



UNIFORME AANPAK VALPREVENTIE VLAANDEREN

Inleiding

Valproblematiek is een multifactorieel probleem en vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Valpreventie is daarenboven het meest effectief wanneer het zich richt op oudere personen met een verhoogd valrisico (secundaire valpreventie). De hierna voorgestelde strategie is opgesteld voor gezondheidswerkers van vier disciplines, met name huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten.

De strategie werd uitgewerkt door de wetenschappelijke werkgroep 'Uniforme Aanpak Valpreventie Vlaanderen' in opdracht van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De strategie werd uitgetest naar haalbaarheid en bruikbaarheid voor de dagelijkse praktijk door een 100-tal gezondheidswerkers bij 1.150 patiënten in tien Vlaamse regio's. De bevindingen van dit onderzoek hebben geleid tot de uitwerking van een uniforme aanpak voor valpreventie in Vlaanderen¹.

De multifactoriële aanpak van valproblematiek bij hoogrisicopersonen verloopt in drie fasen:



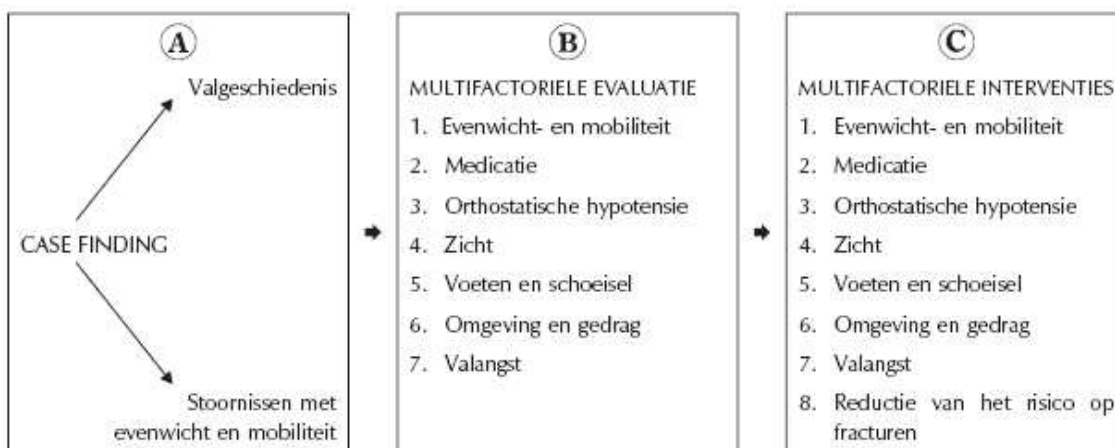
In de eerste fase gebeurt de identificatie van de hoogrisicogroep (**case finding**). Deze identificatie steunt op de twee parameters die het best een valincident voorspellen, nl. valgeschiedenis en stoornissen met evenwicht en mobiliteit.

De hoogrisicopersonen worden vervolgens uitgebreid en bij voorkeur in multidisciplinair verband geëvalueerd (**multifactoriële evaluatie**). De werkgroep selecteerde de zeven meest voorkomende risicofactoren voor valincidenten waarop in de thuiszorg gemakkelijk ingegrepen kan worden.

In een laatste stap worden multifactoriële interventies voor de aanwezige risicofactoren voorgesteld. Deze zijn disciplinespecifiek.

¹ De wetenschappelijke bevindingen worden in een afzonderlijk rapport gepubliceerd en beschikbaar gesteld via de webstek www.valpreventie.be.

Overzicht valpreventie bij thuiswonende ouderen met verhoogd risico



Achtergrond

Slechts 20% van de valincidenten wordt gemeld bij de huisarts. Een valincident zonder letsel wordt meestal verzwegen. Voor ouderen betekent vallen immers vaak een confrontatie met hun eigen toegenomen fragiliteit. Ze vrezen voor een opname in een rusthuis. **Zelden wordt de oudere met verhoogd risico tijdig opgespoord.** Daarenboven kunnen valincidenten gepaard gaan met ernstige gevolgen op zowel fysiek, psychologisch als sociaal vlak. Na een valincident kunnen ouderen zo hulpbehoevend worden dat hun gevreesde rusthuisopname vaak onvermijdelijk wordt.

Preventiestrategieën zijn er net op gericht senioren zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Om zo veel mogelijk ouderen te bereiken, vertrekt de case finding in deze strategie bewust vanuit vier disciplines die actief zijn in de thuiszorg: huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten. Uiteraard spelen ook andere disciplines (apothekers, maatschappelijk werkers, ...) en thuiszorgdiensten (bejaardenhulp, poetshulp, vrijwilligers, ...) alsook mantelzorgers een belangrijke rol in de case finding en het verstrekken van hulpverlenend advies. Hun rol wordt in dit boek echter buiten beschouwing gelaten.

Na identificatie van de hoogerisicogroep volgt een uitgebreide multidisciplinaire evaluatie aan de hand van zeven frequent voorkomende risicofactoren. Valproblematiek wordt immers vaak veroorzaakt door een samenspel van verschillende factoren. Uiteraard zijn er veel meer risicofactoren. Specifieke aandoeningen zoals Parkinson kennen een inherent valrisico. Ook cardiale, neurologische en orthopedische problemen kunnen aan de oorzaak liggen van een valincident. Het is belangrijk dat de eventuele aanwezigheid van deze aandoeningen door de huisarts wordt nagegaan. De evaluatie van de zeven

risicofactoren gebeurt op gestandaardiseerde wijze aan de hand van formele testen met het oog op uniformiteit. In principe kan elke discipline deze evaluatie uitvoeren. Op basis van de resultaten uit de testfase en rekening houdende met de geëigende expertise en deskundigheid van de verschillende disciplines, wordt telkens per risicofactor aangegeven welke disciplines bij voorkeur een bepaalde evaluatie op zich nemen. Bij een meer complexe problematiek adviseren wij om de oudere door te verwijzen naar een geriater, bij voorkeur voor een ambulante evaluatie in een geriatrisch dagziekenhuis of valkliniek.

Voor de aanwezige risicofactoren worden vervolgens specifieke interventies voorgesteld. Ook hier vormen de resultaten uit de testfase de basis voor de toekenning van bepaalde interventies aan de verschillende disciplines.

Vaak zijn gezondheidswerkers niet op de hoogte van de deskundigheid van hun collega-hulpverleners en weten ze niet voor welke domeinen ze elkaar kunnen aanspreken. **Het is uitermate belangrijk dat onderlinge communicatie gewaarborgd is zodat multidisciplinair overleg mogelijk wordt en de verschillende disciplines het overzicht op het valprobleem van de oudere kunnen bewaren.** Via de webstek www.valpreventie.be kan men een **standaardvoorbeeld van een werkfiche** bekomen waarmee in de thuissituatie multidisciplinair kan gewerkt worden.

Definitie

Een **valincident** wordt omschreven als “een onverwachte gebeurtenis waarbij de oudere op de grond, vloer of een lager gelegen niveau terechtkomt”.

(Lamb et al., 2005)

Belangrijk!

Om een zo accuraat mogelijk beeld te krijgen van de valgeschiedenis van de oudere, wordt een valincident best omschreven in voor hem begrijpbare termen. Daarnaast is het belangrijk expliciet te vragen naar valincidenten zonder letsel omdat deze vaak niet gemeld worden.

(Zecevic et al., 2006)

A Case finding →

B Multifactoriële →
evaluatie

C Multifactoriële
interventies

Aan de hand van twee parameters wordt de risicogroep geïdentificeerd. Deze fase behoort tot **de verantwoordelijkheid van alle gezondheidswerkers**.

VALGESCHIEDENIS

Screenende vragen:

- “Bent u gevallen in het afgelopen jaar?” (geef aan de oudere een referentiepunt, bv. van Kerstmis, Pasen, ..., vorig jaar tot nu)
- “Hoe vaak?”

Valanamnese:

- “Heeft u het voelen aankomen?”
- “Waar bent u gevallen?”
- “Wat was u aan het doen?”
- “Op welk tijdstip bent u gevallen?”
- “Bent u bewusteloos geweest?”
- “Bent u zelf kunnen rechtekomen?”
- “Heeft u letsels opgelopen ten gevolge van het vallen?”

STOORNISSEN MET EVENWICHT EN MOBILITEIT

Timed “Up & Go”-test (Podsiadlo & Richardson, 1991)

Benodigheden:

Stoel met armleuning.

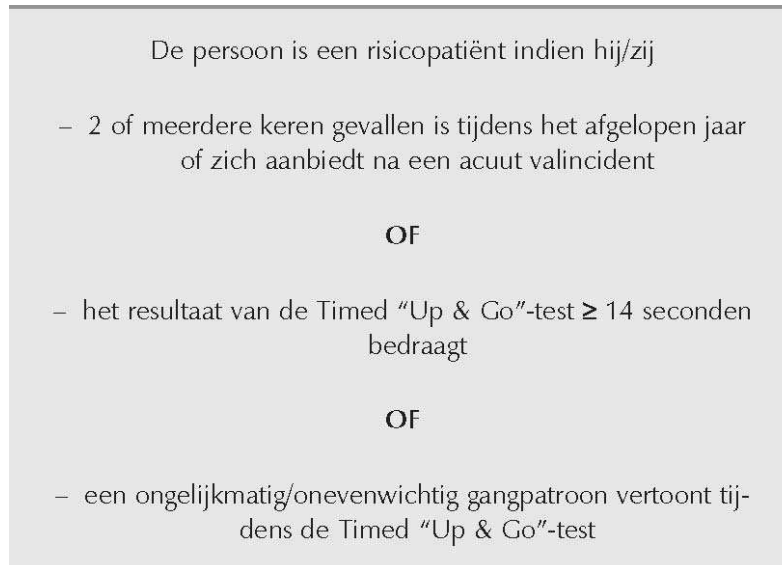
Procedure:

- vraag aan de oudere om volgende opdracht uit te voeren: rechtstaan van stoel, 3 m afstand wandelen, zich omdraaien, terugwandelen en opnieuw gaan zitten op de stoel;
- de oudere draagt zijn/haar **normaal schoeisel** en **mag**, indien nodig, een **hulpmiddel** gebruiken; **hulp van derden is niet toegestaan**; de oudere mag de test **eenmaal op voorhand uitvoeren** om ermee vertrouwd te raken;
- startpositie: rug tegen leuning, armen op armleuningen en, indien nodig, hulpmiddel in de hand;

- de **tijd** wordt opgenomen en het **gangpatroon** wordt geëvalueerd;
- afwijkend gangpatroon:
= een ongelijkmatig/onevenwichtig gangpatroon; slentert, schuifelt of sloft; wijkt van de lijn af; onvaste, wankele stappen.

CAVE: altijd in de **onmiddellijke nabijheid** van de patiënt blijven!

Criteria risicopatiënt:



(AGS panel on falls prevention et al., 2001; Tinetti, 2003; NICE guideline 2004; NVKG richtlijn 2004)

Stroomdiagram risicobepaling:

