

VALPREVENTIE IN WOONZORGCENTRA

PRAKTIJKRICHTLIJN VOOR VLAANDEREN



Valpreventie in Woonzorgcentra

Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen

*Milisen, K., Vlaeyen, E., Coussement, J., Leysens, G., Van der Elst, E.,
Boonen, S., Adriaenssens, J., Bautmans, I., Boone, A., Cambier, D.,
De Coninck, L., Delbaere, K., De Keyser, K., Descamps, J., Goemaere, S.,
Govaerts, F., Griep, L., Hamblok, T., Logist, R., Lyphout, H., Peeraer, J.,
Peeters, J., Sierens, H., Tessier, J., Van Aerschot, V., Van Croonenburg, M.,
Van den Noortgate, N., Vandermeulen, D., Wertelaers, A.,
Windey, T., Dejaeger, E.*

Acco Leuven / Den Haag



Met steun van de
Vlaamse overheid



Eerste druk : 2012

Gepubliceerd door

Uitgeverij Acco, Blijde Inkomststraat 22, 3000 Leuven (België)

E-mail : uitgeverij@acco.be - Website : www.uitgeverijacco.be

Voor Nederland :

- *Uitlevering* : Centraal Boekhuis bv, Culemborg

- *Correspondentie* : Acco Nederland, Westvlietweg 67 F, 2495 AA Den Haag

Omslagontwerp : www.frisco-ontwerpbureau.be

© 2012 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cvba), Leuven (België)
Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.

D/2012/0543/12

NUR 871

ISBN 978-90-334-8799-6

INHOUD

Dankwoord	7
Inleiding	9
Sterkte van de aanbeveling	13
Overzicht praktijkrichtlijn valpreventie voor woonzorgcentra in Vlaanderen	15
Verklarende woordenlijst.....	16
Doelgroep van de praktijkrichtlijn	23
1. Valpreventiemaatregelen op voorzieningsniveau	26
1.1 Maatregelen naar educatie en sensibilisatie van bewoner en familie	26
1.2 Maatregelen naar sensibilisatie van medewerkers en beleid	28
1.3 Infrastructuur en omgeving	30
1.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen	32
2. Individuele valpreventiemaatregelen	36
2.1 Voor wie	36
2.2 Multifactoriële evaluatie	38
2.2.1 Valregistratie	41
2.2.2 Valrisicofactoren	42
2.2.2.1 Evenwicht, mobiliteit en spierkracht.....	42
2.2.2.2 Medicatie.....	44
2.2.2.3 Orthostatische hypotensie	46
2.2.2.4 Zicht	48
2.2.2.5 Voeten en schoeisel	49
2.2.2.6 Omgeving en gedrag	52
2.2.2.7 Urinaire incontinentie.....	52
2.2.2.8 Valangst.....	54
2.3 Multifactoriële interventies	55
2.3.1 Interventies per valrisicofactor	57
2.3.1.1 Evenwicht, mobiliteit en spierkracht.....	57
2.3.1.2 Medicatie.....	63

2.3.1.3	Orthostatische hypotensie	66
2.3.1.4	Zicht	67
2.3.1.5	Voeten en schoeisel	69
2.3.1.6	Omgeving en gedrag	70
2.3.1.7	Urinaire incontinentie.....	72
2.3.1.8	Valangst	75
3.	Individuele fractuurpreventiemaatregelen.....	78
3.1	Voor wie	78
3.2	Interventies.....	78
3.2.1	Medicamenteuze behandeling	78
3.2.2	Heupbeschermers	81
4.	Follow-up van individuele maatregelen	84
5.	Implementatie	87
5.1	Beleid en personeel.....	87
5.1.1	Valpreventiecoördinator	87
5.1.1.1	Functieomschrijving.....	88
5.1.1.2	Competentieprofiel	88
5.1.2	Personeel	89
5.1.3	Directie en beleidsmedewerkers van de voorziening	89
5.2	Hoe bewoners motiveren?.....	90
	Contact Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV)	97
	Referentielijst.....	99
6.	Bijlagen	118
6.1	Werkfiche valpreventie voor woonzorgcentra	118
6.2	Testen bij de risicofactor 'Evenwicht, mobiliteit en spierkracht'	123
6.2.1	Four Test Balance Scale	123
6.2.2	Functional Reach.....	125
6.2.3	Timed Chair Stand Test.....	126
6.2.4	Maximale handknijpkracht	127
6.2.5	Timed Up & Go Test	129
6.2.6	Tinetti Test.....	130
6.3	Registratievoorbeeld volgens Navigator®.....	132

DANKWOORD

Deze praktijkrichtlijn is gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke evidentie en op de (klinische en wetenschappelijke) expertise van de leden van de werkgroep residentiële ouderenzorg van het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV), dit met steun van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Hieronder vindt u een opsomming van de leden van de werkgroep:

Partners van het samenwerkingsverband EVV

- ✓ Katholieke Universiteit Leuven
 - Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap
Prof. dr. Koen Milisen (voorzitter EVV)
 - UZ Leuven, Valkliniek van de Dienst Geriatrie en Centrum voor Metabole Botziekten
Prof. dr. Eddy Dejaeger, Prof. dr. Steven Boonen

- ✓ Universiteit Gent
 - Vakgroep Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie
Prof. dr. Dirk Cambier
 - Vakgroep Inwendige Geneeskunde
Dr. Stefan Goemaere

- ✓ Domus Medica
Dr. Arlette Wertelaers, Dr. Frans Govaerts

- ✓ Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten (WVVK)
Dhr. Theo Hamblok

- ✓ Wetenschappelijke Vereniging voor Verpleegkunde en Vroedkunde (WVVV)
Dhr. Jef Adriaenssens

- ✓ Vlaams Ergotherapeutenverbond (VE)
Mevr. Leen De Coninck, Dhr. Jonny Peeters

- ✓ Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG)
Prof. dr. Nele Van Den Noortgate, Prof. dr. Ivan Bautmans

- ✓ Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)
Mevr. Heleen Lyphout

Externe partners van het EVV

- ✓ Federatie Belgische Podologen (FBP)
Mevr. Charlotte De Jonckheere
- ✓ Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)
Dhr. Joris Peeraer
- ✓ Zorgnet Vlaanderen
Dhr. Alain Boone, Dhr. Rudi Logist, Mevr. Karolien De Keyser, Mevr. Hilde Sierens, Dhr. Tarsi Windey
- ✓ Federatie Onafhankelijke Seniorencare (FOS)
Dhr. Luc Griep
- ✓ FERUBEL (Vertegenwoordigende werkgeversvereniging van ouderenvoorzieningen voor Vlaamse initiatiefnemers in Vlaanderen en Brussel)
Dhr. Daniël Vandermeulen
- ✓ Lokaal Gezondheidsoverleg (Logo's)
Mevr. Veerle Van Aerschot (Logo-Dender vzw), Mevr. Mieke Van Croonenburg (Logo-Waasland vzw)
- ✓ Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's)
Mevr. Julie Descamps

Stafmedewerkers EVV:

- ✓ Mevr. Ellen Vlaeyen, Mevr. Joke Coussement, Mevr. Greet Leysens en Mevr. Elisa Van der Elst

Graag willen we ook een dankwoord uitspreken aan de personen die bijkomend hun *expert opinion* hebben gegeven:

- ✓ Dr. Kim Delbaere, Falls and Balance Research Group, Neuroscience Research Australia, University of New South Wales, Sydney, Australië
- ✓ Prof. Dr. Fabienne Dobbels, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U.Leuven
- ✓ Dhr. Joris De Schepper, Artevelde Hogeschool Gent/UGent
- ✓ De directie en het personeel van woonzorgcentra Dijlehof, De Beuken, Ter Linden, St. Henricus, Europasquare, Melgeshof en De Plataan

INLEIDING

In woonzorgcentra is vallen een omvangrijk probleem. Ongeveer 30 tot 70 procent van de ouderen valt één maal per jaar, waarvan 15 tot 40 procent meerdere keren per jaar valt. Het risico neemt toe bij bewoners met cognitieve stoornissen. Het aantal valincidenten per bed bij ouderen in woonzorgcentra met een fysieke zorgbehoefendheid bedraagt gemiddeld 1,4 per jaar, terwijl bij ouderen in woonzorgcentra met een psychogeriatrisch profiel de valincidentie zelfs kan oplopen tot gemiddeld 2,2 valincidenten per bed per jaar. Dit gemiddelde ligt tot driemaal hoger dan in de thuissituatie.

Ouderen in woonzorgcentra ondervinden vaak ernstigere gevolgen na een valincident dan ouderen in de thuissetting. Een valincident heeft in woonzorgcentra verschillende gevolgen die kunnen variëren in ernst, gaande van schaafwonden en kneuzingen (20%), snij- of scheurwonden en hematomen (17,5%) tot hoofdtrauma's en ernstige verwondingen aan de weke delen (11%), heupfracturen (4,6%) en andere fracturen (1,4%). In 44 procent van de valincidenten is een opname in het ziekenhuis onvermijdelijk. Binnen 12 maanden na een val met heupfractuur sterft 35 procent van de patiënten opgenomen in woonzorgcentra. Dit toegenomen sterfterisico blijft behouden tot 10 à 15 jaar na de heupfractuur. Slechts 13 procent van de patiënten, geopereerd aan een heupfractuur, herwint het functioneringsniveau van voor het valincident. Valincidenten hebben niet enkel fysieke, maar ook psychologische gevolgen. Zo blijkt dat 50 procent van de nieuw opgenomen ouderen in woonzorgcentra angst heeft om te vallen. Van deze bewoners geeft 67 procent aan zijn activiteiten te beperken omdat men angst heeft om te vallen. Andere gevolgen van valangst zijn een vermindering in mobiliteit, een lagere participatie in sociale activiteiten, depressie en een gedaalde kwaliteit van leven. Al deze gevolgen gaan gepaard met een toename in de

kosten. De gemiddelde kost van een doorsneeval in woonzorgcentra bedraagt €1402 per val en dit binnen een periode van één jaar na de val.¹ In een *best case* scenario, waar er geen of slechts mineure letsels (bijvoorbeeld verstuiking) worden opgelopen, variëren de kosten tussen €54 en €7640. De kost van een *worst case* scenario, met meerdere ernstige letsels zoals een heupfractuur, kan variëren tussen €421 en €49.687. Valincidenten kunnen eveneens leiden tot klachten van bewoners of familieleden, juridische gevolgen en gevoelens van angst of schuld bij familie of bij het personeel.

De praktijkrichtlijn valpreventie Vlaanderen die in dit document beschreven staat, heeft als doel een overzicht te bieden van wat op basis van de tot nu toe beschikbare wetenschappelijke evidentie effectief is in het voorkomen van valincidenten bij ouderen verblijvend in woonzorgcentra, aangevuld met de nodige klinische expertise. Het is een leidraad, geen verplichting. Het kan u helpen om in uw dagelijkse praktijk valincidenten te detecteren, te evalueren en te behandelen, om zo nieuwe valincidenten en de mogelijk ernstige gevolgen te voorkomen. Bij het implementeren van de praktijkrichtlijn valpreventie in de woonzorgcentra in Vlaanderen dient steeds rekening te worden gehouden met de individuele context van de bewoner, alsook het eigen professionele inzicht en de karakteristieken van de voorziening.

Een valincident heeft zelden één enkele oorzaak. De meest efficiënte aanpak is dan ook multifactorieel, waarbij alle oorzakelijke factoren door het interdisciplinaire team in kaart moeten gebracht worden en samen behandeld worden. Omwille van tijdsgebrek kan het noodzakelijk zijn om risicofactor per risicofactor te evalueren en hierop te interveniëren. Daarnaast wordt vallen bij ouderen te vaak als 'normaal' bestempeld, zowel door de oudere zelf als door welzijns- en zorgverleners. Het soms onvermijdelijke karakter van een val is

¹ Deze bedragen uit de studie van Sorensen et al. (2006) werden in Amerikaanse dollar weergegeven en zijn voor deze tekst omgezet in euro waarbij \$1 = €0,7491.

dan ook één van de belangrijkste oorzaken van gebrek aan motivatie om de problematiek aan te pakken. Het is de taak van het gehele interdisciplinaire team van de voorziening, maar ook van directie en beleidsmedewerkers, de Coördinerend en Raadgevende Arts (CRA) en huisarts, om de bewoner en zijn omgeving te motiveren om samen te werken aan een preventieve aanpak. Tevens is het noodzakelijk alle valincidenten in woonzorgcentra te registreren, en moeten deze gegevens geanalyseerd en teruggekoppeld worden naar het personeel.

De praktijkrichtlijn is onderverdeeld in 5 hoofdstukken: valpreventie-maatregelen op voorzieningsniveau, individuele valpreventiemaatregelen, individuele fractuurpreventiemaatregelen, follow-up en implementatie (zie overzichtsschema p 15). Het eerste hoofdstuk '**maatregelen op voorzieningsniveau**' bestaat uit algemene maatregelen die zich niet specifiek richten op het individueel risicoprofiel van elke bewoner, zoals educatie en sensibilisatie van medewerkers en beleid van de voorziening. Een tweede hoofdstuk bevat '**individuele valpreventiemaatregelen**'. Deze maatregelen zijn specifiek afgestemd op de individuele bewoner, waardoor de praktijkrichtlijn kan worden toegepast bij ouderen met een diversiteit aan zorgafhankelijkheid. Bewoners worden 1) bij opname, 2) na elk valincident waar uit de omstandigheden van de val blijkt dat dit nodig is, 3) wanneer de algemene toestand wijzigt (bijvoorbeeld na een hospitalisatie) of 4) op zijn minst jaarlijks uitgebreid geëvalueerd (**multifactoriële evaluatie**). Deze evaluatie gebeurt bij voorkeur in interdisciplinair verband. De werkgroep selecteerde de meest voorkomende risicofactoren voor valincidenten waarop in de voorziening kan worden ingegrepen. Nadien worden **multifactoriële interventies** voor de aanwezige risicofactoren voorgesteld. Het derde onderdeel '**individuele fractuurpreventiemaatregelen**' geeft een overzicht van maatregelen die kunnen worden toegepast ter preventie van fracturen. In de vierde stap wordt gekeken naar '**follow-up**'. Het vijfde en laatste hoofdstuk

betreft de **'implementatie'** van de praktijkrichtlijn in de eigen voorziening. Bij voorkeur wordt één personeelslid aangeduid als valpreventiecoördinator (zie 5.1.1). De valpreventiecoördinator staat, in samenwerking met het hele team, in voor de implementatie en het opvolgen van de verschillende delen van de praktijkrichtlijn.

Voor ouderen met cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld gekende dementie) zijn er tot op heden onvoldoende argumenten voor of tegen valpreventiestrategieën. Naast de cognitieve status op zich, komen de meeste risicofactoren bij ouderen met cognitieve stoornissen en dementie echter overeen met de risicofactoren bij ouderen die cognitief intact zijn.

(AGS, 2010; Becker 2010; Chen, 2008; Close, 2011; Cusimano, 2008; Dejaeger, 2008; Fiesta, 1998; Folman, 1994; Gibson, 2008; Gillespie, 2007; Haentjens, 2010; Härlein, 2009; Jensen, 2002; Kerse, 2008; Masud, 2001; Milisen, 2009a; Nakamura, 2010; Neyens, 2006; Neyens, 2009; NVKG richtlijn 2004; Oliver, 2007; Ooms, 1994; Rapp, 2008a & 2008b; Rubenstein, 1990; Scheffer, 2008; Sawka, 2010; Shaw, 2002; Sorensen, 2006; Tideiksaar, 1988; Tinetti, 2003; Vellas, 1997; Vu, 2006.)

STERKTE VAN DE AANBEVELING

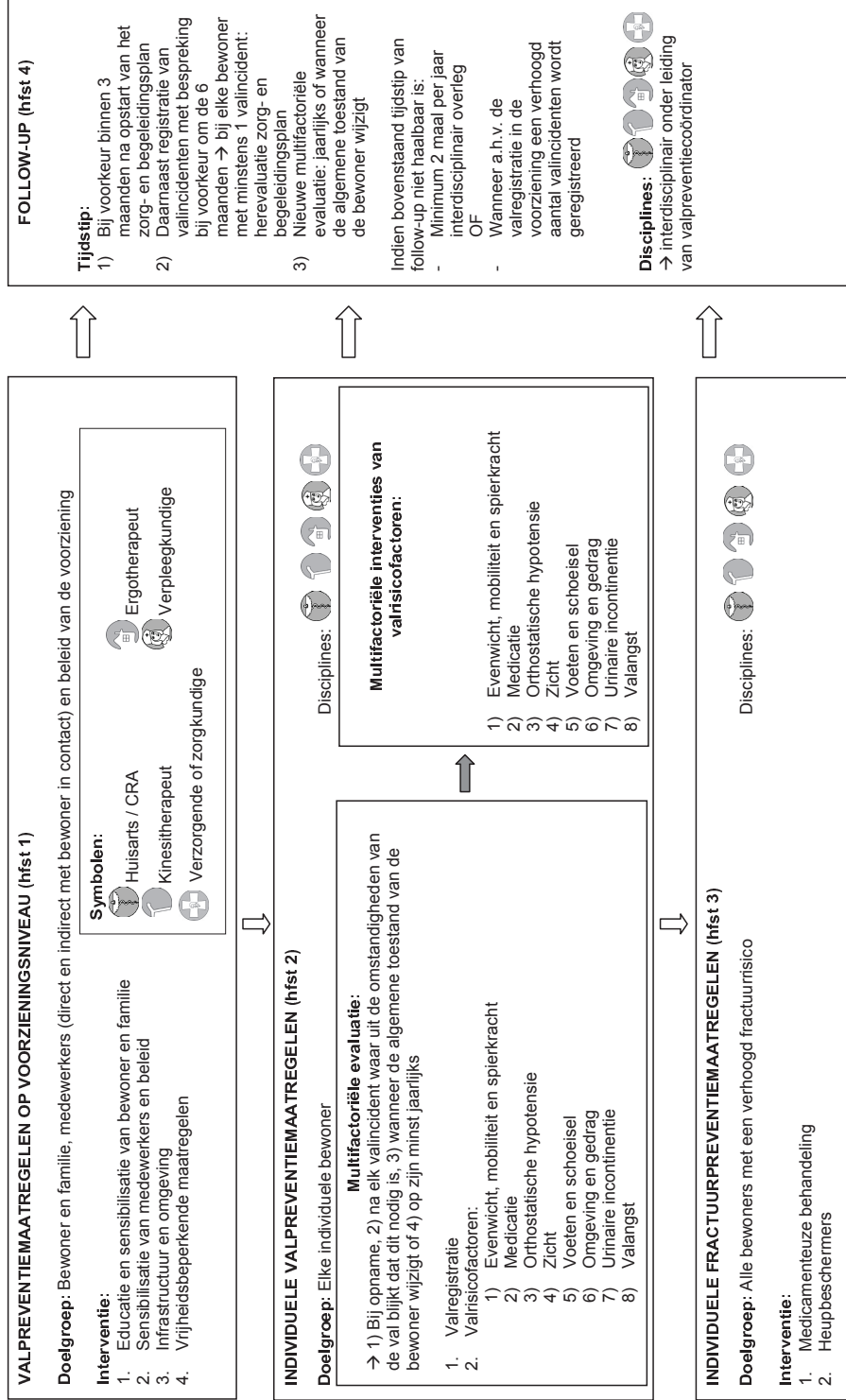
Het niveau van evidentie voor valpreventiemaatregelen in woonzorgcentra is niet eenduidig. Ten opzichte van de thuissetting, is er in woonzorgcentra minder onderzoek verricht en is de evidentie niet zo sterk. Er zijn aanwijzingen dat multifactoriële interventies, zoals weergegeven in deze praktijkrichtlijn, effect zouden kunnen hebben en dit voornamelijk wanneer de multifactoriële interventies aangeboden worden door een gecoördineerd interdisciplinair team.

De praktijkrichtlijn is gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke evidentie en op de expertise van de partners van het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). Voor het niveau van evidentie van valpreventiemaatregelen weergegeven in deze praktijkrichtlijn, verwijzen wij naar de volgende reviews:

- ✓ Cameron, I.D., Murray, G.R., Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Hill, K.D., Cumming, R.G., Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals (Review). *The Cochrane Library 2010*, Issue 2.
- ✓ Cusimano, M.D., Kwok, J., & Spadafora, K. (2008). Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care. *Injury Prevention*, 14, 113-122.
- ✓ Neyens, J.C., van Haastregt, J.C., Dijcks, B.P., Martens, M., van den Heuvel, W.J., de Witte, L.P., & Schols, J.M. (2011) Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing falls in elderly people in long-term care facilities: a systematic review of RCTs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(6), 410-425.

- ✓ Oliver, D., Connelly, J.B., Victor, C.R., Shaw, F.E., Whitehead, A., Genc, Y., Vanoli, A., Martin, F.C., & Gosney, M.A. (2007). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *British Medical Journal*, 334(7584), 82.
- ✓ Vu, M.Q., Weintraub, N., & Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in the nursing home: Are they preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, S53-S58.

OVERZICHT PRAKTIJKRICHTLIJN VALPREVENTIE VOOR WOONZORGCENTRA IN VLAANDEREN



VERKLARENDE WOORDENLIJST

Misverstanden kunnen ontstaan omwille van een foutieve interpretatie van concepten. Om dit tot een minimum te herleiden, wordt aan deze praktijkrichtlijn een verklarende woordenlijst toegevoegd.

✓ **Assistentiewoningen**

Een groep van assistentiewoningen is “een voorziening die bestaat uit een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder die er zelfstandig verblijven in individuele aangepaste wooneenheden, huisvesting wordt gegeven en ouderenzorg waarop zij facultatief een beroep kunnen doen”.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

✓ **Bewoner**

“Een gebruiker die in een woonzorgcentrum verblijft”.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

✓ **Bewoners die geen voordeel hebben aan een evaluatie van de meest voorkomende en wijzigbare valrisicofactoren en daaruit volgend zorgplan**

Met bewoners die geen voordeel hebben aan een evaluatie wordt verstaan bewoners met een volledige immobiliteit, bewoners in een terminaal stadium en bewoners met ernstige cognitieve stoornissen op basis van klinisch oordeel.

✓ **Bewoners met een volledige immobiliteit**

Bewoners met een volledige immobiliteit zijn bedlegerige ouderen en volledig rolstoelgebonden bewoners, die niet zelfstandig kunnen rechtstaan.

✓ **Body Mass Index**

Body Mass Index of BMI is “een index die de voedingstoestand van volwassenen weergeeft en wordt gedefinieerd als: lichaamsgewicht (kg) / (lengte (m) x lengte (m))”. Een BMI kan onderverdeeld worden in de volgende categorieën:

Tabel 1: BMI classificatie, WHO

BMI	Voedingsstatus
<18,50	Ondergewicht
18,50 tot 24,99	Gezond, normaal gewicht
25,00 tot 29,99	Pre-obesitas
30,00 tot 34,99	Obesitas klasse I
35,00 tot 39,99	Obesitas klasse II
≥ 40,00	Obesitas klasse III (morbide obesitas)

(World Health Organization, 2011a.)

✓ **Centrum voor kortverblijf**

Een centrum voor kortverblijf is “een voorziening waar aan gebruikers van 65 jaar of ouder ofwel gedurende een beperkte periode dag en nacht, ofwel alleen 's nachts huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden”.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

✓ **Dagverzorgingscentrum**

Een dagverzorgingscentrum is “een voorziening die als opdracht heeft de gebruiker van 65 jaar of ouder in daartoe bestemde lokalen, dagverzorging,

alsook geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke persoonsverzorging en huishoudelijke hulp te bieden”.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

✓ **Dual-energy x-ray absorptiometry**

Dual-energy x-ray absorptiometry of DXA is “een methode om de botminerale dichtheid te meten ter hoogte van de ruggengraat en heup”.

(Blake, 2010.)

✓ **Interdisciplinair**

“Interdisciplinair werken impliceert dat teamleden op vrij regelmatige basis samen aan tafel zitten om in overleg tot een diagnose te komen, doelstellingen te bepalen, zorgplannen uit te werken, gegevens uit te wisselen, resultaten te bespreken, maar ook om de uitgestippelde strategieën te evalueren en bij te sturen. Soms worden ook behandelingen gedeeltelijk of volledig samen uitgevoerd. Het team is samengesteld uit verschillende disciplines met als doel de zorgvraag van de zorgvrager en het cliëntsysteem grondig te bestuderen, te analyseren en aansluitend daarop planmatig en doelgericht te handelen.”

(Coussens, 2010.)

✓ **Multidisciplinair**

“Multidisciplinair zorg verstrekken betekent dat personen van verschillende disciplines nadenken over hoe en door wie een probleem het best kan worden aangepakt”.

(Coussens, 2010.)

✓ **Oudere**

Een oudere is een persoon van 65 jaar of ouder.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

✓ **Ouderenvoorziening**

De term 'ouderenvoorziening' verwijst naar: een dagverzorgingscentrum, een centrum voor kortverblijf, een groep van assistentiewoningen of een woonzorgcentrum.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

✓ **Predisponerende factoren**

Predisponerende factoren zijn voorbeschikkende of kwetsbaarheidsfactoren. Het zijn reeds langer bestaande beperkingen die het risico of de basale gevoeligheid op valincidenten verhogen.

✓ **Registratie**

Registratie is "het opnemen en vastleggen van gegevens".

(Van Dale, n.d.)

✓ **Residentiële ouderenzorg**

De residentiële ouderenzorg wordt omschreven als "voorzieningen die woongelegenheid met gemeenschappelijke voorzieningen verschaffen voor ouderen waarvan de meerderheid nood heeft aan ondersteuning in de activiteiten van het dagelijkse leven."

(Cameron, 2005; Cusimano, 2008.)

✓ **Terminale ouderen**

Terminale ouderen zijn ouderen in het terminaal levensstadium. Het terminaal levensstadium is de fase van het levensproces waarin de bewoner binnen afzienbare tijd zal overlijden. Hij is meestal uiterst zwak, bedgebonden, kan suf en verward zijn en heeft meestal moeilijkheden met slikken. Naast aandacht voor het comfort van de bewoner, is het ook belangrijk de familie voor te bereiden op zijn overlijden.

(Handboek palliatieve zorg voor professionelen, 2000; LevensEinde InformatieForum, 2011.)

✓ **Transfer**

Bewegen van één oppervlakte naar een ander, zoals glijden over een bank of het bewegen van een bed naar een zetel, zonder verandering van de lichaamspositie (World Health Organization, 2011b.). Een transfer is dus een dynamische verplaatsingshandeling, waarbij de oudere een 'actieve' rol heeft. In tegenstelling tot 'verplaatsing' waarbij de oudere passief door één of meerdere verzorgende(n) naar een ander oppervlak wordt gebracht.

✓ **Valincident**

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

(Lamb, 2005.)

✓ **Verplaatsing**

Bewegen over één oppervlakte naar een ander waarbij de lichaamspositie wijzigt, zoals bij het zich verplaatsen van een zittende positie in de zetel naar het toilet (met tussenin stappen om van de ene ruimte naar de andere te komen).

(World Health Organization, 2011b.)

✓ **Woonzorgcentrum**

Een woonzorgcentrum is een voorziening die bestaat uit een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

✓ **Zorg- en begeleidingsplan**

Het zorg- en begeleidingsplan heeft tot doel de zorgverlening aan de gebruiker continu en op maat te laten verlopen in functie van diens evoluerende zorgbehoeften. Elk erkend woonzorgcentrum maakt voor elke bewoner een geïndividualiseerd zorg- en begeleidingsplan op dat minstens de volgende gegevens bevat: de identiteitsgegevens, de behandelende arts, de persoon of personen die in geval van nood verwittigd moeten worden, persoonlijke kenmerken, levensloop, individuele behoeften of wensen, de afspraken rond de aangeboden zorg, de afstemming van de zorgverlening, de afspraken rond vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten.

(Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)



DOELGROEP VAN DE PRAKTIJKRICHTLIJN

De primaire doelgroep van de praktijkrichtlijn valpreventie voor woonzorgcentra in Vlaanderen zijn **ouderen die verblijven in woonzorgcentra**, in het bijzonder bewoners van rusthuizen (ROB) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT's). Voor de assistentiewoningen (serviceflats), dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf verwijzen we in functie van het profiel van de bewoner naar de praktijkrichtlijn voor woonzorgcentra of naar de praktijkrichtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen: Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen'². Voor **ouderen met cognitieve stoornissen** zijn er tot op heden onvoldoende argumenten voor of tegen het toepassen van de praktijkrichtlijn. Voorzieningen dienen op basis van klinisch oordeel in te schatten of bewoners met (ernstige) cognitieve stoornissen een voordeel hebben aan een evaluatie en een daaruit volgend zorg- en begeleidingsplan.

Deze praktijkrichtlijn voor woonzorgcentra bestaat uit valpreventie-maatregelen die kunnen worden opgedeeld in enerzijds maatregelen op voorzieningsniveau en anderzijds individuele maatregelen gericht naar elke bewoner. Maatregelen op voorzieningsniveau richten zich naar bewoner, familie en medewerkers van de voorziening. Hieronder vallen ook de acties die zich richten op omgevingsveiligheid en vrijheidsbeperkende maatregelen. Acties gericht naar de bewoner en zijn familie betreffen educatie en sensibilisatie onder andere door het ontwikkelen van een folder om het probleem van valincidenten bespreekbaar te maken. Daarnaast zijn er maatregelen voor de beweging en activering van de bewoner. Deze maatregelen op voorzieningsniveau voor de bewoners zijn niet specifiek

² Zie www.valpreventie.be.

gericht op het individueel risicoprofiel van elke bewoner. Ten slotte worden er maatregelen beschreven voor de educatie en sensibilisatie van medewerkers en beleid van de voorziening.

Individuele valpreventiemaatregelen daarentegen zijn interventies die focussen op het specifieke risicoprofiel van elke bewoner afzonderlijk. Door middel van een assessment worden bij iedere bewoner specifieke interventies toegewezen. Risicofactoren waarop kan worden geïntervenieerd in deze praktijkrichtlijn zijn: 'evenwicht, mobiliteit en spierkracht', 'medicatie', 'orthostatische hypotensie', 'zicht', 'voeten en schoeisel', 'omgeving en gedrag', 'urinaire incontinentie' en 'valangst'. Aangezien niet alle valincidenten te vermijden zijn, worden tot slot maatregelen ter preventie van fracturen beschreven.

(Becker, 2010; Milisen, 2010.)