

Inleiding

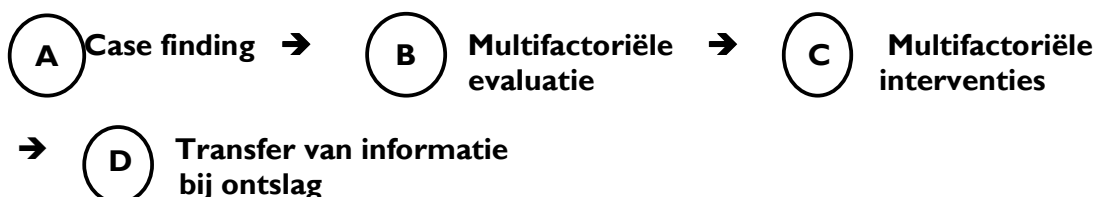
Het College van Geneesheren voor de dienst Geriatrie heeft in het kader van kwaliteitsverbeterende initiatieven de laatste jaren gewerkt rond het gebruik van assessment instrumenten. Aan de hand van de resultaten van enquêtes uitgevoerd door het college, bleek er op de diensten geriatrie een vraag te bestaan naar **een leidraad voor een uniforme aanpak van valproblematiek op de G-dienst** in het ziekenhuis. Het college heeft in samenwerking met enkele experts het initiatief genomen om een dergelijke praktijkrichtlijn te ontwerpen. Deze praktijkrichtlijn is een samenstelling van gegevens uit de literatuur met de opinie van enkele experts. Het is een leidraad, geen verplichting. Het kan u helpen om in uw dagelijkse praktijk valincidenten te detecteren, na te kijken en te behandelen, om zo nieuwe valincidenten en de mogelijk ernstige gevolgen te voorkomen.

De doelgroep waarop deze praktijkrichtlijn zich richt, is de oudere patiënt, opgenomen in het acute ziekenhuis. Sommige maatregelen zullen echter ook gebruikt kunnen worden in de chronische setting, in de thuissituatie, en misschien ook voor jongere patiënten. Het merendeel van de maatregelen moet zolang mogelijk verder gezet worden, ook na het ontslag van de patiënt. We willen graag benadrukken dat een duidelijke vermelding in het ontslagdocument van de valproblematiek en zijn oorzaak, alsmede de (verder te zetten) interventie bij het ontslag onontbeerlijk zijn om toekomstige valincidenten te vermijden. Tevens is het noodzakelijk alle valincidenten in het ziekenhuis te registreren, en moeten deze gegevens geanalyseerd en teruggekoppeld worden naar alle diensten. In bijlage vindt u een voorstel om op eenvoudige wijze een aantal belangrijke indicatoren te berekenen, om zo de evolutie van valproblematiek binnen uw ziekenhuis en dienst te kunnen opvolgen.

Een valincident heeft bij een oudere zelden één enkele oorzaak. De meest efficiënte aanpak is dan ook multifactorieel, waarbij alle oorzakelijke factoren door het multidisciplinaire team in kaart worden gebracht en samen behandeld worden.

Vallen bij ouderen wordt nog steeds teveel als "normaal" bestempeld. Het soms onvermijdelijke karakter van een val is dan ook één van de oorzaken van gebrek aan motivatie om de problematiek aan te pakken. Het is de taak van de gehele multidisciplinaire equipe van de geriatrie, maar ook van het management en de directie van het ziekenhuis, om de patiënt en zijn omgeving te motiveren om samen te werken aan een preventieve aanpak.

De praktijkrichtlijn is onderverdeeld in 4 hoofdstukken: case finding, multifactoriële evaluatie, multifactoriële interventies en transfer van informatie bij ontslag.



In de eerste fase gebeurt de identificatie van de risicogroep (*case finding*). Deze identificatie steunt op de recente valgeschiedenis en het klinische oordeel van een lid van het multidisciplinaire team (meestal is dit de arts of de verpleegkundige).

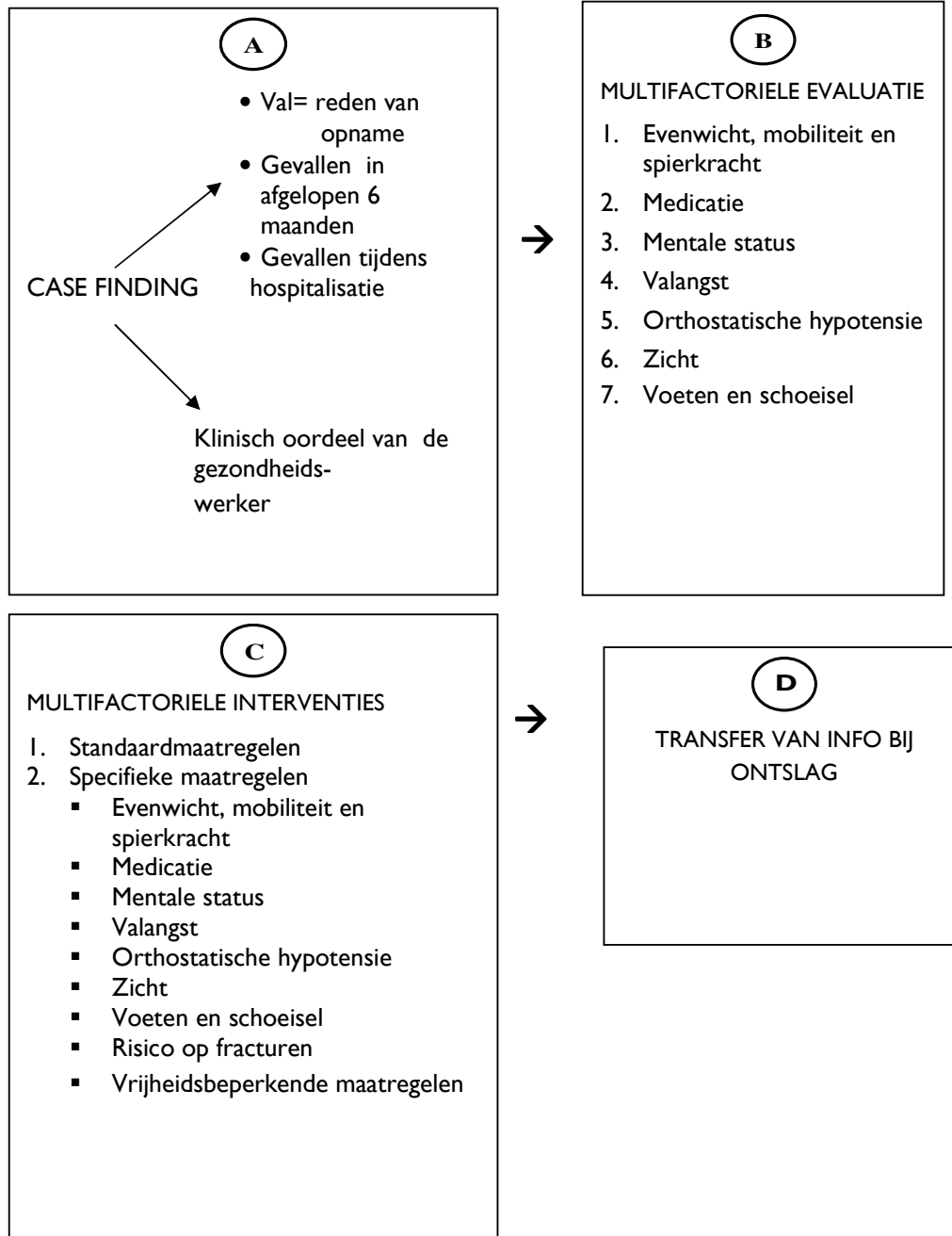
Vervolgens worden de risicopersonen uitgebreid geëvalueerd. Deze evaluatie gebeurt bij voorkeur in multidisciplinair verband (*multifactoriële evaluatie*). De meest voorkomende risicofactoren voor valincidenten werden geselecteerd waarop in de geriatrie ziekenhuissetting kan worden ingegrepen.

In een derde stap worden *multifactoriële interventies* voor de aanwezige risicofactoren voorgesteld.

Tenslotte moeten bij ontslag in het ontslagdocument alle gegevens en multifactoriële interventies rond de valproblematiek worden vermeld.

In deze 4 hoofdstukken kan niet altijd een duidelijk onderscheid gemaakt worden; de aanpak van valpreventie start immers al op het moment dat u de screeningsvraag stelt "Bent u recent gevallen?". Elke interventie vraagt daarenboven een continue bijsturing op basis van een gericht assessment. Zoals u zult zien, komen om die reden sommige punten voor in meerdere hoofdstukken.

Overzicht van de praktijkrichtlijn voor valpreventie bij geriatrische patiënten opgenomen in het ziekenhuis



Achtergrond

Vallen is een frequent voorkomend probleem in de ziekenhuizen. Zo'n 40% van alle incidenten binnen het ziekenhuis zijn valincidenten. Ongeveer 2 tot 17% van de patiënten valt tijdens hun hospitalisatie. Het aantal valincidenten varieert sterk van 1,4 tot 17,9 valincidenten per 1000 patiëntdagen en is afhankelijk van de patiëntenpopulatie en het type afdeling. Zo is het aantal valincidenten het grootst op de afdeling Geriatrie.

(Oliver et al., 2000; Hsu et al., 2004; Vassallo et al., 2004; Williams et al., 2005; Giles et al., 2006; Nakai et al., 2006; Schwendimann et al., 2006)

In vele gevallen houdt de patiënt lichamelijke verwondingen over aan zijn val. In ongeveer 30% van de gevallen betreft het kleine verwondingen, in 10% tot 15% van de gevallen echter ook ernstige verwondingen zoals botfracturen, letsels van de weke weefsels, ontwrichtingen, hersentraumata en zelfs overlijden. Drie vierde van de ernstige verwondingen zijn botfracturen. Ongeveer de helft van alle oudere personen die een heupfractuur oplopen als gevolg van een val zullen nooit meer in staat zijn te functioneren als voorheen en één op vijf personen sterft binnen de zes maanden. Daarnaast kan een valincident ook psychische implicaties hebben voor de oudere. De angst om opnieuw te vallen kan activiteitsbeperking en verhoogde afhankelijkheid met zich meebrengen. Andere geassocieerde psychische problemen zijn depressie, sociale isolatie en een verminderd zelfvertrouwen, met een verminderde kwaliteit van leven als gevolg.

Naast de lichamelijke en psychologische gevolgen voor de patiënt kunnen er ook schuldgevoelens optreden bij het personeel en familieleden. Klachten van de patiënt en familieleden kunnen uitmonden in juridische geschillen. Alle gevolgen van valincidenten kunnen hogere kosten met zich meebrengen.

(Fiesta, 1998; Oliver et al., 2000; Luxton & Riglin, 2003; Vassallo et al., 2004; Williams et al., 2005; Jeske et al., 2006; Schwendimann et al., 2006; Akyol, 2007; Milisen et al., 2007; Oliver et al., 2007)

Zowel intrinsieke als extrinsieke risicofactoren kunnen aan de oorsprong liggen van een val bij een gehospitaliseerde patiënt. Bij deze multifactoriële problematiek is een multidisciplinaire aanpak aangewezen. Hierbij is het gebruik van een standaard plan onontbeerlijk. Individuele studies tonen aan dat multifactoriële programma's werken, althans wanneer de interventies doelgericht inwerken op de individuele valrisicofactoren die bij de patiënt aanwezig zijn.

(Hayes, 2004; Lyons, 2005; Williams et al., 2005; Akyol, 2007; Oliver et al., 2007; Coussement et al., in press; Coussement et al., 2008)

Uit onderzoek blijkt dat minder dan 33% van de Belgische ziekenhuizen een gestructureerd en formeel valpreventiebeleid heeft. Omwille van deze vaststelling werd een praktijkrichtlijn ontwikkeld die Belgische diensten voor geriatrie kunnen gebruiken om hun eigen valpreventiebeleid te ontwikkelen of bij te sturen.

(Coussement et al., in press)

Definities

Een **valincident** wordt omschreven als “een onverwachte gebeurtenis waarbij de persoon 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)