

## **ADDENDUM bij het rapport *Valpreventie, Twee domeinen aan zet***

### **1. Inleiding**

In ons rapport *Valpreventie, Twee domeinen aan zet*<sup>1</sup> hebben wij uitgelegd welke onderdelen van valpreventie vergoed kunnen worden via de basisverzekering. De beschrijving van de valpreventie in de richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen*<sup>2</sup> was voor dit rapport een inhoudelijk uitgangspunt. Op 30 september 2022 is de nieuwe *internationale richtlijn Valpreventie*<sup>3</sup> gepresenteerd. De Nederlandse Richtlijn Valpreventie zal op basis van deze nieuwe internationale richtlijn geüpdatet worden. Dit betekent dat het goed is om na te gaan of de inhoud van deze nieuwe richtlijn consequenties geeft voor de inhoud van ons rapport.

Daarnaast gaan we in dit Addendum in op een aantal kwesties die belangrijk zijn voor de uitvoering van de valpreventie in de praktijk en die verband houden met conclusies in ons rapport.

### **2. De nieuwe internationale richtlijn**

In de bijlage hebben we de opzet van de valpreventie opgenomen zoals beschreven in de nieuwe internationale richtlijn.

#### *2.1 Nieuwe opzet risicostratificatie*

Samengevat betekent de nieuwe internationale richtlijn het volgende voor onze duiding:

- In onze eerdere duiding gingen wij uit van een valrisicotest die aan de hand van een aantal vragen het hoog risico op vallen (en daarmee samenhangende fracturen) identificeert. De duiding ging uit van een tweedeling, namelijk wél of niet een hoog risico. Degenen met een hoog risico kwalificeren zich voor een valanalyse. Het afnemen van de valanalyse valt onder de basisverzekering.
- De nieuwe richtlijn verandert niets aan deze benadering, ook al identificeert de nieuwe richtlijn nu drie groepen namelijk met respectievelijk een laag, gemiddeld of hoog risico op vallen (en fracturen). De richtlijn geeft aan dat bij de groep met een hoog risico een valanalyse afgenomen zou moeten worden. Deze onderverdeling is nog steeds in lijn met onze eerdere duiding. Het hoog risico kwalificeert voor een valanalyse en het afnemen van de valanalyse valt onder de basisverzekering. Bij een gemiddeld (intermediate) risico is een valanalyse dus niet aangewezen.
- Door de onderverdeling in drie groepen zal de groep met het hoge risico nu homogener zijn samengesteld wat de aard en mate van onderliggende problematiek betreft. Dit versterkt onze eerdere conclusie dat voor het afnemen van de valanalyse competenties met een generalistisch medisch karakter nodig zijn (zie ook onder 3.)

#### *2.2 Vaststellen intermediate risk*

Voor het vaststellen van het intermediate risk worden eerst vijf vragen gesteld (zie bijlage). Als deze met 'nee' beantwoord worden kan vervolgens nog een mobiliteitstest afgenomen worden. Met deze test wordt de loopsnelheid beoordeeld en/of een Timed Up&Go-test afgenomen. Dit is een simpele mobiliteitstest die door een brede groep professionals afgenomen kan worden, aldus VeiligheidNL. Het Zorginstituut meent dan ook dat het afnemen van deze mobiliteitstest al onderdeel is van de zorg die de professional levert en dat de

---

<sup>1</sup> Rapport *Valpreventie, Twee domeinen aan zet*, 17 maart 2022, [Verduidelijking valpreventie bij ouderen | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>2</sup> *Preventie van valincidenten bij ouderen*, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, [Startpagina - Preventie van valincidenten bij ouderen - Richtlijn - Richtlijnen database](#)

<sup>3</sup> *Internationale richtlijn Valpreventie*, [World Falls Guidelines](#)

mobilitiestest qua inhoud en omvang niet als een aparte prestatiebeschrijving gekwalificeerd kan worden met een eventueel apart tarief daarvoor.

### *2.3 (Opportunistische) casefinding als ingang voor valpreventie binnen de zorg*

De nieuwe opzet van het vaststellen van het risico kent twee ingangsmogelijkheden, namelijk (opportunistische) casefinding of presentatie na een val, aldus de richtlijn. In het tweede geval is er sowieso sprake van een zorgsetting. Opportunistische casefinding kan echter zowel binnen als buiten de zorg plaatsvinden. In ons rapport van 2022 hebben we geconstateerd dat een hoog valrisico toegang geeft tot een valanalyse onder de Zvw ongeacht de plek waar de valrisicotest heeft plaatsgevonden. De nieuwe internationale richtlijn verandert niets aan deze conclusie. Opportunistische casefinding kan dus ook binnen het gemeentelijke domein hebben plaatsgevonden.

### *2.4 Intermediate risk als ingang voor valpreventieve beweeginterventie binnen gemeente*

Het is mogelijk dat bij de inschatting van het valrisico binnen de zorg een intermediate risk wordt geconstateerd. Dat lijkt ons een valide ingang voor een valpreventieve beweeginterventie binnen het publieke domein. Zo wordt recht gedaan aan de beschrijving van de valrisicotest in de richtlijn en is de juiste ingang binnen het publieke domein geborgd.

### *2.5 Valrisicotest: te verzekeren zorg?*

Stel dat de valrisicotest volledig binnen het publieke domein wordt uitgevoerd, wat betekent dit dan voor het uitvoeren van de mobilitiestest en met name de benodigde competenties? Wij zien hiervoor geen indicatie voor fysio-/oefentherapeutische zorg binnen de Zvw. Nog los van het feit dat de huidige regelgeving hiervoor geen ruimte biedt, is er, in de termen van de Zvw, (nog) geen sprake van 'een behoefte aan geneeskundige zorg' voor het afnemen van de test, daarnaast lijkt de inzet van fysio-/oefentherapie qua benodigde competenties onnodig. Het gaat om een simpele mobilitiestest waarbinnen loopsnelheid gemeten wordt en/of een getimedede zit-opstaan-test wordt uitgevoerd. Het lijkt ons dat een scala aan functionarissen hiervoor de vaardigheden hebben of kunnen ontwikkelen, denk aan GGD-verpleegkundigen, ouderenwerkers en binnen het beweegsegment sportcoaches, beweegfunctionarissen of uitvoerders van beweeginterventies.

## **3. Toelichting op een aantal punten uit de duiding**

### *3.1 Uitvoeren valanalyse – competenties*

In ons rapport (bladzijden 13 e.v.) zijn we uitgebreid ingegaan op de inhoud van de valanalyse en onze afwegingen om te concluderen dat een medisch generalistische blik nodig is voor de valanalyse en het formuleren van een advies op maat op basis van de uitkomsten. Nu de nieuwe internationale richtlijn binnen de risicotest differentieert naar laag-midden-hoog (val) risico en het hoge risico nog steeds de ingang vormt voor de valanalyse, is er des te meer reden om deze medisch generalistische blik te vragen. Het gaat immers om een homogeenere hoog-risicogroep. Een goede analyse is meer dan het afvinken van een lijstje. Valrisico's worden nu al vaak in de praktijk van huisarts of via de wijkverpleegkundige in de eigen omgeving gedetecteerd (al of niet na een incident). In ons rapport constateerden we aan de hand van gesprekken met huisartsen en wijkverpleegkundigen dat het hoge risico vaak wel onderkend wordt, maar dat een gestructureerde vervolgaanpak ontbreekt. Het uitvoeren van een valanalyse kan hierin voorzien.

Meerdere zorgverleners beschikken over de benodigde competenties, denk aan huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, POH-ers, physician assistants, wijkverpleegkundigen, medisch specialisten. Dit is geen limitatieve lijst; wij geven hier alleen voorbeelden van zorgverleners die over deze competenties beschikken. Het is ook nog mogelijk dat de

valanalyse wordt afgenomen door een combinatie van zorgverleners die gezamenlijk over het vereiste pakket aan competenties beschikt op een medisch generalistisch niveau.

### *3.2 Uitvoeren valanalyse – benodigde tijd*

Op basis van de beschikbare informatie hebben wij gesteld dat het afnemen van een valanalyse één uur kan vergen, maar dat dit natuurlijk afhankelijk is van de relevante punten en antwoorden van de betrokkene (zie pag. 14 van ons rapport). Wij hebben dit niet zelf onderzocht, maar volgen hierin de informatie die wij kregen vanuit de praktijk.

### *3.3 Valpreventieve beweginginterventie*

De valpreventieve beweginginterventie valt onder de Zvw voor degenen die vanwege hun fysieke, psychische conditie (kwetsbaarheid) aangewezen zijn op de competenties van een fysiotherapeutische begeleiding bij het uitvoeren van de beweginginterventie. Deze indicatie zal eerst getoetst moeten worden. Dat kan via de huisarts of POH. Daar kan dan naast de indicatie voor de beweginginterventie ook gekeken worden naar de motivatie voor deelname en de verwachting dat de betrokkene de interventie zal (kunnen) volhouden. Door de aangepaste risicostratificatie in de nieuwe internationale richtlijn ligt deze indicatie voor een valpreventieve beweginginterventie binnen de Zvw voor de hoog-risicogroep overigens wel voor de hand. De hoog-risicogroep is nu immers een homogener groep geworden, omdat de groep met een intermediate risk rechtstreeks wordt verwezen naar het gemeentelijke domein voor een valpreventieve beweginginterventie.

Het stellen van de indicatie door een fysiotherapeut ligt naar onze mening overigens niet voor de hand. Directe toegang tot deze beweginginterventies lijkt ons evenmin aangewezen. Uiteindelijk is het echter aan de zorgverzekeraars om in de polis de toegang tot deze beweginginterventies te regelen. Het staat hun vrij om hiervoor een indicatie van, bijvoorbeeld, de huisarts te vragen. Zij kunnen dit ook vrij laten of in handen van de fysiotherapeuten leggen.

## BIJLAGE

### De nieuwe internationale richtlijn Valpreventie in vergelijking met de Nederlandse richtlijn Valpreventie<sup>4</sup>

Het belangrijkste verschil tussen de nieuwe internationale richtlijn en de Nederlandse richtlijn valpreventie is een verandering in de risicostratificatie. In de nieuwe wereldrichtlijn is de risicostratificatie aangepast: er wordt nu onderscheid gemaakt tussen laag risico, intermediale risico en hoog risico, in plaats van het onderscheid laag respectievelijk hoog risico. Dit betekent een extra stap voor de risicostratificatie.

#### Stap 1

##### *Valrisicosignalering*

- opportunistische casefinding  
actief navragen aan ouderen, omdat ze uit zichzelf er niet mee komen en
- presentatie met een val/letsel door een val.

##### Opportunistische casefinding:

de valrisicotest wordt uitgebreid met een derde vraag, namelijk of de betrokkene bezorgd is om te vallen. Als op alle vragen 'nee' wordt geantwoord heeft de oudere een laag risico. Als op 1 of meer van de 3 vragen 'ja' geantwoord wordt volgt stap 2, inschatten van de ernst van het valrisico.

##### Presentatie met (letsel door) een val:

als dit het geval is volgt stap 2, inschatten van de ernst van het valrisico.

#### Stap 2

##### *Bepalen mate valrisico*

- aan de hand van 5 kenmerken (letsel/ $\geq 2$  vallen/kwetsbaarheid/blijven liggen na val/bewustzijnsverlies bij val) wordt de ernst van het valrisico in kaart gebracht;
- als geen van deze kenmerken aanwezig is wordt aan de hand van een simpele mobiliteitstest (loopsnelheid of eventueel Timed Up & Go-test, TUG) getest of iemand alsnog een laag risico of intermediale risico heeft;
- als 1 of meer van de kenmerken aanwezig is heeft de oudere een hoog valrisico.

#### Stap 3

##### *Doorverwijzing en interventie*

- Ouderen met een laag risico kunnen worden doorverwezen naar primaire preventie (algemeen beweegaanbod, voorlichting);
- ouderen met een intermediale risico kunnen direct worden doorverwezen naar een valpreventieve beweeginterventie;
- alleen ouderen met hoog valrisico worden doorverwezen naar de valanalyse (en aansluitend naar valpreventieve interventies op maat).

---

<sup>4</sup> Dit overzicht hebben we ontleend aan een notitie van VeiligheidNL van 15 november 2022 over de implicaties van de nieuwe wereldrichtlijn voor de opzet van de valpreventie