van het valrisico in kaart te brengen, zoals de woonomgeving en de cognitie (Emmelot- Vonk, 2005). Echter zijn een groot aantal instrumenten niet ergotherapeutisch. Bij deze instrumenten mist het interactieperspectief, wat het ergotherapeutisch redeneren bij valpreventie kenmerkt (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Er zijn diverse ergotherapeutische instrumenten waarmee afzonderlijke aspecten van het valrisico in kaart gebracht worden. Zo brengt het Westmead Home Safety bijvoorbeeld de woonsituatie in kaart en geeft de Perceive Recall Plan and Perform (PRPP) duidelijkheid over problemen in de informatieverwerking die het handelen beïnvloeden (Bilderbeek & Kloppe, 2009; Koster, Ten Rouwelaar & Siecker, 2016). Echter wordt er met deze instrumenten nog geen concrete conclusie getrokken over de mate van het valrisico. Uit oriënterend vooronderzoek is gebleken dat er één ergotherapeutisch model is dat een conclusie over de mate van het valrisico trekt door middel van de drie domeinen van het interactieperspectief, namelijk het Model van Feldman. Dit model beschrijft het handelen gericht op de drie domeinen mobiliteit, risiconemend gedrag en de (fysieke) omgeving. De conclusie die uit het model komt, is gebaseerd op redeneringen van de ergotherapeut en geeft een inschatting van de mate van het valrisico. (Feldman & Chaudhury, 2008; Sturkenboom & Steultjens, 2016).

Aangezien het toepassen van het model van Feldman gebaseerd is op redeneringen van de ergotherapeut, is het ingewikkeld voor de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray om dit op een objectieve wijze toe te passen. Met andere woorden om een objectieve conclusie

te kunnen formuleren die bijdraagt aan een uitspraak over de mate van valrisico. Uit onderzoek blijkt dat het gecompliceerd is om een objectief beeld van de werkelijkheid te vormen. Het model van Feldman heeft een subjectief karakter, waarbij de interpretaties van de ergotherapeut invloed hebben op de redeneringen. Interpretaties worden mede beïnvloed door het gedrag van de ander in eerdere situaties, de sympathie of antipathie voor die persoon, hoe men op dat moment in zijn vel zit en het referentiekader van de therapeut (Kraanen, 2015; Weevers, 2009). "Het interpreteren van kwalitatieve informatie is gecompliceerd. In de praktijk worden kwalitatieve gegevens dan ook vaak omgezet naar kwantitatieve gegevens" (Beurskens, Van Peppen, Stutterheim, Swinkels & Wittink, 2008, p. 84). Deze gegevens houden wel een subjectieve waarde, maar door het objectief maken van de kwalitatieve gegevens wordt het makkelijker om veranderingen gedurende het verloop van de behandeling zichtbaar te maken. Met objectief maken wordt bedoeld het meetbaar maken van gegevens. Daarnaast wordt het eenvoudiger om de gegevens vast te leggen wanneer deze objectief zijn. Op dit moment zijn er geen referentiewaarden waarmee de gegevens uit het model van Feldman omgezet kunnen worden van subjectief naar objectief. Door het creëren van referentiewaarden kunnen gegevens op een eenduidige wijze objectief worden gemaakt. Op basis van eigen ervaringen van de ergotherapeut kunnen er referentiewaarden gecreëerd worden. Daarnaast is er een mogelijkheid om resultaten te vergelijken met collega ergotherapeuten die met dezelfde doelgroep werken. Dit is een andere manier om referentiewaarden te creëren (Beurskens et al., 2008).

In de praktijk komt naar voren dat het model van Feldman methodisch erg interessant is en passend bij ergotherapie, maar door onder andere de bovenstaande redenen wordt het model als niet-praktisch toepasbaar ervaren. De ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray missen in dit model een praktische werkwijze om het eenduidig te gebruiken, waardoor er geen concrete conclusie getrokken kan worden over de mate van het valrisico. Uit oriënterend literatuuronderzoek blijkt dat het niet bekend is hoe het model van Feldman wordt toegepast het vaststellen van de mate van valrisico in de praktijk en wat de ervaringen hiermee zijn. Het is van belang om de kennis en vaardigheden van ergotherapeuten in het werkveld, werkend met het model van Feldman, te achterhalen om inzicht te verkrijgen in de praktische toepasbaarheid van het model. Met deze inzichten is het mogelijk om aanbevelingen aan Ergotherapiepraktijk Venray te formuleren en te specificeren.

Probleemstelling

De ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray behandelen kwetsbare ouderen waarbij een valrisico is gesignaleerd. Sinds de uitgave van de richtlijn Valpreventie in 2016 (Sturkenboom & Steultjens, 2016), zijn de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray tot evaluatie van eigen werkwijze gekomen. Op dit moment wordt er een intake gehouden bij de cliënt thuis waarbij de ergotherapeut haar inschattingen maakt wat betreft het valrisico. Vanuit hier worden er direct interventies in gang gezet. Het probleem is dat er geen concrete conclusie wordt getrokken, waardoor geen uitspraak gedaan kan worden over de mate van het valrisico in de diagnostische fase. De oorzaak hiervan is dat er momenteel geen methodiek wordt gebruikt om de gegevens uit de inventarisatiefase te ordenen. Door het missen van een concrete conclusie van de geïnventariseerde gegevens wordt de mate van het valrisico naar de cliënt en het multidisciplinaire team niet overgedragen. Hierdoor is het niet inzichtelijk waar de cliënt staat betreft de mate van het valrisico voor zowel de cliënt als het multidisciplinaire team. Het gevolg hiervan is dat er geen multidisciplinair doel wordt gesteld op het gebied van valpreventie, maar ook dat de cliënten de urgentie van interventies regelmatig niet inzien. De ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray zijn tot de conclusie gekomen dat het model van Feldman een passend model is, echter is deze nog niet praktisch toepasbaar.

Doelstelling

Dit onderzoek maakt onderscheid in het onderzoeksdoel en het projectdoel. Het onderzoeksdoel wordt bereikt door het uitvoeren van de twee methoden van dataverzameling van dit onderzoek. Nadat het onderzoeksdoel bereikt is, worden er passende vervolgstappen ondernomen door de aspirant onderzoekers waarmee het projectdoel ook bereikt wordt.

Onderzoeksdoel

Aan het einde van de onderzoeksfase is er kennis verworven over het in kaart brengen van de mate van valrisico bij verschillende ergotherapeuten uit het werkveld en de ergotherapeuten van ergotherapiepraktijk Venray.

Projectdoel

Aan het einde van dit onderzoek hebben de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray handvatten in vorm van aanbevelingen om de mate van het valrisico bij kwetsbare ouderen op een objectieve wijze vast te stellen.

Vraagstelling

Hoe kunnen de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray de mate van het valrisico bij kwetsbare ouderen op objectieve wijze vaststellen?

Deelvragen

1. Hoe gebruiken ergotherapeuten in het werkveld, gespecialiseerd in valpreventie, het model van Feldman in de praktijk?
2. Welke eisen stellen de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray aan de objectieve wijze voor het vaststellen van de mate van valrisico?

Materiaal en methode

Onderzoeksdesign

Om dit onderzoek uit te voeren is er een *mixed method design* gebruikt. Hierbij wordt er kwalitatief onderzoek als hoofdonderzoek uitgevoerd, met aanvulling van kwantitatieve gegevens ter onderbouwing van de kwalitatieve resultaten (De Boer, 2006). Het uitgangspunt van praktijkgericht onderzoek is het verbeteren of vernieuwen van de praktijk. Om dit te bewerkstelligen is het binnen dit onderzoek noodzakelijk om een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens te verzamelen. (De Boer, 2006; Van der Donk & Van Lanen, 2015). De ervaringen, ideeën en wensen van de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray staan centraal in dit onderzoek. Het willen begrijpen van de ander en het verkrijgen van gedetailleerde informatie van individuele deelnemers, is passend bij kwalitatief onderzoek. Om een breed beeld van de praktijk te vormen over het inventariseren van de mate van valrisico, worden ergotherapeuten buiten Ergotherapiepraktijk Venray betrokken (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

Dataverzameling

Tijdens het onderzoek zijn er verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om hetzelfde onderwerp te onderzoeken: dit verhoogt de validiteit van de onderzoeksuitkomsten (Baarda et al., 2013). Er is gekozen voor twee vormen van dataverzameling, namelijk digitale vragenlijsten en interviews. Gegevens worden hierbij verzameld vanuit verschillende invalshoeken, waardoor er een beter beeld van de situatie wordt verkregen (Baarda et al., 2013). Het interview wordt gebruikt om antwoord te krijgen op deelvraag 2: *“Welke eisen stellen de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray aan de objectieve wijze voor het vaststellen van de mate van valrisico?”*. De digitale vragenlijst wordt gebruikt om antwoord te krijgen op deelvraag 1: *“Hoe gebruiken ergotherapeuten in het werkveld, gespecialiseerd in valpreventie, het model van Feldman in de praktijk?”*.

Het onderzoek is uitgevoerd door vier aspirant onderzoekers. Om de kwaliteit van de dataverzameling en -analyse te verhogen is de groep onderverdeeld in tweetallen. Onder deze tweetallen zijn de taken omtrent dataverzameling en -analyse verdeeld. Hierdoor is er controle uitgevoerd op de vragenlijsten en interviews. Daarnaast is er op deze manier voor gezorgd dat er vanuit een vernieuwend perspectief is gekeken.

Interview

Het doel van het interview was het achterhalen van de wensen en eisen van de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray om de mate van het valrisico op objectieve wijze vast te stellen met behulp van het model van Feldman.

Deelnemers

Binnen Ergotherapiepraktijk Venray zijn twee ergotherapeuten werkzaam die ervaring hebben met het werken met valpreventie. Om de waarde van het eindproduct voor de praktijk te waarborgen, zijn beide ergotherapeuten betrokken in het onderzoek. Op deze manier is ervoor gezorgd dat het eindproduct aansluit bij de wensen en eisen van de praktijk.

Dataverzameling

Om het doel van het interview te bereiken is er een semigestructureerd interview opgesteld. Hierbij wordt dieper inzicht verkregen in een aantal van tevoren opgestelde aspecten. (Baarda & Van der Hulst, 2017). Ter voorbereiding op het interview is er een interviewgide (zie Bijlage 1: Interviewgide) opgesteld, hierbij is gebruik gemaakt van *Basisboek Interviewen* (Baarda & Van der Hulst, 2017) en *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Van der Donk & Van Lanen, 2015). In de interviewgide staan de verschillende topics, met de daarbij behorende hoofdvraag en doorvragen. Ter optimalisatie van de interviewgide is er meerdere malen

feedback gevraagd aan betrokkenen en is er een ontwerpssessie gehouden met de docentbegeleider.

De interviews zijn afzonderlijk van elkaar afgenomen, op deze manier zijn de deelnemers niet door elkaar beïnvloed. Beide interviews hebben plaatsgevonden op de praktijk in Venray, dit is voor de ergotherapeuten een vertrouwde omgeving. Het interview is een rustige setting afgenomen om te zorgen voor geen invloeden van buitenaf. Het interview is enkel voor onderzoeksdoeleinden opgenomen. De geïnterviewden zijn hier vooraf over geïnformeerd en er is toestemming gevraagd middels een informed consent (Bijlage 2: Informed consent).

Vragenlijst

Het doel van de vragenlijst is beeldvorming verkrijgen over hoe ergotherapeuten in het werkveld, bekend met valpreventie, het model van Feldman toepassen in de praktijk om hiervan te leren en deze kennis mee te nemen om tot aanbevelingen te komen. Door gebruik te maken van een schriftelijke, online vragenlijst wordt er binnen een korte tijd een grote groep respondenten bereikt (Baarda et al., 2014; Brinkman, 2014). Deskresearch heeft bevestigd dat er nog geen bestaande vragenlijst is voor deze doelgroep passend bij dit onderwerp en de doelstellingen van dit onderzoek.

De vragenlijst heeft een mixed-method karakter, omdat deze zowel open als gesloten vragen bevat. De gesloten, kwantitatieve vragen zijn variabelen op nominale schaal (Brinkman, 2014). Hierbij zijn er twee antwoordmogelijkheden ("ja" of "nee"). De open, kwalitatieve vragen zijn van belang om inzicht te verkrijgen in ervaringen, gedachten en onderbouwingen. De open vragen stellen de kennis van de ergotherapeuten uit het werkveld vast. De opbouw van de vragenlijst is gebaseerd op de zes stappen in het *'Basisboek methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis'* (Baarda et al., 2014). Ter optimalisatie van de vragenlijst is deze meerdere malen getoetst bij betrokkenen van dit onderzoek en leken.

Respondenten

Voor de werving van ergotherapeuten uit het werkveld zijn er inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Bij het vaststellen van de inclusie- en exclusiecriteria was het van belang om een minimum aan ervaring en expertise te hebben, aangezien de aanbevelingen hierop geïnspireerd zijn.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Minimaal 10 consultants betreft valpreventie in het afgelopen halfjaar	Stagiaires
Werkzaam in de eerste lijn (zowel in een zorgorganisatie als eerstelijnspraktijk)	Niet werkend met valpreventie

Tabel 1 Inclusie- en exclusiecriteria respondenten vragenlijst

Door middel van de sneeuwbalmethode zijn er respondenten voor de vragenlijst geworven (Verhoeven, 2011). Hierbij is er gebruik gemaakt van het netwerk van het Esther Steultjens (Lectoraat Neurorevalidatie) en de opdrachtgever. Daarnaast heeft er werving plaats gevonden via internet en ergotherapeuten welke aangesloten zijn bij Valnet. Er zijn verschillende groepen met diverse achtergronden benaderd in het onderzoek, zodat er diversiteit onder respondenten is. Er zijn 105 ergotherapeuten benaderd, om een verzadigingspunt in de antwoorden te behalen. Vanaf dit punt komt er geen nieuwe informatie en inzichten meer naar voren. (Olde Hartman & Lucassen, 2015).

Dataverzameling

Voor het online verspreiden is de vragenlijst opgesteld in Google Formulieren. De benadering van respondenten is gedaan via een inleidende mail (zie Bijlage 3: Introductiemail) met daarin de link naar de vragenlijst (zie Bijlage 4: Vragenlijst). Op deze manier is ervoor gezorgd dat bij interesse het direct mogelijk is om de vragenlijst in te vullen wanneer er aan de inclusiecriteria werd voldaan. Na vijf werkdagen is er een herinneringsmail verstuurd, om de respons te optimaliseren.

Analyse van gegevens

Aangezien er twee methodes voor dataverzameling zijn uitgevoerd om tot het antwoord op de onderzoeksvraag te komen, zijn er verschillende analysemethodes gebruikt. Om de objectiviteit te bewaken is er controle uitgevoerd door de twee aspirant onderzoekers die zich bezig hebben gehouden met de andere vorm van dataverzameling en -analyse. De analysemethodes staan onderstaand beschreven.

Interview

Voordat het mogelijk is de gegevens uit het interview te analyseren, zijn deze eerst getranscribeerd. Hiervoor is woordelijke transcriptie gebruikt. De interpretatie en intonatie van de geïnterviewde was in dit onderzoek niet van belang. Het gaat vooral om de inhoud van het antwoord op de vraag (uitgetypt.nl, z.d.).

Voor de analyse van de interviews is de analysemethode horizontaal vergelijken (zie Bijlage 5: Horizontale vergelijking) gebruikt. Bij deze methode zijn alle gegeven antwoorden op een open vraag naast elkaar geplaatst in een tabel. Daarna is er gekeken naar opmerkelijke verschillen en overeenkomsten. Deze verschillen en overeenkomsten zijn per vraag samengevat in de tabel (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Binnen de verschillen en overeenkomsten zijn kleuren aangebracht om de antwoorden in te delen in een bepaald onderwerp. Deze onderwerpen komen overeen met de thema's uit de interviewgids en zijn hierna gespecificeerd om deze inzichtelijk te maken voor leken. De gespecificeerde onderwerpen zijn aangehouden als leidraad om de resultaten te beschrijven.

Vragenlijst

Kwantitatief

De analyse van de kwantitatieve gegevens is enkel beschrijvend, gezien het nominale meetniveau van de variabelen bij de gesloten vragen van de vragenlijst. Bij het gebruik van nominale variabelen zijn de rekenkundige consequenties enkel tellen en het geven van percentages. De resultaten van de vragenlijsten zijn weergegeven in grafieken, waarbij per vraag de antwoorden worden verwerkt door middel van het weergeven van percentages en aantallen (zie Bijlage 6: Kwantitatieve analyse vragenlijst). (Baarda et al., 2014).

Kwalitatief

De open vragen van de vragenlijsten zijn een vorm van een gestructureerd interview (Baarda et al., 2013). Door middel van 'open coderen' en 'axiaal coderen' zijn de open vragen geanalyseerd. Hierbij worden eerst tekstfragmenten geïdentificeerd door middel van codes. Hierna is een ordening gemaakt in de verzamelde data door alle codes onder te verdelen in categorieën. Er is een tabel (zie Bijlage 7: Kwalitatieve analyse vragenlijst) ontstaan waarin alle categorieën zijn geordend op een kernthema, waar vanuit een conclusie getrokken wordt over de geanalyseerde data (Baarda et al., 2013; Wester, 2003). De vragenlijsten worden geanalyseerd totdat er verzadiging opgetreden is. Vanaf dit punt komt er geen nieuwe informatie en inzichten meer naar voren (Olde Hartman & Lucassen, 2015). Binnen dit onderzoek is dit punt bereikt na het analyseren van 33 ingevulde vragenlijsten.

Resultaten

Resultaten interview

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het interview besproken. Het interview is afgenomen bij twee ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray. In de tekst worden de twee ergotherapeuten benoemt als deelnemer 1 (D1) en deelnemers 2 (D2). Demografische gegevens van de deelnemers zijn weergegeven in tabel 1. Het interview is bij de twee deelnemers afzonderlijk van elkaar afgenomen in de voor hen vertrouwde praktijkruimte. Tijdens het eerste interview was de ergotherapeut, die onlangs werkzaam is binnen de praktijk, aanwezig. Zij was aanwezig om inzicht in het onderzoek te krijgen, aangezien zij de nieuwe projectbegeleider van het onderzoek werd na ontslag van de vorige projectbegeleider.

	Aantal (N)
Aantal geïnterviewde deelnemers	2
Geslacht:	
Man	0
Vrouw	2
Aantal jaren werkzaam als ergotherapeut	
Deelnemer 1	16,5
Deelnemer 2	16,5
Aantal jaren werkzaam binnen Ergotherapiepraktijk Venray	
Deelnemer 1	5
Deelnemer 2	5,5

Tabel 2 Demografisch beeld deelnemers interview

Aanpak van ergotherapeuten bij in kaart brengen van het valrisico

In het interview met de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray is naar voren gekomen dat beide deelnemers starten met een intake of kennismakingsgesprek. Beide deelnemers brengen de dagelijkse handelingen in kaart door een gemiddelde dag te doorlopen. D2 doet dit aan de hand van het Canadian Occupational Performance Measure (COPM). D1 gebruikt daarbij elementen uit de checklist Veiligheid Vallen, die voornamelijk gericht zijn op de omgeving. D2 observeert taken in de thuissituatie die de cliënt tijdens het kennismakingsgesprek uitvoert. Beide deelnemers nemen tijdens de tweede afspraak een voorafgaand afgesproken observatie af. D2 maakt hierbij gebruik van de Percieve, Recall, Plan & Perform (PRPP). D1 vindt het belangrijk om de cliënt te laten handelen, zij maakt hierbij geen gebruik van een vast instrument. De doelen worden door beide deelnemers samen met de cliënt gesteld. D1 maakt hierbij ook gebruik van de familie van de cliënt om doelen op te stellen.

D1: "Je begint altijd eerst met een intake en ik vraag wel altijd of een mantelzorger of iemand van de familie of partner erbij is. Vooral omdat de doelgroep waar wij mee te maken hebben vaak tot wel 80+ zijn, hierbij is er niet altijd sprake van inzicht in het probleem."

D2: "De tweede afspraak spreek ik een observatie van het handelen af, wat dat dan ook is. Daar kan ik de PRPP voor gebruiken, dan zit ik niet aan activiteiten vast. Ik breng het handelen in kaart en de daarbij horende aandachtsgebieden."

Tevredenheid binnen huidige werkwijze

Beide ergotherapeuten hebben aspecten in de werkwijze waar zij tevreden over zijn. D1 benoemt dat zij tevreden is over het richten op het gedrag en de cognitie. D2 is van mening dat het belangrijk is om in de breedte te kijken, waardoor je achterliggende problemen achterhaalt.

D1: “Als ergotherapeut kijk je naast de omgeving, voorzieningen en hulpmiddelen ook zeker naar het stukje gedrag en cognitie. Hier zijn we als ergotherapeuten denk ik ook erg in gespecialiseerd.”

Naast de punten van tevredenheid benoemen de deelnemers ook verbeterpunten over hun huidige werkwijze. Uit het interview komt naar voren dat volgens D1 er sprake is van een minder gestructureerde werkwijze. Zij benoemt dat er geen vast schema of model is waar het valrisico in verwerkt kan worden. D2 vindt dat de implementatie van interventies bij een cliënt verbeterd zou kunnen worden. Deze implementatie zou naar haar idee intensiever opgepakt kunnen worden door de cliënt of de omgeving om de cliënt heen. Ook vindt zij dat de afstemming naar het multidisciplinaire team soms te kort schiet, dit om de reden dat ze elkaar op deze momenten telefonisch niet te pakken kunnen krijgen.

D1: “Het zou wel fijn zijn als je gewoon een vast schema hebt waar je dat in kan zetten, dat het gewoon in een oogopzicht duidelijk is van hier ligt het probleem.”

Model van Feldman

Meerwaarde Model van Feldman

Beide deelnemers denken dat het model van Feldman een meerwaarde kan vormen voor de diagnostische fase. Wat D2 aanspreekt in het model van Feldman is de interactie tussen de drie domeinen. Tevens lijkt het beide deelnemers een inzichtelijk model waarmee ze duidelijk kunnen maken aan zowel het multidisciplinaire team als aan de cliënt en zijn omgeving, waar een cliënt zich bevindt wat betreft valgevaar. Dit maakt een overdracht inzichtelijk. Beide deelnemers benoemen dat zij middels het model van Feldman aan andere professionals kunnen laten zien wat je als ergotherapeut doet bij valpreventie. Het model van Feldman zou daardoor als PR- materiaal kunnen dienen.

D2: “Juist in gesprek met andere zorgprofessionals wil je aangeven wat de meerwaarde is van ergotherapie en brengen wij zoiets in kaart. Het model van Feldman zou ons hierbij helpen.”

Beperkingen Model van Feldman

Uit het interview met de twee ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray is naar voren gekomen dat het model van Feldman bekend is, maar nog niet geïmplementeerd. Dit komt doordat het tijd kost om het model te implementeren, benoemt D1. Ze benoemt hierbij dat de werkwijze van de praktijk via een online programma is. Wanneer ze het model van Feldman zouden willen gebruiken, dan zou het digitaal werken wenselijk zijn. Tevens ziet D2 als beperking van het model van Feldman, dat zij het op dit moment niet mee kan nemen naar de cliënt of naar het multidisciplinaire team. D2 benoemt dat het driedimensionaal uitlezen van het model van Feldman lastig is. Hierdoor blijft het overbrengen van de resultaten ook lastig.

De gebruikerseisen en wensen voor een toepasbaar model van Feldman

Objectief maken van scores

In het interview werd duidelijk dat beide deelnemers een voorkeur gaven voor een digitaal werkmodel als eindproduct. Beide deelnemers zien voor zich dat de drie domeinen uit het model van Feldman gescoord worden aan de hand van eigen bevindingen. D1 is van mening dat de drie verschillende domeinen samenhangend moeten zijn met de daaronder vallende subcategorieën. Dit helpt haar om niets over het hoofd te zien. D2 is van mening dat de drie domeinen gescoord moeten worden middels een cijfer.

D2: “Dat je daar een bepaalde ijking voor hebt, cijfermatig. 1 zou daarbij weinig mobiel zijn en 10 voor super mobiel. En zo ook in de andere domeinen.”

D1: “Ik denk we als ergotherapie echt moeten streven naar het objectief maken van uitkomsten, zeker omdat we al zoveel observaties doen. Ook naar zorgverzekeraars toe zou dit een meerwaarde zijn.”

Beide deelnemers zijn van mening dat de ene ergotherapeut een cliënt misschien lager zou inschalen dan de ander. D2 is van mening dat het invullen van het werkmodel niet te vrij mag zijn. Er moeten afspraken gemaakt worden hoe de ergotherapeuten in de praktijk scoren op de domeinen. D2 benoemt dat een intervisiemoment waarbij casussen worden besproken bij kan dragen aan eenduidigheid.

D2: “Bijvoorbeeld met een intervisie, hier zou je met elkaar kunnen kijken hoe je bepaalde cliënt video’s zou beoordelen.”

Conclusie over de mate van valrisico

Beide deelnemers hopen dat er uiteindelijk een uitspraak gedaan kan worden over de mate van valrisico van een cliënt. D1 vindt dat de conclusie gespecificeerd moet worden naar de cliënt door de ergotherapeut. Daarnaast vindt zij dat de subcategorieën benoemt kunnen worden, die richting geven aan de vervolgstappen in de behandeling. D2 benoemt dat de uitkomst middels de drie domeinen een uitslag moet geven. Hierbij moet het voor D2 wel concreet zijn, met bijpassende interventies. D2 benoemt dat het resultaat een uitspraak moet doen over de kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van het handelen van de cliënt. Beide deelnemers zouden het als prettig ervaren als de uitkomst uit het model van Feldman visueel inzichtelijk wordt. Een grafiek waarop alle domeinen naar voren komen zou hier volgens de deelnemers een oplossing zijn.

D1: “In de conclusie moet dan staan hoe hoog het valrisico is. En van daaruit welke doelen je gaat stellen.”

Resultaten vragenlijst

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de vragenlijsten besproken. De vragenlijsten zijn afgenomen bij ergotherapeuten uit het werkveld die met valpreventie werken in de eerste lijn. In de tekst worden de ergotherapeuten benoemt als respondenten. De vragenlijst is door 33 respondenten ingevuld (31,4% respons). Er is een diversiteit in de groep respondenten wat in de tabel met demografische gegevens (tabel 2) te zien is. De beschreven resultaten zijn een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve data.

	Aantal (N)
Aantal benaderde respondenten	105
Aantal deelnemende respondenten	33
Minimaal 10 consulten gericht op valpreventie uitgevoerd het afgelopen half jaar	33
Werving via:	
Esther Steultjens (Lectoraat Neurorevalidatie)	16
Aangesloten ergotherapeuten Valnet	2
Aangesloten therapeuten EDOMAH	8
Internet	1
Respondenten (sneeuwbal effect)	6

Tabel 3 Demografisch beeld respondenten vragenlijst

Toepassing van het model van Feldman

Uit de vragenlijst is naar voren gekomen dat vier van de 33 respondenten gebruik maken van het model van Feldman (zie diagram 1). Deze vier respondenten zijn allen tevreden over de toepasbaarheid van het model van Feldman in de praktijk. Zij beschrijven allen een

verschillende manier van het toepassen van het model binnen de ergotherapie behandeling. Twee van de vier respondenten geven aan dat zij binnen de communicatie met het multidisciplinaire team wel uitkomsten uit het model van Feldman gebruiken, desondanks wordt het model zelf niet benoemd. Eén respondent bespreekt in communicatie met de cliënt alleen het behandelplan. Een andere respondent geeft aan dat hij het model laat zien aan de cliënt. De overige respondenten maken alleen gebruik van taal en uitleg om de informatie uit het model over te brengen naar de cliënt. Het valrisico wordt door alle vier de respondenten niet meetbaar uitgedrukt.

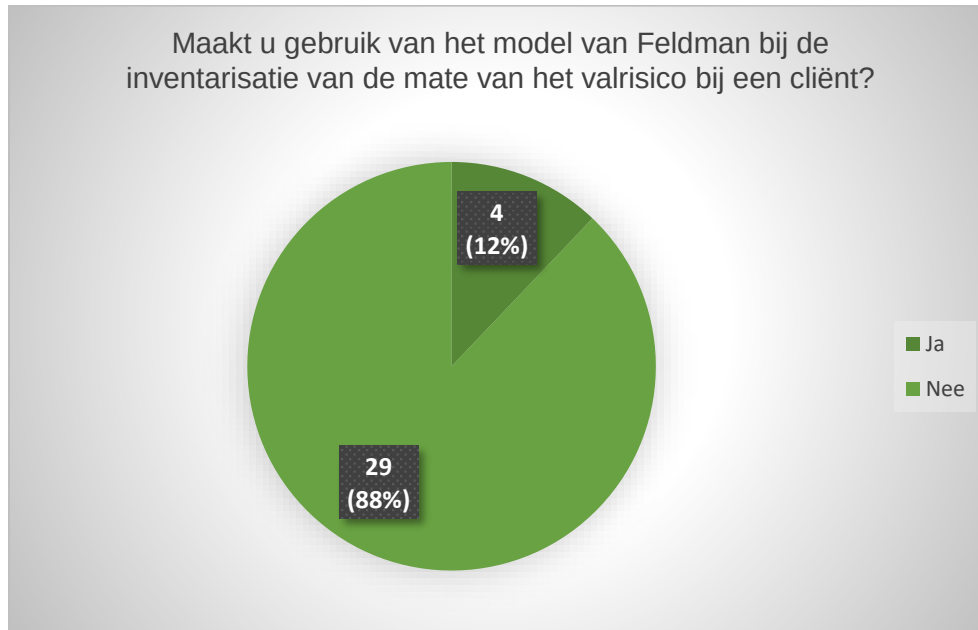


Diagram 1 Procentuele weergave van aantal respondenten dat gebruik maakt van het model van Feldman bij de inventarisatie van de mate van het valrisico bij een cliënt

Inventarisatie binnen het ergotherapeutisch behandelproces

In de vragenlijst wordt er onderscheid gemaakt in respondenten op basis van wel of niet gebruik van instrumenten en modellen (zie diagram 2). Bij beide groepen is de meest genoemde methode om het valrisico in kaart te brengen een observatie, met of zonder instrument. Instrumenten op de domeinen uitvoering van activiteiten en mobiliteit worden het meest genoemd.

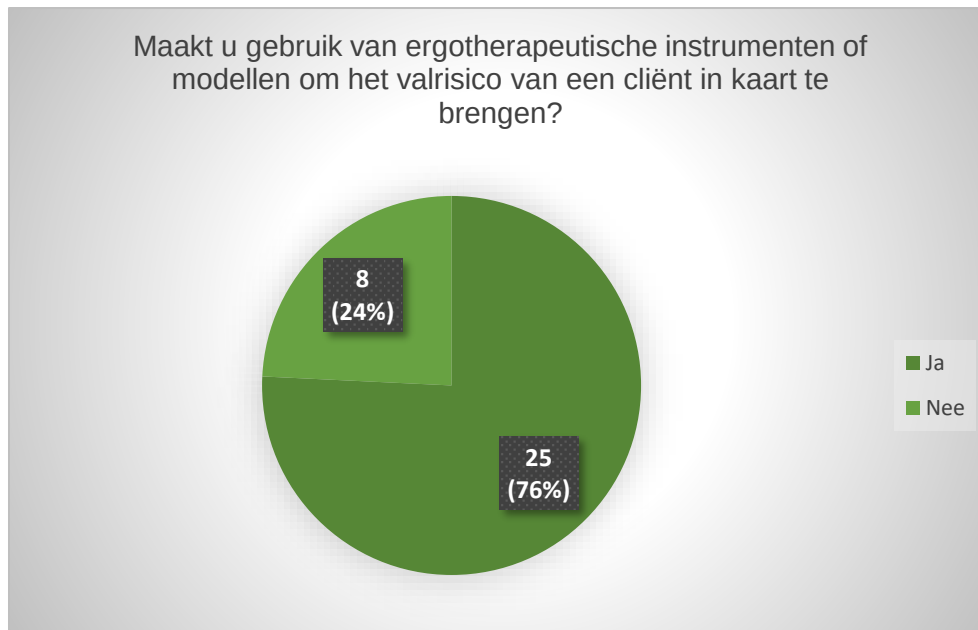


Diagram 2 Procentuele weergave van het aantal respondenten dat gebruikt maakt van ergotherapeutische instrumenten en modellen om het valrisico van een cliënt in kaart te brengen

Er wordt een groot aantal instrumenten gebruikt voor de inventarisatie van het valrisico. De Percieve, Recall, Plan & Perform (PRPP) en Canadian Occupational Performance Measure (COPM) worden het meest gebruikt, echter worden hierbij niet alle domeinen van het interactieperspectief gedekt.

R4: "PRPP, goed voor diagnostiek. Is het vallen wellicht deels veroorzaakt door verminderde inzet van cognitieve strategieën? Geeft richting aan interventies."

Interactieperspectief

Naast het model van Feldman wordt er geen enkel model of instrument genoemd die alle domeinen van het interactieperspectief dekt. De meeste respondenten brengen de domeinen persoon, taak en omgeving in kaart bij de inventarisatie van het valrisico, echter kijken zij niet allen naar het gedrag en de cognitie. Daarnaast wordt er door een deel van de respondenten enkel gekeken naar de combinatie persoon - omgeving en taak - omgeving.

Weergave mate van valrisico

Van de respondenten geeft 85 procent aan dat ze een conclusie trekken over de mate van het valrisico bij een cliënt (zie diagram 3). Er worden hierbij verschillende manieren genoemd over de weergave hiervan. Onderstaand worden deze uitgebreid beschreven.

Begrijpelijke weergave

Van de respondenten geeft 57 procent de mate van het valrisico begrijpelijk weer (zie diagram 4). Hierbij wordt een uitleg door middel van taal het meest gebruikt. Daarnaast gebruiken enkele respondenten termen als "verhoogd/niet verhoogd", doen een demonstratie of laten een score uit een test zien. Bij de vraag over het praktisch weergeven van de mate van valrisico wordt uitleg geven aan de hand van taal en het gebruiken van een maatstaaf evenveel benoemd.

R2: "Ik verwoord duidelijk in hoeverre ik denk dat iemand valgevaarlijk is en wanneer, in welke ruimtes dit risico het grootst is etc."

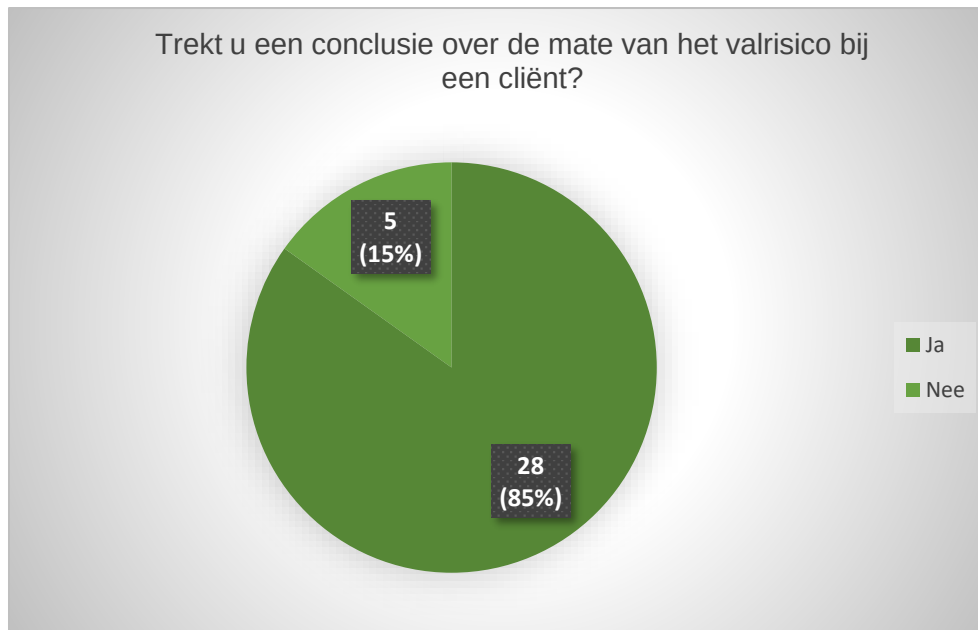


Diagram 3 Procentuele weergave van het aantal respondenten dat een conclusie trekt over de mate van valrisico bij een cliënt

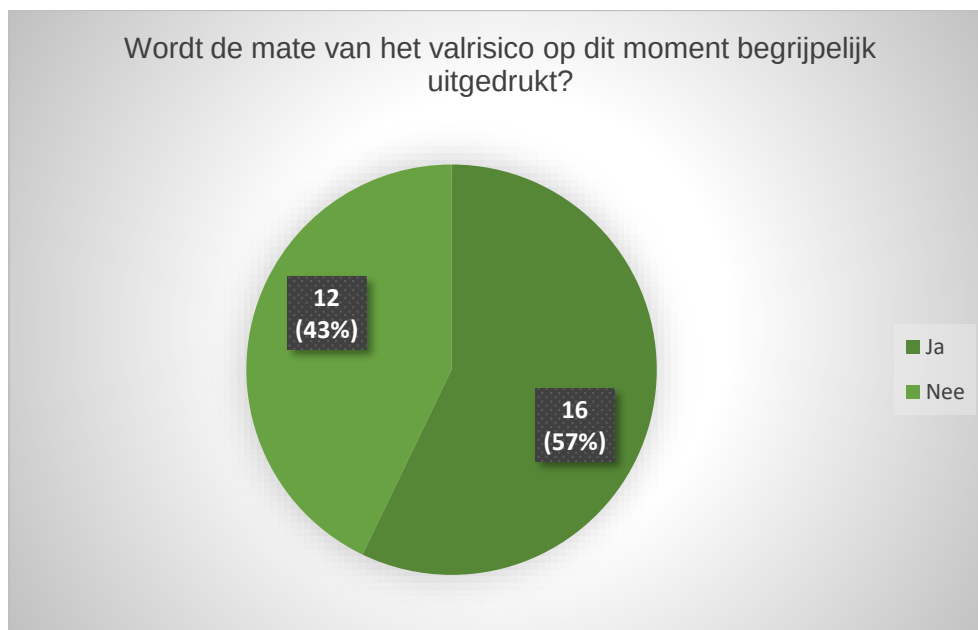


Diagram 4 Procentuele weergave van het aantal respondenten dat de mate van valrisico begrijpelijk uitdrukt

Meetbare weergave

Van de respondenten geeft 21 procent de mate van het valrisico meetbaar weer (zie diagram 5). Uit de antwoorden blijkt dat hiermee scores uit bestaande testen en een weergave van het aantal valincidenten wordt bedoeld. Wanneer er gevraagd wordt naar een praktische manier om de mate van het valrisico meetbaar weer te geven, verschillen de gegeven ideeën van de respondenten van de eigen werkwijze. Hierbij wordt een cijferschaal het meest genoemd.

R1: "Een cijferschaal... dat is gemakkelijk aan de cliënt uit te leggen en communiceert goed met de sociale omgeving."

R10: "Een cijfer geeft in een oogopslag overzicht. Dit cijfer moet wel bestaan uit meerdere componenten of de componenten moeten los van elkaar worden gescoord (cognitie, mobiliteit, etc.)."

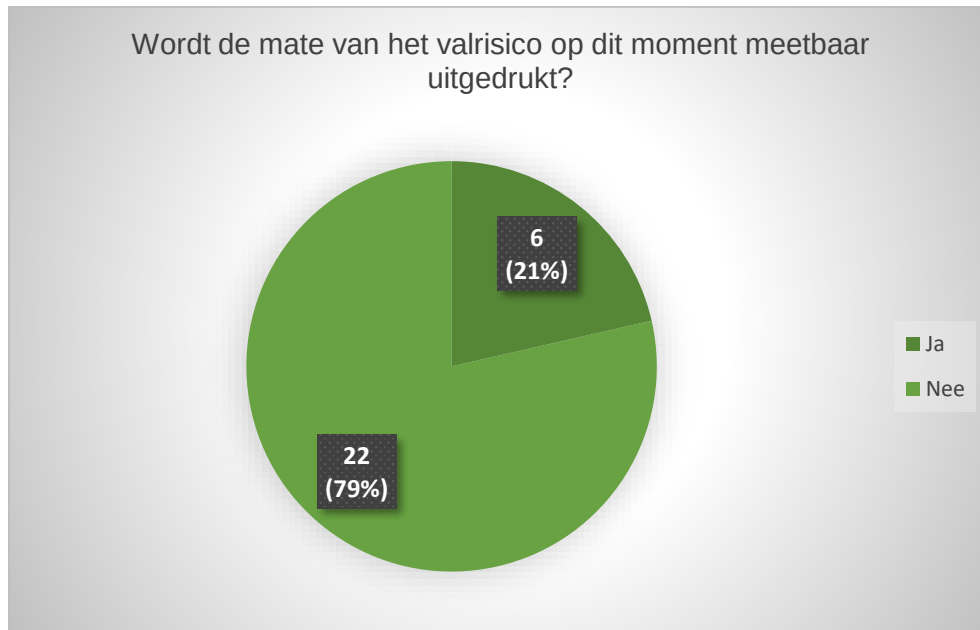


Diagram 5 Procentuele weergave van het aantal respondenten dat het valrisico meetbaar uitdrukt

Behoeftte ten aanzien van het in kaart brengen van valrisico

Onder de respondenten van de vragenlijst geven 16 van de 33 respondenten aan dat zij iets missen in de manier waarop zij de mate van het valrisico in kaart brengen. Hierin komt het meest naar voren dat zij een gestandaardiseerde methode missen waarin objectief alle factoren (domeinen) van het valrisico gescoord kunnen worden.

R16: "Meetbaarheid van de mate van het valrisico, zodat ook na langere tijd of bij overname van een collega objectieve informatie aanwezig is."

R17: "Een alle factoren wegend instrument waar een objectieve score uit komt"

Door één gebruiker van het model van Feldman wordt de wens uitgesproken om het model van Feldman aan te passen tot een 3D- model.

Conclusie

In dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

“Hoe kunnen de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray de mate van het valrisico bij kwetsbare ouderen op objectieve wijze vaststellen?”

Er kan geconcludeerd worden dat het model van Feldman, gekenmerkt door zijn interactieperspectief, een passend model is om de mate van valrisico op een objectieve wijze vast te stellen. Hierbij is het voor de toepasbaarheid van het model van Feldman binnen de diagnostiek noodzakelijk dat er enige verfijning plaatsvindt. Voor deze verfijning zijn er in samenspraak met Ergotherapiepraktijk Venray gebruikerseisen opgesteld. De manier om de mate van valrisico op een objectieve wijze vast te stellen, is volgens zowel de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray als de ergotherapeuten uit het werkveld het geven van een cijfer. Wanneer het model van Feldman gedigitaliseerd wordt, draagt dit onder andere bij aan een inzichtelijke overdracht naar de cliënt, derden en het multidisciplinaire team wat de profilering van het beroep ergotherapie bevordert. Daarnaast is het inzichtelijk geworden dat ergotherapeuten behoefte hebben aan het gebruik van een eenduidig en objectief instrument of model voor het vaststellen en het formuleren van de mate van valrisico bij kwetsbare ouderen.

Discussie

In dit hoofdstuk worden allereerst de resultaten van het onderzoek bediscussieerd. Hierna wordt er kritisch gekeken naar de gehanteerde methode binnen dit onderzoek. Tenslotte worden de aanbevelingen beschreven.

Discussie resultaten

Toepassing model van Feldman in de praktijk

Uit de resultaten van de vragenlijst is gebleken dat 4 van de 33 respondenten het model van Feldman gebruiken in de praktijk. Bij aanvang van dit onderzoek was de verwachting dat dit aantal hoger lag. Deze verwachting was gebaseerd op het feit dat het model van Feldman is opgenomen in de Ergotherapierichtlijn Valpreventie 2016 (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Daarnaast is er in de inventarisatiefase van het onderzoek met het lectoraat Neurorevalidatie gesproken, welke de indruk wekte bij de aspirant onderzoekers dat het model van Feldman geïmplementeerd was in de praktijk. Met deze gedachte is de vragenlijst voor ergotherapeuten uit het werkveld opgesteld om informatie te verkrijgen over de toepassing van het model van Feldman in de praktijk. Het lage aantal respondenten dat gebruik maakt van het model van Feldman, beïnvloedt de betrouwbaarheid van het antwoord op deelvraag 1 (*“Hoe gebruiken ergotherapeuten in het werkveld, gespecialiseerd in valpreventie, het model van Feldman in de praktijk?”*). De oorzaak van deze verminderde betrouwbaarheid is dat er onder de vragen over het model van Feldman geen verzadiging is bereikt. Anderzijds is er in de overige vragen wel sprake van verzadiging, waardoor ervoor is gekozen om de vragenlijst te sluiten en geen respondenten meer aan te nemen. De betrouwbaarheid over de toepassing van het model van Feldman verhoogt wanneer er gezorgd wordt voor verzadiging op deze specifieke vraag (Burg, 2011). Hiervoor is het nodig om onderzoek te doen onder meer respondenten die het model van Feldman gebruiken in de praktijk, wat in dit onderzoek niet meer haalbaar was.

Tijdens dit onderzoek is er enkel gevraagd naar óf het model van Feldman gebruikt wordt. De redenen waarom het door de respondenten niet wordt gebruikt zijn hierbij niet aan het licht gekomen. In eerste instantie was de intentie van de vragenlijst om te achterhalen hoe het model van Feldman gebruikt wordt, waarbij het niet van belang was om welke redenen het niet wordt gebruikt te achterhalen. Nu de resultaten afwijken van de verwachtingen blijkt dat informatie over waarom het model van Feldman niet wordt gebruikt mogelijk waardevol is. Bij vervolgonderzoek is het van belang om de ‘Waarom niet...’ vraag te stellen.

Inventarisatie aan de hand van instrumenten

Uit de vragenlijst komt naar voren dat er verschillende instrumenten gebruikt worden om de mate van het valrisico in kaart te brengen, hierbij zijn het COPM en de PRPP de meest gebruikte instrumenten. Uit de interviews is naar voren gekomen dat het COPM en de PRPP in Ergotherapiepraktijk Venray gebruikt worden tijdens de inventarisatie van het valrisico. In de Ergotherapierichtlijn Valpreventie (Sturkenboom & Steultjens, 2016) worden beide instrumenten ook aanbevolen. Dit is waardevolle informatie voor de aanbevelingen aan Ergotherapiepraktijk Venray, omdat het voor het invullen van het model van Feldman van belang is dat er informatie verzameld wordt op de verschillende domeinen (persoon, taak en omgeving). In de richtlijn wordt aanbevolen dat het valrisico in kaart gebracht moet worden aan de hand van specifieke risicofactoren. Daarbij moet gebruik gemaakt worden van de in de richtlijn aanbevolen instrumenten (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Uit dit onderzoek blijkt dat er een combinatie gemaakt moet worden van deze instrumenten om alle domeinen van het interactieperspectief te dekken. Echter is het niet bekend welke combinaties van instrumenten er door de respondenten van de vragenlijst worden gebruikt. Dit was van meerwaarde om de aanbeveling richting Ergotherapiepraktijk Venray specifiek te maken.

Meetbare weergave mate van valrisico

Uit de resultaten van de vragenlijst komt naar voren dat de helft van de respondenten een cijferschaal een praktische manier vindt om de mate van het valrisico meetbaar uit te drukken. Daarentegen heeft bijna de helft van de overige respondenten aangegeven dat zij geen antwoord op de vraag wisten te geven. De achterliggende reden hiervoor is niet duidelijk. Mogelijk hebben de respondenten de vraag niet begrepen. Anderzijds kan het ook zijn dat de respondenten inhoudelijk geen voorkeur hebben over het meetbaar uitdrukken van de mate van het valrisico. Aangezien de vraag een aantal keer open is gelaten of met 'weet ik niet' is ingevuld, wordt de betrouwbaarheid van de antwoorden op deze vraag in twijfel getrokken (Ganassali, 2008).

De respondenten waarvan wel antwoord is verkregen op de vraag, zijn echter wel eenduidig in de antwoorden. Dit bevestigt dat de ideeën van de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray bruikbaar zijn. Uit de interviews komt het gebruik van een cijferschaal namelijk ook duidelijk naar voren als praktische manier om de mate van het valrisico meetbaar uit te drukken. Gezien de overeenkomst tussen de interviews en de vragenlijst, zijn de gegeven antwoorden op deze vraag door de respondenten van de vragenlijst betrouwbaarder. Naar mate de gegevens uit de verschillende dataverzamelmethode (triangulatie) meer met elkaar overeenstemmen, is er sprake van bevordering van de betrouwbaarheid en validiteit (Baarda et al., 2013; Verhoeven, 2011).

Discussie methode

Toetsing vragenlijst

Om de kwaliteit van de vragenlijsten te bevorderen, is deze getoetst bij docenten van de opleiding ergotherapie en het lectoraat Neurorevalidatie. Middels deze toetsing is de vragenlijst gecontroleerd op inhoud en vormgeving (Verhoeven, 2011). Uiteindelijk bleek dat de ontwikkeling van de vragenlijst onvoldoende was gericht op ergotherapeuten uit het werkveld. Deze was voornamelijk gericht op docenten ergotherapie. In tegenstelling tot onze verwachting zijn hierdoor enkele vragen door individuen anders geïnterpreteerd of onbeantwoord gebleven. Het gevolg was dat er een hogere respons nodig was om verzadiging in de antwoorden te verkrijgen. Bij herhaling van dit onderzoek is het toetsen van de vragenlijst bij ergotherapeuten uit het werkveld geadviseerd. Hiervoor is het benaderen van de ontwikkelgroep van de Ergotherapierichtlijn Valpreventie (Sturkenboom & Steultjens, 2016) een geschikte optie.

Drop-outs vragenlijst

Door het opstellen van de inclusie- en exclusiecriteria voor respondenten van de vragenlijst is ervoor gezorgd dat de kwaliteit van de resultaten is gewaarborgd. Echter was het voorafgaand

aan het versturen van de vragenlijst niet bekend of de benaderde ergotherapeuten voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria. Dit heeft gezorgd voor drop-outs binnen de benaderden. Hiervan zijn er enkelen bekend bij de aspirant onderzoekers. Naast de drop-outs door de opgestelde criteria, zijn er ook drop outs bekend door mailadressen die niet meer in gebruik zijn. Overige redenen voor het niet invullen van de vragenlijst zijn niet bekend. Door het uitzetten van de vragenlijst over een grote hoeveelheid ergotherapeuten in het werkveld, is er rekening gehouden met mogelijke drop-outs. Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen, is er namelijk verzadiging nodig in de antwoorden. En hoe groter de steekproef is, hoe meer kans op verzadiging (Verhoeven, 2011).

Voorbereiding op het interview

Om de wensen en eisen over het gebruik van het model van Feldman van Ergotherapiepraktijk Venray in kaart te brengen, zijn er interviews afgenomen. Ter voorbereiding op het interview is er een interviewgide opgesteld, welke is afgestemd met een docent ergotherapie. Het opstellen van een interviewgide is belangrijk wanneer er weinig ervaring is met het afnemen van interviews. Het geeft de interviewer houvast en verhoogt de kwaliteit van het interview (Baarda & Van der Hulst, 2017). Gedurende het schrijven van de resultaten bleek er enkele, relevante informatie te ontbreken. Dit is mogelijk veroorzaakt door de manier van interviewen. Op enkele onderwerpen is er minder doorgevraagd waardoor er mogelijk minder complete antwoorden zijn gegeven. Om dit in het vervolg te voorkomen, is een pilot interview een methode om hier zo goed mogelijk op voorbereid te zijn (Baarda & Van der Hulst, 2017; Baarda et al, 2013). Ergotherapeuten uit het werkveld die werkzaam zijn binnen valpreventie zijn hiervoor een geschikte groep.

Werving respondenten vragenlijst

Voor de werving van respondenten voor de vragenlijst is de sneeuwbalmethode toegepast. Dit is een methode waarin je onder andere gebruik maakt van netwerken van collega's (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek is dit gedaan door gebruik te maken van het netwerk van het Lectoraat Neurorevalidatie en de opdrachtgever. Daarnaast is de vragenlijst door benaderde respondenten doorgestuurd naar collega's die voldeden aan de inclusiecriteria. Door gebruik te maken van deze methode is de steekproef vergroot, wat de kwaliteit van het onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2011). Door het inzetten van deze netwerken is er tevens gezorgd voor spreiding in de achtergrond (Valnet, Lectoraat Neurorevalidatie, internet, EDOMAH kenniskring) van respondenten. Op deze manier is er voor gezorgd dat ergotherapeuten uit het werkveld met een en dezelfde achtergrond de uitkomsten van het onderzoek niet beïnvloeden. Het aantal benaderde respondenten vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie is echter groter dan de overige groepen. Mogelijk is deze groep beïnvloed geweest door de presentatie van de Ergotherapie richtlijn Valpreventie 2016 (Sturkenboom & Steultjens, 2016) gegeven door het Lectoraat Neurorevalidatie. Echter is tijdens het analyseren van de vragenlijst wel verzadiging bereikt tussen de antwoorden van de respondenten uit verschillende groepen. Dit betekent dat dit in dit onderzoek geen negatieve invloed heeft gehad.

Aanbevelingen

Hieronder staan de aanbevelingen beschreven die zijn voortgekomen uit de resultaten en discussie. Deze aanbevelingen zijn gericht op Ergotherapiepraktijk Venray, het Lectoraat Neurorevalidatie en vervolgonderzoek.

Aanbevelingen Ergotherapiepraktijk Venray

Inventarisatie eenduidig

Uit de vragenlijst kwam naar voren dat het COPM en de PRPP veelal gebruikt worden bij het in kaart brengen van het valrisico. In de resultaten van het interview met de ergotherapeuten van de praktijk kwam naar voren dat deelnemer 2 zowel het COPM en PRPP gebruikt, deelnemer 1 daarentegen niet. Later in een gesprek met dezelfde deelnemers blijken beide deelnemers het COPM en PRPP te gebruiken. Naast het gebruik van het COPM en PRPP is het aan te bevelen ook de omgeving mee te nemen in de inventarisatie, dit om de reden dat beide instrumenten het domein omgeving niet dekken. In de Ergotherapierichtlijn Valpreventie 2016 (Sturkenboom & Steultjens, 2016) worden de Home Assessment Profile (HAP) en de Home Falls Accident Screening Tool (HOME FAST) benoemd om de omgeving in kaart te brengen. Er is aangegeven door de praktijk dat zij de richtlijn willen implementeren in hun werkwijze. Het is daarom aan te bevelen een van deze instrumenten naast het COPM en de PRPP te gebruiken. Wanneer de ergotherapeuten dezelfde instrumenten toepassen in de inventarisatie ontstaat er eenduidigheid in de werkwijze. Mocht er ziekte optreden bij een van de ergotherapeuten, dan zou de ander dit kunnen overnemen.

Intervisiemoment

Uit interviews met de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray blijkt dat er nog veel onduidelijkheden bestaan rondom het gebruik van het model van Feldman. Aangezien er meerdere ergotherapeuten werkzaam zijn binnen de praktijk, ontstaan er mogelijk verschillen bij het invullen van het model van Feldman met als mogelijk gevolg verschillende conclusies. Bij het invullen van het model van Feldman spelen namelijk interpretaties een belangrijke rol. Interpretaties worden beïnvloed door het referentiekader van de therapeut (Weevers, 2009). Hierbij speelt de kennis van de therapeuten een rol. Een opbrengst van intervisie is het expliciteren van impliciete kennis (Hornman, Dilven & Van Leeuwen, 2010). Met andere woorden het toelichten van onuitgesproken kennis. Hierdoor wordt de manier van redeneren inzichtelijk voor collega ergotherapeuten. Het is aan te bevelen om intervisiemomenten in te zetten om te komen tot een eenduidige werkwijze. Intervisie bevordert namelijk de professionaliteit als beroepsbeoefenaar en houdt de samenwerking met collega's op peil of ontwikkelt deze verder (Wat is intervisie, z.d.). Daarnaast geven de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray zelf aan behoefte te hebben aan deze intervisiemomenten.

De intervisiemomenten zijn aanbevolen van start te gaan in de fase dat het model van Feldman geïmplementeerd wordt in de praktijk. Op dit moment is dit nog niet realiseerbaar, omdat de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray dit graag gedigitaliseerd willen gebruiken. Wanneer de digitale versie van het model van Feldman beschikbaar is voor de praktijk, is het aan te bevelen de intervisiemomenten in te plannen.

De intervisiemethode die passend is bij de ergotherapeuten van ergotherapiepraktijk Venray, is de casuïstiek methode. Deze methode gaat uit van een ingebrachte casus en heeft een vaste opbouw. De methode bevat de volgende stappen: Inbreng, verheldering, samenvatting, uitwisseling, verdieping, conclusie, discussie en evaluatie (Sijnke, 2016). Het gaat in deze intervisie niet om de casus, maar om de ergotherapeut die de casus inbrengt (Sijnke, 2017). Een van de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray bereidt een casus voor die zij is tegengekomen in de praktijk, eventueel met ondersteunend beeldmateriaal. De ergotherapeuten gaan hierover met elkaar in overleg hoe zij komen tot een besluitvorming.

Normaliter wordt er een gespreksleider aangewezen om de intervisie te leiden in zijn processen zodat de intervisie effectief verloopt. Gezien de relatief kleine groep ergotherapeuten tijdens de intervisie, is het geadviseerd om de gespreksleider ook de casus in te laten brengen. Om de continuïteit van de intervisie te waarborgen, is het raadzaam de intervisie minimaal éénmaal per kwartaal te organiseren (Hornman, Dilven & Van Leeuwen, 2010).

Aanbevelingen Lectoraat Neurorevalidatie

Implementatie richtlijn

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat bijna de helft van de respondenten niet tevreden is over de manier van het in kaart brengen van de mate van het valrisico. De instrumenten die gebruikt worden door de respondenten zijn echter allemaal benoemd in de richtlijn. De vraag is of dit iets zegt over de implementatie van de Ergotherapie richtlijn Valpreventie 2016. Om hier verbanden mee te leggen en een conclusie te trekken, is onderzoek over de implementatie van de Ergotherapie richtlijn Valpreventie 2016 gewenst. Echter is bekend dat implementatie de nodige tijd vraagt, soms wel enige jaren. Het is een vereiste om met zekere snelheid en doortastendheid te blijven implementeren om de motivatie bij doelgroepen te behouden (Wensing & Grol, 2017).

Bijeenkomst model van Feldman

Dit onderzoek brengt in kaart hoe het model van Feldman in de praktijk toepasbaar kan worden voor Ergotherapie praktijk Venray. Hiervoor is informatie vanuit ergotherapeuten in het werkveld die bekend zijn met het model van Feldman waardevol. Het is opvallend dat het model nauwelijks gebruikt wordt in de praktijk. Van de respondenten uit dit onderzoek is 81% geïnteresseerd in een workshop over het model van Feldman gegeven door het Lectoraat Neurorevalidatie. Zij zijn echter allen het afgelopen half jaar actief bezig geweest met valpreventie, waarbij zij mogelijk gebruik hebben gemaakt van de vernieuwde Ergotherapie richtlijn Valpreventie (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Hierin wordt het model van Feldman ook aangedragen.

Het is aan te bevelen om bijeenkomsten voor geïnteresseerde ergotherapeuten te organiseren waarbij kennis wordt gedeeld en bediscussieerd over het model van Feldman. Het is van belang dat ergotherapeuten precies weten wat het model van Feldman inhoudt en wat er aan nieuw handelen van hen wordt verwacht, om ervoor te zorgen dat de implementatie effectief verloopt (Wensing & Grol, 2017). Dit wordt gedaan door middel van interactieve bijeenkomsten, zodat er direct ervaring opgedaan kan worden. Het voordeel van een interactieve bijeenkomst is dat de inzet voor het leerproces aanzienlijk hoger is wanneer er een expert bij aanwezig is. Ervaringsleren zorgt voor impliciete leerresultaten waarmee expertises kunnen ontstaan. Het zorgt voor meer beroepskennis die zowel betrekking heeft op eigen taken als het functioneren binnen een organisatie. Ervaringsleren gaat uit van feedback en reflectie, hierbij is het noodzakelijk om een minimaal niveau aan basiskennis over het model van Feldman te hebben (Kessels & Poell, 2011). Kijkend naar de leerpiramide van Bales (Ten Cate, 2006) is het onderwijs delen met een ander en het zelf doen een effectieve methode om te leren. Informatie zal beter beklijven waardoor implementatie sneller kan ontwikkelen (Visser, 2008). Voorafgaand aan het ervaringsleren moet de basiskennis verworven worden bij de deelnemende ergotherapeuten. Het aantal bijeenkomsten is afhankelijk van de waarde die het samen leren en werken oplevert voor de deelnemende ergotherapeuten. Het is noodzakelijk om bij de deelnemende ergotherapeuten na te gaan wanneer zij genoeg informatie hebben verkregen over het model van Feldman om deze toe te passen in de praktijk (Kessels & Poell, 2011).

Digitalisering model van Feldman

Dit onderzoek heeft zich onder andere gericht op het in kaart brengen van de wensen en gebruikerseisen van de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray met betrekking tot het gebruik van het model van Feldman. Middels een interview, een aanvullend gesprek en de vragenlijst zijn de volgende gebruikerseisen aan te bevelen.

- *Digitaal:*
Het model moet digitaal uitgewerkt worden zodat deze gemakkelijk mee te nemen is naar de cliënt of het multidisciplinaire team. Het valrisico van een cliënt is op deze manier visueel inzichtelijk. Ter profilering van het beroep ergotherapie en het model van Feldman is het van belang dat er een goede overdracht mogelijk is naar de cliënt, derden en het multidisciplinaire team. Dit wordt tevens door de literatuur ondersteund: "Informatiedeling in de zorgketen is niet alleen voor de onderlinge samenwerking tussen professionals van belang, maar ook voor de patiënt en zijn omgeving. Wanneer informatie laagdrempelig aan ouderen en mantelzorgers kan worden aangeboden, bevordert dit de betrokkenheid en het zelfmanagement" (Guldemon, 2017, p.7).
- *Domeinen:*
Het model van Feldman bevat de volgende domeinen: Omgeving, mobiliteit en risiconemend gedrag. De domeinen worden middels een cijferschaal gescoord, van laag naar hoog. Hierbij staat 1 voor laag en 10 voor hoog.
- *Subcategorieën domeinen:*
Bij het invullen van de drie domeinen zullen de subcategorieën, die onder de domeinen vallen, naar voren komen als geheugensteun. De wens is dat de subcategorieën als een pop- up naar voren komen.
- *Conclusie valrisico:*
Wanneer de domeinen gescoord zijn, wordt er een conclusie gevormd over de mate van valrisico. De conclusie wordt gevormd middels de benamingen: laag, gemiddeld en hoog. Dit staat visueel verwerkt in een grafiek. Onder de conclusie zijn de domeinen te zien waarin gescoord is. De conclusie moet door de ergotherapeut gespecificeerd worden op de cliënt.
- *Interventies:*
Interventies worden uitgevoerd wanneer de mate van valrisico bekend is bij de ergotherapeut. Zoals bovenstaand is benoemd, komen de domeinen met de daarbij horende subcategorieën naar voren. Door middel van een pop- up verschijnen er mogelijke interventies, passend bij de subcategorie, die richting kunnen geven aan de behandeling.

Op dit moment heeft er vooronderzoek plaatsgevonden om de gebruikerseisen van het digitale werkmodel, zoals gewenst door de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray, in kaart te brengen. Dit is passend bij het korte tijdsbestek van dit onderzoek. Voor het digitaliseren van het model van Feldman is een vervolgonderzoek aan te bevelen.

E-health toepassingen kunnen efficiëntie van zorg faciliteren. Het verbeteren van de efficiëntie is van belang voor zowel de ergotherapeuten van Ergotherapiepraktijk Venray als voor overige ergotherapeuten werkzaam met valpreventie. Wanneer het inzetten van technologie leidt tot onder- of oneigenlijk gebruik, is het een verspilling van tijd en geld (Lauwerier & Van Pottelbergh, 2017). Om deze reden is het van belang dat er grootschalig onderzoek gedaan wordt naar de eisen die gesteld worden aan een digitaal model van Feldman door de ergotherapeuten werkzaam met valpreventie.

Informatie-uitwisseling is een essentieel aspect van een goed functionerend zorgsysteem. Om een goedlopende informatie-uitwisseling door middel van een mobiele applicatie te bewerkstelligen, is het van belang dat er een ICT-specialist op dit gebied betrokken wordt. Tevens dient de ICT-specialist betrokken te worden om de ongestructureerde gezondheidsgerelateerde gegevens te vertalen naar bruikbare data (Guldemon, 2017). Daarnaast is dit ook van belang voor het in kaart brengen van de verschillende

aandachtsgebieden bij het ontwikkelen van mobiele applicaties (Veldkamp & Hemmers, 2012). Voor optimale ontwikkeling van de mobiele applicatie is het noodzakelijk dat er samenwerking wordt aangegaan tussen het Lectoraat Neurorevalidatie, ergotherapeuten werkzaam met valpreventie en een ICT-specialist.

Bij het ontwikkelen van de app dient er tevens rekening te worden gehouden met de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), waarin de veiligheid en privacy van de cliënt centraal staan (GGZNederland, 2013).

Literatuurlijst

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., De Goede, M., Peters, V. & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e druk). Groningen: Noordhoff.

Baarda, B., Bakker, E., Van der Hulst, M., Julsing, M., Van Vianen, R. & De Goede, M. (2014). *Basisboek Methoden en Technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis* (5e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.

Baarda, B. & Van der Hulst, M. (2017). *Basisboek Interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (4e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.

Beurskens, S., Van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R. & Wittink, H. (2008). *Metten in de praktijk: Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bilderbeek, J. & Kloppe, R. (2009). PRPP op een stroke unit in het verpleeghuis. *Ergotherapie*, 7, 18-21. Geraadpleegd op 9 oktober 2017, van [https://www.prpp.nl/documenten/PRPP_op_een_stroke_unit_in_het_verpleeghuis_\(2009\).pdf](https://www.prpp.nl/documenten/PRPP_op_een_stroke_unit_in_het_verpleeghuis_(2009).pdf)

Boeije, H., (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Brinkman, J. (2014). *De vragenlijst; een goed instrument voor toepasbaar onderzoek* (3e druk). Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.

De Boer, F. (2006). Mixed Methods: een nieuwe methodologische benadering? *KWALON* 32, 11 (2), 5-10. Geraadpleegd op 15 november 2017, van https://www.tijdschriftkwalon.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=KW-11-2-2

Dingemanse, K. (2015). *Soorten interviews*. Geraadpleegd op 19 oktober 2017, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/>

Emmelot- Vonk, M.H. (2005). *Voorkomen dat ouderen vallen*. Gedownload op 4 oktober 2017, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03074730.pdf>

Feldman, F. & Chaudhury, H. (2008). *Falls and physical environment: A review and a new multifactorial falls-risk conceptual framework*. Gedownload op 6 september 2017, van <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.905.8822&rep=rep1&type=pdf>

Ganassali, S. (2008). The Influence of the Design of Web Survey Questionnaires on the Quality of Responses. *Survey Research Methods*, 2(1), 21-32. Geraadpleegd op 11 januari 2018, van <https://ojs.ub.uni-konstanz.de/srm/article/view/598/1296>

Gezonde gemeente. (2017). *Vallen: een probleem*. Geraadpleegd op: 29 november 2017, van: <http://www.gezondegemeente.be/acties/actielijst/boebs/vallen-een-probleem/>

GGZNederland. (2013). *Toelichting Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*. Geraadpleegd op 16 januari 2018, van <http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Handreiking%20WGB%20juli%202013.pdf>

Graauw, de C. (z.d.). *Effectmeting en doelbereik*. Geraadpleegd op 11 oktober 2017, van <http://claudiadegraauw.nl/vragenlijst-als-onderzoeksmethode-voor-en-nadelen/>

Guldmond, N. (2017). De belangrijkste trends in de ontwikkeling van eHealth of digitale zorg. *Tijdschrift over ouder worden en samenleving, jaargang 2*, 6-9. Geraadpleegd op 16 januari 2018, van

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40718-017-0022-9.pdf>

Hellenthal, A. (2012). Verpleegkundigen aan het werk. *Sociaaleconomische trends, eerste kwartaal*, 55-64. Gedownload op 5 oktober 2017, van

https://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&as_sdt=0%2C5&q=vergrijzing+toenemende+zorgvraag&btnG=&oq=vergrijzing+toenemende+zorg

Hornman, M., Dilven, W. & Van Leeuwen, C. (2010). *De kracht van intervisie*. Geraadpleegd op 11 januari 2018, van

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12477-010-0006-3.pdf>

Kessels, J. & Poell, R. (2011). *Handboek human resource development: Organiseren van het leren* (2e herziene druk). Geraadpleegd op 16 januari 2018, van

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-90-313-8565-2.pdf>

Koster, C., Ten Rouwelaar, B. & Siecker, L., (2016). *Een meetinstrument voor thuiswonende ouderen met een valrisico*. Gedownload op 4 oktober 2017, van

<http://kennisbank.hva.nl/document/642808>

Kraanen, S. (2015). *Objectief waarnemen is onmogelijk*. Geraadpleegd op 25 oktober 2017, van <https://www.nemokennislink.nl/publicaties/objectief-waarnemen-is-onmogelijk/>

Lamb, S.E., Jørstad-Stein, E.C., Hauer, K., & Becker, C. (2005). Development of a Common Outcome Data Set for Fall Injury Prevention Trials: The Prevention of Falls Network Europe Consensus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1618-1622. Geraadpleegd op 21 december 2017, van

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2005.53455.x/full>

Lauwerier, E. & Van Pottelbergh, G. (2017). Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. *Huisarts Nu*, 1, 26-32. Geraadpleegd op 16 januari 2018, van

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40954-017-0008-9.pdf>.

Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M. & Kinébanian, A.(Reds.). (2012). *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk). Amsterdam: Reed Business.

Loyson, D. (2008). *Valpreventie bij licht dementerende ouderen in een woon- en zorgcentrum*. Gedownload op 4 oktober 2017, van

<http://dspace.howest.be/bitstream/10046/441/1/Loyson+Debby.pdf>

Mertens, J. (2010). *Praktijkonderzoek voor bachelors* (2e druk). Bussum: Coutinho.

Nationaal Ouderen Fonds. (2017). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 05 oktober 2017, van

<https://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers/>

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2004). *Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen*. Gedownload op 28 september 2017, van

<http://www.nvkg.nl/sites/nvkg.nl/files/valincidenten-bij-ouderen-preventie-van.pdf>

Olde Hartman, T. & Lucassen, P. (2015). Kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 58 (1), 19. Geraadpleegd op 2 november 2017, van

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12445-015-0012-x.pdf>

Polinder, S. (2017). *Maatschappelijke kosten- baten analyse (MKBA) van valpreventie bij ouderen*. Geraadpleegd op: 22 november 2017, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/maatschappelijke-kosten-baten-analyse-mkba-van-valpreventie-bij-ouderen/verslagen/>

Regieraad (2013). *Valpreventie*. Geraadpleegd op 9 januari 2018, van <http://www.encyclo.nl/lokaal/11110&page=8>

Sijnke, J. (2016). *Coaching in samenwerkingsrelaties. Praktisch en methodisch coachen bij leidinggeven en begeleiden* (3e druk). Houten: Bohn Stafleu van loghum.

Sijnke, J. (2017). *Intervisie: wie brengt zijn casus in?* Geraadpleegd op 16 januari, van <https://www.zorgwelzijn.nl/intervisie-wie-brengt-zijn-casus-in/>

Skelton, D. A., Becker, C., Lamb, S. E., Close, J. C. T., Zijlstra, W., Yardley, L., & Todd, C. J. (2004). *Prevention of falls network Europe: a thematic network aimed at introducing good practice in effective falls prevention across Europe*, 1(1), 89-94. Geraadpleegd op 21 december 2017, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10433-004-0008-z.pdf>

Stel, V., Smit, J., Pluijm, S. & Lips, P. (2004). Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age and ageing*, 33, 58-65. Gedownload op 10 oktober 2017, van https://www.researchgate.net/publication/8941665_Consequences_of_falling_in_older_men_and_women_and_risk_factors_for_health_service_use_and_functional_decline

Stevens, J.A., Corso, P.S., Finkelstein, E.A., Miller, T.R. (2006). *The costs of fatal and non-fatal falls among older adults*. Geraadpleegd op 29 november 2017, van <http://injuryprevention.bmj.com/content/12/5/290.info>

Sturkenboom, I.H.W.M, Steultjens, E.M.J. (2016). *Ergotherapie richtlijn Valpreventie: evidence-based ergotherapie bij volwassenen met verhoogd valrisico*. Nijmegen/ Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/ Ergotherapie Nederland. Gedownload op 11 september 2017, van <https://ergotherapie.nl/kennisplein/vakinhoudelijke-documenten/richtlijnen-en-standaarden/welke-richtlijnen-er-ergotherapie/>

Ten Cate, Th. J. (2006). Studenten die als docenten optreden? Over onder- wijsstages en peer teaching in het medisch opleidings- continuüm. *Tijdschrift van Medisch Onderwijs*. Jaargang 25, 255-260. Geraadpleegd op 16 januari 2018, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fbfb03056751.pdf>

Uitgetypt.nl. (z.d.). *Transcriberen interview: een voorbeeld*. Geraadpleegd op 11 oktober 2017, van <https://www.uitgetypt.nl/transcriberen-interview>

Van Burg, E. (2011). *Hoofdstuk 9: Kwaliteitscriteria voor ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek*. Geraadpleegd op 14 december 2017, van <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/32171/Van?sequence=5>

Van Campen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Gedownload op 28 september 2017, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen

Van der Donk, C. & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e herziene druk). Bussum: Coutinho.

Van Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I. & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma uitgevers.

VeiligheidNL. (2016). *Valongevallen 65 jaar en ouder - valongeval cijfers 2016*. Gedownload op 5 oktober 2017, van <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/kennis-en-cijfers/cijfers>

Verhoef, J., Kuiper, C. & Munten, G. (Reds.). (2016). *Evidence-based practice voor paramedici* (4e druk). Amsterdam: Boom.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Visser, B. (2008). *'Ik sta versteld van mezelf!' Casestudy naar de maatwerk cursussen van de volksuniversiteit Enschede*. Geraadpleegd op 16 januari 2018, van http://wewi-rapporten.utwente.nl/50/1/1621.Ik_sta_versteld_van_mezelf%5B1%5D.pdf

Vilans. (2011). *Valpreventie*. Geraadpleegd op 19 september 2017, van [http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Valpreventie/502%20Valpreventie%20achtergrondinformatie\[1\].pdf](http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Valpreventie/502%20Valpreventie%20achtergrondinformatie[1].pdf)

Wat is intervisie? (z.d.). *1.4 Aanleidingen om voor intervisie te kiezen*. Geraadpleegd op 20 december 2017, van <http://assortiment.bsl.nl/files/3e650aac-f0fb-4dac-949b-7993bcc8074a/intervisieph.pdf>

Weevers, H. (2009). *Waarnemen en interpreteren*. Geraadpleegd op 25 oktober 2017, van <http://www.veelkleurig.nl/docs/begeleidingsvaardigheden/Waarnemen%20en%20interpreteren.pdf>

Wensing, M., & Grol, R. (2017). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wester, F. (Red.). (2003). *Rapporteren over kwalitatief onderzoek*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.

Yardley, L., Bishop, F. L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G. I., Piot-Ziegler, C., ... & Holt, A. R. (2006). *Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries*. The Gerontologist. Geraadpleegd op 29 november 2017, van <https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/5/650/629286>

Zorg voor beter. (2017). *Nieuwe vorm financiering*. Geraadpleegd op 10 januari 2018, van <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/valpreventie-health-impact-bond.html>

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewguide

Inleiding	
Introductie	Allereerst willen wij u bedanken dat u tijd heeft vrij gemaakt om dit interview te laten plaatsvinden. Zoals u weet gaan we het hebben over valpreventie binnen de praktijk.
Doel interview	Als praktijk hebben jullie aangegeven geen eenduidige werkwijze te hanteren om de mate van valrisico bij een cliënt concreet vast te stellen. Middels dit interview willen wij duidelijk krijgen wat jullie wensen en eisen zijn wat betreft het in kaart brengen van de mate van het valrisico.
Informed consent	Met het informed consent formulier geeft u toestemming voor het verzamelen van de gegeven antwoorden. Dit zal geanonimiseerd worden. Indien u akkoord gaat, kunt u het formulier ondertekenen. Wanneer het formulier niet ingevuld wordt, kan het interview niet doorgaan.
Auditieve opname	De interviews zullen worden opgenomen met een bandrecorder en mobiele telefoon. De opname zal gebruikt worden om het interview te analyseren.
Kern	
Huidige werkwijze	• Hoe lang bent u werkzaam als ergotherapeut? • Heeft u op overige werkplekken ervaring opgedaan met het werken met valpreventie? • Hoe vaak per week behandelt u gemiddeld mensen met een verhoogd valrisico? • Kunt u uw werkwijze vanaf de start tot aan de behandelfase toelichten? ○ Waar bent u op dit moment tevreden mee in uw werkwijze? ○ En waarom? ○ Waar bent u op dit moment nog niet tevreden over in uw werkwijze? ○ En waarom?
Model van Feldman	<i>We hebben nu een beeld over uw werkwijze. In de vorige gesprekken kwam naar voren dat u door de nieuwe richtlijn valpreventie aan het denken bent gezet over de implementatie van deze nieuwe werkwijze. Anouk heeft aangegeven dat jullie het model van Feldman willen toepassen in de praktijk. Hierover gaan de volgende vragen.</i> • Wat weet u over het model van Feldman? • Wat spreekt u aan in het model van Feldman? ○ Waarom spreekt dit u aan? ○ Wat zijn de beperkingen van het model van Feldman? ○ Waarom vindt u dit een beperking?

Eisen	• Wat is er voor u nodig om het model van Feldman toe te passen in de inventarisatiefase? ○ Hoe ziet dat er uit? ○ Wat werkt voor u? ○ Wat bedoelt u met ...? ○ Wat is uw voorkeur? ○ Er zijn verschillende middelen om iets in kaart te brengen, zoals papier of digitaal. Wat is uw voorkeur? ○ Welk middel zeker niet? <i>In de gesprekken met Anouk is naar voren gekomen dat jullie een conclusie willen trekken over het valrisico. De volgende vragen gaan hierover.</i> • Waar moet een conclusie over valrisico aan voldoen? [Wanneer de termen meetbaar, mate van, concreet en/of objectief benoemd worden in het antwoord op de vorige vraag.] ○ Hoe ziet meetbaar/mate van/concreet/objectief eruit? ○ Wat bedoelt u hiermee? ○ Wat heeft uw voorkeur? [Bij benoemen van andere termen dan hierboven benoemd.] <i>Tot nu toe hebben we gesproken over de termen meetbaar, mate van, concreet en objectief.</i> ○ Hoe verhouden deze termen zich tot het door u gegeven antwoord? ○ Wat heeft uw voorkeur?
Slot	
	Heeft u nog vragen naar aanleiding van dit interview?
	De gegevens uit dit interview zullen wij analyseren waarna wij een conclusie trekken. Dit zullen wij terugkoppelen tijdens de volgende afspraak. Mogelijk zullen wij gedurende dit onderzoek een vervolgonderzoek willen afnemen. Bent u bereid ook hieraan deel te nemen?
	Bedankt voor uw deelname en tijd.

Bijlage 2: Informed consent

Onderwijseenheid Praktijkgericht onderzoek

Titel onderzoek: Valpreventie bij kwetsbare ouderen.

Verantwoordelijke onderzoekers: Renske Peters, Ruby Schouten, Iris Schurink en Ellis Vierhout.

Studiejaar 2017-2018

In te vullen door de deelnemer:

Hierbij verklaart ondergetekende op juiste wijze te zijn ingelicht over het doel van het interview. Eventuele vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. De ondergetekende weet dat de gegevens en resultaten van dit onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.

De ondergetekende stemt geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. De ondergetekende heeft het recht om op elk gewenst moment deelname aan het onderzoek te beëindigen.

De ondergetekende gaat akkoord met auditieve opname van het interview. Deze opnames worden uitsluitend gebruikt voor analyse van het interview.

De ondergetekende geeft toestemming voor het feit dat de onderzoeksgegevens minimaal 5 jaar te bewaren. Uw gegevens zullen anoniem opgeslagen worden.

De ondergetekende is bereid deel te nemen aan eventueel vervolgonderzoek.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

.....

Bijlage 3: Introductiemail

Geachte [naam ontvanger],

Wij zijn vier ergotherapeuten in opleiding aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen uit het vierde jaar. Momenteel zijn wij bezig met een praktijkgericht onderzoek gericht op valpreventie. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Ergotherapiepraktijk Venray, daarnaast zijn het lectoraat Neurorevalidatie en Esther Steultjens hierbij betrokken. Hierbij willen wij ook ergotherapeuten werkzaam in de eerstelijns betrekken. Wij willen u vragen deel te nemen aan dit onderzoek door middel van het invullen van een vragenlijst. Aangezien wij ervaringen van ergotherapeuten in het werkveld in kaart willen brengen, is het voor ons onderzoek van belang dat u in het afgelopen half jaar minimaal 10 consulten gericht op valpreventie heeft uitgevoerd.

Het doel van het onderzoek is een eenduidige werkwijze vinden om de mate van het valrisico op een objectieve wijze vast te stellen bij kwetsbare ouderen. Na de inventarisatiefase kan dan een concrete conclusie getrokken worden over de mate van het valrisico, welke gedeeld kan worden met de cliënt en het multidisciplinaire team. Met deze vragenlijst willen wij graag uw mening en ervaringen lezen over het in kaart brengen van de mate van valrisico.

Indien u wenst, wordt er aan het einde van het onderzoek een samenvatting van de onderzoeksresultaten met u gedeeld. Mogelijk kan dit een toevoeging zijn op uw behandelmethode. Wanneer er genoeg interesse is, wil het lectoraat Neurorevalidatie een workshop organiseren over het in kaart brengen van valrisico.

Het is voor ons van belang om te weten wie er deelneemt aan ons onderzoek, daarom vragen wij om uw naam in te vullen in de vragenlijst. De gegevens worden uitsluitend voor ons onderzoek gebruikt en worden anoniem verwerkt.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer ... minuten in beslag nemen. Wanneer u geïnteresseerd bent en ons wil helpen, kunt u de vragenlijst via onderstaande link invullen: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdIJH3AoPTeH2mVSta2HyPU41G9x_AjCllxIPBY-V_E_AS5uQ/viewform?usp=sf_link

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen via valpreventiepraktijkonderzoek@gmail.com. Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Alvast bedankt voor de tijd.

Met vriendelijke groet,

Renske Peters, Ruby Schouten, Iris Schurink en Ellis Vierhout

Bijlage 4: Vragenlijst

Hartelijk dank voor uw deelname aan ons onderzoek. Met deze vragenlijst willen wij in kaart brengen hoe ergotherapeuten in de eerstelijnspraktijk de mate van valrisico bij een cliënt in kaart brengen. De informatie zal uitsluitend voor ons onderzoek gebruikt worden en de gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Meer informatie over het onderzoek is te lezen in de toegestuurde email.

Het invullen van de vragenlijst duurt maximaal 10 minuten. Gelieve de vragenlijst zo compleet mogelijk in te vullen.

1. Wat is uw naam?
.....
2. Bent u bekend met de Ergotherapierichtlijn Valpreventie uit 2016 (Sturkenboom & Steultjens, 2016)?
☐ Ja, ga door naar vraag 3.
☐ Nee, ga door naar vraag 4.
3. Maakt u gebruik van de Ergotherapierichtlijn Valpreventie uit 2016 bij de diagnostiek?
☐ Ja
☐ Nee
4. Maakt u gebruik van ergotherapeutische instrumenten of modellen om het valrisico van een cliënt in kaart te brengen?
☐ Ja, ga door naar vraag 6.
☐ Nee, ga door naar vraag 5.
5. Op welke manier brengt u het valrisico in kaart zonder gebruik van instrumenten of modellen? (Ga door naar vraag 8)

6. Welke instrumenten of modellen gebruikt u om het valrisico van een cliënt in kaart te brengen? (Ga door naar vraag 7)

7. Welke instrumenten of modellen zou u collega ergotherapeuten aanraden om het valrisico te inventariseren?

8. Welke factoren brengt u in kaart om de mate van valrisico vast te stellen?

In ons onderzoek staat het model van Feldman centraal. De volgende vragen zullen om deze reden betrekking hebben op het model van Feldman.

9. Maakt u gebruik van het model van Feldman bij de inventarisatie van de mate van het valrisico bij een cliënt?

☐ Ja, ga door naar vraag 10.

☐ Nee, ga door naar vraag 14.

10. Bent u tevreden over de toepasbaarheid van het model van Feldman in de praktijk om de mate van het valrisico vast te stellen?

☐ Ja

☐ Nee

11. Het model van Feldman gaat uit van het interactieperspectief, waarbij er drie domeinen worden bekeken: mobiliteit, risiconemend gedrag en fysieke omgeving. Hoe schaaft u de hoogte per domein in voor een individuele cliënt?

.....

12. Hoe communiceert u over de verkregen informatie vanuit het model van Feldman met de cliënt?

.....

13. Hoe communiceert u de de verkregen informatie uit het model van Feldman met een multidisciplinair team?

.....

Ons onderzoek gaat over het trekken van een conclusie over de mate van het valrisico. Wij zijn benieuwd naar de manieren waarop dit in de praktijk wordt gedaan.

14. Trekt u een conclusie over de mate van het valrisico bij een cliënt?

☐ Ja, ga door naar vraag 15.

☐ Nee, ga door naar vraag 21.

15. Wordt de mate van het valrisico op dit moment begrijpelijk uitgedrukt?

☐ Ja, ga door naar vraag 16.

☐ Nee, ga door naar vraag 17.

16. Op welke wijze wordt de mate van het valrisico begrijpelijk uitgedrukt?

.....

17. Wat is volgens u een praktische manier om de mate van het valrisico begrijpelijk uit te drukken?

.....

18. Wordt de mate van het valrisico op dit moment meetbaar uitgedrukt?

☐ Ja, ga door naar vraag 19.

☐ Nee, ga door naar vraag 20.

19. Op welke wijze wordt de mate van het valrisico meetbaar uitgedrukt?

.....
.....

20. Wat is volgens u een praktische manier om de mate van het valrisico meetbaar uit te drukken?

.....
.....

21. Bent u tevreden over de manier waarop u op dit moment de mate van het valrisico in kaart brengt?

- ☐ Ja, ga door naar vraag 23.
☐ Nee, ga door naar vraag 22.

22. Wat mist u nog?

.....
.....

Het lectoraat Neurorevalidatie is betrokken bij ons onderzoek. Zij zijn benieuwd of er nog behoefte is aan een workshop waarin extra informatie verstrekt wordt over het model van Feldman.

23. Bent u geïnteresseerd in een workshop over het model van Feldman gegeven door het lectoraat Neurorevalidatie?

- ☐ Ja, ga door naar vraag 24.
☐ Nee, einde vragenlijst.

24. Laat hier uw mailadres achter voor de workshop over het model van Feldman.

.....

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor het invullen. Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u deze mailen naar: valpreventiepraktijkonderzoek@gmail.com

Bijlage 5: Horizontale vergelijking

	Antwoord deelnemer 1	Antwoord deelnemer 2	Conclusie
Huidige werkwijze			
Vraag 1: Hoe lang bent u werkzaam als ergotherapeut? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om de inclusie- en exclusiecriteria te controleren.	Ik ben in 2001 afgestudeerd en vanaf toen ook meteen gaan werken als ergotherapeut.	Ik ben in 2001 afgestudeerd, dus dat is nou dan 16 jaar, 16,5 jaar.	Beide ergotherapeuten zijn 16,5 jaar werkzaam als ergotherapeut.
Vraag 2: Waar heeft u in het verleden gewerkt? Waarom: Deze vraag is gesteld om erachter te komen wat werkervaring van de ergotherapeut is.	Eerst in een verpleeghuis en daarna nog in een ziekenhuis en revalidatiecentrum en eigenlijk pas de laatste vijf jaar in de eerste lijn.	In ben als eerste gestart in revalidatiecentrum Blixembosch in Eindhoven. Hierna in een verpleeg/verzorgingshuis te Almere. In 2006 ben ik naar het radboud ziekenhuis gegaan. In 2012 ben ik gestart met deze eerste lijns praktijk.	Beide ergotherapeuten hebben in verschillende settings als ergotherapeut gewerkt. In 2012 is deelnemer 2 de praktijk gestart en is deelnemer 1 in dienst gekomen. Dit is de reden dat beiden nu 5 jaar in de eerstelijns werken.
Vraag 3: Heeft u op overige werkplekken ervaring opgedaan met het werken met valpreventie? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om de werkervaring, die opgenomen is in de	Ik merk dat dit de laatste jaren echt in opkomst is. Ik nam het eerst wel mee als ergotherapeut maar dan was het een huisbezoek en keek je standaard of er kledjes in huis lagen en of er dingen valgevaarlijk waren. De laatste jaren kijk je naast de omgeving ook naar het gedrag en cognitie. Dat is wel steeds breder getrokken de afgelopen jaren.	Ja, maar nog wel met de oude richtlijn. Deze was toen leidraad in valproblematiek. Maar dit wordt steeds actueler. De hulpvraag naar de ergotherapie is veel gericht en ook meer op het gebied van de cognitie.	Beide ergotherapeuten hebben op vorige werkplekken met de oude richtlijn valpreventie gewerkt. Beiden ervaren dat er tegenwoordig meer wordt gekeken naar gedrag en cognitie. Zij besteden daarom beide meer aandacht aan de cognitie en het gedrag.

inclusiecriteria, te controleren.			
Vraag 4: Heb je op vorige werkplekken op dezelfde manier met valpreventie gewerkt? Waarom: Deze vraag is gesteld om te achterhalen of de werkwijze gericht op valpreventie in de loop der jaren is veranderd.	Ja dat is juist altijd wel hetzelfde, daarom hadden we nu een beetje zoiets van dat kan duidelijker. Ieder heeft zijn eigen lijsten en bij elke praktijk of werk heb je andere lijsten. In het ziekenhuis had valpreventie ook wel de aandacht maar in het revalidatiecentrum is dit toch heel anders omdat je dan in een andere omgeving bezig bent. Daar ben je nog niet zoveel preventief bezig.	Het is niet direct veel veranderd. Wat ik merk is dat het steeds actueler wordt en dat er steeds meer gerichte vragen van ergotherapie binnen komen. Tegenwoordig wordt de cognitieve component duidelijk meegenomen. Ook door andere zorgprofessionals wordt gezien dat wij daar iets mee kunnen.	• Beide ergotherapeuten komen tot de conclusie dat er nog altijd hetzelfde gewerkt wordt met valpreventie alleen dat de componenten gedrag en cognitie daaraan toegevoegd is. Echter merken ze beiden dat valpreventie steeds actueler wordt. • deelnemer 2 benoemt daarbij dat er steeds meer gerichte vragen over ergotherapie binnen komen.
Vraag 5: Hoe vaak per week behandelt u gemiddeld mensen met een verhoogd valrisico? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om de inclusiecriteria te controleren.	We zien mensen eigenlijk maar 1 keer in de week, 1 uur of 1,5 uur. Als blijkt dat het echt nood is, dan zie je zo iemand 2 keer in de week. Ik zie gemiddeld 1 à 2 casussen per week.	Misschien wel 6 tot 8 casussen per week. Vaak speelt valpreventie wel naast een ander binnenkomende hulpvraag.	• Deelnemer 2 merkt dat valpreventie niet altijd de hulpvraag is. Dit speelt vaak wel naast een andere binnenkomende hulpvraag. • Deelnemer 2 komt t.o.v. deelnemer 1 meer in aanraking met mensen met een verhoogd valrisico. Deelnemer 2 ziet 6 tot 8 casussen betreft valpreventie per week, bij deelnemer 1 is dit minder, circa 1 à 2 casussen per week.
Vraag 6: Kunt u uw werkwijze vanaf de start tot aan de behandelfase toelichten? Waarom: Deze vraag is gesteld om inzicht te krijgen in de stappen die	Ik begin eerst met een intake en daarbij vraag ik of er iemand uit de omgeving van de cliënt aanwezig kan zijn bij dit gesprek. Inzicht is er bij oudere mensen met een verhoogd valrisico meestal niet, daarbij kan een persoon uit de omgeving helpen	Ik start met een kennismakingsgesprek, dit doe ik als een algemene anamnese en a la COPM. Hierbij ga ik een gemiddelde dag door en breng deze in kaart. Daarnaast kijk ik naar de woon- leef omgeving en breng ik de gebruikersruimte in kaart. Hierna wil	• Beide ergotherapeuten starten met een intake of kennismakingsgesprek. • Deelnemer 1 maakt hierbij gebruik van de sociale omgeving. Dit door partner of kinderen te betrekken. • Beide ergotherapeuten brengen de dagelijkse handelingen in kaart

de ergotherapeuten maken met betrekking tot het in kaart brengen van het valrisico.	om aan meer informatie te komen. Tijdens de intake breng ik in kaart hoe het gaat, hoe de zelfredzaamheid is, hoe het wassen en aankleden gaat, of ze hulp hebben of geen hulp, hulp in het huishouden, koken. Dus eigenlijk breng ik wat vaste elementen aan de orde hoe de dag eruit ziet. Ook gebruiken wij de checklist van Veiligheid Vallen, hier halen we elementen uit. Vaak heeft de partner of iemand van de kinderen ook wel aanvullende informatie en van daaruit ga je doelen stellen. Ook probeer ik mensen altijd te laten handelen middels een observatie. Van daaruit stel je ook de doelen op en dan ga je aan de slag. En je komt vaak op activiteitsniveau uit qua doelen bijvoorbeeld voorzieningen om het veiliger te maken of een stukje training.	ik graag zien hoe de mensen handelen. Dit doe ik bij handelingen waarbij de hulpvraag/ probleem ligt. Vaak vraag ik in de start van het contact ook al of het goed is als ik in de breedte mee kijk. Vooral bij vragen die niet direct gericht zijn op valpreventie (bijvoorbeeld bij ziekte van Parkinson) is dit handig om mee te nemen. Hierdoor kan je vaak het achterliggende probleem naar voren halen. Voor een volgende afspraak spreek ik een observatie af. Voor de observatie kan ik de PRPP gebruiken, dan zit ik niet aan een activiteit vast. Met de PRPP breng ik in kaart wat de problemen zijn in de aandachtsgebieden. En aan de hand daarvan stel ik samen met de cliënt de doelen samen. Tevens brengen we samen een prioritering aan de doelen. Wanneer er vragen binnen komen die niet direct gericht zijn op valpreventie, bijvoorbeeld bij de ziekte van Parkinson, dan kijk ik vaak in de breedte.	door een gemiddelde dag te doorlopen. Deelnemer 2 doet dit aan de hand van het COPM. Deelnemer 1 maakt hierbij geen gebruik van een instrument. • Deelnemer 1 gebruikt de checklist Veiligheid Vallen, hieruit haalt ze elementen • Deelnemer 2 kijkt tijdens de intake mee naar het handelen. • Beide ergotherapeuten doen een observatie. Deelnemer 2 maakt hierbij gebruik van de PRPP. • Deelnemer 1 probeert mensen altijd te laten handelen en maakt bij deze observatie geen gebruik van een vast instrument. • Deelnemer 1 stelt doelen op samen met de cliënt en zijn familie. • Deelnemer 2 stelt samen met de cliënt de doelen op.
Vraag 7: Waar bent u op dit moment tevreden mee in uw werkwijze? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om naar voren te brengen waar de ergotherapeuten tevreden	Zeker het stuk waar het nu om gaat. Dat je als ergotherapeut niet alleen maar kijkt naar de omgeving, de voorzieningen en hulpmiddelen maar ook zeker naar het gedrag en de cognitie.	In ieder geval het achterhalen waar het echte probleem zit. Vooral wanneer iemand contact opneemt voor een hulpmiddel, dat je dan op totaal iets anders uitkomt. En dat je het dus in de breedte beziet.	• Deelnemer 1 is tevreden over het feit dat je als ergotherapeut ook kijkt naar gedrag en cognitie, naast de omgeving en voorzieningen. • Deelnemer 2 is tevreden over het feit dat zij in de breedte kijkt. Hiermee kan zij achterhalen wat het echte probleem is.

over zijn en welke punten zij zeker willen behouden in de toekomst.			
Vraag 8: En waarom?	Voorheen werd dit niet zozeer meegenomen in de inventarisatie, dit is nu een belangrijk onderdeel geworden van het gehele proces.	Omdat je dus het achterliggende of echte probleem achterhaalt.	• Deelnemer 1 benoemt hierbij dat het in kaart brengen van gedrag en cognitie een belangrijk onderdeel is in het gehele proces. • Deelnemer 2 is van mening dat het belangrijk is om in de breedte te kijken. Dit waardoor je achterliggende of echte problemen achterhaalt.
Vraag 9: Waar bent u op dit moment nog niet tevreden over in uw werkwijze? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om naar voren te brengen welke punten in de werkwijze verbeterd kunnen worden. Ook brengt dit naar voren welke punten de ergotherapeuten nog missen.	Nou ik vind het dan vaak minder gestructureerd. Het zou wel fijn zijn als je een vast schema of iets hebt waar je het valrisico in kan zetten zodat het in 1 oogopzicht duidelijk is waar het probleem ligt.	In de implementatie. Soms zou je willen dat de interventie die je doet, nog beter of intensiever opgepakt zouden worden door de mantelzorger en het systeem om de cliënt heen. Ik mis hierin een back-up in de thuissituatie. Tevens schiet de afstemming met andere disciplines (thuiszorg en fysiotherapie) net te kort. Je krijgt elkaar soms niet te pakken, telefonisch.	• Deelnemer 1 vindt haar werkwijze minder gestructureerd. Er is geen vast schema/ model waar het valrisico ingezet kan worden. • Deelnemer 2 is minder tevreden over de implementatie: back-up in de thuissituatie. Soms zou ze willen dat de interventie intensiever wordt opgepakt. • Deelnemer 2 vindt dat de afstemming tussen de disciplines soms te kort schiet. Dit komt doordat ze elkaar niet telefonisch te pakken krijgen.
Vraag 10: En waarom?	Zo ben je waarschijnlijk minder tijd kwijt met het in kaart brengen van het valrisico en krijg je een duidelijk overzicht.	Vooral bij cliënten met geheugenproblemen is het lastig om interventies te onthouden. Hierdoor worden ze soms niet uitgevoerd of de urgentie van gezien.	• Deelnemer 1 benoemt dat het waarschijnlijk minder tijd kost om het valrisico in kaart te brengen als je een vast schema hebt. • Deelnemer 2 benoemt dat implementatie van de interventies niet goed werkt omdat vooral bij cliënten met geheugenproblemen het lastig is om de interventies te

			onthouden waardoor ze soms niet uitgevoerd worden. In deze situatie wordt de urgentie niet gezien.
Model van Feldman			
Vraag 11: Wat weet u over het model van Feldman? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om te onderzoeken in hoeverre de ergotherapeuten kennis hebben over het model van Feldman.	Uit de uitleg van Esther Steultjens van de vernieuwde richtlijn kwam het model van Feldman naar voren. Het model sprak mij aan omdat hier alle elementen die bij ergotherapie naar voren komen terugkomen zoals, omgeving, gedrag en cognitie. In dit model kwam je precies op een punt waar je kan zien wat de risicofactoren zijn, dit zie je dus ook daadwerkelijk in een grafiek. Je ziet dan waar je aan moet denken als je het hebt over fysieke mobiliteit of omgeving, hierdoor zie je waar je aan moet denken om mee aan de slag te gaan rondom je behandeling.	Er worden drie factoren meegenomen; mobiliteit, omgeving en risicovol gedrag. Die drie assen geven weer hoe iemand handelt. Zo kan de uitvoer van activiteiten worden ingeschat of worden beoordeeld.	• Beide deelnemers benoemden de drie domeinen: Mobiliteit, omgeving en risicovol gedrag. • Deelnemer 1 benoemt dat je op een eindpunt uitkomt. Uiteindelijk kom je op een punt uit en kun je zien waar de risicofactoren liggen. • Deelnemer 2 benoemt dat het model een oordeel geeft over de uit te voeren activiteit.
Vraag 12: Wat spreekt u aan in het model van Feldman? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om de motivatie achter het gebruik van het model van Feldman te onderzoeken.	Ik denk dat het een meerwaarde kan hebben, niet alleen voor de ergotherapie maar ook om de behandeling inzichtelijk te maken. Zo kunnen we dit ook inzichtelijk maken naar praktijkondersteuners en huisartsen. Je kan in dit model ook juist laten zien hoe wij als ergotherapeuten denken en welke elementen wij daarin meenemen.	In gesprek met andere zorgprofessionals wil je vaak aangeven wat de meerwaarde van ergotherapie is en het valrisico in kaart brengen. En daarbij vind ik het mooi dat je echt iets concreets kunt laten zien. Een soort grafiekje of een tabel. En dat je andere zorgprofessionals kunt laten zien dat wanneer je de bijvoorbeeld de omgeving aanpast wat dat voor een invloed heeft op het uitvoeren van de activiteit. De interactie die het model	• Beide deelnemers vinden het model een meerwaarde binnen de ergotherapie: Met het model van Feldman kun je inzichtelijk maken waar je als ergotherapeut naar kijkt. • Beide deelnemers vinden het model van Feldman voor de overdracht naar het multidisciplinaire team een meerwaarde. Middels het model kan inzichtelijk gemaakt worden hoe de cliënt ingeschaald wordt betreft valrisico.

		heeft op de verschillende domeinen spreekt mij hierin erg aan. Tevens is het een professionele manier om bevindingen over te brengen.	- Deelnemer 2 spreekt het aan om een grafiek te gebruiken. Het is visueel gemakkelijk om te zien waar een cliënt staat binnen de domeinen. - Deelnemer 2 spreekt de interactie tussen de verschillende domeinen aan.
Vraag 13: Waarom spreekt dit u aan?	Zo kan ik aan andere professionals laten zien wat ergotherapie kan betekenen binnen dit onderwerp.	Omdat ik aan andere zorgprofessionals kan laten zien wat de invloed is van de verschillende domeinen. Het komt professioneel over, voor de PR acquisitie doet dit ook wel wat.	Dit model zou volgens beide therapeuten goed gebruikt kunnen worden als PR materiaal.
Vraag 14: Wat zijn de beperkingen van het model van Feldman? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om te achterhalen wat de reden is waarom het model van Feldman nog niet wordt gebruikt in de praktijk.	Ik denk dat het nog niet is geïmplementeerd omdat het eerst nog tijd kost om ook te gaan kijken van hoe ga ik het vormgeven. Wij rapporteren alles is een online programma, om het model van Feldman daarin te zetten moet je weer nieuwe lijsten aanmaken, hier ben je best wel even mee bezig.	Het daadwerkelijk overbrengen en het te laten zien. Het is erg lastig om de driedimensionale grafiek uit te lezen. Ik ken het model van Feldman uit de richtlijn en vanuit de doos van Esther Steultjens, maar het is niet iets wat je makkelijk even uit beeld/ uitvoert.	- Deelnemer 1 benoemt dat het tijd kost om het model van Feldman te implementeren. Aangezien de therapeuten rapporteren in een online programma en hiervoor nieuwe lijsten gemaakt moeten worden. - Deelnemer 2 benoemt dat het erg lastig is om een driedimensionale grafiek uit te lezen. Daardoor is het moeilijk om het model daadwerkelijk over te brengen en te laten zien.
Vraag 15: Waarom vindt u dit een beperking?	Het kost veel tijd om dit te implementeren in de praktijk. Als ik naar mezelf kijk gebruik ik de oude manier omdat dit de makkelijkste manier is om op terug te vallen.	Ik kan dit niet meenemen naar de cliënt of naar het multidisciplinaire team.	- Deelnemer 1 benoemt dat dit veel tijd kost om te implementeren in de praktijk. - Voor deelnemer 2 is dit een beperking omdat ze het niet mee kan nemen naar een cliënt of het multidisciplinaire team.
Eisen			

Vraag 16: Wat is er voor u nodig om het model van Feldman toe te passen in de inventarisatiefase? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om te achterhalen hoe de ergotherapeuten het model van Feldman als eindproduct voor zich zien en willen gebruiken.	Dus wat ik een beetje voor ogen zag is een digitaal model waarin de verschillende domeinen te zien zijn. In het model kan je dan klikken wat de score is per domein. Hieruit volgt een combinatie van cognitie, gedrag en omgeving en dan zie je daar een aantal elementen onderstaan. Deze elementen zouden kunnen helpen bij de vervolgstappen in de behandeling.	Wat ik voor me zie is dat die drie domeinen een bepaalde ijking hebben. Bijvoorbeeld de mobiliteit van 1 tot 10, waarbij 1 staat voor weinig mobiel en 10 staat voor super mobiel. Dat je daar een soort van waarde aan kan hangen. Er moet wel op een gegeven moment iets uitrollen, dit zou misschien in een soort computerprogramma kunnen zijn. En dat het uiteindelijk iets zegt over de mate van valrisico van de persoon.	• Beide ergotherapeuten hebben het idee van een digitaal werkmodel. • Deelnemer 1 vindt dat de drie verschillende domeinen per domein gescoord moeten worden. Onder elk domein volgt een combinatie van cognitie, gedrag en omgeving. • Deelnemer 2 vindt dat de drie domeinen allen een eigen ijking moeten hebben; van 1 tot 10, waarbij 10 voor super goed staat. • Deelnemer 1 benoemt dat elementen benoemd kunnen worden die helpen bij de vervolgstappen. • Deelnemer 2 vindt dat er uiteindelijk iets gezegd moet worden over de mate van valrisico.
Vraag 17: Hoe ziet dat eruit? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om te achterhalen hoe de therapeuten het gebruik van het model voor zich zien. Dit op inhoudelijk vlak.	Voor mij zou het fijn zijn als alle elementen van de domeinen tevoorschijn komen in het model, zodat je niets over het hoofd kan zien en niets vergeet.	Om het model van Feldman te kunnen toepassen in de praktijk zal er een score aan de drie domeinen gehangen moeten worden. Dit het liefst in een computerprogramma. En dat er uiteindelijk een tastbaar iets uitkomt, een soort grafiek. Dit kun je dan weer meenemen naar je cliënt of naar het multidisciplinaire team.	• Deelnemer 1 benoemt dat het voor haar fijn zou zijn als alle elementen van de domeinen tevoorschijn komen in het model zodat je niet kan vergeten. • Deelnemer 2 benoemt dat het nodig is om scores aan de drie domeinen te hangen. Dit het liefst in een computerprogramma waardoor er een grafiek uitkomt die je mee kan nemen naar een cliënt en het multidisciplinair team.
Vraag 18: Wat werkt voor u? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om te	Per domein komen er elementen die bij het model horen naar voren. Deze kan je dan checken en scoren. Hieruit volgt een soort	Bij het scoren van de domeinen zal er naar waarschijnlijkheid wel verschil zitten tussen de therapeuten omdat de een strenger is dan de ander. Om hieraan een soort ijking of in ieder	• Beide ergotherapeuten zijn van mening dat de drie domein gecheckt en gescoord moeten worden. Hieruit volgt dan een

achterhalen welke werkwijzen voor de ergotherapeuten werken in de praktijk.	grafiek waarbij je kan zien hoe hoog iemand scoort op valrisico.	geval overeenstemming te vinden zullen hierover duidelijke afspraken gemaakt moeten worden. Daarnaast zie ik ook voor me dat er in een intervisie casussen door middel van video's worden besproken.	grafiek waardoor het visueel inzichtelijk wordt. Deelnemer 2 is van mening dat er een ijkling in de scores aangebracht kan worden. Dit zou kunnen door duidelijke afspraken te maken over het invullen van de scores. Daarnaast zou er een intervisie georganiseerd kunnen worden, waarbij casussen besproken worden.
Vraag 19: Wat is uw voorkeur?	Zie bovenstaand	zie bovenstaand	- Digitaal (beide deelnemers) - Drie domeinen scoren. (beide deelnemers) - Ijking in de scores (Deelnemer 2) - Overeenstemming tussen therapeuten. (Deelnemer 2) - Meerwaarde: ergotherapie promoten en overdracht naar anderen inzichtelijk. (beide deelnemers)
Vraag 20: Er zijn verschillende middelen om iets in kaart te brengen, zoals papier of digitaal. Wat is uw voorkeur? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om te achterhalen hoe de ergotherapeuten de vorm van het eindproduct voor zich zien.	Digitaal heeft zeker mijn voorkeur. Anders kan je het niet wegzetten, dan wordt het een heel druk element. Hier kan je dan ook weer pr materiaal van maken naar buiten toe. Zodat mensen nog meer doorverwezen gaan worden.	Mijn voorkeur zou wel digitaal zijn. Omdat ik denk dat je dit mee kan nemen in een verslaglegging. En er een soort product van kunt maken. Uiteindelijk zal je dan een tastbaar product hebben die je kan laten zien aan je cliënt of het multidisciplinaire team.	Beide ergotherapeuten hebben de voorkeur voor een digitaal middel. Dit om de reden dat je het kan meenemen naar de cliënt of in de verslaglegging.

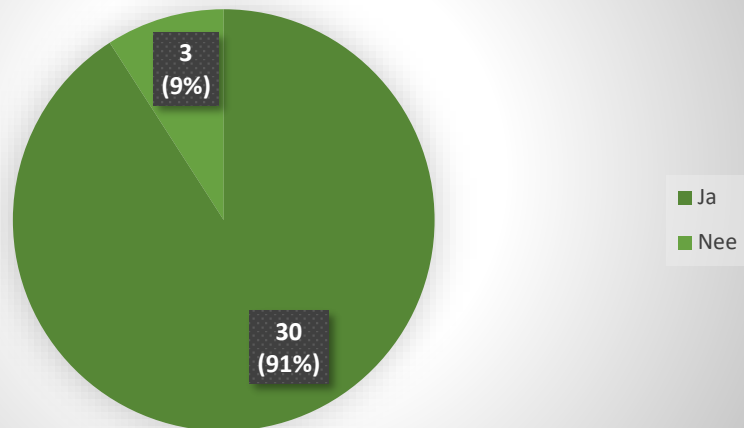
Vraag 21: Welk middel zeker niet? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om bepaalde vormen van het eindproduct uit te sluiten.	Op papier kunnen we dit model niet gebruiken.	Wanneer het zo blijft zoals het is. Ik heb de doos gezien, en weet hoe je dat kunt doen, maar toch gebruik ik hem nog niet. Het is nog te omslachtig om te gebruiken.	• Beide ergotherapeuten vinden het model van Feldman op papier geen bruikbare werkwijze. • Deelnemer 2 benoemt dat de 'de doos' die gebruikt werd in de workshops van Esther Steultjens duidelijk en inzichtelijk is, maar te omslachtig om in de praktijk te gebruiken.
Vraag 22: Hoe ziet voor u het eenduidig werken binnen de praktijk eruit?	De ene ergotherapeut zal iemand lager inschalen dan een andere therapeut. Om ervoor te zorgen dat je wel op een eenduidige manier werkt moet je er denk ik een scorings element aan gaan hangen. Dus hoog is als je dit en dit ziet, gemiddeld is als je dit ziet en laag is als je dit ziet.	De ene therapeut zal strenger scoren dan de ander. Om voor overeenstemming te zorgen zullen hier duidelijke afspraken over gemaakt moeten worden. Daarnaast kan er een intervisie georganiseerd worden waarin casussen besproken worden dmv. video's.	• Beide ergotherapeuten zijn het erover eens dat de ene ergotherapeut een cliënt misschien lager in schaalte dan de ander. • Beide ergotherapeuten vinden dat het hierbij nodig is om een scorings element aan het model te hangen. Hierbij zullen er afspraken gemaakt moeten worden om tot overeenstemming te komen. Hierdoor is het mogelijk om op een eenduidige manier te werken. • Deelnemer 2 benoemt dat een intervisiemoment, waarbij casussen worden besproken, zorgen voor eenduidigheid van werken.
Vraag 23: Waar moet een conclusie over valrisico aan voldoen? Waarom: Deze vraag wordt gesteld om te achterhalen wat de wensen van de ergotherapeuten zijn betreft de uitkomst/	In de conclusie moet staan hoe hoog het valrisico is. En van daaruit welke doelen je gaat stellen en hoe je daaraan gaat werken, dus je interventies. Ik denk niet dat je een conclusie algemeen in een model kan zetten want dat is natuurlijk erg specifiek per persoon. Maar ik denk dat als jij dat al in je model	De conclusie moet iets zeggen over de drie domeinen. En uiteindelijk moet het iets zeggen over de kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van handelen. En dan je als laatste nog iets kan zeggen over zelfstandig of onder begeleiding handelen. Het mooie zal zijn dat er echt iets concreets uit rolt.	• Deelnemer 1 benoemt dat in de conclusie moet staan hoe hoog het valrisico is. Van daaruit welke doelen je gaat stellen en daarna je interventies. Volgens de deelnemer is het niet mogelijk een conclusie algemeen in een model te zetten omdat dit specifiek is per persoon. Wel ziet zij voor zich dat er subcategorieën naar voren komen,

conclusie van het model van Feldman.	verwerkt hebt en je hebt al die elementen en die subcategorieën eronder gezet waaraan je moet denken als je het hebt over omgeving of gedrag. Dat je dan zelf gaat kijken van oke, hier zit het probleem, want dat heb je dan gezien vanuit je observatie. Daar ga je je doelen dan heel specifiek per cliënt op stellen want je kan het dan niet meer algemeen houden. Dus die interventies zijn algemeen en dan ga je kijken oke wat is gericht voor de cliënt een doel en welke specifieke interventie. Je hebt dan in ieder geval wel een rode draad waar je aan kan denken.		die je kunnen helpen bij het vormen van interventies. Deelnemer 2 benoemt dat in de conclusie over valrisico de drie domeinen terug moeten komen. Dit zal uiteindelijk iets moeten zeggen over de kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van handelen. Het mooie zal zijn dat er echt iets concreets uit rolt.
Vraag 24: Hoe ziet voor u het meetbaar maken van de valrisico eruit?	Dat vind ik altijd een beetje een lastige op het gebied van ergotherapie omdat wij heel vaak praktische observaties doen. Je kunt het meetbaar maken door bijvoorbeeld een PRPP of een ander instrument erop te zetten waarin je daadwerkelijk scoort. Ik denk dat als je het over meetbaar hebt en je wil het meetbaar maken, dan moet je al een COPM, PRPP of een AMPS erop zetten.	Ik denk dat de mate van valrisico bepalend is van de drie domeinen. dus daar zal dan uiteindelijk, afhankelijk van waar ieder domein zich op scoort, weer iets moeten gebeuren. En misschien dat daarbij voorafgaand ook een stukje valgeschiedenis meegenomen moet worden.	- Deelnemer 1 is van mening dat het lastig is om iets meetbaar te maken omdat er dan al snel een instrument als COPM, PRPP of een APMS gebruikt moet worden. Hierbij scoor je. - Deelnemer 2 is van mening dat er een score aan de domeinen gehangen kan worden. Hieruit volgt dan een uitspraak over hoe hoog het valrisico is.
Vraag 25: Hoe ziet voor u het objectief maken van valrisico eruit?	Ik denk dat dat samenhangt met het meetbaar maken. Als je in gaat zetten van wat is hoog en wat is laag, als je die score heel	Dat iedereen op dezelfde manier werkt. Het mag niet te vrij zijn en dus moeten er een afspraak zijn, of een score. Ook wanneer er nieuwe	Deelnemer 1 is van mening dat het objectief samenhangt met bepalen van een score. Wanneer je een score ergens aanhangt, waarbij je

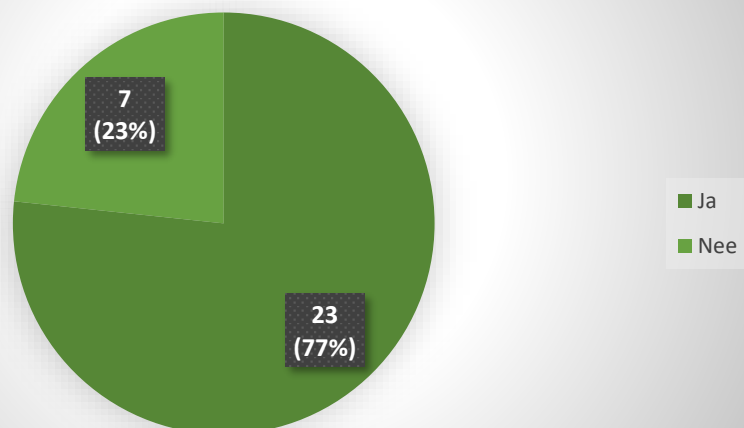
	duidelijk gaat maken. Je maakt bijvoorbeeld de score 0 is dit en 1 is dit en dan ga je het gedrag omschrijven en het gedrag scoren, zo maak je het dus meetbaar en objectief. Ik denk dat we vanuit de ergotherapie daar wel echt naar moeten gaan streven. Zo maak je het een stuk tastbaarder en is het makkelijk over te dragen naar andere zorgprofessionals en de zorgverzekeraar.	collega's komen is het eenvoudiger om dit over te brengen om op dezelfde manier te werken. Zo kun je ook iets van elkaar overnemen, bij ziekte bijvoorbeeld.	het gedrag omschrijft en het gedrag scoort. Zo maak je het meetbaar en objectief. Deelnemer 2 is van mening dat wanneer iedereen op dezelfde manier werkt en er duidelijke afspraken zijn dat er objectief gewerkt wordt. Het mag dus niet te vrij zijn.
Slot			
Vraag 26: Heeft u nog vragen/ aanvullingen naar aanleiding van dit interview?		Ik denk dat het uiteindelijk belangrijk is dat een leek het ook kan begrijpen. Omdat je natuurlijk met verschillende betrokkenen contact hebt, zorgprofessionals, cliënt en het cliëntsysteem.	Deelnemer 2 benoemt ter aanvulling dat een leek het model van Feldman ook moet begrijpen.

Bijlage 6: Kwantitatieve analyse vragenlijst

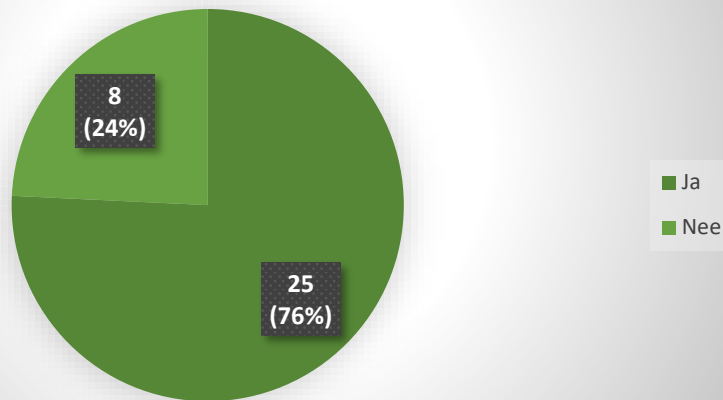
Bent u bekend met de Ergotherapie richtlijn Valpreventie uit 2016 (Sturkenboom & Steultjens, 2016)?



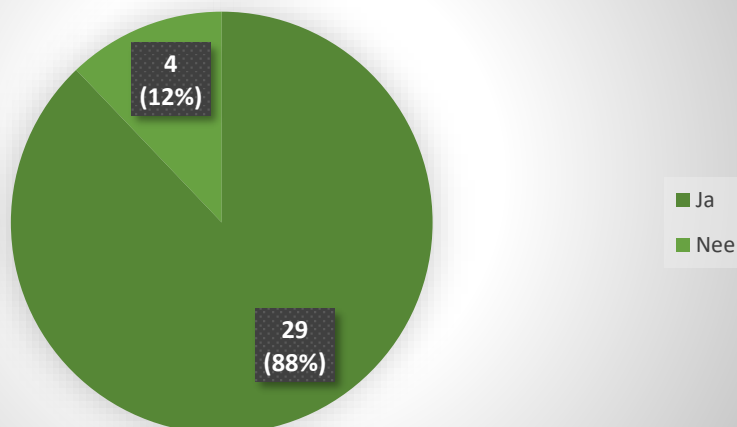
Maakt u gebruik van de Ergotherapie richtlijn Valpreventie bij de diagnostiek?



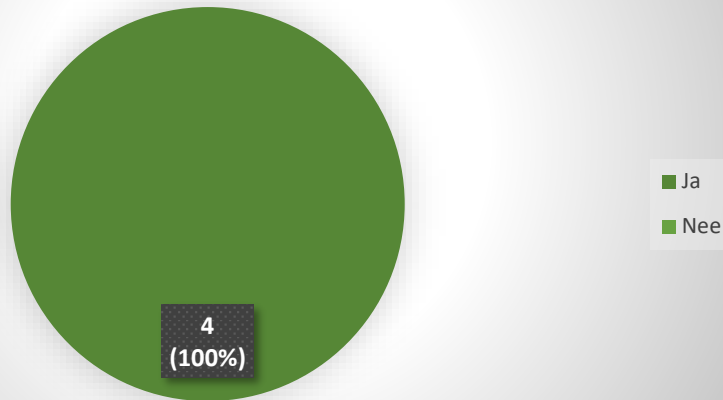
Maakt u gebruik van ergotherapeutische instrumenten of modellen om het valrisico van een cliënt in kaart te brengen?



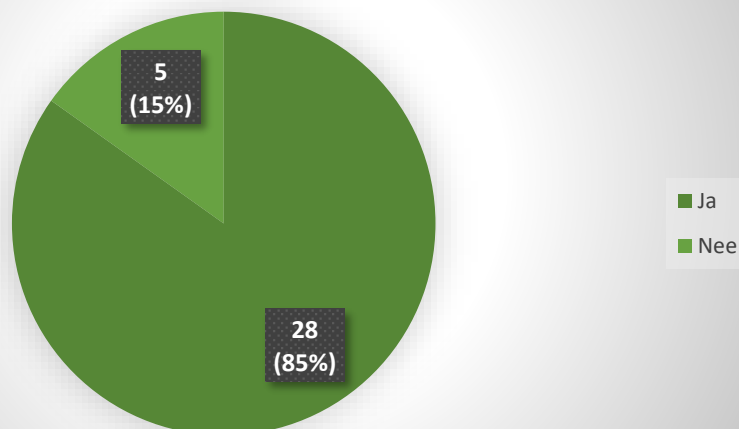
Maakt u gebruik van het model van Feldman bij de inventarisatie van de mate van het valrisico bij een cliënt?



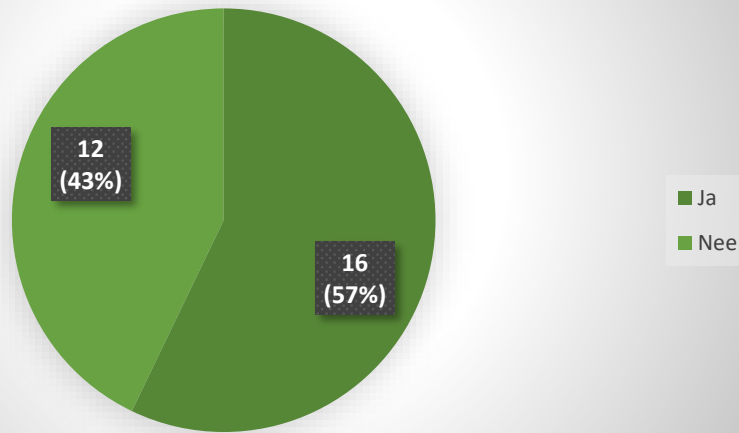
Bent u tevreden over de toepasbaarheid van het model van Feldman in de praktijk om de mate van valrisico vast te stellen?



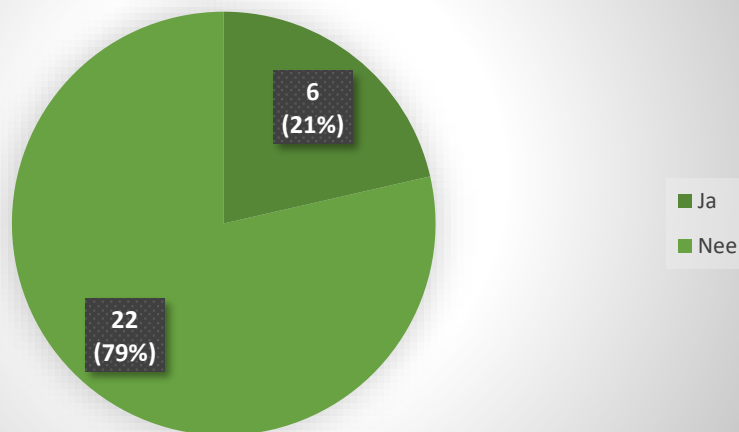
Trekt u een conclusie over de mate van het valrisico bij een cliënt?



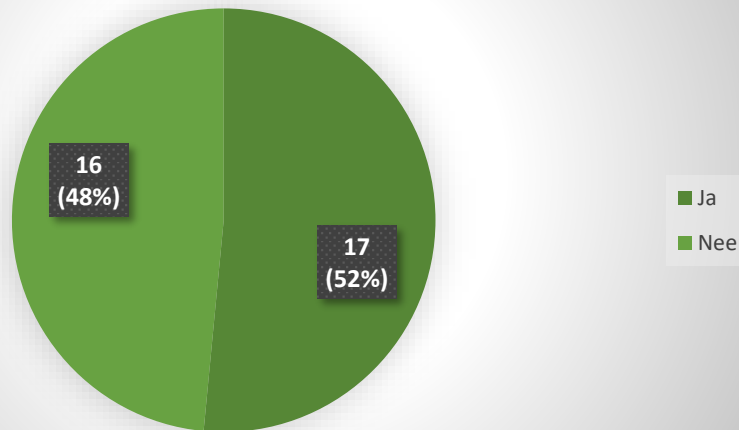
Wordt de mate van het valrisico op dit moment begrijpelijk uitgedrukt?



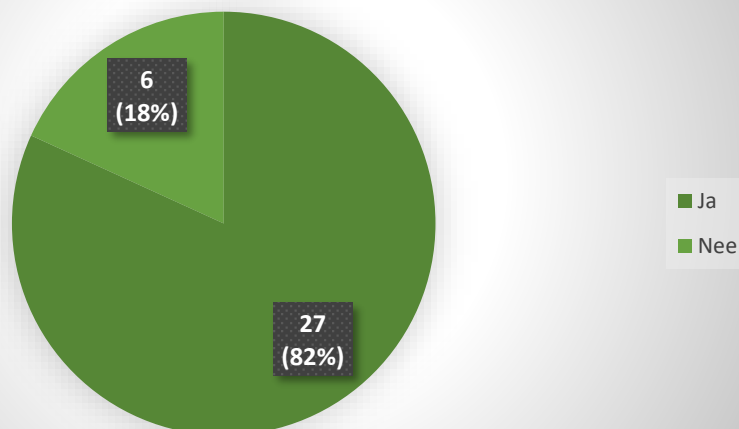
Wordt de mate van het valrisico op dit moment meetbaar uitgedrukt?



Bent u tevreden over de manier waarop u op dit moment de mate van het valrisico in kaart brengt?



Bent u geïnteresseerd in een workshop over het model van Feldman gegeven door het lectoraat Neurorevalidatie?



Bijlage 7: Kwalitatieve analyse vragenlijst

Tabel categorieën en thema's na analyse

Categorie	Thema
Probleemverheldering	Inventarisatie ergotherapeutisch behandelproces
Observatie	
Fysieke omgeving	
Intake	
Multidisciplinair	
Uitvoering activiteiten	
Participatie en prioriteiten	
Omgeving	
Cognitie	
Mobiliteit	
Valangst en vermijdingsgedrag	
Valgeschiedenis	
Screening risicofactoren	
Persoon – taak – omgeving	
Persoon – omgeving	
Taak – omgeving	
Samenwerking cliënt (Multidisciplinair) behandelplan	Model van Feldman
Communicatie	
Termen	Weergave mate van valrisico
Taal	
Scores uit testen	
Sociale omgeving	
Voorbeeld	
Maatstaaf	
Aantal valincidenten	
Cijfers	
Wens	Behoeft valpreventie
Instrument	
Objectief	
Richtlijn	

Analyse door middel van labels

Op welke manier brengt u het valrisico in kaart zonder gebruik van instrumenten of modellen?

Label	Frequentie
Observatie	6
Fysieke omgeving	4
Multidisciplinair	4
Intake	3
Probleemverheldering	3

Welke instrumenten of modellen gebruikt u om het valrisico van een cliënt in kaart te brengen?

Welke instrumenten of modellen zou u collega ergotherapeuten adviseren om het valrisico in kaart te brengen en waarom?

Instrument/model	Domein	Frequentie	Frequentie geadviseerd	Reden voor adviseren
PRPP	Uitvoering activiteiten (handelen en vaardigheden)	<u>7</u>	<u>6</u>	"Goed voor diagnostiek. Is het vallen wellicht deels veroorzaakt door verminderde inzet van cognitieve strategieën? Geeft richting aan interventies." "d.m.v. PRPP (valrisico tijdens het handelen) en valanalyse komt er een duidelijk beeld waaraan (multidisciplinair) gewerkt kan worden." "... omdat deze in elke situatie toepasbaar zegt en iets zegt over het functioneren van de persoon." "... vanwege handelen algemeen."
FaB	Uitvoering activiteiten (handelen en vaardigheden)	2	1	"Brengt heel goed in beeld wat de invloed is van overtuigingen, gedrag en gedachten. Dit geeft veel meer houvast in het plannen van interventies die passen bij de cliënt."
AMPS	Uitvoering activiteiten (handelen en vaardigheden)	5	3	"Motorische en procesmatige handelingen komen naar voren." "... omdat dit een mooi beeld geeft van de motorische vaardigheden in combinatie met procesvaardigheden. Uiteindelijk zegt dit ook iets over leerbaarheid versus compensatie."
A-One	Uitvoering activiteiten (handelen en vaardigheden) gericht op gedragsneurologische stoornissen	1	1	
COPM	Participatie en prioriteiten	<u>7</u>	2	
ACS	Participatie en prioriteiten	2		
HOME FAST	Omgeving	4	1	

HAP	Omgeving	3	2	"... eenvoudiger in gebruik en iets concretere scoring."
MOCA	Cognitie	1		
MMSE	Cognitie	2	1	
Berg Balance Scale	Mobiliteit	3	3	"BBS voor inzicht in balans." "... voor inzicht in balans ..."
Tinetti/POMA	Mobiliteit	4	3	"... voor inzicht in balans ..."
TUG	Mobiliteit	1		
Get up and go	Mobiliteit	2		
Model van Feldman	Mobiliteit; omgeving; cognitie; uitvoering activiteiten (handelen en vaardigheden)	1	1	"Geeft een goede ingang tot gesprek."
FES	Valangst en vermijdingsgedrag	3	1	"Geeft praktische kijk op het dagelijks functioneren en aanknopingspunten voor doorvragen of observatie."
Valagenda en valgeschiedenis	Valgeschiedenis; omstandigheden	2	1	
Valanalyse	Screening risicofactoren	4	3	"Vindt de valanalyse vrij compleet aangevuld met vrije observaties gedurende de intake aan huis." "Vraagt breed uit." "d.m.v. PRPP en valanalyse (12 verschillende factoren in kaart) komt er een duidelijk beeld waaraan (multidisciplinair) gewerkt kan worden."
Screeningslijst Valnet		2	2	
CMOP			1	
MOHO			1	
Zelfgemaakte instrumenten			2	"Het instrument wat wij hebben gemaakt, omdat het bruikbaar is, alle facetten van valrisico's zijn hierin opgenomen en je kunt meteen overzichtelijk zien waar de risico's zijn." "Heb zelf ooit jaren terug in mijn werk een eigen lijst gemaakt met alle valrisicofactoren die prima werkt en val ik vaak nog op terug."

Welke factoren brengt u in kaart om de mate van valrisico vast te stellen?

Fragmenten	Label
"Persoon taak omgeving."	Persoon, taak, omgeving
"Algeheel functioneren (P-T-O). Met in persoon het fysieke en cognitieve aspect. Omgevingsanalyse (welke we binnen onze organisatie onze eigen formulieren voor hebben)."	
"Fysieke toestand, cognitie, omgevingsfactoren, activiteitenpatroon, mogelijke afleiders / stoorzenders, mobiliteit, gebruik hulpmiddelen."	
"Duizeligheid, mobiliteit, balans, lopen, valangst, gezichtsvermogen, adl, omgevingsfactoren, valincidenten."	
"Activiteiten, handelen, fysieke mogelijkheden, cognitieve mogelijkheden, routines, interesses, medicatie, woonomgeving, alcohol gebruik."	
"Cognitief handelen, lichamelijke conditie, medicatie en omgeving, waarbij de praktijk voornamelijk mensen met dementie verwezen krijgt. Derhalve wordt aan cognitief handelen zeker de meeste aandacht gegeven."	
"Mobiliteit met of zonder hulpmiddel. Veiligheid in en om het huis waarbij ik ook kijk naar hoe iemand beweegt en handelingen uitvoert."	
"Recente valincidenten, duizeligheid, mobiliteit (balans, lopen, spierkracht/voetproblemen/gewrichtsproblemen/osteoporose, cognitie/valangst/gezichtsvermogen/medicijngebruik/ADL/omgevingsfactoren) Dat zijn de factoren uit de valanalyse. Voor eventueel vervolgonderzoek op bepaalde factoren wordt de cliënt doorverwezen. Daarnaast wordt het handelen in de eigen omgeving bekeken dmv observatie."	
"Valincidenten in het afgelopen jaar (wanneer, hoe, waardoor), afhankelijk van wat er al bekend is vraag ik naar visus, balans, schoeisel, verlichting, medicatie. Daarnaast altijd observatie van persoon in de woning, alledaagse activiteiten, verlichting 's nachts, route naar toilet 's nachts, valangst, gebruik loophulpmiddel, obstakels in de woning."	
"Anamnese, duizeligheid, visus, mobiliteit, cognitie, valangst, medicijnen, continëntie, omgevingsfactoren, gedrag, activiteiten."	
"Medische geschiedenis, medicatie, woning (incl. verlichting, op/afstapjes, badkamer etc.), transfers, 's nachts naar toilet gaan, mobiliteit, wat iemand doet op een dag etc."	
"Cognitie, mobiliteit, evenwicht, materiele omgeving, handelingsniveau (PRPP en handelingssnelheid)."	
"Alle uit de richtlijn."	
"Omgevingsfactoren, mobiliteitsproblemen, gezichtsvermogen, medicatiegebruik, duizeligheid, ADL-afhankelijkheid, valverleden."	
"Intrinsieke motivatie, wijze van handelen, mobiliteit-functionaliteit, woning en woonomgeving, valangst."	
"PEO factoren."	Persoon, omgeving
"Mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en zijn omgeving."	
"Omgeving, lichamelijke factoren, gewoonten."	
"Mobiliteit en evenwicht, medicatie, duizeligheid, zicht, voeten en schoeisel, incontinentie, omgeving en gedrag, valangst en cognitie."	
"Valgeschiedenis, overtuigingen en cognitie, mobiliteitsproblematiek, fysieke omgeving, invloed sociale omgeving."	
"Orthostatische hypotensie, mobiliteit en evenwicht, valangst, medicatie, visus, drangincontinentie, huis en omgevingsveiligheid, gedrag."	
"Evenwicht en mobiliteit, Medicatie, duizeligheid, zicht, voeten en schoeisel, incontinentie, omgeving en gedrag, val-angst en cognitie."	
"Cognitie, fysieke (on-)mogelijkheden en omgevingsfactoren."	
"Sociale, fysieke, cognitieve, motorische, visuele factoren."	

"Lichamelijk en sociale factoren."	
"Woning-/omgevingsfactoren, persoonsgebonden factoren als gezondheid maar ook medicatiegebruik, mate van mobiliteit."	
"Balans, cognitie, continentie, visus, omgevingsfactoren en medicatie."	
"Valgevaarlijke situaties, aanwezigheid van fysio, lichamelijk functioneren."	
"- Lig- en zithouding bij ouderen, want dit staat in relatie tot de loophouding. - Mogelijke valfactoren in het gehele huis."	Taak, omgeving
"Aantal keer gevallen, medicatie, doorgankelijkheid woning, handelen in en om de woning."	
"Woning, medicijngebruik, schoeisel, verlichting, balans, veilig opstaan en veilig rollatorgebruik."	

- Het model van Feldman gaat uit van het interactieperspectief, waarbij er drie domeinen worden bekeken: mobiliteit, risiconemend gedrag en fysieke omgeving. Hoe schaaft u de hoogte per domein in voor een individuele cliënt?
- Hoe communiceert u over de verkregen informatie vanuit het model van Feldman met de cliënt?
- Hoe communiceert u over de verkregen informatie vanuit het model van Feldman met een multidisciplinair team?

Thema	Fragment	Label
Model van Feldman	"Ik laat het model op papier zien en laat de cliënt meedenken waar de problemen zitten."	Samenwerking met cliënt
	"Liever zou ik nog een 3d model hebben, zodat ik het per activiteit beter uit kan leggen."	Wens
	"De besproken domeinen geven richting aan het behandelplan. Op welke punten kunnen we winst halen, focus bijv. juist op omgeving of op gedrag of combinatie." "Mobiliteit pakt fysiotherapeut op als het gaat om conditie, kracht, balansoefeningen en binnen de ergotherapie kun je dat wel weer gebruiken in de activiteiten."	(Multidisciplinair) behandelplan
	"Ik benoem waar ik aan werk, dus wel over de uitkomst van de informatie uit het model, maar ik benoem slechts een enkele keer het model zelf." "Concrete situaties bespreekbaar maken, eigen handelen benoemen in"	Communicatie

	termen van persoon, omgeving en activiteit.”	
--	--	--

Op welke wijze wordt de mate van het valrisico begrijpelijk uitgedrukt?

Fragmenten	Label
“Verhoogd/ niet verhoogd.”	Termen
“In termen als o.a. gering, matig, vergroot, ernstig wanneer ik terug rapporteer.”	
“Niet zozeer met cijfers, maar praktisch naar mensen toe uitgelegd en laten zien. Naar professionals wordt het vaak omschreven aan de hand van het fysieke en cognitieve functioneren.”	Taal
“In Jip en Janneke taal...”	
“Ik omschrijf hoe groot de kans is dat er gevallen gaat worden, waardoor dit komt en hoe het te beïnvloeden is. Daarbij wordt ook de cognitie meegenomen.”	
“Ik verwoord duidelijk in hoeverre ik denk dat iemand valgevaarlijk is en wanneer, in welke ruimtes dit risico het grootst is etc.”	
“Met behulp van uitleg welke factoren zorgen voor een risico en daarmee ook direct advies mbt interventie.”	
“Gestructureerde uitleg aan de hand van de items.”	
“Manier die bij de cliënt past, kan met cijferschaal of in taal.”	
“Ik bespreek het in de ruimte samen met de cliënt en het familielid.”	
“Ik benoem hoe groot ik de kans acht gezien de info van de fysio en hetgeen wat ik zie.”	
“Score uit testen, hoewel de professionele blik soms anders zegt. Valrisico kan uitgedrukt worden bij activiteiten / handelingen.”	Scores uit testen
“... daarnaast worden familieleden/betrokkenen ingelicht.”	Sociale omgeving
“Ik bespreek het in de ruimte samen met de cliënt en het familielid.”	
“Ik doe soms voor hoe makkelijk iemand kan vallen/struikelen enz. in die ruimte bij die behandeling.”	Voorbeeld

Wat is volgens u een praktische manier om de mate van het valrisico begrijpelijk uit te drukken?

Label	Frequentie
Maatstaaf	<u>8</u>
Taal	<u>8</u>
Voorbeelden	3
Scores uit testen	2
Termen	1

Op welke wijze wordt de mate van valrisico meetbaar uitgedrukt?

Fragmenten	Label
"Bijv. bij de BBS is de richtlijn < 45 punten kans op een verhoogd valrisico."	Score uit testen
"Uitleg uitkomsten screening."	
"Subjectief COPM..."	
"Score uit testen."	
"...objectief aantal valincidenten"	Aantal valincidenten

Wat is volgens u een praktisch manier om de mate van het valrisico meetbaar uit te drukken?

Label	Frequentie	Toelichting
Cijfers	<u>14</u>	"Gemakkelijk aan de cliënt uit te leggen en communiceert goed met de sociale omgeving." "... en dan een 3-tal keuzes geven: geen valrisico, matig valrisico en verhoogd valrisico." "Een cijfer geeft in een oogopslag overzicht. Dit cijfer moet wel bestaan uit meerdere componenten of de componenten moeten los van elkaar worden gescoord (cognitie, mobiliteit, etc)." "Misschien per domein cijfers geven zoals bij de COPM? En dan apart voor cliënt, mantelzorger en ergotherapeut? Dan zou het model (Model van Feldman) wellicht meer uitwerking moeten hebben op welke punten je wanneer scoort, om er voor te zorgen dat een ieder dit hetzelfde doet." "Hoe hoger het cijfer hoe meer risico" "Met cijfer inzichtelijk, makkelijker te meten."
Instrument	3	"Test – hertest. " "Vragenlijst afnemen en eventueel testen en hieraan een score hangen."
Weet ik niet	11	

Wat mist u nog?

Label	Frequentie	Toelichting
Instrument	<u>10</u>	"Tools, handvatten, factsheets, ergotherapeutisch instrument gericht op valanalyse."

		"Het liefst 1 standaard test toegespitst op dagelijkse activiteiten en omgeving van de cliënt." "Nu is het nog veelal een advies op basis van observatie en losse testen maar niks gestandaardiseerd waardoor het per therapeut verschilt hoe deze wordt geïnterpreteerd of gewaardeerd." "Een alle factoren wegend instrument waar een objectieve score uit komt." "Meer gebruik maken van goede vragenlijsten." "Kortere versie." "Concrete screeningslijsten voor in de thuissituatie." "Duidelijke meting." "Een goede lijst om de omgeving te inventariseren." "Meer houvast om alle factoren te achterhalen en zorgen dat ik niks oversla."
Objectief	4	"... een score om voor verwijzer en dergelijke een gestandaardiseerd overzicht te kunnen bieden." "... het zou mooier zijn als het meer SMART is." "Meetbaarheid van de mate van het valrisico, zodat ook na langere tijd of bi overname van een collega objectieve informatie aanwezig is." "Een alle factoren wegend instrument waar een objectieve score uit komt."
Richtlijn	2	"Kennis over de inhoud van de richtlijn." "Mogelijk kan ik inderdaad meer een richtlijn gebruiken waar ook in gescoord wordt."