



Werkblad beschrijving interventie

Zicht op Evenwicht **Een cursus voor wie onbezorgd actief wil zijn**

Gebruik de handleiding bij dit werkblad
www.nji.nl/jeugdinterventies/beschrijven

of

www.loketgezondleven.nl/kwaliteit-van-interventies/beoordeling

Contact NJi
Gert van den Berg
g.vandenberg@nji.nl
030-2306873

Contact RIVM
Sandra van Dijk
sandra.van.dijk@rivm.nl
030-2748678

Achtergrondgegevens

Inleiding:

In de onderstaande tekst wordt de interventie *Zicht op Evenwicht* beschreven. *Zicht op Evenwicht* is een groepscursus voor ouderen, ontwikkeld om angst om te vallen en daaraan gerelateerd vermijdingsgedrag te verminderen en dagelijkse activiteit te vergroten. Dit gebeurt door het vergroten van de valgerelateerde eigeneffectiviteit en het gevoel van controle over vallen. Secundaire doelen van de cursus zijn onder andere het verminderen van ervaren beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, angstgevoelens, depressieve symptomen en valincidenten en het verbeteren van de ervaren sociale steun.

De cursus is in Nederland geëvalueerd in een door ZonMw gesubsidieerde randomised controlled trial bij 540 zelfstandig wonende 70-plussers (ZonMW-SOW 01491052) (Zijlstra, 2005, 2007^a, 2009). Naast een evaluatie van de effecten van de cursus werd ook een procesevaluatie uitgevoerd (Haastrecht, 2007).

Eind 2008 is een door ZonMw gesubsidieerd implementatieonderzoek gestart met als doel de cursus Zicht op Evenwicht landelijk te implementeren (projectnummer: 120720009). In mei 2009 is de cursus door het Centrum Gezond Leven gecertificeerd als zijnde theoretisch goed onderbouwd.

Deze beschrijving is opgesteld volgens het format van het certificeringstraject van het Centrum Gezond Leven van het RIVM, met als doel het verkrijgen van het certificaat bewezen effectief.

Utrecht, maart 2010

Trimbos-instituut: Martha de Jonge en Agnes van der Poel

Universiteit Maastricht: Jolanda van Haastregt, Monique Du Moulin en Ruud Kempen

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam **Trimbos-instituut** (contactpersoon: Martha de Jonge)
Adres **Postbus 725**
Postcode **3500 AS**
Plaats **Utrecht**
E-mail
Telefoon **030-2959273**
Fax
Website **www.trimbospreventie.nl** (onder het kopje ouderen)
(van de interventie)

Onderstaande in te vullen door Nederlands Jeugdinstituut /RIVM

Documentatie voor de erkenningscommissie

De volgende documentatie wordt in viervoud toegestuurd aan de erkenningscommissie:

Aangekruiste documenten worden na de beoordeling geretourneerd.

- | | | |
|--------------------------|----|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | Interventiebeschrijving |
| <input type="checkbox"/> | 2. | |
| <input type="checkbox"/> | 3. | |
| <input type="checkbox"/> | 4. | |
| <input type="checkbox"/> | 5. | |

Deelcommissie

Aankruisen welke deelcommissie de interventie zou moeten beoordelen.

- | | | |
|--------------------------|--------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie I. | jeugdzorg, psychosociale en pedagogische preventie |
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie II. | jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering |
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie III. | ontwikkelingsstimulering, onderwijsgerelateerde hulpverlening en jeugdwelzijn |
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie IV | preventie en gezondheidsbevordering voor volwassenen en ouderen |

Documentnummer

Voor u begint

Check met behulp van onderstaande lijst of u alle vereiste informatie op het werkblad kunt invullen. Als u één of meer vragen met nee moet beantwoorden, maakt uw interventie geen kans op erkenning door de erkenningscommissie. Uw interventie moet eerst verder ontwikkeld worden. Neem bij twijfel contact op met het Nederlands Jeugdinstituut of RIVM (zie voorblad).

De vraagnummers in de checklist corresponderen met de onderdelen van de beschrijving op dit werkblad en met de erkenningscriteria. Op de websites van het Nederlands Jeugdinstituut en van RIVM vindt u een meer uitgebreide lijst van de criteria voor erkenning en een toelichting daarop.

Criteria voor erkenning op Niveau I: theoretisch goed onderbouwd

Vraag 1	Is de aard, ernst, omvang of spreiding van het probleem of risico waar de interventie zich op richt duidelijk omschreven?	Ja	Nee
Vraag 2	Zijn er concrete doelen, zo nodig onderscheiden in einddoelen en voorwaardelijke doelen?	Ja	Nee
Vraag 3.1	Bevat de documentatie een definitie van de doelgroep met relevante kenmerken?	Ja	Nee
Vraag 4.1	Bevat de methodiek een handleiding of protocol waarin de benodigde handelingen, de volgorde ervan, de duur van de interventie, de frequentie en intensiteit van de contacten en materialen zijn vastgelegd?	Ja	Nee
Vraag 4.2	Zijn de verschillende onderdelen van de interventie beschreven op het niveau van concrete activiteiten?	Ja	Nee
Vraag 5	Is duidelijk wat de benodigde materialen, waaronder een Nederlandstalige handleiding of protocol, zijn en waar deze materialen verkrijgbaar zijn?	Ja	Nee
Vraag 6	Is een analyse gemaakt van met het probleem samenhangende factoren (oorzaken, directe en indirecte risico- en beschermingsfactoren)?	Ja	Nee
	Is er een theoretische onderbouwing gegeven waarin de doelgroep, de doelen en de methodiek (de werkzame factoren) verantwoord worden op basis van de probleemanalyse?	Ja	Nee
	Is duidelijk hoe de doelgroep, doelen en methodiek onderling op elkaar aansluiten?	Ja	Nee
Vraag 8	Is de interventie overdraagbaar, bijvoorbeeld door een systeem van trainingen, begeleiding, registratie, licenties, een overdrachtsprotocol, website, helpdesk of eerdere ervaringen?	Ja	Nee
Overige	Is bekend wie de ontwikkelaar, licentiehouder is en wie de uitvoerende en of ondersteunende organisaties zijn?	Ja	Nee

Samenvatting

Het is handig de samenvatting als laatste in te vullen. Gebruik voor de samenvatting als geheel maximaal 600 woorden.

Beschrijf hoofddoel(en) of meest karakteristieke (sub)doelen van de interventie.	<p>Doel</p> <p>Zicht op Evenwicht (ZoE) is een groepscursus voor zelfstandig wonende ouderen. Primaire doelen zijn het verminderen van angst om te vallen en gerelateerd vermijdingsgedrag en het vergroten van de dagelijkse activiteit door het vergroten van de valgerelateerde eigeneffectiviteit en het gevoel van controle over vallen. Secundaire doelen van de cursus zijn o.a. het verminderen van ervaren beperkingen in activiteiten in het dagelijks leven, angstgevoelens, depressieve symptomen, (herhaalde) valincidenten en het verbeteren van de ervaren sociale steun.</p>
Noem de doelgroep waarop de interventie direct gericht is.	<p>Doelgroep</p> <p>Zicht op Evenwicht is ontwikkeld voor zelfstandig wonende mensen van 70 jaar en ouder die bezorgd zijn om te vallen en daardoor activiteiten vermijden. Om te kunnen deelnemen aan de cursus dient men zelfstandig te kunnen lopen (eventueel met behulp van een loophulpmiddel). De cursus is niet geschikt voor mensen met ernstige cognitieve beperkingen (zoals dementie).</p>
Beschrijf de structuur en de inhoud van de interventie.	<p>Aanpak</p> <p>De interventie heeft de vorm van een groepscursus bestaande uit 8 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, plus een herhalingsbijeenkomst 2 maanden na de laatste bijeenkomst. De cursusleiding bestaat uit een (wijk)verpleegkundige of een paramedicus met ervaring in het veld van valpreventie. De groepen bestaan uit 8 á 10 cursisten.</p> <p>Om de valgerelateerde eigen-effectiviteit en het gevoel van controle over vallen te vergroten worden tijdens de cursus vier strategieën gebruikt:</p> <p><i>De cursisten:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leren om niet-helpende gedachten over vallen te herkennen en aan te passen, waardoor het gevoel van controle over vallen en valangst wordt vergroot. 2) leren om realistische doelen te stellen over het bevorderen van hun activiteit (lichamelijk, sociaal en functioneel) 3) ontvangen informatie en concrete tips voor het verminderen van valrisico's in de eigen omgeving 4) doen lichamelijke oefeningen en krijgen nadrukkelijk de stimulans om meer aan lichaamsbeweging te doen, zodat de spierkracht en de balans verbeteren. <p>Er worden verschillende didactische technieken gebruikt: cursisten krijgen voorlichting, kijken een dvd, houden groepsgesprekken, lossen gezamenlijk problemen op, doen eenvoudige lichamelijke oefeningen en trainen vaardigheden.</p> <p>Na elke bijeenkomst ontvangen de cursisten een huiswerkopdracht en</p>

worden ze uitgenodigd om het geleerde thuis in praktijk te brengen.

Geef aan of er een handleiding en ander materiaal is.

Materiaal

De cursusleiders volgen een training van twee dagdelen alvorens ze de cursus gaan uitvoeren.

De volgende materialen zijn ontwikkeld en beschikbaar voor cursusleiders:

- Een folder en website
- Een cursushandleiding en bijbehorende powerpoint dia's
- Werkboeken voor de cursisten
- De dvd "Voor wie onbezorgd actief wil zijn"
- Een "Richtlijn voor Aanmeldingen Zicht op Evenwicht" en een "Richtlijn voor Intakegesprek Zicht op Evenwicht". Deze worden voorafgaand aan de cursus gebruikt om geschiktheid voor deelname te beoordelen.

Beschrijf concluderend de resultaten van Nederlands effectonderzoek, buitenlands effectonderzoek en procesevaluaties van de interventie in maximaal 200 woorden.

Meld als er geen onderzoek is: Er zijn geen studies voorhanden.

Onderzoek

De cursus Zicht op Evenwicht is oorspronkelijk ontwikkeld in de Verenigde Staten onder de naam 'A matter of Balance'. Uit een 'randomised controlled trial (RCT) bleek dat de cursus veelbelovende effecten had op o.a. angst om te vallen (Zijlstra et al., 2009). Omdat in Nederland geen interventie voor het verminderen van angst om te vallen en gerelateerd vermijdingsgedrag beschikbaar was, werd besloten om een Nederlandse versie van de cursus te ontwikkelen. Deze werd onder de naam 'Beter in Balans' geïntroduceerd en op effectiviteit onderzocht door de Universiteit Maastricht.

De Universiteit Maastricht heeft in de periode 2002 t/m 2006 een RCT uitgevoerd naar de effecten en uitvoerbaarheid van de cursus Beter in Balans (ZonMW-SOW 01491052). Aan dit onderzoek deden 540 ouderen mee waarvan er 280 werden toegewezen aan de cursusgroep en 260 aan de controlegroep. De cursus bleek overtuigend positieve effecten te hebben op angst om te vallen, vermindering van activiteiten, dagelijkse activiteit, valgerelateerde eigen-effectiviteit en ervaren controle over vallen. Daarnaast waren er positieve effecten van de cursus aangetoond op o.a. beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, angstgevoelens, depressieve symptomen, ervaren sociale steun en valincidenten (Zijlstra et al., 2007b, 2009). Tevens bleek de cursus goed uitvoerbaar en werd deze positief beoordeeld door de cursusleiders en cursisten (Haastregt et al., 2007).

Beschrijving voor erkenning op niveau I: theoretisch goed onderbouwd

A. Interventiebeschrijving: probleem, doelgroep, doel, aanpak, materialen en uitvoering

1. Risico- of probleemomschrijving

Geef aan wat het probleem of het risico is waarop de interventie zich richt. Beschrijf de aard, ernst, omvang en spreiding van het probleem, en de gevolgen bij niet ingrijpen.

Als deze informatie er niet is, geef dat dan ook aan.

Maximaal 400 woorden.

Samenlevingen met een vergrijzende populatie krijgen in toenemende mate te maken met gezondheidsgerelateerde problemen bij ouderen. Angst om te vallen en het vermijden van dagelijkse activiteiten als gevolg van deze angst is een voorbeeld van een dergelijk probleem. Ongeveer een derde van de ouderen valt jaarlijks één of meerdere malen en jaarlijks belanden ongeveer 89.000 55-plussers op een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis naar aanleiding van een val. Gemiddeld overlijden jaarlijks 1.800 ouderen aan de gevolgen van een val (Stolte et al., 2009).

Het is dan ook niet vreemd dat resultaten van nationale en internationale studies laten zien dat valangst en valgerelateerd vermijdingsgedrag veel voorkomen bij ouderen. 54% Van de zelfstandig wonende ouderen rapporteert in meer of mindere mate bang te zijn om te vallen. Het vermijden van dagelijkse activiteiten als gevolg van valangst wordt door 38% van de zelfstandig wonende ouderen gerapporteerd (Zijlstra et al., 2007^b). Angst om te vallen en daaraan gerelateerd vermijdingsgedrag komen niet alleen voor bij ouderen die (recent) zijn gevallen, maar ook bij ouderen die niet (recent) zijn gevallen.

Internationaal onderzoek (Delbaere, 2004; Arfken, 1994) laat zien dat valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag kunnen leiden tot een verminderd fysiek, mentaal en sociaal functioneren, een toename in valincidenten en tot vervroegde opname in een verpleeghuis. De hoge prevalentie en de potentiële impact van angst om te vallen en gerelateerd vermijdingsgedrag onderstrepen het belang van het nemen van effectieve maatregelen gericht op het omgaan met angst om te vallen en vermijdingsgedrag.

2. Doel van de interventie

Wat is het doel van de interventie? Beschrijf de einddoelen en eventuele sub- of voorwaardelijke doelen zo concreet mogelijk en bij voorkeur SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden).

De cursus Zicht op Evenwicht heeft als primaire doelen het verminderen van angst om te vallen en daaraan gerelateerd vermijdingsgedrag en het vergroten van dagelijkse activiteit. Dit gebeurt door het vergroten van de valgerelateerde eigeneffectiviteit en het gevoel van controle over vallen. Secundaire doelen van de cursus zijn o.a. het verminderen van ervaren beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, angstgevoelens, depressieve symptomen en valincidenten en het verbeteren van de ervaren sociale steun.

Op basis van de effecten gemeten in de eerder genoemde RCT bij 540 Nederlandse ouderen worden de volgende effecten van de cursus verwacht (Zijlstra et al., 2005, 2009)

1. Het percentage cursisten dat vaak of heel vaak bang is om te vallen, is na afloop van de cursus met minimaal 50% afgenomen, zoals gemeten met een 5-punts Likertschaal. (Zijlstra et al., 2005)
2. Het percentage cursisten dat vaak of heel vaak activiteiten vermijdt als gevolg

- van angst om te vallen is na afloop van de cursus met minimaal 40% afgenomen, zoals gemeten met een 5 punts Likertschaal (Zijlstra et al., 2005)
3. De cursisten scoren na afloop van de cursus gemiddeld minimaal 2 punten hoger op de Frenchay Activity Index. (Zijlstra et al., 2005)
 4. De cursisten scoren na afloop van de cursus gemiddeld minimaal 2.5 punten lager (een lagere score is een betere valgerelateerde eigeneffectiviteit) op de Falls Efficacy Scale (Zijlstra et al., 2005).
 5. De cursisten scoren na afloop van de cursus gemiddeld 0.5 punt lager (lagere score is meer ervaren controle over vallen) op de 'Perceived control over falling' vragenlijst (Zijlstra et al., 2005).

Daarnaast beoogt de cursus Zicht op Evenwicht de onderstaande secundaire doelen te realiseren:

6. De cursisten scoren na afloop van de cursus gemiddeld minimaal 0.9 punt lager (lagere score is minder beperkingen in dagelijkse activiteit) op de Groningen Activity Restriction Scale (Zijlstra et al., 2005).
7. Cursisten scoren na afloop van de cursus gemiddeld minimaal 0.8 punt lager (lagere score is minder angstgevoelens) op de HADS-A. (Zijlstra et al., 2005).
8. Cursisten scoren na afloop van de cursus gemiddeld minimaal 0.8 punt lager (lagere score is minder depressieve symptomen) op de HADS-D (Zijlstra et al., 2005).
9. De cursisten scoren na afloop van de cursus gemiddeld minimaal een half punt hoger (een hogere score is meer ervaren sociale steun) op de 'Social Support Interactions' vragenlijst (Zijlstra et al., 2005).
10. Het percentage cursisten dat 2 keer of vaker valt is 12 maanden na afloop van de cursus afgenomen met minimaal 30% zoals gemeten met een valkalender (Zijlstra et al., 2005).

3. Doelgroep van de interventie

Wat is de einddoelgroep van de hier beschreven interventie? Noem ook een eventuele intermediaire doelgroep. Geef een zo precies mogelijke beschrijving van relevante kenmerken van de doelgroep waarop de interventie zich direct richt.

3.1 Voor wie is de interventie bedoeld?

Angst om te vallen komt relatief vaker voor bij vrouwen, mensen met een hogere leeftijd, mensen met een minder goed of slecht ervaren gezondheid en mensen die valincidenten hebben meegemaakt (Zijlstra et al., 2007^a). De cursus Zicht op Evenwicht is onderzocht en effectief gebleken bij zelfstandig wonende mensen van 70 jaar en ouder die bang zijn om te vallen en activiteiten vermijden als gevolg van deze angst. Het is echter waarschijnlijk dat ook iets jongere ouderen (vanaf ongeveer 65 jaar) die bang zijn om te vallen en hierdoor activiteiten vermijden, baat kunnen hebben bij de cursus. Daarom ligt de officiële leeftijdsindicatie op 65 jaar. Jongere cursisten worden in verband met de homogeniteit van de groep niet toegelaten. Tevens is de verwachting dat de cursus geschikt zal zijn voor mensen in aanleunwoningen en verzorgingshuizen voor zover ze aan de onderstaande criteria voldoen.

3.2 Indicatie- en contra-indicatiecriteria

Indicatiecriteria

Cursisten die meedoen aan de cursus Zicht op Evenwicht moeten aan de volgende criteria voldoen:

1. zelfstandig wonend
2. 65 jaar of ouder
3. een zekere mate van angst om te vallen ervaren
4. in enige mate activiteiten vermijden als gevolg van angst om te vallen (bijvoorbeeld

Beschrijf indicatie- en contra-indicatiecriteria indien van toepassing (indien van toepassing kunnen deze criteria vereist

zijn voor erkenning; zie handleiding).

Meld ook hoe de doelgroep wordt geselecteerd.

Noem eventueel gebruikte selectie-instrumenten en vereiste scores.

- minder vaak buiten komen, minder vaak op bezoek gaan bij anderen, minder aan lichaamsbeweging doen, niet meer zelfstandig durven te douchen)
5. in staat zijn om zelfstandig te staan en korte afstanden te lopen (eventueel met behulp van een stok of rollator)

Contra-indicatiecriteria

Afgeraden wordt om de cursus aan te bieden aan mensen die aan één of meerdere van de onderstaande criteria voldoen:

1. rolstoelafhankelijk of bedlegerig
2. een cognitieve aandoening die deelname aan de cursus kan bemoeilijken (zoals dementie)
3. de Nederlandse taal onvoldoende beheersen
4. door slechthorendheid niet in staat zijn een groeps gesprek te volgen.

3.3 Toepassing bij migranten

Zicht op Evenwicht is niet speciaal bedoeld voor specifieke etnische groepen. De interventie is geschikt voor iedereen, mits men de Nederlandse taal voldoende beheerst. Er zijn geen materialen in andere talen en van de cursusleiders wordt niet verwacht dat zij andere talen dan de Nederlandse beheersen.

Geef aan of de interventie uitsluitend, mede of niet bedoeld is voor (specifieke) migrantengroepen en voor welke.

Geef ook aan of er speciale aanpassingen of voorzieningen voor deze groepen zijn.

4. Aanpak van de interventie

4.1 Opzet van de interventie

Beschrijf de structuur en de opbouw van de interventie. Denk aan de gebruikelijke duur, indien van toepassing de frequentie en intensiteit van de contacten, de volgorde van de onderdelen, handelingen of stappen, en de setting waarin de interventie wordt uitgevoerd.

Locatie van uitvoering

Bij voorkeur wordt de cursus uitgevoerd op een locatie die centraal gelegen en goed bereikbaar is voor de cursisten. Het gebouw en de cursusruimte moet goed toegankelijk zijn voor rollatorgebruikers. Men kan hierbij denken aan een buurthuis, gezondheidscentrum of zorgcentrum. Het verdient aanbeveling om (bijvoorbeeld via vrijwilligers) cursisten die niet zelfstandig naar de cursuslocatie kunnen komen thuis op te halen en terug te brengen. De ruimte moet een grote tafel bevatten waar plaats is voor alle cursisten plus de cursusleider. Tevens moet er voldoende ruimte zijn om de lichamelijke oefeningen te doen (hierbij worden de stoelen in een cirkel gezet en moeten de cursisten ruimte hebben om om hun stoel heen te lopen). Op de locatie moet in ieder geval tijdens de eerste bijeenkomst een dvd-speler en televisie met bij voorkeur groot scherm aanwezig zijn. Tevens dient er elke bijeenkomst een overhead projector of beamer aanwezig te zijn met bijbehorend scherm om de powerpoint dia's op te vertonen. Dicht bij de locatieruimte dient een goed toegankelijk toilet te zijn. Tot slot moet op de locatie de mogelijkheid zijn om de cursisten in de pauze een kopje koffie of thee aan te bieden.

De cursus bestaat uit 8 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, plus een herhalingsbijeenkomst 2 maanden na de laatste bijeenkomst. De cursusbijeenkomsten worden geleid door een (wijk)verpleegkundige of een andere professional met ervaring in het veld van valpreventie, zoals een fysiotherapeut.

Tijdens de cursus worden de vier onderstaande strategieën gebruikt.

De cursisten:

- 1) leren om niet-helpende gedachten over vallen te herkennen en te veranderen in helpende gedachten (van negatieve naar positieve gedachtenspiraal), waardoor het gevoel van controle over vallen en valangst wordt vergroot.
- 2) leren om realistische doelen te stellen over het bevorderen van hun activiteit (lichamelijk, sociaal en functioneel)
- 3) ontvangen informatie en concrete tips voor het verminderen van valrisico's in de eigen omgeving
- 4) doen lichamelijke oefeningen en krijgen nadrukkelijk de stimulans om meer aan lichaamsbeweging te doen, zodat de spierkracht en de balans verbeteren.

Er worden verschillende didactische technieken gebruikt: cursisten krijgen voorlichting, kijken een dvd, houden groepsgesprekken, lossen gezamenlijk problemen op, doen eenvoudige lichamelijke oefeningen en het trainen vaardigheden. Tijdens de bijeenkomst wordt er halverwege 10 minuten gepauzeerd, waarbij aan de cursisten koffie of thee wordt aangeboden.

Aan het eind van de bijeenkomst ontvangen de cursisten een huiswerkopdracht en worden ze uitgenodigd om thuis zelf verder te oefenen met de tijdens de cursus geleerde vaardigheden en lichamelijke oefeningen.

Twee maanden na bijeenkomst 8 wordt er een herhalingsbijeenkomst georganiseerd. Deze bijeenkomst is bedoeld om hetgeen er in de cursus aan bod is gekomen nog eens op te frissen en de ervaringen in de voorgaande twee maanden uit te wisselen.

4.2 Inhoud van de interventie

Hieronder wordt in het kort de inhoud van de cursusbijeenkomsten beschreven.

Bijeenkomst 1: Cursusintroductie

De eerste bijeenkomst is met name bedoeld als kennismakingsbijeenkomst. De cursisten leren elkaar kennen en krijgen een kort overzicht van de cursus. Gezamenlijk wordt de dvd 'voor wie onbezorgd actief wil zijn' bekeken en besproken. Na de video bespreekt de cursusleider het verschil tussen een negatieve en een positieve gedachtenspiraal. De cursisten krijgen de opdracht mee naar huis om aan de hand van een werkblad zelf thuis na te denken over hun gedachten over vallen.

Bijeenkomst 2: Gedachten over vallen

Tijdens deze bijeenkomst bespreken de cursisten hun gedachten over vallen. Op welke momenten zijn ze met name angstig? Is deze angst gegrond en waarom? De gedachten worden samen met de groep besproken. De bedoeling is dat de cursisten zich gaan realiseren dat sommige angsten irreëel zijn en een belemmerende werking kunnen hebben. Vervolgens wordt gewerkt aan alternatieve gedachten en manieren om de belemmerende gedachten aan te passen.

Bijeenkomst 3: Lichaamsbeweging en valpreventie

Bijeenkomst 3 is gericht op het benadrukken van het belang van lichaamsbeweging. Cursisten bespreken de belemmeringen die ze ervaren om aan lichaamsbeweging te doen en oefenen gezamenlijk met het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen met een elastische band.

Wat gebeurt er concreet bij de uitvoering? Beschrijf hoe de onderdelen van de interventie worden ingevuld of uitgevoerd, zo nodig met enkele typerende voorbeelden.

Bijeenkomst 4: Valpreventie en opkomen voor jezelf

Tijdens deze bijeenkomst wordt een aantal lichamelijke risicofactoren om te vallen besproken. Duizeligheid en de oorzaken ervan worden besproken, evenals een aantal manieren om dit te verhelpen. Vervolgens wordt het thema 'opkomen voor jezelf' besproken in de context van valpreventie. Hulp vragen aan anderen is soms noodzakelijk maar wordt door veel ouderen om verschillende redenen moeilijk gevonden. Cursisten oefenen in duo's met probleemoplossende en assertieve vaardigheden gericht op het verminderen van risicovol gedrag. Ook deze bijeenkomst wordt gezamenlijk een aantal eenvoudige oefeningen met de elastische band uitgevoerd, waarbij het belang van beweging wederom wordt benadrukt.

Bijeenkomst 5: Evaluatie van gedachten over vallen

Deze bijeenkomst gaat over het plannen van lichaamsbeweging. De cursisten oefenen eerst met een activiteitenplanner voor lichaamsbeweging. Hierin worden vragen beantwoord als: Welke activiteit wil ik gaan doen? Wat heb ik daar voor nodig? Wat zou mij ervan kunnen weerhouden deze activiteit te doen? Hoe kan ik deze belemmeringen wegnemen? In een rollenspel oefenen de cursisten vervolgens met het wegnemen van deze belemmerende gedachten. Tot slot worden er wederom lichaamsbewegingen gedaan.

Bijeenkomst 6: Herkennen van risicovol gedrag

Bijeenkomst 6 gaat over risicovol gedrag. De cursisten leren hoe ze risicovol gedrag (zoals lopen zonder wandelstok of op een natte vloer, of geen hulp vragen aan anderen) kunnen veranderen in veilig gedrag. Na de pauze bespreekt men de gevolgen van een val. Cursisten leren wat te doen bij een val en hoe weer overeind te komen. Ook deze bijeenkomst worden er weer lichaamsbewegingen gedaan met de elastische band.

Bijeenkomst 7: Risicofactoren in de woonomgeving

Tijdens deze bijeenkomst worden opnieuw de activiteitenplanner voor lichaamsbeweging en de manieren om risicovol gedrag om te zetten in veilig gedrag besproken. Ook vullen cursisten een checklist over veiligheid in de eigen woonomgeving in. Deze wordt in de groep besproken en opgevolgd door gezamenlijke lichaamsbewegingen met de elastische band. Daarna worden risico's in de woonomgeving besproken; wat kan men doen om een woning veiliger te maken?

Bijeenkomst 8: Oefenen van veilig gedrag

Deze laatste bijeenkomst is bedoeld om het geleerde veilige gedrag nog eens te bespreken. Er wordt voor de laatste maal aandacht besteed aan gezamenlijke lichaamsbeweging. Daarna wordt de cursus afgesloten met een mondelinge evaluatie.

Bijeenkomst 9: Herhalingsbijeenkomst

De cursisten wisselen ervaringen uit, vertellen de groep of ze in staat zijn geweest het geleerde in praktijk te brengen. De methode om niet-helpende gedachten om te zetten in helpende gedachten wordt opgefrist. Cursisten vertellen elkaar of ze op dit moment aan lichaamsbeweging doen en hoe ze zich daar bij voelen. De hele groep oefent weer met lichamelijke oefeningen. De groep wisselt ervaringen uit op het gebied van veiligheid in huis en het omzetten van risicovol gedrag naar veilig gedrag.

5. Materialen en links

Welke materialen zijn er en waar zijn deze verkrijgbaar? Noem ten minste de Nederlandse handleiding. Noem ook eventuele links naar relevante websites, rapporten of andere relevante bestanden. Vermeld eventueel ook of er aparte materialen zijn voor migranten en zo ja welke.

Ten behoeve van de werving van cursisten en de uitvoering van de cursus zijn de volgende materialen ontwikkeld. Deze zijn verkrijgbaar via de webshop van het Trimbos-instituut: www.trimbos.nl/webwinkel. De kosten van de materialen zijn bedoeld om de productiekosten te dekken.

Materialen	Gebruik	Kosten in 2010
Folders	Gebruik bij de werving	€ 0,10
Cursushandleiding	Gebruik tijdens de cursus	€ 24,95
Dia's / Powerpoint	Gebruik tijdens de cursus	gratis
Cursisten werkboek	Gebruik tijdens de cursus	€ 12,95
DVD "Voor wie onbezorgd actief wil zijn"	Gebruik tijdens de cursus	€ 19,95
"Richtlijn voor aanmeldingen Zicht op Evenwicht"	Gebruik tijdens screening en aanmelding	gratis
"Richtlijn voor intakegesprek Zicht op Evenwicht"	Gebruik tijdens screening en aanmelding	gratis
website: www.trimbospreventie.nl onder het kopje 'ouderen'.	Voor professionals	

De cursushandleiding, dia's en werkboeken zijn herziene versies van de materialen die eerder door Universiteit Maastricht werden vertaald vanuit het Amerikaans. De folders en de website zijn ontwikkeld door het Trimbos-instituut. De dvd is een Nederlandse versie van de dvd zoals deze in de Amerikaanse cursus 'A Matter of Balance' werd gebruikt en is eveneens door het Trimbos-instituut ontwikkeld.

B. Onderbouwing van de interventie

6. Verantwoording: doelgroep, doelen en aanpak

Geef aan hoe probleemanalyse, doel, doelgroep en methodiek op elkaar aansluiten. In uw betoog moet antwoord gegeven zijn op de volgende vragen (zie ook de handleiding bij dit werkblad):

Probleemanalyse

Wat zijn de factoren (determinanten) die het probleem beïnvloeden?
Onderbouw dit met theorieën en/of onderzoeksliteratuur, een redenering (ratio) of een visie. Als u hiervoor gebruik maakt van een algemene theorie over gedragsverandering, maak dan aannemelijk dat deze van toepassing is op het probleem. Geef aan hoe deze factoren met elkaar samenhangen. Noem oorzakelijke, risico-, instandhoudende, verzachtende en/of beschermende factoren.

Beïnvloedbare factoren

Welke factoren zijn beïnvloedbaar?
Laat dit alles zien met theorie/studies of voorbeelden.
Op welke veranderbare factoren richt de interventie zich?

Verbinding probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

Kan het doel met de gekozen aanpak worden bereikt? Maak dit aannemelijk aan de hand van studies en/of ervaringen. Laat zien dat de doelgroep aansluit bij de probleemanalyse.

Werkzame factoren/mechanismen

Wat zijn de werkzame factoren/mechanismen? Welke elementen mogen bij aanpassing van de interventie niet ontbreken?

Verantwoording

Voor de verantwoording kan gebruik worden gemaakt van Nederlands en/of internationaal onderzoek naar de theorie achter de interventie, naar

De prevalentie van valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag

Bezorgdheid om te vallen is een emotionele reactie (angst) op de gedachte dat men mogelijk zou kunnen vallen. Een recent onderzoek uitgevoerd onder 4000 ouderen in de regio Limburg, laat zien dat ongeveer 54% van deze ouderen bang is om te vallen en 38% als gevolg van angst om te vallen activiteiten vermijdt (Zijlstra et al. 2007^b). Uit ditzelfde onderzoek kwam naar voren dat van de mensen die niet recent (in de afgelopen 6 maanden) gevallen zijn, 44% aangeeft bang te zijn om te vallen. Van de mensen die in de afgelopen 6 maanden één keer gevallen zijn is 66% bang om te vallen en bij de groep die twee of meer keer is gevallen is dit percentage 87%. Voor vermijdingsgedrag zijn deze cijfers respectievelijk 29%, 43% en 74%. Valangst en activiteitenvermijding komen dus voor bij ouderen die recent zijn gevallen en bij ouderen waarbij dit niet het geval is (Zijlstra et al., 2007^b).

Gevolgen van valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag

Uit verschillende onderzoeken naar valangst blijkt dat valangst samenhangt met vele factoren. Voorbeelden zijn depressie (Arfken, 1994; Kressig, 2002), angstklachten (Drozdick, 2001; Gagnon, 2005), verminderde tevredenheid met het leven (Arfken, 1994), verminderd sociaal en fysiek functioneren (Howland, 1993; Arfken, 1994), slechtere gezondheid (Cumming, 2000) en valincidenten (Tromp, 2001; Arfken, 1994; Howland, 1993). Ook vermijdingsgedrag als gevolg van valangst hangt samen met een aantal negatieve kenmerken zoals depressie, verminderd fysiek functioneren, grotere kwetsbaarheid, afname van de zelfredzaamheid, verminderd welbevinden, en een verhoogd risico om te vallen (Cumming, 2000; Delbaere 2004).

In vergrijzende samenleving als de Nederlandse is het zaak om ouderen zo lang mogelijk gezond en zelfstandig te houden. Wanneer dit niet mogelijk is zullen gevolgen, zoals een hogere zorgconsumptie en hoge zorgkosten moeten worden gedragen door de maatschappij zelf (Zijlstra et al., 2007^a).

Eigen-effectiviteit en controle over vallen

Angst om te vallen vormt een onderdeel van een negatieve spiraal. Mensen die bang zijn om te vallen hebben vaak last van niet-helpende gedachten zoals 'Als ik naar buiten ga zal ik vast vallen en dan breek ik mijn heup en moet ik naar het verpleeghuis'. Dergelijke gedachten leiden tot meer angst waardoor men de neiging krijgt activiteiten die samenhangen met die angst te vermijden. Het vermijden van activiteiten zorgt ervoor dat men minder gaat bewegen en een slechtere conditie en minder spierkracht krijgt. Het gevolg hiervan is een groter risico om te vallen en meer valpartijen, wat weer leidt tot meer bezorgdheid en meer niet-helpende gedachten. Mensen voelen een gebrek aan controle over vallen. Men denkt geen invloed uit te kunnen oefenen op het risico om te vallen. Hun *valgerelateerde eigen-effectiviteit* (de inschatting van het eigen vermogen om bepaald gedrag uit te voeren) en gevoel van controle is laag en krijgt geen kans om te verbeteren zolang men activiteiten blijft vermijden. Deze negatieve spiraal houdt zichzelf in stand.

onderdelen van de interventie en/of naar soortgelijke interventies, en van onderzoek naar buitenlandse versies van de interventie.

De cursus Zicht op Evenwicht besteedt veel aandacht het doorbreken van bovengenoemde negatieve spiraal door in te zetten op het verbeteren van de valgerelateerde eigen-effectiviteit en het gevoel van controle over vallen. Wanneer mensen meer controle over hun valrisico ervaren en meer vertrouwen krijgen in hun vermogen om activiteiten uit te voeren zonder daarbij te vallen, vermindert de angst om te vallen en het vermijdingsgedrag. De spieren en conditie sterken aan, het risico om te vallen neemt af, het zelfvertrouwen groeit en de angst om te vallen vermindert.

Het verband tussen angst om te vallen en valincidenten wordt beschreven in twee studies. Friedman et al. (2002) voerden een prospectieve studie uit onder meer dan 2000 respondenten tussen de 65 en 84 jaar. Uit deze studie bleek dat degenen die angst om te vallen hadden gerapporteerd tijdens de baseline, na 20 maanden een grotere kans op vallen hadden dan degenen die geen angst tijdens de baseline rapporteerden (respectievelijk 32,6% vs 17,9%; OR = 2,22, $p < .0001$). Dit bleek met name te gelden voor degenen die vanwege hun angst om te vallen bepaalde activiteiten vermeden.

In een longitudinale studie uitgevoerd door Delbaere et al. (2004) is gekeken naar de samenhang tussen o.a. angst om te vallen, beperking in dagelijkse activiteiten en valpartijen. Hiervoor werden in totaal 225 ouderen van 65 jaar of ouder geïncludeerd. Gegevensverzameling vond plaats tijdens baseline en na een follow-up van 1 jaar. Na 1 jaar bleek dat angst om te vallen en het vermijden van dagelijkse activiteiten significante voorspellers waren voor valpartijen (OR respectievelijk 2,83 en 1,38, $p < .001$).

Uit bovenstaande resultaten blijkt dat angst om te vallen als een voorspeller voor valpartijen kan worden beschouwd. Met de juiste interventie kan worden getracht angst om te vallen te verminderen, wat de kans op valpartijen kan verlagen.

Verbinding probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

De primaire doelen van Zicht op Evenwicht zijn het verminderen van angst om te vallen en gerelateerd vermijdingsgedrag en het vergroten van de dagelijkse activiteit. Dit gebeurt door het vergroten van de valgerelateerde eigen-effectiviteit en het gevoel van controle over vallen. Secundaire doelen van de cursus zijn o.a. het verminderen van beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, angstgevoelens, depressieve symptomen, (herhaalde) valincidenten en het verbeteren van de ervaren sociale steun.

Zicht op Evenwicht maakt gebruik van cognitieve gedragstherapie, een behandelvorm die gebaseerd is op de sociaal cognitieve theorie van Bandura (Bandura, 1986). Cognitieve gedragstherapie is gericht op het verduidelijken van de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag, het ontdekken van anderen van negatieve denkpatronen en het stimuleren van het ondernemen van meer activiteiten. Cognitieve gedragstherapie is een algemeen erkende methode om psychische problematiek aan te pakken en alleen al in Nederland zijn vele voorbeelden te vinden, met name in de geestelijke gezondheidszorg, van interventies die gebruik maken van de cognitief gedragsmatige aanpak. Voorbeelden van dergelijke cursussen zijn *In de put, uit de put* en het daarop gebaseerde *Kleur je Leven*. Deze interventies maken gebruik van cognitieve gedragstherapie en laten goede resultaten zien (Allart, 2006).

In de cognitieve gedragstherapie wordt eigen-effectiviteit beschouwd als een belangrijke determinant van gedrag, die gevormd wordt door o.a. beschikbare vaardigheden en sociale modellering. Zicht op Evenwicht maakt gebruik

van cognitieve gedragstherapie om eigen-effectiviteit te versterken en het gevoel van controle over vallen te vergroten. Zo worden valangst en het gerelateerde vermijdingsgedrag verminderd en dagelijkse activiteit vergroot. Hiertoe worden vier strategieën gebruikt:

1. Het herkennen en aanpassen van belemmerende gedachten over vallen. Bijeenkomst 2-5 zijn hierop gericht.

Veel ouderen hebben belemmerende gedachten over (de kans om te) vallen en hebben het gevoel geen controle te hebben over het feit of ze wel of niet zullen vallen. Een voorbeeld van een dergelijke gedachte is: "Als ik op bezoek ga bij mijn zoon, moet ik een trap op. Dan val ik vast. Ik kan maar beter thuis blijven". In de cursus leert men om dergelijke belemmerende gedachten en daaruit voortvloeiend (vermijdings)gedrag te herkennen en aan te passen volgens de principes van cognitieve herstructurering (Lachman 1992).

2. Het stellen van realistische doelen m.b.t. het ondernemen van activiteiten. Bijeenkomst 6 gaat hierover.

Het stellen van realistische doelen vergroot de kans dat de cursisten daadwerkelijk actiever worden. Realistische doelen helpen bij het plannen van activiteiten. Voor sommige ouderen is het bijvoorbeeld niet realistisch op fietstocht te gaan. Wanneer zij dit wel doen, is de kans op een valpartij erg groot. Een dergelijke valpartij zal het zelfvertrouwen wegnemen en belemmerende gedachten stimuleren ("Zie je wel, ik kan ook maar beter binnen blijven"). Daarom is het voor cursisten belangrijk te leren wat zij wél nog kunnen. Een fietstocht kan misschien niet meer, maar een wandeling met de rollator nog wel. Cursisten leren om een reële inschatting te maken van welke activiteiten zij aankunnen, wat het valrisico daarbij is en hoe ze bepaalde activiteiten op een veilige manier kunnen uitvoeren.

3. Verminderen van het valrisico in de woonomgeving. Bijeenkomst 7.

Cursisten krijgen praktische tips aangereikt om hun omgeving veilig te maken, zoals beugels aan de muur van badkamer of toilet, vastzetten van losliggende kledjes, het aanbrengen van goede verlichting en andere tips. Daarnaast leren zij om waar nodig hulp te vragen aan hun omgeving. Bijvoorbeeld aan de buschauffeur, om niet weg te rijden voor zij zitten, of aan een familielid, om elke avond even op te bellen om te vragen hoe het gaat. Deze praktische informatie werkt positief op het gevoel van controle en eigen-effectiviteit, omdat de cursisten zien dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op het valrisico dat ze lopen.

4. Stimuleren van lichaamsbeweging om kracht en balans te verbeteren. Bijeenkomst 3-9.

Regelmatig eenvoudige lichamelijke oefeningen doen kan de kans op vallen aanzienlijk verminderen doordat conditie, kracht en evenwicht verbeteren. Daarnaast geeft het meer zelfvertrouwen omdat cursisten beter begrijpen waar hun fysieke grenzen en mogelijkheden liggen. Het is van belang dat de oefeningen samen worden aangeleerd en uitgevoerd. Tijdens de cursus worden er vanaf de derde bijeenkomst gezamenlijk oefeningen gedaan en worden de cursisten gestimuleerd ook thuis enkele keren per week te oefenen.

De Amerikaanse versie van Zicht op Evenwicht, 'A Matter of Balance', heeft positieve effecten op o.a. valgerelateerde eigen-effectiviteit en mobiliteit laten zien (Tennstedt et al 1998) en ook uit de RCT naar Zicht op Evenwicht blijkt dat de cursus positieve effecten behaalt op alle primaire uitkomstmaten inclusief eigen-effectiviteit en ervaren controle over vallen (Zijlstra et al.,

2009). Uit deze RCT blijkt tevens dat niet alleen de primaire uitkomstmaten positief worden beïnvloed, maar ook de secundaire uitkomstmaten (beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, angstgevoelens, depressieve symptomen, ervaren sociale steun en valincidenten). Dit duidt er op dat door de afname van valangst en vermijdingsgedrag en de toename van dagelijkse activiteiten de cursisten in een positieve spiraal terecht komen, waardoor zij steeds minder activiteiten gaan vermijden en minder valangst gaan ervaren.

7. Samenvatting onderbouwing

Beschrijf in één tot drie zinnen het verband tussen probleem, doelgroep, doel en methode.

Het feit dat er zowel op valangst, vermijding, dagelijkse activiteit, eigen-effectiviteit en ervaren controle, als op een aantal secundaire uitkomstmaten effecten worden aangetoond, duidt er op dat de interventie inderdaad de cursisten ondersteunt om vanuit de negatieve spiraal (angst- vermijding – afname spierkracht – minder zelfvertrouwen - etc.) in de positieve spiraal te komen. Aangetoond is dat de interventie als geheel werkzaam is, waarbij het mogelijk maar niet aantoonbaar is dat bepaalde elementen een sterkere werkzaamheid hebben gehad dan anderen.

C. Overdraagbaarheid

8. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

Welke eisen zijn er ten aanzien van opleiding, training, certificering, licenties en/of supervisie van de uitvoerend werkers? Beschrijf deze randvoorwaarden voor de toepassing.

Meld indien van toepassing: Er zijn geen specifieke eisen voor de uitvoering en begeleiding van de uitvoerend werkers.

8.1 Eisen ten aanzien van opleiding

Uitvoering van de cursus vereist een bepaald niveau van de begeleiders. Daarom worden aan de deelnemers aan de training de volgende eisen gesteld:

- De deelnemers zijn (wijk)verpleegkundigen of paramedici die ervaring hebben met de doelgroep ouderen.
- Zij hebben affiniteit met de onderwerpen valangst en valpreventie.
- Bij voorkeur ervaring met het werken in groepen.
- Minimaal HBO werk- en denkniveau is noodzakelijk voor uitleg van de cognitief gedragstherapeutische technieken.

Om er zeker van te zijn dat alle cursusbegeleiders voldoen aan dit beschreven profiel wordt er voorafgaand aan de training voor cursusbegeleiders veel nadruk op gelegd. Wanneer iemand niet aan de eisen voldoet maar toch aan de training wil deelnemen kan dit alleen in goed overleg met de trainer.

Training

Cursusleiders volgen voordat zij de cursus kunnen geven een training van twee dagdelen bij het Trimbos-instituut. Tijdens de training wordt, naast de inhoud van de cursus, aandacht besteed aan (val)angst en cognitieve gedragstherapie, leiden van groepen/ groepsdynamiek en het uitvoeren van de lichamelijke oefeningen. De doelen van de training zijn het verkrijgen van overzicht en inzicht in de cursus, het verbreden van kennis over angst en cognitieve gedragstherapie, het uitwisselen van relevante kennis over het leiden van groepen en het oefenen van de fysieke oefeningen. Het zwaartepunt van de training ligt bij de principes van cognitieve gedragstherapie. De training wordt gegeven door een ervaren trainer met expertise op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

8.2 Eisen ten aanzien van overdracht en implementatie

Is er voor de overdracht van de interventie een handleiding of protocol? Zijn er eerdere ervaringen waaruit blijkt dat de interventie overdraagbaar is?

Meld indien van toepassing: Er is geen handleiding of protocol voor overdracht of implementatie.

Protocol aanmelding

De potentiële cursisten zullen zich veelal aanmelden bij een servicedesk, zoals dat gebruikelijk is bij veel instellingen. De medewerker servicedesk meldt de cursist aan aan de hand van de "Richtlijn voor Aanmeldingen Zicht op Evenwicht" (zie bijlage) en speelt de gegevens van de deelnemer door aan de cursusleider.

Vervolgens neemt de cursusleider contact op met de deelnemer en houdt een intakegesprek aan de hand van de "Richtlijn voor intakegesprek Zicht op Evenwicht" (zie bijlage). Dit kan telefonisch of via een huisbezoek en is bedoeld als screening. Ouderen voor wie de cursus niet passend (bijvoorbeeld vanwege rolstoelgebondenheid of gehoorproblemen) vallen na dit gesprek af. Er wordt altijd naar gestreefd deze mensen passende hulp aan te bieden, zoals een huisbezoek door een wijkverpleegkundige, of een afspraak met een fysiotherapeut.

Cursushandleiding

Tijdens de cursus wordt gebruik gemaakt van de cursushandleiding 'Zicht op Evenwicht'. Deze handleiding bevat achtergrondinformatie over vallen en valangst, 'spelregels' voor de cursisten en de cursusleider, gedetailleerde beschrijvingen van de bijeenkomsten inclusief een indicatie van de benodigde tijd per onderdeel.

De handleiding is oorspronkelijk ontwikkeld door Tennstedt en collega's in de Verenigde Staten (Tennstedt, Howland & Lachman 1998, Tennstedt, Peterson & Howland, 1998). De Amerikaanse versie is uitgebreid bestudeerd en vervolgens naar het Nederlands vertaald door de Universiteit Maastricht. Dit ontwikkelingsproces bestond uit de volgende, vastgestelde stappen: het definiëren van de doelgroep, het vertalen van het cursusprotocol, het consulteren van deskundigen, het selecteren van gekwalificeerde cursusleiders en het testen van het Nederlandse cursusprotocol bij een kleine groep ouderen (n=11). De belangrijkste veranderingen ten opzichte van de Amerikaanse interventie zijn: het inplannen van extra tijd voor een aantal activiteiten, het aanpassen van de frequentie van de cursusbijeenkomsten van twee keer per week naar één keer per week, het toevoegen van een herhalingsbijeenkomst 2 maanden na afloop van de interventie, het toevoegen van powerpoint dia's voor visuele weergave van de cursusinhoud. De vertaalde versie werd daarna door een aantal experts bestudeerd en goedgekeurd op de volgende punten: mate van geschiktheid voor de cursisten, bruikbaarheid door de cursusleiders, gebruik van de meest recente gegevens uit het onderzoeksveld en de mate van toepasbaarheid van de inhoud en activiteiten in de Nederlandse samenleving. De uiteindelijke versie werd goedgekeurd door de oorspronkelijke Amerikaanse ontwikkelaar en werd vervolgens gebruikt in de proces- en effectevaluatie.

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie beoordeeld en bewaakt? Denk bijvoorbeeld aan registratie van activiteiten en resultaten.

Meld indien niet bekend of niet van toepassing: De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder.

8.3 Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt gekozen door de uitvoerder. Wel is het mogelijk dat de Universiteit van Maastricht in het kader van onderzoek contact opneemt met de uitvoerende organisaties. Wanneer dit gebeurt, worden de uitvoerende instelling gevraagd om cursistgegevens. Daarna worden de deelnemers (indien zij schriftelijk toestemming geven om mee te werken aan het onderzoek) schriftelijk benaderd door de Universiteit Maastricht, met het verzoek een aantal vragenlijsten in te vullen, voorafgaand en na afloop van de cursus. Deze vragenlijsten kunnen in een antwoordenvolpde worden geretourneerd door de deelnemers.

8.4 Kosten van de interventie

Wat zijn de kosten van de uitvoering? Noem zo mogelijk kosten van licentie, materiaal, trainingen, kwaliteitsbewaking. Vermeld het jaartal waarvoor de prijzen gelden. Noem ook de tijdinvestering van betrokken professionals (uitvoering en coördinatie).

Onderstaande berekeningen zijn gebaseerd op de kosten van een cursus met 12 deelnemers en 2 cursusbegeleiders, welke voor het eerst gegeven wordt. Als een instelling de cursus al eerder heeft verzorgd, dalen de kosten aanzienlijk, omdat de handleiding voor de cursusbegeleiders niet vervangen hoeft te worden en de training al gevolgd is.

Meld indien van toepassing: Er zijn bij deze interventie geen gegevens bekend over de kosten en/of de tijdsinvestering van professionals.

Uren cursusbegeleiders

Training uren (excl. reistijd)	8 uur per trainer
Uren werving van deelnemers	Afhankelijk van organisatie
Uren uitvoering cursus (incl. voorbereiding e.d.)	2,5 x 9 = 22,5 uur per trainer
Uren aanmelding en intakegesprekken	6 uur totaal

Materiaalprijzen in 2010

Folders	€ 0,10 per stuk
Cursushandleiding voor de cursusleiders	€ 24,95 per stuk
Werkboeken voor de deelnemers	€ 12,95 per stuk
De DVD "Voor wie onbezorgd actief wil zijn"	€ 19,95 per stuk
Dia's	Gratis te downloaden
Los insteekvel waarop tijd en datum van de cursus kunnen worden genoteerd	Gratis te downloaden
"Richtlijn voor aanmeldingen Zicht op Evenwicht"	Gratis tijdens de training
"Richtlijn voor intakegesprek Zicht op Evenwicht"	Gratis tijdens de training

Kosten training cursusbegeleiders: € 275,00 per cursusbegeleider

Bijkomende kosten

Dynaband (te koop op rol via internet of per stuk via sportzaken)	€2,50 tot €5,00 per deelnemer
Koffie en thee, koekjes	
Zaalhuur	
Pennen voor de deelnemers	

9. Onderzoek naar de uitvoering van de interventie

Is er onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie? Beschrijf doel, type onderzoek (bijvoorbeeld procesevaluatie, behoefteanalyse, nul-meting, haalbaarheidsonderzoek, tevredenheidmeting etc.), methode en relevante uitkomsten.

Geef aan wat het bereik is, de succes- en faalfactoren en waardering door de doelgroep. Geef ook aan hoe de interventie, indien noodzakelijk, wordt aangepast.

Meld indien van toepassing: Er is geen onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie.

Procesevaluatie

In de procesevaluatie (Haastregt et al., 2007) werd door middel van vragenlijsten, registratieformulieren en interviews nagegaan in hoeverre de interventie praktisch uitvoerbaar is in de Nederlandse situatie. Hiervoor zijn bij 168 respondenten uit de interventie groep en bij zes cursusleiders gegevens verzameld. De belangrijkste uitkomstmaten van de procesevaluatie waren de mate waarin de interventie volgens protocol werd uitgevoerd, de mate van aanwezigheid van de cursisten bij de bijeenkomsten, de mate waarin de cursisten de huiswerkopdrachten uitvoerden en de mate van tevredenheid van de cursisten en wijkverpleegkundigen over de interventie. Na afloop van elke bijeenkomst vulden de cursusleiders een registratieformulier in met o.a. vragen over de mate waarin de bijeenkomst volgens protocol was uitgevoerd. Uit deze rapportage kwam naar voren dat de meerderheid van alle bijeenkomsten volgens het cursusprotocol werd uitgevoerd en dat er in geen geval substantieel van het protocol afgeweken.

Voor de start van de interventie is een aanzienlijk deel (26%, n=72) van de (potentiële) respondenten (n=280) uitgevallen. Deze uitval voorafgaand aan de start van de cursus lijkt samen te hangen met de manier waarop de cursisten zijn geworven. In verband met de statische power moesten er voor de trial ruim 500 respondenten geworven worden in een relatief korte periode. Om deze reden is er voor gekozen om een steekproef van 70-plussers te nemen uit het bevolkingsregister van de gemeente Maastricht en Heerlen. Alle mensen in deze steekproef kregen een korte schriftelijke screeningslijst toegestuurd om hen te werven voor het onderzoek en deelname aan de cursus. Zij die op grond van deze screening geschikt bleken te zijn en aan hadden gegeven deel te willen nemen aan het onderzoek werden geïncludeerd en door het lot toegewezen aan interventie of controlegroep (Zijlstra et al. 2005, 2009). Er was vooraf geen persoonlijk contact met de cursisten zodat geschiktheid voor deelname en motivatie niet mondeling gecheckt is. Bij ongeveer een kwart van de mensen bleek de schriftelijke screening niet te volstaan, zij bleken (fysiek) ongeschikt voor de cursus, of niet gemotiveerd. Deze problemen worden tijdens het implementatietraject dat op dit moment wordt uitgevoerd ondervangen door telefonisch intakegesprek bij aanmelding. Hierbij wordt gebruik gemaakt van "Richtlijnen voor aanmelding Zicht op Evenwicht".

Na de eerste bijeenkomsten viel 12% van de cursisten uit. De belangrijkste redenen waren gezondheidsproblemen en aanverwante zaken zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisopname. Valangst en vermijdingsgedrag werden niet als reden genoemd.

In totaal maakte 62% (n=174) van de personen toegewezen aan de interventiegroep (n=280) de cursus af en bezochten gemiddeld 6.8 bijeenkomsten. De respondenten vonden dat ze, in het algemeen, de huiswerkopdrachten en lichamelijke oefeningen in de thuissituatie goed hadden uitgevoerd en hadden een positief oordeel over de cursus en cursusleiders. Cursisten zeiden direct na afloop van de cursus baat te hebben gehad bij de cursus. Men gaf bijvoorbeeld aan zich veiliger te gedragen, meer zelfvertrouwen te hebben en lichamelijke actiever te zijn. Ook na 6 en 12 maanden gaf de meerderheid van de respondenten aan nog steeds aanzienlijk baat te ondervinden van deelname aan de cursus. Als aanbevelingen voor het verbeteren van de cursus noemden de cursisten o.a. het vereenvoudigen van de huiswerkopdrachten en het toevoegen van extra bijeenkomsten. Op grond van de bevindingen van de procesevaluatie is het protocol voor de cursus enigszins aangepast. Het aantal bijeenkomsten is niet gewijzigd omdat met het huidige aantal bijeenkomsten reeds goede resultaten behaald worden en daarom aan de meerwaarde van extra bijeenkomsten getwijfeld wordt. Ook de cursusleiders beoordeelden de cursus positief en vonden de cursus goed uitvoerbaar. Wel gaven ze aan het idee te hebben dat de cursisten hun huiswerkopdrachten niet altijd goed uitvoerden, maar dit heeft een goede uitvoering van de cursus niet in de weg gestaan.

Voor u verder gaat

Check met behulp van onderstaande lijst of u de vereiste informatie op het werkblad kunt invullen. De vraagnummers corresponderen met de desbetreffende onderdelen van de beschrijving op dit werkblad en met de criteria voor erkenning op Niveau II en III. Op de sites van het Nederlands Jeugdinstituut en van RIVM kunt u een meer uitgebreide lijst van de criteria voor erkenning en een toelichting daarop vinden. Neem bij twijfel contact op met het Nederlands Jeugdinstituut of RIVM (zie voorblad).

Criteria voor erkenning op Niveau II-III: waarschijnlijk of bewezen effectief

Vraag 10.1	Is de interventie via Nederlandse studies met een matige tot sterke bewijskracht onderzocht en maken deze studies het aannemelijk dat de interventie de gestelde doelen bij de doelgroep daadwerkelijk bereikt? (Voor een overzicht van de bewijskracht van onderzoek, zie de handleiding bij dit werkblad.)	Ja	Nee
Vraag 11	Is er onderzoek naar buitenlandse versies van de interventies	Ja	Nee

LET OP

Indien vraag 10 met ja beantwoord wordt, vul dan ook Bijlage 1 in: Beschrijving kenmerken en resultaten onderzoek.

Indien vraag 10 en 11 met nee beantwoord moeten worden, komt uw interventie niet in aanmerking voor een beoordeling op niveau II of III. Vul in dat geval paragraaf 10.1 en 11 op de gevraagde manier in en ga verder met paragraaf 12 onder Overige informatie.

Vergeet niet het logboek in te vullen aan het einde van dit werkblad.

Beschrijving voor erkenning op niveau II-III: waarschijnlijk of be- wezen effectief

D. Effectiviteit

10. Nederlandse effectstudies

Wat zijn de kenmerken en uitkomsten van onderzoek naar het effect van de interventie in Nederland?

Noem per studie auteur(s) en publicatiejaar, onderzochte (primaire) doelen van de interventie, onderzoeksgroep, onderzoeksdesign en resultaten. Vermeld effectgroottes *d* of *ES*, of de gegevens om deze te berekenen (zie de handleiding bij dit werkblad).

Beschrijf ook de kenmerken en resultaten van reviews en meta-analyses over de effectiviteit van de interventie in Nederland.

Meld indien van toepassing: Er is geen Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van de interventie.

10.1 Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van het promotieonderzoek van Zijlstra et al. (2007) door wie de Nederlandstalige cursus *Beter in Balans* is ontwikkeld en geëvalueerd. Het promotieonderzoek vond plaats in de periode 2002 t/m 2007 en is uitgevoerd vanuit de Faculty of Health Medicine and Life Science van Universiteit Maastricht, vakgroep Verpleging en Verzorging. Het onderzoek maakt deel uit van het programma *Innovaties in de zorg voor ouderen* van de onderzoeksschool CAPHRI. Recent is tevens een kosten-effectiviteitsonderzoek afgerond.

Opzet studie

In deze gerandomiseerde experimentele studie (RCT) naar de effecten van de *Zicht op Evenwicht* werden zelfstandig wonende mensen van 70 jaar of ouder die valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag rapporteerden in een korte vragenlijst, uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek (Zijlstra et al., 2005, 2009). Direct na de voormeting werden de respondenten door het lot toegewezen aan de controle ($n = 260$) of interventie groep ($n = 280$). De mensen in de interventiegroep werden uitgenodigd deel te nemen aan de cursus *Zicht op Evenwicht*. Deze cursus bestond uit 8 wekelijkse groepsbijeenkomsten van 2 uur en één herhalingsbijeenkomst 6 maanden na afloop van de achtste bijeenkomst. Alle bijeenkomsten werden in een plaatselijk wijkgebouw of zorgcentrum georganiseerd. De cursus werd geleid door wijkverpleegkundigen werkzaam bij een thuiszorgorganisatie, met een specialisatie in de ouderenzorg. De respondenten die waren toegewezen aan de controle groep ontvingen geen interventie. Tijdens de studie is zowel een procesevaluatie als een effectevaluatie uitgevoerd. Metingen vonden voor beide groepen plaats op vier momenten: voor de start van de interventie, direct na afloop van de interventie en vervolgens 6 en 12 maanden na afloop van de interventie. Alle gegevens zijn verzameld met vragenlijsten, telefonische interviews, valkalenders en registratieformulieren.

Effectevaluatie

De gegevens voor de effectevaluatie werden verzameld op drie momenten; direct na afloop van de interventie, na 6 maanden en na 12 maanden (Zijlstra et al. 2005). Aan deze drie metingen deden 209 respondenten uit de controle groep en 196 respondenten uit de interventie groep mee. De primaire uitkomstmaten van de effectevaluatie waren angst om te vallen (gemeten met 5 punts Likertschaal), vermindering van activiteiten als gevolg van valangst (gemeten met 5-punts Likertschaal), dagelijkse activiteit (gemeten met de Frenchay Activity Index), valgerelateerde eigeneffectiviteit (gemeten met de Falls Efficacy Scale) en ervaren controle over vallen (gemeten met de 'Perceived

control over falling' vragenlijst). Secundaire uitkomstmaten waren beperkingen in de dagelijkse activiteiten (gemeten met de Groningen Activity Restriction Scale), angstgevoelens (gemeten met de HADS-A), depressieve symptomen (gemeten met de HADS-D) ervaren sociale steun (gemeten met de Social Support Interactions vragenlijst) en (herhaalde) valincidenten (gemeten met een valkalender).

De verzamelde gegevens zijn volgens het "intention-to-treat" principe geanalyseerd waarbij werd gecontroleerd voor de scores op de voormeting. De intention-to-treat benadering houdt in dat alle respondenten waarvan gegevens beschikbaar zijn worden meegenomen in de analyses ongeacht hun deelname aan de cursus. De mensen in de interventiegroep scoorden beter op de primaire uitkomstmaten dan de mensen in de controlegroep. Direct na afloop van de interventie was het percentage mensen in de interventiegroep dat vaak of heel vaak bang was om te vallen 16%, ten opzichte van 43% in de controlegroep (een significante afname van bijna 60% ($p < .000$)). Het percentage mensen dat vaak of heel vaak vermijdingsgedrag vertoonde als gevolg van deze angst was ook significant lager in de interventiegroep (15%) dan in de controlegroep (31%). Dit is een verschil van bijna 50% ($p < .000$). De dagelijkse activiteit zoals gemeten met de FAI was 2.4 punten hoger in de interventiegroep vergeleken met de mensen in de controlegroep. Dit verschil is statistisch significant ($p < .01$). De valgerelateerde eigen-effectiviteit zoals gemeten met de FES was in de interventiegroep 2.8 punten lager dan in de controle groep. Dit duidt op een significante verbetering van de valgerelateerde eigen-effectiviteit ($p < .02$). Wat betreft de ervaren controle over vallen, zoals gemeten met de PCF was een afname in de score te zien van 0.5 punt, wat een indicatie geeft van significante toename van het gevoel van controle ($p < .06$). Tijdens de follow up bleek dat de ervaren controle over vallen groeide na afloop van de interventie: de ervaren controle onder de interventie groep nam toe en bij de 6 en 12 maanden meting was het verschil tussen de controlegroep en de interventiegroep significant ($p < .005$ en $p < .001$). Na 6 en 12 maanden was het verschil tussen interventie en controle groep op angst om te vallen nog steeds significant ($p < .005$ en $p < .001$) en ook vermeed na 6 maanden de interventie groep nog steeds significant minder activiteiten ($p < .002$). Dit effect nam 12 maanden na de interventie wel iets af, toen was het verschil tussen de groepen niet meer helemaal significant ($p < .07$).

Naast deze effecten waren er ook significant positieve effecten zichtbaar voor een aantal secundaire uitkomstmaten. De beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, zoals gemeten met de GARS waren direct na afloop van de cursus significant lager in de interventiegroep in vergelijking tot de controlegroep (16.7 versus 17.6, $p < .05$). Ook angstgevoelens zoals gemeten met de HADS-A waren significant lager in de interventiegroep in vergelijking tot de controlegroep (6.3 versus 7.1, $p < .05$). Tevens was er een positief effect te zien op depressieve symptomen zoals gemeten met de HADS-D (5.9 versus 6.7, $p < .01$). Op ervaren sociale steun zoals gemeten met de SSI was ook een significant verschil te zien in het voordeel van de interventiegroep (30.0 versus 29.5, $p < .001$). Tot slot was het percentage (herhaalde) valls (zoals gemeten met een valkalender) 12 maanden na afloop van de cursus in de interventiegroep 25,5% tegenover 37,4% in de controle groep, wat een afname van ruim 30% is ($p < .02$) (Zijlstra et al., 2007^a, 2009). Alle hierboven beschreven effecten zijn in een overzichtelijke tabel terug te vinden in Zijlstra et al., 2009.

In aanvulling op de "intention-to-treat" analyses zijn "per-protocol" analyses

uitgevoerd, waarin cursisten die minimaal vijf of meer cursusbijeenkomsten hebben bijgewoond zijn vergeleken met cursisten die minder dan vijf bijeenkomsten hadden bijgewoond. Bij de cursisten die minimaal vijf bijeenkomsten (gemiddeld 6,8) hadden bijgewoond waren de effecten van de cursus op alle uitkomstmaten sterker dan bij de cursisten die er 4 of minder hadden bijgewoond.

Kosteneffectiviteit van de interventie

Een kosten-effectiviteitsanalyse die onderdeel uitmaakte van het gerandomiseerde onderzoek waarin Beter in Balans werd uitgetest, laat zien dat de interventie gemiddeld €276 kost per persoon (Zijlstra et al., 2009). De totale directe gezondheidszorg kosten waren in de interventiegroep €4.925, wat vergelijkbaar is met kosten in de controlegroep (€4.828). Het verschil was niet significant ($p=.899$) en werd hoofdzakelijk veroorzaakt door de interventiekosten. Alleen de kosten van fysiotherapie waren significant lager in de interventiegroep vergeleken met de controle groep (€295 versus €509, $p=.007$)

Conclusie: Zicht op Evenwicht vermindert valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag tegen de gezondheidszorgkosten gelijke kosten.

10.2 Samenvatting Nederlandse effectstudies

Studie 1

Auteurs: Zijlstra et al

Jaar: 2005, 2009

Onderzoekstype: randomized controlled trial (RCT) en kosteneffectiviteitsanalyse (KEA)

Belangrijkste resultaten: De studie werd afgesloten met 196 respondenten in de experimentele groep en 209 respondenten in de controlegroep. Direct na de interventie waren er significante resultaten te zien op angst om te vallen, vermijding van activiteiten, valgerelateerde eigen-effectiviteit en dagelijkse activiteit. Na 6 maanden waren er significante effecten zichtbaar op angst om te vallen, vermijding van activiteiten, valgerelateerde eigen-effectiviteit, ervaren controle over vallen en dagelijkse activiteit. Na 12 maanden waren er nog significante effecten te zien op angst om te vallen en ervaren controle over vallen. Daarnaast werden er positieve effecten van de cursus aangetoond op o.a. beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, angstgevoelens, depressieve symptomen, ervaren sociale steun en valincidenten.

Bewijskracht van het onderzoek: 7

Resultaten effectiviteit: 1

Vat elke studie in telegramstijl samen.

Kies bij Bewijskracht voor:

1 zeer zwak; 2 zwak; 3 matig; 4 redelijk; 5 vrij sterk; 6 sterk; 7 zeer sterk.

Kies bij Effectiviteit voor:

1 positieve resultaten
2 effectiviteit niet vastgesteld;
3 negatieve resultaten; 4. positieve en negatieve resultaten; of
5 effectiviteit onduidelijk of onbekend.

(Zie de handleiding bij dit werkblad.)

11. Buitenlandse effectstudies

Wat zijn de kenmerken en uitkomsten van effectstudies, reviews of meta-analyses naar de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie?

Noem per studie auteur(s) en publicatiejaar, onderzochte doelen van de interventie,

Tennstedt en collega's (1998) hebben in de Verenigde Staten de cognitief gedragsmatige groepsinterventie 'A Matter of Balance' ontwikkeld en geëvalueerd in een randomised controlled trial. Aan deze trial namen 434 proefpersonen deel, allen ouder dan 60 jaar, die last hadden van valangst en als gevolg daarvan activiteiten vermeden. De cursisten volgden een cursus gedurende 4 weken, met 2 bijeenkomsten van 2 uur per week. Gegevens werden verzameld direct na de interventie, 6 weken na de interventie, 6 maanden na de interventie en 12 maanden na de interventie. Vergeleken met de ouderen

methode en resultaten. Vermeld effectgroottes *d* of *ES*, of de gegevens om deze te berekenen (zie de handleiding bij dit werkblad).

Gebruik per onderzoek niet meer dan 150 woorden.

Meld indien van toepassing: Er zijn geen studies die de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie aantonen.

in de controlegroep rapporteerden cursisten direct na de interventie meer intentie tot activiteit (intended activity scale) ($P < .05$) en een verbeterd gevoel van controle over de mobiliteit (subschaal SIP68) ($p < .05$), twee maten die beiden samenhangen met valgerelateerde eigen-effectiviteit (FES). Daarnaast verbeterden de sociale functies (subschaal SIP68) ($p < .05$) en de mobiliteit (subschaal SIP68) ($p < .05$). Na 6 weken waren er significante effecten te zien op valgerelateerde eigeneffectiviteit ($p < .01$), valmanagement ($p < .001$) en controle over mobiliteit ($p < .05$). 12 maanden na de interventie vonden de onderzoekers significante verschillen tussen de experimentele en de controlegroep op valgerelateerde eigeneffectiviteit ($p < .01$) en valmanagement ($p < .01$), maar ook op mobility range ($p < .05$) en op sociaal gedrag ($p < .05$). De onderzoekers verwachten dat de effecten die in deze studie zijn gevonden groter zullen zijn wanneer er een herhalingsbijeenkomst zou worden toegevoegd aan de cursus.

Op grond van deze studies leek invoering van deze veelbelovende interventie in de Nederlandse setting gerechtvaardigd. Omdat het succes van de interventie in de Verenigde Staten echter geen garantie biedt voor succes in Nederland werd een proces- en effectstudie van de Nederlandse versie van 'A Matter of Balance' wenselijk geacht voordat tot implementatie in het Nederlandse zorgaanbod kan worden overgegaan. In overleg met de ontwikkelaar van de Amerikaanse versie van het programma en op basis van een eerste pilot in de Nederlandse setting zijn een aantal wijzigingen aangebracht aan het programma. De belangrijkste wijziging is het feit dat de Nederlandse versie uitgaat van 8 wekelijkse bijeenkomsten en de Amerikaanse versie van 8 bijeenkomsten die binnen 4 weken plaatsvinden (twee per week). Omdat het effect van de Amerikaanse cursus terug bleek te lopen wanneer er geen herhalingsbijeenkomst plaatsvond, werd voor Zicht op Evenwicht op aanraden van de Amerikaanse ontwikkelaar wél gekozen voor een dergelijke terugkombijeenkomst na 2 maanden (Zijlstra et al, 2006).

Een precieze beschrijving van de verschillen tussen A Matter of Balance en Zicht op Evenwicht is te vinden in 'Reducing the fear of falling and avoidance of activity in elderly persons: the development of a dutch version of an American intervention' (Zijlstra et al., 2006).

E. Overige informatie

12. Toelichting op de naam van de interventie

Is de naam van de interventie helder? Noem de herkomst of diepere betekenis. Is de interventie bekend onder een andere naam? Noem de naam van de eventuele buitenlandse versie van de interventie.

Meldt indien van toepassing: Over de naam van de interventie zijn geen bijzonderheden te vermelden.

De cursus Zicht op Evenwicht is gebaseerd op een Amerikaanse cursus met de naam 'A Matter of Balance'. Deze naam doelt op de fysieke en mentale balans die men door het volgen van de cursus bereikt. De Nederlandse versie van de cursus werd in eerste instantie 'Beter in Balans' genoemd. Het NISB bleek echter een cursus aan te bieden die 'In Balans' heet en gericht is op het verbeteren van de fysieke balans van ouderen. Dit leidde in de praktijk tot verwarring. Om deze reden is de naam van de cursus 'Beter in Balans' in maart 2009 gewijzigd in 'Zicht op Evenwicht'.

Net als de oorspronkelijke titel duidt ook de titel Zicht op Evenwicht op het fysieke en mentale evenwicht dat de cursisten bereiken door het volgen van de cursus. De cursus is bedoeld voor zelfstandig wonende ouderen die als gevolg van angst om te vallen activiteiten vermijden.

Tijdens de cursus worden deze mensen geholpen om hun mentale evenwicht weer terug te vinden, zodat ze zich zekerder voelen bij het ondernemen van activiteiten. Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan fysiek evenwicht. Mensen die niet in evenwicht zijn vallen sneller, de cursus helpt mensen met oefeningen en tips hun evenwicht weer terug te vinden en te behouden. De naam rijmt ook, wat hem beter te onthouden maakt en vrolijk doet klinken.

De ondertitel: *cursus voor wie onbezorgd actief wil zijn* geeft duidelijk aan wat het doel van de cursus is, namelijk het stimuleren van mensen om weer actiever te zijn en meer te gaan bewegen, maar dan zonder de bezorgdheid om te vallen die zij voorheen hadden.

13. Uitvoering (uitvoerende en of ondersteunende organisaties en partners)

Waar, door welk soort organisaties en op welke schaal wordt de interventie toegepast? Beschrijf op welke locatie de interventie wordt uitgevoerd. Noem eventueel lokale en/of regionale varianten. Noem eventueel ook samenwerkingspartners in de uitvoering.

Meld indien van toepassing:

- *De locatie waar de interventie dient te worden uitgevoerd is niet aangegeven.*
- *Er zijn geen gegevens over de uitvoerende organisatie bekend.*

Zicht op Evenwicht wordt vooralsnog uitgevoerd door preventieafdelingen van thuiszorgorganisaties, eventueel in samenwerking met andere partijen zoals welzijnsinstellingen. De implementatie van de cursus wordt verzorgd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met de Universiteit Maastricht en wordt financieel ondersteund door ZonMw (ZonMW-120720009).

Het protocol, de materialen en de training voor cursusleiders werden in 2009 in vier pilotregio's uitgetest. De volgende organisaties vormden de pilotregio's: Thuiszorg Westelijke Mijnstreek (in samenwerking met Orbis Thuis, Medisch en Zorgconcern), Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland, Zorggroep Meander en St. Gerlachus verzorgingshuis.

Vanaf eind 2009 tot eind 2011 wordt gestreefd naar het implementeren van de cursus bij 50% van de 60 thuiszorgorganisaties. De training is inmiddels

verzorgd voor 35 cursusbegeleiders vanuit 20 verschillende organisaties. Volgens de I-database wordt de interventie momenteel in 5 verschillende instellingen uitgevoerd, te weten:

Stichting Thuiszorg Midden Gelderland
Lange Water 5
Arnhem

MeanderGroep Zuid-Limburg
Postbus 2690
6401 DD Heerlen

Zorggroep Meander
Kaap de Goede Hoop 1
9642 AP Veendam

ViVa! Zorggroep
Postbus 95
1960 AB Heemskerk

Groenkruis Domicura
Postbus 1307
6201 BH Maastricht

14. Overeenkomsten met andere interventies

Zijn er soortgelijke interventies? Noem relevante en in het oog springende overeenkomsten en /of verschillen; beperk dit tot sterk vergelijkbare interventies.

Meld indien van toepassing: Er zijn geen gegevens over soortgelijke interventies.

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg zijn meerdere interventies die zich richten op valproblematiek bij ouderen. Deze interventies focussen echter op het voorkomen van vallen aan de hand van opbouw van spierkracht en balans door middel van oefeningen. Valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag zijn geen expliciet onderdeel van deze cursussen. Zicht op Evenwicht is de enige cursus die zich richt op reductie van valangst en tevens de enige cursus die gebruik maakt van een cognitief-gedragsmatige aanpak.

Aanverwante Nederlandse interventies op het gebied van valpreventie en mobiliteit (maar niet op het gebied van valangst)

In Balans is een cursus die wordt uitgegeven door het NISB en richt zich op het verbeteren van de balans van ouderen om zo vallen te voorkomen. Er wordt met name aandacht besteed aan het geleidelijk opbouwen van het beweeggedrag, om het uiteindelijk weer terug te brengen tot een gezond dagelijks niveau. Daarnaast is er veel aandacht voor houding, ontspanning en balans.

www.NISB.nl

GALM (Groninger Actief Leven Model). Dit is een methode om beweging te stimuleren onder ouderen. Het herwinnen van plezier in sportieve activiteiten staat centraal. Een aantal andere methoden zijn gebaseerd op GALM, dit zijn: SCALA (voor 50+ met een chronische aandoening), GALM+ (voor 65+ ers), ACTOR (voor eenzame ouderen), GALLOM (voor allochtone ouderen), SMALL (voor 55+ ers uit kleine dorpen) en GROSSO (voor 55+ ers uit de grote steden).

www.galm.nl

Bewegen valt goed! is een interventie om allochtone ouderen te stimuleren om meer te bewegen, een actieve leefstijl te bevorderen en de kans op ongevallen te verkleinen. Deze interventie is ontwikkeld door het NISB en Consument & Veiligheid.

www.nisb.nl

Ten aanzien van de positionering van Zicht op Evenwicht werken het Trimbos-instituut en Universiteit Maastricht o.a. samen met het Kennisnetwerk Valpreventie en het Landelijk Netwerk Valklinieken.

Aangehaalde literatuur

Beschrijf de in dit document aangehaalde literatuur volgens APA-normen (zie de handleiding bij dit werkblad).

Allart, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, G.P.D.R. (2006). The Coping With Depression Course: Short-Term Outcomes and Mediating Effects of a Randomized Controlled Trial in the Treatment of Subclinical Depression. *Behaviour Therapy*, 34, 381-396

Arfken, C.L., Lach, H.W., Birge, S.J. & Miller, J.P. (1994). The prevalence and correlations of fear of falling in elderly persons living in the community. *American Journal of Public Health* 84(4):p. 565-70

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Clemson, L., Cumming, R.G., Kendig, H., Swann, M., Heard, R. & Taylor, K. (2004). The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 52, 1487-1494.

Cumming, R.G., Salkeveld, G., Thomas, M. & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *Journal Gerontology A Biological Sciences and Social Sciences* 55(5):p. 299-305

Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T. & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age Ageing* 33(4):368-73.

Drozdick, L.W. & Edelstein, B.A. (2001). Correlates of fear of falling in older adults who have experienced a fall. *Journal of Clinical Geropsychology*; 49(11):1456-62

Friedman S., Munoz B., West S., Rubin G., Fried L. Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *Journal of the American Geriatrics Society* (2002), 50:1329-1335

Gagnon, N., Flint, A.J., Naglie, G. & Devins, G. (2005). Affective correlates of fear of falling in elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*; 12(1):7-14.

Gillespie, L.D., Robertson, M.D., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G. & Rowe, B.H (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2.

Greef, M.H.G. de, & Bossenbroek, L. (2006). Zon Mw rapportage.

Haastregt, J.C.M., Zijlstra, G.A.R., Rossum, E. van, Eijk, J.Th.M. van, Witte L.P. de, & Kempen, G.I.J.M. (2007). Feasibility of a cognitive behavioural group intervention to reduce fear of falling and associated avoidance of activity in community-living older people: a process evaluation. *BMC Health Services*; 7:156.

Howland, J., Lachman, M.E., Peterson, E.W., Cote, J., Kasten, L. & Jette, A. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist* 38(5):549-55.

Howland, J., Peterson, E.W., Levin, W.C., Fried, L., Pordon, D., & Bak, S. (1993). Fear of falling among the community-dwelling elderly. *Journal of Aging Health* 5(2):229-43.

Kressig, R.W., Wolf, S.L., Sattin, R.W., O'Grady, M., Greenspan, A., Curns, A. & Kutner, M. (2002). Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to frailty. *Journal of American Geriatrics Society*; 50(8):1320-35.

Lachman, M.E., Weaver S.L., Bandura, M., Elliott, E., & Lewkowicz, C. J. (1992). Improving memory and control beliefs through cognitive restructuring and self-generated strategies. *Journal of Gerontology* 47(5): P293-299

Li, F., Harmer, P., Fisher, K.J., McAuley, E., Chaumeton, N., Eckstrom, E. & Wilson, N.L. 2005. Tai Chi and fall reductions in older adults: a randomized controlled trial. *Journal Gerontology A Biological Sciences and Social Sciences* 60, 187-194.

Stolte, E., Klein Wolt, K. & Aras-Lugtenberg, M. (2009). *Praktijkonderzoekers en valpreventie. Een verkennend onderzoek naar wensen ten aanzien van ondersteuning bij valpreventie*. Amsterdam: Consument en Veiligheid.

Tromp, A.M., Pluijm, S.M., Smit, J.H., Deeg, D.J., Bouter, L.M. & Lips, P. (2001). Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *Journal of clinical Epidemiology* 54(8):837-844.

Tennstedt, S., Peterson, E., Howland, J., Lachman, M.E., Peterson, E., Kasten, L. & Jette, A. (1998). *A Matter of Balance, Managing Concerns about falls*. Boston: Roybal Center Consortium, Trustees of Boston University.

Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L. & Jette, A. (1998). A randomized controlled trial of a Group intervention to reduce the fear of falling and associated activity restriction in older adults. *Journals of Gerontology B. Psychological Sciences and Social Sciences* 53(6):p. 384-92.

Zhang, J., Ishikawa-Takata, K., Yamazaki, H., Morita, T. & Ohta, T. (2006). The effects of Tai Chi Chuan on physiological function and fear of falling in the less robust elderly: an intervention study for preventing falls. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 42, 107-116.

Zijlstra, G.A.R., van Haastregt, J.C.M., Ambergen, T., van Rossum, E., van Eijk, J.Th.M., Tennstedt, S.L. & Kempen, G.I.J.M. (2009). Effects of a Multicomponent Cognitive Behavioral Group Intervention on Fear of Falling and Activity Avoidance in Community-Dwelling Older Adults: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11):p. 2020-2028.

Zijlstra, G.A.R., Haastregt, J.C.M. van, Eijk, J.T.M. van, & Kempen,

G.I.J.M. (2005). Evaluating an intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 2005; 5:26

Zijlstra, G.A.R., Tennstedt, S.L., Haastregt, J.C.M. van, Eijk, J.Th.M. van, & Kempen, G.I.J.M. (2006). Reducing the fear of falling and avoidance of activity in elderly persons: the development of a Dutch version of an American intervention. *Patient Education and counseling* 62:220-227.

Zijlstra, G.A.R. (2007^a). Proefschrift: *Managing concerns about falls*. Universiteit van Maastricht.

Zijlstra, G.A.R., Haastregt J.C.M. van, Eijk J.T.M. van, Rossum E. van, Stalenhoef, P.A. & Kempen, G.I.J.M. (2007^b). Prevalence and correlates of fear of falling and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing* 36:304-9.

Zijlstra, G.A.R., Haastregt J.C.M. van, Rossum, E. van, Eijk, J.T.M. van, Yardley, L. & Kempen, G.I.J.M. (2007^c). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 55:603-15

Bijlage 1. Beschrijving kenmerken en resultaten onderzoek

Scoor met dit formulier *elke* effectstudie apart. Licht de score bij een item eventueel toe.

Studie 1

Auteur : titel (jaartal)

A. Waar en waarover is de studie uitgevoerd

Kruis 'ja' of 'nee' aan

		Ja	Nee
1	De studie is in Nederland uitgevoerd.		
2	De studie betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant)		

B. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op de doelen en de doelgroep van de interventie.		
2	De meting is verricht met instrumenten die voldoende betrouwbaar zijn.		
3	De meting is verricht met instrumenten die de doelen van de interventie valide operationaliseren.		
4	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).		
5	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).		
6	De resultaten zijn met een adequate statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.		
7	De resultaten zijn vergeleken met ander onderzoek naar de effecten van de gebruikelijke situatie, handelwijze of zorg (care-as-usual) of een andere zorgvorm bij een soortgelijke doelgroep.		
8	Er is een (quasi-)experimentele en een controlegroep (care-as-usual) of een herhaald N=1 onderzoek met een baseline of een timeseries design met een multiple baseline of alternating treatments of een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden.		
9	Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.		
10	Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na einde interventie.		
11	De experimentele en de controlegroep zijn 'at random' samengesteld.		

Classificatie bewijskracht van het onderzoek

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn

Bewijskracht			Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Zeer zwak	Geen van de onderstaande alternatieven		1-6				
Zwak	Veranderingsonderzoek		1-6 1-6 1-6		9 9	10 10	
Matig	Resultaten van veranderingsonderzoek zijn vergeleken met ander onderzoek		1-6 7				
Redelijk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design (niet in de praktijk)		1-6	8			
Vrij sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk		1-6	8	9		
Sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk en met follow-up		1-6	8	9	10	
Zeer sterk	Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up		1-6	8	9	10	11

Typering overige methodologische kenmerken

Kruis voor *elke* uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) *geen* hokje aan.

<input type="checkbox"/>	12 Er is een controlegroep zonder interventie en/of placebo.
<input type="checkbox"/>	13 Er is een controlegroep met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde interventie.
<input type="checkbox"/>	14 Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de interventie.
<input type="checkbox"/>	15 De mate van uitval van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd.
<input type="checkbox"/>	16 De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).

C. Typering resultaten van het onderzoek

<input type="checkbox"/>	0 Geen van de onderstaande rubrieken zijn van toepassing (licht toe!).
<input type="checkbox"/>	1 <i>Positieve resultaten</i> : De studie rapporteert positieve effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie.
<input type="checkbox"/>	2 <i>Effectiviteit niet aangetoond</i> : De studie rapporteert dat er geen effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie zijn.
<input type="checkbox"/>	3 <i>Negatieve resultaten</i> : De studie rapporteert negatieve effecten [#] .
<input type="checkbox"/>	4 <i>Positieve en negatieve resultaten</i> : De studie rapporteert positieve en negatieve effecten [#] ten aanzien van verschillende doelen van de interventie.
<input type="checkbox"/>	8 <i>Effectiviteit onduidelijk of onbekend</i> .

[#] Positief effect = een of meer doelen van de interventie worden gerealiseerd en deze winst is statistisch significant. Geen effect = het doel van de interventie wordt niet gerealiseerd en wordt deels gerealiseerd maar deze winst is niet statistisch significant. Negatief effect = de interventie werkt - statistisch significant - averechts of heeft ernstige, duidelijk aantoonbare 'bijwerkingen'.

Noteer hieronder eventueel beschikbare gegevens over effectsizes

--

Bijlage 1 vervolg.

Beschrijving kenmerken en resultaten onderzoek

Scoor met dit formulier *elke* effectstudie apart. Licht de score bij een item eventueel toe.

Studie 2

Auteur : titel (jaartal)

A. Waar en waarover is de studie uitgevoerd

Kruis 'ja' of 'nee' aan

		Ja	Nee
1	De studie is in Nederland uitgevoerd.		
2	De studie betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant)		

B. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op de doelen en de doelgroep van de interventie.		
2	De meting is verricht met instrumenten die voldoende betrouwbaar zijn.		
3	De meting is verricht met instrumenten die de doelen van de interventie valide operationaliseren.		
4	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).		
5	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).		
6	De resultaten zijn met een adequate statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.		
7	De resultaten zijn vergeleken met ander onderzoek naar de effecten van de gebruikelijke situatie, handelwijze of zorg (care-as-usual) of een andere zorgvorm bij een soortgelijke doelgroep.		
8	Er is een (quasi-)experimentele en een controlegroep (care-as-usual) of een herhaald N=1 onderzoek met een baseline of een timeseries design met een multiple baseline of alternating treatments of een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden.		
9	Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.		
10	Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na einde interventie.		
11	De experimentele en de controlegroep zijn 'at random' samengesteld.		

Classificatie bewijskracht van het onderzoek

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn

Bewijskracht			Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Zeer zwak	Geen van de onderstaande alternatieven		1-6				
Zwak	Veranderingsonderzoek		1-6 1-6 1-6		9 9	10 10	
Matig	Resultaten van veranderingsonderzoek zijn vergeleken met ander onderzoek		1-6 7				
Redelijk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design (niet in de praktijk)		1-6	8			
Vrij sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk		1-6	8	9		
Sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk en met follow-up		1-6	8	9	10	
Zeer sterk	Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up		1-6	8	9	10	11

Typering overige methodologische kenmerken

Kruis voor *elke* uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) *geen* hokje aan.

<input type="checkbox"/>	12 Er is een controlegroep zonder interventie en/of placebo.
<input type="checkbox"/>	13 Er is een controlegroep met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde interventie.
<input type="checkbox"/>	14 Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de interventie.
<input type="checkbox"/>	15 De mate van uitval van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd.
<input type="checkbox"/>	16 De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).

C. Typering resultaten van het onderzoek

<input type="checkbox"/>	0 Geen van de onderstaande rubrieken zijn van toepassing (licht toe!).
<input type="checkbox"/>	1 <i>Positieve resultaten</i> : De studie rapporteert positieve effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie.
<input type="checkbox"/>	2 <i>Effectiviteit niet aangetoond</i> : De studie rapporteert dat er geen effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie zijn.
<input type="checkbox"/>	3 <i>Negatieve resultaten</i> : De studie rapporteert negatieve effecten [#] .
<input type="checkbox"/>	4 <i>Positieve en negatieve resultaten</i> : De studie rapporteert positieve en negatieve effecten [#] ten aanzien van verschillende doelen van de interventie.
<input type="checkbox"/>	8 <i>Effectiviteit onduidelijk of onbekend</i> .

[#] Positief effect = een of meer doelen van de interventie worden gerealiseerd en deze winst is statistisch significant. Geen effect = het doel van de interventie wordt niet gerealiseerd en wordt deels gerealiseerd maar deze winst is niet statistisch significant. Negatief effect = de interventie werkt - statistisch significant - averechts of heeft ernstige, duidelijk aantoonbare 'bijwerkingen'.

Noteer hieronder eventueel beschikbare gegevens over effectsizes

--

Logboek			
Vul hieronder in <u>wie</u> iets met de beschrijving doet, <u>wanneer</u> dat gebeurt, en <u>wat</u> er gebeurd is. Pas bij volgende handelingen het versienummer aan, indien van toepassing.			
Naam	Datum	Handeling	Documentnummer
		Beginnen met het maken van de beschrijving / 1