

# 1. VALPREVENTIEMAATREGELEN OP VOORZIENINGSNIVEAU

---

Hieronder worden de maatregelen op voorzieningsniveau besproken die kunnen worden toegepast.

## 1.1 Maatregelen naar educatie en sensibilisatie van bewoner en familie

---

Volgende maatregelen naar educatie en sensibilisatie van bewoner en familie kunnen in de eigen voorziening worden geïmplementeerd:

- ✓ Het verantwoordelijk personeelslid kan bij opname een algemene informatie- of educatiefolder aan de bewoner en zijn familie/begeleider toelichten en meegeven. Hierdoor kan het probleem van **valincidenten bespreekbaar** worden gemaakt.
- ✓ Naast de algemene informatie- of educatiefolder kan aan bewoners die cognitief voldoende intact zijn, **mondeling en schriftelijk informatie** over de **belangrijkste valrisicofactoren en aandachtspunten** worden gegeven. Hierbij is het belangrijk informatie te verlenen over het veilig en juist hanteren van hulpmiddelen en de bewoner bedacht te laten zijn op aandacht voor veilige transfers.
- ✓ Een ander belangrijk aspect in verband met educatie van de bewoner betreft **risicovol gedrag** (zie ook 2.2.2.6). Een bewoner die risicovol gedrag stelt, kan dit doen omwille van onvoldoende kennis over valrisicogedrag. Daarentegen komt het ook voor dat een bewoner, ondanks het bewust zijn van risicovol gedrag, dit toch negeert. Uit literatuur blijkt dat duiding van risicovol gedrag tijdens educatieve

groepssessies effectief is in het kader van valpreventie. Naast het duiden van het onveilige gedrag, dient de hulpverlener zich voldoende bewust te zijn van de waarde van bekrachtiging van positief gedrag. Bekrachtiging van positief gedrag bevordert de vertrouwensrelatie met de bewoner, wat op zich dan weer een gunstig effect heeft op therapietrouw. De hulpverlener overloopt samen met de bewoner wat veilig gedrag is. Dit houdt in:

- Aandacht houden bij de activiteit. Bijvoorbeeld tijdens het stappen geen discussies voeren;
- Geen dubbele activiteiten (dus simultaan motorische stabiliteitsvereisende handelingen) uitvoeren. Bijvoorbeeld eerst kledij aandoen, pas daarna zich verplaatsen;
- Indien wenselijk gaan zitten bij het uitvoeren van activiteiten. Bijvoorbeeld zich aankleden of wassen aan de wastafel vanuit zit;
- Aangepast schoeisel op een correcte manier dragen. Bijvoorbeeld het schoeisel volledig aandoen;
- De verlichting optimaal gebruiken. Bijvoorbeeld licht aansteken bij het opstaan bij valavond of 's nachts (zie ook 1.3);
- Wat gemorst is onmiddellijk (laten) opkuisen. Bijvoorbeeld water of etensresten op de grond opruimen;
- In de gangen en gemeenschappelijke ruimten stappen aan de kant waar steunpunten zijn en geen obstakels.

De hulpverlener coacht de bewoner om tot inzicht te komen in het eigen gedrag, en bespreekt samen met de bewoner hoe dit onveilige gedrag kan worden omgezet naar veilig gedrag.

- ✓ Moedig de bewoner aan om zo **fit en actief** mogelijk te blijven. Gezien bewegen een directe invloed heeft op de fysieke fitheid, is het aanbevolen om dagelijks licht tot matig te bewegen. Deze fysieke activiteit wordt best blijvend geïntegreerd in de dagelijkse activiteiten van de bewoner. Dit kan

door de bewoner te stimuleren deel te nemen aan het 'fysieke activiteiten aanbod' van de voorziening.

(Becker, 2010; De Coninck, 2010; De Coninck, 2011; Rapp, 2008a.)

## 1.2 Maatregelen naar sensibilisatie van medewerkers en beleid

---

Door middel van educatie en voorlichting van medewerkers en beleid kan de continue alertheid naar valpreventie op punt worden gehouden. Daarbij kunnen volgende maatregelen aan bod komen:

- ✓ Het is belangrijk om valpreventie **in het dagelijkse zorgproces** onder de aandacht te brengen, bijvoorbeeld door de evaluatie en interventies aangaande valrisico's bij bewoners te bespreken tijdens de overlegmomenten.
- ✓ In de voorziening wordt er een zorgvuldige **registratie** van valincidenten uitgevoerd (zie ook 2.2.1). Bovendien kan er maandelijkse informatie worden bezorgd aan de verschillende afdelingen over het aantal valincidenten en het aantal vellers (op basis van bovenstaande registratie).
- ✓ Zowel de vaste als de tijdelijke personeelsleden (stagiairs, jobstudenten, vrijwilligers) dienen te worden **geïnformeerd en gesensibiliseerd** over risicofactoren voor valincidenten, preventieve maatregelen die hieraan kunnen worden gekoppeld, voorzieningsafspraken omtrent acties na een valincident, het uitvoeren van veilige transfertechnieken en het correct gebruik van hulpmiddelen.
- ✓ Een goede **personeelsplanning** met voldoende verpleegkundigen en zorgkundigen op de afdeling kan een meerwaarde hebben ten aanzien van valpreventie, zodat een adequaat toezicht op de bewoners kan worden gewaarborgd.

- ✓ Daarnaast is advies ten aanzien van het personeel wenselijk wat betreft het **eigen gedrag** dat invloed heeft op het valrisico van de bewoner. Concreet betekent dit:
  - Verplaatsbare obstakels nooit plaatsen aan de kant waar steunpunten zijn aangebracht. Bijvoorbeeld de verzorgingskarren niet tegen de steunbaren in de gang plaatsen;
  - Verplaatsbare obstakels aan dezelfde zijde van de gang plaatsen. Er dus voor zorgen dat de bewoner niet dient te slalommen tussen de verzorgingskarren;
  - Natte vloeren duidelijk aanduiden, door bijvoorbeeld een waarschuwingsteken in de gang te plaatsen wanneer er wordt gepeetst;
  - De bewoner voldoende de tijd geven om een activiteit veilig uit te voeren;
  - Aandacht hebben voor het behoud en herstel van de normale darm- en blaasfunctie van de bewoner.
- ✓ Belangrijk voor het welslagen van een valpreventieprogramma is het **interdisciplinair samenwerken**. Alle disciplines (kinesitherapeuten, ergotherapeuten, zorgkundigen, verpleegkundigen, huisartsen..., maar ook animatoren, vrijwilligers, vervoersverantwoordelijken, zoals chauffeurs dagverzorging, stagiairs en vakantiejobs) dienen hun zorg of taken op elkaar af te stemmen en te integreren in het belang van de bewoner. Al te vaak werken de verschillende disciplines langs elkaar. Een voorbeeld hiervan is de bewoner die dagelijks een half uur stapt met de kinesitherapeut, maar de rest van de dag in een zetel zit en met de rolstoel naar het toilet wordt gebracht in plaats van te wandelen. Valpreventieprogramma's waarbij interdisciplinair wordt gewerkt, blijken een beter effect te hebben dan programma's waar niet wordt samengewerkt. De afzonderlijke elementen van valpreventie hebben duidelijk minder effect dan het geïntegreerde geheel. Er wordt pas een

goed resultaat verkregen als de zorg samen door de verschillende disciplines en het beleid wordt gedragen.

- ✓ Om een goede implementatie te bekomen van de praktijkrichtlijn is een **visie van de directie en beleidsmedewerkers** noodzakelijk die openstaat voor valpreventiemaatregelen en een afbouw van fixatie. De praktijkrichtlijn moet top-down en bottom-up worden ondersteund. Er dient rekening te worden gehouden met zorgteams die functioneren op een zeer verschillend kwaliteitsniveau. Dit heeft vanzelfsprekend ook effect op de kwaliteit van het valpreventieprogramma.

Voor meer informatie over de implementatie van de praktijkrichtlijn in de eigen voorziening en de rol van het beleid en het personeel hierin, zie ook 5.1.

(Becker, 2003; Becker, 2010; Bouwen, 2008; Cameron, 2010; De Coninck, 2010 & 2011; De Lepeleire, 2007; Gillespie, 2005; Meyer, 2003; Milisen, 2009b; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2004; Neyens, 2009; Rapp, 2008a; Ray, 1997; Rubenstein, 1990; Shimada, 2009; Vu, 2006.)

### 1.3 Infrastructuur en omgeving

---

Ook risicovolle situaties in de omgeving van de bewoner zijn belangrijke valrisicofactoren. Voorzieningen moeten voldoen aan de criteria van het bestaande veiligheidsbeleid. Het management van de voorziening is verantwoordelijk om in een goede en veilige architectuur van de setting te voorzien. Risico's in de omgeving kunnen in eerste instantie op basis van een klinische indruk worden vastgesteld. Alle ruimtes, die toegankelijk zijn voor de bewoner, dienen geïnspecteerd te worden. Locaties die soms uit het oog verloren worden, zijn de inkom, de lift en de onmiddellijke omgeving van de kamer van de bewoner (waaronder het persoonlijk en gezamenlijk terras).

Aandachtspunten voor een veilige omgeving binnen de voorziening zijn:

- ✓ Een **obstakel** in de omgeving (op de kamer van de bewoner of in de gemeenschappelijke ruimten van de voorziening) kan een valincident veroorzaken. Obstakels die worden geassocieerd met een verhoogde kans op een valincident zijn onder andere verzorgingskarren, geparkeerde loophulpmiddelen, losse kabels, drempels of overgangen tussen verschillende vloerooppervlakten, onaangepaste meubelhoogtes en slechte verlichting. Logischerwijs zal het verwijderen of duidelijk aangeven van het obstakel leiden tot een vermindering van het valrisico.
- ✓ Kijk **hulpmiddelen** regelmatig na op defecten of slijtage, en herstel of vervang indien nodig.
- ✓ Zorg voor een **adequate verlichting en bereikbare schakelaars**, zowel in kamer, badkamer als gang, en dit zowel overdag als 's nachts (schaduw en reflectie worden best vermeden). Aanbevolen lichthoeveelheid wordt hieronder weergegeven in tabel 2.

*Tabel 2: Aanbevolen lichthoeveelheid volgens Europese en Aangepaste Standaard  
(Bron: De Lepeleire, 2007)*

Plaats	Europese Standaard (Lux)	Aangepaste Standaard* (Lux)
Inkomhal	200	310
Lees- en zitplaatsen	500	775
Gang:		
Overdag	200	310
's Nacht	50	77,5
Badkamers en toiletten voor bewoners	200	310
Cafetaria en eetruimten	200	310
Trappen	150	232,5
Kamers:		
Algemene belichting	100	155
Tafel en stoel	500	775

\*Aangepaste standaard voor ouderen: Europese Standaard verhoogd met 55%.

- ✓ Laat geen gladde of natte **vloer** achter. Maak indien mogelijk een werkplanning op waarbij ruimtes worden gereinigd op ogenblikken dat er weinig ouderen aanwezig zijn in die ruimte, en laat het onderhoudspersoneel de natte vloeren tijdelijk aangeven met bijvoorbeeld een opvallend bord.
- ✓ Zorg voor een **verhoging van het toilet** indien nodig.
- ✓ Voorzie **antislipmateriaal** in de badkamer, en creëer tijdens het gebruik van de badkamer geen gevaarlijke situaties door bijvoorbeeld vuile kleren en wasgoed op de grond te laten liggen.
- ✓ Voorzie voldoende **steunpunten** in alle ruimtes van het WZC, zowel de persoonlijke ruimte van de bewoner, als gezamenlijke ruimtes.
- ✓ Zorg voor een degelijk **alarmeringssysteem**.
- ✓ In literatuur wordt omschreven dat een nieuwe omgeving (bijvoorbeeld een opname in een woonzorgcentrum) tot een verhoogd valrisico kan leiden. Zorg voor een duidelijke **markering en signalisatie** in het woonzorgcentrum.
- ✓ Zorg voor een voldoende brede en veilige **doorgang**.

Zie ook 2.2.2.6 voor meer informatie omtrent de evaluatie van omgeving en gedrag van de bewoner.

(Becker, 2003; Bouwen, 2008; De Coninck, 2011; De Lepeleire, 2007; Dyer, 2004; Healey, 1994; Jensen, 2002; Meyer, 2003; Milisen, 2009b; Neyens, 2009; NVKG richtlijn 2004; Oliver, 2007; Rapp, 2008a; Ray, 1997; Rubenstein, 1990; Shimada, 2009; Simpson, 2004; Vu, 2006; Woonzorgdecreet Vlaamse Gemeenschap, Belgisch Staatsblad 2009.)

## 1.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen

---

Het voorkomen van valincidenten is de meest vermelde reden voor het gebruik van fysieke fixatie. Fysieke fixatie wordt omschreven als “elke handeling of het gebruik van materiaal, met de opzettelijke bedoeling de

bewegingsvrijheid van de bewoner te beperken. Bovendien kan het fixatiemateriaal door de bewoner niet gemakkelijk worden verwijderd.” Uit de literatuur blijkt echter dat fysieke fixatie **geen efficiënt middel is ter preventie van valincidenten**. Daarenboven zijn er negatieve gevolgen zowel op fysiek (bijvoorbeeld huidletsels, ademhalingsproblemen en longontsteking, incontinentie, obstipatie, risico’s verbonden aan immobilisatie door langdurige en/of inadequate fixatie zoals verminderde spierkracht en ongemak), als op psychisch vlak (bijvoorbeeld toegenomen onrust en agressiviteit, angst om verlaten te worden, toenemende verwardheid, sociale isolatie, afhankelijkheid, apathie en inbreuk op de autonomie van de bewoner).

De meest voorkomende vorm van fysieke fixatie in bed is een bedhek. Een bedhek wordt gebruikt om te voorkomen dat bewoners uit bed komen zonder begeleiding. Het gebruik van een bedhek bij bewoners met cognitieve stoornissen is af te raden. Doordat deze bewoners niet in staat zijn te begrijpen wat het doel is van het bedhek, wordt dit meestal als een barrière beschouwd waardoor het risico op valincidenten en letsels alleen maar zal toenemen.

Het gebruik van fysieke fixatie als valpreventiemaatregel wordt afgeraden. Fysieke fixatie dient bijgevolg een **middel** te zijn van de **laatste keuze**. Enkel als de veiligheid van de bewoner (of andere bewoners) op geen enkele andere manier kan worden gewaarborgd, alsook wanneer in levensbedreigende situaties het goede verloop van een behandeling in het gedrang komt, is fixatie een aanvaardbare ‘minst slechte’ oplossing.

Wanneer toch wordt besloten om de bewoner te fixeren, dient een ethisch verantwoord fixatiebeleid te worden ingesteld. Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen vraagt een grote technische deskundigheid, en wordt te vaak foutief en zonder weloverwogen richtlijnen toegepast. In de



voorziening dient een richtlijn te worden gevolgd die verbetering van de kwaliteit van zorg beoogt door onder andere een interdisciplinaire aanpak, het delen van de verantwoordelijkheid in het beslissingsproces en een goede communicatie met de bewoner en zijn familie rond fysieke fixatie. Een proactief beleid naar de bewoner en zijn familie toe, waarbij de visie van de voorziening op fixatie al voor de opname van de nieuwe bewoner wordt meegedeeld, is van cruciaal belang.

Voor meer informatie over het zorgvuldig, correct en binnen de wettelijke kaders toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt verwezen naar [www.valpreventie.be](http://www.valpreventie.be). Op deze website kunnen zorgverleners enkele voorbeeldrichtlijnen vinden voor een fixatiearme omgeving, alsook videomateriaal over correcte fixatie en de verschillende soorten fixatiemateriaal.

(Boocock, 2006; Capezuti, 2002 & 2004; Cotter, 2005; Evans, 1997; Gallinagh, 2002; Gastmans, 2005 & 2006; Hamers, 2004; Healey, 2008; Kapo, 2007; Karlsson, 1998; Luo, 2011; Milisen, 2006b; Möhler, 2011; Retsas, 1998.)