

Valrisico bij klinische opname & op de Valpoli



Hoe ziet jouw werk eruit rondom de vallende patiënt en welke rol heb je daarbij als ziekenhuisfysiotherapeut?

We zien patiënten met valrisico zowel in de kliniek als poliklinisch op de valpoli. Bij klinische opname wordt de patiënt aangemeld voor fysiotherapie door de arts. Op de afdeling geriatrie is dit naar schatting zeker 90% van alle patiënten. De verpleegkundige neemt een screening valrisico en screening kwetsbare oudere af, waar een verhoogd risico op vallen gesignaleerd kan worden. Daarnaast kunnen zij ons inschakelen op basis van hun klinische blik.

In de kliniek kijken we tijdens het eerste consult naar welk niveau de patiënt had qua mobiliseren en qua valrisico vóór opname. We beoordelen bijvoorbeeld of er sprake is geweest van een doorgemaakte val, op het gebruik van loophulpmiddelen en op mogelijke deconditionering en inactiviteit. Verder kijken we in het eerste consult vooral naar hoe iemand functioneel beweegt en handelt. We leggen ieder consult vast hoe zelfstandig, hoe veilig en hoe ver iemand mobiliseert. We registreren dit met de MILAS en de FAC. Tevens geven we

altijd advies over het mobiliseren aan de verpleging. Het advies is erop gericht dat patiënten zo veilig mogelijk maximaal mobiliseren en zodoende achteruitgang tijdens opname beperkt wordt. Daarmee hebben we ook een positieve invloed op het valrisico. In een volgend consult nemen we meetinstrumenten af gericht op bijvoorbeeld kracht, balans, coördinatie of tonus. Welke meetinstrumenten we gebruiken stemmen we af op de individuele patiënt.

Heeft jullie team afspraken over de werkwijze bij een patiënt met een positieve valgeschiedenis?

We hebben een werkinstructie voor de valpoli waarin het proces en voorstellen voor meetinstrumenten beschreven staan. In de kliniek hebben we een uitgebreid protocol voor het algemeen beleid rondom valrisico.

Wat doen jullie als ziekenhuisfysiotherapeuten op de valpoli?

Via de huisarts of de specialist komt de patiënt naar de valpoli. De patiënt ziet meestal eerst de arts en vervolgens de

ziekenhuisfysiotherapeut. Voor de beoordeling van de patiënt heeft de fysiotherapeut 45 minuten. In die 45 minuten lezen we ons in en stellen we aanvullende vragen aan de patiënt en/of begeleider. Het is van belang zicht te hebben op doorgemaakte valincidenten, het beloop van de klachten in de tijd, het activiteitsniveau, indicaties voor deconditionering en op duizeligheid. Vervolgens doen we een aantal testen. We observeren het lopen, de transfers en het functioneel handelen. We meten de handknijpkracht met de Jamar en de kracht volgens de MRC schaal. De MRC schaal geeft vooral een algemene indruk en een beoordeling van links-rechts verschillen. Voor balans gebruiken we de POMA (Tinetti) en/of de Berg Balance Scale (BBS). Zeker wanneer we uit deze beide testen nog niet duidelijk krijgen waar het balansprobleem ligt, doen we een Dynamic Gait Index (DGI) op een rustig stuk gang. Ik zoek daarnaast ook graag de drukte op met mijn patiënten om te zien welke invloed afleiding en dubbeltaken hebben op het lopen. Wanneer we vermoeden dat de cognitie een rol speelt in

het lopen nemen we aanvullend nog de TUG met dubbeltaak af. Op indicatie beoordelen we de coördinatie met de vingertop-neusproef en/of knie-hakproef en testen we de tonus. Bij verdenking op BPPD wordt door de arts een Dix-Hallpike test gedaan. Na het onderzoek in onze oefenzaal brengen we de patiënt terug naar de poli. Op deze afstand krijgen we een indruk van het uithoudingsvermogen. Tot slot lichten we onze bevindingen toe bij de arts. Je raad het misschien al: binnen de tijd blijven is een uitdaging!

Wat is de meerwaarde voor jou om zowel de BBS als Tinetti in te vullen?

Ik doe beide testen omdat de POMA snel een plafondeffect heeft en een aantal essentiële items uit de BBS mist. Bijvoorbeeld omkijken, reiken, iets oppakken van de grond en op één been staan. Een voordeel van de POMA is weer dat er een ganganalyse bij zit. Naast de eindscores gaat mij vooral om wáár het probleem precies zit. Ik observeer tijdens de test en die observatie gebruik in mijn oordeel. Dan kan een oordeel zijn: de patiënt wordt duizelig bij draaien naar rechts wat tot balansverstoringen leidt. De eindscore van de BBS vertelt dat niet.

Zijn er naast de arts en de fysiotherapeut nog meer zorgverleners onderdeel van de valpoli?

Ja zeker. Na de fysiotherapeut gaat de patiënt naar de gespecialiseerd geriatrieverpleegkundige. De

verpleegkundige beoordeelt of er sprake is van orthostatische hypotensie. Ze neemt een cognitieve screeningstest af (MoCA of MMSE) en beoordeelt of depressie een rol kan spelen. Ook de verpleegkundige koppelt de bevindingen terug aan de arts.

Hoe komt een patiënt bij de eerste lijn terecht na een bezoek aan de valpoli?

Vanuit de conclusie van ons fysiotherapeutisch onderzoek stellen we adviezen op. De arts neemt in de meeste gevallen ons advies over om te verwijzen naar de eerstelijns fysiotherapeut. We geven regelmatig advies om andere disciplines te betrekken. Bijvoorbeeld een ergotherapeut of een orthopedisch schoenmaker. Als we adviseren door te verwijzen naar de eerste lijn printen we het verslag uit en geven we deze mee aan de patiënt.

Tot slot, het cognitieve aspect van het lopen

Vanuit het Diaconessenhuis Onderzoeksfonds heb ik een beurs gekregen om onderzoek te kunnen doen. Hiermee wil ik in de aankomende 1,5 jaar een meetinstrument ontwikkelen waarmee fysiotherapeuten objectief en gestructureerd kunnen beoordelen of een verminderde cognitie van invloed is op de kwaliteit van bewegen. In het kader van dit interview: patiënten met een verminderde cognitie of dementie vallen twee keer zo vaak als leeftijdsgenoten zonder deze problematiek. De standaard interventies ten aanzien van behandeling van

het valrisico hebben bij deze doelgroep een wisselend of minder goed effect. Een goede behandeling bestaat bij hen niet alleen uit het trainen op fysieke aspecten, maar zal ook afgestemd moeten worden op de cognitie.

Mirella Stoop,
Geriatriciefysiotherapeut,
Diaconessenhuis Utrecht en Zeist

