Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk

Dr. Lies Verhasselt, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KU Leuven

Co-promotor: Prof. Dr. Patrik Vankrunkelsven, KU Leuven

Praktijkopleider: Dr. Andreas Verleysen

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt de tekst van mijn masterthesis met als onderwerp ‘Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk ’.

Deze masterthesis bestaat uit 2 artikels:

1. Verhasselt L, Verleysen A, De Lepeleire J. Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk. Een oriënterend literatuuronderzoek.

   Dit artikel geeft de resultaten weer van een literatuuronderzoek dat voorafging aan het praktijkproject. De focus ligt op de problematiek van vallen bij ouderen en hoe valincidenten voorkomen kunnen worden.

2. Verhasselt L, Verleysen A , De Lepeleire J. Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk: resultaten, moeilijkheden en barrières.

   Dit artikel is een neerslag van het eigenlijke praktijkproject waarbij een bestaande richtlijn voor valpreventie bij thuiswonende ouderen toegepast werd in de eigen praktijk. In het artikel worden ook de resultaten gegeven van een enquête bij huisartsen in de eigen regio.

Het onderzoek en deze tekst zijn mede tot stand gekomen met de steun van een aantal mensen die ik hier graag wil bedanken. Mijn dank gaat uit naar Prof. Dr. Jan De Lepeleire en Dr. Andreas Verleysen voor de begeleiding tijdens dit project, naar Dorien Daneels voor de hulp bij de statistische analyse van de resultaten. Tenslotte wil ik mijn vriend Frederik Coppin bedanken voor alle steun en aanmoedigingen.

Inhoudstafel

Voorwoord 1

Abstract 3

Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk. Een oriënterend literatuuronderzoek.

- Inleiding 4
- Methode 4
- Resultaten 5
- Besluit 9
- Bijlagen 11
- Referenties 15

Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk: resultaten, moeilijkheden en barrières.

- Inleiding 17
- Praktijkproject
  - Methode 17
  - Resultaten 19
- Enquête
  - Methode 20
  - Resultaten 20
- Discussie en besluit 21
- Bijlagen 24
- Referenties 31

Abstract

Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk.

Huisarts in opleiding: Dr. Lies VERHASSELT, KU Leuven
Promotor: Prof. Dr. Jan DE LEPELEIRE, KU Leuven
Co-promotor: Prof. Dr. Patrik VANKRUNKELSVEN, KU Leuven
Praktijkopleider: Dr. Andreas VERLEYSEN

Context:
Vallen is een belangrijk probleem in de oudere populatie met vaak problemen op fysiek, psycho-sociaal en economisch vlak. In de preventie van valincidenten is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. Om de arts hierin te ondersteunen zijn, zowel in binnen-als buitenland, reeds richtlijnen voor valpreventie gepubliceerd. In deze richtlijnen worden multifactoriële preventieprogramma's voorgesteld als de beste manier om valincidenten bij thuiswonende ouderen te voorkomen.

Onderzoeksvraag: Leidt het invoeren van een multifactoriële evaluatie en interventie bij thuiswonende 65- plussers met een verhoogd valrisico tot een verminderd aantal valincidenten in vergelijking met de huidige praktijkvoering ? Welke moeilijkheden ervaren we als artsen bij het implementeren van een richtlijn valpreventie in de dagelijkse praktijk? Wat weten huisartsen in de regio over valpreventie in de huisartsenpraktijk? Hoe doen de huisartsen momenteel aan valpreventie in hun praktijk? Welke barrières ondervinden huisartsen bij het toepassen van valpreventie in hun praktijk?

Methode:
Voorafgaand aan het praktijkproject werd een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de problematiek van vallen bij ouderen en hoe valincidenten voorkomen kunnen worden. In het project zelf werd de bestaande Praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen voor thuiswonende ouderen van het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen toegepast in de eigen praktijk. Hierbij werd een multifactoriële evaluatie en interventie opgezet bij thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico en het effect ervan op het aantal valincidenten geëvalueerd. Daarnaast werden de huisartsen uit de regio bevraagd naar hun kennis over de problematiek van vallen bij ouderen en over de preventie ervan.

Resultaten:
74 patiënten werden onderzocht naar de aanwezigheid van een verhoogd valrisico. Dit was aanwezig bij 36 van hen. Via de randomisatie kwamen 18 personen terecht in controle-en interventiegroep; in de controlegroep viel 1 patiënt uit , in de interventiegroep waren het er 5. Na 3 maanden follow up waren in de interventiegroep nog 6 patiënten gevallen (46,1%); in de controlegroep 3 (17,6 %). Statistische analyse toonde aan dat het hier ging om een statistisch niet-significant verschil (p-waarde 0,198905). De enquête werd verstuurd naar 117 artsen; 23 onder hen vulden de volledige vragenlijst in (response ratio 19,6%). Huisartsen in de regio kennen en erkennen de problematiek van vallen bij ouderen en zien een belangrijke rol voor hen weggelegd in de preventie ervan. Toch bespreken ze het probleem vaak pas met hun patiënt na een doorgemaakte val (secundaire valpreventie). Gebrek aan motivatie bij de oudere patiënt enerzijds, gebrek aan tijd en kennis bij de arts anderzijds worden aangehaald als de belangrijkste barrières om aan valpreventie te doen.

Conclusies:
Multifactoriële programma's voor valpreventie hebben als voornaamste doel om het aantal valincidenten bij ouderen te verminderen. In dit praktijkproject hebben we dit echter niet kunnen realiseren. Grootschaliger onderzoek in meerdere praktijken zal nodig zijn om het effect van dergelijke programma's te evalueren. Daarnaast dient verder onderzoek te gebeuren naar hoe ouderen gemotiveerd kunnen worden om hun eigen valrisico aan te pakken en hoe huisartsen valpreventie beter kunnen integreren in hun dagelijkse praktijk.

E-mail: lies_verhasselt@hotmail.com

Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk. Een oriënterend literatuuronderzoek.

Inleiding

Vallen is een belangrijk gezondheidsprobleem in de oudere populatie. Eén op drie van de thuiswonende ouderen, 65 jaar en ouder, valt eenmaal per jaar. Een derde van hen valt zelfs meerdere malen. Daarnaast stijgt het risico om te vallen ook met de leeftijd. Valincidenten gaan gepaard met belangrijke gevolgen op fysiek, psychosociaal en economisch vlak (1). Dit literatuuronderzoek ging vooraf aan een praktijkproject waarbij een bestaande richtlijn voor valpreventie bij thuiswonende ouderen zal worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk en het effect op het aantal valincidenten zal worden geëvalueerd. Het uitgangspunt van dit artikel was dan ook het creëren van een theoretische achtergrond ter ondersteuning van het eigenlijke onderzoeksproject.

Met dit literatuuronderzoek trachten we een antwoord te geven op de volgende vragen:
- Wat zijn de oorzaken en risicofactoren van valincidenten bij thuiswonende ouderen?
- Welke interventies hebben een bewezen effect op het aantal valincidenten bij thuiswonende ouderen?
- Welke richtlijnen zijn er momenteel in Vlaanderen en het buitenland voorhanden in verband met valpreventie?
- Welke aanbevelingen worden er gedaan?
- Hoe kan valpreventie geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk?

Methode

Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd in november en december 2011. Eerst werd gezocht naar quaternaire bronnen met name richtlijnen en aanbevelingen. Via de website van het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen (EVV) werd de huidige Praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen voor thuiswonende ouderen geraadpleegd. Vervolgens werd via CEBAM gezocht naar buitenlandse richtlijnen over het onderwerp valpreventie met de zoektermen ‘vallen’, ‘falls’, ‘falls prevention’. De zoektocht werd verder uitgebreid naar de tertiaire bronnen. In de Cochrane Library werd gezocht via de zoekterm ‘falls prevention’. Als secundaire bron werd Medline geraadpleegd. Hierbij werden eerst de MeSH termen ‘Accidental Falls’ en ‘Primary Prevention’ ingegeven. Gezien de focus lag op recente aanbevelingen werd enkel gezocht naar publicaties uit de laatste 5 jaar (via limits). Medline werd nogmaals geraadpleegd via de MeSH termen ‘Accidental Falls’ en ‘Aged’. Hierbij werd door het instellen van een limit enkel gezocht naar practice guidelines. Publicatiedatum werd hier niet als extra criterium gebruikt. Via related citations werden nog een aantal andere artikels weerhouden. Als grijze literatuur werd Minerva geraadpleegd alsook presentaties uit gevolgde symposia en bijscholingen.
De zoektocht in CEBAM leverde 7 resultaten op: binnen-en buitenlandse richtlijnen over valpreventie bij ouderen. Eén ervan werd niet weerhouden omdat ze vooral gericht was naar ziekenhuisverpleegkundigen en dus weinig relevant was voor de huisartsenpraktijk. In de Cochrane Library werden 28 artikels gevonden; enkel de eerste 2 werden geraadpleegd

omdat deze zich toespitsten op thuiswonende ouderen. De eerste zoektocht in Medline gaf 19 artikels als resultaat; op basis van titel en abstract werden er hiervan 2 weerhouden. Enkel practice guidelines, meta-analyses, systematic reviews en randomised controlled trials werden geïncludeerd. Bij de tweede zoektocht werden 14 artikels gevonden; 4 ervan werden weerhouden op basis van titel en abstract. Via de related citations van 1 artikel werden nog 2 andere relevante artikels geïncludeerd.

Resultaten

Valproblematiek

Een val wordt gedefinieerd als “een onverwachte gebeurtenis waarbij de oudere op de grond, vloer of een lager gelegen niveau terechtkomt” (1,2). Vallen is een belangrijk probleem bij thuiswonende ouderen dat echter nog vaak onderschat en, vaak door de oudere zelf, te weinig gerapporteerd wordt. Een derde van de thuiswonende 65-plussers valt eenmaal per jaar; tot dertig procent van hen valt zelfs meerderen keren per jaar. Verder ziet men het risico op vallen toenemen met de leeftijd en bij cognitieve achteruitgang. Vrouwen vallen meer dan mannen. Vallen gaat gepaard met een aantal belangrijke gevolgen. Zo loopt veertig tot zestig procent van de ouderen door een val een fysiek letsel op. Dit kan gaan van verstuikingen, snijwonden tot zwaardere letsels zoals (heup)fracturen. Bij 75-plussers vormen onvrijwillige letsels de 5de doodsoorzaak, waarbij valincidenten de belangrijkste oorzaak zijn van deze letsels. Psychosociale gevolgen van valincidenten zijn: valangst, vermijden van bepaalde activiteiten, isolement en depressie. Verder gaan valincidenten gepaard met hoge kosten, bijvoorbeeld voor ziekenhuisopnames, opname in een woon-zorgcentrum (1,2).

Risicofactoren

Vallen is een multicausaal probleem. Vaak is er een samenspel tussen verschillende risicofactoren. Het valrisico stijgt exponentieel wanneer er bij eenzelfde persoon verschillende risicofactoren aanwezig zijn (3). Tabel 1 toont een overzicht van de risicofactoren geïdentificeerd bij thuiswonende ouderen die (herhaaldelijk) vallen. Hierbij maakt men een onderscheid tussen extrinsieke (omgevingsgebonden) respectievelijk intrinsieke (persoonsgebonden) risicofactoren (3,4,5). De exacte rol van de extrinsieke risicofactoren is nog onzeker. Volgens sommige studies zijn ze enkel van belang in associatie met intrinsieke factoren. Eliminatie van enkel de extrinsieke risicofactoren zou dan ook geen significante daling van het valrisico veroorzaken (4). Andere auteurs stellen daarentegen dat deze factoren bij ouderen onder de 75 jaar toch een onafhankelijke rol zouden spelen in het ontstaan van valincidenten (5). Wat de intrinsieke risicofactoren betreft, is men het in de literatuur eens dat verminderde spierkracht, evenwichts-en gangproblemen, naast een voorgeschiedenis van vallen het hoogste risico inhouden om te vallen (3,4,6). Uit onderzoek naar de relatie tussen medicatiegebruik en valrisico is gebleken dat zowel polyfarmacie (gedefinieerd als inname van vier of meer geneesmiddelen) en inname van risicovolle medicatie gepaard gaan met een verhoging van het valrisico. Voorbeelden hiervan zijn: psychofarmaca, klasse 1a antiaritmica, digoxine, diuretica (3,4). In de recente literatuur gaat ook steeds meer aandacht naar de bijdrage van valangst in de verhoging van het valrisico. Zo is onder meer gebleken dat valangst een onafhankelijke risicofactor is in het onstaan van valincidenten. Zo ziet men dat mensen die hun eigen valrisico hoog inschatten, terwijl dit fysiologisch gezien niet zo is, toch meer gaan vallen dan zij die, ondanks een hoog

fysiologisch risico, hun eigen risico laag inschatten (7). Deze laatste groep neemt immers meer risico's terwijl de eerste vaak zo angstig zijn dat het verlammend werkt. Zij vermijden allerhande activiteiten uit angst om te vallen waardoor ze minder gaan bewegen en zo hun valrisico uiteindelijk groter wordt.

Interventies

Uitgaande van de verschillende risicofactoren die bij ouderen geassocieerd zijn met vallen werden door verschillende onderzoekers interventies voorgesteld die het aantal valincidenten bij ouderen kunnen verminderen. In verscheidene studies zijn zowel de effecten van alleenstaande interventies als van multifactoriële preventieprogramma's op het aantal valincidenten bij ouderen onderzocht. De sterkste evidentie bestaat er voor interventies die zich richten op hoogrisicopatiënten waarbij er een geïndividualiseerd en multifactorieel preventieprogramma wordt toegepast (5) . De interventies moeten gericht zijn op de risicofactoren die bij het individu kunnen geïdentificeerd worden (3,5,8,9,10). Belangrijke voorwaarden zijn dat de behandelstrategieën voldoende intensief zijn en ook effectief worden toegepast. Op deze manier kan bij thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisco een reductie van het aantal valincidenten van 25 tot 40 % bekomen worden (2). Over het effect van alleenstaande interventies op valincidenten en valrisico bestaat er veel minder overeenstemming in de literatuur. Belangrijk werk hieromtrent werd in 2010 gepubliceerd door een onderzoeksgroep uit Nieuw-Zeeland in opdracht van The Cochrane Collaboration. In deze systematische review werd 111 trials geïncludeerd die elk een welbepaalde interventie (of een combinatie ervan) hadden onderzocht (8). Voor verschillende richtlijnen hebben de auteurs zich mede op deze resultaten gebaseerd om hun aanbevelingen te doen. Tabel 2 geeft een overzicht van interventies waarvan het effect op valincidenten is onderzocht . De studies die men terugvindt zijn echter zeer heterogeen qua geselecteerde populatie, gekozen uitkomstmaten, methodes. Hierdoor vindt men zeer vaak tegenstrijdige resultaten terug en is het moeilijk om voor elke interventie een graad van aanbeveling mee te geven. Globaal genomen ziet men dat slechts een paar interventies op zich al een reductie in het aantal valincidenten kunnen teweegbrengen. De meeste interventies zijn echter pas effectief wanneer ze geïncorporeerd worden in een groter geheel, namelijk een multifactorieel preventieprogramma.

Richtlijnen voor een preventieprogramma voor vallen bij thuiswonende ouderen

In Vlaanderen werd reeds in 2001 door de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) de aanbeveling " Preventie van letsels ten gevolge van vallen bij 65-plussers" opgesteld om huisartsen te helpen om in hun praktijk aan valpreventie te doen. Aanbevelingen werden gedaan om kwetsbare ouderen op te sporen en een gepaste interventie voor hen uit te werken. In 2010 werden door het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen het bestaande Blijf Op Eigen Benen Staan (BOEBS) project en de Uniforme Aanpak Valpreventie geïntegreerd tot de huidige Praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen voor thuiswonende ouderen. Daarnaast hebben verschillende buitenlandse organisaties richtlijnen voor valpreventie uitgeschreven.
Gemeenschappelijke factor bij deze richtlijnen is dat ze uitgaan van een intensieve, multifactoriële en bij voorkeur multidisciplinaire aanpak bij een geselecteerde groep van risicopatiënten. Zoals reeds gezegd bestaat hiervoor het meeste evidentie. De eerste stap is

de identificatie van personen met een verhoogd valrisico, ook wel case finding genoemd . Bij hen dient er vervolgens een grondige evaluatie te gebeuren naar de risicofactoren voor vallen. Op basis hiervan worden een aantal interventies voorgesteld.

Case finding

Oudere patiënten zouden zo veel mogelijk moeten worden aangespoord om na een valincident de huisarts te consulteren. Verder dienen de verschillende gezondheidswerkers die in contact komen met ouderen, waaronder de huisarts, toch minstens éénmaal per jaar de oudere te bevragen over doorgemaakte valincidenten en gang-of evenwichtsproblemen (3,6,10,11). Verschillende screeningstools werden reeds ontwikkeld en toegepast in verschillende settings om ouderen met een verhoogd valrisico op te sporen zoals de STRATIFY tool, FRAT score. Toch is geen enkele van deze instrumenten gevalideerd voor het gebruik in de thuissituatie (5).
Criteria die gebruikt worden om een verhoogd valrisico te definiëren zijn: herhaaldelijk vallen (2 of meer keer per jaar); eenmalige val EN gang-of evenwichtsproblemen; gang-en/of evenwichtsproblemen. Om dit laatste op te sporen kan de Timed Up and Go test als screeningstest gebruikt worden (2,3). Hierbij wordt de oudere gevraagd om vanuit zittende houding recht te staan, drie meter te stappen, terug te keren en opnieuw te gaan zitten. Wanneer dit langer dan 14 seconden duurt of de oudere een verstoord gangpatroon vertoont, is de test afwijkend. Figuur 1 toont een algoritme voor de opsporing van thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico.

Multifactoriële evaluatie en interventie

Bij ouderen die op basis van bovenstaande criteria een verhoogd valrisico blijken te hebben dient er vervolgens een grondige evaluatie te gebeuren. Deze moet worden uitgevoerd door een zorgverlener met voldoende kennis van zaken, bij voorkeur zelfs door een multidisciplinair team onder leiding van de huisarts (2,10). De huisarts kan er ook voor kiezen om de patiënt door te verwijzen naar een valkliniek of geriatrische dienst, bijvoorbeeld voor verdere diagnostiek wanneer de onderliggende oorzaak van het vallen niet meteen duidelijk is. Patiënten bij wie een evaluatie niet meer nuttig wordt geacht, zijn ouderen die volledig immobiel zijn of zich in een terminaal stadium van een aandoening bevinden. Voor ouderen met cognitieve achteruitgang en dementie bestaat er momenteel onvoldoende evidentie voor de effectiviteit van dergelijke aanpak. Er wordt aangeraden om waar mogelijk dezelfde stappen uit te voeren als bij ouderen met intacte cognitieve functies (2).
Een belangrijk onderdeel van een valevaluatie is de valanamnese. Hierbij worden de frequentie, juiste omstandigheden en gevolgen van de doorgemaakte valincidenten bevraagd. Dit kan reeds nuttige informatie opleveren over mogelijke onderliggende oorzaken. Naast een algemene anamnese en klinisch onderzoek (cardiovasculair, eventueel beperkt neurologisch onderzoek) gaat er vooral aandacht naar het opsporen van de meest voorkomende risicofactoren. Dit houdt het volgende in: evaluatie van mobiliteit, spierkracht en evenwicht; evaluatie van de visus; opsporen van orthostatische hypotensie, voetproblemen; bekijken van de medicatielijst (zowel naar aantal als type van geneesmiddelen). Verder dient er aandacht te gaan naar het schoeisel van de patiënt alsook naar mogelijke risico's in de omgeving en het gedrag. Gezien valangst een belangrijke risicofactor is, dient de oudere hierop ook te worden bevraagd. De rol van bloedonderzoek en andere diagnostische testen is nog niet voldoende onderzocht. In de meeste richtlijnen

wordt het dan ook niet standaard aanbevolen. Toch kan aanvullend onderzoek nuttig blijken. Bijvoorbeeld na een syncope kan verdere evaluatie door middel van een bloedonderzoek, elektrocardiogram , enzovoort nodig zijn (12).
Na deze uitgebreide evaluatie dient men een beter zicht te hebben op de intrinsieke en extrinsieke risicofactoren die bij de oudere aanwezig zijn. Op basis hiervan kan een behandelplan op maat worden opgesteld. Dit houdt, naast een oefenprogramma, een aantal interventies in, aangepast aan de noden van de patiënt. Deze dienen uitgevoerd te worden door de evaluerende zorgverlener zelf, meestal de huisarts, of andere zorgverleners die hiertoe door hem worden aangesteld. Tabel 3 geeft een overzicht van de belangrijkste risicofactoren en de hieraan te koppelen interventies. Er dient ook voldoende aandacht te gaan naar educatie van de patiënt en zijn/haar familie rekening houdend met diens cognitieve mogelijkheden (10).

De hierboven besproken vorm van valpreventie is vooral gericht op het individu; diegene met een verhoogd valrisico krijgen een behandelplan op maat voorgesteld. Een andere mogelijke aanpak is meer populatiegericht. Hierbij gaat vooral aandacht naar sensibilisatie en motivatie van ouderen. Hiermee kan men een groter aantal mensen bereiken, doch de aanpak is veel minder afgestemd op de noden van het individu (5). Reeds in verschillende landen in Scandinavië, maar ook in Australië, Zwitserland en Groot-Brittannië zijn dergelijke preventieprogramma's uitgeprobeerd. Bij verschillende van deze studies zag men een neerwaartse trend in valgerelateerde blessures en ziekenhuisopnames. Een daling in aantal valincidenten werd niet gerapporteerd. (5,14). Hoewel er een aantal methodologische bezwaren te formuleren zijn, lijken dergelijke preventieprogramma's toch een positief effect te hebben op het aantal en vaak ook de ernst van valgerelateerde verwondingen (14). Gelijkaardige voorbeelden in Vlaanderen zijn onder meer initiatieven zoals de Valbus, gemeentelijke gezondheidswandelingen voor senioren, de oprichting van een 'Veilig Huis', waarbij sensibiliseren en motiveren van ouderen voorop staan.

Valpreventie in de dagelijkse praktijk

Hoewel er reeds in verschillende landen richtlijnen zijn verschenen over hoe valpreventie bij thuiswonende ouderen moet worden aangepakt, is er veel minder informatie voorhanden over hoe artsen dit in hun dagelijkse praktijk kunnen integreren. Hierover worden in de verschillende documenten weinig aanbevelingen gedaan. In de WVVH-richtlijn uit 2001 wordt vermeld dat dit niet in een aparte consultatie dient te gebeuren, maar wel gespreid over de gebruikelijke patiëntencontacten. Hierbij moet de huisarts tijdens elk patiëntencontact aandacht hebben voor de eventuele aanwezigheid van risicofactoren. Gezien het vaak om complexe problematiek gaat, moet de huisarts bereid zijn om te overleggen met andere disciplines (4). In de Nederlandse CBO richtlijn wordt een apart hoofdstuk gewijd aan de organisatie en implementatie van valpreventie. Ook hier wordt de voorkeur gegeven aan een multidisciplinaire aanpak met als belangrijke voorwaarde dat er een duidelijke taakverdeling bestaat tussen de verschillende disciplines die erbij betrokken zijn. Tevens worden een aantal andere randvoorwaarden geformuleerd die aanwezig moeten zijn om de implementatie te doen slagen bijvoorbeeld leiderschap, aanwezigheid van medewerkers, een duidelijke strategie en voldoende middelen (6).
Na het ontwikkelen van de praktijkrichtlijn heeft de werkgroep valpreventie in Vlaanderen een haalbaarheidsstudie opgezet om na te gaan of dergelijke richtlijn makkelijk kan worden

geïntegreerd in de dagelijkse praktijk van vier verschillende eerstelijns gezondheidswerkers: huisarts, verpleegkundige, kinesitherapeut, ergotherapeut (15). Naast de tijd die gespendeerd werd aan het uitvoeren van de richtlijn, werd ook nagegaan hoe de verschillende disciplines aankijken tegen hun rol in valpreventie bij thuiswonende ouderen. Wat de huisartsen betreft, zag men dat zij eigenlijk het minste tijd spendeerden aan het uitvoeren van de gehele richtlijn. Net zoals alle andere disciplines vonden zij dat het opsporen van personen met een verhoogd valrisico hun verantwoordelijkheid was en ook mogelijk om uit te voeren in hun praktijk. De evaluatie van de verschillende risicofactoren bleek voor de huisartsen ook haalbaar met uitzondering van de visuscontrole. Door alle disciplines werden als belangrijkste barrières ervaren: tijdsgebrek, onvoldoende financiële compensatie, gebrek aan motivatie bij patiënt en/of familie en gebrek aan samenwerking tussen de verschillende disciplines (15). Een belangrijke bemerking bij het interpreteren van deze resultaten is echter het relatief kleine aantal gezondheidswerkers die meewerkten aan het onderzoek, namelijk 99 in totaal waaronder slecht 23 huisartsen.
In 2011 werd door het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen in samenwerking met de Katholieke Universiteit Leuven een draaiboek opgesteld voor het creëren van een zorgpad voor valpreventie. Dit draaiboek is vooral bedoeld om organisaties op lokaal niveau te ondersteunen om een zorgpad voor valpreventie te ontwikkelen. Naast algemene richtlijnen over het ontwikkelen van zorgpaden worden ook voorbeelden en tips gegeven specifiek gericht op valpreventie (16).

Hoe men ouderen kan motiveren tot het deelnemen aan preventieprogramma's en het doorvoeren van gedragsveranderingen is een onderwerp dat slechts beperkt aan bod komt in de verschillende richtlijnen. Op de website van het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen geeft men aan zorgverleners een aantal tips om de patiënten te motiveren en hun therapietrouw te bevorderen. Hierbij baseert men zich op het model van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente, waarbij men de interventie gaat afstemmen op de fase waarin de betrokken persoon zich bevindt. Dit kan gaan van informeren en sensibiliseren tot het actief ondersteunen van de oudere in zijn pogingen tot gedragsverandering (17).

Besluit

Bij de groep van 65 plussers blijft vallen een belangrijk gezondheidsprobleem met vaak verregaande gevolgen voor de fysieke en psychische gezondheid van de oudere. Hieraan gekoppeld gaan valincidenten en de letsels die ze veroorzaken gepaard met hoge economische kosten.
Dit literatuuronderzoek werd opgezet in het kader van de masterproef huisartsgeneeskunde om een theoretische basis te creëren voor het praktijkproject dat er op volgde.
Wat de oorzaken en risicofactoren voor vallen bij ouderen betreft , is gebleken dat het steeds gaat om een complexe interactie van zowel persoons-als omgevingsgebonden. Deze complexiteit en multicausaliteit heeft tot gevolg dat de aanpak en preventie van valincidenten zich ook op elk van deze risicofactoren dient te richten en dus bij voorkeur ook multi-disciplinair verloopt. Voor multifactoriële preventieprogramma's die zich richten op meerdere risicofactoren tegelijk bestaat in de literatuur ook het meeste evidentie dat zij weldegelijk het aantal valincidenten significant doen dalen. Voor interventies gericht op één enkele risicofactor is de bewijskracht veel minder groot.
Op dit moment zijn er een aantal Vlaamse en buitenlandse richtlijnen voorhanden over hoe

aan valpreventie kan gedaan worden in de eerste lijn. Deze leggen telkens de nadruk op een intensieve en bij voorkeur multidisciplinaire aanpak. Personen met een verhoogd valrisico dienen geïdentificeerd te worden en een persoonlijk behandelplan moet hen worden aangeboden. Er bestaat consensus over welke componenten hierin steeds aanwezig dienen te zijn.
De manier waarop dergelijke preventieprogramma's in de dagelijkse praktijk kunnen worden geïntegreerd en hoe ouderen tot participatie gemotiveerd kunnen worden, komt echter momenteel nog weinig aan bod in de verschillende richtlijnen. Het draaiboek voor een zorgpad valpreventie van het EVV richt zich vooral op lokale organisaties; voor de individuele huisarts in zijn praktijk is dit minder bruikbaar.

Belangrijke topics voor verder onderzoek zijn dan ook hoe men ouderen kan motiveren tot het meewerken aan oefenprogramma's, het aanpassen van hun leefgewoonten, omgeving enzovoort. Gezien gebrek aan motivatie en therapietrouw één van de belangrijkste ervaren barrières is die door de verschillende disciplines gemeld wordt, lijkt het toch belangrijk om hiernaar verder onderzoek te doen. Verder dienen er voor huisartsen nog aanbevelingen te worden gedaan over hoe ze deze manier van valpreventie het beste kunnen integreren in hun praktijk.

Bijlagen

Tabel 1: Risicofactoren voor valincidenten bij thuiswonende ouderen (3,4,5,6).

Intrinsiek
Spierzwakte
Evenwichts-en gangstoornissen
Voorgeschiedenis van vallen
Polyfarmacie
Inname van risicovolle medicatie
Valangst
Visusstoornissen
Voetproblemen
Neurologische aandoeningen (cognitieve achteruitgang, Parkinson, CVA)
Cardiovasculaire aandoeningen (orthostatisme, syncope, aritmie)
Musculoskeletale aandoeningen (artrose, artritis, spinaalkanaalstenose)
Leeftijd > 80j
Vrouwelijk geslacht
Ras (Kaukasisch)
Andere: incontinentie , alcoholisme , depressieve stoornis

Extrinsiek
Structureel:
- *gevaarlijke trap
- *onvoldoende verlichting
- * gladde vloeren

Niet-structureel:
- * onaangepaste thuisomgeving (meubels, losse tapijtjes, geen antislipmatten in bad/douche,…)
- * risicovol schoeisel
- * (verkeerd) gebruik van loophulpmiddel

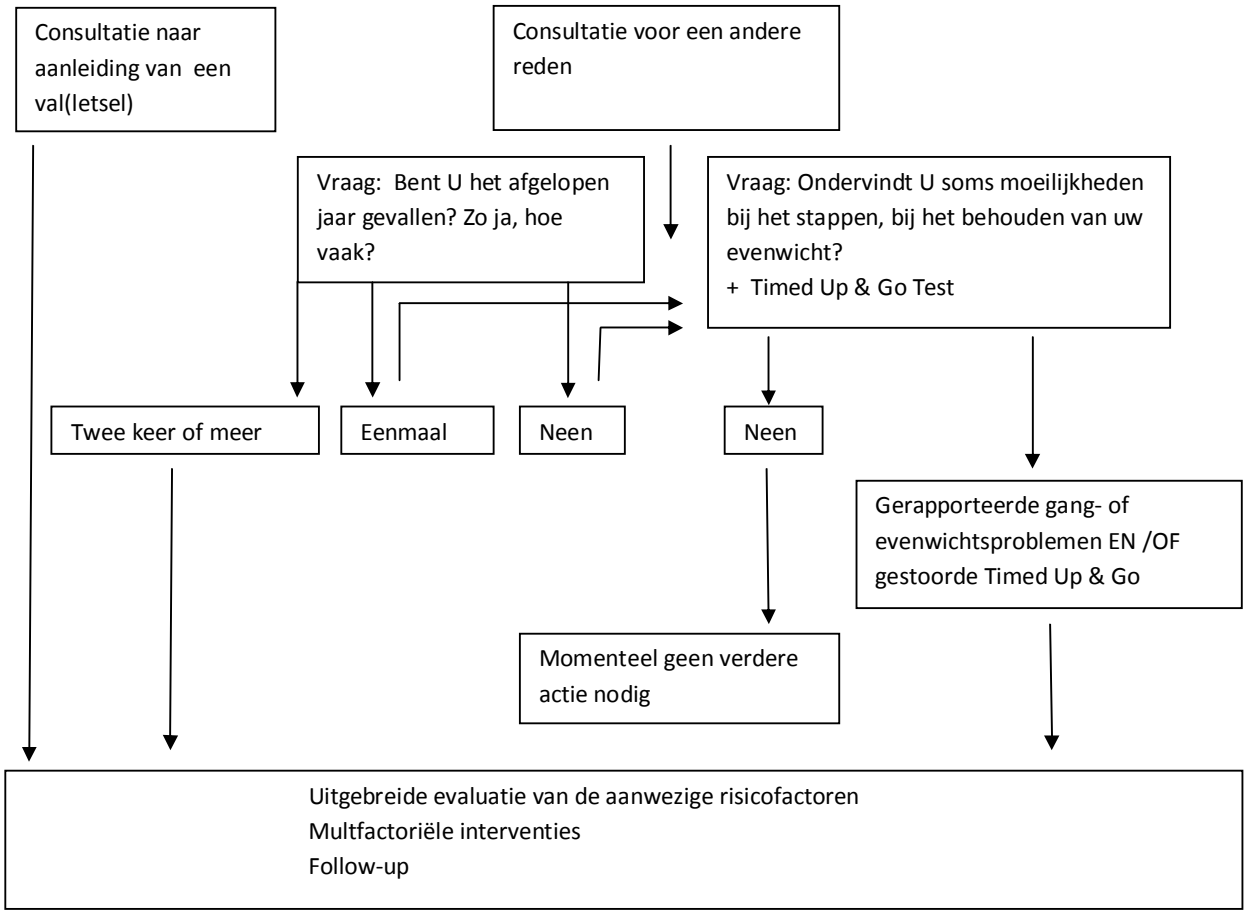
Tabel 2: Interventies voor het voorkomen van valincidenten bij thuiswonende ouderen (3,4,5,8,10,11,12,13).

Bewezen effectief
Individuele oefenprogramma's ter verbetering van mobiliteit, spierkracht en evenwicht
Oefenprogramma in groep
Tai Chi
Maatregelen tegen orthostatische hypotensie
Medicatiewijzigingen: aantal, dosisreductie
Evaluatie van de thuisomgeving met aangepaste maatregelen (enkel bij recidiverende vallers, als onderdeel van een preventieprogramma of bij personen met zeer slechte visus)
Pacemakerimplantatie bij sinus caroticus overgevoeligheid
Eerste cataractoperatie

Onvoldoende bewijs/tegenstrijdige resultaten
Voedingssupplementen
Aanpassen van thuisomgeving bij ouderen zonder voorgeschiedenis van vallen
Loophulpmiddel als enige maatregel
Vitamine D supplementen, mogelijks wel bij diegene met vit D tekort
Visuscorrectie

Bewezen ineffectief
Heupprotector
Advies over risicofactoren voor vallen (zonder gekoppelde interventies)
Snelwandelen

Figuur 1: Algoritme voor de opsporing van thuiswonende ouderen (65 plus) met een verhoogd valrisico.



Tabel 3: Overzicht van de verschillende risicofactoren met de eraan te koppelen interventies (2,3,4,5,10,11)

Risicofactor	**Interventie**
Verminderd(e) spierkracht, evenwicht en mobiliteit	Aangepast oefenprogramma Evalueren van nood aan loophulpmiddel
Medicatie (polyfarmacie, risicovolle medicatie)	Kritische herbeoordeling van medicatie met o.a. dosisreductie, schrappen van medicatie, intermittent gebruik, niet-farmacologische alternatieven Educatie van de oudere over de impact van medicatie op het valrisico
Orthostatische hypotensie	Etiologische aanpak, indien mogelijk: medicatie, deshydratie Adviezen over compensatie-mogelijkheden
Cardiovasculaire en neurologische aandoeningen	Etiologische aanpak
Verminderde visus	Doorverwijzing naar oftalmoloog Informeren over correct gebruik (multifocale)bril Detectie en behandeling van o.a. cataract, glaucoom,retino pathie Indien nodig, aanpassen van de omgeving
Voeten en schoeisel	Adviezen over veilig schoeisel Doorverwijzing podoloog, orthopedist
Omgeving en gedrag	Evaluatie van thuisomgeving (door ergotherapeut)
Valangst	Educatie van oudere en zijn/haar familie

Referenties

1. Valproblematiek. *www.valpreventie.be* (laatst geraadpleegd op 29/04/2012).

2. Milisen K, Coussement J, Vlaeyen E et al. Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Eerste druk. Leuven: Uitgeverij Acco, 2010.

3. Amercan Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. J Am Geriatr Soc. 2001 May;49(5):664-72.

4. Wertelaers A, Govaerts F. Aanbeveling Preventie van Letsels Ten Gevolge Van Vallen bij 65-plussers. Huisarts Nu. december 2001;30 (10).

5. Todd C, Skelton D. (2004) What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).

6. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht: Van Zuiden Communications B.V., 2004.

7. Delbaere K, Close JC, Brodaty H et al. Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. BMJ 2010 Aug 18;341.

8. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Reviews 2009, Issue 2. Art. No. : CD007146. DOI : 10.1002/14651858.CD007146.pub2.

9. Hansma AH, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ. Reduction in falling after a falls-assessment . Arch Gerontol Geriatr. 2010 Jan-Feb;50(1):73-6. Epub 2009 Feb 24.

10. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2011 Jan;59(1):148-57.

11. National Institute for Clinical Excellence. Falls : the assessment and prevention of falls in older people. Londen, November 2004.

12. Shobha S. Rao, M.D. Prevention of falls in older patients. Am Fam Physician 2005;72:81-88,93-94.

13. Michael Yvonne L, ScD, SM, Whitlock Evelyn P, MD, MPH, Lin Jennifer S, MD, MCR et al. Primary Care–Relevant Interventions to Prevent Falling in Older Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2010;153:815-825.

14. McClure RJ, Turner C, Peel N et al. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD004441. DOI:10.1002/14651858.CD004441.pub2.

15. Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E. Use of a Fall Prevention Practice Guideline for Community-Dwelling Older Persons at Risk for Falling: A Feasibility Study. Gerontology 2009 ;55 :169-178.

16. Tips bij implementatie. Draaiboek zorgpad valpreventie. *www.valpreventie.be* (laatst geraadpleegd op 07/08/12).

17. Hoe ouderen motiveren. *www.valpreventie.be* (laatst geraadpleegd op 08/08/12).

Valpreventie bij thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk: resultaten, moeilijkheden en barrières.

Inleiding

Vallen is een belangrijk gezondheidsprobleem in de oudere populatie met gevolgen op medisch, psychosociaal en economisch vlak. In de preventie van valincidenten bij thuiswonende ouderen is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. Om de arts hierin te ondersteunen zijn in het verleden reeds een aantal richtlijnen voor valpreventie gepubliceerd. Daarnaast bestaat in de wetenschappelijke literatuur voldoende evidentie voor multifactoriële preventieprogramma's om valincidenten bij ouderen te voorkomen.
Dit artikel is een neerslag van een praktijkproject opgezet in het kader van de masterproef huisartsgeneeskunde waarbij onder meer een bestaande richtlijn voor valpreventie bij thuiswonende ouderen in de eigen praktijk werd geïmplementeerd en het effect ervan op het aantal valincidenten werd geëvalueerd. Daarnaast werden huisartsen uit de regio bevraagd naar hun kennis over valpreventie.

Met dit onderzoek hebben we getracht een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:
-Leidt het invoeren van een multifactoriële evaluatie en interventie bij thuiswonende 65-plussers met een verhoogd valrisico tot een verminderd aantal valincidenten in vergelijking met de huidige praktijkvoering ?
-Welke moeilijkheden ervaren we als artsen bij het implementeren van een richtlijn valpreventie in de dagelijkse praktijk ?
-Wat weten huisartsen in de regio over valpreventie in de huisartsenpraktijk?
-Hoe doen de huisartsen momenteel aan valpreventie in hun praktijk?
-Welke barrières ondervinden huisartsen bij het toepassen van valpreventie in hun praktijk?

Praktijkproject

Methode

Het praktijkproject werd uitgevoerd in de eigen opleidingspraktijk en startte begin juli 2012; de deelnemers waren enkel de patiënten van de praktijk.
Het opzet was om een multifactoriële evaluatie en interventie uit te voeren bij thuiswonende 65-plussers met een verhoogd valrisico. Het protocol dat hierbij werd gevolgd, werd gebaseerd op de Praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen voor thuiswonende ouderen en de daarbij horende werkfiche, opgesteld door het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen (1). Dit is terug te vinden in bijlage 1. Van de oorspronkelijke werkfiche werden die items geselecteerd die specifiek gericht waren naar de huisarts alsook een aantal andere die bestemd waren voor de andere disciplines in de thuiszorg, maar door de huisarts ook makkelijk konden worden uitgevoerd.
In de eerste fase van het onderzoek (stap 1 'Casefinding' in het protocol) werd de doelgroep geselecteerd uit de grote groep van oudere patiënten in de praktijk. Criteria om in de studie te worden geïncludeerd waren: 65 jaar of ouder zijn; thuis wonen (dus niet in serviceflat of

woonzorgcentrum) alleen of met partner; beschikken over intacte cognitieve functies. Om uit deze groep de personen met een verhoogd valrisico te selecteren werd aan elke patiënt, 65 jaar of ouder, tijdens een gepland(e) raadpleging of huisbezoek bij de praktijkopleider of huisarts in opleiding (HAIO) gevraagd enkele vragen te beantwoorden en de Timed Up & Go Test uit te voeren. Hierbij dient de patiënt recht te staan van een stoel, 3 meter heen en weer af te leggen en terug te gaan zitten. Wanneer dit langer dan 14 seconden duurt en/of de oudere een onevenwichtig gangpatroon vertoont, wordt de test als afwijkend beschouwd. Op basis van deze resultaten werd beslist of de desbetreffende persoon tot de groep met verhoogd valrisico behoorde. De inclusieperiode liep af eind augustus 2012.
Gelijktijdig met de casefinding werd gestart met de randomisatie van de personen met een verhoogd valrisico. Patiënten werden gerangschikt volgens het exacte tijdstip van het eerste contact (patiënt 1, patiënt 2, enzovoort) en vervolgens afwisselend toegekend aan de interventie- respectievelijk de controlegroep. Patiënt 1 kwam in de interventiegroep, patiënt 2 in de controlegroep enzovoort. Patiënten in de controlegroep kregen advies over hoe vallen te vermijden aan de hand van de folder 'Vermijd vallen', een initiatief van de Vlaamse overheid. Patiënten in de interventiegroep werden telefonisch uitgenodigd voor een nieuwe raadpleging bij de HAIO of er werd een afspraak voor een huisbezoek gemaakt indien de patiënt zich niet kon verplaatsen. Tijdens het eerste vervolgcontact gebeurde dan een meer uitgebreide evaluatie van het valrisico (stap 2 in het protocol : 'Multifactoriële evaluatie'). Deze fase van het onderzoek werd reeds gestart kort na de inclusie van de eerste patiënten en liep tot eind augustus 2012.
De resultaten van de evaluatie werden wekelijks voorgelegd aan en besproken met de praktijkopleider. Er werd bekeken welke interventies mogelijk waren bij iedere patiënt om diens valrisico te verlagen. Bijzondere aandacht ging uit naar het gebruik van risicovolle medicatie zoals benzodiazepines, antidepressiva, antipsychotica enzovoort. Waar mogelijk werd medicatie weggelaten, vervangen door een veiliger product of werd de dosis verlaagd. Tijdens een tweede contact met de HAIO (opnieuw raadpleging of huisbezoek) werden de resultaten van de evaluatie besproken met de patiënt. Daarnaast werden een aantal adviezen, therapievoorstellen gegeven om het valrisico te verlagen (stap 3 in het protocol: 'Multifactoriële interventie'). Deze fase van het onderzoek vond plaats in de maanden september en oktober.
Als laatste fase van het onderzoek vond er na drie maanden, tijdens de maanden december en januari, een follow up contact plaats. De patiënten in de controlegroep werden telefonisch gecontacteerd en gevraagd of ze sinds het laatste contact nog gevallen waren en hoe vaak. Verder werd gepeild naar de aanwezigheid van gang-en evenwichtsproblemen. Ten slotte werd gevraagd of ze de folder hadden gelezen en naar aanleiding hiervan iets hadden aangepast in hun levensstijl. Patiënten in de interventiegroep werden opnieuw telefonisch uitgenodigd voor een raadpleging of huisbezoek. Tijdens dit contact werd gevraagd of de patiënt sinds het laatste contact nog gevallen was en hoe vaak. Verder werden de verschillende interventies die werden voorgesteld overlopen. Er werd nagevraagd welke adviezen de patiënten weldegelijk had opgevolgd en of deze ook werden volgehouden.

Na het verzamelen van de gegevens werd nagekeken of er een statistisch significant verschil was tussen het aantal valincidenten in de controle-en interventiegroep. Hierbij werd gebruik gemaakt van de statistische functies in het computerprogramma Excel. De Fisher Exact Test werd toegepast op de data om de p-waarde te bepalen.
Bijlage 2 toont een schema van de gevolgde procedure en het aantal patiënten in elke stap.

Resultaten

In totaal werden 74 patiënten onderzocht naar de aanwezigheid van een verhoogd valrisico; dit was aanwezig bij 36 van hen. Via de randomisatie kwamen 18 personen terecht in de controle- respectievelijk de interventiegroep. In de controlegroep was er de uitval van 1 patiënt wegens overlijden. In de interventiegroep vielen 5 deelnemers uit: 3 door overlijden, 1 door weigering om nog mee te werken en 1 door opname in een woonzorgcentrum. Voor een overzicht, zie bijlage 2.
De controlegroep bestond uit 13 vrouwen en 4 mannen, de gemiddelde leeftijd bedroeg 78,47 jaar. De interventiegroep was samengesteld uit 11 vrouwen en 2 mannen, hier bedroeg de gemiddelde leeftijd 77 jaar.

Na drie maanden waren in de interventiegroep zes van de dertien patiënten (opnieuw) ten val gekomen (46,1%). Elf onder hen ervoeren nog steeds problemen met de gang en /of het evenwicht. Hoewel aan iedereen met een verhoogd valrisico de mogelijkheid voor het volgen van een oefenprogramma werd voorgesteld , werd dit slechts bij 4 patiënten daadwerkelijk opgestart; 1 patiënt ging reeds tweemaal per week naar een revalidatiecentrum, deze sessies werden verdergezet. De motivatie voor dergelijk oefenprogramma was zeer laag bij de meeste ouderen, meestal omdat ze er het nut niet van inzagen. Advies over een loophulpmiddel werd indien nodig gegeven, bij vier patiënten werd dit ook daadwerkelijk aangeschaft, nog eens vijf patiënten bleven het aanwezige loophulpmiddel gebruiken. De adviezen over het voorkomen van orthostatisme werden door bijna alle respondenten opgevolgd. Het maken van een afspraak van de oogarts werd frequent door de patiënten op de lange baan geschoven. Slechts een minderheid, namelijk 4 van de 13 patiënten, was gemotiveerd om iets te veranderen aan de woning; het aanpassen van het schoeisel werd maar door 1 patiënt uitgevoerd. Calcium-en vitamine D supplementen werden in overleg met de patiënten opgestart, maar niet altijd volgehouden, onder meer door de kostprijs van de producten. Bij elke patiënt gebeurde een grondige evaluatie van het huidige medicatie-schema: risicovolle medicatie werd opgespoord, indien mogelijk afgeschaft of gereduceerd in dosis. Hierbij ging het vooral om psychofarmaca en bloeddrukverlagende medicatie. In 3 gevallen werd de dosis gereduceerd, bij 2 patiënten werd geswitcht naar een veiliger geneesmiddel.

In de controlegroep bleken gedurende de follow-up periode van 3 maanden nog 3 patiënten te zijn gevallen, hetgeen overeenkomt met 17,6 %. Elf van de zeventien patiënten meldden nog steeds last te hebben van gang-en/of evenwichtsproblemen. Meer dan 80 % van de patiënten in de controlegroep hebben de folder die werd meegegeven ook daadwerkelijk gelezen; slechts vier van hen echter hebben naar aanleiding hiervan iets veranderd aan hun levensstijl of omgeving , bijvoorbeeld de matten in huis verwijderd.

Zoals reeds vermeld werd voor de statistische analyse gebruikt gemaakt van de Fisher exact test. De p-waarde die we hiermee bekwamen, bedroeg 0,198905. Met deze waarde was er dus geen reden om de nulhypothese (i.e. geen verschil tussen beide groepen) te verwerpen. We kunnen dus besluiten tot een statistisch niet-significant verschil in valincidenten tussen controle-en interventiegroep.

Enquête

Methode

Als tweede deel van het onderzoeksproject werden huisartsen en huisartsen-in-opleiding, deel uitmakend van de wachtkring Huisartsenkring Aalst (Aalst en randgemeenten), gevraagd een elektronische enquête in te vullen. Deze bevraging werd opgesteld met behulp van de website www.thesistools.com en via de verantwoordelijke van de wachtkring verspreid onder de artsen. De enquête bestond uit meerkeuzevragen alsook uit vragen met een open antwoordmogelijkheid. In de eerste plaats werd gepeild naar de kennis van de artsen over het probleem van vallen bij ouderen en de preventie ervan. Daarnaast werden ze bevraagd naar de manier waarop zij momenteel aan valpreventie doen in hun praktijk en welke eventuele moeilijkheden of barrières zij hierbij ondervinden. Verder werd ook gepeild naar de kennis van de bestaande richtlijnen over het onderwerp. Bijlage 3 geeft de exacte vragenlijst van de enqûete weer.
Gezien de initieel eerder beperkte respons werden de artsen nog tweemaal opgeroepen om de vragenlijst in te vullen. De enquête werd gestart op 3 september 2012 en was beschikbaar online tot en met 29 november 2012.

Resultaten

De elektronische enquête werd verstuurd naar 117 artsen waarvan 23 de volledige vragenlijst invulden. Dit komt overeen met een response ratio van 19,6 %. De meerderheid van de respondenten waren soloartsen met een leeftijd boven de 45 jaar en een klein overwicht aan vrouwelijke artsen. De definitie van een valincident, de incidentie bij ouderen en de risicofactoren lijken door de ondervraagde artsen goed gekend te zijn. Wat de gevolgen zijn van valincidenten op het vlak van ziekenhuisopname, opname in een woonzorgcentrum, mortaliteit bleek niet altijd zo duidelijk voor de artsen. Zowel over-als onderschatting van de gevolgen kwamen naar voor uit de enquête.
Meer dan 80% van de respondenten vindt het nuttig om tijdens een geplande raadpleging of huisbezoek te screenen naar het valrisico van de 65-plusser. Ruim twee derden van de huisartsen is ook van mening dat zij het beste geplaatst zijn om aan valpreventie te doen. Ongeveer een derde ziet ook een belangrijke rol weggelegd voor de thuisverpleegkundige en/of de kinesitherapeut. Toch ziet men dat in meerderheid van de gevallen pas met de patiënt over valpreventie wordt gesproken na het eerste valincident, de zogenaamde secundaire valpreventie. Zo'n 8 % van de artsen bespreekt dit helemaal niet met zijn oudere patiënten. De maatregelen die het meeste worden genomen om valincidenten te vermijden zijn: adviseren over een loophulpmiddel en/of personenalarm, adviseren over veilige omgeving en schoenen en het wijzigen van risicovolle medicatie. Iets minder dan de helft van de artsen verwijst door naar de kinesitherapeut. Doorverwijzingen naar valklinieken of ergotherapeuten gebeuren slechts zelden.
Op de vraag welke moeilijkheden huisartsen ondervinden bij het toepassen van valpreventie in hun eigen praktijk zien we vaak dezelfde antwoorden terugkeren. Enerzijds onvoldoende kennis en tijd bij de artsen, anderzijds een gebrek aan motivatie bij de patiënt en/of diens omgeving. Ook het ontbreken van een bijkomende financiële vergoeding ervoor lijkt voor sommige artsen een barrière te zijn.
Wat de kennis betreft over de bestaande richtlijnen voor valpreventie (Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen, Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen); deze lijkt eerder

beperkt. De grote meerderheid is niet op de hoogte van deze richtlijnen en past ze dus ook niet toe. Bij de huisartsen die dit wel doen keert opnieuw de gebrekkige motivatie en coöperatie van de patiënt terug als een van de obstakels. Eén arts vond de bestaande richtlijn van het EVV ook te moeilijk uit te voeren in de praktijk omwille van de uitgebreidheid. In deze regio was ook slechts een minderheid van de artsen op de hoogte van de initiatieven van de lokale LOGO afdeling omtrent valpreventie.

Discussie en besluit

Multifactoriële programma's voor valpreventie bij ouderen hebben als voornaamste doel om het aantal valincidenten te verminderen. In de literatuur vindt men hiervoor ook het meeste evidentie als zijnde de beste manier om vallen bij ouderen te voorkomen.
Met dit praktijkproject wilden we in de eigen praktijk nagaan of we dit konden bereiken door bij thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico een multifactoriële evaluatie en interventie op te zetten. Hierbij baseerden we ons op de bestaande praktijkrichtlijn valpreventie opgesteld door het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen.

Wanneer we het aantal valincidenten in de beide onderzoeksgroepen vergelijken zien we een groter aantal valincidenten in de interventiegroep. We kunnen dus niet besluiten dat door de interventie het aantal valincidenten gereduceerd is zoals we hadden vooropgesteld. Statistische analyse van de resultaten leert ons dat het hier om een statistisch niet-significant verschil gaat. Belangrijke bemerking is natuurlijk het kleine aantal patiënten in beide groepen. Grootschaliger onderzoek, bij voorkeur in meerdere huisartsenpraktijken, zal nodig zijn om het effect van dergelijke interventies op het aantal valincidenten te kunnen beoordelen. Hoewel we het verschil in aantal valincidenten tussen beide groepen als niet-significant moeten beschouwen, kunnen we natuurlijk niet om het resultaat heen. Een mogelijke factor die het resultaat kan hebben beïnvloed, een zogenaamde confounder, is de verdeling man-vrouw in beide groepen. Ondanks de randomisatieprocedure moeten we vaststellen dat er procentueel meer vrouwen aanwezig waren in de interventie- dan in de controlegroep , namelijk 84.6 versus 76.5 %. Aangezien het geslacht een gekende risicofactor is bij het ontstaan van valincidenten en oudere vrouwen vaker vallen dan oudere mannen (2) zou dit kleine overwicht aan vrouwen het resultaat toch kunnen beïnvloed hebben.
De multifactoriële evaluatie en interventie heeft in ons project dus niet kunnen leiden tot een verlaging van het aantal valincidenten. Wel zien we dat patiënten door deze intensievere aanpak toch meer geneigd zijn om iets aan hun eigen valrisico te veranderen. Patiënten in de controlegroep lazen de folder wel, maar deden er eigenlijk verder niets mee. Informeren en sensibiliseren alleen blijkt dus onvoldoende. Kan een interventie van de huisarts dan iets extra betekenen?
Hoewel de motivatie van de patiënten om hun levensstijl te veranderen eerder beperkt was, hadden we toch de indruk dat de patiënten in de interventiegroep een grotere bereidheid toonden om het eigen valrisico aan te pakken. Wanneer mensen rechtstreeks worden aangesproken en gewezen op hun risicofactoren en er concrete therapievoorstellen worden gedaan door de huisarts lijkt dit , hoewel eerder beperkt, toch een extra impact te hebben. Dit gegeven, samen met de resultaten van internationaal onderzoek dat een interventie van de huisarts weldegelijk een invloed kan hebben op het aantal valincidenten bij de ouderen patiënten, zou voldoende moeten zijn om meer aan valpreventie te doen in de huisartsenpraktijk.

Als belangrijkste problemen bij het implementeren van deze richtlijn weerhouden we enerzijds de vaak gebrekkige motivatie van de patiënt en/of diens familie. Kinesitherapie wordt vaak afgewezen omdat het nut er niet van ingezien wordt, het een extra belasting betekent voor de oudere alsook omwille van de extra kosten. Ook het innemen van de calcium- en vitamine D preparaten wordt vaak gestaakt omwille van de kostprijs. Verder zijn patiënten heel moeilijk te motiveren om iets aan hun thuisomgeving, schoeisel enzovoort te veranderen.
Daarnaast is er nog het probleem van de tijd. De richtlijn uitvoeren zoals vooropgesteld wordt in de werkfiche is een zeer arbeidsintensief en tijdrovend proces. De extra raadplegingen en huisbezoeken nemen behoorlijk wat tijd in beslag en zijn waarschijnlijk niet zo gemakkelijk in te passen in het drukke schema van de gemiddelde huisarts.
Voorlopig ontbreken op het moment ook duidelijke richtlijnen voor huisartsen over hoe ze valpreventie in hun dagelijkse praktijk kunnen integreren. Het EVV heeft hier reeds een aanzet gegeven door een draaiboek uit te werken om op lokaal niveau een zorgpad voor valpreventie op te zetten (3). Comprehensive geriatric assessments (CGA), waarvan de Gazeto-agenda een voorbeeld is, zouden de huisartsen kunnen bijstaan in het beter organiseren van de valpreventie en bij uitbreiding de totale zorg voor ouderen (4). Voorlopig wordt in dit project de werkwijze van het EVV vooropgesteld, namelijk screening , evaluatie en interventie. Verder onderzoek zal nodig zijn om de invulling van het topic valpreventie in zogenaamde CGA's meer concreet te maken.

De respons van de huisartsen uit de regio op onze enquête was eerder beperkt. Dit maakt het natuurlijk moeilijk om conclusies te trekken uit de bekomen resultaten. Toch leverde de bevraging volgens ons nuttige informatie op. Wanneer we namelijk de resultaten van de enquête bekijken zien we dat tijdsgebrek als één van de belangrijkste redenen aangehaald wordt waarom huisartsen niet of weinig aan valpreventie doen. Valpreventie goed uitvoeren vraagt een belangrijke tijdsinvestering van de huisarts waar echter maar een beperkte respons van de patiënt enerzijds en geen extra verloning anderzijds tegenover staan.
Opvallend gegeven dat blijkt uit onze enquête is dat huisartsen de ernst van de valproblematiek bij ouderen en het nut van valpreventie weldegelijk beseffen. Daarenboven achten ze zichzelf het beste geplaatst om aan valpreventie te doen, maar toch komen ze er amper toe omwille van de reeds aangehaalde redenen. Vaak is het pas nadat de patiënt reeds gevallen is, dat het onderwerp van valpreventie besproken wordt.
Verder lijkt de kennis van de huisartsen over de bestaande richtlijnen voor valpreventie nog te moeten worden bijgeschaafd. Uit onze steekproef bleek dat nog te weinig huisartsen deze richtlijnen kennen. Initiatieven zoals 'De week van de valpreventie', 'De valbus' enzovoort kunnen hiertoe bijdragen. Verder is een belangrijke rol hierin weggelegd voor de referentiepersonen voor valpreventie die eventueel in samenwerking met LOGO's hierrond bijscholingen en vormingsactiviteiten kunnen organiseren.

Hoewel er reeds een aantal waardevolle initiatieven bestaan, lijkt er wat betreft valpreventie nog veel werk aan de winkel. Informeren van de ouderen zelf blijft natuurlijk zeer belangrijk. Daarnaast dient er verder onderzoek te gebeuren naar hoe men de motivatie van ouderen kan verbeteren. Wat houdt hen tegen om iets aan hun eigen valrisico te doen? Meer inzicht verwerven in de ideeën van ouderen hierrond zou voor huisartsen belangrijke informatie kunnen opleveren en heel wat frustraties kunnen wegnemen. De huisartsen zelf dienen meer worden gewezen op het bestaan van richtlijnen voor valpreventie. Anderzijds zijn richtlijnen alleen niet voldoende. Ze dienen te worden aangepast aan de werksituatie van de

huisartsen, zodat deze ze makkelijker kunnen implementeren. Valpreventie bij ouderen wordt bij voorkeur geïntegreerd in globale zorgprogramma's voor ouderen. Verder onderzoek zal nodig zijn om de concrete modaliteiten hiervan vast te leggen.

Wanneer we de resultaten van dit project evalueren, kunnen we jammer genoeg niet vaststellen dat we het aantal valincidenten hebben kunnen reduceren. Toch heeft dit praktijkproject weldegelijk een effect gehad op onze praktijkvoering. Zo zijn we er nog meer van overtuigd geraakt hoe belangrijk valpreventie is en dat we er als huisartsen een belangrijke rol in kunnen en moeten spelen. Anderzijds beseffen we dat dit voor de meeste huisartsen niet evident is. Het vraagt een extra inspanning en tijdsinvestering van reeds druk bezette mensen. In de toekomst zullen we dus vooral moeten zoeken naar manieren om de valpreventie te integreren in onze dagelijkse praktijk.

Bijlagen

Bijlage 1 : protocol voor het praktijkproject. Gebaseerd op de richtlijn en werkfiche 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen' van het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen (1).

Stap 1: CASEFINDING

Bij elke 65-plusser:

1)Vraag: -Bent U het afgelopen jaar gevallen? Zo ja, hoe vaak?
-Ervaart U moeilijkheden met de gang en/of evenwicht?
2)Test: - Timed Up & Go test

Verhoogd valrisico indien de oudere:
*zich spontaan aanbiedt na valincident
*2 of meer keer gevallen is tijdens het afgelopen jaar
*1 keer gevallen is het afgelopen jaar EN loop-of evenwichtsstoornissen vertoont (klinisch oordeel+ geobjectiveerd met Timed Up & Go)
*loop-en/of evenwichtsstoornissen vertoont (klinisch oordeel+ Timed Up & Go)

Verhoogd valrisico → randomisatie
→ controlegroep: advies
→ interventiegroep: zie stap 2.
Geen verhoogd valrisico → advies over vallen en valpreventie aan de hand van folder "Vermijd vallen".

Stap 2: MULTIFACTORIELE EVALUATIE

Bij 65-plusser met verhoogd valrisico in de interventiegroep

1) Valanamnese: aantal valincidinten in de afgelopen 6 maanden?
omstandigheden van de laatste 3 valincidenten?

	Val 1	Val 2	Val 3
Prodromen			
Activiteit			
Oorzaak			
Locatie			
Tijdstip			

Gevolgen			

Oorzaak: gestruikeld, weggegleden, evenwichtsstoornis, bewustzijnsverlies, door de benen gezakt,…
Tijdstip: voormiddag, namiddag, avond, nacht

2) Evenwicht, spierkracht, mobiliteit

*evenwicht

JA/NEE

-Four Test Balance scale: Parallelle stand < 10 sec
Semi-tandemstand <10 sec
Tandemstand < 10 sec
Unipodale stand < 10 sec

*spierkracht:

-Timed Chair Stand: 14 sec of meer
- Verminderde handknijpkracht (Martin-Vigori meter)

*mobiliteit:

JA/NEE

-Timed Up & Go van 14 sec of meer of onstabiel gangpatroon

3) Medicatie

*inname van vier of meer geneesmiddelen
*inname risicovolle geneesmiddelen (sedativa, diuretica, digoxine type IA antiaritmica, antihypertensiva, antipsychotica, anti-epileptica antidepressiva)
*risicovol gedrag bij medicatiegebruik

4) Orthostatische hypotensie/ tachycardiesyndroom

*duizeligheid bij rechtstaan uit bed, stoel, zetel of bij het bukken
*duizeligheid binnen het uur na een maaltijd
*BD daling van liggend naar staand (onmiddellijk): sys 20 mm Hg of meer
dia 10 mm Hg of meer
sys 90 mm Hg of lager
*hartfrequentie stijgt bij rechtstaan met 30 of meer slagen /minuut
*hartritme 120 of meer slagen /minuut

5) Zicht

*moeilijkheden bij lezen, autorijden, TV kijken
*laatste bezoek aan oogarts > 1 jaar geleden
*last met bi-of multifocale bril
*lineaire E test 40 of minder

6) Voeten en schoeisel

*voetproblemen
*risicohoudend schoeisel , bijvoorbeeld hoge hak, gladde zool , open schoen

7) Omgeving en gedrag

*risicofactoren in omgeving en gedrag (aan de hand van de checklist van het BOEBS-project)

8) Valangst:

*angst om te vallen
* dingen die vermeden worden uit angst om te vallen

9) Calcium-vitamine D

* reeds voedingssupplement met calcium en vitamine D?

Stap 3: MULTIFACTORIELE INTERVENTIE

1) Evenwicht, spierkracht en mobiliteit

*oefenprogramma aanbevelen en voorschrijven
*loophulpmiddel: aanbeveling, informatie over hoe het te verkrijgen, correct gebruik ervan

2) Medicatie

*kritische herbeoordeling medicatieschema
*graduele dosisreductie
*informatie over de nevenwerkingen

3) Orthostatische hypotensie/tachycardie

*etiologische diagnose en behandeling
*adviezen in verband met compensatiestrategieën

4) Zicht

*doorverwijzing oftalmoloog
*wijzen op gevaar bi-of multifocale bril
*evaluatie omgevingsveiligheid

5) Voeten en schoeisel

*advies over veilig schoeisel
*doorverwijzing podoloog, orthopedist

6) Omgeving en gedrag

* oudere en familie informeren over mogelijks onveilige situaties en gedragingen
  (aan de hand van checklist BOEBS-project)

7) Valangst

*informeren over eigen risicofactoren
*informatie over personenalarm
*aanleren hoe rechtkomen na val

8) Calcium- vitamine D

*opstarten calcium en vitamine D supplement

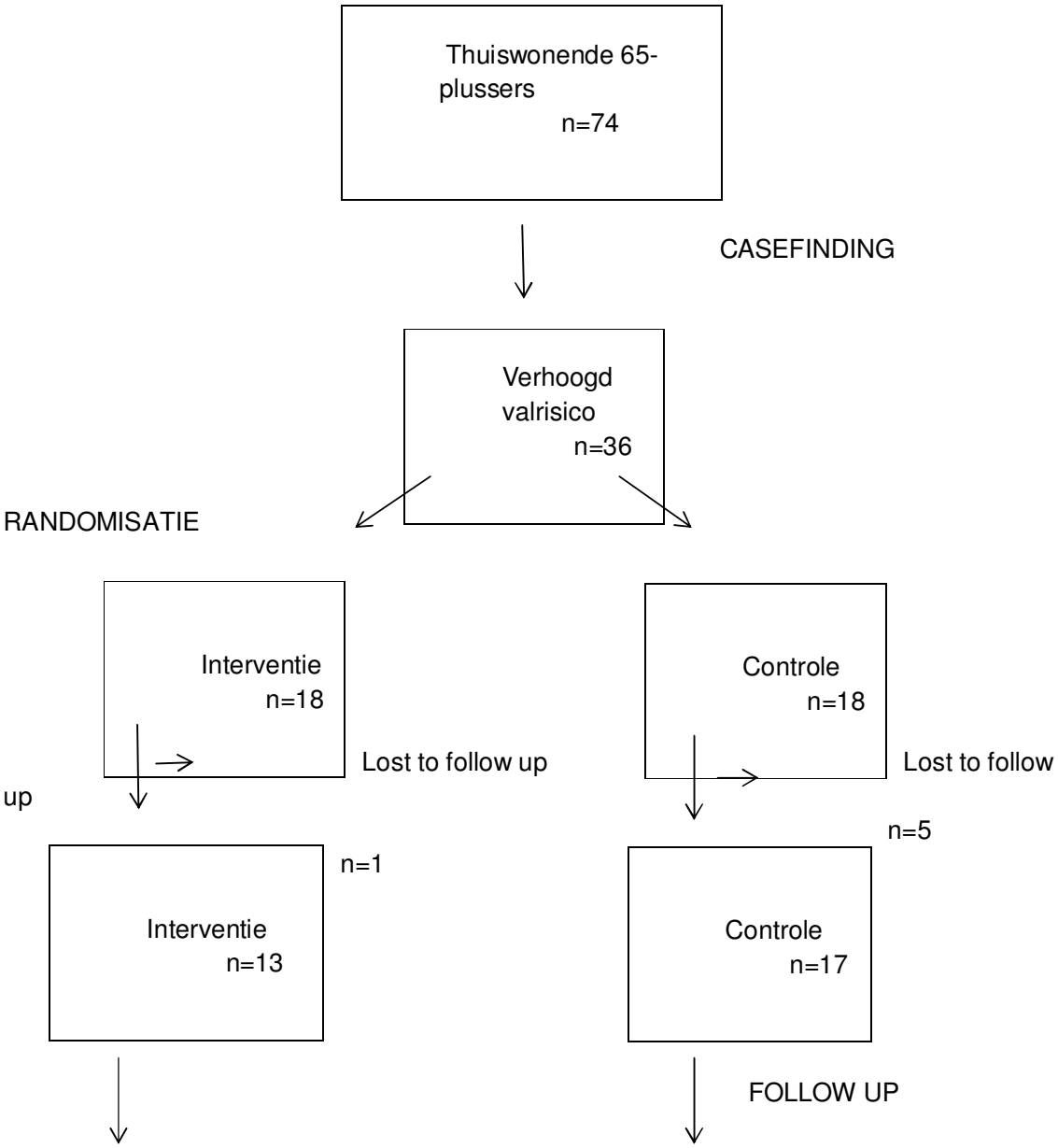
Stap 4 : FOLLOW UP na 3 maanden

Bij elke 65-plusser met verhoogd valrisico, zowel controle-als interventiegroep

Patiënt in controlegroep:
Vraag: Bent U sinds het laatste contact nog gevallen en zo ja, hoe vaak? Ervaart U nog problemen met het evenwicht en/of de gang? Heeft U de folder 'Vermijd vallen' gelezen? Heeft U naar aanleiding hiervan iets veranderd aan uw omgeving, gedrag,…?

Patiënt in interventiegroep:
Vraag: Bent U sinds het laatste contact nog gevallen en zo ja, hoe vaak?
Van de voorgestelde interventies, welke heeft U daadwerkelijk uitgevoerd?
Welke werden volgehouden? Waarom wel/niet?

Bijlage 2: schematisch overzicht van inclusie, randomisatie en follow-up.



Aantal valincidenten n=6

Aantal valincidenten n=3

Bijlage 3: vragenlijst elektronische enquête

1. Leeftijd:
   -24-34j -45-64j
   -35-44j -65j of ouder

2. Geslacht:
   -man
   -vrouw

3. Bent U…?
   -huisarts
   -huisarts in opleiding

4. Bent U CRA (coördinerend en raadgevend arts) in een woonzorgcentrum?
   -ja
   -neen

5. Type praktijk:
   -solo -groep monodisciplinair
   -solo in netwerk -groep multidisciplinair
   -duo -wijkgezondheidscentrum

6. Een val wordt gedefinieerd als…?
   -Een onverwachte gebeurtenis waarbij de oudere op de grond, vloer of een lager gelegen niveau terechtkomt
   -Een onverwachte gebeurtenis waarbij een oudere een letsel oploopt door op de grond terecht te komen
   -Een onverwachte gebeurtenis waarbij de persoon op de grond terecht komt en niet autonoom kan rechtkomen

7. Hoeveel % van de thuiswonende 65-plussers valt minstens éénmaal per jaar?
   -10% -20% -30% -40% -50%

8. Het valrisico en het aantal valincidenten neemt toe met de leeftijd?

-juist
-fout

9. Oudere mannen vallen frequenter dan oudere vrouwen.
-juist
-fout

10. Hoeveel % van de vallers loopt hierbij een fysiek letsel op ?
-0-20% -20-40% -40-60% -60-80%

11. Hoeveel % van de ouderen met een heupfractuur sterft binnen het jaar na het valincident dat de fractuur veroorzaakte?
-<10% -10-15% -15-20% -20-25 -25-30% ->30%

12. De kans om na een valincident opgenomen te worden in een woon-en zorgcentrum neemt toe met een factor...? Vb. Factor 2 = de kans verdubbelt
-1 -2 -3 -4 -5 -6

13. Vanaf de leeftijd van 65 jaar neemt de kans op een ziekenhuisopname ten gevolge van een val toe met een factor... ? Vb factor 2 = de kans verdubbelt.
-1 -2 -3 -4 -5 -6

14. Valangst is een onafhankelijke risicofactor om te vallen?
-juist
-fout

15. Waar vallen ouderen het vaakst? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
-in de eigen wonining
-rond de eigen woning
-op straat

16. De belangrijkste risicofactoren om te vallen zijn...
-patiëntgebonden
-omgevingsgebonden
-steeds een combinatie van beiden

17. Wie heeft volgens U een verhoogd valrisico? Meerdere antwoorden mogelijk
- Elke 65-plusser
- 65-plusser met gang- en/of evenwichtsproblemen
- 65-plusser die éénmaal per jaar gevallen is zonder gang-en/of evenwichtsproblemen
- 65-plusser die éénmaal per jaar gevallen is mét gang-en/of evenwichtsproblemen
- 65-plusser die per jaar minstens twee maal gevallen is

18. Het is zinvol om bij alle 65-plussers tijdens een geplande raadpleging of huisbezoek minstens 1x per jaar het valrisico na te gaan (i.e. casefinding).
-juist
-fout

19. Valpreventie gebeurt het best door...
-huisarts

-(thuis)verpleegkundige
-kinesitherapeut
-ergotherapeut
-geriater in valkliniek
-andere

20. Wanneer bespreekt U momenteel valpreventie met uw patiënten van 65 jaar of ouder die nog thuis wonen?
-voor de 1e val (primaire valpreventie)
-na een doorgemaakte val (secundaire valpreventie)
-ik bespreek dit eigenlijk niet

21. Hoe doet U momenteel aan valpreventie bij thuiswonende 65-plussers? Voorbeelden: advies over veilige omgeving en schoeisel, loophulp,
-advies over veilige omgeving en schoeisel
-informeren over loophulpmiddel en personenalarm
-risicovolle medicatie wijzigen
-doorverwijzen naar geriater in valkliniek
-doorverwijzen naar kinesitherapeut
-doorverwijzen naar ergotherapeut
-andere

22. Welke problemen ondervindt U bij het uitvoeren van valpreventie in uw praktijk? Voorbeelden: onvoldoende kennis, tijd, financiële vergoeding; gebrek aan motivatie bij patiënt en/of familie...

23. Kent u de WVVH-richtlijn "Preventie van letsels ten gevolgen van vallen bij 65-plussers"?
-ja
-neen

24. Kent U de Praktijkrichtlijn Valpreventie Vlaanderen van het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen?
-ja
-neen

25. Hebt U de website www.valpreventie.be reeds bezocht?
-ja
-neen

26. Past U bovenvermelde richtlijnen toe in uw eigen praktijk?
-ja
-neen

27. Zo ja, wat zijn uw ervaringen hiermee? Wat loopt er vlot? Waar situeren zich eventuele problemen?

28. Bent U op de hoogte van de initiatieven van Logo Dender i.v.m valpreventie?
-ja
-neen

Referenties

1. Milisen K, Coussement J, Vlaeyen E et al. Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Eerste druk. Leuven: Uitgeverij Acco, 2010.

2. Valproblematiek. *www.valpreventie.be* (laatst geraadpleegd op 09/02/2013).

3. Tips bij implementatie. Draaiboek zorgpad valpreventie. www.valpreventie.be (laatst geraadpleegd op 09/02/2013)

4. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A et al. Zorgnoden van thuiswonende ouderen. De gestructureerde Gazeto-agenda. Huisarts Nu 2012;41(4):191-195.