

Vallen bij ouderen. Behoeftte aan een algemeen beleid

E. Dejaeger

Dit nummer van het TGG is bijna volledig gewijd aan de valproblematiek bij ouderen. In de afgelopen jaargangen en nummers werd reeds aandacht gevraagd voor dit probleem en momenteel komt er zowel in Nederland als in Vlaanderen toch een hele beweging op gang met als oogmerk een beter gestructureerde evaluatie en behandeling te bieden en daardoor de valprevalentie te doen dalen.^{1,2} Daarover kunnen we ons enkel verheugen.

Valpartijen bij ouderen kunnen immers ernstige gevolgen hebben, niet alleen op zuiver medisch vlak maar ook psychosociaal en financieel. Tot vrij recent werd vallen bij ouderen als iets onvermijdelijks beschouwd, inherent aan het verouderingsproces. Dit was niet alleen de mening van de grote meerderheid van de ouderen maar ook van vele professionele hulpverleners.

De voorbije jaren is er een kentering opgetreden en het is dan ook passend dat we met dit themanummer hiertoe een bijdrage willen leveren. In dit themanummer zullen verschillende facetten van de valproblematiek benaderd worden aan de hand van originele artikelen.

Preventief werken zou veel onheil kunnen vermijden. Het blijft dan wel de vraag of men de beschikbare middelen gaat richten op primaire of op secundaire preventie of op beide. De studies tot hiertoe hebben zich begrijpelijkerwijze vooral geconcentreerd op secundaire preventie.

Tinetti heeft wat dit betreft baanbrekend werk verricht en aangetoond dat een multidisciplinair assessment en behandeling inderdaad het aantal valpartijen significant kan doen dalen.³ Recente meta-analyses hebben dit bevestigd en aangetoond dat vooral het multidisciplinair karakter van de evaluatie en een aangepaste geïndividualiseerde oefentherapie onontbeerlijk zijn.^{4,5} Het betreft hier dan wel thuiswonende ouderen. De ouderen in verpleeghuizen of in ziekenhuizen vormen aparte en

specifieke groepen. Over valpreventie is momenteel voor deze groepen evidence-based nog maar bitter weinig bekend.

In de Angelsaksische landen werden reeds guidelines gepubliceerd.⁶

Tot hiertoe hebben studies nog niet kunnen aantonen dat een dergelijke aanpak ook het fractuurrisico doet dalen. We moeten dan ook naast de benadering van de valrisicofactoren aandacht besteden aan osteoporose-screening en therapie. Calcium en vitamine D, eventueel in combinatie met bifosfonaten, zijn belangrijke pijlers in het globale beleid.

Men onderscheidt intrinsieke en extrinsieke oorzaken van valpartijen bij de ouderen. De intrinsieke oorzaken zijn de belangrijkste en hierover is ook het meeste wetenschappelijk werk verricht. Binnen deze groep onderscheidt men de biologische en de gedragsfactoren. Hierop ingrijpen is niet steeds haalbaar en wat betreft de gedragsfactoren mogen we ons geen illusies maken dat de oudere plots al zijn risicovolle activiteiten zal gaan stopzetten. Hoewel bekend is dat bijvoorbeeld enkel educatie niet echt werkt (geen reductie van het aantal valpartijen), toch mag men dit aspect niet verwaarlozen als men een goede compliantie door de patiënt ambieert.

Een verbetering of tenminste toch een instandhouding van de levenskwaliteit moet ons voornaamste streefdoel zijn. Eén van de belangrijke elementen die kwaliteit van leven negatief zouden kunnen beïnvloeden is het optreden van valangst. Een betere diagnostische en therapeutische benadering van de patiënt met valproblematiek zou ook de angst voor vallen kunnen verminderen. Angst voor vallen kan leiden tot een afname van de activiteiten die de betrokkene nog kan verrichten. Het tijdig detecteren van valangst zou dan ook in de praktijk voordelen kunnen bieden.

Valangst komt vrij frequent voor en in het eerste artikel van dit nummer wordt een studie beschreven van de karakteristieken en de gevolgen van valangst. Men stelt vast dat er geen determinanten voor het ontstaan van valangst konden worden gevonden. We moeten er dus steeds alert voor blijven. De nodige aandacht schenken impliceert dat men het probleem onderkent. In het volgende artikel worden de psychometrische eigenschappen van de Activities-Specific Balance Confidence Scale in een Nederlandstalige versie onderzocht en deze blijken bevredigend te zijn. In dit verband verwijzen we ook graag naar het artikel van R.J. Bosscher et al eerder dit jaar gepubliceerd in dit tijdschrift over Tinetti's Falls Efficacy Scale.²

De volgende twee artikelen behandelen en liggen in het verlengde van de CBO-richtlijn over de preventie van valpartijen bij ouderen. Het opzetten van een dergelijk initiatief kon enkel succesvol tot stand gebracht worden door een intense samenwerking tussen diverse centra in Nederland en dit kan slechts toegejuicht worden. Het bestaan van deze richtlijn kan voor de benadering van de valproblematiek verstrekkende gevolgen hebben. Het bevat immers duidelijke evidence-based richtlijnen voor de evaluatie en de behandeling. Tevens heeft men getracht deze richtlijnen te vertalen voor de verpleeghuispopulatie. Deze populatie dient zeker als "at risk" bestempeld te worden en hoewel misschien niet alle elementen erin als duidelijk bewezen kunnen beschouwd worden, heeft het toch het grote voordeel dat er een leidraad is die elke verpleeghuisarts aan de lokale specifieke omstandigheden kan aanpassen. Verder onderzoek zal zeker noodzakelijk zijn teneinde de effectiviteit en de toepasbaarheid te kunnen beoordelen.

De hiervoor vermelde richtlijnen zijn tot stand gebracht gelijktijdig met het opzetten van een Landelijk Netwerk Valklinieken. Valklinieken maken een essentieel onderdeel uit van de benadering van deze problematiek. In het laatste artikel binnen het thema wordt de situatie in Zeeuws-Vlaanderen geanalyseerd en krijgen we een beeld hoe dit in de praktijk kan worden gerealiseerd.

Toch blijven er nog een aantal pijnpunten en de hamvraag blijft hoe men op de meest efficiënte wijze de vergaarde kennis in de dagelijkse omgang met ouderen het best kan implementeren.

Het aantal patiënten dat doorverwezen wordt naar valklinieken blijft relatief beperkt, ja zelfs bijna marginaal als men dit vergelijkt met de grootte van het probleem. Er schort dus iets en daar moet eenieder zich over bezinnen. We hebben behoefte aan screeningsinstrumenten die in de thuiszorg op een eenvoudige en snelle manier de risicopersonen kunnen detecteren. Die screeningsinstrumenten moeten betrouwbaar zijn en we moeten de

juiste personen hebben om ze af te nemen. Er is behoefte aan periodieke case-finding door de thuiszorg en hierbij speelt de huisarts een belangrijke rol. Deze collega heeft echter niet de tijd en de mogelijkheid om lange screeningsprocedures toe te passen en wordt vaak ook niet op de hoogte gebracht van een eventuele val.

De thuiszorg en de valkliniek liggen op hetzelfde continuüm van zorgen en we moeten in de eerste plaats de oudere centraal stellen. Een holistische visie dringt zich op.

Na de screening is het assessment zeer belangrijk want hierdoor kan men modificeerbare risicofactoren detecteren en hierop interveniëren.

Het aspect behandeling is natuurlijk evenzeer een essentiële schakel en hierbij zijn een geïndividualiseerde aanpak en een goede compliance onontbeerlijk. In Vlaanderen werd een aangepast fysiek interventieprogramma ontwikkeld met de strijdvaardige benaming "The elderly COMBAT" (COMBined Muscle, Balance and Aerobic Training). De strategie bestaat uit een combinatie van vier types oefeningen: Lenigheid, Evenwicht, Uithouding en Kracht (afgekort LEUK). Hierbij willen we de rol van de kinesitherapeut ook even benadrukken.

Verder stelt zich de vraag of en hoe men omgevingsinterventies moet doorvoeren. Het moge duidelijk zijn dat de zeer fragiele oudere met vooral intrinsieke oorzakelijke factoren niet de doelgroep kan zijn van dergelijke interventies. Binnen een breder kader zijn ze echter belangrijk en omgevingsinterventies kunnen individueel zijn (zoals een huisbezoek bij risicopatiënten door een getrainde ergotherapeut) of community-based (zoals een actie voor veiligere voetpaden).

Ten slotte moet de valproblematiek binnen de senioren ook meer bespreekbaar worden.

Als kritische succesfactoren voor een algemeen beleid van de valproblematiek zouden we naar voren willen schuiven:

1. het opstellen van een eenvoudig en betrouwbaar screeningselement
2. het optimaliseren van de samenwerking met de thuiszorg leidend tot case-finding en doorverwijzing
3. uitbouw van een netwerk van valklinieken waar zoveel mogelijk een evidence-based benadering gebeurt
4. verder uitwerken van de geïndividualiseerde therapie en opvolging van therapietrouw en motivatie
5. aandacht van de beleidsinstanties voor deze problematiek

Wat dit laatste betreft hebben we vertrouwen dat de Vlaamse Gemeenschap, de federale regering van België en de Nederlandse bevoegde instanties de nodige aandacht zullen besteden aan deze problematiek. We kijken uit naar samenwerking met de beleidsinstanties zodat de

nodige middelen en omkadering gegarandeerd worden om door een samenwerking tussen senioren, thuiszorg, paramedici, huisartsen en geriateren tot een kwaliteitsvolle en uiteindelijk wellicht ook zeer rendabele benadering te komen.

Literatuur

- K. Milisen, E. Detroch, K. Bellens et al. Valincidenten bij thuiswonende ouderen: een pilotstudie naar prevalentie, omstandigheden en gevolgen in Vlaanderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2004;35: 15-20.
- J. Bosscher, E.R.P.M. Raymakers, E.A.M. Tromp, J.H. Smit. Angst om te vallen: psychometrische aspecten van Tinetti's Falls Efficacy Scale. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2005; 36: 5-10.
- M.E. Tinetti, D.I. Baker, G. McAvay et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331: 821-827.
- J.T. Chang, S.C. Morton, L.Z. Rubenstein et al. Interventions for the prevention of falls in the older adults: systemic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328: 680-686.
- L.D. Gillespie, W.J. Gillespie, M.C. Roberson et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4: CD000340.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older people. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 664-672.