

Vallende ouderen

C. LIGTHART SCHENK
J. SCHULING

Ligthart Schenk C, Schuling J. Vallende ouderen. Huisarts Wet 1994; 37(5): 190-3.

Samenvatting Vallen kan bij ouderen grote gevolgen hebben. Meer inzicht in de factoren die een rol spelen bij het vallen van ouderen, kan een bijdrage leveren aan adequaat huisartsgeneeskundig handelen. Nagegaan is welke verschillen bestaan tussen ouderen die vallen en ouderen die niet vallen. De morbiditeit in beide groepen liep niet sterk uiteen. Wél bezochten vallers vaker een specialist en kregen zij meer hulp van buitenaf. De vallers redde zich op ADL-gebied even goed als de niet-vallers, maar scoorden lager op het gebied van mobiliteit en sociale activiteiten. Mogelijk is dit een gevolg van het vallen; voor de huisarts dient dit een aandachtspunt te vormen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Rijksuniversiteit Groningen, Antonius
Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen;
C. Ligthart Schenk, huisarts (destijds in
opleiding); Dr. J. Schuling, huisarts.
Correspondentie: Dr. J. Schuling.

Inleiding

Veel bejaarden vallen af en toe, maar de huisarts wordt doorgaans alleen ingeschakeld als de val ernstige gevolgen heeft.¹⁻³ Over de groep ouderen die vallen maar de hulp van de huisarts niet inroepen, weten we heel weinig.⁴

Vrouwen vallen vaker dan mannen als gevolg van een sneller verlopende achteruitgang van de functies die nodig zijn om het evenwicht te bewaren.^{2,3,5-7} De kans op vallen wordt vooral verhoogd door endogene factoren, zoals cardiologische, neurologische en orthopedische stoornissen; daarnaast spelen psychologische en cognitieve factoren en medicijngebruik een rol.⁸⁻¹⁰ 'Exogene factoren' zijn het beruchte kleeftje en losliggende trottoirtegels.¹¹ Het aandeel van de endogene oorzaken wordt groter naarmate de leeftijd stijgt.

Het aantal valpartijen neemt toe met de leeftijd. Van de bevolking van 65 jaar en ouder valt 25-40 procent ten minste eenmaal per jaar.¹² In een recent onderzoek in vier huisartspraktijken bedroeg de incidentie van vallen 9,9 per 1000 patiënten en 79,2 per 1000 bejaarden.⁴

De gevolgen van het vallen worden met het ouder worden ernstiger en zijn onder meer afhankelijk van de aard van het trauma en de staat van de botten (osteoporose). Medische gevolgen zijn weke-delenletsel, fracturen, letsel van het centrale zenuwstelsel en dehydratie, hypothermie en pneumonie (bij vallers die langer dan een uur blijven liggen).⁵ Herhaaldelijk vallen vergroot het risico op overlijden binnen een jaar. Per jaar overlijden in Nederland ongeveer 1400 bejaarden aan de directe of indirecte gevolgen van een val. Vrouwen boven de 75 jaar lopen hierbij het grootste risico.¹¹

Ongeveer 85 procent van de ouderen die vallen, heeft geen ernstig lichamenlijk letsel, maar velen van hen zijn bang opnieuw te vallen. Zo ontstaat niet zelden een vicieuze cirkel: angst-instabiliteit-verhoogd risico op nogmaals vallen. Deze angst kan leiden tot een vermindering van activiteiten met alle sociale en psychische gevolgen van dien.¹³

Volgens de literatuur zou bij slechts 1-2 procent van alle valpartijen de huisarts worden ingeschakeld.^{4,14} Toch is een actieve opstelling noodzakelijk: vallen is geen diagnose maar een symptoom. Het kan een blijk zijn van een wankel evenwicht (in meer dan één betekenis), en volgens *Leering* vallen bejaarden aan het einde van hun leven, als hun omgeving niet vertrouwd meer is.¹⁵ Tegen deze achtergrond hebben wij een onderzoek in een huisartspraktijk verricht met de volgende vraagstelling:

- Waarin onderscheiden ouderen die vallen zich van ouderen die niet vallen?
- Wat zijn de omstandigheden en de gevolgen van de val?

Methode

Het onderzoek vond plaats in een huisartsgroepspraktijk in de stad Groningen. In 1991 werden alle 350 patiënten van 65 jaar en ouder benaderd met een uitgebreide vragenlijst over lichamenlijke klachten, medische consumptie en activiteiten van het dagelijks leven. In het bijzonder bevatte de enquête de vraag of de betrokkene in het voorafgaande halfjaar gevallen was en hoe vaak.

De zelfredzaamheid ten aanzien van activiteiten die betrekking hebben op zelfverzorging, werd gemeten met de Barthel ADL Index.⁵ Instrumentele en sociale activiteiten werden in kaart gebracht met behulp van de Frenchay Activities Index (FAI).^{16,17} Uit het geautomatiseerde gegevensbestand van de huisartsen (Registratie Netwerk Groningen) werden gegevens verkregen over leeftijd, geslacht, woonvorm, probleemlijst en lichamenlijke klachten (beide volgens de ICPC).

Degenen die antwoordden dat zij in de voorafgaande zes maanden gevallen waren, werden in 1992 thuis bezocht voor een vervolgonderzoek. Tijdens een gesprek van ongeveer 30 minuten werd een semi-structureerde vragenlijst over het vallen doorgenomen. Ook werd aan de hand van open vragen informatie verzameld over de achtergronden van de patiënt, het dagelijks functioneren en de omstandigheden bij de valpartij(en). Door observatie werd

getracht een indruk te krijgen van de woonomgeving en het functioneren van de patiënt. De gegevens van de groep vallers werden vergeleken met die van de groep niet-vallers.

Resultaten

De respons op de eerste enquête bedroeg 76 procent. De 85 non-respondenten waren gemiddeld iets ouder dan de respon-

denten (76,5 versus 74,1 jaar) en het percentage mannen was wat hoger (44 versus 36 procent). Van de respondenten antwoordde 17 procent in het afgelopen halfjaar een- of meermalen te zijn gevallen.

Vallers versus niet-vallers

De gemiddelde leeftijd van de vallers was 77,2 jaar, van de niet-vallers 75,5 jaar. Het verschil is grotendeels een gevolg van het tijdsverloop tussen het eerste en het tweede onderzoek.

De groep vallers bestond voor 30 procent uit mannen, de groep niet-vallers voor 37 procent. De vallers woonden vaker alleen (47 versus 38 procent); 13 procent van de vallers en 2 procent van de niet-vallers woonde in een verzorgingshuis. Aanpassingen aan de woning, loophulpen en aangepast schoeisel kwamen vaker voor bij de vallers; deze groep kreeg ook meer huishoudelijke hulp, bejaardenzorg en wijkverpleging (tabel 1).

Van de vallers had 36 procent duizeligheidsklachten; van de niet-vallers was 16 procent weleens duizelig. De groep vallers had meer specialisten bezocht in het voorgaande halfjaar (tabel 2). Sommige aandoeningen kwamen vaker voor bij de ouderen die een- of meermalen waren gevallen (tabel 3).

De gemiddelde score op de Barthel Index was voor beide groepen gelijk. Opmerkelijk was dat de groep vallers beduidend lager op de Frenchay Activities Index scoorde dan de niet-vallers: gemiddeld 17 versus 27 (range 0-45). In de figuur is weergegeven welke activiteiten geregeld (meer dan eenmaal per week) werden uitgevoerd.

De val

Tweeëndertig van de 45 vallers namen deel aan het vervolgonderzoek; niet-deelname hing niet samen met een val.

Het aantal valpartijen varieerde van 1 tot 20, met een mediaan van 3; driekwart van deze vallers was vaker dan eenmaal gevallen. Alle vallers droegen een bril (meestal een dubbelfocusbril). Desondanks zeiden acht van hen slecht te kunnen zien. Dagelijks traplopen werd door 19 vallers gedaan.

Tabel 1 Aanpassingen en hulp(middelen) bij ouderen die wel en die niet gevallen zijn. Afgeronde percentages

	Vallers n=32	Niet-vallers n=265
Aangepaste woning	22	8
Loophulp	39	9
Aangepast schoeisel	33	16
Huishoudelijke hulp	59	23
Bejaardenhulp	33	8
Wijkverpleging	9	1

Tabel 2 Bezoek aan medisch specialisten in het voorgaande halfjaar door ouderen die wel en die niet gevallen zijn. Afgeronde percentages

	Vallers n=32	Niet-vallers n=265
Internist	20	12
Neuroloog	17	2
Algemeen chirurg	15	6
Cardioloog	22	13
Orthopedisch chirurg	9	3
Uroloog	11	3
Oogarts	33	22
Vaatchirurg	4	5
Overig	22	12

Tabel 3 Meest voorkomende diagnoses op de probleemlijst van ouderen die wel en die niet gevallen zijn. Afgeronde percentages

	Vallers n=32	Niet-vallers n=265
Spondylosis (L84)	7	—
Hypertensie (K86 en K87)	5	5
Decompensatio cordis (K77)	5	1
TIA (K89)	5	1
Reumatische artritis (L88)	4	—
Vertigo (N17)	2	2
Bijwerking geneesmiddel (A85) 2	1	—
Cataract (F92)	2	1
Andere ischemische hartziekte (K76)	2	1
Cervicaal syndroom (L83)	2	1

De meeste valpartijen vonden plaats tussen 12.00 en 18.00 uur. Prodromen (duizeligheid, zich vreemd voelen) kwamen bij slechts 6 vallers voor. Endogene oorzaken werden genoemd door 23 vallers.

De val vond in de helft van de gevallen binnenshuis plaats, met name in de slaapkamer. Buiten viel men vooral over losliggende trottoirtegels.

Meestal bleef de valler niet lang liggen: 13 van de 32 vallers waren direct weer overeind gekomen, 15 hadden tussen de 1 en 10 minuten op de grond gelegen en slechts 1 persoon was langer dan een uur blijven liggen (2,5 dag!). Het merendeel – 23 personen – was zelfstandig weer overeind gekomen. Bij 9 vallers waren er geen medische gevolgen; 8 hadden een contusie opgelopen, 8 een fractuur en 5 een verwonding.

De meeste vallers – 23 – hadden na de val hun huisarts gezien of op een later tijdstip met hem over de val gesproken; 8 waren in een ziekenhuis behandeld wegens de gevolgen van de val.

Eenentwintig vallers gaven aan psychische gevolgen van de valpartij te onderkennen, zoals angst voor herhaling en mogelijke nasleep.

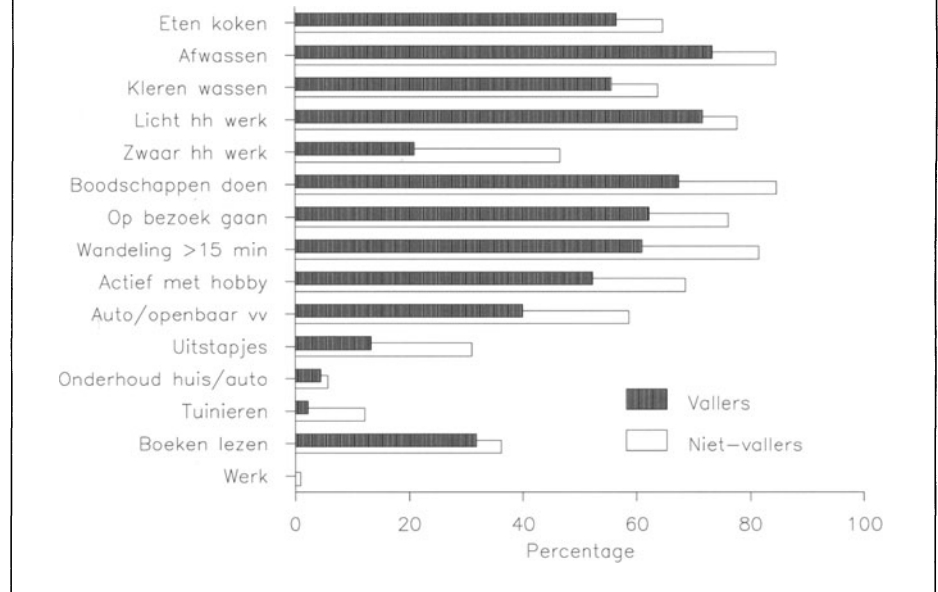
Beschouwing

De ouderen die een- of meermalen waren gevallen, kregen meer hulp bij verzorging en wonen dan de niet-vallers. Zij consulteerden ook meer specialisten. De uit de literatuur bekende risicofactoren kwamen niet extra vaak voor in deze groep. Duizeligheidsklachten kwamen wel veel vaker voor bij de vallers, maar duizeligheid werd zelden als oorzaak van het vallen genoemd. De belangrijkste oorzaak van een val bleek binnen de patiënt te liggen.

De vallers reddden zich bij de activiteiten van het dagelijks leven even goed als de ouderen die niet waren gevallen. Zij hadden echter minder sociale contacten en hun mobiliteit was geringer. Opvallend was dat de meeste valpartijen 's middags plaatsvonden.

De vallers ondervonden meer medische gevolgen van een val dan op grond van de literatuur werd verwacht. Bovendien had

Figuur Activiteiten die meer dan eenmaal per week werden uitgevoerd door vallers en niet-vallers



het merendeel van deze groep contact met de huisarts naar aanleiding van een val. Psychische en sociale gevolgen van het vallen kwamen duidelijk naar voren.

Een morbiditeitspatroon dat kenmerkend is voor ouderen die vallen, werd door ons niet gevonden. Wel blijken vallen en een vermindering van mobiliteit en sociale activiteiten hand in hand te gaan. De huisarts zal vooral aandacht moeten schenken aan de gevolgen van het vallen, zoals de angst voor herhaling die mogelijk ten grondslag ligt aan het gevonden verschil in activiteiten. Dit kan leiden tot een vicieuze cirkel: angst voor herhaling – inperking van activiteiten – afname van de conditie – toename van de kans op herhaling. Het feit dat vooral endogene factoren een rol bij het vallen spelen, wijst op een toenemende vervreemding van de omgeving.

Literatuur

- 1 Grisso JA, Kelsey JL, Strom BL, et al. Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women. *N Engl J Med* 1991; 324: 1326-30.
- 2 Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons li-

ving in the community. *N Eng J Med* 1988; 319: 1701-7.

- 3 Prudham D, Evans JG. Factors associated with falls in the elderly: a community study. *Age Ageing* 1981; 10: 141-6.
- 4 Soomers-Turlings JMSJG, Crebolder HFJM, Beusmans GHMI, Bal RM. Het vallen van ouderen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 57-60.
- 5 Schouten J, Leering C, Bender J, et al. Leerboek geriatrie. Het vallen van oudere mensen. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989: 156-61.
- 6 Gibson MJ, et al. Gerontology, the prevention of falls in later life. *Danish Med Bul* 1987; 34: 1-24.
- 7 Thien WMAH. Ongevallen in de privésfeer bij ouderen. *Med Contact* 1985; 40: 963-4.
- 8 Van der Maesen CC. Bejaarden die zijn gevallen: zoek de oorzaak. *Pat Care* 1988; 2: 61-5.
- 9 Sorock GS, Shimkin EE. Benzodiazepine sedatives and the risk of falling in a community-dwelling elderly cohort. *Arch Intern Med* 1988; 148: 2441-4.
- 10 Ray WA, Griffin MR, Schaffner W, et al. Psychotropic drug use and the risk of hip fractures. *N Eng J Med* 1987; 316: 363-8.
- 11 Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ. Veilig op leeftijd. Stichting Consument

- en Veiligheid, 1987; 15-21.
- 12 Blake AJ, et al. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. *Age Ageing* 1988; 17: 365-72.
- 13 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditekst, 1989.
- 14 Graham HJ, Firth J. Home accidents in older people: role of primary health care team. *Brit Med J* 1992; 305: 30-2.
- 15 Leering C. Vallen en opstaan: een bio-sociaal syndroom bij oude mensen. *Ned T Geront* 1971; 2: 93.
- 16 Wade TD, et al. Social activities after stroke: measurement and natural history using the Frenchay Activities Index. *Int Re-*

habil Med 1985; 7: 176-81.

- 17 Schuling J, De Haan R, Limburg M, Groenier KH. The Frenchay Activities Index; assessment of functional status in stroke patients. *Stroke* 1993; 24: 1173-7. ■

Abstract

Ligthart Schenk C, Schuling J. Falling elderly. *Huisarts Wet* 1994; 37(5): 190-3.

A fall may bring about considerable consequences for elderly people. A better understanding of related factors can improve the quality of the GP's management. We studied the differences between a group of elderly people who had fallen and a group who had not.

Both groups had a similar morbidity pattern. However, the group of elderly people who had fallen more frequently visited medical specialists; they also received more professional and non-professional support. Both groups managed their activities of daily living at the same level, but the group of elderly who had fallen scored lower on mobility and social activities. Since this might be a consequence of falling, this finding deserves the GP's attention.

Key words Accidental falls; Aged; Family practice.

Correspondence Dr. J.Schuling, Department of General Practice, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, The Netherlands.

De wetenschappelijke onderbouwing van de NHG-standaarden

Literatuur

- 1 Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 2 Van Eijk JThM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Lelystad: Meditekst, 1987.
- 3 Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine.* Boston, Toronto: Little, Brown, 1985.
- 4 Veldhuyzen van Zanten SJO, Boers M. *Meta-analyse: de kunst van het systematisch overzicht.* *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1594-9.
- 5 Popper KR. *The logic of scientific discovery.* London: 1974.
- 6 Habermas J. *Gegen einen positivistisch halbierten Rationalismus.* In: Adorno ThW, et al, Hrsgs. *Der Positivismusstreit in der Deutschen Soziologie.* Neuwied: Luchterhand, 1970.
- 7 Verbrugh HS. *Geneeskunde op dood spoor. Het gangbare medische mensmodel als voorwetenschappelijke ideologie.* Rotterdam: Lemniscaat, 1972.
- 8 Van Everdingen JJE. *Consensusontwikkeling in de geneeskunde.* Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- 9 Grol RPTM, Van Everdingen JJE, Kuipers F, Casparie AF. *Consensus over consensus. Een kritische beschouwing van de procedure van de CBO-consensusontwikkeling.* *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1186-9. ■