



PREVENTIE VAN VALLEN BIJ OUDEREN

Olivier Bruyère^{1,2}, Cécile Coendo^{3,4}, Sophie Gillain⁴

1. Eenheid voor onderzoek in volksgezondheid, epidemiologie en gezondheidseconomie, Universit  de Liège

2. Afdeling wetenschappen van lichaamsbeweging en revalidatie, Universit  de Liège

3. Dienst geneeskunde van het bewegingsapparaat, CHU de Liège

4. Dienst geriatrie, CHU de Liège

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie valt jaarlijks circa 30% van de 65-plussers. Vallen heeft belangrijke lichamelijke en emotionele gevolgen. De preventie ervan is dan ook van fundamenteel belang. Het gaat daarbij om drie fundamentele niveaus: primaire preventie (vallen voorkomen), secundaire preventie (opsporing van risicofactoren voor vallen) en tertiaire preventie (de gevolgen van het vallen tegengaan). Dit artikel gaat vooral over de secundaire preventie. De nadruk wordt dus gelegd op consultatie en follow-up door een arts, bewustmaking en educatie.

INLEIDING

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie valt jaarlijks circa 30% van de 65-plussers. Vallen heeft belangrijke gevolgen: lichamelijke traumata zoals fracturen, verlies van autonomie, opname in een woonzorgcentrum en hogere sterfte. Op emotioneel vlak leidt vallen tot angst, ze verminderen het zelfvertrouwen, dragen zo bij tot sociale isolatie en hebben negatieve invloed op de geestelijke gezondheid. De directe (gezondheidszorg) en indirecte (productiviteitsverlies, aanpassing van de omgeving)

economische kosten vormen een zware belasting voor het Belgische gezondheidszorgstelsel. De preventie van vallen bij ouderen betreft drie fundamentele niveaus: primaire preventie (vallen voorkomen), secundaire preventie (opsporing van risicofactoren voor vallen) en tertiaire preventie (de gevolgen van het vallen tegengaan):

- primaire preventie van vallen bij ouderen beoogt vallen te voorkomen via een proactief beleid. Er zijn drie belangrijke assen bij die totaalaanpak. Het eerste aspect dat vallen helpt te voorkomen is regelmatige lichaamsbeweging, essentieel om de spierkracht, het evenwicht

- en de soepelheid te verbeteren. Vervolgens moet het risico thuis nauwgezet geëvalueerd worden, met simpele aanpassingen. Dat beperkt het gevaar sterk. Tot slot maakt een gezonde levenswijze met evenwichtige voeding en preventie van comorbiditeit de holistische aanpak compleet;
- secundaire preventie beoogt de risicofactoren voor vallen bij ouderen te achterhalen door middel van medische consultatie, functionele evaluatie (met name een gestandaardiseerde geriatrische evaluatie), follow-up, bewustmaking en educatie van de oudere. Secundaire preventie is voor de arts waarschijnlijk het interessantst omdat ze heel wat mogelijkheden biedt. We gaan dus verder uitgebreid in op die specifieke preventie;
 - tertiaire preventie beoogt de gevolgen en de complicaties van vallen op lange termijn tegen te gaan via verschillende strategieën. De zorg na een val en revalidatie, met name door intensieve kinesitherapie, verbeteren het herstel van de fysieke functie significant. Een regelmatige medische follow-up met calcium- en vitamine D-supplementen en aanpassing van de medicatie helpt om ernstige complicaties als gevolg van een val tegen te gaan. Gepersonaliseerde hulp bij het bewegen kan het valrisico verkleinen, maar is maar veilig in het kader van een professionele begeleiding. Nieuwe technologieën zoals bewegingssensoren en apps zorgen voor een continue bewaking, maar er zijn toch nog heel wat uitdagingen, zoals normalisering, betrouwbaarheid, ethische aspecten en sociale aanvaarding.

Bij de secundaire preventie van vallen moeten meerdere elementen in beschouwing worden genomen.

OPSPORING VAN RISICOFACTOREN

Een cruciale stap in de secundaire preventie is een systematische opsporing van de belangrijkste risicofactoren voor vallen. Dat omvat een blik op de medische en chirurgische antecedenten die directe of indirecte invloed hebben op de structuren en de functies die belangrijk zijn voor de motoriek, de tonus en het evenwicht, meting van het verlies van spierkracht, evenwichtsstoornissen en stapproblemen, opsporing van gezichts- en gehoorproblemen, evaluatie van geneesmiddelen die gevaarlijk zouden kunnen zijn (1), en een gestandaardiseerde functionele evaluatie van de complexe functies die nodig zijn voor het stappen en het evenwicht (voeding, cognitie en gemoedsstemming).

De arts dient specifieke klinische tests uit te voeren voor een grondige evaluatie van de risicofactoren (2). Die informatie is waardevol met het oog op interventies op maat. Op zichzelf kan geen enkel instrument voor evaluatie van de kwaliteit van het stappen, het evenwicht of de functionele

bewegelijkheid goed het risico op vallen bij bejaarden voorspellen (3). Meerdere tests zijn echter interessant en vullen elkaar aan:

- de Test van Tinetti, ook *Performance-Oriented Mobility Assessment* genoemd, evalueert het evenwicht en de gang. Tijdens die test observeert de arts de posturale stabiliteit, het vermogen om basisbewegingen uit te voeren en de coördinatie tijdens het stappen;
- de 'get up and go'-test evalueert het vermogen om over-eind te komen vanuit een stoel, een korte afstand af te leggen en daarna terug te gaan zitten. Die test geeft informatie over de kracht van de benen, het dynamische evenwicht en de coördinatie van de bewegingen. Een patiënt die veel tijd nodig heeft om die test uit te voeren, loopt een hoger valrisico;
- de test 'in 30 seconden overeind komen van een stoel' evalueert de spierkracht van de benen. De persoon moet gedurende 30 seconden zo snel mogelijk overeind komen van een stoel en weer gaan zitten. Zo kan spierzwakte opgespoord worden, een belangrijke risicofactor voor vallen;
- de gangsnelheid wordt vaak gemeten met gestandaardiseerde tests zoals over 4 of 10 meter. De stap-snelheid geeft een indirect beeld van de locomotorische capaciteit. Trager stappen (minder dan 0,8 meter per seconde) correleert met een hoger risico op vallen bij ouderen. De test is dan ook interessant om het risico te ramen.

Naast die kwantitatieve evaluaties van het valrisico bestaan er ook meer kwalitatieve evaluaties. Tijdens het klinisch onderzoek kijkt de arts aandachtig naar de posturale stabiliteit, de vlotheid van de bewegingen en de coördinatie tijdens het stappen. Als er daarbij ook wat obstakels ingebouwd worden om de externe omstandigheden na te bootsen, wordt er een realistischer beeld van de beweeglijkheid van de persoon verkregen. Om een idee te krijgen van de beweeglijkheid in gebruikelijke situaties, kan de persoon ook gevraagd worden op te staan van een stoel en te gaan zitten en een U-bocht te maken. Als de patiënt een hulpmiddel gebruikt om te stappen, kan dat waardevolle informatie geven over hoe hij zich aanpast en zijn evenwicht bewaart. Er kan nagegaan worden of het hulpmiddel wel geschikt is en of het goed wordt aangewend. Als u de patiënt laat stappen in een complexe situatie (zoals een obstakel passeren), kan geanalyseerd worden hoe hij het technische hulpmiddel gebruikt en hoe hij zich aanpast aan moeilijkere uitdagingen dan gewoon stappen op een stabiel vlak. De patiënt kan ook gevraagd worden een extra taak uit te voeren tijdens het stappen. Daarbij wordt het vermogen van de patiënt om een cognitieve taak uit te voeren tijdens het stappen geëvalueerd (net zoals in het reële leven).

MEDISCHE CONSULTATIE EN FOLLOW-UP

In de secundaire preventie is het belangrijk dat de patiënt regelmatig op spreekuur wordt gezien voor evaluatie van de algemene gezondheidstoestand, de voeding, de gemoedsstemming, de cognitieve functies, de huidige geneesmiddelen en mobiliteitsproblemen. Met een proactieve medische en functionele follow-up kunnen snel nieuwe risicofactoren opgespoord worden, wat belangrijk is om vallen te voorkomen (4). De arts moet goed nakijken welke geneesmiddelen de patiënt inneemt, en letten op de dosering, mogelijke medicamenteuze interacties en bijwerkingen. Sommige geneesmiddelen hebben immers negatieve invloed op de waakzaamheid, de motorische coördinatie en het evenwicht, waardoor het valrisico stijgt (5).

BEWUSTMAKING EN EDUCATIE

Bewustmaking en educatie zijn fundamentele pijlers in de secundaire preventie. Ouderen en hun hulpverleners moeten de precursortekenen van het risico op vallen kennen. Men moet de gevaren tonen, uitleg geven over de risicofactoren en een gezond gedrag aanraden met aanpassing van de levenswijze. Een regelmatige zelfevaluatie

is in dat kader ook belangrijk. De patiënt moet elke significante verandering in zijn beweeglijkheid of gezondheid melden. Ouderen moeten informatie krijgen over de mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen. Als ze de risico's van bepaalde geneesmiddelen en de precursortekenen van een bijwerking kennen, kunnen ze dat snel aan de arts melden. Uit een *scoping review* van educatieve interventies voor de preventie van vallen ten behoeve van gezondheidswerkers in ziekenhuizen blijkt dat er geen uniforme principes worden gehanteerd bij de educatie en de evaluatie (6). Standaardisering van de educatie die aan de patiënt wordt gegeven, lijkt dus noodzakelijk om de effecten ervan te verbeteren. Bewustmaking en educatie spelen evenwel een cruciale rol bij het doorbreken van de vicieuze cirkel waarin ouderen verstrikt kunnen geraken. Een eerste val kan immers een rist nefaste kettingreacties uitlokken (minder activiteit, sociale isolatie, verzwakken van de motorische vermogens), waardoor het risico op een nieuwe val stijgt.

Twee belangrijke elementen zijn evenwel:

- een val mag nooit gebanaliseerd worden. De arts, de oudere zelf en diens entourage moeten elke val ernstig nemen. Naar aanleiding van een val kunnen misschien belangrijke onderliggende risico's aan het licht gebracht worden, waarvoor een grondige evaluatie



Het eerste aspect dat vallen helpt te voorkomen is regelmatige lichaamsbeweging, essentieel om de spierkracht, het evenwicht en de soepelheid te verbeteren.

In de secundaire preventie is het belangrijk dat de patiënt regelmatig op spreekuur wordt gezien voor evaluatie van de algemene gezondheidstoestand, de voeding, de gemoedsstemming, de cognitieve functies, de huidige geneesmiddelen en mobiliteitsproblemen.

vereist is om vallen te voorkomen en de gevolgen ervan tegen te gaan. Secundaire preventie is meer dan een correctie van risicofactoren, maar omvat ook een proactieve bewustmaking en het creëren van een omgeving die veilig is voor ouderen;

- een belangrijke uitdaging in de secundaire preventie is het hebben van een positieve kijk op het verouderingsproces, zonder in de valstrik van negatieve stereotypen te vallen. Als er wordt gestreefd naar een maximale veiligheid (met te veel aanvullende onderzoeken, overbescherming door de omgeving of het verbieden van activiteiten), wordt soms onwillekeurig de autonomie van ouderen beperkt. Een subtiel evenwicht tussen valpreventie en behoud van onafhankelijkheid is essentieel. Een te intrusieve benadering kan stigmatiserend werken en zo een actieve participatie van ouderen op de helling zetten. Soms is men geneigd om ouderen te infantiliseren en bestendigt men de vooroordelen over de verminderde vermogens van ouderen. Het is cruciaal om een delicaat evenwicht te vinden tussen veiligheid en behoud van autonomie. In de secundaire preventie moet ook geschipperd worden tussen bescherming en autonomie, stereotypes overboord gegooid worden en gestreefd worden naar een actief engagement om de gezondheid te vrijwaren en het valrisico te verkleinen.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Geriatrische dagziekenhuizen kunnen een belangrijke schakel vormen in de valpreventie bij ouderen. Het geriatrische dagziekenhuis maakt integraal deel uit van de dienst geriatrie van een ziekenhuis, maar geeft enkel ambulante zorg. In enkele uren tijd bieden die structuren een ideale omgeving om ouderen te sensibiliseren, te screenen, informatie te geven en te volgen in het kader van valpreventie. De patiënt wordt opgevangen door een multidisciplinair team (gerieters, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, neuropsychologen en geriatrische verpleegkundigen). De geriater kan ook het advies vragen van een diëtist, een logopedist en andere collegae (fysiotherapeut, NKO-arts enz.). Die samenwerkende groepen kunnen de verschillende risicofactoren evalueren, een geschikt oefenprogramma voorstellen, adviezen geven over de inrichting van de woning en een regelmatige follow-up voorzien om de interventies aan te passen naar gelang van de noden van elke patiënt afzonderlijk. Die structuren bieden ook de mogelijkheid tot groepstherapie, wat de sociale ondersteuning en het engagement bij valpreventie versterkt.

Preventie, en meer bepaald secundaire preventie, stoelt dus op een ecosysteem van geïntegreerde zorg en een gepersonaliseerde aanpak van het valrisico bij ouderen. In dat ecosysteem vullen educatie, medische follow-up en promotie van een gezonde levenswijze elkaar aan. In de secundaire preventie moeten de specifieke risicofactoren voor vallen opgespoord, geëvalueerd en behandeld worden en moet er voor een gepaste begeleiding gezorgd worden om de veiligheid en het welzijn van ouderen te vrijwaren.

Referenties

1. Ambrose AF, Cruz L, Paul G. Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas* 2015;82(1):85-93.
2. Ong MF, Soh KL, Saimon R, Myint WW, Pawi S, Saidi HI. Falls risk screening tools intended to reduce fall risk among independent community-dwelling older adults: A systematic review. *Int J Nurs Pract* 2023;29(4):e13083.
3. Beck Jepsen D, Robinson K, Ogliaari G, et al. Predicting falls in older adults: an umbrella review of instruments assessing gait, balance, and functional mobility. *BMC Geriatr* 2022;22(1):615.
4. Gillain S, Elbouz L, Beaudart C, Bruyère O, Reginster JY, Petermans J. [Falls in the elderly]. *Rev Med Liege* 2014;69(5-6):258-64. Les chutes de la personne âgée.
5. Seppala LJ, Wermelink A, de Vries M, et al. Fall-risk-increasing drugs: a systematic review and meta-analysis. II. Psychotropics. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19(4):371.e11-371.e17.
6. Shaw L, Kiegaldie D, Farlie MK. Education interventions for health professionals on falls prevention in health care settings: a 10-year scoping review. *BMC Geriatr* 2020;20(1):460.