



Vallen, van geval tot geval

Valpreventie bij cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling

Module: Best Practice Project
Versie: 2
Woorden: 19.423
Datum: augustus 2006
Student: Marianne Schukkink
Opleiding: MANP 5,
Hogeschool Utrecht
Faculteit Gezondheidszorg

REINAERDE



*Dienstverlening aan mensen
met een handicap*

Samenvatting

Met de hier gepresenteerde richtlijn: “Valpreventie bij cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling” wordt getracht een oplossing te vinden voor het complexe probleem vallen in de instelling voor cliënten met een verstandelijke beperking. Vallen kan leiden tot psychische schade zoals angst en lichamelijke schade zoals verwondingen en fracturen. Niet alleen de kwaliteit van leven wordt daardoor ernstig bedreigd maar tevens worden veel onnodige kosten gemaakt zoals medische zorg en extra inzet van personeel.

Twee vraagstellingen stonden centraal. Omdat er niet of nauwelijks wetenschappelijke gegevens bekend zijn over vallen bij deze specifieke cliënten groep is de volgende Best Practice vraag geformuleerd:

1. In hoeverre is de CBO richtlijn ‘Preventie van valincidenten bij ouderen’ (NVKG, 2004) van toepassing op de (oudere) cliënt met een verstandelijke beperking in een instelling?

Omdat er geen bestaand instrument voor valrisico-evaluatie bestaat voor deze doelgroep is een tweede vraag geformuleerd.

2. Is het mogelijk om door middel van een samenvoeging van gegevens een instrument te ontwerpen voor valrisico-evaluatie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling?

In het eerste hoofdstuk word het aantal valincidenten, de omstandigheden en gevolgen van een val uiteengezet. Hierbij worden gegevens vermeld uit de literatuur en gegevens die zijn verzameld uit onderzoek in de FOBO meldingen van het jaar 2005 met betrekking tot valincidenten binnen Reinaerde.

Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt tussen de doelgroep van de CBO richtlijn (NVKG, 2004) met cliënten met een verstandelijke beperking met betrekking tot de kenmerken en de risico indicatoren voor valincidenten. Daarvoor is onder andere een analyse gemaakt van de FOBO meldingen van valincidenten van het jaar 2005.

Aan de hand van de aanbevelingen uit de richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) zijn de interventies voor vallen geanalyseerd op de toepasbaarheid voor de (oudere) cliënt met verstandelijke beperking en voorgelegd aan professionals binnen de instelling ter beoordeling.

Deze gegevens hebben geleid tot een concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling. De concept versie moet worden getoetst in de praktijk alvorens deze instellingsbreed zal worden geïmplementeerd. Door samenvoeging van gegevens is een instrument ontworpen voor risico-valevaluatie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling. Ook dit instrument zal verder worden getoetst alvorens instellingsbreed geïmplementeerd. Als laatste is een plan beschreven voor implementatie van de aanbevelingen in de praktijk.

De titel van deze richtlijn 'Vallen, van geval tot geval' is gekozen omdat hierin de complexiteit van het probleem naar voren komt. Het geval vallen omvat ten eerste het probleem vallen op zich wat zich uit in de grote aantallen cliënten die gevallen zijn,. Het tweede geval is het incident op zichzelf. Ook impliceert het geheel, van geval tot geval, het belang van de benadering van vallen voor de individuele cliënt. Uit deze richtlijn zal blijken dat valpreventie er voor iedere cliënt anders uit zal zien.

Samenvatting	2
Algemene inleiding	6
Aanleiding	8
Probleemstelling	9
Vraagstelling	9
Doelstelling	10
Hypothese	11
Werkwijze	11
Methodiek	12
Richtlijngebruikers	15
Herziening	15
Het probleem vallen	17
Een voorbeeld:	17
Conceptanalyse	17
Incidentie van vallen algemeen	18
Incidentie van vallen bij mensen met een verstandelijke beperking	18
Omstandigheden van een val	19
Omstandigheden van vallen bij mensen met een verstandelijke beperking	20
Gevolgen van een val	22
Gevolgen van vallen bij mensen met een verstandelijke beperking	22
Preventie van vallen	24
Beoordeling van de toepasbaarheid richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004)	24
Richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004)	25
Doelgroep cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling	26
Vergelijking van de groepen	29
Risicofactoren voor vallen	34
Risicofactoren uit de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004)	34
Onderzoek naar risicofactoren bij cliënten met een verstandelijke beperking	36
Conclusie	45
Identificatie van hoogrisicopatiënten	47

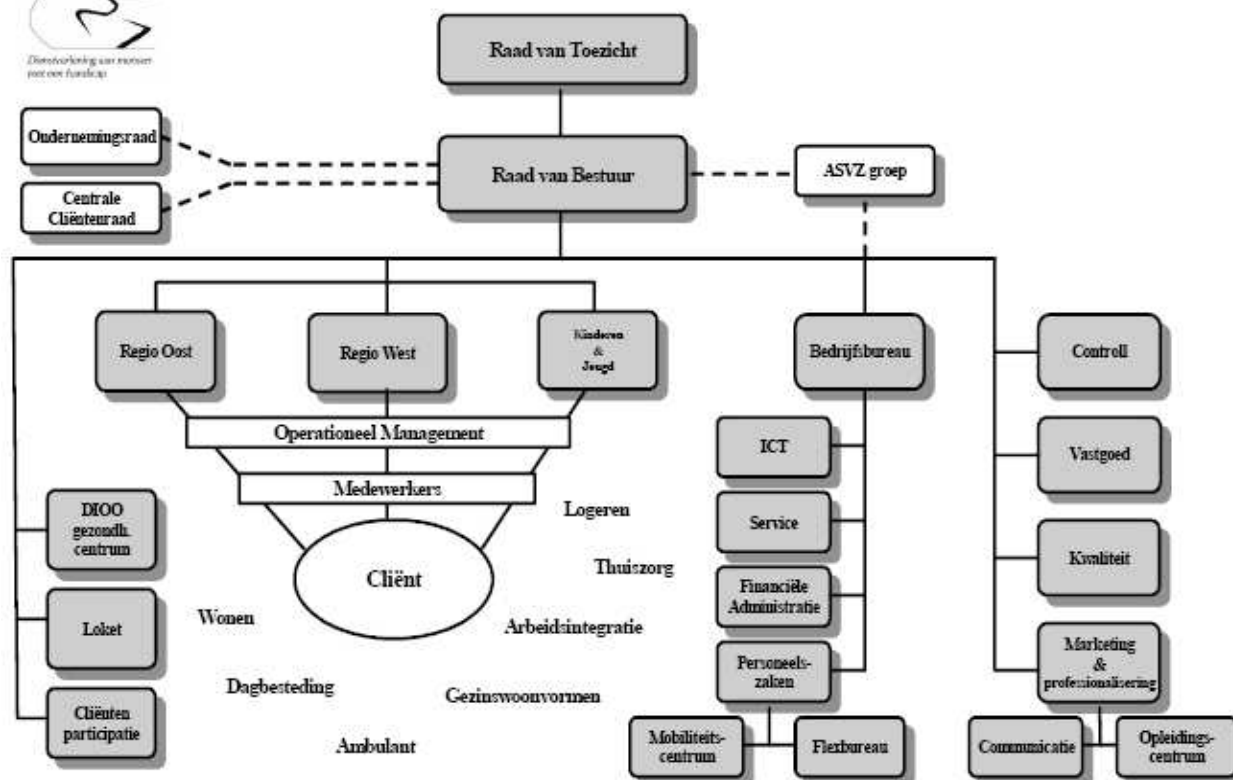
Preventie van vallen en interventies	54
Concept Richtlijn: “Valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling”	69
Valrisico-analyse instrument	76
Implementatie	77
Theoretisch kader van “van Linge”	77
Contingentieconfiguratie Model	79
Implementatieplan	80
Conclusies en Aanbevelingen	83
Referenties	86
 Bijlagen	 I
Valrisicoanalyse instrument	II
CIZ “Mogelijkheden verblijf”	III
Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) (volgens Tinetti)	V
Aandachtspuntenlijst hulpmiddelen en producten	VIII
Werk Wijzer Reinaerde	IX

Algemene inleiding

Contextbeschrijving:

Reinaerde biedt dienstverlening en ondersteuning aan kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking op het terrein van wonen, werken, dag- en vrijetijdsbesteding. Daarnaast biedt Reinaerde wonen en ambulante dienstverlening voor mensen met een lichamelijke beperking.

Er wordt een breed dienstenpakket aangeboden, op ruim 80 locaties in de provincie Utrecht kunnen cliënten en hun verwanten terecht voor diverse vormen van dienstverlening. De vorm van de begeleiding en ondersteuning is afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Van intensieve verzorging en behandeling tot diverse vormen van (ambulante) begeleiding op afstand. Van 24 uur per dag tot twee uur in de week. Reinaerde biedt ondersteuning aan zo'n tweeduizend cliënten en hun verwanten. Het is een grote organisatie en verdeeld in twee regio's: Oost en West. Een speciaal aandachtsgebied vormt Kinderen en Jeugd. Reinaerde streeft naar een organisatievorm die antwoorden zoekt op en aansluiting bij de vragen en behoeften van de cliënten, waarbij het uitgangspunt is hen zoveel mogelijk onderdeel uit te laten maken van de locale samenleving. Dit betekent dat de cliënt en zijn verwanten de belangrijkste gesprekspartners zijn voor de medewerkers op de voorziening waar hij wordt ondersteund. Dit zijn de persoonlijke begeleider en/of de operationeel manager van de locatie. Deze managers worden per regio aangestuurd door de regiodirecteur. Eindverantwoordelijk voor het reilen en zeilen van Reinaerde is de Raad van Bestuur. Deze bestaat uit twee personen. De Raad van bestuur formuleert in samenspraak met het regiomanagement het strategisch beleid van Reinaerde en geeft leiding aan regiodirecteuren, de manager Kinderen en Jeugd en de ondersteunende diensten.



Reinaerde werkt niet vanuit een specifieke religieuze overtuiging of stroming. Zij staat open voor dienstverlening aan cliënten van alle gezindten. Toch wordt het doen en laten wel degelijk gestuurd vanuit een bepaalde kijk op mensen.

Een persoon met een beperking is een volwaardige burger, net als ieder ander. Dit betekent dat een cliënt waaraan zij diensten verleent het recht heeft:

- het leven naar eigen wens in te vullen
- zelf keuzes te maken
- de eigen mogelijkheden tot ontplooiing en persoonlijk welzijn te benutten en te ontwikkelen.
- relaties aan te gaan en te onderhouden
- respect en waardigheid te krijgen en te geven
- te wonen en te werken in een omgeving die sociaal ingebed is en die door de cliënt als veilig wordt ervaren.

De ondersteuning die Reinaerde aan haar cliënten biedt is er op gericht om deze uitgangspunten in de praktijk waar te maken.

Aanleiding

Binnen Reinaerde is via de registratieformulieren van fouten, ongevallen en bijna ongevallen (FOBO) vastgesteld dat 219 keer melding werd gemaakt van een valincident in de periode van 1 juli 2003 tot en met 30 juni 2004. In de periode 1 juli 2004 tot en met 30 juni 2005 werden 162 valincidenten gemeld. Naast deze meldingen worden op het spreekuur van de Nurse practitioner (in opleiding) met enige regelmaat letsels beoordeeld en behandeld die het gevolg zijn van een val. Deze letsels variëren van schaafwonden, sneeën, kneuzingen en een enkele keer tot fractures met of zonder opname in een ziekenhuis.

De oorzaak van deze incidenten zijn volgens mij voor een deel te verklaren door de verstandelijke beperking. Deze cliënten zijn namelijk door beperkte cognitieve vermogens niet altijd in staat gevaar in te schatten of te anticiperen in risicovolle situaties. De cliënt is daarbij afhankelijk van de begeleider. Bijkomende handicaps als bijvoorbeeld epilepsie, motorische beperkingen en gedragsproblematiek zijn veel voorkomende problemen die mogelijk ook bijdragen aan een verhoogd risico tot valincidenten. Daarnaast vermoed ik dat de toenemende vergrijzing binnen de sector een rol zou kunnen spelen. Behalve algemene kenmerken van veroudering, zoals de geleidelijke lichamelijke achteruitgang, verminderde mobiliteit en balansproblemen kan er ook sprake zijn van psychische veroudering. Een opvallende ouderdomsaandoening bij verstandelijk gehandicapten is het dementiesyndroom met daarbij een snelle afname van zelfredzaamheid (Dautzenberg et. al, 2005).

Valincidenten kunnen leiden tot psychische schade zoals angst en lichamelijke schade zoals verwondingen en fractures (NVKG, 2004). Niet alleen de kwaliteit van leven wordt hierdoor bedreigd maar tevens worden onnodige kosten gemaakt zoals medische zorg en extra inzet van personeel. Volgens een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zijn letsels ten gevolge van een valpartij de derde belangrijkste oorzaak van ongezonde levensjaren bij ouderen en de belangrijkste oorzaak van overlijden (NVKG, 2004). Het is daarom van belang om de valincidenten terug te dringen. Dit vraagt om een adequate omgang met cliënten met een verhoogd valrisico.

Er zijn noch binnen Reinaerde, noch nationaal of internationaal richtlijnen voor preventie van valincidenten bij (oudere) cliënten met een verstandelijk beperking. Daarom is gekozen om de CBO richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' (NVKG, 2004) als uitgangspunt te nemen. Deze is gericht op drie categorieën cliënten: ouderen in de thuiszorg, verpleeghuis en het ziekenhuis. Deze drie categorieën zijn zonder meer binnen Reinaerde van toepassing omdat alle drie de 'verblijfsituaties' voorkomen.

De richtlijn "preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) is echter gericht op ouderen. Uit FOBO meldingen en opmerkingen van zorgverleners binnen de instelling Reinaerde blijkt dat niet alleen ouderen een verhoogd risico hebben op vallen maar ook cliënten in andere leeftijden.

Probleemstelling

Er vallen binnen Reinaerde veel cliënten. De kwaliteit van leven wordt hierdoor ernstig bedreigd en er worden veel onnodige kosten gemaakt zoals medische zorg en extra inzet van personeel. Het is van belang dat veiligheid wordt bevorderd om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te kunnen handhaven. Hiervoor moet gericht worden gewerkt aan het voorkomen van valincidenten in de instelling Reinaerde.

Valpreventie is een actueel onderwerp waarover veel is geschreven. Hierdoor lijkt het eenvoudig om een strategie te kiezen voor het probleem vallen. Helaas zijn de onderzoeken en publicaties niet gebaseerd op cliënten met een verstandelijke beperking waardoor er voor deze doelgroep geen bestaand plan voor valpreventie voorhanden is.

Vraagstelling

Bovenstaande leidt tot de volgende Best Practice vraagstellingen:

1. In hoeverre is de CBO richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' (NVKG, 2004) van toepassing op de (oudere) cliënt met een verstandelijke beperking?

2. Is het mogelijk om door middel van een samenvoeging van gegevens een instrument te ontwerpen voor valrisico-evaluatie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling?

Doelstelling

Doelstellingen binnen dit Best Practice Project waren:

Het voor 1 augustus 2006 een concept richtlijn en een concept valrisico-evaluatie instrument ontwikkelen in het kader van preventie van valincidenten bij (oudere) cliënten met een verstandelijke beperking die verblijven binnen een instelling.

De uiteindelijke doelstelling is implementatie van de richtlijn valpreventie en het valrisico-evaluatie instrument waardoor een daling van de incidentie van vallen bij cliënten met een verstandelijke beperking binnen Reinaerde ontstaat. Dit is vast te stellen aan de hand van de registratieformulieren van fouten, ongevallen en bijna ongevallen (FOBO).

Dit zal zichtbaar worden in verschillende fasen;

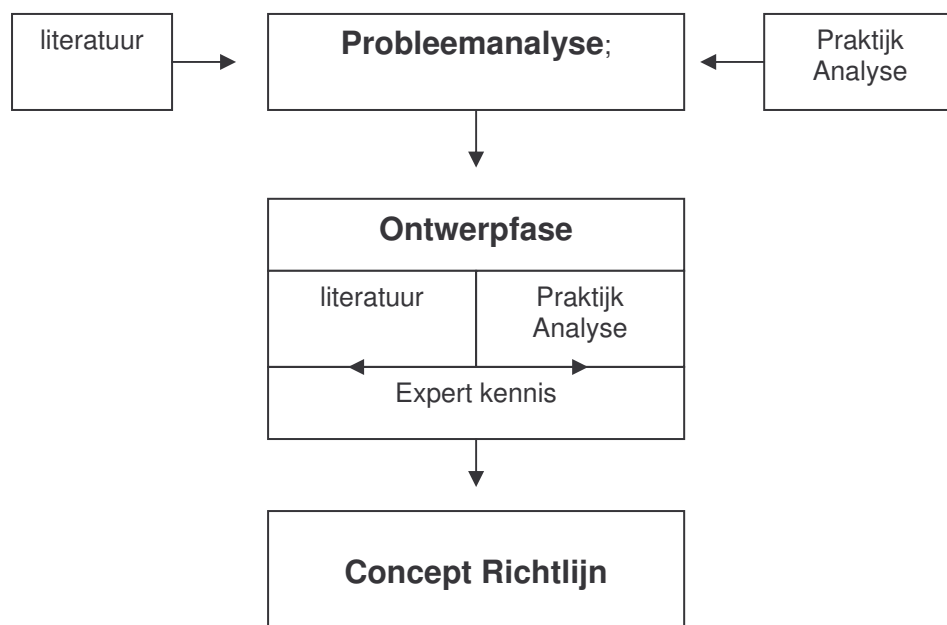
Tijdslijn Januari 2006 Juli 2007				
1.	2.	3.	4.	5.
identificatie inventarisatie van bestaande wetenschappelijke literatuur en praktijkvoering	ontwerpfase voorstellen worden voorgelegd, beoordeeld en becommentarieerd door betrokkenen en experts	participatie Pilots, groepsdiscussies, interviews, evaluaties	ontwerp definitieve richtlijn; accorderen door alle betrokken partijen	Testfase incidentie gaat met minimaal 30 % omlaag

Hypothese

De best Practice hypothese luidt dat door het implementeren van een instellingsbrede richtlijn voor 'Preventie van valincidenten bij de (oudere) cliënt met een verstandelijke beperking', het aantal valincidenten met minimaal 30 % zal afnemen.

Werkwijze

Omdat er geen wetenschappelijke literatuur beschikbaar was over vallen bij cliënten met een verstandelijke beperking is naast literatuur over valpreventie bij andere doelgroepen de bestaande praktijk gebruikt om te komen tot een strategische oplossing voor het probleem vallen. Medewerkers van Reinaerde zijn ondervraagd omdat zij enerzijds kunnen worden aangemerkt als experts (hun praktijkervaring is van essentieel belang) en anderzijds zijn zij ook degenen die het draagvlak vormen voor de uiteindelijke uitvoer van de richtlijn.



Methodiek

Om te komen tot een antwoord op de Best Practice vraag en de uitgangsvragen zijn verschillende methodes ingezet.

In een conceptanalyse is het concept 'vallen' gedefinieerd. Daarnaast is er een literatuurstudie gedaan en heeft er contextgebonden onderzoek plaatsgevonden.

Het concept voor de richtlijn wat hieruit is ontstaan is ter beoordeling aangeboden aan verschillende experts in de instelling. Op basis van feedback heeft dit geleid tot een concept richtlijn valpreventie die na afronding van dit Best Practice Project in de praktijk wordt getoetst en verfijnd. Daarna zal de richtlijn worden geïmplementeerd.

Conceptanalyse 'Vallen'

In de conceptanalyse volgens de methode van Walker en Avant (2004) is het begrip 'vallen' geanalyseerd. Het doel van deze methode is om op wetenschappelijk verantwoorde wijze typisch relevante en niet relevante eigenschappen en kenmerken van een begrip te beschrijven en vervolgens te onderscheiden naar de betekenis die de kenmerken in het begrip vertegenwoordigen (Mensink, 2005).

De uitkomst van de conceptanalyse wordt beschreven in het hoofdstuk 'het probleem vallen'.

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor het ontwikkelen van deze richtlijn heeft informatie uit diverse literatuurbronnen als uitgangspunt gediend. De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. De Evidence Based richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) van het CBO is gebruikt als uitgangspunt voor de richtlijn. Evidence based richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale patiëntenzorg. Ze zijn bedoeld om artsen en andere zorgverleners te ondersteunen bij de klinische besluitvorming.

Voor verdere informatie werd op de zoekmachines Google, Pubmed en Cochrane op systematische wijze gezocht naar artikelen over vallen in relatie tot verstandelijk gehandicapte cliënten.

Hiervoor werd gebruik gemaakt van de PICO vraag;

“Welke preventieve interventies (I, C) zijn effectief om vallen te voorkomen (O) bij gehandicapten met een verstandelijke beperking die verblijven in een instelling (P)?

Er werd gezocht met de combinatie van de termen uit de PICO regel en met allerlei verschillende combinaties van de termen. Met de termen ‘prevention’, ‘prevent’, ‘fall’, ‘to fall’, ‘falling’, ‘mentally disorders’, ‘mentally handicapped’, ‘feebleminded’, ‘mentally retarded’, ‘mentally retardation’, ‘mentally disabled’, ‘mentally disabilities’, ‘Intellectual disabilities’ en ‘intellectual disabled’ werd daarbij gezocht in de velden abstract of titel.

Hierbij werden geen relevante artikelen gevonden. Ook is het Nederlands Instituut voor Welzijn en Zorg (NIZW) geraadpleegd en ook zij waren niet in staat relevante gepubliceerde onderzoeken te vinden voor deze doelgroep en problematiek.

Er werden wel relevante recente Nederlandse artikelen over valpreventie gevonden bij ouderen. Referentielijsten van genoemde richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) en andere artikelen leverde ook informatie op.

Ook werd de richtlijn aangaande valpreventie van de Nederlandse Vereniging Ergotherapeuten (Theune & Steultjens, 2005) geraadpleegd, waarbij voorop staat dat ook deze richtlijn is samengesteld aan de hand van wetenschappelijke bewijzen.

De gebruikte onderzoeksartikelen zijn beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs. Hierbij is onderstaande indeling van het CBO gebruikt voor artikelen betreffende: interventie.

Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende: interventie (preventie of therapie)

A1 systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;

A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;

B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);

C niet-vergelijkend onderzoek;

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van bewijs van de conclusies

1 1 systematische review (A1) of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2;

2 ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B;

3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C;

4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden of medewerkers.

Literatuurstudie en contextgebonden onderzoek

Om te komen tot een beantwoording van de Best Practice vraagstelling:

“In hoeverre is de CBO richtlijn ‘Preventie van valincidenten bij ouderen’ (NVKG, 2004) van toepassing op de (oudere) cliënt met een verstandelijke beperking?” zijn een aantal uitgangsvragen geformuleerd.

1. Hoeveel en welke verstandelijk gehandicapten vallen? Zijn dit voornamelijk ouderen of moet de doelgroep worden uitgebreid naar alle verstandelijk gehandicapten in de instelling?
2. Wat zijn de omstandigheden en gevolgen van vallen in het algemeen en bij cliënten met een verstandelijke beperking?
3. Waarin onderscheiden de groepen en de daarbij horende aanbevelingen in de CBO richtlijn zich en zijn deze vergelijkbaar met de cliënten in de instelling?
4. Zijn de genoemde risico indicatoren en risico factoren voor vallen uit de CBO richtlijn ook van toepassing in de situatie van verstandelijk gehandicapten in een instelling? opvallende verschillen of aanvullingen?
5. Welk instrument is, op basis van CBO richtlijn in combinatie met context gebonden bevindingen, in te zetten om cliënten met een verhoogd valrisico op te sporen in de instelling? Hoe kan dit in de praktijk worden ingezet?
6. Welke interventies voor valpreventie zijn effectief en op welke wijze kunnen deze in de praktijk worden ingezet?
7. Welke disciplines worden hierbij betrokken ?

Om deze vragen te beantwoorden wordt een analyse gemaakt van de literatuur en wordt contextgebonden onderzoek gedaan.

Dit contextgebonden onderzoek bestaat onder andere uit een analyse van FOBO meldingen van Reinaerde om inzicht te krijgen in het type verstandelijke gehandicapte cliënt dat regelmatig valt of type locatie waarbinnen dit voorkomt. Dit zal aanknopingspunten geven voor aanbevelingen voor interventies.

Verder wordt gebruik gemaakt van de expertise van de medewerkers in de praktijk. Er zal worden getracht de interventies uit de richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) te analyseren op toepasbaarheid voor de (oudere) cliënt met verstandelijke beperking. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gegevens uit groepsdiscussies en interviews die plaatsvonden bij medewerkers van Reinaerde. Mogelijk dat een aantal interventies uit de richtlijn “Preventie van valincidenten bij

ouderen" (NVKG, 2004) zo overgenomen kunnen worden en andere met behulp van kennis uit de diverse kennisbronnen moeten worden aangepast.

Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt tussen de doelgroep van de CBO richtlijn (NVKG, 2004) met cliënten met een verstandelijke beperking met betrekking tot de kenmerken en de risico indicatoren voor valincidenten. Daarvoor is onder andere een analyse gemaakt van de FOBO meldingen van valincidenten van het jaar 2005.

Aan de hand van de aanbevelingen uit de richtlijn "preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) zijn de interventies voor vallen geanalyseerd op de toepasbaarheid voor de (oudere) cliënt met verstandelijke beperking en voorgelegd aan professionals binnen de instelling ter beoordeling.

Deze gegevens leiden tot een concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling. Deze concept versie moet worden getoetst in de praktijk alvorens deze instellingsbreed zal worden geïmplementeerd.

Door vergelijking en samenvoeging van gegevens van de verschillende instrumenten voor de valrisico-evaluatie zal worden getracht een hanteerbaar instrument te ontwikkelen voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling. Ook dit instrument zal verder moeten worden getoetst alvorens instellingsbreed geïmplementeerd.

Richtlijngebruikers

De richtlijn is voor alle betrokkenen in de instelling voor cliënten met een verstandelijke beperking. Hieronder worden verstaan cliënten, begeleiders op de groepen, multidisciplinair team en alle mogelijk andere betrokken disciplines.

De richtlijn beperkt zich in dit eerste concept tot de intramurale settingen van Reinaerde. In de toekomst zal getracht worden de richtlijn instellingsbreed uit te breiden.

Herziening

In verband met de steeds veranderende actualiteit is regelmatige herziening van de richtlijn noodzakelijk. Voor het invoeren van deze concept richtlijn is het nodig de aanbevelingen in praktijk te brengen en het effect ervan te evalueren. Op basis van

verzamelde gegevens uit de participatiefase zal de richtlijn worden aangepast. Hierna wordt overgegaan tot een definitieve richtlijn.

De toetsing van de definitieve richtlijn (op langere termijn) zal plaatsvinden volgens nog vast te stellen indicatoren. Voornemen is dan om elke vijf jaar de richtlijn te evalueren en aan te vullen met het op dat moment beste beschikbare bewijs.

Vooralsnog zal de richtlijn gedurende de implementatie worden geëvalueerd en aangepast waar nodig.

Het probleem vallen

Een voorbeeld:

Petra is 71 jaar, verstandelijk gehandicapt en woont op een groep in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Petra heeft epilepsie en heeft meerdere neurologische aandoeningen waardoor ze spastisch is en ongecontroleerde bewegingen maakt met haar armen. Ze loopt op spitsvoeten en maakt gebruik van een rollator als de groepsleiding die haar voorzet. Haar epilepsie is moeilijk te controleren en vanwege een toename van toevallen is onlangs haar medicatie uitgebreid. Ze heeft last van bijwerkingen en is af en toe wat suf en afwezig. Nu is Petra lopend onderweg naar de dagbesteding. De inval groepsleiding op de groep weet niet dat ze voor langere afstanden met rollator loopt dus die heeft Petra niet bij zich, zelf denkt ze hier namelijk niet aan. Vlak voor de dagbesteding valt Petra op de grond. Ze valt op haar pols die gebroken blijkt te zijn.

De oorzaak voor de valpartij in dit voorbeeld is niet geheel duidelijk. Er zijn tal van factoren die de val zouden kunnen hebben beïnvloed. Was het vermoeidheid, de ouderdom, het gebrek aan een rollator, de bijwerkingen van de medicatiewijziging, haar ongecontroleerde bewegingen of de stoeptegels voor de dagbesteding die ook niet helemaal strak waren gelegd?

Conceptanalyse

Het begrip vallen is geanalyseerd.

Een val is een plotseling en onvrijwillig, onbedoelde verandering van de lichaamspositie waarbij het lichaam door werking van de zwaartekracht op de grond of een ander lager niveau terechtkomt. Deze gebeurtenis is het gevolg van een intrinsieke of extrinsieke gebeurtenis of stressor.

Valincidenten vormen een bedreiging voor de lichamelijke en psychische gezondheid. Een val heeft soms grote gevolgen die zeer ingrijpend kunnen zijn voor de cliënt met een verstandelijke beperking. Valpartijen zijn een belangrijke oorzaak

van lichamelijk letsel, angst, ziekenhuisopnames, kosten en overlijden (Emmelot-Vonk, 2005).

Oorzaken voor 'vallen' zijn vaak multi-factorieel. Persoonlijke risicofactoren zijn onder andere leeftijd, lichamelijke aandoeningen/ ziektes, medicatie, cognitieve mogelijkheden en mate van afhankelijkheid van begeleiding. Omgevingsgebonden risicofactoren zijn overal in en om het huis waarbij gedacht kan worden aan een losliggend kleedje of onvoldoende verlichting (Blijf staan, 2005).

Incidentie van vallen algemeen

Valincidenten komen frequent voor bij zelfstandig thuiswonende ouderen en nog vaker bij geïnstitutionaliseerde ouderen. Een derde van de zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder valt zeker één keer per jaar (NVKG, 2004).

Uit recent onderzoek onder 371 Nederlandse verpleeghuizen bleek het gerapporteerde aantal valincidenten per verpleeghuisbed gemiddeld bijna 2 per jaar. Van deze valincidenten had gemiddeld 1.3 % een fractuur tot gevolg. Het aantal valincidenten per bed was onder de groep psychogeriatrische patiënten groter dan onder de groep somatische patiënten. Dit kan volgens diverse onderzoekers worden toegeschreven aan veelvoorkomende cognitieve functiestoornissen, gedragsstoornissen en bijkomende morbiditeit onder deze groep (Dijcks, et al., 2005).

Incidentiecijfers van valincidenten in ziekenhuizen zijn variabel per ziekenhuis maar laten een gemiddelde zien van ongeveer 2 tot 15 % patiënten die minimaal één val doormaakt gedurende opname (NVKG, 2004).

Incidentie van vallen bij mensen met een verstandelijke beperking

Over de incidentie van vallen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten in instellingen zijn nauwelijks gegevens bekend. Er werden in de verschillende databanken en zoekmachines geen publicaties hierover gevonden. In de instelling Reinaerde werd via de registratieformulieren van fouten, ongevallen en bijna ongevallen (FOBO) vastgesteld dat in de periode van 1 juli 2003 tot en met 30 juni 2004 bij een populatie van 510 cliënten 219 keer melding werd gemaakt van een

valincident. In de periode 1 juli 2004 tot en met 30 juni 2005 werden 162 valincidenten gemeld.

In de periode 01 januari 2005 tot en met 31 december 2005 viel bijna 38% van de 310 intramuraal wonende cliënten minimaal één keer. Zeker 38 personen daarvan vielen vaker dan één keer.

Bijna 35% van de 198 cliënten in kleinschaligere woon- en zorgvormen viel in deze periode minimaal één keer, waarbij minstens 10 personen vaker vielen.

De meldingen zijn niet allemaal even goed ingevuld of gekoppeld aan demografische gegevens als bijvoorbeeld leeftijd.

Conclusie

De huidige meldingen van valincidenten geven slechts een indicatie van vallen bij deze doelgroep. Door beperkte en onzorgvuldige melding van gegevens bij valincidenten geven de meldingen geen reëel beeld van de werkelijke cijfers en omstandigheden van valincidenten in instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Daarbij komt dat niet alle incidenten worden gemeld en de cijfers zijn gebaseerd op één instelling waardoor ze niet als representatief mogen worden gezien voor heel Nederland.

Om de werkelijke problematiek rondom valincidenten bij cliënten met een verstandelijke beperking in instellingen inzichtelijk te maken zal meer onderzoek moeten plaatsvinden. Hiervoor dient een systeem te worden ontworpen of mogelijk kan de inhoud van het FOBO meldingsformulier worden aangepast. Hierbij kan getracht worden inzicht te verkrijgen over de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van valincidenten. Deze kunnen in relatie tot demografische gegevens mogelijk risicofactoren en risicogroepen laten zien waarna interventies ter preventie doelmatiger kunnen worden ingezet.

Omstandigheden van een val

Valincidenten vinden plaats onder wisselende omstandigheden.

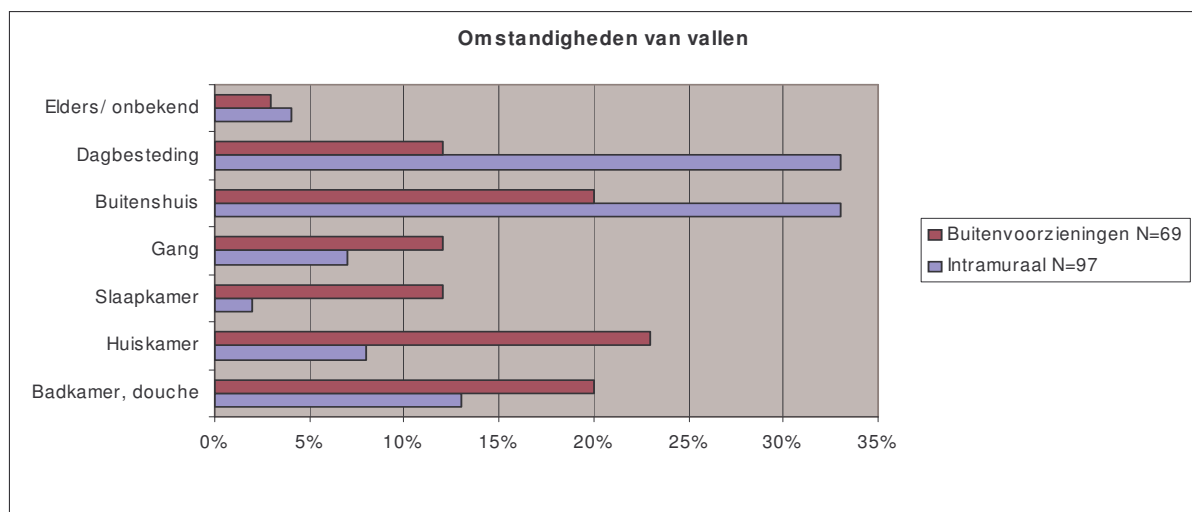
Voor thuiswonenden ouderen geldt volgens de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) dat de resultaten uit onderzoeken niet eenduidig zijn. Genoemde omstandigheden zijn binnenshuis of buitenshuis vallen. Van de binnenshuis valincidenten vinden de meeste plaats in de badkamer, op de trap en bij het opstaan uit bed. De genoemde oorzaken zijn struikelen, verliezen van het evenwicht en uitglijden.

Van de ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen valt 79% binnenshuis en 21 % buitenshuis (Graafmans et al., 1996). In de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) wordt gemeld dat uit verschillend onderzoek de meeste incidenten plaatsvinden bij deze groep tussen 7.00 en 12.00 uur, en met het wisselen van het personeel in de slaapkamer, huiskamer en gang.

In ziekenhuizen vallen de meeste rondom het bed, gevolgd door lopen, zitten in een stoel en bij het wassen en baden (NVKG, 2004).

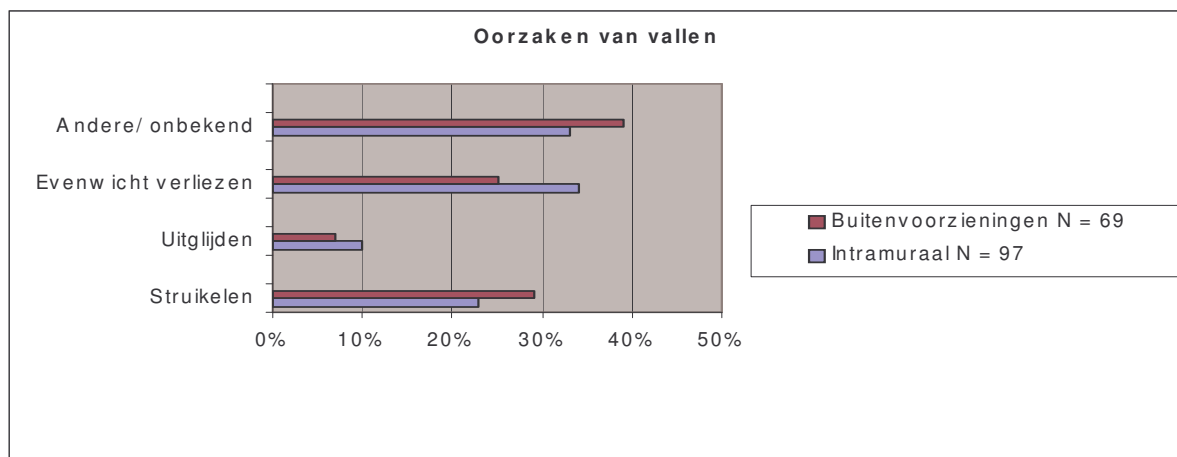
Omstandigheden van vallen bij mensen met een verstandelijke beperking

In de literatuur zijn geen gegevens gevonden die betrekking hebben op de omstandigheden van vallen bij deze doelgroep. Binnen Reinaerde werden 166 gemelde valincidenten (FOBO) in de periode 01 januari 2005 tot en met 31 december 2005 beoordeeld op onder andere de omstandigheden van de val. Uitkomsten hiervan staan beschreven in de hierna volgende grafieken;



Bij Reinaerde worden binnen de intramurale voorzieningen opvallend veel meldingen gedaan van valincidenten op de dagbesteding, 33%. De overige meldingen van valincidenten betrof 33% buitenshuis, 30 % binnenshuis en 4 % onbekend. Binnenshuis werden daarbij de badkamer en douche het vaakst vermeld, daarop volgend de huiskamer en gang en als laatste de slaapkamer.

Bij de buitenvoorzieningen zijn opvallend meer meldingen van valincidenten binnenshuis, 67% dan buitenshuis 20%. Hier werden de meeste valincidenten gemeld in de badkamer, douche en in de huiskamer.



Bij de oorzaken worden bij struikelen regelmatig drempels en slechte bestrating genoemd. Bij het evenwicht verliezen wordt slechte balans en geen diepte zien genoemd. Bij overige oorzaken noemt men duwen, gedrag, vermoeidheid en tekort aan spierkracht.

Conclusie

Het is uit de FOBO meldingen van Reinaerde uit 2005 niet te achterhalen welke exacte factoren van invloed zijn op vallen bij cliënten met een verstandelijke beperking. De uitkomsten van de meldingen verschillen met de gegevens uit de CBO richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004). Bij Reinaerde worden in de intramurale settingen de meeste meldingen gedaan van valincidenten op de dagbesteding en in de badkamer. Uit de gegevens uit de CBO richtlijn blijkt dat patiënten in 'verpleeg en verzorgingshuizen' het vaakst vallen in de huiskamer, gang en slaapkamer.

Gevolgen van een val

Valincidenten kunnen leiden tot verminderd functioneren, ernstig fysiek letsel, ziekenhuisopname en een verhoogde mortaliteit (NVKG, 2004). In de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) worden fysieke letsels omschreven als heupfracturen, andere fracturen, letsel van de weke delen en hoofdtrauma.

Iemand die gevallen is wordt onzeker en vraagt sneller hulp van verzorgenden. Als er sprake is van fysiek letsel na een val, wordt er eerder een beroep gedaan op de verpleging en andere (para)-medici. Dit heeft tot gevolg dat de werkdruk stijgt en de betreffende medewerkers niet toekomt aan andere hulpvragen. Ook stijgen de medische kosten door de aanschaf van hulpmiddelen, een eventuele ziekenhuisopname, fysiotherapie, een grotere behoefte aan verzorging of verpleging, et cetera.

Dijcks et al. (2005) noemt als gegevens uit een overzichtsonderzoek dat ongeveer 4% van de valincidenten in verpleeghuizen resulteert in een fractuur en dat 11 % andere verwondingen tot gevolg heeft.

Behalve lichamelijk letsel kan een valpartij ook psychosociale gevolgen hebben, zoals sociale isolatie, depressie en valangst. Dit kan resulteren in een toename van immobiliteit en verlies van zelfstandigheid (Emmelot-Vonk, 2005).

Gevolgen van vallen bij mensen met een verstandelijke beperking

Een val van een cliënt heeft vaak grote gevolgen. Voor de cliënt zelf betekent een val dikwijls een stap achteruit in fysieke en mentale zin. Een val betekent dan een aantasting van het welzijn van de cliënt.

Binnen Reinaerde blijken uit de beoordeelde FOBO meldingen van het jaar 2005 en uit mondelinge gegevens van verpleegkundige en huisarts dat schaafwonden, snijwonden (met of zonder noodzaak tot hechten), blauwe plekken, verstuikingen, kneuzingen, stijfheid, loopproblemen en pijn vaak voorkomende lichamelijke letsels zijn.

Een enkele keer leidt vallen tot een hersenschudding, bloedneus, afgebroken tanden, fractuur en een heupfractuur. Als belangrijk gegeven wordt door betrokken begeleiders genoemd dat bij deze cliënten niet zozeer het letsel zelf als wel de gevolgen daarvan als problematisch worden gezien. Vanwege vaak beperkte coping vaardigheden van de cliënt zijn angst en gedragsproblematiek mogelijke bijkomende problemen die gezien worden door de directe begeleiding. Wanneer deze problemen ontstaan in relatie tot opvolgen van de behandelvoorschriften zal extra begeleiding moeten worden overwogen om complicaties te voorkomen. Ook fixatie en sederende medicatie worden genoemd als mogelijke interventie bij de uitvoering van behandelvoorschriften.

Conclusie

Valincidenten kunnen leiden tot lichamelijk letsel en psychosociale gevolgen voor de cliënt. Bij een cliënt met een verstandelijke beperking kan dit leiden tot angst en gedragsproblematiek waardoor problemen kunnen ontstaan in het opvolgen van de behandeladviezen.

Preventie van vallen

Er zijn voor zover bekend geen studies verricht naar effectiviteit van interventies op het gebied van valpreventie bij cliënten met een verstandelijke beperking. Door het ontbreken van deze informatie zal worden getracht andere beschikbare informatie te vertalen naar deze doelgroep. Voor de doelgroep ouderen is wel veel informatie over valpreventie beschikbaar. De CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) is een Evidence based richtlijn. Evidence based richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale patiëntenzorg. Deze richtlijnen zijn bedoeld om artsen en andere zorgverleners te ondersteunen bij de klinische besluitvorming. De richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) zal worden beoordeeld op toepasbaarheid op cliënten met een verstandelijke beperking in de instelling Reinaerde.

Beoordeling van de toepasbaarheid richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004)

Om te beoordelen in hoeverre de aanbevelingen in de richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) kunnen worden toegepast op de populatie verstandelijk gehandicapten in de instelling Reinaerde is een vergelijking van beide groepen nodig. Het gaat hierbij niet zozeer om generalisatie maar om extrapolatie. Dat is de mate waarin onderzoeksresultaten kunnen worden toegepast in een groep met andere klinische en demografische kenmerken (Cox et al., 2004). Om deze vraag te beantwoorden moet beoordeeld worden of de patiënt in het algemeen gelijk is aan de onderzoeksdeelnemers en wat de mogelijke voordelen zijn voor de patiënt bij het inzetten van de interventie.

Hieronder is een omschrijving gemaakt van de groepen uit de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004). Na een daarop volgende omschrijving van cliënten met een verstandelijke beperking wordt de conclusie getrokken wat betreft de toepasbaarheid van de resultaten en aanbevelingen voor de doelgroep.

Richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004)

In de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) worden drie doelgroepen ouderen beschreven waarop de aanbevelingen van toepassing zijn. Dit zijn ouderen die thuis wonen, verblijven in verpleeghuis, verzorgingshuis of in het ziekenhuis in Nederland.

Voor alle doelgroepen wordt als specificatie een leeftijd ouder >60 jaar gegeven.

Thuiswonenden

Bij thuiswonende ouderen wordt genoemd dat zij zelfstandig wonen.

Verpleeg en verzorginghuizen

Bij ouderen die verblijven in verpleeg of verzorgingshuizen wordt aangegeven dat deze groepen niet apart worden benoemd en in de aanbevelingen geen verschil wordt gemaakt. Argumenten hiervoor zijn dat deze groepen niet veel verschillen van elkaar wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde leeftijd, ADL-afhankelijkheid, comorbiditeit en mobiliteit. Daarnaast wordt de overeenkomst genoemd tussen de beide zorgvoorzieningen als organisatievorm waarbij het doel is 24-uurszorg te leveren op somatisch, psychogeriatrisch en psychosociaal vlak. Ook wordt nog de wijze van registratie van valincidenten en de ontwikkelingen die leiden tot steeds meer samenwerkingsverbanden tussen beide genoemd.

Als laatste argument wordt beschreven dat in de internationale literatuur geen duidelijk onderscheid wordt gemaakt in de zorgvormen.

Enig verschil is dat in een verpleeghuis een verpleeghuisarts aanwezig is.

Kenmerken voor de groep verpleeg- en verzorgingshuisbewoners die hieruit te herleiden zijn;

- de gemiddelde leeftijd > 80 jaar
- Voorkomende problematiek op het gebied van ADL-afhankelijkheid, comorbiditeit, verminderde mobiliteit.
- Organisatievorm waar 24-uurszorg wordt geleverd op somatisch, psychogeriatrisch en psychosociaal vlak

Ziekenhuizen

Van de groep ouderen in ziekenhuizen wordt geen verdere specificatie gegeven. Wel wordt genoemd dat de groep andere oorzaken kent van vallen dan thuiswonenden en bewoners van verpleeg en verzorgingshuizen. Een ernstige (acute) aandoening, de behandeling van een aandoening, een onbekende omgeving en de inzet van mobilisatieprogramma's worden hierbij als kenmerkend voor valrisico verhogend genoemd.

Doelgroep cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling

Cliënten met een verstandelijke beperking worden op de website van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) omschreven als personen met een niveau van intellectueel functioneren lager dan een IQ van 70 met beperkingen in de sociale zelfredzaamheid. Dit omvat beperkingen in communicatie, zelfredzaamheid, wonen, sociale vaardigheden, zelfbepaling, gezondheid, veiligheid, vrije tijd, educatie en werk. Oorzaken die daarvoor worden genoemd zijn erfelijke factoren, de ontwikkeling van de hersenen voor de geboorte, problemen tijdens de bevalling (bijvoorbeeld zuurstoftekort), door ziekten na de geboorte (bijvoorbeeld hersenvliesontsteking) of als gevolg van een ongeluk met ernstig hersenletsel. Het Downsyndroom is één van de vormen van een verstandelijke beperking.

"Van de 70.000 volwassenen met een verstandelijke beperking, wonen er 24.000 in min of meer zelfstandige huisvesting en zijn er slechts 3700 ouder dan 65 jaar" (www.nizw.nl).

Organisatie

In de intramurale instellingen van Reinaerde worden verschillende zorgvormen aangeboden. Deze zorgvormen worden 'wonen op beschut terrein' genoemd binnen Reinaerde. Voor deze hiervan verblijvende groep cliënten is een beschermende en beschutte omgeving van groot belang. Naast intensieve ondersteuning zijn dit vaak ook mensen die veel verzorging nodig hebben. Op de locatie Den Dolder en de Heygraeff (in Woudenberg) biedt Reinaerde deze cliënten een veilige woonomgeving. Voor veel cliënten geldt ook dat ze op het terrein waar zij wonen hun dagbesteding krijgen.

De instellingen liggen op een beschut terrein in een rustige, bosrijke omgeving.. Op het terrein zijn diverse voorzieningen, zoals een sporthal, zwembad, manege, vrijetijdsbesteding en een gezondheidscentrum.

De meeste woningen zijn aangepaste, gelijkvloerse woningen geschikt voor rolstoelers. De woningen hebben een grote woonkamer en een ruime, afgesloten tuin.

Er zijn zorggroepen met specifiekere zorgbehoeften zoals een aan autisme verwante contactstoornis. Het accent ligt op structurerende begeleiding voor de individuele cliënt. Daarnaast ligt de nadruk op de gezamenlijke activiteiten als eten en wandelen.

Bij enkele cliënten is er sprake van moeilijk verstaanbaar gedrag. De meeste bewoners hebben toezicht of hulp nodig bij de verzorging. De begeleiding is gericht op het creëren van een huiselijke sfeer. De teams bieden zowel ondersteunende begeleiding als meer verzorgende ondersteuning gericht op de groep of individuele cliënt.

Bij de bewoners met een intensieve zorg- en ondersteuningsvraag is de zelfredzaamheid is gering. Begeleiding in het dagritme en verzorgen spelen een belangrijke rol. Zelfstandigheid van de bewoners wordt waar mogelijk gestimuleerd.

Op de doelgroep bijzondere zorg zijn de woningen overzichtelijk ingericht en prikkelarm en daarmee volledig afgestemd op de vraag van cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum en soms complexe psychische problematiek. De bewoners hebben veel structuur en duidelijkheid nodig. Verschillende bewoners vragen daarnaast ook om (hulp bij) persoonlijke verzorging.

De begeleiding richt zich op het bieden van veiligheid, structuur en duidelijkheid aan de bewoners.

Bij een aantal bewoners is sprake van psychische problematiek en is er niet veel onderling contact. Het team van begeleiders biedt zowel ondersteunende begeleiding als meer verzorgende ondersteuning.

Een aantal bewoners heeft duidelijk behoefte aan een eigen plek. Bij de meeste bewoners is er sprake van complexe sociaal-emotionele problematiek. Wat betreft praktische vaardigheden is het niveau van de bewoners vrij hoog. De begeleiding richt zich met name op structurering, sturing en stimulering van de cliënt.

De meervoudig (complex) gehandicapte cliënten hebben een intensieve verzorgings- en ondersteuningsvraag. Mede door hun lichamelijke problemen hebben zij (bijna) complete verzorging nodig. De begeleiding richt zich vooral verzorgende en verplegende ondersteuning. Wel wordt gestimuleerd dat cliënten zoveel mogelijk zelf doen.

(www.Reinaerde.nl)

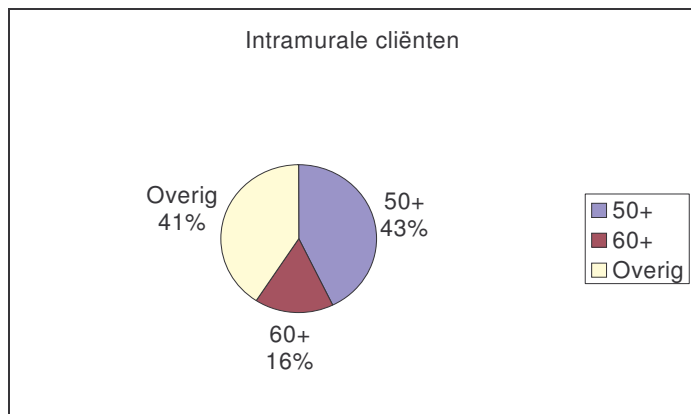
Leeftijd

In de intramurale instellingen van Reinaerde verblijven cliënten in alle leeftijden. In september 2005 is de jongste 6 jaar en de oudste 90 jaar. Uit de contextgebonden onderzoeksgegevens is gebleken dat 16 % van de intramurale cliënten (N= 310), 60 jaar en ouder is.

Mensen met een verstandelijke beperking worden echter volgens Bernard et al. (2001) al als 'ouderen' gezien vanaf een leeftijd van vijftig jaar. Deze leeftijdsgrens varieert in de praktijk al naar gelang de ernst en aard van de verstandelijke beperking. Bijvoorbeeld voor ernstig en zeer ernstig verstandelijk gehandicapten en mensen met het syndroom van Down wordt deze grens op veertig gesteld. En voor zeer licht verstandelijk gehandicapten op vijfenzeftig jaar. Net als mensen zonder verstandelijke beperking worden mensen met een verstandelijke handicap steeds ouder en worden méér mensen oud. Dit wordt dubbele vergrijzing genoemd (Bernard, S. et al., 2001).

Uit contextgebonden onderzoek blijkt dat 37% van de intramurale populatie van Reinaerde in februari 2006, (N= 310), 50 jaar en ouder is. De gemiddelde leeftijd is dan 47 jaar.

De volgende grafiek geeft een indicatie van de leeftijd van de cliënten binnen de intramurale instellingen van Reinaerde over 2005.



Vergelijking van de groepen

Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de groep verstandelijk gehandicapten in een instelling met de genoemde doelgroepen in de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004). Dit is puur op basis van de beschikbare gegevens niet mogelijk. Er wordt een vergelijking gemaakt per doelgroep en om een aantal kenmerken wat nader toe te lichten is gebruik gemaakt van andere bronnen zoals informatie van internet en uit de literatuur.

Vervolgens is er per doelgroep een conclusie getrokken of op basis van algemene vergelijkbaarheid van de groepen de aanbevelingen en conclusies kunnen worden toegepast.

Ouderen van > 60 jaar

De aanbevelingen in de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) betreft ouderen >60 jaar. Binnen Reinaerde wonen cliënten uit allerlei leeftijdscategorieën. Uit FOBO meldingen en meningen van betrokkenen blijkt dat binnen deze doelgroep cliënten vallen uit allerlei leeftijdscategorieën. Mensen met een verstandelijke beperking worden als ‘ouderen’ gezien vanaf een leeftijd van vijftig jaar (Bernard, et al., 2001). Daarbij blijkt dat 37% van de intramurale populatie van Reinaerde, (N= 310), 50 jaar en ouder is.

Op basis van deze gegevens strekt het tot de aanbeveling de conclusies en aanbevelingen door te trekken naar de populatie 50+. Uit verder onderzoek zal

moeten blijken of deze kunnen worden doorgetrokken naar de gehele populatie van Reinaerde.

Thuiswonenden:

Er wordt binnen Reinaerde getracht cliënten zo zelfstandig mogelijk te laten wonen. In de intramurale zorginstellingen is een woning waar cliënten een soort van eigen woonunit hebben maar ze wonen niet zelfstandig. Omdat ze speciale aandacht en zorg nodig hebben zijn er altijd begeleiders aanwezig. De cliënten in de intramurale instellingen van Reinaerde vertonen wat dit betreft geen algemene vergelijkbare kenmerken met ouderen die zelfstandig thuis wonen.

Deze concept-richtlijn omvat in eerste instantie de zorg in de intramurale settingen van Reinaerde. Hiermee worden de aanbevelingen uit de CBO richtlijn “preventie van valincidenten voor ouderen” (NVKG, 2004) voor thuiswonenden uitgesloten voor verdere ontwikkeling van de richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling.

Verschillen in de aanbevelingen en conclusie bij thuiswonende ouderen met die van de andere groepen in de CBO richtlijn liggen op het gebied van opsporing van valgevoelige patiënten en reductie van valangst. Wanneer wordt overgegaan tot instellingsbrede toepassing van de richtlijn binnen Reinaerde kan dit worden meegenomen.

Verpleeg en verzorgingshuizen

De populatie verstandelijk gehandicapten in Reinaerde vertoont geen algemene gelijkenis met op basis van de gemiddelde leeftijd >80 jaar. Er zijn wel veel ouderen in de instelling maar de gemiddelde leeftijd is 46 jaar.

De aanbevelingen uit de richtlijn van de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) gelden in zijn algemeenheid voor ouderen > 60 jaar. De aanbevelingen en conclusies uit de doelgroep thuiswonenden en verzorgingshuizen zijn grotendeels hetzelfde. Thuiswonenden zijn er in alle leeftijden, net als in de instelling Reinaerde. Op basis van deze gegevens wordt geconcludeerd dat verschil in de gemiddelde leeftijd tussen de groepen geen reden is om aan te nemen dat de aanbevelingen en conclusie niet extrapoleerbaar zijn.

ADL-afhankelijkheid, co-morbiditeit en verminderde mobiliteit komen bij beide groepen voor. Ook wordt in de instelling Reinaerde 24-uurs zorg geboden op somatisch, psychogeriatrisch en psychosociaal vlak. Op basis van deze vergelijking zou algemene vergelijkbaarheid tussen de groepen kunnen worden geconcludeerd. Deze beschrijving is echter heel algemeen en daardoor te summier om conclusies te trekken met betrekking tot vergelijkbaarheid van de zorginhoud en organisatievorm van de groepen.

Voor informatie over de verschillen en overeenkomsten tussen de zorginstellingen werd gezocht bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Het CIZ indiceert voor de functie 'verblijf' of 'verblijf en behandeling' in een zorginstelling op basis van de regelgeving van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Er wordt door het CIZ geen onderscheid gemaakt in de vorm verblijf en behandeling bij verpleeghuiszorg of instellingen voor verstandelijk gehandicapten (CIZ, 2005).

Een nadere omschrijving van zorginstellingen is te vinden op www.kiesbeter.nl, gemaakt door het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS

De zorgvormen die hier beschreven worden zijn een vertaling van de door het CIZ gehanteerde leveringsvoorwaarden voor verblijf (zie bijlage). Op deze site is een keuze module beschikbaar waarbij men kan kiezen voor het soort instelling naar wens, postcode, regio of op verschillende typen zorgvragen. Hieronder kan een keuze worden gemaakt uit een opsomming van ziektebeelden, aandoeningen als dementie of slechthoortheid en Verstandelijk gehandicapten. Wanneer men hier kiest voor 'Verstandelijk Gehandicapten' verschijnen instellingen die geschikt zijn voor deze groep cliënten. Hieruit blijkt dat de instellingen waar zorg wordt geleverd aan verstandelijk gehandicapten veelal verzorgings- en verpleeghuizen zijn (RIVM in opdracht van ministerie van VWS, 2006).

Er is in de intramurale setting sprake van 'verblijf', vaak gecombineerd met 'behandeling' zoals omschreven door het CIZ. Er bestaat in de hierboven beschreven gegevens geen specifiek onderscheid tussen de zorg in een instelling voor verstandelijk gehandicapten en verzorgings- en verpleeghuizen. CIZ hanteert voor

deze instellingen dezelfde criteria voor de functie 'verblijf' al dan niet met 'behandeling'.

Het verschil met een verpleeghuis is dat binnen Reinaerde een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) in samenwerking met een huisarts werkzaam is in plaats van een Verpleeghuisarts. Er is sprake van specifieke verschillen maar in zijn algemeenheid kan worden gezegd dat er in beide instellingen specialistische medische zorg wordt geboden voor de doelgroep.

Op basis van deze gegevens wordt geconcludeerd dat er sprake is van een algemene vergelijkbaarheid tussen de groep patiënten in verzorgings en verpleeghuizen en cliënten van Reinaerde in de intramurale instellingen.

De aanbevelingen en resultaten van de richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) kunnen op basis van deze vergelijking worden geëxtrapoleerd naar de doelgroep cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling.

Belangrijk is te vermelden dat er wel degelijk verschil wordt opgemerkt tussen de groepen verzorgings en verpleeghuis patiënten en cliënten met een verstandelijke beperking. Niet iedere patiënt in een verpleeg of verzorgingshuis heeft verstandelijke beperkingen met de daarbij behorende complexe en soms specifieke zorgproblematiek zoals de groep cliënten binnen Reinaerde. Een cliënt met een verstandelijke beperking kan opgenomen worden in een verpleeg of verzorgingshuis maar een cliënt uit een verpleeg of verzorgingshuis niet zonder meer in een instelling van Reinaerde.

Daarom zal op basis van gegevens uit aanvullende literatuur en context gebonden onderzoek de aanbevelingen en conclusies in de CBO richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) worden getoetst en aangepast waar nodig.

Ziekenhuizen

Een andere groep in de CBO richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) zijn de ouderen in Ziekenhuizen.

Ziekenhuizen worden volgens KiesBeter.nl onderverdeeld in algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. In een ziekenhuis kan men

als cliënt terecht voor onderzoek, behandeling en verpleging (RIVM in opdracht van ministerie van VWS, 2006).

Cliënten van Reinaerde maken ook gebruik van de faciliteiten van een ziekenhuis voor onderzoek, behandeling en verpleging. Alleen worden cliënten van Reinaerde zo snel mogelijk uit het ziekenhuis ontslagen vanwege hun complexe zorgproblematiek. Binnen Reinaerde wordt dan gezocht naar een zo goed mogelijke verzorging en of behandeling waarbij extra zorg kan worden ingezet of tijdelijke huisvesting in een andere setting.

De aanbevelingen voor 'Ziekenhuis' zoals omschreven in de richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) zijn daarom alleen in situaties van toepassing op de doelgroep wanneer er sprake is van vervroegd ontslag.

De aanbevelingen die voor deze groep worden gedaan zijn grotendeels vergelijkbaar of hetzelfde als de aanbevelingen voor de groep patiënten in verzorgings-/verpleeghuiszorg. Ze wijken af op één aspect en dat is dat men in de rol van een valkliniek belangrijk acht in ziekenhuizen.

Conclusie

De populatie cliënten met een verstandelijke beperking van 50 jaar en ouder in een instelling vertoont overeenkomsten met de groep ouderen van 60 jaar en ouder in verzorgings-/ verpleeghuizen uit de CBO richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004). Dit betekent dat de genoemde aanbevelingen in deze richtlijn voor verzorgings-en verpleeghuizen kunnen worden beoordeeld op toepasbaarheid bij mensen met een verstandelijke beperking vanaf vijftig jaar die verblijven in de intramurale instellingen van Reinaerde.

Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of deze kunnen worden doorgetrokken naar de gehele populatie cliënten van Reinaerde of dat er aanpassingen moeten plaatsvinden.

Risicofactoren voor vallen

Er zijn vele factoren die het risico op vallen beïnvloeden. Om te komen tot een adequate preventie van valincidenten en de negatieve gevolgen daarvan is het van belang om vast te stellen welke risicofactoren een rol kunnen spelen.

De risicofactoren in de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) zijn in het eerste stuk beschreven en uitgewerkt.

In het daarop volgende stuk gaat het over de risico factoren voor vallen voor cliënten met een verstandelijke beperking. Er is hierbij gebruik gemaakt van de literatuur. Vanwege de beperkte informatie in de literatuur is daarnaast ook gebruik gemaakt van context gebonden onderzoek. Dit omvat een verzameling van gegevens uit de analyse van de FOBO meldingen en de kennis van de experts in de instelling (Behandelend Verpleegkundigen (BVP), de huisarts, de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG), Fysiotherapeuten, een gedragskundige en groepsleiding). Er is aan de expert gevraagd risicofactoren te noemen die zij als zodanig vermoeden voor vallen bij de cliënten van Reinaerde. Daarna zijn de risicofactoren uit de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) besproken met de betrokken disciplines in de instelling. Dit vond plaats in groepsverband maar ook in individuele gesprekken. Ook heeft er onderzoek plaatsgevonden op aanwezigheid van deze risicofactoren door middel van screenen van vijf willekeurige patiëntendossiers.

In het stuk conclusie wordt weergegeven welke risicofactoren worden meegenomen in de concept richtlijn Valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling op basis van de gegevens uit de verschillende kennisbronnen.

Risicofactoren uit de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004)

Men maakt voor patiënten in verzorgings- en verpleeghuizen onderscheid in twee groepen risicofactoren: intrinsieke risicofactoren, gekoppeld aan de toestand van de patiënt, en extrinsieke risicofactoren, gekoppeld aan de omgeving van de patiënt. In het algemeen zijn intrinsieke risicofactoren belangrijkere oorzaak van vallen dan extrinsieke risicofactoren (NVKG, 2004).

In tabel 1 staan risicofactoren uit de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) die minimaal in twee verschillende onderzoeken als onafhankelijke risicofactor zijn gevonden voor verzorgings-/ verpleeghuis patiënten. De volgorde van risicofactoren is in aflopend niveau van bewijs. In tabel 2 worden risicofactoren weergegeven die eenmalig bewezen zijn als onafhankelijke risicofactor. Interpretatie van deze risicofactoren voor vallen moet dus met de nodige mate van voorzichtigheid te gebeuren.

In tabel 3 worden risicofactoren beschreven waarbij niet gecorrigeerd is voor het effect van andere risicofactoren. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of deze factoren inderdaad als risicofactor voor vallen moeten worden meegenomen.

Tabel 1. Onafhankelijke risicofactoren voor vallen in een verpleeghuis/verzorgingshuissetting gevonden in tenminste twee verschillende onderzoeken, in aflopend niveau van bewijs

Risicofactor	OR/RR/DR
Eerder gevallen ^{1,18-22}	1,8-7,6
Mobiliteits en balansproblemen ^{1,14,20,21,23-25}	1,1-6,4
Afhankelijk in ADL activiteiten ^{1,20,21}	1,2-2,9
Leeftijd ^{18,20,22}	1,1-3,8
Onafhankelijk bij verplaatsingen ^{20,22}	1,4-4,0
Orthostatische hypotensie ^{1,26}	2,0-2,1
Psychofarmaca ^{18,23,27}	1,7-7,6
Dementie en cognitie ^{1,18}	2,4-6,2
Gedragsproblemen ^{19,21}	1,6-1,9
Hartmedicatie ^{18,22}	2,9-3,0

OR = 'odds ratio', RR = relatief risico, DR = 'density ratio'

Tabel 2. Onafhankelijke risicofactoren voor vallen, bewezen in een enkel onderzoek

Risicofactor	OR/RR
CVA gehad in verleden	3,4
Afgenomen spierkracht	5,9
Diabetes mellitus	4,1
Mannelijk geslacht	1,1
Visusstoornissen	6,7
Duizeligheid	2,1
Gebruik van loophulpmiddelen	1,4
Verandering in leefomgeving voorafgaande 2 jaar	8,8
Gebruik van orale bronchodilatoren	5,6
>2 jaar in verpleeg/verzorgingshuis	4,8
Verblijf op gesloten afdeling	4,5
Zwerven/dwalen/dolen	1,8

OR = 'odds ratio', RR = relatief risico

Tabel 3: Mogelijke risicofactoren voor vallen in een verpleeghuis/verzorgingshuissetting

Gehoörproblemen	Polyfarmacie
NSAID gebruik	Stemmingsschommelingen
Cardiovasculaire aandoening	Verminderd vibratie gevoel
Lage BMI	Neurologische aandoeningen
Geslacht	Ziekte van Parkinson
Hypertensie	Dermatologische aandoening
Artrose	Slechte zelf ervaren gezondheid
Medicatie hormonen/stofwisseling	Angst om te vallen
Depressie	Alleenstaand
Gebruik van analgetica	Gewichtsverlies
Incontinentie	CARA
Maag/darm medicatie	Gebruik bewegingsbeperkende middelen
Anti-Parkinson medicatie	Voetafwijkingen
Gastro-intestinale aandoening	Beperkte beweeglijkheid gewrichten

(Nevens et al. 2005)

Uit tabel 1 komt naar voren dat een positieve valgeschiedenis een zeer goede indicator is voor toekomstig vallen. Bij problemen met mobiliteit en balans, de mate van zelfstandigheid bij verplaatsingen, het gebruik van psychofarmaca en het hebben van cognitieve stoornissen zijn de risico's op vallen groot.

Onderzoek naar risicofactoren bij cliënten met een verstandelijke beperking

Risicofactoren voor vallen door verstandelijk gehandicapten volgens experts

Er werd de medewerkers gevraagd risicofactoren voor vallen te noemen voor cliënten met een verstandelijke beperking voordat ze de risicofactoren voor vallen bij ouderen uit de richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) kregen te zien. Hierbij werden genoemd;

- Cliënten zijn zich niet/ minder bewust van gevaar waardoor ze niet alert zijn op bijvoorbeeld losliggende tegels, stoepranden, vallen overkomt hen.
- Cliënten hebben minder/ geen inzicht in oorzaak en gevolg en kunnen niet goed inspringen op de situatie; over tegel heenstappen.
- Balans problemen.
- Steeds ouder wordende groep cliënten met daarbij afname van lichamelijke conditie en beweeglijkheid.
- Te weinig beweging, cliënten zijn niet fit doordat alles in de buurt is of ze worden gebracht en gehaald en er weinig wordt deelgenomen aan sport.

- Gedrag; zich laten vallen.
- Omgevingsfactoren zoals kleedjes en paaltjes.
- Problemen met diepte zien; een donkere tegel kan een gat lijken waar cliënt mogelijk rare stappen gaat nemen om eroverheen te stappen of schrikt.
- Een val niet kunnen opvangen door hun cognitieve beperking door bijv. handen uit te steken tijdens de val.
- Onrust en daardoor onhandiger waardoor meer valrisico's ontstaan.
- Epilepsie.
- Soort en vorm van lichamelijke en verstandelijke handicap waarbij prikkelverwerking en geleiding vervormd worden bijv. spasmen, Hierdoor verminderde coördinatie op het lichaam en dus meer risico op vallen.
- Sensorische integratiestoornis waarbij vaak problemen met evenwicht en balans worden gezien waarbij valincidenten voorkomen. Bij deze stoornis verwerkt het centraal zenuwstelsel de boodschappen van de zintuigen niet goed. Deze stoornis wordt in relatie genoemd met onder andere autisme en ADHD welke bij cliënten van Reinaerde veelvuldig voorkomen.
- Slecht onderhoudt van hulpmiddelen.
- Slecht gebruik van hulpmiddelen; bijvoorbeeld duwen van rollator in plaats van steunen op de rollator.
- Minder / niet in staat beleving aan te geven als bijv. pijn of moeilijk waardoor begeleiding de cliënt te veel zelfstandig laat doen en grenzen overschrijdt.
- Agressie in omgeving door mede cliënten.
- Afhankelijk van begeleiding .
- Veelvuldig medicatie gebruik voor allerlei aandoeningen.

Beoordeling risicofactoren van de richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) voor cliënten met een verstandelijke beperking

Om te beoordelen of de risicofactoren van de richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) ook gelden voor cliënten met een verstandelijke beperking zijn de gegevens uit de literatuur en de praktijk verzameld en beschreven. Dit wordt weergegeven aan de hand van de door de NVKG (2004) benadrukt als meest

bewezen risicofactoren. De risicofactoren van de NVKG (2004) zijn cursief gedrukt waarna de verzamelde informatie uit de verschillende bronnen wordt beschreven.

- *“Eerder gevallen: Het risico van een val neemt toe met toenemende leeftijd. Ouderen van 75 jaar en ouder vallen vaker dan personen die jonger zijn. Echter ook aangegeven wordt dat met de leeftijd het aantal risicofactoren toeneemt waardoor deze mogelijk niet als onafhankelijke factor mag worden beschouwd” (NVKG, 2004).*

Uit FOBO meldingen is gebleken dat 38% van de intramuraal wonende cliënten (N=310) minimaal één keer valt. Daarvan vielen zeker 38 personen herhaaldelijk. Er kan uit deze gegevens niet worden opgemaakt of dit een onafhankelijke risicofactor voor vallen is.

In gesprekken met de BVP en uit ervaring in de praktijk komt naar voren dat een aantal cliënten vaker op het spreekuur worden gezien dan anderen in verband met vallen. Kenmerken die bij deze vaker vallende cliënten worden genoemd zijn ouderdom met daarbij verminderde mobiliteit en loopproblemen, epilepsie en risicogedrag.

- *“Mobiliteits en balansproblemen: Deze worden omschreven als slechte balans, problemen met draaien van rondjes, stoornis in positiegevoel, lage loopsnelheid, instabiel gangpatroon, problemen bij het gaan staan/ zitten, verkeerd op een stoel gaan zitten” (NVKG, 2004).*

Mobiliteit en balansproblemen worden een enkele keer als oorzaak genoemd voor vallen in de FOBO meldingen. Deze problemen worden door alle betrokken disciplines aangegeven als herkenbare risicofactor voor vallen bij de cliënten van Reinaerde.

Uit de gesprekken met de experts kan worden samengevat dat bij cliënten met een sensorische integratiestoornis vaak problemen met evenwicht en balans worden gezien waarbij valincidenten voorkomen. Bij deze stoornis verwerkt het centraal zenuwstelsel de boodschappen van de zintuigen niet goed waardoor problemen

ontstaan. Deze stoornis wordt in relatie genoemd met onder andere autisme en ADHD welke bij cliënten van Reinaerde veelvuldig voorkomen.

- *“Afhankelijk in ADL activiteiten: hulp bij het uitvoeren of een achteruitgang in het uit kunnen voeren van deze activiteiten in korte periode” (NVKG, 2004).*

Uit de FOBO meldingen is niet te achterhalen of deze factor een risico is voor vallen bij de cliënten van Reinaerde.

Door begeleiders wordt aangegeven dat cliënten wel eens dreigen te vallen en zelfs wel eens echt vallen wanneer ze worden ondersteund bij ADL activiteiten als bij de wasbeurt en het aankleden. Hierbij wordt verteld dat het gedrag van de cliënt dan vaak van invloed is op de dreiging van vallen, bijvoorbeeld wanneer de cliënt tegenstribbelt. Cliënten die zelfstandig activiteiten ondernemen bij de ADL activiteiten terwijl ze eigenlijk hulp nodig hebben lopen volgens deze experts ook risico's op vallen.

- *“Leeftijd: Het risico van een val neemt toe met toenemende leeftijd. Ouderen van 75 jaar en ouder vallen vaker dan personen die jonger zijn. Echter ook aangegeven wordt dat met de leeftijd het aantal risicofactoren toeneemt waardoor deze mogelijk niet als onafhankelijke factor mag worden beschouwd” (NVKG, 2004).*

Volgens Hsieh et al (2001) is voor verstandelijk gehandicapten een leeftijd boven de 70 jaar een risicofactor voor vallen.

Er is uit de FOBO meldingen niet op te maken dat cliënten uit een bepaalde leeftijdscategorie vaker vallen dan anderen. Niet alle meldingen zijn voorzien van vermelding van leeftijd en uit de meldingen waar leeftijd wel is aangegeven blijkt dat vallen in alle leeftijden voorkomt.

Uit meningen van experts blijkt dat ouderen wel als risicogevoelig worden gezien ten opzichte van andere leeftijdscategorieën door een verminderde mobiliteit en zelfredzaamheid in verband met een achteruitgang van de lichamelijke conditie en

beweeglijkheid. Echter men benadrukt dat men verwacht dat er bij alle leeftijden valincidenten plaatsvinden in verband met handicap gebonden beperkingen.

- *“Onafhankelijkheid bij verplaatsingen: Het zich nog zelfstandig kunnen voortbewegen zonder rolstoel en/ of andere loophulpmiddelen” (NVKG, 2004).*

Uit de FOBO meldingen is deze risicofactor niet te beoordelen. Een enkele keer is uit het beschrijvende gedeelte op te maken dat er een loophulpmiddel of rolstoel is gebruikt

Deze factor wordt door de experts benoemd in samenhang met ouder worden en afname van mobiliteit. Wanneer eigenlijk gebruik zou moeten worden gemaakt van loophulpmiddelen in verband met achteruitgang van de mobiliteit maar waar deze niet worden ingezet zijn ongelukken als vallen voorgekomen. Een val is dan vaak de eerste aanleiding om contact te zoeken met de ergotherapeut om loophulpmiddelen te bespreken.

Ook worden door de begeleiding voorbeelden genoemd van valincidenten in het verleden bij cliënten waar wel hulpmiddelen voor aanwezig zijn maar deze alleen gebruiken wanneer ze worden aangereikt door de begeleiding. Het komt voor dat deze cliënten zich zelfstandig verplaatsen wanneer begeleiding net even de andere kant op kijkt of even weg is.

- *“Orthostatische hypotensie” (NVKG, 2004).*

In de FOBO meldingen van valincidenten wordt deze risicofactor niet beschreven.

De artsen, BVP-ers geven aan deze factor duidelijk te herkennen als risicofactor. Daarbij wordt aangegeven dat het bij de cliënt met een verstandelijke beperking vaak niet duidelijk herkenbaar is wanneer deze last heeft van Orthostatische hypotensie omdat deze niet in staat is zijn klachten te verwoorden. Begeleiders herkennen de klacht ook niet altijd en de verwachting van de artsen en BVP-ers is dat er meer cliënten deze problematiek hebben dan bekend is. Ze geven aan dat het mogelijk is dat een groot aantal valincidenten met onbekende oorzaak hierdoor kan worden verklaard.

◦ *“Gebruik van psychofarmaca: Hieronder wordt gebruik van hypnotica, tranquillizers, lang werkende benzodiazepinen, antidepressiva, sedativa, neuroleptica en antipsychotica genoemd” (NVKG, 2004).*

Uit de FOBO meldingen is het gebruik van medicatie niet gebleken als risicofactor. Experts in de instelling hebben bij het gebruik van gedragsmedicatie aangegeven dit te herkennen als risicofactor voor vallen. Met name het niet goed ingesteld zijn op medicatie, de hoeveelheid en verschillende soorten medicatie, bijwerkingen maar ook het te snel afbouwen van medicatie worden los van elkaar als risicofactor voor vallen genoemd.

In Nederland lijdt 20 procent van de mensen in een instelling voor verstandelijk gehandicapten aan zware gedragsstoornissen, die zich kunnen uiten in heftige agressie of zelfverwonding of stoornissen die onopgemerkt verlopen, zoals autisme. De behandeling van zware gedragsstoornissen gebeurt voornamelijk met medicatie. 41 procent van de mensen met een ernstig verstandelijke beperking in Nederland krijgt deze zogenaamde psychofarmaca. De instellingen verschillen enorm in het voorschrijven van psychofarmaca, omdat ze niet systematisch met bepaalde richtlijnen werken (Inspectie voor de Gezondheidszorg & Kingma J.H., 2005).

◦ *“Dementie en cognitieve stoornissen: Er zijn aanwijzingen dat dementie of een slechte score op cognitieve tests als de Mini-Mental State Examination (MMSE) het risico op vallen verhoogd. De MMSE is een screeningsinstrument voor dementie dat het cognitief functioneren evalueert. De MMSE onderzoekt de volgende items: oriëntatie in tijd en ruimte, inprenting en reproductie van drie woorden, aandacht en taal en constructieve praxis (een tekening overtekenen). De score kan variëren van 0 tot 30 punten” (NVKG, 2004).*

Door verschillende experts wordt aangegeven dat bij achteruitgang van cognitieve vermogens regelmatig valincidenten voorkomen. Hierbij wordt het dementie syndroom bij Down genoemd waaraan een aantal cliënten in de instelling leidt. De

valincidenten bij deze cliënten worden beschreven als gedragsmatig ‘het zich laten vallen’, de drive om te lopen met kleine pasjes en het niet (meer) zien van gevaren. Uit eigen inzicht en informatie van de AVG en de gedragskundige zijn cliënten die verblijven in de intramurale setting van Reinaerde niet in staat de MMSE test adequaat uit te voeren vanwege de mate van hun cognitieve beperkingen. Cognitieve achteruitgang door dementie of door verouderingsprocessen hebben de aandacht binnen Reinaerde vanwege de toename van deze problemen en de daarmee samenhangende complexiteit van zorg. Naast de begeleiders zijn de gedragskundigen hier nauw bij betrokken. Afname van cognitief functioneren als zodanig kan wel worden gemeten. In plaats van vaststellen van afname van cognitief functioneren middels de MMSE kan door de begeleiders en de gedragskundige, eventueel met behulp van tests, een inschatting worden gemaakt van cognitieve achteruitgang met risico's op vallen als bijvoorbeeld dementie.

- *“Gedragsproblemen: Agressief gedrag naar anderen waarbij ze die ander zouden kunnen verwonden is een risicofactor voor vallen” (NVKG, 2004).*

In de FOBO meldingen wordt ‘duwen’ een enkele keer genoemd als oorzaak voor vallen. Hier is alleen sprake van een val waarbij de agressie tegen de cliënt was gericht, niet door de cliënt.

Een aantal cliënten van Reinaerde vertoont ‘moeilijk begrepen gedrag’. Hierbij is er soms sprake van agressie naar anderen. De experts geven aan zich te kunnen voorstellen dat hierdoor valincidenten kunnen ontstaan. Een voorbeeld wat wordt genoemd is een mevrouw die bij agressief gedrag naar haar kamer moet worden verwezen. Door het verzet en de agressie van mevrouw ontstaat dan een strijd waarbij ze regelmatig valt. Tot nu toe heeft mevrouw daardoor geen ernstig letsel opgelopen.

- *“Hartmedicatie” (NVKG, 2004).*

Het is volgens de NVKG (2004) onzeker of deze factor het risico op vallen verhoogd.

Uit de FOBO meldingen is dit niet te achterhalen. Experts uit de instelling sluiten zich aan bij de mening dat het onzeker is of dit valrisico verhogend is.

- *“C.V.A”. verhoogt het risico op herhaaldelijk vallen (NVKG, 2004).*

Hierover zijn geen gegevens bekend binnen de instelling. Experts lijkt het aannemelijk gezien de verminderde mobiliteit van een cliënt na een CVA. Ook heeft de verstandelijk gehandicapte volgens hen een bijkomende handicap doordat hij minder goed in staat is in coping met de gevolgen van een CVA.

- *“Spierkracht: Deze factor wordt ook gezien bij de factor mobiliteit maar wordt toch apart gepresenteerd omdat spierkracht een gemakkelijk te onderzoeken parameter is” (NVKG, 2004).*

In de FOBO meldingen wordt een enkele keer genoemd ‘tekort aan spierkracht’ bij de oorzaak voor een valincident. Bij een aantal valincidenten is er sprake van een cliënt die valt omdat hij de transfer van de rolstoel naar het bed zonder hulp probeert te maken. Bij de andere valincidenten waarbij geringe spierkracht wordt beschreven als oorzaak is niet te achterhalen wat precies wordt bedoeld.

De fysiotherapeuten geven aan dat er duidelijk sprake is van een tekort aan beweging in de instelling waardoor veel cliënten ‘niet fit’ zijn. In samenwerking met de Rijks Universiteit Groningen (RUG) wordt er in de instelling een fitheidonderzoek gedaan. Door alle ondervraagde experts wordt deze risicofactor herkend als risicofactor voor vallen bij cliënten van Reinaerde. Daarbij wordt opgemerkt dat dit vaak te zien is bij een struikeling waarbij de cliënt niet in staat is zijn evenwicht te herstellen door een tekort aan spierkracht en lichaamsbeheersing. Tekort aan lichaamsbeweging is een probleem wat door alle experts wordt benoemd bij een groot deel van de cliënten.

◦ *“Diabetes Mellitus” (NVKG, 2004).*

Hierover zijn geen gegevens bekend uit de FOBO meldingen.

De experts in de instelling geven aan dat de cliënten met een verstandelijke beperking vaak moeilijk in te stellen zijn op medicatie bij Diabetes Mellitus. Er spelen allerlei factoren waardoor dit moeizaam verloopt. Het wordt voor mogelijk gehouden dat hierdoor valincidenten ontstaan. Men kan zich hiervan geen voorbeelden voor de geest halen.

Er is enige literatuur bekend over persoonsgebonden risicofactoren voor vallen bij ouderen met een verstandelijke handicap. Specifieke intrinsieke risicofactoren bij cliënten met een verstandelijke beperking waarbij letsel ontstaat worden door Hsieh et al. (2001) genoemd; een leeftijd boven de 70 jaar, ambulant zijn en vaker voorkomen van epileptische aanvallen.

Dat epilepsie een risicofactor is voor vallen wordt door alle geraadpleegde experts onderschreven. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij cliënten met epilepsie al veel zorg wordt besteed aan de risico's van vallen. Allereerst wordt de cliënt ingesteld op medicatie om de epilepsie onder controle te houden. Daarbij dragen cliënten die regelmatig en/ of ernstig letsel opliepen in het verleden beschermingsmaterialen zoals een helm of een aangepaste rolstoel waar ze niet uit kunnen vallen. Er zijn cliënten die moeilijk instelbaar zijn op medicatie en vaak vallen maar er zelf (of de wettelijke vertegenwoordiger) voor kiezen geen hulpmiddelen als bijvoorbeeld een helm te dragen. Deze keuze wordt soms gemaakt in verband met het lage relatieve risico op ernstige verwondingen met daarbij de uiterlijke kenmerken van de hulpmiddelen waardoor de cliënt er niet altijd even representatief uit komt te zien.

In een nota binnen Reinaerde, opgemaakt door de afdeling fysiotherapie in 1996, wordt beschreven dat slecht onderhoud, beperkte controle en het niet (adequaat) gebruik van hulpmiddelen in het verleden een aantal malen heeft geleid tot valincidenten.

Dossieronderzoek

Vijf cliëntendossiers, willekeurig uit de dossierkast gekozen, werden onderzocht op risicofactoren voor vallen uit de bovengenoemde tabellen 1 en 2. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de gegevens in het medisch journaal en de medische samenvatting/ medisch basis verslag.

Van deze vijf cliënten had 1 persoon een score van 7 risicofactoren, 3 personen een score van 9 en 1 persoon een score van 10 aanwezige risicofactoren.

Allen waren eerder gevallen, hebben mobiliteit en balansproblemen, scoren op cognitie en verblijven langer dan 2 jaar in de instelling.

Vier personen zijn afhankelijk wat betreft ADL activiteiten, gebruiken psychofarmaca en hebben visusstoornissen.

Leeftijd, gedragsproblemen en duizeligheid werden 2 van de 5 keer gescoord en het gebruik van hartmedicatie, afgenomen spierkracht, gebruik van loophulpmiddelen 1 keer.

Een medewerker heeft met een checklist van een valpreventieproject “ Blijf staan” de gebouwen en omgeving van de locatie Den Dolder beoordeeld. Hierbij werd gelet op risicofactoren in de omgeving van de verstandelijk gehandicapte. Opvallende zaken die hierbij naar voren kwamen was dat tussen de weg en de woningen in de hofjes een valgevaarlijk gootje ligt. Om bij de woning te komen moet men door deze goot, al dan niet met rolstoel of ander hulpmiddel. Ook elders liggen goten waar cliënten kunnen vastlopen met een rollator.

Verder is de drempel er van de ingang van het gezondheidscentrum vier centimeter hoger dan de weg door verzakkingen.

In woningen en algemene ruimten lijkt volgens deze medewerker goed nagedacht te zijn over valgevaren. Een aantal woningen heeft kleine toiletten, smalle gangen en krappe slaapkamers.

Conclusie

De beschreven risicofactoren uit de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) kunnen als leidraad dienen voor het opsporen van valrisico's bij

cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling. Wel moet hierbij worden opgemerkt dat de MMSE niet uitvoerbaar is bij deze doelgroep.

Bij de risicofactor 'leeftijd' zou men op basis van Hsieh, et. al (2001) kunnen uitgaan van verhoogd risico op vallen bij een leeftijd boven de 70 jaar in plaats van 75.

Het vaker voorkomen van epileptische aanvallen (Hsieh, et. al, 2001, expertmening) en het gebruik en onderhoud van loophulpmiddelen (nota Reinaerde, expert mening) kunnen aan de lijst risicofactoren voor vallen worden toegevoegd voor cliënten met een verstandelijke beperking.

Identificatie van hoogrisicopatiënten

Dit hoofdstuk wordt beschreven aan de hand van de aanbevelingen uit de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004). Deze aanbevelingen zijn cursief gedrukt. Daaronder, in standaard tekst, volgt de uitwerking van de aanbeveling met daarbij een beschrijving van de situatie voor cliënten met een verstandelijke beperking. Wanneer de aanbeveling wordt onderschreven zal deze worden opgenomen in de concept richtlijn.

1. *“De werkgroep is van mening dat alle nog enigszins mobiele ouderen in de verzorgings-/ verpleeghuissetting, gezien hun verhoogde risico, in aanmerking komen voor zowel specifieke (individuele) als algemene valpreventie en/of interventiemaatregelen. Voor de volledig immobiele ouderen zijn vooral algemene valpreventieve maatregelen belangrijk” (NVKG, 2004).*

Een van de conclusies in de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) is dat nagenoeg alle geïstitutionaliseerde ouderen een verhoogd valrisico hebben vanwege mobiliteitsproblemen, ADL-afhankelijkheid, een eerder valincident en de hoge leeftijd.

Patiënten die volledig immobiel zijn, vormen waarschijnlijk een uitzondering. Valincidenten bij deze laatste groep worden meestal door extrinsieke factoren veroorzaakt zoals bij verkeerd gebruik van transferhulpmiddelen en fixatiemiddelen. Het specifiek opsporen van patiënten met een verhoogd val- en fractuurrisico (case finding) is in verpleeghuizen vind men niet zinvol: de hele ouderenpopulatie is immers ‘at risk’.

Mobiliteitsproblemen, zorgafhankelijkheid met betrekking tot ADL, vallen en een hoge leeftijd worden ook gezien bij de oudere verstandelijke beperkte cliënten van Reinaerde. Op basis van deze problematiek kan gesteld worden dat het aannemelijk is dat nagenoeg alle oudere cliënten (>50 jaar) met een verstandelijke beperking een verhoogd risico op vallen hebben (Bernard, et. al, 2001). Uit de FOBO meldingen is gebleken dat valincidenten bij volledig immobiele cliënten werden veroorzaakt door

extrinsieke factoren als omvallen van de rolstoel of uit de rolstoel vallen bij het duwen over een drempel.

De aanbeveling zal worden meegenomen in de concept richtlijn valpreventie bij cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling.

2. *“De test van Tinetti lijkt de werkgroep, gezien de sensitiviteit bij ouderen met een hoge valincidentie en het feit dat zowel balans als looptaken worden beoordeeld een geschikte mobiliteitstest om te identificeren of te evalueren. Hierbij wordt wel opgemerkt dat sommige taken wellicht moeilijk zijn om te worden uitgevoerd” (NVKG, 2004).*

Hier wordt bij beschreven dat een mobiliteitstest zoals de test van Tinetti (zie bijlage) als middel voor risico-identificatie alleen vaak onvoldoende is.

Door medewerkers van de afdeling fysiotherapie is bekeken in hoeverre de balanstest uit de CBO richtlijn uitvoerbaar is door cliënten met een verstandelijke beperking. Deze test kan worden ingezet om te beoordelen of er problemen zijn op dit gebied waarna men hierop eventueel actie kan ondernemen.

Van de eerste groep cliënten (N=6) waarbij de test is uitgevoerd zijn de resultaten bekend. De fysiotherapeut die de test afneemt is ingespeeld op de verstandelijke beperking en in staat om cliënten taken uit te laten voeren op andere wijze dan door het stellen van de vraag of het geven van een opdracht. De cliënten waren allen ambulant en met wisselend cognitief niveau. Deze cliënten waren, met behulp van de fysiotherapeut, in staat de taken van de test uit te voeren. De uitkomsten van de test waren bij alle 6 personen afwijkend van ‘normaal’.

Op basis van de resultaten tot nu toe zal deze aanbeveling worden meegenomen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijk beperking. Uit het vervolg van de testperiode zal blijken in hoeverre deze geschikt is voor identificatie en evaluatie van mobiliteit en balans van deze cliënten.

3. *“De werkgroep is van mening dat ‘nursing assessment tools’ geschikt zijn als valrisico-evaluatiemethode” (NVKG, 2004).*

4. *“De werkgroep is van mening dat een ‘fall risk index’ vooral waarde heeft als valrisico-evaluatiemethode en minder relevant is voor ‘case-finding’” (NVKG, 2004).*

In de literatuur wordt een valrisico-evaluatie meestal aangeduid als een “fall (risk) assessment”. Bij (psycho)geriatrische patiënten is het diagnosticeren, het meten en testen van de zintuigen en mobiliteit via deze tests moeilijk of zelfs onmogelijk gebleken. Daarbij is de NVKG (2004) van mening dat de gehele verpleeghuispopulatie van risicovol is. Toepassing deze ‘assessment tools’ met als doel ‘case-finding’ wordt daarom niet als zinvol geacht.

Wel zouden ze als hulpmiddel kunnen dienen om de risicofactoren systematisch in kaart te brengen. Een mobiliteitstest zou bijvoorbeeld een indruk kunnen geven van de balans en het lopen.

Er bestaat vooralsnog geen goed instrument voor de verpleeghuissetting dat direct de relevante informatie oplevert die nodig is voor een valrisico-evaluatie. Deze informatie moet op een andere en praktische wijze worden verkregen (NVKG, 2004).

Binnen Reinaerde wordt geen gebruik gemaakt van assessments die gericht zijn op vallen of risicofactoren voor vallen. Voor cliënten die buiten de groep ouderen > 50 jaar vallen zal bekeken moeten worden of en welke assessment tools gebruikt kunnen worden voor case-finding. Niet alleen oudere cliënten vallen immers.

Zoals hierboven beschreven is met bij de fysiotherapie begonnen met het uitproberen van een mobiliteit en balanstest. Deze kan mogelijk als onderdeel van een valrisico-evaluatie bij cliënten met een verstandelijke beperking worden ingezet. Deze aanbevelingen worden meegenomen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking. Ze zullen niet als zodanig worden beschreven maar de adviezen die van de aanbeveling uitgaan worden meegenomen in de uitwerking van de richtlijn.

5. *“De werkgroep is van mening dat bij de **valrisico-evaluatie** zoveel mogelijk gebruik moet worden gemaakt van de al bekende gegevens uit bijvoorbeeld (hetero)anamnese van familie, verwanten en verzorgenden, eerder verricht medisch onderzoek en de medische voorgeschiedenis” (NVKG, 2004).*

Deze mening is gebaseerd op de aanbevelingen hierboven waarbij wordt gesteld dat er nog geen goed instrument bestaat voor risico identificatie van valgevoelige ouderen in een verpleeg of verzorgingshuis.

In de volgende tabel worden de door de CBO-werkgroep belangrijk geachte (intervenieerbare) risicofactoren samengevat. Deze tabel met anamnestiche en fysisch diagnostische items kan dienen als leidraad bij het ontwikkelen van checklist bij een valrisico-evaluatie (NVKG, 2004).

Tabel 4. Overzicht van items te gebruiken in een valrisico-evaluatie

Anamnestiche items

- risicogedrag; een onbalans tussen de ontplooiende activiteiten én de fysische en/of psychische mogelijkheden om die activiteiten veilig uit te voeren
- lichaamsgewicht; ongewenst gewichtsverlies (minimaal 5% binnen één maand of minimaal 10% binnen zes maanden) is een signaal voor een verslechtering van de algemene conditie en gaat bij vallen gepaard met een verhoogde kans op valletsel
- visusproblemen; een verminderde visus verhoogt het valrisico
- hoorproblemen; slecht horen is in principe ook valrisico verhogend (door eventuele schrikreacties)
- cardiovasculaire aandoeningen; veel cardiovasculaire aandoeningen kunnen aanleiding geven tot orthostatische hypotensie en duizeligheid en daardoor tot een hoger valrisico
- neurologische aandoeningen; talloze neurologische aandoeningen gaan gepaard met sta- en loopproblemen en verhogen daardoor het risico van vallen
- urine incontinentie; (nachtelijke) aandrang beïnvloedt het looppatroon/gedrag en daarmee ook het valrisico
- aandoeningen van het bewegingsapparaat kunnen de sta- en loopfunctie beperken en daardoor het valrisico verhogen
- cognitief functioneren; bij vermindering van het cognitief functioneren stijgt het valrisico. De MMSE (mini mental state examination) geeft een indruk van het cognitief functioneren
- valgeschiedenis
- gebruik risicomedicatie
- omgevingssituatie (verlichting, drempels, enz.)

Fysisch diagnostische items

- maakt de patiënt een zieke indruk; is er een intercurrente ziekte
- lichaamsgewicht (ten tijde van het onderzoek)
- bloeddruk
- pols; afwijkingen in frequentie respectievelijk ritme kunnen het gevolg zijn van cardiovasculaire aandoeningen
- sta- en loopfunctie in functionele zin; kan de patiënt (gaan) staan en lopen
- visus stoornissen
- schoeisel; geen of slecht gebruik van schoeisel of gebruik van slecht schoeisel is risicoverhogend voor vallen

In het eerder hoofdstuk werd volgens de experts in de instelling vastgesteld dat er voor verstandelijk beperkte cliënten 50 jaar kan worden uitgegaan van de risicofactoren in de richtlijn van de NVKG (2004).

De hierboven beschreven lijst is voorgelegd aan de experts in de instelling om te beoordelen of deze te gebruiken is bij een risico-inventarisatie bij onze cliënten.

Het lijkt de betrokken experts goed mogelijk de gevraagde gegevens uit de checklist te kunnen verzamelen op deze wijze. Gegevens over onze cliënten worden veelal verkregen uit heteroanamnese van begeleiders die de cliënt. Zij zien de cliënt de meeste tijd van de dag. Daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van het medische dossier voor gegevens die bekend zijn uit in het verleden. Ook worden ouders/ wettelijke vertegenwoordigers wel eens geraadpleegd over gegevens van de cliënt. Het lijkt de expert verstandig het onderzoek te laten uitvoeren door een medewerker van de medische dienst, zoals een Behandelend Verpleegkundige. Deze beschikt over alle medische gegevens en met behulp van de gegevens van de cliënt zelf en de begeleider moet het mogelijk zijn de benodigde gegevens te verzamelen. De begeleider blijkt regelmatig vanwege de vaak agogische vooropleiding niet goed op de hoogte van de medische status van een cliënt. De Behandelend Verpleegkundige kan daarbij eventueel andere disciplines raadplegen.

De aanbeveling wordt meegenomen in de concept richtlijn omdat de vragen goed uitvoerbaar lijken te zijn en de lijst door de experts wordt onderschreven als mogelijk zinvol voor risico-inventarisatie.

6. *“De werkgroep is van mening dat specifieke valmaatregelen worden bepaald aan de hand van een valrisico-evaluatie. Toepassing van een ‘assessment’-methode zoals een mobiliteitstest of een vragenlijst met als doel ‘case-finding’ wordt in het algemeen niet zinvol geacht. Het lijkt de werkgroep raadzaam deze valrisico-evaluatie te doen aan de hand van een ‘checklist’ waarbij de bovengenoemde factoren kunnen, worden betrokken. Eventueel zouden hierbij ook bestaande ‘assessment tools’ kunnen worden gebruikt. Het doel van een dergelijke ‘risk assessment’ is om in het vervolgtraject te bepalen welke specifieke valmaatregelen, op maat van de patiënt, moeten worden genomen om de*

aanwezige risicofactoren weg te nemen of te verminderen. Deze risico-evaluatie dient periodiek of bij wijzigen van de gezondheidstoestand te worden herhaald” (NVKG, 2004).

Er wordt aanbevolen om per patiënt ieder half jaar een valrisico-evaluatie te verrichten. De uitkomst daarvan zou men in het zorgplan op kunnen nemen om het nemen van gerichte interventies te vergemakkelijken.

In de bijlage van de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) is een voorbeeld van een valevaluatie instrument opgenomen wat door Consument en Veiligheid, TNO Preventie en Gezondheid en Arcares is ontwikkeld voor het project ‘Blijf staan’ in verpleeg en verzorgingshuizen. Hiermee wordt een persoonsgerichte inventarisatie gemaakt van de oorzaken en risicofactoren bij vallen wat moet leiden tot actiepunten in verzorging en ander zorgverleners om valrisico te verkleinen. Dit instrument is niet gemaakt op de inzet van een multidisciplinair team zoals bij Reinaerde ingezet zou kunnen worden bij de preventie van valincidenten. Bij gebleken risico’s bestaat alleen de mogelijkheid te verwijzen naar huisarts, begeleiding en / of fysiotherapeut.

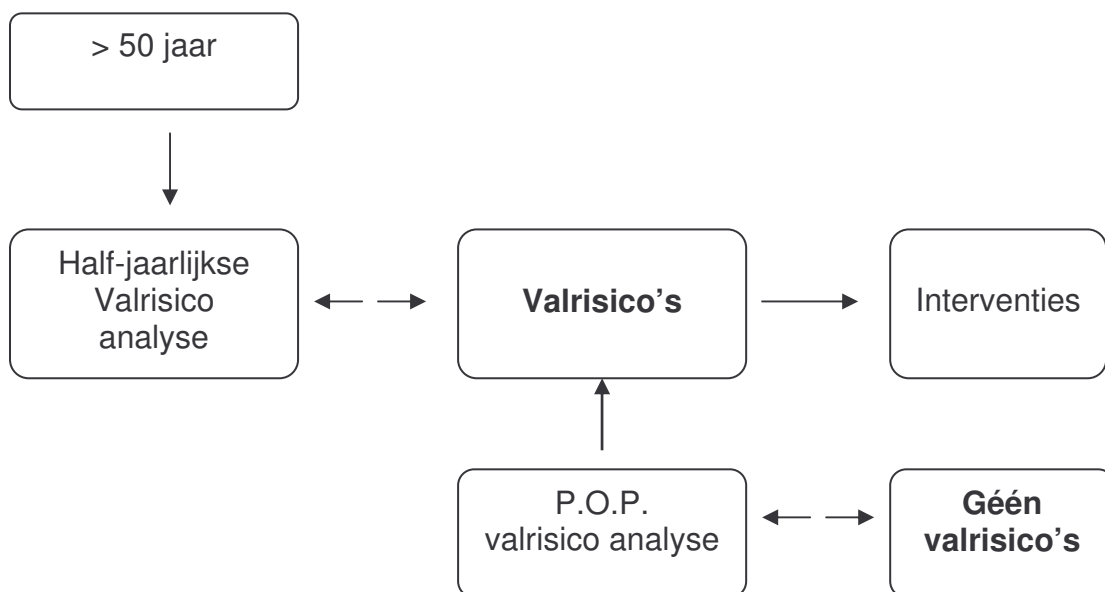
In een groepsgesprek van BVP-ers, groepsleiding, AVG en gedragskundige werd het onderwerp en de mogelijkheden voor valrisico evaluatie besproken. Er werd als conclusie getrokken dat binnen Reinaerde bij ouderen > 50 jaar een programma zou kunnen worden opgezet door de BVP voor halfjaarlijkse risicoanalyse. Al eerder werd aangegeven dat deze goed en eenvoudig toegang heeft tot de gegevens van de cliënt.

Omdat volgens de experts bij cliënten van Reinaerde het vallen niet is gerelateerd aan leeftijd zou daarnaast bij alle andere cliënten deze valrisico-evaluatie moeten worden ingezet. Hiervoor lijkt de POP (Persoonlijk Ondersteuning Plan) evaluatie de aangewezen plaats. Deze evaluatie vind afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt plaats met een frequentie van eens per jaar, per twee jaar of per drie jaar. Een onderdeel van het POP is een risico inventarisatie in zijn algemeenheid. Deze zou eenvoudig kunnen worden uitgebreid met valrisico-evaluatie. Wanneer er valincidenten plaatsvinden bij de jongere cliënten waar niet recentelijk een POP heeft

plaatsgevonden kan incidenteel een valrisico-evaluatie worden gedaan waarbij deze punten worden geëvalueerd.

Voor iedere cliënt geldt dat bij gebleken valrisico's interventies worden bepaald en ingezet waarna de cliënt dient te worden opgenomen in een halfjaarlijks terugkerend valrisicoanalyse programma bij de BVP. De risico's en de te nemen interventies kunnen worden opgenomen in het zorgplan.

Hieronder volgt een schema wat weergeeft hoe het programma voor valrisico evaluatie er uit zou kunnen komen te zien binnen Reinaerde.



Daar er nog geen standaard en gevalideerd valrisico-evaluatie instrument bekend is voor de doelgroep cliënten met een verstandelijke beperking kan met een samenvoeging van genoemde valrisico-evaluatie methoden worden getracht een inventarisatie van risicofactoren te maken. Daarbij zal moeten worden gekeken naar de uitvoerbaarheid van de methode en toepassing bij de doelgroep cliënten met een verstandelijke beperking in intramurale instellingen van Reinaerde. De resultaten van de valrisico-evaluatie kunnen worden beschreven in het zorgplan van de cliënt en bepalen de keuze van de interventies om vallen te voorkomen.

Preventie van vallen en interventies

Dit hoofdstuk wordt beschreven aan de hand van de aanbevelingen uit de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004). Deze aanbevelingen zijn cursief gedrukt. Daaronder, in standaard tekst, volgt de uitwerking van de aanbeveling met daarbij een beschrijving van de situatie voor cliënten met een verstandelijke beperking. Wanneer de aanbeveling wordt onderschreven zal deze worden opgenomen in de concept richtlijn.

- 1. Osteoporose en een zijwaartse val komen veelvuldig voor bij de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners. Aangezien zij onafhankelijke risicofactoren zijn voor een heupfractuur, verdienen deze factoren extra aandacht bij de interventiemaatregelen.*

Er komt in twee andere aanbevelingen aandacht voor vitamine D suppletie en het gebruik van heupbeschermers.

Voor wat betreft gebruik van de aanbeveling voor valpreventie bij cliënten met een verstandelijke beperking kan op basis van vergelijking van de doelgroepen (hoofdstuk 2) gesteld worden dat het aannemelijk is dat deze twee factoren ook risico's vormen voor een heupfractuur bij deze doelgroep.

Deze aanbeveling zal als zodanig niet worden opgenomen in de conceptrichtlijn valpreventie bij cliënten met een verstandelijke beperking omdat ze later per onderwerp zullen worden beschreven in andere aanbevelingen. Bij die beschrijving zal worden beoordeeld of de aanbevelingen worden opgenomen in de conceptrichtlijn valpreventie bij cliënten met een verstandelijke beperking.

- 2. De werkgroep is van mening dat, zeker bij de kwetsbare ouderen in het verpleeg- en verzorgingshuis, in elke multifactoriële interventie gericht op valreductie, een kritische evaluatie van voorgeschreven medicatie een plaats verdient. Deze evaluatiemoet periodiek worden herhaald om te kijken of de voorgeschreven medicatie nog meerwaarde biedt. Ondanks het feit dat niet duidelijk is aangetoond dat deze maatregel een afzonderlijk effect heeft, dient het staken dan*

wel verminderen van met name psychotrope en cardiovasculaire middelen hierbij, mede gezien de vergrote kans op bijwerkingen bij (psycho)geriatrische patiënten, serieus te worden overwogen.

Binnen Reinaerde houdt de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) zich onder andere bezig met herziening van voorgeschreven gedragsmedicatie. Dit vindt onder andere plaats tijdens de POP (Persoonlijk Ondersteuning Plan) bespreking en tijdens het multidisciplinaire overleg wat regelmatig plaats vindt voor de individuele cliënt.. Ondanks deze herziening zal een groot aantal cliënten gebruik moeten blijven maken van psychofarmaca. Er zijn namelijk sterke aanwijzingen dat de gehele populatie verstandelijk gehandicapten verhoogd kwetsbaar is voor het ontwikkelen van stoornissen in de regulatie van stemming, angst en gedrag en een hogere prevalentie van affectieve stoornissen (Praag van, 2000) .

Zoals beschreven bij het hoofdstuk risicofactoren wordt door de experts het gebruik van psychotrope en cardiovasculaire medicatie voor cliënten met een verstandelijke beperking gezien als een grote risicofactor voor vallen. Daarbij onderschrijven alle betrokken experts het nut om de medicatie regelmatig te evalueren. Hierbij wordt door begeleiders benoemd dat er regelmatig fouten ontstaan bij het afgeven van medicatie overzichten door de apotheek waardoor het overzicht op de medicatie voor hen niet altijd even helder meer is en soms lange tijd fouten blijven bestaan.

De apotheek waarvan Reinaerde haar diensten afneemt evalueert met de huisarts per groep een maal per jaar de medicatie zoals die op dat moment wordt verstrekt.

Hierbij, en bij de evaluatie van de medicatie door de AVG, is het mogelijk extra aandacht te geven aan valpreventie.

Gezien de risico's die de medicatie met zich mee kunnen brengen en de meningen van de experts is gekozen de aanbeveling mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling.

3. De werkgroep is van mening dat oefenprogramma's, met op het individu afgestemde training van evenwicht, gericht op valpreventie en functionele spierkrachtverbetering zinvol zijn in deze setting, mogelijk ter preventie van valongevallen en daarnaast ter bevordering van het algemeen welbevinden en de algemene conditie.

En:

4. *De werkgroep is van mening dat oefenprogramma's ook in verzorgings- en verpleeghuizen dienen te worden overwogen bij patiënten met een verhoogd valrisico.*

Interventies waar geen oefenprogramma in is opgenomen lijken minder effectief. De nadruk moet liggen op regelmatig oefenen (NVKG, 2004). Uit het Nijmegen valpreventie programma is gebleken dat een valpreventie training waarbij ouderen op een hindernisbaan allerlei valrisico's uit het dagelijks leven moeten nemen en waarbij ze judo-valtechnieken aanleren het aantal valincidenten met 46% afneemt.

Volgens de Nederlandse norm voor gezond bewegen moeten 55-plussers matig intensief lichamelijk actief zijn op tenminste 5 alle dagen van de week. Regelmatig bewegen zorgt voor een toename van de algemene fitheid en heeft derhalve ook een positieve invloed op factoren zoals spierkracht, balansfunctie en loopvaardigheid (VWS, 2001).

In samenwerking met de Rijks Universiteit Groningen (RUG) wordt er in de instelling Reinaerde een fitheidonderzoek gedaan.

Tai chi in groepsverband blijkt een effectieve interventie te zijn bij ouderen met valrisico's om balans en lichaamsbewustwording te stimuleren en valrisico's te verminderen (NVKG, 2004). Vanwege cognitieve beperkingen zal dit volgens mij niet voor alle cliënten haalbaar zijn. Daar komt bij dat bij Reinaerde geen medewerker bekwaam is in de techniek. Voor uitoefening van deze sport zal gebruik moeten worden gemaakt van een sportvereniging buiten Reinaerde. Dit zou voor een enkele individu mogelijkheid zijn als de cliënt dat ziet zitten in de vorm van vrijetijdsbesteding.

Psychomotorische therapie ter bevordering van de lichaamsbewustwording is volgens de bewegingsagoog van Reinaerde ook bij een laag cognitief ontwikkelingsniveau heel goed mogelijk. Ook is valtraining bij cliënten met verstandelijke beperkingen die gebruik maken van een rolstoel een methode waar de bewegingsagogen ervaring in hebben en wat ingezet zou kunnen worden.

Bij dreigende immobiliteit, verhoogd letselrisico en bij gevolgen van een fractuur is fysiotherapie volgens de experts in de instelling nuttig om de cliënt weer op gang te helpen. Tevens dragen bepaalde oefenvormen bij aan de toename van de BMD, (botmineraaldichtheid) (NVKG, 2004).

Bij navraag bij de betrokken medewerkers in de instelling wordt aangegeven dat er duidelijk een tekort aan beweging is bij veel cliënten waardoor ze 'niet fit' lijken te zijn. Fitheid is een belangrijk aandachtspunt in de instelling Reinaerde en er wordt bekeken op welke manier er meer bewegingsmogelijkheden kunnen worden geboden. Men kan gebruik maken van de mogelijkheden die de maatschappij biedt zoals fitnessscholen in het dorp. Helaas is dit voor veel cliënten niet toegankelijk vanwege een tal van beperkingen zoals onmogelijkheden zich zelfstandig te verplaatsen, niet mee kunnen komen vanwege begripsbeperking.

Op basis van de wensen en mogelijkheden die er te bieden zijn volgens de experts en de verminderde fitheid waardoor valrisico's toenemen is gekozen de aanbevelingen mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling.

5. Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen als valpreventief middel wordt afgeraden. Bij een deel van de patiënten blijft fixatie wellicht om andere redenen noodzakelijk.

Het verminderen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen ter preventie van vallen leidt niet tot meer valincidenten. Volgens de NVKG (2004) blijkt uit diverse onderzoeken dat langdurige fixatie leidt tot lichamelijke achteruitgang, ongemak en complicaties zoals valgerelateerde letsels en mortaliteit en een inbreuk op de autonomie van de patiënt.

In de praktijk worden volgens begeleiders fixatiemethoden ingezet om te voorkomen dat cliënten uit bed vallen. Hierbij wordt gesproken over onder andere bedrekken en fixatiebanden.

In het algemeen geldende protocol van Reinaerde staat dat alleen tot fixatie overgegaan kan worden als er sprake is van gevaar voor de cliënt en /of voor zijn of haar omgeving. Te denken valt aan een risico op verwonding als gevolg van vallen, ernstige vormen van zelfbeschadiging of gevaar voor agressie naar anderen. De aanleiding tot deze vormen van gevaar zal vaak gelegen zijn in het gedrag van de cliënt.

De gedragskundige indiceert de fixatie indien deze valt binnen de kaders van de Wet BOPZ. Is er sprake van toepassing onder dwang dan is toestemming van de gedragskundige noodzakelijk. De gedragskundige adviseert m.b.t. de risico-inventarisatie.

De Reinaerde arts indiceert de fixatie indien er sprake is van fixatie om medische redenen. De arts adviseert m.b.t. de risico-inventarisatie. De arts adviseert inzake contra-indicaties en controleert of laat controleren de veiligheid van de fixatie m.b.v. materialen.

De inbreuk van fixatie op de vrijheid van de cliënt is groot en de onderzoeken laten zien dat fixatie om deze reden niet leidt tot minder valincidenten. Raadplegen van de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen van Reinaerde kan uitwijzen of middelen en maatregelen worden ingezet als valpreventieve maatregel bij de individuele cliënt.

Daarom is er voor gekozen de aanbeveling mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

6. De werkgroep is van mening dat een bedalarmsysteem een waardevol hulpmiddel ter preventie van valincidenten kan zijn. Bovendien heeft dit hulpmiddel niet de nadelige effecten die immobiliserende beschermende maatregelen hebben.

In de instelling zijn voor cliënten met epilepsie video- en voor alle anderen geluidsbewaking beschikbaar voor de nachtzorg. Gebruik maken van een dergelijk bedalarmsysteem kan mogelijk iets toevoegen bij cliënten die valrisico's lopen bij het uit bed komen. Hierbij wordt opgemerkt dat er gedurende de nacht vijf nachtdiensten aanwezig zijn op het instellingsterrein waardoor niet altijd direct iemand de cliënt op

kan vangen. Gedurende rustmomenten op de dag zou deze interventie mogelijk uitkomst bieden bij valgevoelige cliënten die risicogedrag vertonen.

De aanbeveling wordt meegenomen met daarbij de aanpassing dat dit voor de individuele cliënt zal moeten worden beoordeeld en voor gebruik tijdens rustmomenten. De nachtsituatie zou anders moeten worden aangepast en dat wordt niet als relevant gezien door de experts aangezien er weinig voorbeelden zijn van nachtelijke valincidenten.

7. De werkgroep is van mening dat er altijd aandacht voor omgevingsfactoren of interventies op het gebied van woningaanpassingen moet zijn, zowel als algemeen preventieve maatregel, als in specifieke situaties in de leef omgeving van de individuele bewoner.

Ten aanzien van de omgeving kan worden aangenomen dat door eisen in de bouwverordeningen deze waarschijnlijk relatief veilig zal zijn. Toch kunnen zich individuele situaties voordoen die het valrisico verhogen zoals op volle kamers met vloerkleden en andere gezellig uitziende obstakels. Bij valgevoelige cliënten met bijvoorbeeld visusbeperkingen, lichamelijke achteruitgang of bij verandering van omgeving kan gebruik worden gemaakt van egotherapeutische inzichten. Veiligheid in de omgeving kan worden bevorderd door:

- Creëren van voldoende en veilige loopruimte. (bv. geen zwarte tegels bij problemen met diepte zien);
- Aanbrengen beugels e/o leuningen op relevante plaatsen.
- Goede (nacht)verlichting.
- Goed functionerende (bed)alarmeringssystemen.
- Vertrouwde en herkenbare omgeving door gebruik van kleuren en markeringen.
- Veilig meubilair.
- Gebruik van veilige hulp- en beschermmiddelen.

Aan de hand van een checklist van het project Blijf Staan (TNO, 2005) kunnen omgeving en gebouwen worden beoordeeld op valgevaarlijke situaties alsook het gebruik van bovenstaande aanpassingen. Aan de hand van de uitkomsten kan bepaald worden in hoeverre de omgeving aangepast dient te worden. Uit FOBO

rapport van Reinaerde blijkt dat de werkgroep Veiligheid aandacht besteed aan omgevingsfactoren door jaarlijks risico's in de gebouwen te checken en hier eventueel acties op te nemen. Ook zullen de wegen en paden 4 x per jaar door de technische dienst gecontroleerd worden.

Adequate gladheidbestrijding in de winter is een belangrijk aspect waarbij huidige werkwijze geëvalueerd dient te worden. Door verschillende begeleiders wordt hierbij opgemerkt dat er bij gladheid of sneeuw vaak pas gestrooid wordt rond 10.00 uur. Veel cliënten zijn dan al naar dagbesteding vertrokken.

Volgens de medewerkers in de instelling lijkt de omgeving toch wel de nodige risico's met zich mee te brengen voor vallen. Bij de oorzaken voor vallen wordt in de FOBO meldingen bij struikelen regelmatig drempels en slechte bestrating genoemd. Op basis van deze gegevens en de eenvoudig voorhanden zijnde middelen die in te zetten zijn voor verbetering wordt gekozen om de aanbeveling mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

8. Ondanks het feit dat wetenschappelijk bewijs in de vorm van onderzoeken ontbreekt, is de werkgroep van mening dat visusstoornissen aandacht verdienen, ter preventie van valincidenten en ter bevordering van het algeheel welzijn. Dit kan door behandeling of correctie van de stoornis bij de bewoner of door (individuele) hulpmiddelen of aanpassingen in de omgeving.

Alle cliënten in de instelling Reinaerde komen in aanmerking voor een visus screening door een specialistische instelling waarbij adviezen kunnen worden gegeven voor gebruik van hulpmiddelen of aanpassingen. Momenteel vinden de voorbereidingen plaats voor een onderzoek op de locatie Dennendal. Daarbij wordt bij alle cliënten waar recentelijk nog geen onderzoek heeft plaatsgevonden de visus gescreend door de instelling Bartimeus.

Visusproblematiek wordt onderkend door de betrokken experts als valrisico bevorderend en op basis daarvan en van de goed inzetbare mogelijkheden kan de aanbeveling worden meegenomen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

9. *Bewustwording van valgevaar lijkt de werkgroep belangrijk om betrokkenheid van het multidisciplinaire team bij het doen van interventies en het signaleren van gevaarlijke situaties te bevorderen.*

Maatregelen kunnen bestaan uit het realiseren van een continue alertheid op veiligheid en valpreventie door algemene maatregelen als bijvoorbeeld:

- Bewust maken van valgevaar via scholing/instructie.
- Structurele aandacht voor valpreventie in het dagelijkse zorgproces.
- Adequate personeelsplanning om voldoende toezicht te realiseren.
- Veilige til- en transfertechnieken toepassen.
- Hulp- en beschermmiddelen veilig gebruiken.
- Helderheid verschaffen over de procedure wat te doen na een val.
- Waarborgen strikte zorgvuldige en complete registratie van incidenten en gevaarlijke situaties (FOBO).

In het aanbod van het opleidingscentrum van Reinaerde wordt een cursus 'de ouder wordende cliënt' aangeboden voor medewerkers. Deze cursus bestaat uit verschillende onderdelen die worden aangeboden door verschillende disciplines/docenten. Het onderwerp valpreventie had mogelijk hierbij in op kunnen worden genomen. Er wordt echter over gesproken dat deze cursus wordt en wordt vervangen door een cursus over de methodiek van Urlings. Deze is gericht op begeleiding en bejegening van de oudere cliënt vanuit een belevingsgerichte visie. Bekeken moet worden hoe het cursus aanbod kan worden aangepast zodat er aandacht komt voor valpreventie. Een van de mogelijkheden die bekeken wordt is op dit op de agenda kan worden gezet van de introductie cursus die ieder werknemer dient te volgen bij het in dienst treden bij Reinaerde.

Momenteel is er geen opleiding of cursus Veilige til- en transfertechnieken binnen Reinaerde beschikbaar in het reguliere aanbod. Op aanvraag kan een fysiotherapeut hiervoor worden ingezet. Voor medewerkers zonder verzorgende vooropleiding is dit met name van belang wegens gebrek aan ervaring met tillen en transfers.

Volgens de begeleiders op de groep is het haalbaar en nuttig om in het kader van de bewustwording valgevaar en preventie daarvan periodiek te bespreken in het teamoverleg. De manager zou een rol moeten spelen bij het laten terugkeren van het onderwerp op de agenda. Begeleiders geven aan dat het als prettig is wanneer ze alert gemaakt worden op risico's waarbij ze zelf in staat zijn actie te ondernemen.

Voor controle van hulpmiddelen kan gebruik gemaakt worden van de modellen van de valpreventieprogramma 'Blijf Staan' (zie bijlage). Door groepsleiding wordt aangegeven dat het praktisch is om ook voor gebruik van hulpmiddelen aandacht te hebben in de periodieke herhaling van valpreventie in het teamoverleg en één persoon verantwoordelijk te maken voor de controle van de materialen. Ergo en fysiotherapie kan worden geraadpleegd om uitleg te geven over het juiste gebruik van de materialen wanneer blijkt dat er behoefte aan is.

Voor duidelijkheid over wat te doen na de val kan een protocol worden opgesteld door de BVP. Deze medewerkers van de DIOO (Dienst Inhoudelijke Ondersteuning en Ontwikkeling) zijn betrokken bij en ervaren in het ontwikkelen van protocollen waar medische zaken een rol spelen. Aandachtspunt wat door de begeleiders en door de BVP-ers genoemd wordt is de naleving van het protocol. Het bespreken in het overleg wordt hierbij als functioneel benoemd door groepsleiding om aandacht te houden voor het belang van het onderwerp en uitvoering van het protocol.

Aandachtspunt wat bij waarborgen strikte zorgvuldige en complete registratie van incidenten en gevaarlijke situaties (FOBO) gegeven wordt is dat groepsleiding over het algemeen zegt weinig respons te krijgen op het invullen van FOBO formulieren. Hierdoor wordt volgens hen minder zorgvuldig omgegaan met registraties van fouten en ongevallen. Terugmelding of bespreking hiervan in het teamoverleg op korte termijn na invullen wordt als wenselijk en als suggestie gegeven. Uitbreiding van het formulier op gebied van vallen is wordt door groepsleiding als belangrijk genoemd omdat hierdoor meer inzicht in het probleem vallen wordt gegeven. Deze inzichten leveren mogelijk bruikbare en tastbare informatie op die kan worden meegenomen in de zorgverlening.

De mogelijkheden om bewustwording van valgevaar bij te schaven zijn er genoeg en worden onderschreven door de betrokkenen. Er is momenteel weinig aandacht voor

en dat zou beter moeten. Valpreventie zal om deze reden een plaats krijgen in de kenniskringen waarmee wordt gewerkt binnen Reinaerde en omdat er grote aantallen cliënten vallen.

Hierdoor lijkt het geschikt de aanbeveling mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

10. Hoewel het bewijs ontbreekt voor schoeiselverbetering met betrekking tot valreductie, is de werkgroep van mening dat interventies op dit gebied, als onderdeel van een multifactoriële interventie, overweging verdienen bij ouderen met slecht schoeisel.

De instelling heeft een samenwerkingsverband met een orthopedisch schoenmaker die eens per vier weken spreekuur op de instelling houdt. Een groot aantal cliënten maakt hier al gebruik van gezien lichamelijke beperkingen en afwijkingen met daarbij de noodzaak tot het dragen van aangepast schoeisel. Bij cliënten met verhoogd valrisico zal het mogelijk zijn afspraken te maken voor beoordeling van het te dragen schoeisel. Daarnaast kan advies worden gegeven aan de begeleider van de cliënt over goed schoeisel is en wat kan worden aangeschaft in de reguliere schoenwinkel. Uit voorbeelden die worden besproken door begeleiders en BVP valt op te maken dat het nogal eens tekort schiet aan goed schoeisel. Er worden regelmatig afgesleten zolen, loshangende delen en versleten binnenzolen aangetroffen. Vooral bij cliënten die wat dat onderdeel van de ADL onafhankelijk zijn van de begeleiding en niet opmerken dat er iets mankeert aan de schoen.

Het lijkt me van belang omwille van het tekort lijken te schieten van de bewustwording voor het belang van goed schoeisel de aanbeveling mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

11. De werkgroep is van mening dat aandacht voor het verantwoord voorschrijven van loophulpmiddelen, goed onderhoud en een juiste hantering door de gebruiker belangrijk zijn voor een veilige mobiliteit en daarmee mogelijk voor het verkleinen van het valrisico.

Voor goed onderhoud en juist gebruik kan advies worden gegeven aan de begeleiding en cliënt en gekeken worden naar methoden voor borging van deze informatie. Uit gegevens van medewerkers is gebleken dat hierin wel eens te kort wordt geschoten en dus een belangrijk aandachtspunt ligt. Bij het valpreventieprogramma 'Blijf Staan' van TNO zijn modellen beschikbaar voor controle van hulpmiddelen die mogelijk op de groepen kunnen worden aangeboden (zie bijlage).

Door groepsleiding wordt aangegeven dat het praktisch is om ook hiervoor aandacht te hebben in een periodieke herhaling van het onderwerp valpreventie in het teamoverleg. Het lijkt ze nuttig voor de continuïteit om op de groep één persoon verantwoordelijk te maken voor de controle van de materialen.

Suggestie die wordt gedaan is het betrekken van cliënten bij het gebruik en onderhoud van de hulpmiddelen als rollators en rolstoelen. Er zou hiervoor een aantal cliënten kunnen worden gevraagd om, in kader van dagbesteding, klussen te verrichten als bijvoorbeeld banden controleren en oppompen of het afsputten of met de hand wassen van de materialen. Dit zou bewustwording van het onderhoud op verschillende lagen beïnvloeden.

De aanbeveling wordt door de verschillende experts als belangrijk onderschreven omdat in de praktijk blijkt dat hierin nogal eens tekort wordt geschoten. Hiervoor wordt in een nota van Reinaerde, opgemaakt door de afdeling fysiotherapie in 1996, aandacht voor gevraagd. Dit is reden om de aanbeveling mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

12. De werkgroep is van mening dat behandeling van orthostatische hypotensie, als onderdeel van de reguliere zorg, mogelijk kan bijdragen tot een verlaging van het valrisico.

Zoals beschreven bij de risicofactoren is dit een zeer waarschijnlijk vaak voorkomende oorzaak voor vallen bij cliënten met verstandelijk gehandicapten. Het in kaart brengen van de verschijnselen en evalueren hiervan bij de risico inventarisatie lijkt de experts goed mogelijk. Voor het inzetten van de behandeling kan worden verwezen naar de huisarts voor een consult. Hierbij zou behandeling met een

steunkous, medicatie of gedragsadvies kunnen worden overwogen afgestemd op de individuele cliënt en zijn mogelijkheden.

Op basis van deze argumenten wordt gekozen de aanbeveling mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

13. De werkgroep is van mening dat multifactoriële interventies zich moeten richten op de factoren die uit een valrisico-evaluatie naar voren zijn gekomen. Dit zijn de specifieke maatregelen op maat van de patiënt (bijvoorbeeld balanstaining, gebruik van hulpmiddelen en medicatie). Daarnaast dienen algemene maatregelen op maat van de organisatie (bijvoorbeeld voorlichting en een veilige omgeving) en bij voorkeur multidisciplinair te worden genomen. Hierbij wordt opgemerkt dat het effect van monofactoriële interventies onderling zeer verschillend uit diverse onderzoeken naar voren komt. In de praktijk zouden multifactoriële interventies, derhalve, de voorkeur verdienen.

In de praktijk wordt valpreventie herkend als een multifactorieel probleem. Er wordt binnen Reinaerde een kenniskring Valpreventie in het leven geroepen om hier instellingsbreed aandacht aan te besteden. Er is bij de individuele cliënt in het verleden beslist beoordeeld op welke wijze de valincidenten kunnen worden voorkomen maar men heeft bij Reinaerde onderkend dat valpreventie uit vele aspecten bestaat en het probleem niet op te lossen is door één simpele interventie toe te passen. Voor iedere cliënt en voor iedere locatie moet de situatie worden beoordeeld. Omdat deze aanbeveling wordt onderschreven is gekozen deze mee te nemen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

14. De werkgroep is van mening dat binnen het kwaliteitsbeleid van een instelling, valpreventie een plaats moet hebben.

Door de FOBO registraties werd duidelijk dat vallen een groot probleem is in de instelling voor cliënten van Reinaerde. Door de FOBO registraties werd duidelijk dat vallen een groot probleem is in de instelling voor cliënten van Reinaerde. Er wordt

gewerkt met Kenniskringen binnen Reinaerde om de kwaliteit van zorg te bevorderen.

De kenniskring is de basis voor het verwerven, uitwisselen, het vertalen en borgen van kennis in concrete toepassingen, nieuwe werkwijzen, methodieken, vaardigheden en competenties. Een kenniskring bestaat uit een multidisciplinair samengesteld team van gepassioneerde en enthousiaste beroepskrachten van Reinaerde. Zij vinden elkaar en voelen zich verbonden en betrokken doordat zij hun omgeving willen verrijken met kennis op een specifiek gebied. De concrete vertaling van deze kennis naar beoogde kwaliteitsverbetering van de dienstverlening staat voor hen voorop. De kenniskring is de centrale plek binnen Reinaerde waar kennis, ideeën, vragen en ervaringen over een bepaald onderwerp bij elkaar gebracht worden. De kenniskring coördineert en voert de regie ten aanzien van alle bestaande en nieuwe initiatieven die liggen in het aandachtsgebied van de kenniskring. De initiatieven leveren een bijdrage aan het eindresultaat van de kenniskring (Calis & Adam, 2006).

Het onderwerp Valpreventie zal worden opgenomen als op zichzelfstaande Kenniskring of een onderdeel vormen van een grotere Kenniskring om hier actief aan te blijven werken.

Momenteel worden valincidenten gemeld met een FOBO formulier bij de betreffende manager en de FOBO commissie. De meldingen worden geregistreerd en geëvalueerd door de afdeling kwaliteitszorg. Hierbij wordt gekeken naar mogelijke interventies om herhaling te voorkomen. Per kwartaal worden deze gegevens samengevat en teruggekoppeld naar de operationeel managers.

Aandachtspunt wat groepsleiding hierbij geven is dat ze het gevoel hebben over het algemeen weinig respons te krijgen op het invullen van FOBO formulieren. Regelmatigere terugmelding of bespreking hiervan in het teamoverleg op korte termijn na het melden wordt als wenselijk en als suggestie aangegeven.

Zoals al eerder beschreven geven de huidige FOBO formulieren te weinig inzicht in de werkelijke problematiek van vallen bij deze doelgroep.

Aanpassen van FOBO meldingen / ontwerp van valscore lijst waarbij ruimte is voor uitgebreide demografische gegevens risicofactoren, omstandigheden, gevolgen en hulpmiddelen zou hieraan bijdragen. Tot op heden zijn dit soort gegevens van deze

groep niet bekend uit de literatuur. Ook zijn deze gegevens noodzakelijk om valpreventie beleid zorgvuldig te kunnen evalueren en aan te passen waar nodig. Uitbreiding van het formulier op gebied van vallen wordt door groepsleiding ook als belangrijk genoemd omdat hierdoor meer inzicht in het probleem vallen wordt gegeven. Deze inzichten leveren mogelijk bruikbare en tastbare informatie op die kan worden meegenomen in de zorgverlening.

15. Conform de Richtlijn Osteoporose wordt suppletie van vitamine D aanbevolen bij ouderen die niet in de buitenlucht komen. Een hoeveelheid van 400 IE is hierbij voldoende.

De huisarts kan worden betrokken bij diagnostiek en hulpmiddelen en het voorschrijven van medicatie. Het gebruik van vitamine D-suppletie is onlangs bij een groot aantal cliënten in de instelling geëvalueerd in samenwerking met de apotheek op basis van gegevens uit de richtlijn “osteoporose” (CBO, 2002) en wordt als bekend verondersteld binnen het artsen team.

Het is eenvoudig vast te stellen of de cliënt Vit D suppletie nodig heeft tijdens een risicoevaluatie en de middelen zijn gemakkelijk verkrijgbaar via een recept bij de apotheek. De aanbeveling wordt hierom meegenomen in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking.

16. De werkgroep is van mening dat het gebruik van heupbeschermers als interventie maatregel alleen dan zinvol is als de organisatie en de bewoners voor voldoende ‘compliance’ kunnen zorgdragen. Het gebruik van harde heupbeschermers verdient hierbij de voorkeur.

Aan de hand van ervaring en mening van betrokken deskundigen zal moeten worden opgemaakt of de individuele cliënt met een verstandelijk beperking in staat is gebruik te maken van dit hulpmiddel. Risico van oneigenlijk gebruik en verwijderen van de heupbeschermer door de cliënt vanwege cognitieve beperkingen zijn indenkbare. Het hulpmiddel kan aangeschaft worden en er zal bij een cliënt met valrisico's moeten worden uitgetoetst of er sprake is van voldoende ‘compliance’. In principe zou

het met goede begeleiding mogelijk moeten kunnen zijn dit te waarborgen bij een cliënt die niet zelfstandig het hulpmiddel uittrekt.

Hoewel de nodige scepsis in acht wordt genomen door de fysiotherapeuten en BVP-ers ten aanzien van de compliance wordt het hulpmiddel toch als mogelijk belangrijk in te zetten interventie gezien. Dit is reden om de aanbeveling in de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking op te nemen.

De volgende aanbeveling wordt aan de concept richtlijn valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking toegevoegd op basis van expert kennis:

17. Slecht horen is in principe valrisico verhogend (NVKG, 2004). Wanneer uit anamnese blijkt, of er aanwijzingen zijn dat de cliënt gehoorproblemen heeft en hierover zijn geen gegevens beschikbaar kan een gehoortest worden gedaan.

Ongeveer dertig procent van de verstandelijk gehandicapten heeft een zintuiglijke beperking. Gehoorproblematiek wordt bij deze cliënten vaak niet opgemerkt (Damen & Kingma, 2006).

Volgens de medewerkers van de afdeling logopedie heeft ongeveer 35 a 40 % van de cliënten van Reinaerde gehoorproblemen.

Uit de ervaringen van de experts in de instelling kan worden aangenomen dat er cliënten zijn die risico's lopen op vallen door een gehoorbeperking, bijvoorbeeld bij schrikken doordat er iets plotseling gebeurt.

Bij cliënten met gehoorproblemen en valrisico's kan afdeling Logopedie en Totale Communicatie hulpmiddelen voorschrijven, verwijzen naar een specialist of individuele adviezen geven om gevaren te beperken bijvoorbeeld door pictogrammen als 'voeten optillen' in te zetten.

Concept Richtlijn: “Valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling”

Deze richtlijn bestaat uit de risicofactoren voor vallen en de aanbevelingen voor risico-identificatie en valpreventieve maatregelen. Deze richtlijn is gebaseerd op de aanbevelingen uit de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) en gegevens uit de praktijk. Voor de inhoudelijke gegevens verwijs ik naar het vorige hoofdstuk.

Risicofactoren voor vallen

- Eerder gevallen.
- Mobiliteit en balansproblemen.
- Afhankelijkheid in ADL activiteiten.
- Leeftijd > 70
- Onafhankelijkheid bij verplaatsingen.
- Orthostatische hypotensie.
- Psychofarmaca.
- Dementie en cognitie.
- Gedragsproblemen.
- Hartmedicatie.
- CVA.
- Afgenomen spierkracht.
- Diabetes Mellitus.
- Epilepsie.
- Slecht onderhoud en gebruik van hulpmiddelen

Aanbevelingen

1. Alle nog enigszins mobiele ouderen met een verstandelijke beperking, >50 jaar, komen gezien hun verhoogde risico, in aanmerking voor zowel specifieke (individuele) als algemene valpreventie en / of interventie maatregelen. Voor de volledig immobiele ouderen > 50 jaar zijn vooral algemene valpreventieve maatregelen belangrijk.

2. Alle cliënten met een verstandelijke beperking < 50 jaar komen in aanmerking voor algemene valpreventie en / of interventiemaatregelen. Wanneer uit een valrisicoanalyse blijkt dat een cliënt valgevoelig is of er een valincident voordoet komt deze cliënt ook in aanmerking voor specifieke individuele interventiemaatregelen.
3. De test van Tinetti kan gebruikt worden als mobiliteitstest waarbij zowel balans als looptaken worden beoordeeld om te identificeren of te evalueren. Hierbij wordt wel opgemerkt dat sommige taken wellicht moeilijk zijn om te worden uitgevoerd.
4. Gegevens voor de valrisico-evaluatie worden zo veel mogelijk verkregen uit de al bekende gegevens uit bijvoorbeeld (hetero)anamnese van begeleiders, wettelijk vertegenwoordigers, familie en de gegevens in het medisch dossier van eerder onderzoek en de medische voorgeschiedenis.
5. Op basis van de uitkomst van een valrisico-evaluatie aan de hand van een 'checklist' worden specifieke valmaatregelen bepaald. Hierbij kan onderstaande lijst worden gebruikt. Eventueel kunnen hierbij ook bestaande 'assessment tools', zoals als de test van Tinetti, worden ingezet. Het doel van dit soort 'risk assessment' is om te bepalen welke aanwezige risicofactoren bij de cliënt een rol spelen en hoe deze door specifieke valmaatregelen kunnen worden weggenomen of verminderd. Deze risico-evaluatie wordt ieder half jaar of bij wijzigen van de gezondheidstoestand herhaald.

De volgende tabel met anamnestiche en fysisch diagnostische items kan dienen als leidraad bij het ontwikkelen van checklist bij een valrisico-evaluatie (NVKG, 2004).

Tabel 4. Overzicht van items te gebruiken in een valrisico-evaluatie

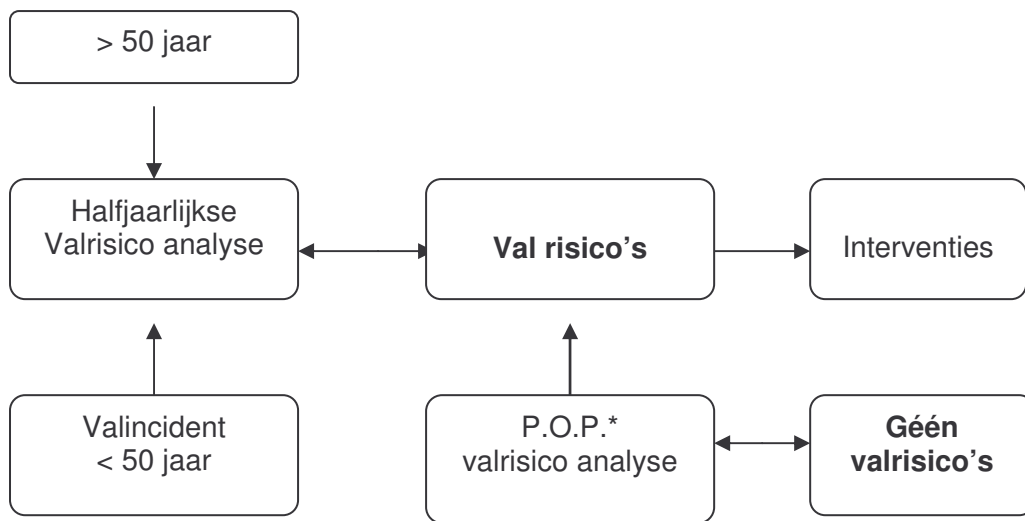
Anamnestiche items

- risicogedrag; een onbalans tussen de ontplooiide activiteiten én de fysieke en/of psychische mogelijkheden om die activiteiten veilig uit te voeren
- lichaamsgewicht; ongewenst gewichtsverlies (minimaal 5% binnen één maand of minimaal 10% binnen zes maanden) is een signaal voor een verslechtering van de algemene conditie en gaat bij vallen gepaard met een verhoogde kans op valletsel
- visusproblemen; een verminderde visus verhoogt het valrisico
- hoorproblemen; slecht horen is in principe ook valrisico verhogend (door eventuele schrikreacties)
- cardiovasculaire aandoeningen; veel cardiovasculaire aandoeningen kunnen aanleiding geven tot orthostatische hypotensie en duizeligheid en daardoor tot een hoger valrisico
- neurologische aandoeningen; talloze neurologische aandoeningen gaan gepaard met sta- en loopproblemen en verhogen daardoor het risico van vallen
- urine incontinentie; (nachtelijke) aandrang beïnvloedt het looppatroon/gedrag en daarmee ook het valrisico
- aandoeningen van het bewegingsapparaat kunnen de sta- en loopfunctie beperken en daardoor het valrisico verhogen
- cognitief functioneren; bij vermindering van het cognitief functioneren stijgt het valrisico. De MMSE (mini mental state examination) geeft een indruk van het cognitief functioneren
- valgeschiedenis
- gebruik risicomedicatie
- omgevingssituatie (verlichting, drempels, enz.)

Fysisch diagnostische items

- maakt de patiënt een zieke indruk; is er een intercurrente ziekte
- lichaamsgewicht (ten tijde van het onderzoek)
- bloeddruk
- pols; afwijkingen in frequentie respectievelijk ritme kunnen het gevolg zijn van cardiovasculaire aandoeningen
- sta- en loopfunctie in functionele zin; kan de patiënt (gaan) staan en lopen
- visus stoornissen
- schoeisel: geen of slecht gebruik van schoeisel of gebruik van slecht schoeisel is risicoverhogend voor vallen

Hieronder volgt een schema wat weergeeft hoe het programma voor valrisico evaluatie er uit dient te zien binnen Reinaerde.



*Persoonlijk Ondersteuning Plan bespreking

6. Bij de kwetsbare ouderen > 50 jaar hoort bij elke multifactoriële interventie een kritische evaluatie van de voorgeschreven medicatie. Deze evaluatie moet bij iedere Valrisico evaluatie, Persoonlijk Ondersteuning Plan bespreking of MDO worden herhaald om te kijken of de voorgeschreven medicatie nog meerwaarde biedt. Het staken dan wel verminderen van met name psychotrope en cardiovasculaire middelen moet serieus worden overwogen, mede gezien de vergrote kans op bijwerkingen bij (psycho) geriatrische patiënten.
7. Individuele oefenprogramma's waarbij gewerkt wordt aan training van evenwicht, gericht op valpreventie en functionele spierkrachtverbetering zijn zinvol. Ze leveren mogelijk een bijdrage in de preventie van valongevallen en bevorderen daarnaast het algemeen welbevinden en de algemene conditie.
8. Er dient te worden overwogen oefenprogramma's aan te bieden aan cliënten die een verhoogd risico lopen op vallen.

9. Vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals fixatiebanden worden afgeraden als valpreventief middel. Er is geen bewijs dat het gebruik hiervan minder valincidenten oplevert.
10. Een bedalarmsysteem kan worden gebruikt als hulpmiddel ter preventie van valincidenten gedurende de rustmomenten op de dag bij valgevoelige cliënten. Daarbij levert dit hulpmiddel minder negatieve effecten op als bijvoorbeeld vrijheidsbeperking, dan immobiliserende beschermende maatregelen.
11. Er dient altijd aandacht te zijn voor preventie van risico factoren in specifieke situaties in de leef omgeving van de individuele cliënt maar ook voor maatregelen in het algemeen in de omgeving binnen de instelling.

Veiligheid in de omgeving kan worden bevorderd door:

- Creëren van voldoende en veilige loopruimte. (bv. geen zwarte tegels bij problemen met diepte zien).
- Aanbrengen beugels e/o leuningen op relevante plaatsen.
- Goede (nacht)verlichting.
- Goed functionerende (bed)alarmeringssystemen.
- Vertrouwde en herkenbare omgeving door gebruik van kleuren en markeringen.
- Veilig meubilair.
- Gebruik van veilige hulp- en beschermmiddelen.

12. Door behandeling of correctie van visusstoornissen bij de cliënt of (individuele) hulpmiddelen of aanpassingen in de omgeving kunnen valincidenten worden voorkomen. Tevens verbeteren ze het algeheel welzijn wat daar ook toe bijdraagt.
13. Het is belangrijk te werken aan bewustwording van valgevaar om betrokkenheid van het multidisciplinaire team en cliënten te bevorderen bij valpreventieve interventies en het signaleren van gevaarlijke situaties.

Maatregelen kunnen bestaan uit het realiseren van een continue alertheid op veiligheid en valpreventie door algemene maatregelen als bijvoorbeeld:

- Bewust maken van valgevaar via scholing/instructie.

- Structurele aandacht voor valpreventie in het dagelijkse zorgproces.
- Adequate personeelsplanning om voldoende toezicht te realiseren.
- Veilige til- en transfertechnieken toepassen.
- Hulp- en beschermmiddelen veilig gebruiken.
- Helderheid verschaffen over de procedure wat te doen na een val.
- Waarborgen strikte zorgvuldige en complete registratie van incidenten en gevaarlijke situaties (FOBO).

14. Als onderdeel van een multifactoriële interventie voor valpreventie moet advisering voor schoeiselverbetering worden overwogen bij ouderen met slecht schoeisel. Hierbij kan eventueel worden verwezen naar de orthopedisch schoenmaker.

15. Aandacht voor het verantwoord voorschrijven van loophulpmiddelen, goed onderhoud en een juiste hantering door de gebruiker zijn belangrijk voor een veilige mobiliteit en daarmee mogelijk ook voor het verkleinen van het valrisico.

16. Behandeling van orthostatische hypotensie kan mogelijk bijdragen tot verminderen van het valrisico.

17. Multifactoriële interventies moeten zich richten op de risicofactoren die uit een valrisico-evaluatie naar voren zijn gekomen. Dit zijn de cliëntgebonden maatregelen op maat (bijvoorbeeld balanstraining, gebruik van hulpmiddelen en medicatie). Daarnaast dienen algemene maatregelen op maat van de organisatie (bijvoorbeeld voorlichting en een veilige omgeving) en bij voorkeur multidisciplinair te worden genomen.

18. Valpreventie moet een plaats hebben binnen het kwaliteitsbeleid van de instelling in de vorm van Kenniskringen en een goede registratie en evaluatie van FOBO meldingen betreffende valincidenten.

19. Voor ouderen die niet in de buitenlucht komen wordt suppletie van vitamine D aanbevolen. Een hoeveelheid van 400 IE is hierbij voldoende (Richtlijn Osteoporose).

20. Het gebruik van harde heupbeschermers als interventie voor het voorkomen van fracturen is zinvol maar alleen als de organisatie/ medewerkers en de bewoners voor voldoende 'compliance' kunnen zorgdragen.

21. Slecht horen is in principe valrisico verhogend. Wanneer uit anamnese blijkt, of er aanwijzingen zijn dat de cliënt gehoorproblemen heeft en hierover zijn geen gegevens beschikbaar kan een gehoortest worden gedaan.

Deze concept richtlijn is volgens de methode van Reinaerde samengevat in een werkwijzer. Deze werkwijzer is vormgegeven volgens het format van de werkwijzers zoals die binnen Reinaerde worden gehanteerd. Deze werkwijzer is toegevoegd als bijlage.

Valrisico-analyse instrument

Aan de hand van de aanbevelingen uit de literatuur is een formulier (bijlage 1) opgesteld voor risicoanalyse en daaruit voortvloeiende interventies. Hierbij is gebruik gemaakt van al bestaande valrisicoanalyse modellen als bijvoorbeeld van het project 'Blijf Staan' van TNO en de vragen uit de checklist (NVKG, 2004). Hiervoor is tevens bekeken welke disciplines binnen Reinaerde zijn betrokken bij valpreventie en er bestaat een mogelijkheid om te bepalen of hiernaar moet worden verwezen voor interventies. Onderzocht moet worden of dit een goed hanteerbaar instrument is voor valrisicoanalyse en gebruik in de instelling Reinaerde.

Implementatie

De invoering van de richtlijn valpreventie is van belang om de valincidenten terug te dringen en een adequate omgang met cliënten met een verhoogt valrisico te bewerkstelligen. De implementatie van de richtlijn valpreventie zal in eerste instantie plaatsvinden binnen de intramurale instellingen van Reinaerde voor cliënten met een verstandelijke beperking > 50 jaar. Onderzoek en metingen van de resultaten gedurende de implementatieperiode zullen kennis en inzicht verschaffen in de toepasbaarheid van deze richtlijn voor de doelgroep. Hiermee wordt richting gegeven aan eventuele ontwikkeling van nieuwe methodieken en instrumenten en bijstelling van de richtlijn. Naast directe beïnvloedingsmogelijkheden heeft de innovatie ook de tijd nodig om te ontwikkelen. Langzamerhand zullen steeds meer kenmerken zichtbaar worden die vragen om ontwikkeling of aanpassing van de organisatie dan wel de innovatie.

Het uiteindelijke doel is het instellingsbreed invoeren en vervolmaken van de richtlijn voor cliënten in alle leeftijdscategorieën met een verstandelijke beperking.

Theoretisch kader van “van Linge”

Voor de implementatie van de innovatie, de richtlijn Valpreventie, wordt uitgegaan van het contingentiemodel van Van Linge (2004) welke voort bouwt op vijf proposities;

De beste strategie om innovaties te implementeren bestaat niet.

Discongruentie tussen een innovatie en de invoeringscontext ontstaat indien de innovatie vraagt om een bepaalde context om te kunnen floreren doch deze context niet aanwezig is.

De invoeringscontext kan zelf meer of minder intern congruent zijn tijdens de invoering en kan er binnen deze context discrepantie ontstaan door andere invloeden dan de innovatie zelf.

Invoeringsstrategieën zijn primair gericht op het bereiken van bepaalde implementatie uitkomsten (hierbij kan onderscheid worden aangebracht tussen implementatie- effectiviteit en innovatie- effectiviteit).

Invoeringsstrategieën kunnen onderscheiden worden naar de mate waarin planmatig of procesmatig wordt gewerkt.

Contingentiebenaderingen gaan ervan uit dat er niet een beste wijze is om innovaties in te voeren, maar dat men bij de keuze van de innovatiestrategie rekening moet houden met de kenmerken van de innovatie zelf en of de kenmerken van de situatie waarbinnen de uitvoering zal plaatsvinden. Deze kenmerken van innovatie hebben betekenis en invloed op de ontwikkeling, de beoordeling, de besluitvorming, de adoptie, de implementatie en de effectiviteit van de implementatie (Van Linge 2005).

Om de kenmerken van de innovatie te analyseren met betrekking tot de cultuur en de omgeving is er gebruik gemaakt van de vragenlijst van de divisie Verplegingswetenschap van het UMC Utrecht “waargenomen innovatiekenmerken” en “organisatie(unit) kenmerken”, de verkorte versie (2004).

Deze lijst werd aangeboden aan twaalf personen uit de verschillende disciplines binnen de intramurale instellingen van Reinaerde die betrokken worden bij valpreventie. Dezelfde dag werden door 11 personen (N=11) de vragenlijsten ingevuld en geretourneerd: een arts, twee BVP-ers, een bewegingsagoog, een ergotherapeut, twee fysiotherapeuten, drie groepsbegeleiders en een logopediste. Voorafgaand werd informatie gegeven over de betrokkenheid van de verschillende disciplines en hun te plegen interventies voor valpreventie zoals eerder beschreven. Het volgende model laat de uitkomsten hiervan zien.

Contingentieconfiguratie Model

Flexibel

Teamgericht			Ontwikkelingsgericht		
Innovatie		Organisatie	Innovatie		Organisatie
7	O	5	4	O	2
2	O	2	9	O	8
6	O	4	4	O	6
3	O	3	3	O	4
41%		32%	46%		46%
1	EW	10	9	EW	
9%		91%	82%		0%
6	B	4	1	B	6
55%		36%	9%		55%

intern

extern

Regelgericht			Doelgericht		
Innovatie		Organisatie	Innovatie		Organisatie
	O	3		O	1
	O			O	1
	O	1	1	O	
1	O		4	O	4
2%		9%	11%		14%
	EW	1	1	EW	
0%		9%	9%		0%
4	B			B	1
36%		0%	0%		9%

controle

O = Operationele laag EW = Expliciete Waarden B = Basale opvattingen

Dit model laat meerdere configuraties zien in de organisatie /context. Teamgericht en ontwikkelingsgericht in operationele systemen en de basale opvattingen, expliciete waarden liggen met name op het teamgerichte vlak. Ook is er een kleine zwakke regelgerichte configuratie tussen de operationele systemen en de expliciete waarden. De innovatie is wisselend congruent met de context, de operationele systemen liggen dicht bij elkaar maar er geen sprake van een echte 'fit'.

De strategie voor het invoeren van de innovatie die het beste kan worden toegepast is op basis van deze diagnose de evolutiestrategie (Linge van, 1998).

Deze implementatie strategie richt zich op het in gang brengen en houden van fundamentele processen in de organisatie (moving) en kenmerkt zich door politieke en culturele interventies. Bewustwording van bestaande opvattingen, neutraliseren van politieke processen, reflectief, creatief denken en leren zijn belangrijk. Innovatie en organisatie zullen beiden worden aangepast gedurende het proces.

De implementatie wordt niet centraal aangestuurd gezien de vele lagen van de organisatie die er bij betrokken zijn. Doormiddel van diverse communicatieve vormen moet het proces worden gestuurd waarbij training en sociale steun ondersteuning kunnen bieden (Linge van, 1998).

Implementatieplan

Voorafgaand aan en tijdens implementatie zal informatie moeten worden verzameld over de toepasbaarheid van de richtlijn. Voor implementatie binnen de intramurale settingen van Reinaerde zal binnen de Kenniskring moeten worden gesproken over de coördinatie van het implementatie traject en het kiezen van 'pilot' groepen. De cliëntenraad kan hierbij worden betrokken en mogelijk een rol spelen in de coördinatie en uitvoering van het valpreventie project.

De invoering van de richtlijn zal volgens de Nolan cyclus Plan, Do, Check, Act verlopen.

In de 'pilot'groepen kan een start worden gemaakt met de richtlijn.

Introductie van de richtlijn binnen de instellingen kan plaatsvinden door uitgeven van voorlichtingsmateriaal en publicaties in de instellingsgebonden media. Hiermee kan getracht worden de verschillende doelgroepen, cliënten, verzorgenden, familie en

wettelijke vertegenwoordigers en overige werknemers/ disciplines inzicht te geven in het belang van valpreventie. Hiermee wordt beoogd betrokkenheid te creëren en medewerkers te motiveren voor werken met de richtlijn.

Betrokkenen kunnen hierbij worden uitgenodigd voor informatie bijeenkomsten op de verschillende locaties. Daarbij kan de richtlijn worden toegelicht en de aandacht worde gericht op inzicht en bewustwording van het probleem vallen en de gewenste resultaten.

Er dienen onderhandelingen te worden gehouden met het opleidingscentrum en de verschillende werkgroepmedewerkers om valpreventie een plek te geven binnen het reguliere aanbod van cursussen. Til en transfer technieken zouden ook onderdeel moeten worden van het reguliere scholingsaanbod waar medewerkers per schrijven van op de hoogte dienen worden gebracht.

In de verschillende overlegvormen, artsen overleg, managersoverleg, DIOO overleg (dienst inhoudelijke ondersteuning en ontwikkeling), vakgroepoverleg, team en werk overleggen op de afdelingen kan door een werkgroep medewerker of manager voorlichting en instructie worden gegeven over de inhoud en werkwijze van de richtlijn. Te gebruiken formulieren en checklisten kunnen worden toegelicht en uitgedeeld voor gebruik. Hierna kan van start worden gegaan met invoering doordat materialen aanwezig zijn.

Ontwikkelde risicoanalyse formulieren zullen deel uit gaan moeten maken van de Persoonlijk Ondersteuning Plan (POP) map waardoor bij iedere bespreking individuele valrisico's in kaart kunnen worden gebracht bij cliënten > 50 jaar. In een later stadium, waarin effectiviteit is bewezen, kan dit eventueel worden uitgebreid naar alle cliënten of wanneer er sprake is van gebleken valrisico's.

Uitkomst van valrisicoanalyse POP bespreking leidt al dan niet tot verwijzing naar verschillende disciplines voor valpreventieve interventies en opname in vervolgtraject valpreventie.

Voorwaarden en werkwijze voor dit traject moeten worden vastgelegd door de vakgroep behandelend verpleegkundigen.

Onderzoek en metingen zullen kennis en inzicht verschaffen in de toepasbaarheid van de richtlijn. Deze metingen zullen betrekking moeten hebben op het product en het proces aan de hand van indicatoren.

Product indicatoren zijn onder andere;

- aantal valincidenten
- aantal valincidenten met gevolgen
- gegevensverzameling uit registratie van valincidenten
- Zijn de te gebruiken instrumenten/ hulpmiddelen voor valrisicoanalyse bruikbaar?

Proces indicatoren kunnen zijn;

- Vind periodieke risicoanalyse plaats?
- Is valpreventie in zorgproces opgenomen?
- Wordt er volgens procedures gewerkt?
- Is valpreventie onderwerp van besprekingen?
- Vind scholing en instructie valpreventie, tillen en transfers plaats?
- Worden valincidenten juist geregistreerd?
- Vind er analyse van geregistreerde valincidenten plaats?
- Worden valgevaarlijke situatie en omgevingsfactoren geregistreerd?
- Wordt deze analyse teruggemeld aan groepen?

Hiermee wordt richting gegeven aan eventuele ontwikkeling van nieuwe methodieken, instrumenten of bijstelling van de richtlijn. Na gebleken effectiviteit kan besloten worden over te gaan tot invoering in de gehele intramurale instelling.

Om betrokkenheid te bevorderen moet regelmatig inzicht worden gegeven in de vorderingen en resultaten. Dit kan plaatsvinden in de overlegvormen maar ook visueel bijvoorbeeld in de instellingsgebonden media door middel van grafieken, tabellen en door middel van verhalen.

Conclusies en Aanbevelingen

Het onderdeel ‘Verpleeg- en verzorgingshuizen’ van de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) van het CBO kan worden ingezet bij het ontwerpen van een valpreventie programma in een instelling voor cliënten met een verstandelijke beperking.

Hierbij moet worden opgemerkt dat wordt aangenomen dat de beschreven risicofactoren en interventies ook van toepassing zijn op de verstandelijk gehandicapte cliënt >50 jaar. Deze cliënten vertonen overeenkomsten op vlak van mobiliteit en morbiditeit met de groep ouderen van >60 jaar in verzorgings-/verpleeghuizen uit de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004). Deze aanname kan niet worden getoetst vanwege het ontbreken van gegevens over vallen bij verstandelijk gehandicapten in de literatuur en bruikbaar, relevant onderzoek. Echter er zijn ook geen gegevens bekend die het tegendeel bewijzen.

Valpreventie vereist continuïteit en een multifactoriële en multidisciplinaire benadering. Een valpreventieprogramma zou moeten bestaan uit het in kaart brengen van risicofactoren door een zich periodiek herhalende valrisicoanalyse. Een positieve valgeschiedenis is een zeer goede indicator voor toekomstig vallen. Problemen met mobiliteit en balans, de mate van zelfstandigheid bij verplaatsingen, het gebruik van psychofarmaca en het hebben van cognitieve stoornissen spelen ook een grote rol.

Op basis van de uitkomsten van de valrisicoanalyse moeten interventies worden ingezet voor de individuele cliënt. Naast specifieke preventieve valmaatregelen op patiëntniveau dienen algemene preventieve valmaatregelen op organisatieniveau genomen te worden.

De interventies die worden genoemd in de CBO richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” (NVKG, 2004) zijn in te zetten in de instelling maar voor implementatie moeten deze worden beoordeeld op toepasbaarheid door de uitvoerende discipline. Verder onderzoek naar de effectiviteit en toepasbaarheid van de valpreventieve

maatregelen is belangrijk en noodzakelijk. Het programma is gebaseerd op beperkte kennis. De risicofactoren waarop de interventies zijn gebaseerd op bewijs voor ouderen in verpleeg en verzorgingshuizen. De risicofactoren en interventies zijn niet bewezen bij cliënten met een verstandelijke beperking. Uit onderzoek moet blijken of deze ook van toepassing zijn op cliënten in de intramurale setting van Reinaerde. Nieuwe inzichten op basis van valregistraties en evaluatie van het programma kunnen wellicht leiden tot aanpassing van het valpreventie programma.

Het ontwikkelde instrument voor valrisicoanalyse en bepalen van interventies kan worden ingezet bij de periodieke valrisicoanalyse momenten. Wel zal het instrument actief moeten worden geëvalueerd en eventueel worden aangepast omdat nog moet blijken in hoeverre het instrument bruikbaar en volledig is.

Voor cliënten vanaf 50 jaar wordt geadviseerd halfjaarlijks valrisico's te analyseren. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van het ontwikkelde instrument. Bij gebleken valrisico's strekt het voor iedere cliënt, ook jonger dan 50 jaar, tot de aanbeveling ieder half jaar een valrisicoanalyse uit te voeren.

Dit periodieke valrisicoanalyse kan door de Behandelend Verpleegkundigen (BVP) of Nurse Practitioner worden opgezet en uitgevoerd. Dit impliceert wel dat de BVP bevoegdheid zal moeten krijgen voor indicatiestelling en verwijzing naar andere disciplines.

Voor Reinaerde brede toepassing van de richtlijn "Preventie van valincidenten bij ouderen" (NVKG, 2004) zal rekening gehouden moeten worden met de beschikbaarheid en de mogelijkheden tot verwijzing naar andere disciplines in relatie tot de wijze van financiering van deze zorg. Er zijn zorgvoorzieningen van Reinaerde waar gebruik wordt gemaakt van het reguliere zorgaanbod. Met deze hulpverleners zal de noodzaak van valpreventie bij deze cliëntengroep moeten worden besproken en een plan worden opgezet. Wanneer hierbij problemen ontstaan kan overwogen worden een valpolikliniek op te zetten binnen Reinaerde of zorgafstemming te zoeken met andere instellingen in de vorm van ketenzorg.

Om de werkelijke problematiek rondom vallen bij de doelgroep cliënten met een verstandelijke beperking in een instelling inzichtelijk te maken zal meer en

nauwkeuriger onderzoek moeten plaatsvinden. Het zorgvuldig melden van valincidenten met daarbij aandacht voor risicofactoren, omstandigheden en gevolgen kan onder andere inzicht geven in de omvangrijke problematiek van vallen bij deze cliënten. Het aantal meldingen van valincidenten middels de FOBO formulieren geeft nu slechts een indicatie van de problematiek van vallen bij deze doelgroep vanwege beperkte en soms onzorgvuldige melding van gegevens bij valincidenten.

Het wordt aanbevolen het huidige FOBO formulier aan te passen of een andere methode te kiezen voor het registreren van valincidenten en het inzichtelijk maken van de werkelijke problematiek.

Referenties

- Bernard, S., Maaskant M.A., Gevers J.P.M. & Wierda H. (2001). Voorspellingen ten aanzien van het aantal ouderen met een verstandelijke handicap in algemene woonvoorzieningen, 1996-2011. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 3, 166-177.
- Calis, J. & Adam, J. (2006). *Kennisbeleid Reinaerde*. Reinaerde, Utrecht.
- Centrum Indicatiestelling Zorg. (2005). *Concept-protocol Verblijf, 050705.doc*. Driebergen.
- Damen, S. & Kingma, J. (2006). De vogels horen fluiten, hoortoestellen bij ernstig verstandelijk gehandicapten. *Markant. Kennis uit de Praktijk*, 3, 8-10.
- Dijcks, B. P. J., Neyens, J. C. L., Schols, J. M. G. A., Haastregt van, J. C. M., Crebolder, H. F. J. M., and Witte de, L. P. (2005). Valincidenten in verpleeghuizen: gemiddeld bijna 2 per bed per jaar met bij 1,3% een fractuur als gevolg. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 149, 1043-7.
- Emmelot-Vonk M.H., Namens het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie, (2005). Voorkomen dat ouderen vallen. Een sleutelrol voor valklinieken. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 36, 165-171.
- Mensink F., (2005). College Concept Analyse t.b.b. Methoden en Technieken Praktijkgericht Onderzoek & Best Practices, handout.
- Graafmans, W.C., Ooms, M.E., Hofstee, H.M.A., Bezemer, P.D., Bouter, L.M., Lips P. (1996). Falls in the Elderly: A Prospective Study of Risk Factors and Risk Profiles. *Am J Epidemiol*, 143, 1129-36.
- Hsieh, K., Heller, T., Miller, A.B. (2001). Risk factors for injuries and falls among adults with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 76-82

Inspectie voor de Gezondheidszorg & Kingma J.H. (2005). *Complexe gedragsproblematiek bij mensen met een ernstig verstandelijk handicap vereist bundeling van specialistische expertise* Den Haag: Staatstoezicht op de volksgezondheid.

Linge van, R. (1998). *Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport .(2001). *"Sport, Bewegen en Gezondheid" - Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging*, den Haag.

Neyens, J.L.C., Dijcks, B.P.J., Kinkelder, A. de, Graafmans, W.C., Schols, J.M.G.A. (2005). CBO Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen; wat kunnen verpleeghuizen hiermee? *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 36, 158.

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (2004). *Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V..

Praag van, H. M. (2000). *Psychofarmaca; een leidraad voor de praktiserend medicus*. Assen: Van Gorcum&Comp B.V..

RIVM in opdracht van ministerie van V.W.S. (2006). *Zorg met huisvesting (intramuraal)*. Bilthoven.

Steultjens, E. & Theune, C. S. E. M. J. (2005). *Ergotherapierichtlijn Valpreventie*. Utrecht: Nederlandse vereniging voor Ergotherapie.

TNO Preventie en Gezondheid (2005). *'Blijf staan' Valpreventie in verzorgingshuizen*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.

Walker, L.O., Avant, K.C. (2004). Edition : fourth. *Startegies For Theory Construction In Nursing*. Pretence Hall.

www.cbo.nl

www.kiesbeter.nl

www.nizw.nl

Bijlagen

Valrisicoanalyse instrument

CIZ “Mogelijkheden verblijf”

Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) (volgens Tinetti)

Aandachtspuntenlijst Hulpmiddelen ‘Blijf staan’

Werkwijzer Reïnaerde

Val risico analyse en interventie instrument

mei-06

Risico analyse	Gericht op	Val	Interventie	Verwijzen naar				
Anamnese		risico	oorzaak	overig				
Risico gedrag	ADL, verkeer, omgeving	☐	hulpmiddelen, lichaamsbewustwording	☐	ergotherapie	☐	bewegingsagogie	☐
	duwen, probleemgedrag	☐	gedragsbeïnvloedende maatregelen	☐	gedragskundige	☐	AVG	☐
lichaamsgewicht	verminderde alg. conditie door ongewenst gewichtsverlies	☐	aanpassing voeding en/ vocht	☐	dietiste	☐		☐
Visusproblemen	in staat gezichten te herkennen op 4 meter?	☐	visustest, inzetten leeshulpmiddelen	☐	Bartimeus	☐	oogarts	☐
Gehoorproblemen	schrikreacties, gehoorverlies, oorafwijkingen	☐	gehoortest, hulpmiddelen	☐	logopedie	☐	oorarts	☐
Cardiovasculaire aandoeningen	orthostatische hypotensie, duizeligheid, flauwvallen	☐	steunkous, medicatie, gedragsadvies	☐	huisarts	☐	gedragskundige	☐
Neurologische probl.	sta- en loopproblemen	☐	oefenprogramma's, medicatie aanpassing	☐	fysiotherapie	☐	bewegingsagogie	☐
Aandoeningen bewegingsapparaat	lopen (onzeker/ onveilig)	☐	looptraining, aanvraag loophulpmiddel	☐	fysiotherapie	☐	bewegingsagogie	☐
	loophulpmiddelen gebruik	☐	controle, instructie en training gebruik	☐	ergotherapie	☐	bewegingsagogie	☐
	problemen met transfers	☐	transfertraining, controle hulpmiddelen	☐	fysiotherapie	☐	ergotherapie	☐
	problemen met balans	☐	balanstest, balanstraining	☐	fysiotherapie	☐	bewegingsagogie	☐
	ongemakken of pijn aan voeten/benen	☐	bezoek pedicure, medische behandeling	☐	pedicure	☐	arts/ bvp	☐
urine incontinentie	nachtelijke toiletbezoek	☐	veiligheidscontrole omgeving, hulpmiddel	☐	ergotherapie	☐		☐
Cognitief functioneren	vermindering cognitief functioneren, dementie, verwardheid of onrust	☐	beschermende maatregelen, aanpassen omgeving, medicatie, uitsluiten pijn/ziekte	☐	ergotherapie	☐	logopedie	☐
		☐		☐	arts	☐	gedragskundige	☐
Valgeschiedenis	eerder gevallen, tijdsbestek	☐	periodieke risicoanalyse	☐	bvp	☐		☐
Risicomedicatie	hoeveelheid, interactie, bijwerkingen	☐	afbouw medicatie, regelmatige controle	☐	huisarts	☐	AVG	☐
Omgevingssituatie	verlichting, onveilige producten, drempels	☐	check veiligheid omgeving en produkten	☐	ergotherapie	☐	technische dienst	☐
Fysisch-diagnostische gegevens								
algehele indruk	bijkomende ziekte, spanningen	☐	controle pijn, behandeling, medicatie	☐	huisarts/ AVG	☐	gedragskundige	☐
Lichaamsgewicht	kg	Naam cliënt; Geb. datum; Adres ;						
Bloeddruk	/ RR							
Pols	pm, ritme;							
Gezichtsvel onderzoek								
oorcontrole								
Schoeisel controle								
Sta en loopfunctie								
Afwijkende lab. Uitslag								
Overigen								

CIZ “Mogelijkheden verblijf”

te hanteren omschrijving van de leveringsvoorwaarden CIZ

A: volgens afspraak, op geplande tijden

Het tijdstip waarop de zorg wordt geboden wordt vooraf gepland en afgesproken met de cliënt; de cliënt is in staat om die planning (mee) te maken, afspraken te maken en te houden (thuis te zijn, te weten dat er iemand komt etc).

B: volgens afspraak + direct oproepbaar (toezicht op afstand)

Het tijdstip waarop de zorg wordt geboden wordt vooraf gepland en afgesproken met de cliënt; de cliënt is in staat om die planning (mede) te maken, afspraken te maken en die te houden (thuis te zijn, te weten dat er iemand komt etc).

De cliënt is aangewezen op assistentie bij ADL, transfers en toiletgang.

Daardoor doen zich ongeplande zorgmomenten voor.

Daarnaast kunnen er zich meer of minder risicovolle situaties voordoen waarbij gealarmeerd wordt: b.v. valrisico, angstaanvallen, noodzaak voor verpleegkundige interventies.

Een verzorgende moet op onplanbare momenten opgeroepen kunnen worden;

De cliënt is (fysiek, psychisch, verstandelijk) in staat een alarm te bedienen en de komst van de zorgverlener af te wachten.

C: voortdurend in de nabijheid (toezicht in de nabijheid)

Cliënten die door (vooral) cognitieve beperkingen - zoals bij gevorderde dementie, complexe NAH, ernstige verstandelijke handicap - behoefte hebben aan continue begeleiding en toezicht.

Stoornissen kunnen op cognitief vlak (regie, vermogen om te alarmeren) liggen, maar ook bij fysieke problemen waarbij gevaar optreedt is deze voorwaarde noodzakelijk.

De zorgverlener loopt regelmatig (b.v. om de paar uur) even 'binnen' bij de cliënt om te kijken of hij zorg nodig heeft; de cliënt heeft in principe planbare zorg nodig, maar heeft daarnaast ook regelmatig niet (altijd) te plannen zorg nodig (zoals blijkt uit

ervaring), waarvoor al dan niet directe interventie nodig is. De cliënt heeft actief en passief toezicht nodig, want kan niet (altijd) zelf alarmeren. Dit, b.v. vanwege het verlies van de regie over het dagelijks leven. De cliënt kan de onaangekondigde komst van de zorgverlener afwachten zonder ernstig in de problemen te komen. Wanneer dit toezicht of deze mate van nabijheid niet met mantelzorg, domotica, enz. geboden kan worden, is de functie VB aangewezen.

D: 24 uur per dag direct aanwezig (toezicht steeds actief)

Vanuit de stoornissen en beperkingen van de cliënt is het noodzakelijk dat er voortdurend toezicht in nabijheid is. Stoornissen kunnen op cognitief vlak (regie, vermogen om te alarmeren) liggen, maar ook bij fysieke problemen waarbij (levens)gevaar optreedt is deze voorwaarde noodzakelijk (b.v. bij intensieve chronische ademhalings-ondersteuning).

De zorgverlener is in staat binnen de max. toegestane tijd te reageren. De zorgverlener houdt de cliënt 24 uur per dag in de gaten; hij is geen moment 'uit het oog'; er kan ook elk moment iets (ernstig) mis gaan (b.v. cliënt gaat staan en wil lopen, terwijl het valgevaar heel groot is en de cliënt zich dat niet realiseert); de cliënt is niet meer in staat te beoordelen of hij zorg nodig heeft, hulp in te roepen en hulp af te wachten; er zijn heel regelmatig ongeplande zorgmomenten, zowel overdag als 's nachts.

Wanneer deze toezicht en nabijheid niet verantwoord met mantelzorg, domotica enz. geboden kunnen worden, is de functie VB aangewezen. Het is aan de cliënt om te kiezen voor het al dan niet verzilveren van verblijf.

(CIZ, 2005)

Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) (volgens Tinetti)

Deze test bestaat uit een evenwichtsevaluatie (POMA-B, POMA-Balance) en een gangevaluatie (POMA-M, POMAMobility).

A. POMA-B

Het evenwichtsdeel evalueert 13 taken en geeft een score van

0 bij een normale taak

1 wanneer de taak uitgevoerd wordt maar met een adaptief respons

2 wanneer de uitvoering abnormaal is of de taak niet kan uitgevoerd worden

Een volledig normaal evenwicht heeft dus een score van 0. Hogere scores wijzen op een afwijking.

De aanvankelijke versie voor geïnstitutionaliseerde patiënten (items 1-7 en 13) werd uitgebreid met 5 items (items 8-12) voor ouderen in de thuissituatie. De maximale score bedraagt dan ook 16 voor gehospitaliseerde patiënten, en 26 voor thuiswonende ouderen.

B. POMA-M

Het mobiliteitsevaluatiedeel van de test van Tinetti evalueert op een kwalitatieve wijze het gangpatroon. Het onderzoek wordt uitgevoerd in een obstakelvrije gang of ruimte. De onderzoeker vraagt de patiënt om in zijn normale tempo de gang af te wandelen waarbij de patiënt zijn normale hulpmiddelen mag gebruiken. Het gangpatroon wordt systematisch per item geëvalueerd. Voor sommige componenten wandelt de onderzoeker achter de patiënt, voor andere componenten naast de patiënt. Er wordt 0 gescoord voor een normaal uitgevoerd item, en 1 voor een abnormale uitvoering of wanneer er compensatiegedrag optreedt. De wijze van scoren wordt per onderdeel specifiek beschreven.

POMA-B

	Evenwichtsmaneuver	Normaal 0	Aanpassing 1	Abnormaal 2
1	Zitbalans	Stabiel te blijven zitten	Gebruikt steun om recht	Leunt, zakt weg
2	Rechtstaan uit stoel	Onmiddellijk opstaan in 1 beweging zonder gebruik van armen	Steunt op armen en/of schuift naar voren in de stoel vooraleer recht te staan	Niet zonder hulp of slechts na meerdere pogingen
3	Onmiddellijk evenwicht bij staan (eerste 5 sec)	Zonder steun	Stabiel met steun	Onstabiel*
4	Evenwicht bij staan (> 5 sec)	Stevig met voeten naast elkaar en zonder enige steun	Stevig, maar kan voeten niet naast elkaar houden	Onstabiel*
5	Evenwicht met gesloten ogen en voeten dicht naast elkaar	Stevig met voeten naast elkaar en zonder enige steun	Stevig, maar kan voeten niet naast elkaar houden	Onstabiel*
6	Evenwicht bij 360° draaien	Vlot, zonder steun, continu draaiende beweging	Geen vlotte beweging (plaatst voet neer alvorens andere voet te verplaatsen)	Onstabiel*
7	Sternale duw (de patiënt staat met gesloten voeten, er wordt 3 x licht geduwd)	Stabiel	Wankelt, verplaatst voeten maar blijft staan	Valt, of moet rechtgehouden worden
8	De patiënt staat met gesloten voeten en wordt gevraagd om het hoofd naar beide zijden en omhoog te draaien	Kan hoofd minstens halfweg opzij draaien en naar het plafond kijken zonder te wankelen	Beperkte zijwaartse en opwaartse hoofdbeweging, maar wankelt niet	Onstabiel*
9	Evenwicht bij staan op 1 been steun	Minstens 5 seconden zonder		Onmogelijk
10	Zover mogelijk achterover buigen	Achterwaartse buiging zonder steun	Beperkte buiging of heeft steun nodig	Geen poging of geen zichtbare achterwaartse buiging
11	Strekken (nemen van een voorwerp van een hoge plaats, met strekken van de tenen)	Kan voorwerp nemen zonder ergens steun te zoeken	Kan voorwerp nemen maar moet steun hebben	Kan het voorwerp niet nemen
12	Voorover buigen zoals bij het oprapen van een voorwerp van de vloer	Kan buigen en terug rechkomen zonder steunen of wankelen	Kan buigen en terug rechkomen maar met steun	Kan niet buigen of rechkomen
13	Neerzitten	In 1 vlotte beweging neerzitten	Gebruikt armen als steun bij het neerzitten	Laat zich vallen in de stoel

*Onstabiel: grijpt naar voorwerpen voor steun, kleine voetbewegingen, meer dan normale bewegingen van het lichaam

POMA-M

Gangcomponent		Normaal 0	Abnormaal 1
1	Begin van het wandelen	Begint zonder aarzeling en wandelt met een vlotte beweging	Aarzeling bij het starten; moet soms verschillende pogingen doen; geen vlotte beweging
2	Hoogte van de passen (observeer van de zijkant en beoordeel de beide voeten afzonderlijk)	De opgeheven voet komt volledig los van de grond met enkele cm (< 5cm)	De voet wordt niet volledig opgeheven (schuifelend geluid) of wordt te hoog opgeheven (> 5 cm)
3	Lengte van de passen: afstand tussen de teen van de staande voet en de hiel van de bewegende voet (observeer elke kant apart vanaf de zijkant)	Minstens een voetlengte tussen de teen van de staande voet en de hiel van de bewegende voet	Minder dan een voetlengte tussen de teen van de staande voet en de hiel van de bewegende voet
4	Symmetrie van de pas: observeer de paslengte van opzij aan beide zijden en in verschillende cycli tijdens het wandelen	Paslengte beiderzijds voor verschillende cycli vergelijkbaar	Paslengte links en rechts verschillend of patiënt stapt steeds met dezelfde voet eerst vooruit
5	Continuïteit	Heft hiel van staande voet op als hiel van bewegende voet de grond raakt; geen onderbreking in het wandelpatroon	Plaatst bewegende voet volledig (teen en hiel) op de grond voor de staande voet beweegt; onderbreekt het wandelpatroon
6	Afwijking van een rechte lijn over verschillende stapcycli (observeer één voet langs achter)	Voet volgt een rechte lijn	Afwijking in één richting of afwisselend in beide richtingen
7	Rompstabiliteit (observeer langs achter): onderscheidt dit van instabiliteit	Romp is stabiel; knieën of rug zijn niet gebogen; armen worden niet uitgestoken om het evenwicht te bewaren	Romp schommelt; knieën of rug zijn gebogen; armen worden uitgestoken om het evenwicht te bewaren
8	Ruimte tussen de voeten	Voeten raken elkaar praktisch bij het wandelen	Voeten ver uit elkaar bij het wandelen
9	Al wandelend draaien	Geen aarzelen en continu wandelen tijdens het draaien	Aarzelt en stopt voor het draaien; geen continu wandelen bij het draaien

(Afschrift et. al, 2002)

Aandachtspuntenlijst hulpmiddelen en producten

Rollator

- Zijn de banden hard?
- Zijn de banden schoon?
- Werkt de rem goed?
- Steken de remkabels niet uit?
- Zitten de handvatten ter hoogte van de pols (bij afhangende armen)?
- Zit het handvat goed vast?
- Is het handvat stroef genoeg?
- Is de rollator goed vergrendeld tegen inklappen?

Rolstoel:

- Zijn de banden hard?
- Zijn de banden schoon?
- Werkt de rem goed?
- Is de voetsteun in orde?
- Is de bekleding nog goed?
- Is het frame heel?

Looprek:

- Zitten de handvatten ter hoogte van de pols (bij afhangende armen)?
- Zitten er doppen aan de onderkant?
- Geven de doppen voldoende grip?
- Is de inklapvergrendeling in orde?

Krukken, steunen en wandelstokken:

- Zitten de handvatten ter hoogte van de pols (bij afhangende armen)?
- Zit het handvat goed vast?
- Zit er aan de onderkant een rubberen dop?
- Geeft de dop voldoende grip?
- Zitten de vergrendelingen goed vast?
- Is het handvat stroef genoeg?

Schoeisel:

- Heeft de schoen de juiste maat en pasvorm?
- Sluit de schoen goed aan bij de voet?
- Heeft de schoen geen hak of een lage brede hak?
- Heeft de schoen een dunne zool die voldoende kan buigen?
- Is de schoen niet te zwaar?
- Is de schoen voorzien van een gematigd profiel?

Uit 'Blijf staan' valpreventieproject TNO 2005

Nr.8.09.nr Valpreventie

Doel

Kwaliteit van zorg verbeteren door het significant terug dringen van het aantal valincidenten.
Een adequate omgang met cliënten met een verhoogt valrisico bewerkstelligen door aanpassingen voor de cliënt, omgeving en hulpverlening.

Voor wie

Deze werkwijzer is voor alle betrokkenen van Reinaerde. Hieronder wordt verstaan cliënten, begeleiders op de groepen, multidisciplinair team en alle mogelijk andere disciplines.

Definitie

Een val is een plotseling en onvrijwillig, onbedoelde verandering van de lichaamspositie waarbij het lichaam door werking van de zwaartekracht op de grond of een ander lager niveau terechtkomt. Deze gebeurtenis is het gevolg van een intrinsieke of extrinsieke gebeurtenis of stressor.

Risicofactoren voor vallen zijn o.a.:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ◦ Eerder gevallen. | ◦ Gedragsproblemen. |
| ◦ Mobiliteit en balansproblemen. | ◦ Hartmedicatie. |
| ◦ Afhankelijkheid in ADL activiteiten. | ◦ C.V.A. |
| ◦ Leeftijd > 70 | ◦ Afgenomen spierkracht. |
| ◦ Onafhankelijkheid bij verplaatsingen. | ◦ Diabetes Mellitus. |
| ◦ Orthostatistische hypotensie. | ◦ Epilepsie. |
| ◦ Psychofarmaca. | ◦ Slecht onderhoud en gebruik van |
| ◦ Dementie en afname van cognitie. | hulpmiddelen |

Alle nog enigszins mobiele ouderen met een verstandelijke beperking, >50 jaar, komen gezien hun verhoogde risico, in aanmerking voor zowel specifieke (individuele) als algemene valpreventie en / of interventie maatregelen. Voor de volledig immobiele ouderen > 50 jaar zijn vooral algemene valpreventieve maatregelen belangrijk.

Alle cliënten met een verstandelijke beperking < 50 jaar komen in aanmerking voor algemene valpreventie en / of interventiemaatregelen. Wanneer uit een valrisicoanalyse blijkt dat een cliënt valgevoelig is of er een valincident voordoet komt deze cliënt ook in aanmerking voor specifieke individuele interventiemaatregelen.

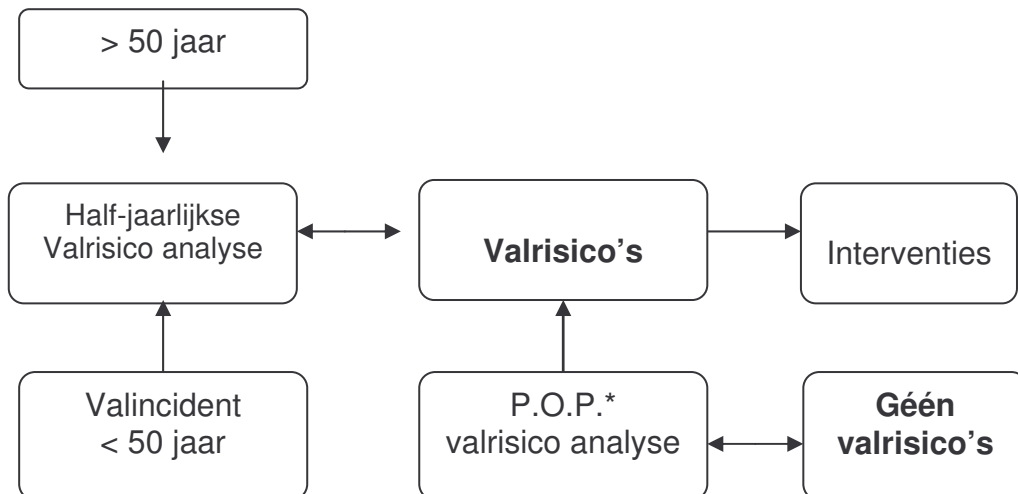
Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

- Groepsleiding is verantwoordelijk voor het melden van valincidenten en het uitvoerig in kaart brengen van de omstandigheden van de val.
- Groepsleiding is verantwoordelijk voor verzamelen en verstrekken van gegevens tijdens valrisico-analyse.
- B.V.P. zet programma op voor halfjaarlijks valrisico-analyse.
- B.V.P. voert halfjaarlijkse valrisico-analyse uit en verwijst eventueel naar andere disciplines voor vervolgonderzoek.
- Tijdens P.O.P. evaluaties is A.V.G. verantwoordelijk voor de valrisico-analyse en de verwijzing naar andere disciplines voor vervolgonderzoek of opname in halfjaarlijkse valrisico-analyse programma.
- A.V.G. en huisarts voeren medicatie sanering uit.
- Fysiotherapie en bewegingsagogiek zijn verantwoordelijk voor opzetten en aanbieden van oefenprogramma's en controle op het juist gebruik van loophulpmiddelen.
- Ergotherapie is verantwoordelijk voor een analyse van omgeving, hulpmiddelen en plannen van aanpassingen.
- Logopedie is verantwoordelijk voor het afnemen van een gehoortest en het verwijzen, aanpassingen doen of hoorhulpmiddelen voorschrijven.
- Afdeling kwaliteit is verantwoordelijk voor het adequaat registreren, evalueren en terugmelden van valincidenten bij de betrokkenen en aan de Kenniskring.
- Technische dienst is verantwoordelijk voor het aanbrengen van aanpassingen en interventies in de algemene omgeving.

Werkwijze

- Valpreventie is een onderdeel van de Kenniskringen en vindt plaats aan de hand van de richtlijn valpreventie.

- Valpreventieve interventies worden genomen aan de hand van een multi-factoriële valrisico-analyse.
- De valrisico-analyse vindt periodiek plaats gedurende de P.O.P. bespreking of bij de halfjaarlijkse controle op het spreekuur van de B.V.P. aan de hand van een checklist (zie bijlage).
- Naast gegevens van de cliënt die te herleiden zijn uit anamnestiche gegevens en het dossier kan aanvullend onderzoek een onderdeel vormen van de valrisico-analyse.
Aanvullend onderzoek:
 - Medisch onderzoek; bloeddruk, pols, algemeen neurologisch, bloedonderzoek, visus, ooronderzoek.
 - Fysiotherapeutisch m.b.t. balans en mobiliteit.
 - Ergotherapeutisch m.b.t. analyse woning, omgeving, vervoer, hulpmiddelen.
 - Logopedisch onderzoek m.b.t. gehoor en hulpmiddelen communicatie.
- Op indicatie vind vervolgonderzoek of verwijzing naar andere specialisten plaats.
- Aan de hand van de valrisico-analyse wordt verwezen naar een specialist of interventies gepleegd.
- De cliënt wordt ieder half jaar opgeroepen voor een evaluatie van het programma en de valrisico's door de B.V.P.
- De B.V.P. legt verslag valrisico-analyse vast in medische dossier en zorgt voor verspreiding aan betrokken disciplines.



*Persoonlijk Ondersteuning Plan bespreking

Evaluatie

Voor het invoeren van deze concept werkwijzer is het nodig de aanbevelingen in praktijk te brengen en het effect ervan te evalueren. Op basis van verzamelde gegevens uit de participatiefase zal de richtlijn worden aangepast door de deelnemers van de Kenniskringen. Hierna wordt overgegaan tot een definitieve richtlijn.

De toetsing van de definitieve richtlijn (op langere termijn) zal plaatsvinden volgens nog vast te stellen indicatoren. Voornemen is dan om elke vijf jaar de richtlijn te evalueren en aan te vullen met het op dat moment beste beschikbare bewijs.

Vooralsnog zal de richtlijn gedurende de implementatie worden geëvalueerd en aangepast waar nodig.

Verwijzing

-zie concept richtlijn "Vallen, van geval tot geval. Valpreventie voor cliënten met een verstandelijke beperking" (2006)

-bijlage Checklist valrisico-analyse