



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Langdurige Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2022008994

Zorginstituut Nederland

Zorg
Eerstelijnszorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Datum 1 april 2022
Betreft Duiding valpreventie

Onze referentie
2022008994

Geachte mevrouw Helder,

Met uw brief van 5 juni 2020 heeft u het Zorginstituut gevraagd te beoordelen of valpreventie bij ouderen bewezen effectief is en om die reden onder de te verzekeren zorg kan vallen.

Valpreventie bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk de valrisicotest, de valanalyse en een advies op maat met de in te zetten interventies om het hoge valrisico weg te nemen of te verminderen. Het Zorginstituut is nagegaan welke onderdelen onder de te verzekeren zorg kunnen vallen. De valrisicotest en de valanalyse zijn te verzekeren zorg die ten laste van de Zvw kunnen komen. De valanalyse valt voor alle ouderen met een hoog valrisico binnen de Zvw, ongeacht de plek waar de valrisicotest is afgenomen.

Verschiede onderdelen van het advies op maat voor de individuele oudere vallen momenteel al onder de te verzekeren zorg (denk aan staaroperatie bij visusproblemen of medicatieaanpassing). Een onderdeel als woningaanpassingen valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente op basis van de Wmo.

Een trainingsprogramma is een belangrijk onderdeel van het valpreventieve advies. Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat dit effectieve zorg is in de zin dat ze het aantal valincidenten en daarmee het aantal gerelateerde kwetsuren kunnen verminderen. Ouderen komen voor een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut in aanmerking als sprake is van onderliggende of bijkomende problemen en de huisarts om die reden voor de begeleiding inzet op het niveau van competenties van een fysiotherapeut nodig acht. Ouderen met een hoog valrisico die niet zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut zouden een programma via de gemeente kunnen volgen. Veel gemeentes bieden dergelijke programma's, bijvoorbeeld onder leiding van een gym- of sportleraar, namelijk al aan. Ook is het mogelijk dat de oudere, ondanks het hoge risico, toch nog goed in staat is om zelfstandig te trainen.

Alleen een trainingsprogramma onder begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut valt dus onder de Zvw, namelijk onder 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' zoals omschreven in artikel 2.6 Bzv. De voorwaarden en beperkingen in dit artikel 2.6 Bzv belemmeren echter de daadwerkelijke vergoeding van deze valpreventieve trainingsprogramma's. Tot zover de conclusies van de duiding die wij op uw verzoek hebben uitgevoerd.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Eerstelijnszorg

Datum
1 april 2022

Onze referentie
2022008994

Uw ministerie heeft ons, in aanvulling op uw brief, gevraagd hoe de daadwerkelijke vergoeding van de trainingsprogramma's onder begeleiding van een fysiotherapeut tot stand zou kunnen komen. Ook is ons verzocht in te gaan op een budgetimpact-analyse van de introductie van valpreventie.

Het vergoeden van de door fysiotherapeuten begeleide trainingsprogramma's zou mogelijk gemaakt kunnen worden door deze programma's apart te vermelden in artikel 2.6 Bzv zoals bijvoorbeeld ook is gebeurd bij de bekkenbodetherapie. Deze oplossing is weliswaar een ad hoc oplossing gezien het lopende project naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie, maar op deze manier zou het mogelijk zijn stappen te zetten rond valpreventie. Mettertijd zou de aparte vermelding van de begeleide trainingsprogramma's opgenomen kunnen worden in de passende aanspraak.

VeiligheidNL heeft ten behoeve van het rapport een berekening gemaakt van de kosten en opbrengsten van de valpreventie. Hierbij is uitgegaan van de verdeling die het Zorginstituut maakt qua trainingsprogramma's over de zorg respectievelijk de gemeente. Uit de berekening blijkt dat het aantal deelnemers binnen de zorg aanzienlijk lager zal zijn dan binnen, waar mogelijk, de gemeente. Aangezien de groep buiten de zorg minder kwetsbaar is en daardoor trainbaarder dan de groep binnen de zorg, zullen bij deze eerste groep naar alle waarschijnlijkheid meer positieve effecten optreden. Dit betekent dat bij deze groep meer valincidenten en letsel voorkomen zal worden. Het positieve effect van deze reductie daalt vooral neer in de zorg.

Het Zorginstituut concludeert dan ook dat het van de grond komen van valpreventie voor ouderen de inzet vergt van het domein van de Zvw én van het gemeentelijk domein. Effectieve valpreventie is alleen mogelijk als beide domeinen inzet leveren.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Valpreventie

Twee domeinen aan zet

Datum 17 maart 2022
Status

Colofon

Auteur(s) Jolanda Latta, Freerkje van der Meer, Tjitske Vreugdenhil

Afdeling Zorg
Team Team Eerstelijnszorg en preventie

Bijlage(n) Bijlagen
1 Cijfers rond valongevallen thuiswonende ouderen
2 Duidingsverzoek valpreventie van de minister voor Medische
Zorg en Sport
3 Beoordeling van effectieve interventie afgeleide programma's
4 Schema behoefte aan begeleiding
5 Keuzehulp beweegprogramma's valpreventie
6 Schema valpreventie in de domeinen
7 ZonMw Maatschappelijke kostenbatenanalyse valpreventie bij
ouderen
8 VeiligheidNL Valpreventie Zvw doorrekening MKBA
9 Ontvangen reacties in de consultatie

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—7

- 1.1 Valpreventie: onderdelen—8
- 1.2 Het verzoek van de minister: de duiding—8
- 1.3 Leeswijzer—9

2 Valpreventie: wat moeten we daar onder verstaan —11

- 2.1 Risico—11
- 2.2 Inhoud—11
 - 2.2.1 Risicoschatting—11
 - 2.2.2 Valanalyse en mogelijke interventies—12
 - 2.2.3 Interventies—14

3 Valpreventie in de huidige praktijk—17

- 3.1 Toeleiding naar valpreventie—17
 - 3.1.1 Onderkennen van het valrisico via casefinding in huisartsenpraktijk – wijkverpleging—17
 - 3.1.2 Onderkennen van het valrisico via Geriatrisch Assessment—18
 - 3.1.3 Valpreventie na een incident—18
- 3.2 Huidige projecten zorgverzekeraars—18
- 3.3 Samengevat—20

4 Valpreventie: te verzekeren zorg ?—21

- 4.1 Valrisicotest—21
 - 4.1.1 Risicoschatting te verzekeren zorg—21
- 4.2 Valanalyse—21
 - 4.2.1 Valanalyse te verzekeren zorg—21
- 4.3 Interventie—22
 - 4.3.1 Interventies - reeds te verzekeren zorg—22
 - 4.3.2 Interventies - géén te verzekeren zorg—23
- 4.4 Trainingsprogramma's met begeleiding—24
 - 4.4.1 Effectiviteit—24
 - 4.4.1.1 Beweeginterventie in combinatie met aanpak andere risicofactoren—25
 - 4.4.1.2 Centrum Gezond Leven RIVM—25
 - 4.4.2 Conclusie: Trainingsprogramma als onderdeel van valpreventie is effectief en valt onder zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plagen te bieden—25
 - 4.4.3 Welke trainingsprogramma bij welk risico—25
 - 4.4.4 Keuzehulp trainingsprogramma—26
 - 4.4.5 Compliance/therapietrouw—27
 - 4.4.6 Competenties trainingsprogramma—27

5 Conclusie en advies begeleide trainingsprogramma's onder de Zvw—30

- 5.1 Conclusie rond begeleide trainingsprogramma's—30
- 5.2 Consequentie van formulering artikel 2.6 Bzv—30
- 5.3 Aanspraak op begeleide trainingsprogramma's—31
 - 5.3.1 Advies—31
- 5.4 Vergoeding trainingsprogramma—31

6	Valpreventie: organisatie, bekostiging, budget-impact-analyse—32
6.1	Casefinding tegenover systematische opsporing—32
6.2	Samenwerking domeinen: zorgverzekeraars en gemeente—33
6.3	Implementatie—34
6.4	Te verzekeren zorg en bekostiging—35
6.5	Budget Impact analyse—35
7	Consultatie—37
8	Conclusie: pakketbeheer en passende zorg in samenhang—43

Samenvatting

Valpreventie bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk de valrisicotest, de valanalyse en een advies op maat. De valrisicotest geeft aan of er een sprake is van een hoog risico op vallen. Een hoog risico op vallen vormt een indicatie voor de valanalyse. De valanalyse gaat na welke individuele risicofactoren aan de basis liggen van het hoge valrisico bij de betrokkene. Het hoge valrisico is over het algemeen namelijk multifactorieel, bijvoorbeeld een combinatie van visusproblemen, bijwerkingen medicatie, voedingsproblemen, verminderde spierkracht en balans en problemen met lopen. De valanalyse bepaalt welke interventies het valrisico voor de betrokkene adequaat verminderen. Het Zorginstituut is nagegaan of en, zo ja, hoe de onderdelen van de valpreventie vergoed kunnen worden. De valrisicotest kan zowel binnen het sociale domein als binnen de zorg afgenomen worden. Binnen de zorg valt deze test onder de Zvw. De uitkomst van deze test vormt de indicatie voor de valanalyse. De valanalyse valt voor alle verzekerden onder de Zvw. Waar de valrisicotest is afgenomen speelt geen rol voor de vergoeding onder de Zvw. De interventies op maat vallen deels onder de Zvw, deels onder het sociale domein, deels komen die voor eigen rekening.

Onder de Zvw vallen: aanpassingen in huis geadviseerd door een ergotherapeut, medicatiebewaking, staaroperatie bij visusproblemen, behandeling onderliggende aandoeningen, psychologische interventies en voedingsinterventies.

Het sociale domein voorziet in aanpassingen aan de woning zoals een traplift of een douche- of toiletsteun.

Voor eigen rekening komen aanpassing van verlichting in huis en antislip-ondertapijt.

Een trainingsprogramma ter verbetering van spierkracht, balans en problemen met lopen is een belangrijk onderdeel van het valpreventieve advies. Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat dit effectieve zorg is. Een dergelijk programma valt echter niet voor alle betrokkenen onder de Zvw. Dit geldt alleen voor ouderen die door onderliggende of bijkomende problemen zijn aangewezen op de begeleiding door een zorgverlener met competenties op het niveau van een fysio-/oefentherapeut. Een trainingsprogramma kan echter ook onder begeleiding van bijvoorbeeld een sportleraar aangeboden worden. Een dergelijk programma valt buiten het Zvw-domein, maar veel gemeentes organiseren al wel dergelijke programma's voor hun ouderen. Ook is het mogelijk dat de betrokkene nog fit genoeg is om zelfstandig te werken aan de verbetering van spierkracht, balans en lopen. Tenslotte zal er nog een groep ouderen zijn die te fragiel zijn om een trainingsprogramma te volgen.

Vergoeding van de trainingsprogramma's onder begeleiding fysio-/oefentherapeut (of gelijkwaardige zorgverlener) en budgetimpact-analyse

Het bovenstaande geeft antwoord op de vragen die de minister van VWS schriftelijk heeft gesteld aan het Zorginstituut. In aanvulling daarop heeft het ministerie het Zorginstituut nog gevraagd hoe de trainingsprogramma's die onder begeleiding van een fysio-/oefentherapeut (of gelijkwaardige zorgverlener) moeten staan, vergoed kunnen worden, gegeven de beperkingen in de vergoeding voor fysio-/oefentherapie binnen de Zvw. Daarover zeggen we het volgende in het rapport:

- Trainingsprogramma's met begeleiding door een fysio-/oefentherapeut zijn effectieve zorg in die zin dat ze het aantal valincidenten en daarmee het aantal gerelateerde kwetsuren kunnen verminderen.
- Deze zorg valt inhoudelijk onder de prestatie zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden (artikel 2.6 lid 2 Bzv).
- Deze prestatie lijkt de enige mogelijkheid om de trainingsprogramma's als onderdeel van valpreventie te vergoeden, maar de beperkende voorwaarden van deze aanspraak belemmeren dit (de te behandelen aandoening moet voorkomen op de zogenaamde Chronische Lijst, wat niet geldt voor een hoog valrisico, en de eerste twintig behandelingen zijn van vergoeding uitgesloten).
- Het is aan de minister (in overleg met de politiek) om te besluiten of vergoeding van deze programma's wenselijk (noodzakelijk) is. Een wijziging van de aanspraak door middel van aanpassing van de regelgeving is dan de enige mogelijkheid om daadwerkelijke vergoeding mogelijk te maken

De verwachting is dat de groep met deelnemers aan trainingsprogramma's in, mogelijk, het gemeentelijk domein groter zal zijn dan de groep die binnen de zorg deelneemt aan een programma onder begeleiding van een fysio-/oefentherapeut (of gelijkwaardige zorgverlener). Ook is de verwachting dat voor de groep die een programma binnen de gemeente volgt het effect groter zal zijn in de zin van het reduceren van vallen en letsel. Deze groep is niet alleen groter maar de deelnemers zijn ook minder kwetsbaar dan de deelnemers die trainen onder begeleiding van een fysio-/oefentherapeut. De effecten zullen vooral tot uiting komen in een lagere zorgvraag en dus tot opbrengsten in het domein van de Zvw leiden.

Zoals uit het bovenstaande blijkt, vergt het van de grond komen van valpreventie voor ouderen de inzet van het zorgdomein (onder de Zvw) én van het gemeentelijk domein. Effectieve valpreventie is alleen mogelijk als beide domeinen inzet leveren.

Reikwijdte van het rapport: organisatie van valpreventie

Met deze duiding levert Zorginstituut Nederland een bouwsteen voor de realisatie van de valpreventie in de zorgpraktijk. Onderdelen van de valpreventie vallen binnen het domein van de Zvw en kunnen nu al aangeboden worden door verschillende zorgverleners (huisarts, POH, wijkverpleging). Bezien zal moeten worden of de capaciteit en beschikbaarheid van deze professionals toereikend is voor het systematisch uitvoeren van risicoschatting en valanalyse. De organisatievraag is weliswaar relevant, maar valt buiten het bereik van dit rapport; wij laten het aan de praktijk van zorgverleners over hoe zij de organisatorische aspecten oppakken.

Inleiding

Valongevallen zijn de meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen. Bijna de helft van de valongevallen bij ouderen in de leeftijd van 70 jaar en ouder vindt plaats in en om het huis. Valongevallen hebben, naast de problemen voor de betrokkene, een grote maatschappelijke impact, mede door het grote beroep op noodzakelijke zorg na een val. Bijna de helft van alle valongelukken bij ouderen gaat met letsel gepaard. Dit varieert van licht letsel (oppervlakkige wonden, blauwe plekken) of matig letsel (kneuzingen, diepe wonden) tot ernstig letsel (fracturen, hersenletsel). Het risico op letsel en de ernst van het letsel na een val wordt deels bepaald door leeftijd en de aard van de val. Daarnaast spelen andere factoren een rol: de kwaliteit en sterkte van het skelet zijn bijvoorbeeld mede bepalend voor het ontstaan van een fractuur na een val, het gebruik van bloedverdunders is mede bepalend voor de ernst van hersenletsel na een val op het hoofd.

Van alle ouderen van 65 jaar en ouder valt ongeveer 34 procent minimaal één keer per jaar. Ongeveer 71 procent van de ouderen die vallen zoekt medische hulp na een valongeval¹. Het aantal bezoeken onder ouderen van 65 jaar en ouder aan de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis voor ernstig letsel ten gevolge van een valongeval is de afgelopen tien jaar met zes procent gestegen. In 2019 waren er 109.000 SEH-bezoeken vanwege letsel na een valongeval². De directe medische kosten voor behandeling van letsel ten gevolge van vallen waren in 2018 voor ouderen van 65 jaar en ouder 955 miljoen euro. Gemiddeld vielen de kosten voor de groep van 85 jaar en ouder het hoogste uit.

De prognose tot 2050 op basis van demografie is dat het aantal SEH-bezoeken voor letsel na een valongeval bij ouderen van 65 jaar en ouder met 47 procent zal toenemen, naar 160.000 bezoeken. Vanaf 70 jaar en ouder is de prognose een stijging van 71 procent³. (In bijlage 1 zijn de cijfers 2018 rond valongevallen van thuiswonenden ouderen in tabellen weergegeven).

Gezien het stijgende beroep dat ouderen doen op zorg door letsel als gevolg van een val, heeft de minister voor Medische Zorg en Sport het Zorginstituut gevraagd te beoordelen of valpreventie bij ouderen bewezen effectief is en of valpreventie bij ouderen onder de te verzekeren zorg kan vallen (bijlage 2).

Met de duiding in dit rapport gaan wij in op het verzoek van de minister.

¹ 37% bij de huisarts of huisartsenpost, 34% bij het ziekenhuis (2018).

² In 2019 waren er 109.000 SEH-bezoeken vanwege letsel na een valongeval (niet bij sport, verkeer). 79.700 (70%) hiervan betrof een ernstig letsel: 17.400 (16%) hersenletsel, 62.300 (57%) een fractuur, 15.260 (14%) een heupfractuur.

³ 3 VeiligheidNL, Privé- valongevallen bij ouderen, cijfers valongevallen in de privésfeer 2018; rapport 812, september 2019

1.1 Valpreventie: onderdelen

Valpreventie kan gekenschetst worden als een proces met een aantal opeenvolgende onderdelen:

1. Een risicoschatting waarmee aan de hand van twee vragen (zie 2.2.1) kan worden bepaald of iemand een hoog risico heeft om te vallen. Als een hoog risico aanwezig is kan vervolgens een nadere risicobeoordeling - de valanalyse - worden afgenomen.
2. De valanalyse bestaat uit een gesprek met de oudere, plus zo nodig lichamelijk onderzoek, en vindt plaats aan de hand van een gestructureerde vragenlijst waarmee verschillende relevante onderwerpen worden nagegaan die een rol kunnen spelen bij het individuele valrisico. De valanalyse resulteert in een individueel advies waarin verwijzingen naar zorgverleners en/of interventies zijn opgenomen.
3. De interventies gericht op reduceren van het risico op vallen en het letsel door vallen variëren van medicatieadvies, aanpak visusproblematiek, aanpak onderliggende aandoeningen tot valpreventieve trainingsprogramma's.

Het signaleren van een hoog valrisico staat dus niet op zich. Na het signaleren van een hoog valrisico is een multifactoriële valrisicobeoordeling (de valanalyse) op zijn plaats. Op basis daarvan wordt in overleg met de oudere naar geschikte valpreventie-interventies en/of zorgverleners doorverwezen. Het signaleren van een hoog valrisico en de wijze waarop een multifactoriële valrisicobeoordeling kan worden afgenomen, staan beschreven in de Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen van de Federatie Medisch Specialisten. De richtlijn is opgesteld onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

Onderwerp van deze duiding is of valpreventie te verzekeren zorg is. Deze duiding richt zich met name op de valpreventieve interventies die kunnen worden ingezet op basis van de bevindingen van de valanalyse en dan met name op de door een zorgprofessional begeleide trainingsprogramma's. De meeste valpreventieve interventies (bijvoorbeeld medicatieaanpassing en een staaroperatie bij visusproblemen) behoren reeds tot het te verzekeren basispakket (mits er een indicatie voor is) en behoeven geen nadere duiding. Voor de trainingsprogramma's ligt dit anders.

1.2 Het verzoek van de minister: de duiding

Bij deze duiding benaderen wij de valpreventieve interventies (vanaf de valanalyse tot en met trainingsprogramma's) vanuit de invalshoek van geïndiceerde preventie. Bij geïndiceerde preventie gaan we ervan uit dat de verzekerde een ziekte of een hoog risico op ziekte heeft⁴. De zorg die de ziekte voorkomt, kan onder de Zvw vergoed worden (mits ook aan de overige voorwaarden voldaan is die de regelgeving stelt, zoals stand van de wetenschap en praktijk). In dit rapport besteden we speciaal aandacht aan de begeleide trainingsprogramma's, omdat deze programma's een belangrijke component vormen van valpreventie. Voor de begeleide trainingsprogramma's betekent geïndiceerde preventie het volgende. Verminderde spierkracht en balans (een verschijnsel dat hoort bij het ouder worden maar ook een uiting van een onderliggende ziekte of aandoening kan zijn) vormen een hoog risico voor vallen en vallen geeft een hoog risico op het oplopen van letsel. Een correlatie die ook uit onderzoek naar de relatie tussen vallen en fractures blijkt⁵. De verminderde spierkracht en balans vormen het hoog risico en leiden tot een behoefte aan geneeskundige zorg; het begeleide trainingsprogramma

⁴ Andere voorwaarden van geïndiceerde preventie zijn: • De zorg behoort tot de te verzekeren prestaties. • De preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

⁵ Stel, V.S., Smit, J.H., Pluijm, S.M. & Lips, P. (2004). Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age Ageing* 33(1):58-65. Zij vond: ongeveer 6% ernstig letsel na val, ongeveer 5% fractuur, en een kleine 25% gebruik van de gezondheidszorg.

(bijvoorbeeld) is de zorg. Om de vraag te beantwoorden of dit tot de te verzekeren zorg kan worden gerekend, gaan we in deze duiding dan na of deze trainingsprogramma's effectief zijn bij het versterken van de spierkracht en balans teneinde vallen en daarmee letsel te voorkomen. Alleen een effectieve interventie kan immers onder de Zvw vallen. We onderzoeken vervolgens onder welke prestatie de zorg valt en in welke gevallen er een medische indicatie zou kunnen zijn voor begeleiding bij deze trainingsprogramma's. Met de conclusies die we hierbij trekken sluiten we de duiding af. Op verzoek van het ministerie gaan we daarna nog in op de vraag hoe de begeleide trainingsprogramma's daadwerkelijk vergoed kunnen worden, gegeven de voorwaarden en beperkingen die gelden voor de prestatie fysio- en oefentherapie binnen artikel 2.6 Besluit zorgverzekering (de voorwaarde van vermelding van de aandoening op de Chronische Lijst en het uitsluiten van vergoeding van de eerste 20 behandelingen).

1.3

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk beschouwen we de drie onderdelen van valpreventie: risicoschatting, valanalyse en de verschillende preventie-interventies. In hoofdstuk drie beschrijven we de huidige praktijk waarin valpreventie een plaats heeft. In hoofdstuk vier duiden we de verschillende onderdelen van de valpreventie en concluderen we dat de meeste onderdelen, waaronder de trainingsprogramma's te verzekeren zorg zijn. In hoofdstuk vijf gaan we in op de consequentie van deze conclusie, namelijk dat iemand met een indicatie voor een trainingsprogramma te maken krijgt met de beperkende voorwaarden rond de aanspraak op fysiotherapie. In hoofdstuk zes beschrijven we organisatorische aspecten en gaan we in op de maatschappelijke kosten-baten analyse. In hoofdstuk zeven zijn de ontvangen reacties in de consultatieronde samengevat en in hoofdstuk acht zien we pakketbeheer en passende zorg in samenhang.

2 Valpreventie: wat moeten we daar onder verstaan ?

2.1 Risico

Valpreventie zoals onderwerp van deze duiding richt zich op de thuiswonende oudere zonder WLZ-indicatie. Valongevallen bij ouderen zijn een multifactorieel probleem. Er zijn veel verschillende risicofactoren die kunnen leiden tot het verlies van evenwicht, struikelen en/of uitglijden met als gevolg een val. Factoren zoals verminderde spierkracht en balans, verminderd zicht, duizeligheid en incontinentie kunnen een rol spelen. Deze factoren beïnvloeden het vermogen om adequaat om te gaan met omgevingsrisico's, zoals gladde vloeren, obstakels, losliggende tegels en trappen. Gedrag zoals niet goed opletten, dragen van glad schoeisel, inactiviteit etc. speelt daarbij ook een rol. Ook angst om te vallen kan de kans op een val vergroten. Het is niet altijd eenduidig aan te geven wat de oorzaak was van een val; meestal is er sprake van een interactie van meerdere factoren, bijvoorbeeld een persoon heeft mobiliteitsproblemen, slechte visus en struikelt over een drempel. Over het algemeen geldt dat hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe groter het risico om te vallen⁶.

2.2 Inhoud

Wat houdt valpreventie precies in, wat moeten we er onder verstaan en wat hanteren we als onderwerp van deze duiding? Om enig zicht te krijgen op wat we moeten verstaan onder valpreventie beschouwen we eerst enige instrumenten die zijn beschreven en die kunnen worden ingezet bij valpreventie. We baseren ons op

- de richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen*⁷(hierna: de richtlijn) - Deze richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie,
- NHG standaard fractuurpreventie⁸,
- beschrijvingen van Veiligheid NL.

We beschouwen hier eerst de risicoschatting en de valanalyse: deze instrumenten helpen om de indicatie voor valpreventieve interventies vast te stellen. Daarna geven we aan wat valpreventie-interventies kunnen inhouden. Wij gaan daarbij specifiek in op de begeleide trainingsprogramma's.

2.2.1 *Risicoschatting*

Eerstelijnszorgprofessionals hebben een belangrijke rol bij het signaleren van een hoog valrisico. Via casefinding kunnen binnen de huidige huisartsenpraktijk ouderen met een hoog valrisico worden geïdentificeerd. Bij thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder kan een risicoschatting worden uitgevoerd. De risicoschatting kan in principe door elke zorgprofessional gebeuren: de huisarts, de wijkverpleegkundige, maar bijvoorbeeld ook de verzorgende, de praktijkondersteuner, de fysiotherapeut, de oefentherapeut en de ergotherapeut. De risicoschatting kan ook in het gemeentelijk domein plaatsvinden.

⁶ VeiligheidNL, Wat werkt in Valpreventie, maart 2020

⁷ Federatie Medisch Specialisten, Preventie van valincidenten bij ouderen

⁸ Elders PJM, Dinant GJ, Van Geel T, Maartens LWF, Merlijn T, Geijer RMM, Geraets JJXR, NHG-Standaard Fractuurpreventie, 2012

De risicoschatting gebeurt op basis van valgeschiedenis en moeite met bewegen van betrokkene. Dit zijn namelijk sterke voorspellers van een (nieuwe) val. Om het risico te bepalen kan het risicoschattingsinstrument uit de richtlijn worden gebruikt. Deze bestaat uit twee hoofdvragen:

1. Bent u gevallen in het afgelopen jaar?
Bij een positief antwoord op vraag 1 geeft de richtlijn vijf vragen aan de hand waarvan doorgevraagd kan worden. Wanneer ook één of meer van de vijf vragen positief wordt beantwoord, adviseert de richtlijn een uitgebreide multifactoriële valrisicobeoordeling te verrichten (zie 2.2.2.).
Bij vijf negatieve antwoorden, wordt vraag 2 gesteld.
2. Heeft u moeite met bewegen, lopen of balans houden?
Indien deze vraag 2 positief wordt beantwoord, adviseert de richtlijn eveneens een uitgebreide multifactoriële valrisicobeoordeling; bij een negatief antwoord is geen actie noodzakelijk.

VeiligheidNL heeft deze risicoschatting onder de titel Valrisicotest⁹ opgenomen in de beschrijving van de Valanalyse. VeiligheidNL stelt dat aan de hand van de valrisicotest in één tot drie minuten kan worden bepaald of de betrokkene een hoog risico heeft om te vallen.

2.2.2

Valanalyse en mogelijke interventies

Na het vaststellen van een hoog risico op vallen is de volgende stap het identificeren van de onderliggende individuele risicofactoren. Een dergelijke analyse wordt in een aantal documenten beschreven en deze documenten adresseren grosso modo dezelfde onderwerpen om de risicofactoren te identificeren. De valanalyse van VeiligheidNL is het meest uitgebreid. Hierna geven we een korte beschrijving van deze drie voorbeelden van analyses.

1. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen

Als uit de risicotest is gebleken dat de oudere een hoog risico heeft om te vallen, wordt de oudere verwezen naar de huisarts, POH ouderenzorg of de SO. Deze professional voert vervolgens een multifactoriële valrisicoanalyse uit conform de richtlijn. De richtlijn noemt een val een symptoom van onderliggende aandoeningen en/of ziekten met over het algemeen meerdere onderliggende risicofactoren tegelijkertijd. Om die reden dient een valrisicobeoordeling en bijbehorende interventie over het algemeen multifactorieel van aard te zijn, aldus de richtlijn. De richtlijn adviseert de volgende interventies in ieder geval te overwegen: aanvullende beweeginterventies, verminderen van valangst, omgevingsinterventies, optimaliseren van de visus (cataract OK, aparte vertebril buiten), vitamine D (indien deficiënt), afbouwen van valrisico verhogende medicatie, patiënteducatie waaronder gebruik veilig schoeisel en orthostase adviezen, behandeling onderliggende aandoeningen, psychologische interventies, behandelen ondervoeding en dehydratatie. Daarnaast algemene adviezen over beweging (beweeg dagelijks minimaal 30 minuten laag intensief) en beperking of staken van het alcoholgebruik.

2, De NHG-standaard Fractuurpreventie

De NHG-standaard Fractuurpreventie geeft aanbevelingen over de multifactoriële analyse van het valrisico en adviseert bij een verhoogd valrisico maatregelen op maat, waaronder balans en krachttraining, medicatieaanpassingen en vitamine D.

⁹ In onze bronnen wordt gesproken over valrisico-screening. Wij vermijden hier liever het begrip screening omdat wij dit begrip over het algemeen gebruiken in de zin van selectieve preventie (bijvoorbeeld darmkankerscreening).

3. Valanalyse van VeiligheidNL

VeiligheidNL heeft een valrisicobeoordeling beschreven in de Valanalyse¹⁰. De valanalyse onderscheidt de factoren die bijdragen aan een hoog valrisico in beweegproblemen, onveilige omgeving thuis, medicatie, visusproblemen, voetproblemen, slechte voeding, een andere aandoening en valangst. Doel van de valanalyse is het bepalen van de oorzaken die aan het valrisico ten grondslag liggen en het geven van advies op maat aan deze ouderen zodat deze zelfstandig wonende ouderen voor hen relevante valpreventieve maatregelen kunnen nemen en daarmee het risico op een val verminderen. De Valanalyse is een goed instrument om als *start* te gebruiken om de factoren die bijdragen aan het individuele hoog valrisico in kaart te brengen en bijbehorende acties in te zetten.

De valanalyse bestaat uit een gesprek met de oudere en vindt plaats aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. De valanalyse is multifactorieel.

Onderwerpen die aan de orde komen zijn:

- Valgeschiedenis
- Duizeligheid
- Mobiliteitsproblemen
- Gewrichtsproblemen
- Cardiovasculaire aandoeningen
- Osteoporose
- Cognitie
- Valangst
- Gezichtsvermogen
- Vitamine D gebruik
- Medicijngebruik
- Omgevingsfactoren.
- Voetproblemen / schoeisel
- Stemming
- Voeding
- Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- Incontinentie
- Gehoor
- Co-morbiditeit
- Alcohol

Competenties professional valanalyse

De beoordeling van welke individuele factoren ten grondslag liggen aan het valrisico adresseert dus een veelheid aan onderwerpen. We gaan ervan uit dat hiervoor een generalistische medische achtergrond nodig is. Gezien de inhoud van de valanalyse en de diversiteit aan onderwerpen moet de eerstelijnszorgverlener die de valanalyse uitvoert beschikken over competenties op alle verschillende aandachtsgebieden van de valanalyse om deze in zijn totaliteit te kunnen uitvoeren. De huisarts, specialist ouderengeneeskunde en POH ouderenzorg beschikken over deze competenties om een valanalyse in zijn totaliteit uit te voeren.

¹⁰ Deze valanalyse van VeiligheidNL is te vinden op de website van het Loket Gezond Leven : Interventieoverzicht Valpreventie | Loketgezondleven.nl

Een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of een ergotherapeut heeft competenties op bepaalde onderdelen van de probleemgebieden van de valanalyse, maar niet op alle. Om die reden hebben een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of een ergotherapeut niet de voorkeur om een valanalyse in zijn totaliteit uit te voeren. Dit sluit aan bij de Ergotherapierichtlijn valpreventie¹¹, die aanbeveelt dat bij het in kaart brengen van valrisicofactoren, de ergotherapeut zich specifiek richt op het geïntegreerd in kaart brengen van risicofactoren ten aanzien van functioneren in ADL, valangst, cognitief functioneren en de omgevingsfactoren.

Tijdsbestek

Het uitvoeren van de valanalyse kost maximaal een uur, maar meestal minder, afhankelijk van de informatie waar de zorgverlener al over beschikt. De benodigde tijdsduur is afhankelijk van de vraag of er aanleiding is dieper op één van de onderwerpen in te gaan, bijvoorbeeld door middel van het afnemen van een test voor dat onderwerp en van hoeveel van de problematiek de zorgverlener al vooraf in kaart heeft gebracht. Dit uur is exclusief de tijd die eventueel nodig is om mensen na het eerste adviesgesprek te ondersteunen bij het nemen van de geadviseerde maatregelen.

Advies op maat

De valanalyse resulteert in een advies op maat met doorverwijsmogelijkheden. Op basis van de geïdentificeerde risicofactoren kan een passend valpreventieprogramma worden aangeboden met één of meer interventies. Iedere interventie speelt in op één of meer van de gesignaleerde risicofactoren zoals hierboven beschreven. Het advies met de voorgestelde interventies en/of in te zetten acties wordt besproken met de oudere. Tevens wordt het advies, met toestemming van de oudere, teruggekoppeld aan de huisarts. Omdat het vervolgtraject één of meer interventies kan bevatten, die bovendien uit verschillende domeinen (sociaal, zorg) kunnen komen, is coördinatie aangewezen. Wij gaan er vanuit dat de coördinatie door dezelfde professional wordt uitgevoerd als de opsteller van het advies. Na twee of drie maanden wordt een evaluatiemoment geadviseerd om te bespreken of de oudere de adviezen heeft kunnen opvolgen en of er andere acties ingezet kunnen worden.

2.2.3

Interventies

Ter illustratie noemen wij hieronder kort een aantal valpreventie-interventies die onderdeel kunnen zijn van het advies op maat. Wij baseren ons op de publicatie van VeiligheidNL *Wat werkt in valpreventie*.

1. Trainingsprogramma's

Stoornissen in balans, looppatroon en verminderde spierkracht zijn de meest voorkomende risicofactoren voor vallen. Met het ouder worden vermindert de motoriek en de kracht, maar er is wel wat aan te doen, bijvoorbeeld door spierversterking. Trainingsprogramma's zijn daarom een logische aanpak. Bij de meeste interventies moet minstens drie uur per week worden geoefend, gedurende een langere periode en ook na de interventieperiode moet er voor worden gezorgd dat de ouderen blijven bewegen. (In hoofdstuk 4 gaan we verder in op de inhoud van de trainingsprogramma's)

¹¹ Sturkenboom, I.H.W.M, Steultjens, E.M.J. (2016) Ergotherapierichtlijn Valpreventie: evidence-based ergotherapie bij volwassenen met verhoogd valrisico. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland

2. Aanpassingen in huis en omgeving

In en om huis zijn veel factoren die geassocieerd worden met een hoog valrisico, zoals gladde vloeren, losliggende tegels of slechte verlichting. Deze factoren op zich zijn geen risicofactor voor vallen; het gaat om de interactie tussen de omgeving en de fysieke competenties van de oudere die samen tot een hoog risico leiden. Mogelijke aanpassingen zijn (loop)hulpmiddelen, materiële aanpassingen (antislipstrips, beugels), gedrag (denk aan goed gebruik keukentrapje), aanpassingen verlichting.

3. Medicatiebewaking

Naarmate men ouder wordt neemt het aantal gezondheidsklachten toe en daarmee ook het gebruik van medicijnen. De bijwerkingen kunnen effect hebben op het fysiek functioneren of op cardiovasculair functioneren (bloeddruk, hartritme). Er is een Europese lijst van valrisico verhogende medicijnen. De behandelend arts en de apotheker spelen een belangrijke rol bij het identificeren en beoordelen van valrisico verhogende medicijnen en het beoordelen van de mogelijkheden van medicatieaanpassing.

4. Aanpak visusproblemen

Visusproblemen kunnen een belangrijke rol spelen bij het veroorzaken van vallen, denk aan staar, glaucoom of multifocale brillenglazen. Interventies zijn een staaroperatie, een (aangepaste) bril, bijvoorbeeld mono- in plaats van multifocale glazen.

5. Aanpakken voetproblemen en schoeisel

Voetproblemen komen veel voor bij ouderen en hangen samen met verslechtering van balans en mobiliteit. Een aanpak van voetproblemen, bijvoorbeeld advies over veilig schoeisel, kan onderdeel zijn van een multifactoriële interventie.

6. Voedingsinterventies

Een slechte voedingstoestand komt veel voor bij ouderen. Dit kan leiden tot een slechter onderhoud van spiermassa en botdichtheid en het is aannemelijk dat dit kan leiden tot een hoger valrisico.

7. Medische behandeling cardiovasculaire en andere onderliggende ziektes of aandoeningen

Naarmate men ouder wordt neemt het aantal (chronische) gezondheidsaandoeningen toe. Deze aandoeningen en/of de medicatie die ervoor wordt gebruikt, kunnen het valrisico verhogen. Cardiovasculaire aandoeningen en neurologische aandoeningen kunnen leiden tot een hoog valrisico. Vallen is een atypische ziektepresentatie. Daarom is het van belang bij ouderen die gevallen zijn te onderzoeken of er mogelijk onderliggende aandoeningen zijn.

8. Psychologische interventies

Psychologische interventies kunnen worden ingezet bij depressie als valrisicofactor. Valangst komt veel voor bij ouderen met gevolg het vermijden van activiteiten. Bij mildere valangst is valtraining effectief om valangst te verminderen.

9. Educatieve interventies

Educatie kan bijdragen aan het vergroten van het risicobewustzijn. Educatie kan dienen ter ondersteuning van andere interventies, namelijk informeren en motiveren.

We kunnen de onderscheiden onderdelen van valpreventie als volgt weergeven

Risicoschatting		Valanalyse		Valpreventie-interventie
Beoordelen of valrisico aanwezig is*.	Zo ja >	Multifactoriële valrisicobeoordeling	<i>Advies op maat</i> >	Trainingsprogramma Andere interventie

* Als geen valrisico wordt vastgesteld, is geen verdere actie nodig

We beschouwen in het volgende hoofdstuk de huidige praktijk waarin valpreventie een plaats heeft. Naast de huisarts- en wijkverpleegkundige-praktijk gaan we kort in op vier projecten van zorgverzekeraars. Op basis van de beschrijving in het volgende hoofdstuk, volgt in het hoofdstuk daarna onze duiding van de valpreventie.

3 Valpreventie in de huidige praktijk

We beschrijven hieronder eerst het onderkennen van een valrisico in de huidige zorgpraktijk. Daarna beschrijven we de werkwijze in lopende of op stapel staande projecten van vier zorgverzekeraars en hun ervaringen.

3.1 Toeleiding naar valpreventie

3.1.1 Onderkennen van het valrisico via casefinding in huisartsenpraktijk – wijkverpleging
Valrisico bij ouderen en valpreventie zijn geen nieuwe items binnen de huisartsen- en wijkverpleegkundige praktijk. Het signaleren van een hoog valrisico en analyseren van wat er aan de hand kan zijn, rekt de huisarts tot zijn takenpakket. De NHG standaard fractuurpreventie adviseert om bij 50-plussers met een fractuur en bij 50 plussers met vragen over osteoporose of met het risico op een fractuur, een inschatting te maken van het valrisico. De huisarts is alert op het onderkennen van een valrisico bij ouderen in zijn praktijk. De klinische blik van de huisarts kan in veel gevallen een valrisico bij een oudere onderkennen. De manier van lopen van de oudere kan voor de huisarts voldoende zijn om een hoog valrisico te signaleren. Ouderen met een verhoogd valrisico kunnen ook geïdentificeerd worden door de huisarts of door de POH-ouderen als, in het kader van integrale zorg voor kwetsbare ouderen, een multidomein-analyse wordt uitgevoerd via de Handreiking kwetsbare ouderen thuis¹².

Ook bij de wijkverpleegkundige vormt de klinische blik vaak het handvat om een valrisico te signaleren, bijvoorbeeld als zij een oudere thuis bezoekt. Standaard doet de wijkverpleegkundige bij nieuwe patiënten een check op het valrisico. De wijze waarop de oudere zich in zijn huis verplaatst kan voor de wijkverpleegkundige een signaal zijn van een hoog valrisico. Uit de praktijk hebben wij vernomen dat een groot deel van de mensen met een indicatie voor wijkverpleegkunde waarschijnlijk een hoog valrisico heeft, zeker als er sprake is van polyfarmacie.

Jaarlijkse screening van ouderen conform de *richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen* is geen gemeengoed in de huisartsenpraktijk. Dit zou ook niet kunnen want het systematisch uitnodigen van ouderen voor een risicoschatting beschouwen wij als selectieve preventie en dit kan niet ten laste van de Zvw komen (zie hoofdstuk 6.1). De casefinding die hier is beschreven betreft casefinding bij ouderen die – met een andere zorgvraag – op het spreekuur verschijnen.

De risicoschatting kan ook in het gemeentelijk domein plaatsvinden en dienen als toegang tot de valanalyse. De uitkomst van de risicoschatting bepaalt de inhoud van de vervolgstappen en die kunnen onder de Zvw vallen, ook als de risicoschatting binnen het gemeentelijk domein heeft plaatsgevonden.

¹² Handreiking Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, maart 2021

3.1.2 *Onderkennen van het valrisico via Geriatrisch Assessment*

Naast casefinding door huisarts of wijkverpleegkundige kan een oudere via een geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde bij valpreventie terecht komen. Een geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde vindt plaats wanneer deze in consult wordt gevraagd door een verwijzer of als een patiënt wordt opgenomen voor kortdurende zorg zoals geriatrische revalidatie, of als er sprake is van chronische zorg. De *Handreiking Geriatrisch Assessment door de Specialist Ouderengeneeskunde* geeft aan hoe de SO het geriatrisch assessment uitvoert. Onderdelen van de anamnese zijn onder andere: aandacht voor de geriatrische syndromen en problematiek zoals visusproblemen (bril gebruik), mobiliteitsproblemen, vallen, verslechtering algehele conditie, mobiliteit, inventarisatie hulpmiddelengebruik bij lopen, onderzoek houdings- en bewegingsapparaat, sta- en loopfunctie. Op basis van de inhoud van dit assessment en de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde, kunnen we concluderen dat het geriatrisch assessment als een toegeleidingsinstrument naar de valpreventie kan fungeren.

Zorginstituut Nederland meent dat de valanalyse in beginsel in de eerste lijn belegd moet worden. Echter, als bij een hoog valrisico het vermoeden bestaat dat onderliggende aandoeningen een rol spelen, kan de huisarts voor een uitgebreidere analyse (comprehensive geriatric assessment) verwijzen naar een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde (in een poli geriatrie/ouderengeneeskunde).

3.1.3 *Valpreventie na een incident*

Tenslotte, en voor de volledigheid, vermelden we dat iemand bij de valpreventie terecht kan komen zonder gerichte toeleiding, namelijk wanneer hij na een valincident bij de SEH terechtkomt of na een val (met fractuur) wordt opgenomen in het ziekenhuis. Hoewel er een IGJ verbeterdoel op dit gebied van kracht is geworden, is het nog geen standaardpraktijk om acute oorzaken voor vallen op de SEH te analyseren.

3.2 **Huidige projecten zorgverzekeraars**

Op initiatief van zorgverzekeraars lopen momenteel verschillende projecten valpreventie. Hieronder beschrijven we aspecten uit vier van die lopende/op stapel staande projecten.

1. Zorg en Zekerheid

Het project van Zorg en Zekerheid is gericht op het afstemmen van huidig aanbod van zorg en sociaal domein gericht op preventie van vallen. Deze juiste zorg op juiste plek bestaat uit multifactoriële interventies, valpreventiecurssussen en aansluiting op regulier beweegaanbod. Samen met de gemeente is gekeken naar een integraal aanbod in een samenhangende keten. Na de valrisicotest met een positieve uitslag wordt de valanalyse afgenomen. Dit gebeurt door een POH ouderenzorg (als HBO-geschoolde professional met een zorgachtergrond en met een brede blik). Idealiter wordt de valanalyse gedaan door een onafhankelijk persoon die alle 13 punten onafhankelijk kan analyseren. Hiermee wordt bedoeld dat een fysiotherapeut of ergotherapeut in dit project niet per se de voorkeur heeft, omdat dan het risico van een eenzijdig advies bestaat, bijvoorbeeld in het geval van een fysiotherapeut te veel gericht op bewegen en bij een ergotherapeut wellicht te veel gericht op aanpassingen in huis.

De valanalyse resulteert in een advies dat naar de 65+er en naar zijn huisarts gaat. In het advies wordt in gemeenschappelijk overleg tussen de opsteller en de 65+er aangegeven wat de vervolgstappen kunnen zijn. Belangrijk is dat alleen stappen zijn opgenomen waar de 65+er achter staat; waarvoor hij gemotiveerd is. De vervolgstappen kunnen een actie van de 65+er zelf (bijvoorbeeld een bezoek aan de opticien) zijn, of een verwijzing naar het medisch domein, of naar ondersteuning in het sociaal domein, waaronder een verwijzing naar een valpreventie cursus. Binnen deze pilot blijkt dat alleen *In Balans* te zijn, aangezien de andere cursussen moeilijk vol te krijgen zijn. Als er een training wordt geadviseerd, wordt deze vanuit het gemeentelijk domein gefinancierd, waarbij alleen inzet van de vier door het RIVM goedgekeurde interventies mogelijk is¹³. In het advies is aangegeven wat de 65+er het belangrijkste vindt om als eerste op te pakken. Het advies geeft de mogelijkheid van stepped care.

2. *Zilveren Kruis*

Zilveren Kruis heeft de doelgroep afgebakend op basis van leeftijd en actuele zorginzet. De zorgverzekeraar includeert ouderen vanaf 75 jaar met polyfarmacie (vijf middelen) en een indicatie voor wijkverpleegkunde. Het is evident dat deze afbakening resulteert in een kleinere, maar kwetsbaardere groep ouderen dan die na afname van de valrisicotest (de twee vragen) bij 65+ers.

Bij de geselecteerde 75-plusser met een hoog risico wordt de valanalyse gedaan. Het is niet noodzakelijk dat de huisarts deze analyse afneemt. Een andere professional, bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige kan dit ook afnemen. Echter, gezien de poortwachtersfunctie van de huisarts en gezien de problematiek die aan de hand kan zijn, acht Zilveren Kruis de betrokkenheid van de huisarts wel nodig. Er kunnen bijvoorbeeld visusproblemen of problemen met de medicatie aan het licht komen; problematiek die de deskundigheid van de huisarts vereist om de juiste aandacht en actie te kunnen geven en ondernemen. Kortom, de valanalyse hoeft niet per se door de huisarts zelf afgenomen te worden, maar het is wenselijk dit in de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld door de POH-er) te laten gebeuren teneinde de betrokkenheid van de huisarts te borgen.

3. *Menzis*

Gebaseerd op het idee dat vallen kan leiden tot een sociaal isolement, kiest Menzis voor een integrale aanpak in samenwerking met de gemeente. Als een oudere in aanmerking komt voor valpreventie, kan dat aanleiding zijn om te kijken naar het sociaal welzijn of zich daar problemen voordoet. Gedachte hierbij is dat als een oudere ook andere problematiek heeft dan een hoog valrisico, valpreventie weinig kans van slagen zal hebben. De aanpak betreft niet alleen valpreventie, maar kan in een breder verband worden ingezet en bijvoorbeeld ook hulp bij schuldenproblematiek (sociaal domein) of hulp bij stoppen met roken omvatten.

4. *De Friesland*

Zorgverzekeraar De Friesland werkt ook nauw samen met een gemeente. Met de gemeente Smallerland is een pilot¹⁴ opgesteld met als doel gezondheidsrisico's te verminderen en ouderen (75 – 80 jarigen) zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen laten wonen met behoud van kwaliteit van leven. Het aanbod bestaat uit inschatting van fysieke risico's én de mogelijke oorzaak daarvan (bijvoorbeeld balans- of spierkrachtvermindering). Deze screening heeft veel overeenkomsten met de valanalyse zoals beschreven door VeiligheidNL. De screening resulteert in een advies voor bijvoorbeeld fysiotherapie met balans- en evenwichtstraining,

¹³ Zie bijlage 3

¹⁴ De start van deze pilot is door de Corona-crisis uitgesteld.

trainingsprogramma's zoals *Otago* of *In Balans*, of aanpassingen in de woning zoals het weghalen van drempels, plaatsen van een tweede toilet op een andere etage in huis of plaatsen van een traplift.

De screening op fysieke risico's en de woningaanpassingen worden in dit project gefinancierd door de gemeente (Wmo), de fysiotherapie en trainingsprogramma's worden gefinancierd door De Friesland (Zvw).

3.3 **Samengevat**

De toegang tot valpreventieve interventies kent verschillende wegen: casefinding, multidomein-analyse of geriatrisch assessment en vervolgzorg na een incident. Hoe de toegang tot stand komt en of er daadwerkelijk een verwijzing plaatsvindt naar valpreventie is tamelijk willekeurig.

Ook de aanpak van de valpreventie loopt in de praktijk uiteen. In de hiervoor beschreven lopende projecten van zorgverzekeraars, zagen we dat er momenteel geen sprake is van één uniform stappenplan waarlangs systematisch één en dezelfde aanpak wordt gevolgd. De aanbeveling uit de *richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen* om jaarlijks standaard de risicoschattingsvragen¹⁵ te stellen, zijn geen gemeengoed in de huisartsenpraktijk. De verschillende werkwijzen zowel in de huisartsenpraktijk als bij de verschillende lopende projecten, maken in meer of mindere mate gebruik van de verschillende ter beschikking staande instrumenten, en werken in meer of mindere mate samen met de gemeente om te komen van risicobepaling naar valpreventie-interventie. Een systematische aanpak lijkt ons wenselijk om tot adequate, effectieve valpreventie te komen. In hoofdstuk 6 gaan we hier verder op in.

We hebben nu gezien wat onder de term valpreventie wordt begrepen en hoe dit in de huidige praktijk wordt aangeboden. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de vraag of valpreventie te verzekeren zorg is.

¹⁵ Bent u in het afgelopen jaar gevallen, heeft u moeite met bewegen, lopen of balans houden?

4 Valpreventie: te verzekeren zorg ?

Wij duiden een interventie grosso modo aan de hand van de *inhoud* van de interventie, het 'wat'. In de vorige hoofdstukken hebben we de inhoudelijke componenten beschreven. Om de vraag te beantwoorden of een interventie effectief is, moet duidelijk zijn voor wie (bij welke indicatie) deze interventie is bedoeld. Op basis van een effectieve indicatie-interventie combinatie kunnen we aangeven of valpreventie als te verzekeren zorg kan worden aangemerkt.

4.1 Valrisicotest

Op basis van de risicoschatting kan het hoog risico op vallen worden vastgesteld. Omdat een groot deel van de valincidenten met letsel gepaard gaat, maakt dit vastgestelde hoog risico de zorgbehoefte aan valpreventie zichtbaar.

4.1.1 *Risicoschatting te verzekeren zorg*

Overeenkomstig de multidisciplinaire richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen* van de Federatie Medisch Specialisten (onder auspiciën van de NVKG) behoort het uitvoeren/toepassen van het risicoschattingsinstrument om het hoog risico op een valincident te identificeren tot de geneeskundige zorg zoals huisartsen of medisch specialisten of verpleegkundigen of fysiotherapeuten die plegen te bieden zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekeringen en is daarmee te verzekeren zorg. Bij deze conclusie passen nog wel enige nuanceringen. Ten eerste omvat de valrisicotest louter een paar overzichtelijke vragen. Om deze vragen te stellen en de antwoorden te interpreteren zijn geen specifieke geneeskundige competenties nodig. De vragen zouden ouderen ook zichzelf kunnen stellen of er zou een vorm van digitalisering (bijvoorbeeld via een app) mogelijk zijn om de risicotest af te nemen. Ten tweede, in het verlengde van het eerste punt, het afnemen van risicotest is niet voorbehouden aan het zorgdomein. Ook binnen het sociale domein kan deze risicotest georganiseerd worden.

4.2 Valanalyse

De valanalyse is nodig om de individuele risicofactoren vast te stellen en daarmee de huidige aanpak te systematiseren in de huidige praktijk van de zorgverlener. Het is een noodzakelijke schakel tussen hoog risico en advies op maat voor een valpreventieve interventie.

In paragraaf 2.2.2 zagen we dat de valanalyse bij voorkeur wordt afgenomen door een zorgverlener met een generalistische medische achtergrond.

4.2.1 *Valanalyse te verzekeren zorg*

Zoals uit de vorige paragraaf blijkt, bestaat er onder de betrokken beroepsgroepen overeenstemming (de multidisciplinaire richtlijn van de FMG; de NHG-standaard) dat de multifactoriële risicobeoordeling (valanalyse) een goed instrument is om systematisch het individuele valrisico te analyseren om zodoende een valpreventief advies op maat te kunnen geven. Uit dat oogpunt behoort de multifactoriële valrisicobeoordeling (valanalyse) tot de 'geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten of verpleegkundigen die plegen te bieden' zoals bedoeld in artikel 2.4 en 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en is daarmee te verzekeren zorg.

Hierboven constateerden we dat het uitvoeren van de risicoschatting respectievelijk valanalyse onder de Zvw kan vallen. Het Zorginstituut spreekt zich hiermee alleen uit over de te verzekeren zorg van deze onderdelen van de valpreventie en laat het aan de praktijk van de zorgverleners over hoe zij het systematisch aanbieden van deze zorg organisatorisch inrichten (zie ook hoofdstuk 8). Belangrijk is dat de uitkomst van de valrisicotest, dus het vaststellen van het hoge valrisico, de indicatie (toegang) tot de valanalyse geeft. De plek waar de valrisicotest is afgenomen is voor de toegang tot de valanalyse, irrelevant. Dit betekent dus dat voor verzekerden met een vastgesteld hoog valrisico de valanalyse onder de Zvw valt.

4.3 **Interventie**

Op basis van de uitkomsten van de valanalyse kunnen verschillende interventies of acties worden geadviseerd. In 2.2.3 hebben we een aantal genoemd, die we hieronder duiden. Sommige valpreventie-interventies behoeven geen nadere duiding omdat de diagnostiek en de interventie al onder de Zvw vallen, zoals medicatieaanpassing en een staaroperatie bij visusproblemen. We noemen ze hieronder in 4.3.1. Het zijn met name de begeleide trainingsprogramma's die een nadere beschouwing vragen; dat doen we in 4.4.

4.3.1 *Interventies - reeds te verzekeren zorg*

De volgende interventies die genoemd worden als onderdeel van de valpreventie behoren tot de te verzekeren zorg van het basispakket. De diagnostiek en de interventies kunnen worden geleverd met toepassing van de relevante wet- en regelgeving, hetgeen betekent dat

- de verzekerde hiervoor een indicatie moet hebben,
 - de zorg geleverd wordt overeenkomstig de geldende richtlijnen en
 - eventuele voorwaarden (bijvoorbeeld een beperking van het aantal uren in te zetten zorg) van toepassing zijn.
- Aanpassingen in huis en omgeving geadviseerd door een ergotherapeut.
 - Medicatiebewaking. De behandelend arts en apotheker spelen een belangrijke rol bij het identificeren en beoordelen van valrisico verhogende medicijnen en het uitzoeken of de medicijnen nog wel nodig zijn, dan wel of er een ander soort medicijn beschikbaar is dat minder bijwerkingen heeft maar wel effectief is voor de werking op de aandoening.
 - Staaroperatie bij visusproblemen.
 - Medische behandeling cardiovasculaire en andere onderliggende ziektes of aandoeningen.
 - Psychologische interventies.
 - Voedingsinterventies.
Voedingsadviezen kunnen soms onder geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden worden geschaard. Voor voedingsadviezen kan ook naar de diëtist worden verwezen. Als de huisarts bijvoorbeeld ondervoeding constateert, met als gevolg een mogelijk hoog risico op vallen, kan de huisarts zelf adviezen geven of, indien nodig, de betrokkene naar een diëtist verwijzen.

Bovengenoemde interventies behoren tot de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekeringen.

4.3.2 *Interventies - géén te verzekeren zorg*

De volgende interventies die als onderdeel van de valpreventies worden genoemd, behoren níet tot de te verzekeren zorg. Deze interventies komen niet voor vergoeding onder de Zvw in aanmerking en zijn voor eigen rekening van de verzekerde.

- **Aanpassen bril bij visusproblemen.**
Bij ouderen met staar kan een operatie een gunstig effect hebben op het valrisico. In paragraaf 4.3.1 hebben we aangegeven dat een staaroperatie bij visusproblemen onder de te verzekeren zorg kan vallen. Een andere optie is de aanschaf of aanpassen van een bril. De aanschaf van een bril is geen te verzekeren zorg.
- **Brillenglazen**
Brillenglazen zijn niet in het basispakket opgenomen.
- **Vitamine D suppletie**
Vitamine D suppletie is wel effectief, maar komt gezien de lage kosten niet voor vergoeding ten laste van de Zvw in aanmerking.
- **Aanpakken voetproblemen en schoeisel.**
Veilig schoeisel komt voor rekening van de verzekerde. Voor de duidelijkheid voegen we hier aan toe dat veilig schoeisel onderscheiden moet worden van orthopedisch schoeisel. Verzekerden met een aandoening of stoornis die het bewegen moeilijk maken kunnen in aanmerking komen voor orthopedische schoenen vanuit het basispakket, mits zij aan de in de wet- en regelgeving gestelde vereisten voor de prestatie voldoen.
- **Educatieve interventies**
De educatieve interventie zoals VeiligheidNL die beschrijft, betreft het motiveren en werven van de oudere voor valpreventie-interventies. Educatie kan bijdragen aan het risicobewustzijn en ingezet worden bij de werving voor valpreventie. Het letterlijk werven van personen scharen wij onder het opsporen van mensen met een risico op populatieniveau. Dit komt aan de orde in hoofdstuk 6.1 over screening.
- **Aanpassingen die ten laste van een ander domein komen**
Aanpassingen aan de woning, bijvoorbeeld op advies van een ergotherapeut, komen ten laste van de Wmo (bijvoorbeeld een traplift, wegnemen van drempels, plaatsen van een douche- of toiletsteun). Aanpassingen kunnen ook voor eigen rekening van de verzekerde komen (bijvoorbeeld antislip-ondertapijt; aanpassing verlichting).
- **Informeren en motiveren**
Voor wat betreft het informeren en motiveren gaat het Zorginstituut ervan uit dat informatie over de valpreventie en het checken van de motivatie aan de orde komt bij het bespreken van het advies na het afnemen van de valrisicoanalyse (zie 2.2.2.). Het advies zal op maat moeten zijn waarin alleen die onderdelen zijn opgenomen waarvoor de oudere gemotiveerd is. Het informeren en motiveren is derhalve een onderdeel van het opstellen en bespreken van het advies en zien wij niet als een afzonderlijk onderdeel van de valpreventie waarover wij een uitspraak moeten doen in het kader van de duiding.

4.4 **Trainingsprogramma's met begeleiding**

Om te beoordelen of begeleide trainingsprogramma's tot de te verzekeren zorg behoren, kijken we eerst of de trainingsprogramma's tot de stand van de wetenschap en praktijk kunnen worden gerekend en daarna naar het indicatiegebied waarbij iemand aangewezen is op een begeleid trainingsprogramma.

4.4.1 *Effectiviteit*

Volgens de *Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen* dient, gezien de sterke bewijskracht ten aanzien van bewegingsinterventies, een multifactoriële valpreventieve interventie ten minste één beweegcomponent te bevatten (Sherrington, 2008). Onder het hoofdstuk 'valrisico verlagende interventies bij thuiswonenden', vermeldt de richtlijn dat ten aanzien van trainingsprogramma's uit de literatuur blijkt dat trainingsprogramma's die zich richten op balans, spierkracht en lopen, het meest effectief zijn om valrisico te verkleinen. Dit geldt zowel voor groepslessen als voor thuisprogramma's. Over het algemeen is bij groepslessen aanpak van valangst een geïntegreerd onderdeel van het programma. Belangrijke onderdelen zijn daarnaast conditie, veilig loophulpmiddelgebruik en veilige transfers. Zowel individuele als groepsprogramma's zijn effectief. Bij voorkeur wordt in overleg met een fysiotherapeut of een oefentherapeut een geïndividualiseerd beweegadvies gegeven onder andere omdat een trainingsprogramma vooral effectief is als de oefeningen voldoende uitdagingen bieden. Ook hier dient zorgvuldig gezocht te worden naar iets waarbij een hoge therapietrouw te verwachten is. Het is hierbij belangrijk om aan te sluiten bij individuele doelen en motiverende/belemmerende factoren.

Veiligheid NL heeft een whitepaper opgesteld: *Wat werkt in valpreventie*. Hierin noemt VeiligheidNL trainingsprogramma's een logische valpreventie aanpak bij stoornissen in balans, looppatroon en verminderde spierkracht, waarvoor het meeste bewijs voor effectiviteit beschikbaar is. In dit document beschrijft Veiligheid NL het oordeel over de effectiviteit van valpreventie-interventies gebaseerd op de meest recente systematische reviews. Volgens de whitepaper is er in de literatuur sterk bewijs dat trainingsprogramma's effectief zijn het aantal valongevallen te verlagen, ook als ze niet worden aangeboden in combinatie met andere maatregelen (Sherrington, et al., 2019) (Sherrington, et al., 2017)¹⁶.

De whitepaper hanteert als primaire uitkomstmaat bij de beoordeling van de effectiviteit het aantal valincidenten en het aantal mensen met één of meer valincidenten (het risico op vallen).

Op basis van bovenstaande documenten - *de Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen* en *Wat werkt in valpreventie* - stelt het Zorginstituut vast dat interventies waarvoor de effectiviteit is aangetoond om het aantal valincidenten te verminderen, vooral bestaan uit balansoefeningen en oefeningen gericht op functionele training en kracht. De oefeningen zouden tenminste 3 uur per week gedurende een langere (niet gedefinieerd) periode gedaan moeten worden. De oefeningen zouden (tenminste deels) onder professionele begeleiding gedaan moeten worden. Voor een afname van het aantal valincidenten en voor een afname van het aantal mensen met een valincident bestaat een hoge kwaliteit van evidence. De effectiviteit van deze interventies om letsel te voorkomen is vooralsnog minder duidelijk aangetoond op basis van het beschikbare onderzoek. Het ligt echter voor de hand dat, gezien de hoge correlatie tussen val en letsel bij ouderen, met een afname van het aantal valincidenten er ook een afname (hoewel mogelijk niet in gelijke mate) zal zijn van het aantal valincidenten met letsel

¹⁶ VeiligheidNL: Wat werkt in valpreventie, maart 2020

- 4.4.1.1 Beweeginterventie in combinatie met aanpak andere risicofactoren
Daarbij is ook van belang dat de beweeginterventies voorafgegaan worden door een brede valanalyse waarbij ook aandacht is voor risicofactoren die mede bepalend zijn voor het ontstaan van letsel bij een val, bijvoorbeeld osteoporose, gebruik van een trap en bad. Het lijkt waarschijnlijk dat de effectiviteit van beweeginterventies om valincidenten te voorkomen en om valincidenten met letsel te voorkomen groter is dan uit het onderzoek blijkt, als deze relevante risicofactoren ook aangepakt worden. Het is dan te verwachten dat met de beweeginterventie niet alleen het aantal vallen afneemt maar ook het aantal vallen met (ernstig) letsel. (De medicamenteuze behandeling van osteoporose bijvoorbeeld is strikt genomen geen valpreventie, maar vermindert het risico op een fractuur na een val).
- 4.4.1.2 Centrum Gezond Leven RIVM
Tot zover de *Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen* en de whitepaper van VeiligheidNL voor wat betreft de beoordeling van *generieke* trainingsprogramma's. Er zijn een aantal *specifieke* trainingsprogramma's ontwikkeld die worden aangeboden. Voor de beoordeling van de effectiviteit van die specifieke trainingsprogramma's verwijzen we naar bijlage 3. Daar bespreken we de erkenning van specifieke programma's door het Centrum Gezond Leven van het RIVM.
- 4.4.2 *Conclusie: Trainingsprogramma als onderdeel van valpreventie is effectief en valt onder zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden*
Bij deze duiding van het begeleide trainingsprogramma gaan we uit van het trainingsprogramma als geïndiceerde preventie hetgeen betekent dat uit het hoog risico op een valincident als gevolg van verminderde spierkracht, balans en mobiliteit, de behoefte aan geneeskundige zorg voortvloeit. Effectieve zorg die dit hoog risico vermindert kan onder de Zvw vallen. Het Zorginstituut heeft in 4.4.1. geconstateerd dat bij trainingsprogramma's een hoge kwaliteit van evidence bestaat voor een afname van het aantal valincidenten en dat daarmee, gezien de hoge correlatie tussen val en letsel bij ouderen, ook een afname van letsel voor de hand ligt. De trainingsprogramma's zijn derhalve effectief te noemen in het verlagen van het hoog risico op vallen, voor verbeteren van lopen en verminderen van valangst en voldoen daarmee aan de stand van de wetenschap en praktijk. De prestatie waaronder het begeleide trainingsprogramma valt is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden zoals bedoeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekeringen.
- 4.4.3 *Welke trainingsprogramma bij welk risico*
We beoordelen trainingsprogramma's als effectieve zorg; zij zijn te verzekeren zorg onder de Zvw. Alleen als er sprake is van een individuele indicatie voor een beweeginterventie kan er sprake zijn van aanspraak op deze verzekerde zorg. Een verzekerde kan immers alleen in aanmerking komen voor zorg onder de Zvw als hij hierop 'redelijkerwijs is aangewezen' (artikel 2.1 lid 3 Bzv). Wie kan bij een vastgesteld hoog valrisico in aanmerking komen voor een begeleid trainingsprogramma?

Aan de hand van de valanalyse heeft de verwijzer (huisarts of gelijkwaardige professional) het hoge valrisico in kaart gebracht. Afhankelijk van het hoog valrisico kan de verwijzer naar een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut verwijzen, maar hij kan ook aanbevelen deel te nemen aan een trainingsprogramma onder begeleiding van een sportleraar of om, zo mogelijk, zelfstandig te trainen. De keuze sluit aan bij het geconstateerde hoog valrisico en de kwetsbaarheid van de oudere. De verwijzer zal naar een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut verwijzen als sprake is van onderliggende of bijkomende problemen en als hij de inzet op het niveau van competenties van een fysiotherapeut nodig acht. De competenties van de begeleider maken het verschil tussen beide programma's. Het eerste trainingsprogramma vindt in Zvw-domein plaats en vereist een indicatie. Het tweede programma vindt in het gemeentelijk domein plaats en vereist geen indicatie.

In bijlage 4 is een schema opgenomen. In dit schema benoemen we een aantal factoren die een rol spelen bij de beoordeling van de behoefte aan begeleiding door een zorgprofessional.

Aan de inzet van een begeleid trainingsprogramma onder de Zvw gaat dus altijd een beoordeling door een zorgprofessional vooraf om de indicatie vast te stellen. De huisarts (of een gelijkwaardige professional) stelt vast of de oudere een indicatie heeft voor een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut en hij verwijst overeenkomstig. Op basis van een paar eenvoudige oefeningen kan de begeleider van het trainingsprogramma de immobiliteit van de oudere aan de hand van de Short Physical Performance Battery (SPPB)¹⁷ bevestigen en met een cijfer waarderen, om zorg op maat te geven. Hij kan de verwijzing verfijnen door te specificeren welk trainingsprogramma het meest aansluit bij de zorgvraag van deze oudere (zie ook 4.4.4).

Tenslotte moet niet uit het oog worden verloren dat bij bijvoorbeeld 75-plussers vaker een hoog valrisico zal worden geïdentificeerd. Tegelijkertijd kan binnen deze groep 75-plussers de kwetsbaarheid zodanig zijn toegenomen dat een trainingsprogramma niet meer aansluit bij het geanalyseerde probleem/de zorgvraag; een trainingsprogramma is niet (meer) de juiste zorg op maat.

4.4.4 *Keuzehulp trainingsprogramma*

Na de verwijzing (door huisarts of gelijkwaardige professional) naar een trainingsprogramma onder begeleiding door een fysiotherapeut, zal de fysiotherapeut specificeren welk trainingsprogramma past bij deze oudere. Voor de juiste keuze welke trainingsprogramma voor welke oudere geschikt is, kan de *Keuzehulp trainingsprogramma's Valpreventie 65+* van VeiligheidNL behulpzaam zijn. De Keuzehulp is vormgegeven in een infographic (bijlage 4) en moet de professional helpen het juiste trainingsprogramma te kiezen voor de oudere. De keuze kan worden gemaakt met inachtneming van de mate van kwetsbaarheid en de mate van mobiliteit met of zonder loophulpmiddel van de oudere. Tevens kunnen de doelen worden gekozen: verbeteren van evenwicht, mobiliteit en spierkracht, leren van valtechnieken, leren opstaan en verminderen valangst. In de infographic is deze informatie voor vier trainingsprogramma's (In Balans, Otago, Vallen Verleden Tijd en Zicht op Evenwicht) schematisch weergegeven.

¹⁷ Guralnik J.M., Simonsick E.M., Ferrucci L., Glynn R.J., Berkman L.F., Blazer D.G., Scherr P.A., Wallace R.B. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of gerontology*. 1994 Mar;49(2):M85-94. meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/short-physical-performancebatt

4.4.5 *Compliance/therapietrouw*

Het is belangrijk om aan te sluiten bij individuele doelen en motiverende en/of belemmerende factoren. Ook dient zorgvuldig gezocht te worden naar iets waarbij een hoge therapietrouw te verwachten is. De therapietrouw geldt overigens niet alleen gedurende het volgen van het trainingsprogramma; ook na afloop van deelname aan een trainingsprogramma is het van belang om het bewegen ter verbetering van balans en kracht voor te zetten en onderdeel te maken van de dagelijkse bezigheden. Deelname aan een beweeg- of trainingsprogramma in het gemeentelijk aanbod kan hier soelaas bieden. Het is dus van belang dat deze programma's in het gemeentelijk domein beschikbaar en bereikbaar zijn. Samenwerking en coördinatie tussen gemeentelijk en Zvw-domein zou een soepele overgang naar het beweegaanbod van de gemeente moeten bewerkstelligen.

4.4.6 *Competenties trainingsprogramma*

Op de website Loket Gezond Leven zien we dat de genoemde trainingsprogramma's voornamelijk worden uitgevoerd door opgeleide fysiotherapeuten, getrainde (wijk)verpleegkundigen, ergotherapeuten of andere paramedici. Omdat in de Zorgverzekeringswet de te verzekeren zorg functioneel is omschreven en de zorg niet is voorbehouden aan 'de' fysiotherapeut, ziet het Zorginstituut dit liever in vereiste competenties aangegeven, waarmee kan worden aangegeven dat de zorg wordt verleend door een professional met de competenties op het niveau van een fysiotherapeut.

Hieronder geven we nogmaals schematisch de onderdelen van valpreventie weer met daarbij aangegeven dat bij geïndiceerde preventie het beginpunt van de Zvw bij de casefinding ligt. Met andere woorden: vanaf de casefinding, in casu het uitvoeren van de risicoschatting door de huisarts (of een andere professional) is sprake van te verzekeren zorg die ten laste van het basispakket kan komen.

	GEÏNDICEERDE PREVENTIE		
Casefinding* 			
Valrisicotest Beoordelen of valrisico aanwezig is**	<i>Zo ja ></i>	Valanalyse Multifactoriële valrisicobeoordeling	Valpreventie-interventie Trainingsprogramma Andere interventie
zorg / sociale domein / ...		Zvw	Zvw (deels)

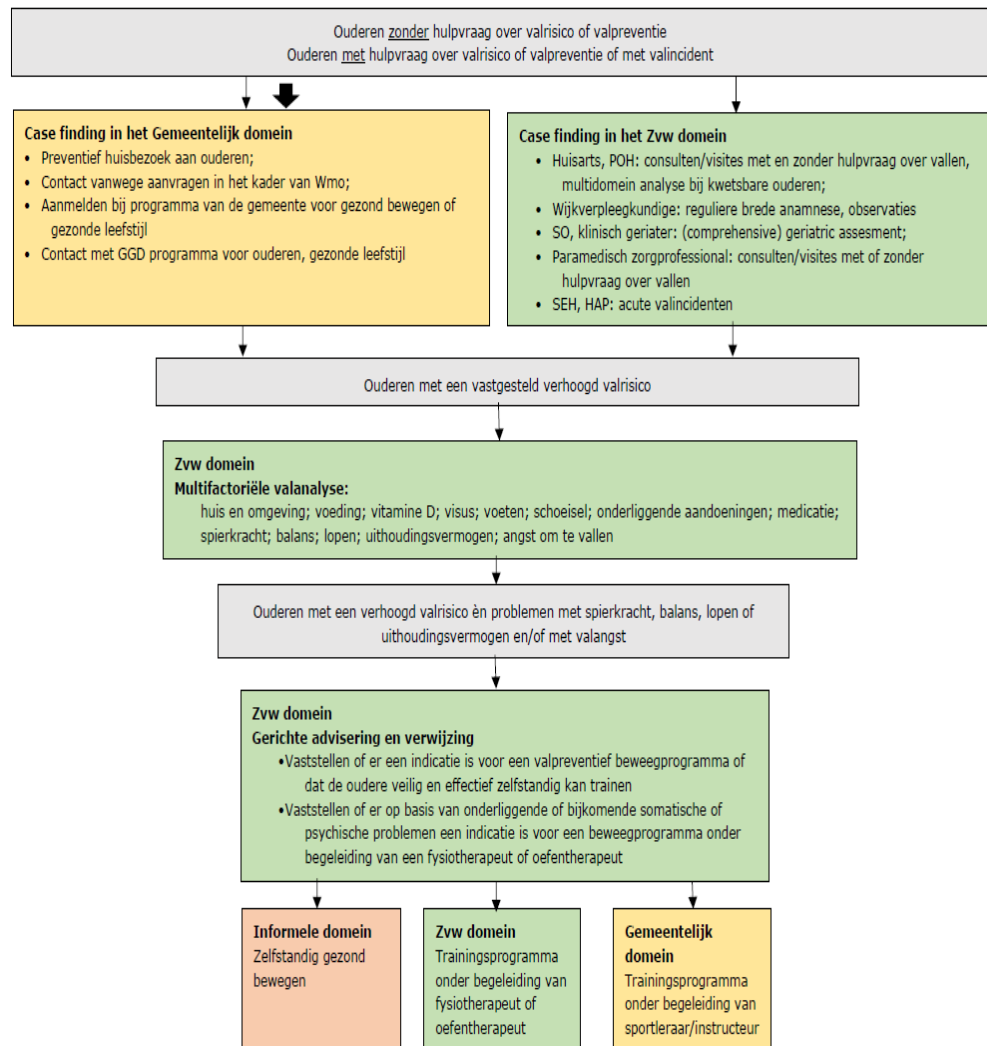
* Casefinding is geen geïndiceerde preventie, maar vormt wel een legitieme toegang tot geïndiceerde preventie.

**Als geen valrisico wordt vastgesteld, is geen verdere actie nodig.

In de voorgaande hoofdstukken hebben we de onderdelen van valpreventie beschreven en aangegeven welke onderdelen onder welk domein vallen en hoe de vergoeding hiervan geregeld is. In de tabel aan het eind van dit hoofdstuk (en in bijlage 6) hebben we onze conclusies samengevat en ook de verdeling zorg respectievelijk sociaal domein daarin opgenomen. Daarmee is onze duiding afgerond en de vraag van de minister beantwoord. De duiding was voor het ministerie echter aanleiding om het Zorginstituut nog twee aanvullende vragen te stellen:

- Hoe moeten de begeleide trainingsprogramma nu daadwerkelijk vergoed worden onder de Zvw, gegeven de voorwaarden en beperkingen van artikel 2.6 Bzv;
- kan het Zorginstituut een budget-impact-analyse doen voor de introductie van valpreventie.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de vraag over de vergoeding van de begeleide trainingsprogramma's onder de Zvw. In hoofdstuk 6 (paragraaf 5) adresseren we de kosten en baten van valpreventie.



5 Conclusie en advies begeleide trainingsprogramma's onder de Zvw

5.1 Conclusie rond begeleide trainingsprogramma's

We hebben in paragraaf 4.3.4 geconcludeerd dat trainingsprogramma's effectieve zorg zijn in de zin dat ze het aantal valincidenten en daarmee het aantal gerelateerde kwetsuren kunnen verminderen en in paragraaf 4.3.5. hebben we gezien dat sommige ouderen aangewezen zijn op begeleiding bij een trainingsprogramma. Deze zorg valt onder 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' zoals omschreven in artikel 2.6 lid 1 en 2 Bzv.

Ad 2. De bedoelde begeleiding bij bewegen is geregeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Lid 1 en 2 van dit artikel luiden als volgt:

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in [bijlage 1](#) aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.

5.2 Consequentie van formulering artikel 2.6 Bzv

Hieronder geven we aan wat toepassing van dit artikel betekent.

Artikel 2.6 geeft aan dat de betreffende aandoening in bijlage 1 (de Chronische Lijst) moet zijn opgenomen en dat vervolgens de eerste twintig behandelingen niet ten laste van de Zvw komen. Een hoog valrisico als gevolg van verminderde spierkracht, balans en mobiliteit ten gevolge van ouderdom is niet als aandoening op bijlage 1 opgenomen. Derhalve kan een persoon met deze vorm van een hoog valrisico geen aanspraak op deze zorg maken.

(Theoretisch bestaat de mogelijkheid dat deze persoon nóg een aandoening heeft die wel op bijlage 1 staat en die ook gepaard gaat met een valrisico, bijvoorbeeld Parkinson. In dat geval kan het trainingsprogramma vanaf de 21^e behandeling vergoed worden ten laste van de Zvw).

Er bestaat dus een aanspraak op zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Deze aanspraak lijkt de enige mogelijkheid om de trainingsprogramma's als onderdeel van valpreventie te vergoeden, maar de beperkende voorwaarden van deze aanspraak belemmeren dit.

We hebben nu aangegeven welke onderdelen van de valpreventie tot de te verzekeren zorg van de Zvw gerekend kunnen worden en welke consequenties er zijn voor de begeleide trainingsprogramma's. Wij hebben hiermee de vraag van de minister beantwoord of valpreventie effectieve zorg is en tot het basispakket gerekend kan worden.

5.3 Aanspraak op begeleide trainingsprogramma's

Wil effectieve valpreventie mogelijk zijn dan zal de regelgever de aanspraak fysio- en oefentherapie zodanig moeten formuleren dat deze vergoeding wél mogelijk is. Een oplossing op korte termijn na aanpassing van art. 2.6 Bzv kan echter interfereren met het lopende project binnen het Zorginstituut rond een passende aanspraak voor fysio-/oefentherapie.

5.3.1 Advies

Met betrekking tot de nauw omschreven aanspraak op fysio- en oefentherapie in het Bzv (per indicatie en in aantal behandelingen), verwijzen wij naar een brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer¹⁸ van 25 juni 2021 waarin de minister op basis van informatie van het Zorginstituut verslag doet van het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie. Het Zorginstituut kwam in zijn voortgangsbrief tot de conclusie dat de activiteiten binnen het huidige overgangstraject niet de informatie of onderbouwing opleveren voor een vervolgadvis over een (meer) open aanspraak fysio- en oefentherapie.

In vervolg hierop heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 15 november 2021 het Zorginstituut de adviesaanvraag *Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie* gestuurd. In opdracht van de minister gaat het Zorginstituut onderzoeken of de vergoeding van fysio- en oefentherapie kan worden verbeterd. Dat betekent dat het Zorginstituut onderzoekt welke onderdelen van de fysio- en oefentherapie onder welke voorwaarden vergoed zouden moeten worden uit de basisverzekering, om zoveel mogelijk bij te dragen aan passende en daarmee houdbare zorg in Nederland

5.4 Vergoeding trainingsprogramma

Het vergoeden van begeleide trainingsprogramma's gericht op valpreventie vergt een aanpassing van art. 2.6 Bzv. Deze programma's passen immers niet binnen de huidige formulering van dit artikel. Een mogelijkheid zou zijn om deze programma's afzonderlijk te vermelden zoals ook fysio-/oefentherapie gericht op bekkenbodetherapie of claudicatio intermittens apart zijn vermeld. Een dergelijke aanpassing lijkt een tamelijke ad hoc-oplossing gezien het lopende project naar een passende aanspraak fysio-oefentherapie. Als er snel stappen gezet willen worden rond valpreventie, dan lijkt ons dit te verdedigen. Mettertijd kan de aparte vermelding van de begeleide trainingsprogramma's geïncorporeerd worden in de passende aanspraak.

¹⁸<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2021/06/25/kamerbrief-over-overgangstraject-systeemadvies-fysio-en-oefentherapie/kamerbrief-over-overgangstraject-systeemadvies-fysio-en-oefentherapie.pdf>

6 Valpreventie: organisatie, bekostiging, budget-impact-analyse

6.1 Casefinding tegenover systematische opsporing

In dit rapport hebben wij gezien dat een hoog valrisico bij iemand geïdentificeerd kan worden na risicoschatting op basis van casefinding. Er is ook een andere wijze denkbaar. Ouderen van een bepaalde leeftijdsgroep kunnen worden uitgenodigd om de risicoschatting bij hen te laten doen. Aan de hand van de uitslag kunnen ouderen met een vastgesteld hoog valrisico worden geïdentificeerd en hen kan zo nodig een valanalyse en vervolgens zo nodig valpreventie-interventie worden aangeboden. In dit model worden ouderen met een hoog valrisico dus op populatieniveau opgespoord. Wanneer de diagnostiek, zoals een risicotest bij valpreventie, wordt aangeboden aan een groep in verband met een risico dat op populatieniveau bestaat om de individuele risico's op te sporen, spreken we van screening. Het is vooraf niet duidelijk welke individuen binnen deze groep daadwerkelijk op deze diagnostiek zijn aangewezen: er is (nog) geen individuele indicatie vast te stellen. Deze screening is aan te merken als selectieve preventie en deze screening (het uitnodigen en het vaststellen van het risico) kan niet vergoed worden via het basispakket van de Zvw, omdat er op het moment van screening nog geen zorgvraag van de individuele verzekerde aan ten grondslag ligt¹⁹.

Een screening zoals hier aangegeven bij bijvoorbeeld 65-plussers betreft een omvangrijke groep: Er zijn 2,5 miljoen mensen van 65 tot 80 jaar en 1,9 miljoen mensen van 65 tot 75 jaar²⁰.

Screening kan weliswaar niet gefinancierd worden via het basispakket van de Zvw, de valanalyse én valpreventie-interventie(s) die zo nodig wordt(en) aangeboden ná een eventuele screening, kunnen in aanmerking komen voor vergoeding ten laste van Zvw (als de onderdelen van valpreventie tot de te verzekeren zorg zijn gaan behoren).

Het is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen of actief opsporen van ouderen met een hoog valrisico een (kosten-)effectief model vormt. Wij noemen het hier omdat een dergelijk model niet binnen de Zvw past. Hert zou dus op andere wijze bekostigd moeten worden.

Hieronder geven we nogmaals schematisch de onderdelen van valpreventie weer met daarbij aangegeven dat in een model waarbinnen het opsporen van een individueel hoog risico onder selectieve preventie valt, het beginpunt van de Zvw bij de valanalyse ligt. Met andere woorden: vanaf het uitvoeren van de valanalyse door de huisarts (of een andere professional) is sprake van te verzekeren zorg die ten laste van het basispakket kan komen. De kosten van de screening kunnen niet ten laste van de Zvw worden gebracht.

¹⁹ Achterliggende gedachte hierbij is dat de Zvw een schadeverzekering is. Het verzekerde risico is de schade die zich voordoet wanneer zich bij de verzekerde een zorgvraag manifesteert en hij zich met die zorgvraag tot een arts wendt. Bij screening wordt diagnostiek aangeboden terwijl nog niet duidelijk is of er een zorgvraag is bij de individuele verzekerde. Omdat niet duidelijk is of de verzekerde schade heeft, kan de diagnostiek aangeboden bij screening aan een populatie niet ten laste van de Zvw komen.

²⁰ Bron: CBS juli 2021.

De groep die in aanmerking komt voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker zoals dat nu wordt uitgevoerd betreft 55 – 75 jarigen en is dus nog groter.

Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie		
Screening 			
Valrisicotest Beoordelen of valrisico aanwezig is*	<i>Zo ja</i> >	Valanalyse Multifactoriële valrisicobeoordeling	Valpreventie-interventie Trainingsprogramma Andere interventie
Geen Zvw		 Beginpunt van de Zvw	Zvw (deels)

* Als geen valrisico wordt vastgesteld, is geen verdere actie nodig

6.2

Samenwerking domeinen: zorgverzekeraars en gemeente

Dit rapport is opgesteld in antwoord op de vraag van de minister of valpreventie effectieve zorg is en om die reden opgenomen kan worden in het basispakket van de Zvw. Met deze vraag als uitgangspunt hebben we de verschillende onderdelen van de valpreventie beoordeeld en aangegeven of het onderdeel onder de te verzekeren zorg van de Zvw kan vallen. Zo hebben we voor de risicoschatting geconstateerd dat dit te verzekeren zorg is die ten laste van de Zvw kan komen. Dit wil echter niet zeggen dat de risicoschatting per se tot het domein van de Zvw behoort. Met andere woorden: deze constatering sluit niet uit dat de risicoschatting ook in het gemeentelijk domein kan plaatsvinden (bijvoorbeeld Wmo-loket, ouderenadviseur) en kan dienen als toegang tot de valanalyse. De uitkomst van de risicoschatting bepaalt de inhoud van de vervolgstappen en die kunnen wél onder de Zvw vallen ook als de risicoschatting binnen het gemeentelijk domein heeft plaatsgevonden.

Niet alleen voor de risicoschatting maar ook voor andere onderdelen zoals de beweeginterventies én voor het proces, waaronder het na-traject, is een integrale aanpak met het gemeentelijk domein van belang. Ook bij gemeenten en GGD-en staat valpreventie op de agenda. We citeren hier uit de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024 van VWS:

Om het aantal valongevallen te verminderen zouden gemeenten zich kunnen inzetten om regionale valpreventie-netwerken op te richten met organisaties die actief zijn op dit gebied. We denken daarbij bijvoorbeeld aan GGD'en, welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties, zorgverzekeraars en eerstelijnsprofessionals. Het doel van deze netwerken is afstemming en samenwerking en er kunnen activiteiten uit voortvloeien. Er zijn al meerdere goede voorbeelden van start gegaan of op het punt van starten. Lokaal kunnen we met gemeentelijk beleid in deze ketenaanpak bijvoorbeeld:

- Ouderen met een verhoogd valrisico opsporen, in beeld houden en doorverwijzen, bijvoorbeeld via mantelzorgers, welzijnsorganisaties, eerstelijnsprofessionals of vitaliteitsmarkten.
- De problematiek vanuit een integrale blik benaderen, bijvoorbeeld door te kijken naar medicatie- en alcoholgebruik, zicht, angst, bewegen enzovoorts.
- Erkende valpreventieprogramma's aanbieden aan kwetsbare ouderen (samen met verzekeraars).

- Investeren in technologische oplossingen (publiek-privaat) of andere aanpassingen in huis en omgeving, zoals woningaanpassingen, digitale interventies, persoonlijke alarmering en domotica.
- Investeren in beweegaanbod of -programma's voor (alle) ouderen, bijvoorbeeld gericht op de verschillende onderdelen van bewegen (conditie, spierkracht en balans) en op het uitbreiden van kennis over bewegen, gezondheid en valrisico's.

Landelijk doen we het volgende om deze ambitie te ondersteunen:

- Een effectieve aanpak vraagt om inzet vanuit verschillende domeinen, en heeft ook een relatie met de fysieke leefomgeving. Het programma Preventie in het Zorgstelsel van het ministerie van VWS verkent waar knelpunten (tussen domeinen) zitten voor brede implementatie van valpreventie om die vervolgens op te lossen.
- In opdracht van het ministerie van VWS ontwikkelen onder andere VeiligheidNL en RIVM actuele kennis over valpreventie. Daarnaast verspreiden zij handreikingen en instrumenten, en toetsen zij programma's op kwaliteit.

In paragraaf 4.4.3 hebben we gezien dat een oudere niet altijd is aangewezen op een trainingsprogramma met begeleiding door een fysiotherapeut, passend in het Zvw-domein. Afhankelijk van de individuele behoefte kan ook een trainingsprogramma met begeleiding door een ander dan een fysiotherapeut, bijvoorbeeld door een sportleraar, aan de orde zijn. Deze programma's hebben ook een positief effect op het verminderen van het valrisico en kunnen aangeboden worden vanuit het gemeentelijk domein. Ook voor ouderen die een trainingsprogramma met begeleiding door een fysiotherapeut hebben afgerond, is het belangrijk dat deze programma's beschikbaar zijn, omdat valpreventie immers niet stopt na afloop van het trainingsprogramma; de herwonnen spierkracht en balans moet zo veel als mogelijk worden onderhouden. Voor het van de grond komen van valpreventie is het van belang dat niet alleen in het Zvw-domein, maar ook in het gemeentelijk domein faciliteiten beschikbaar zijn zoals mogelijkheden tot casefinding om hoge valrisico's tijdig te onderkennen, valpreventieve interventies die onder de Wmo vallen en trainingsprogramma's. Naast beschikbaarheid van interventies is samenwerking en coördinatie tussen gemeente en Zvw-domein noodzakelijk. In het schema *Valpreventie in de domeinen* aan het eind van hoofdstuk 4 hebben we deze verdeling van taken schematisch weergegeven..

Met deze duiding geven we ook aan waar de grens tussen Zvw en publieke domein ligt. Door een heldere afbakening hopen we bij te dragen aan een gerichte adequate samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars rond valpreventie.

6.3 Implementatie

Zorginstituut Nederland spreekt zich in dit advies alleen uit over de te verzekeren zorg en de benodigde competenties van de zorgprofessional om risicoschatting en valanalyse uit te kunnen voeren. Zorginstituut Nederland heeft in dit rapport geconstateerd dat het uitvoeren van de risicoschatting en de valanalyse onder de Zvw kan vallen. Zorginstituut Nederland levert daarmee een bouwsteen voor de realisatie van de valpreventie in de zorgpraktijk. Bezien zal moeten worden of de capaciteit en beschikbaarheid van professionals hier toereikend is voor het systematisch uitvoeren van risicoschatting en valanalyse. De organisatievraag is weliswaar relevant, maar dit valt buiten het bereik van dit rapport; wij laten het aan de praktijk van zorgverleners over hoe zij de organisatorische aspecten oppakken.

6.4 Te verzekeren zorg en bekostiging

In hoofdstuk 4 hebben we geconstateerd dat de valanalyse behoort tot de geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten of verpleegkundigen of fysiotherapeuten die plegen te bieden zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Met deze constatering geven wij 'slechts' aan dat deze zorg tot het basispakket behoort en te verzekeren zorg is.

We hebben ook geconstateerd dat de valanalyse ongeveer één uur in beslag neemt en dat deze zorg weliswaar onderdeel uitmaakt van de reguliere zorg, maar in de huidige praktijk nog niet systematisch wordt aangeboden. Bezien zal moeten worden of de huidige bekostiging adequaat en toereikend is voor het systematisch aanbieden van een valanalyse. Het is niet aan het Zorginstituut om hier een uitspraak over te doen; dit behoort tot de werkzaamheden van de Nederlandse Zorgautoriteit.

6.5 Budget Impact analyse

Een Budget Impact Analyse (BIA) kan de verwachte kosten en opbrengsten als gevolg van de implementatie van een nieuwe interventie in kaart brengen. Gezien de huidige geraamde kosten van valincidenten en de mogelijke gevolgen die de toekomstige vergrijzing op deze kosten kan hebben, is een BIA een goed instrument bij de afweging valpreventieve interventies te vergoeden of eventuele belemmeringen bij de vergoeding van deze interventies weg te nemen.

ZonMw heeft een maatschappelijke kostenbatenanalyse (MKBA) valpreventie bij ouderen opgesteld, waarin de maatschappelijke effecten (kosten en baten) van de (implementatie van) valpreventie in kaart worden gebracht (bijlage 7). Deze MKBA voorspelt structurele besparingen in maatschappelijke kosten op populatieniveau. De MKBA gaat uit van verschillende scenario's, bijvoorbeeld het wijkscenario waar uitgegaan wordt van ouderen die een hulpvraag aan de gemeente stellen, het eerstelijns-scenario waarbij ouderen jaarlijks worden uitgenodigd voor een valrisicotest, het thuiszorg- en het mantelzorgscenario en het integraal scenario. Deze scenario's wijken af van de benadering in dit rapport waarin is uitgegaan van casefinding in zowel het domein van de Zvw als in het gemeentelijk domein. Deze benadering sluit aan bij de huidige praktijk. Bovendien vinden de trainingsprogramma's zowel in het domein van de Zvw plaats (voor ouderen met een indicatie onder begeleiding van een fysiotherapeut) als in het gemeentelijk domein. Dit rapport onderscheidt dus twee domeinen waarbinnen de valpreventieve trainingsprogramma's kunnen plaatsvinden, afhankelijk van de specifieke indicatie van betrokkene. De MKBA gaat daarentegen uit van één totale populatie met een hoog valrisico zonder onderscheid in subgroepen. In onze benadering slaan de kosten van de trainingsprogramma's dus neer in twee domeinen. Dit betekent dat we de bestaande MKBA niet konden overnemen om de kosten binnen de Zvw te schatten. De opbrengsten van trainingsprogramma's die in het gemeentelijk domein gegeven kunnen worden, vertalen zich vooral in een verlaging van de zorgkosten. Die komen voor een groot deel terecht binnen de Zvw zoals ook de MKBA aangeeft.

Op verzoek van het Zorginstituut heeft VeiligheidNL een doorberekening gemaakt op de groep kwetsbare ouderen die voor een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut in aanmerking komt (zie bijlage 8). VeiligheidNL concludeert dat de opbrengsten die toevallen aan de Zvw, bij een vermindering van het aantal valincidenten met 40%, 30% en 50% respectievelijk worden berekend op 340, 255 en 425 miljoen. De return of investment laat zien dat bij een reductie van 30% aan valincidenten de Zvw-kosten hoger zijn ten opzichte van de Zvw-opbrengsten. Met betrekking tot deze doorberekening merkt het Zorginstituut het volgende op.

- De kosten voor het trainingsprogramma moeten nog door de NZa worden vastgesteld. Het Zorginstituut ziet de gehanteerde kosten voor het trainingsprogramma in deze doorrekening derhalve als een aanname die mogelijk hoger kan uitvallen.
- De huisarts verwijst een oudere met een hoog valrisico naar een trainingsprogramma onder leiding van een fysiotherapeut. Het Zorginstituut gaat er vanuit dat de huisarts bij deze verwijzing in zijn afweging zal meenemen of de oudere wél in staat is deel te nemen aan een trainingsprogramma en in hoeverre het valprogramma gezien de algehele problematiek van de oudere passende zorg is. Want, niet iedere oudere is voldoende trainbaar om daadwerkelijk deel te nemen aan een trainingsprogramma. In de berekening van VeiligheidNL is deze voorselectie niet meegenomen.

Deze punten zijn van invloed op verhouding tussen kosten en baten. Het eerste punt maakt de besparing lager, terwijl een adequate voorselectie van de oudere voor een trainingsprogramma een gunstige invloed heeft op deze verhouding en dus op de return of investment. Hier kan de opmerking van VeiligheidNL uit de notitie nog aan worden toegevoegd, dat het van belang is de interventie op de juiste manier uit te voeren, dat wil zeggen zoals het programma is bedoeld. Als in de praktijk wordt afgeweken van de intensiteit en of de kwaliteit wordt ingeboet aan effecten en daarmee ook ingeboet op de opbrengsten. Dit zal eisen stellen aan de uitvoering en organisatie van de programma's.

7 Consultatie

Zorginstituut Nederland heeft in januari 2022 een concept van dit rapport ter consultatie aan de volgende organisaties voorgelegd.

Veiligheid NL *
Zorgverzekeraars Nederland (ZN) *
Zorgverzekeraar Zilveren Kruis
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid *
Zorgverzekeraar CZ *
Zorgverzekeraar De Friesland
Ergotherapie Nederland *
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) *
Gemeente Smallingerland
Patiëntenfederatie *
KBO-PCOB, seniorenorganisatie *
Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) *
InEen
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) *
Verenso
RIVM, Gezond Leven *
Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Beroepsvereniging verzorgenden verpleegkundigen VenVN*

*Deze organisaties zijn ingegaan op de uitnodiging te reageren. De reacties zijn in bijlage 9 opgenomen. Zorginstituut Nederland had vijf consultatievragen gesteld. Hieronder geven we de vijf vragen weer met een samenvatting van de ontvangen reacties.

Van VenVN ontving het Zorginstituut de reactie na de indieningstermijn. De reactie is toegevoegd in bijlage 9, maar kon niet meer worden meegenomen in de onderstaande samenvatting.

1. Herkent u de beschreven situatie dat de risicoschatting voor een hoog valrisico en de analyse van individuele risicofactoren in de huidige praktijk nog niet systematisch wordt aangeboden?

Alle organisaties (voor zover voor hen relevant) herkennen dat in de huidige praktijk de risicoschatting en de valanalyse niet systematisch worden aangeboden.

De NVKG voegt hier aan toe dat ook naar de oorzaken van het valincident moet worden gekeken aan de hand van een systematische analyse van alle individuele risicofactoren. Jaarlijkse casefinding is nog geen gemeengoed in de huisartsenpraktijk. Alhoewel er een IGJ verbeterdoel van kracht is geworden, is het nog geen standaardpraktijk om acute oorzaken voor vallen op de SEH te analyseren, aldus de NVKG.

De KNGF, Zorg en Zekerheid, RIVM en NHG leggen een relatie met de beschikbaarheid van professionals en het ontbreken van een systematische uitvoering van de risicoschatting en de valanalyse. Zij vragen zich af of de professionals (huisarts, POH en SO) de risicoschatting en de valanalyse kunnen toevoegen aan hun huidige takenpakket.

Reactie Zorginstituut Nederland op antwoorden vraag 1

Zorginstituut Nederland spreekt zich alleen uit over de te verzekeren zorg en de benodigde competenties van een zorgprofessional om risicoschatting en valanalyse uit te kunnen voeren. Zorginstituut Nederland heeft in dit rapport geconstateerd dat het uitvoeren van de risicoschatting en de valanalyse onder de Zvw kunnen vallen. Zorginstituut Nederland levert daarmee een bouwsteen voor de realisatie van de valpreventie in de zorgpraktijk. De organisatie valt buiten het bereik van Zorginstituut Nederland; wij laten het aan de praktijk van zorgverleners over hoe zij de organisatorische aspecten oppakken. Naar aanleiding van de reacties op vraag 1 is in het rapport de tekst over organisatie in hoofdstuk 6 uitgebreid.

2. Bent u het ermee eens dat de beschrijving in de richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen en in de NHG-standaard goede instrumenten zijn om een systematische aanpak mogelijk te maken?

Het merendeel van de reacties geeft aan dat richtlijn en de NHG-standaard goede instrumenten zijn voor een *inhoudelijke* beoordeling. Voor een systematische aanpak is volgens onder andere KBO-PCOB en de Patiëntenfederatie meer nodig: de instrumenten leveren weliswaar voldoende inhoudelijke basis, maar er is ook een organisatorische borging in de zorg nodig plus een analyse van de oudere in diens (sociale) omgeving. De KNGF heeft een gelijke opmerking: om een systematische aanpak mogelijk te maken moet er ook aandacht zijn voor implementatie in de praktijk. De KNGF noemt hier als voorwaarde de beschikbaarheid van zorgverleners om de analyse uit te voeren. De NHG stelt dat voor een systematische organisatie van dit aanbod het bij de huisartsen aan de benodigde menskracht ontbreekt. De NVKG betitelt de richtlijn als een praktisch toepasbaar instrument voor een systematische aanpak met betrekking tot het in kaart brengen van de risicofactoren. De NHG-standaard is volgens de NVKG hiervoor te beperkt. Aanvullend is de Valanalyse volgens de NVKG een goed instrument om als *start* te gebruiken om de risicofactoren in kaart te brengen en bijbehorende acties in te zetten.

Reactie Zorginstituut Nederland op antwoorden vraag 2

Zoals in de vorige reactie al aangegeven valt de invulling van de organisatie buiten het bereik van dit rapport. Zorginstituut Nederland laat het aan de praktijk van zorgverleners over hoe zij de organisatie willen oppakken en vormgeven.

Naar aanleiding van de reacties op vraag 2 is in het rapport de tekst over organisatie in hoofdstuk 6 uitgebreid.

3. Bent u het eens met de conclusie dat de trainingsprogramma's effectief zijn in het verlagen van het hoog risico op vallen als gevolg van een verminderde spierkracht en balans bij ouderen?

Alle organisaties beoordelen de trainingsprogramma's als effectief. ZN merkt hierbij op dat het van belang is om helder te hebben bij welke groep ouderen dit met name van toepassing is, hetgeen de indicatiestelling van belang maakt. RIVM en NVKG vermelden dat de trainingsprogramma's niet alleen effectief zijn in het verlagen van valincidenten maar ook in het verminderen van valangst en verbeteren van het lopen (NVKG). KBO-PCOB en Zorg en Zekerheid menen dat de effectiviteit in totaliteit van de maatregelen uit het advies op maat moet worden beschouwd. De NHG zet kanttekeningen bij de bereidheid tot deelname aan een trainingsprogramma en of ouderen na de training voldoende motivatie hebben om de training zonder begeleiding vol te houden.

Ook Ergotherapie Nederland noemt het belang van integratie van het geleerde in de praktijk en verwijst daarbij naar de Ergotherapie Richtlijn valpreventie, waarmee Ergotherapie Nederland wil aangeven dat de samenwerking tussen ergotherapeut en fysiotherapeut effectief is bij valpreventie. Ook kan dan aandacht uitgaan naar eventueel belemmerende factoren die het volhouden van adviezen en oefeningen in de weg staan.

Reactie Zorginstituut Nederland op antwoorden vraag 3

Zorginstituut Nederland onderschrijft deze opmerkingen en heeft ze toegevoegd in het rapport en/of de tekst hierop aangescherpt.

Met betrekking tot de opmerking van Ergotherapie Nederland dat trainingsprogramma's pas echt effectief zijn als het geleerde ook in de praktijk gebracht wordt, haalt Zorginstituut Nederland de Ergotherapie Richtlijn Valpreventie aan:

Ergotherapeuten en fysiotherapeuten in Nederland zijn vaak beiden betrokken bij mensen met valproblematiek. De kwaliteit van samenwerking rondom mobiliteitsgerichte doelen varieert. Een programma zoals het LiFE programma (integratie van balans/krachtoefeningen in activiteiten), waarbij ergotherapeuten en fysiotherapeuten samen een interventie aanbieden wordt nog niet toegepast in Nederland. De ontwikkelgroep ziet hier wel kansen. De rol van de ergotherapeut zou kunnen zijn het exploreren van passende activiteiten met de cliënt en het samen scheppen van voorwaarden om de oefeningen op te nemen in de dagelijkse routines. Een gerichte training van ergotherapeuten en fysiotherapeuten om dit programma aan te bieden is dan wel noodzakelijk. (Ergotherapie Richtlijn Valpreventie, pag. 76)

Zorginstituut Nederland kan zich goed voorstellen dat het incorporeren van het geleerde in de dagelijkse praktijk tot een meerwaarde zal leiden. Hiermee zou in de opzet van de programma's rekening gehouden moeten worden, zodat de deelnemers handvatten krijgen om dit in het dagelijks bestaan te doen. Het Zorginstituut meent dat de inbreng van de ergotherapeutische expertise in de trainingsprogramma's een doelmatiger manier is om deze meerwaarde te bereiken, dan het aanbieden van ergotherapeutische consulten los van de programma's.

4. Hoe beoordeelt u het indicatieschema: is dit schema bruikbaar en voldoet dit schema bij het vaststellen van een indicatie voor het deelnemen van een oudere aan een begeleid trainingsprogramma?

Het indicatieschema uit de concept-versie gaf aanleiding tot opmerkingen. Zorginstituut Nederland heeft deze opmerkingen verwerkt in een aangepast indicatieschema. Tevens is een stroomschema toegevoegd om de verhouding tussen publiek domein en Zvw-domein voor wat betreft de valpreventie, helderder te maken. Beide schema's zijn als bijlage opgenomen.

5. Bent u het ermee eens dat ouderen bij wie een indicatie voor een begeleid trainingsprogramma is vastgesteld (volgens het indicatieschema of anders), in aanmerking komen voor vergoeding van dit begeleide trainingsprogramma en dat ouderen zonder een indicatie wordt aangeraden zelfstandig deel te nemen aan een trainingsprogramma (dat wil zeggen zonder begeleiding op het niveau van een fysio- of oefentherapeut en buiten de Zvw)

De reacties op deze vraag wijzen op het belang van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van trainingsprogramma's niet alleen vanuit het zorgdomein, maar ook vanuit het sociaal domein. ZN stelt dat als er een duiding voor het verzekerd pakket plaatsvindt, dit niet kan zonder daarbij ook naar het sociaal domein te

kijken. KBO-PCOB en NHG menen dat het helpt als deze programma's (min of meer) gratis door de gemeente worden aangeboden. De programma's moeten niet alleen beschikbaar zijn voor mensen die geen indicatie hebben voor een trainingsprogramma, maar zijn ook van belang voor ouderen die een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut hebben afgerond maar het bewegen in hun dagelijks leven willen incorporeren bijvoorbeeld door het volgen van een trainingsprogramma onder begeleiding van een sportleraar.

Reactie Zorginstituut Nederland op antwoorden vraag 5

Zorginstituut Nederland onderschrijft het belang van inzet vanuit het sociaal domein om de valpreventie van de grond te krijgen en heeft de tekst van paragraaf 4.4.3 en 6.2 hierop aangescherpt.

8 Conclusie: pakketbeheer en passende zorg in samenhang

In de vorige hoofdstukken hebben we een effectieve aanpak van valpreventie voor ouderen met een hoog valrisico geanalyseerd. We hebben geconcludeerd dat na de vaststelling van een hoog valrisico een valanalyse kan worden uitgevoerd die aangeeft op welke punten de individuele risicofactoren liggen. De bijbehorende interventies vallen grotendeels al onder de reguliere zorg en kunnen vergoed worden via de Zvw. Een klein deel valt onder de Wmo zoals eventuele woningaanpassingen.

Een trainingsprogramma gericht op het verbeteren van spierkracht, balans en lopen is een belangrijk onderdeel van effectieve valpreventie. Een adequate aanpak hiervan vergt de inzet van zowel de zorg (Zvw) als het gemeentelijke domein (Wmo; Wpg). Vergoeding van begeleide trainingsprogramma via de Zvw vergt een aanpassing van artikel 2.6 Bzv waaronder 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' valt.

Bij de toetsing van de valpreventie in dit rapport zijn wij expliciet uitgegaan van de begrippen binnen het pakketbeheer: de grenzen van het domein van de Zvw; het beginpunt van de Zvw op het gebied van preventie: een hoog risico op aandoening of beperking (geïndiceerde preventie); de toepasselijkheid van de prestatie 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' en de beperkingen voor de vergoeding binnen artikel 2.6 lid 2 Bzv; de stand van de wetenschap en praktijk rond de trainingsprogramma's. Deze punten vormen het toetsingskader dat de wet- en regelgeving ons oplegt en we kunnen daaraan niet voorbijgaan. Dat betekent echter niet dat we daarmee voorbijgaan aan de uitgangspunten van passende zorg zoals waardegedreven zorg voor de patiënt; de juiste zorg op de juiste plek; gezondheid in plaats van ziekte. Deze uitgangspunten zijn verdisconteerd in de overwegingen en conclusies die we uiteindelijk hebben getrokken rond de valpreventie. Het staat immers buiten kijf dat valpreventie voor de oudere met een hoog valrisico van grote waarde is voor de betrokkene. Een effectieve individuele aanpak kan alleen tot stand komen in samenspraak met de oudere waarbij alle individuele risicofactoren in beeld gebracht worden. Dit geeft het belang van de valanalyse aan en onderbouwt, ook los van de begrippen uit wet- en regelgeving, de noodzaak om deze valanalyse te vergoeden via de Zvw. De trainingsprogramma's vormen een belangrijk onderdeel van de valpreventie. Als we 'gezondheid' inderdaad boven 'ziekte' stellen dan moeten we de betrokkene ook de handvatten bieden om zelf hieraan te werken. Die overweging legitimeert mede het advies om de vergoeding van deze programma's via de Zvw mogelijk te maken.

Tenslotte, op verschillende punten in dit rapport hebben we al toegelicht dat de effectieve aanpak van valpreventie de inzet van twee domeinen vergt: zorg (Zvw) en gemeentelijk domein (Wmo; Wpg). Hiermee geven we inhoud aan het principe 'de juiste zorg op de juiste plek': zorg waar het moet, ondersteuning waar mogelijk.