

CIJFERS ROND VALONGEVALLEN THUISWONENDE OUDEREN (≥ 65 JAAR) ¹

1. Incidentie en aantallen ongevallen

De incidentie van een valongeval is in de jaren 2013-2018 toegenomen met name in de leeftijd ≥70 jaar. In de leeftijdsgroep 65-69 jaar is de incidentie in deze jaren redelijk gelijk gebleven. In 2018 werden de volgende gevallen gerapporteerd.

Aantallen valongevallen die resulteren in medische behandeling bij huisarts/HAP of op SEH

2018	val p/j	% populatie	medische behandeling/ valincident	% populatie	% huisarts/hap medische behandeling	% SEH medische behandeling
≥ 65 jaar	min 1x	34%	71%	24%	33% * 24% = 8%	33% * 24% = 8%

Bron:

Privé-ongevallen bij ouderen, Veiligheid NL, 2018

In totaal is er in 2018 sprake van 108.000 SEH-bezoeken naar aanleiding van letsel door valongeval. Deze SEH-bezoeken leidden tot 43.800 opnames.

Incidentie van valongevallen is bij vrouwen hoger dan bij mannen. Dit geldt voor iedere leeftijdscategorie van 65 jaar tot ≥ 90 jaar.

Heupfracturen en hoofd-/hersensletsel zijn het meest voorkomende letsel.

2. Directe medische kosten

In de volgende tabel geven we een overzicht van de directe medische kosten in 2018, dat wil zeggen de kosten voor letsel na vallen waarvoor ouderen van ≥ 65 jaar op de SEH-afdeling werden behandeld en/of werden opgenomen in het ziekenhuis.

Directe medische kosten 2018

2018	leeftijd	gemiddeld € (in duizend)	totaal € (in miljoen)
totaal	≥ 65	8.400	950
categorie	65 - 74	3.800	140
categorie	75 - 84	9.800	410
categorie	≥ 85	11.400	410

Bron :

LetselInformatieSysteem 2018, VeiligheidNL

Letsellastmodel 2018, VeiligheidNL in samenwerking met Erasmus MC

¹ De cijfers zijn ontleend aan een publicatie van VeiligheidNL *Privé-valongevallen bij ouderen*, cijfers valongevallen in de privé sfeer 2018; rapport 812. De bronvermeldingen in deze publicatie hebben we steeds overgenomen.

3. Prognose

Bij een veronderstelde gelijkblijvende incidentie is de prognose dat, door de huidige en toekomstige vergrijzing, het aantal valongevallen onder ouderen gestaag toeneemt.

Prognose toename valongevallen tot 2050

tot 2050	leeftijdscategorie	toename valongevallen in procentpunt
	65 - 69	47
	≥ 70	71

Bron :

LetselInformatieSysteem 2018, VeiligheidNL
Bevolkingsstatistiek 2018, Centraal Bureau voor de Statistiek

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer J. Wijma
Postbus 320
1110 AH Diemen

**Directoraat-generaal
Curatieve Zorg**
Zorgverzekeringen
Cluster Preventie

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
R.J. Elema
Coördinerend
beleidsmedewerker

T (070)-340

M [REDACTED]
[REDACTED]

Kenmerk
1699348-206265-Z

Uw brief

Bijlage(n)

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 5 juni 2020
Betreft Duidingsverzoek valpreventie

Geachte heer Wijma,

Met deze brief verzoek ik u om te beoordelen of valpreventie bij ouderen bewezen effectief is, en zo ja, te duiden of valpreventie bij ouderen onder te verzekeren zorg kan vallen.

Steeds meer ouderen in Nederland vallen en doen een stijgend beroep op (acute en langdurige) zorg door letsel als gevolg van de val.¹ Er zijn indicaties dat de maatschappelijke kosten en baten van valpreventie bij ouderen positief uitvallen² en er lijkt veel bekend over wat werkzame elementen zijn³ en welke (kosten)effectieve interventies in Nederland beschikbaar zijn⁴. De federatie van medisch specialisten heeft tevens een specifieke richtlijn voor de preventie van valincidenten.⁵ Op dit moment wordt ongeveer 1,5% van de ouderen bereikt.⁶

De afgelopen periode zijn er vanuit verschillende kanten, waaronder zorgverzekeraars, gemeenten, fysiotherapeuten en ouderen zelf, vragen gesteld over vergoedingen voor valpreventie bij ouderen. De staatssecretaris wil inzetten op een landelijk dekkend aanbod van valpreventie bij ouderen in Nederland.⁷ Uit een analyse van literatuur en interviews met bijna 40 organisaties en professionals uit het werkveld blijkt dat de onduidelijkheid in taken, verantwoordelijkheden en vergoedingen belangrijke knelpunten zijn voor een landelijk dekkend aanbod.

Middels deze brief verzoek ik het Zorginstituut daarom om te duiden of valpreventie bewezen effectief is en, indien dat het geval is, of valpreventie voor ouderen onder te verzekeren zorg kan vallen. Ik verzoek u hierbij specifieke aandacht te schenken aan de interventie(s), programma's en werkzame elementen van valpreventie evenals de samenwerking met andere domeinen, als dat aan de orde is.

¹ <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/actueel/elke-5-minuten-een-65-plusser-op-de-spoedeisende-hulp-na-valongeval>.

² <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/over-valpreventie/rekenhulp-valpreventie>.

³ Kuiper, J. (2020). Wat werkt in valpreventie bij thuiswonende ouderen. Amsterdam; VeiligheidNL.

⁴ <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/gezond-en-vitaal-ouder-woorden/valpreventie>.

⁵ https://richtlijnenatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html.

⁶ Olij, Branko & Erasmus, Vicki & Kuiper, Judith & Zoest, Frans & Beeck, Ed & Polinder, Suzanne. (2017). Falls prevention activities among community-dwelling elderly in the Netherlands: A Delphi study. Injury. 48.

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/05/kamerbrief-bij-de-tussenevaluatie-maatregelen-preventie-in-het-zorgstelsel>.

Indien u oordeelt dat er sprake kan zijn van verzekerde zorg, wilt u dan tevens ingaan op de mogelijkheid of voor valpreventie bij ouderen eenzelfde vervolproces gevolgd kan worden als bij de Gecombineerde Leefstijl Interventie voor mensen met overgewicht (o.a. erkenning door RIVM van technische varianten van valpreventie).

**Directoraat-generaal
Curatieve Zorg**
Zorgverzekeringen
Cluster Preventie

Mocht u op dit verzoek, de inhoud of de achtergrond ervan een nadere toelichting wensen kunt u terecht bij mijn collega Saskia Kloet (sj.kloet@minvws.nl, 06-21152388).

Kenmerk
1699348-206265-Z

Hoogachtend,
de minister voor Medische Zorg
en Sport,
namens deze,
de directeur Zorgverzekeringen,



Bijlage

Beoordeling van effectieve interventie afgeleide programma's

Voor de beoordeling van de effectiviteit van specifieke trainingsprogramma's kunnen we als volgt te werk gaan: Wanneer de effectiviteit van een interventie op generiek niveau is vastgesteld kunnen we afgeleide programma's beschouwen als technische varianten op een interventie die al tot het verzekerde pakket behoort¹.

Als voorbeeld kijken we naar de beoordeling van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Het Zorginstituut heeft in 2009 de GLI op generiek niveau als effectieve interventie beoordeeld die in de Zvw kan worden opgenomen. Vervolgens zijn er verschillende GLI-programma's ontwikkeld, bijvoorbeeld met accentverschillen die ze geschikt maakt voor specifieke doelgroepen. Omdat de effectiviteit van de GLI reeds is vastgesteld, hoeven de afzonderlijke programma's niet meer op effectiviteit door het Zorginstituut te worden beoordeeld. Het Zorginstituut heeft hier afspraken over gemaakt met het Centrum Gezond Leven van het RIVM.

Het Centrum Gezond Leven beoordeelt interventies op verschillende gezondheidsthema's (bijvoorbeeld overgewicht, bewegen, alcohol, gezond en vitaal ouder worden). Een beoordeling van een interventie kan leiden tot een erkenning. Het RIVM verstaat onder een *'erkende interventie een planmatige en doelgerichte aanpak, activiteit of programma, gericht op gedragsverandering bij mensen en beïnvloeding van hun omstandigheden. Het doel is gezondheid bevorderen en/of ziekte voorkomen. Een erkende interventie voldoet aan criteria voor succesvol en effectief werken aan gezonde leefstijl. Deskundigen uit wetenschap en praktijk stelden de kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit van deze interventie vast in het onafhankelijke erkenningstraject van RIVM en partners. Een interventie is ontwikkeld door experts uit praktijk en/of wetenschap en onderbouwd met onderzoek en evaluatie. Een erkende interventie is getoetst op uitvoerbaarheid en is toepasbaar in de lokale praktijk'*².

De afspraak tussen Zorginstituut en Centrum Gezond Leven behelst dat een afzonderlijk programma niet meer op effectiviteit door het Zorginstituut hoeft te worden beoordeeld, maar dat een waardering van de programma's door de Erkenningencommissie van het RIVM volstaat. De beoordeling vindt plaats op verzoek van de interventie-eigenaren.

De programma's worden beoordeeld op kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit en op verschillende niveaus erkend in het erkenningstraject van het RIVM. Het RIVM onderscheidt vier niveaus van erkenning:

- | | | |
|-----|--|--------------------|
| I | Goed onderbouwd | (= laagste niveau) |
| II | Eerste aanwijzingen voor effectiviteit | |
| III | Goede aanwijzingen voor effectiviteit | |
| IV | Sterke aanwijzingen voor effectiviteit | (= hoogste niveau) |

In het kader van het gezondheidsthema *Gezond en vitaal ouder worden* heeft het RIVM valpreventies beoordeeld. De interventies zijn te vinden op de website van het Loket Gezond Leven³. De op de website genoemde valpreventies zijn allemaal trainingsprogramma's.

De vijf beoordeelde trainingsprogramma's⁴ zijn:

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| - Vallen Verleden Tijd, | erkend op niveau IV |
| - Zicht op Evenwicht, | erkend op niveau IV |
| - Thuis Onbezorgd Mobiel, | erkend op niveau II |
| - Het Otago oefenprogramma | erkend op niveau I |
| - In Balans | erkend op niveau I |

¹ Zie de link: Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk': technische variant | Rapport | Zorginstituut Nederland

² www.LoketGezondLeven.nl

³ [Interventieoverzicht Valpreventie | Loketgezondleven.nl](http://Interventieoverzicht.Valpreventie.Loketgezondleven.nl)

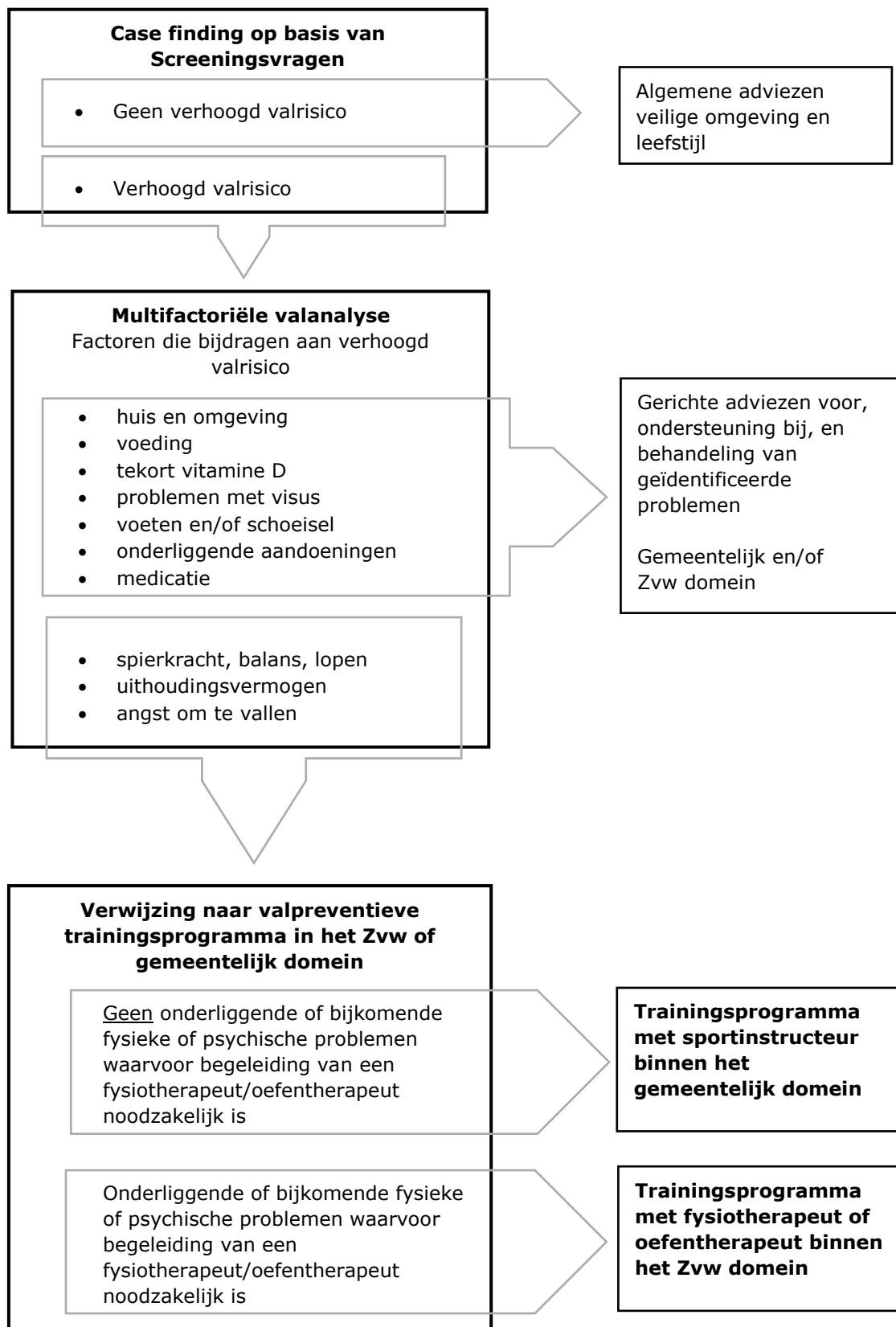
⁴ Het betreft hier technische varianten op een interventie die al tot het verzekerde pakket behoort.

Aan deze erkenning kunnen we de volgende opmerkingen toevoegen:

- Trainingsprogramma's worden in de dagelijkse praktijk meestal niet zo precies uitgevoerd als in de gecontroleerde studiesetting, hetgeen de effectiviteit van de interventies zou kunnen beïnvloeden. Vallen Verleden Tijd is niet alleen in gecontroleerde studiesetting onderzocht, maar ook in de dagelijkse praktijk: het bleek daar iets minder effectief, maar nog steeds effectief⁵.
- Het Otago oefenprogramma en In Balans zijn erkend op het niveau I. Voor het Otago oefenprogramma moet hier worden vermeld dat dit programma niet hoger wordt erkend, omdat niet kan worden voldaan aan de formele eisen voor erkenning van het RIVM, namelijk het overhandigen van een Nederlandse studie⁶.

⁵ LETTERS TO THE EDITOR NOVEMBER 2009–VOL. 57, NO. 11 JAGS PRESERVED EFFECTIVENESS OF A FALLS PREVENTION EXERCISE PROGRAM AFTER IMPLEMENTATION IN DAILY CLINICAL PRACTICE

⁶ Er zouden wel buitenlandse onderzoeken zijn met vergelijkbare karakteristieken. Bovendien is het laten uitvoeren van nieuw effectonderzoek lastig omdat de preventie-eigenaar geen subsidie krijgt omdat er al veel onderzoeksresultaten beschikbaar zijn, maar uit het buitenland.



Keuzehulp beweegprogramma's Valpreventie 65+

Veel verschillende factoren spelen een rol bij een valongeval, zoals omgevingsfactoren, medicatie en afname van spierkracht. Een effectieve valpreventie aanpak start altijd met een multifactoriële screening. Op basis hiervan worden aansluitende maatregelen aangeboden. Een beweegprogramma mag daarbij nooit ontbreken.

Effectieve beweegprogramma's die het valrisico verlagen, zijn gericht op:

- spierkracht;
- balans;
- valangst/zelfvertrouwen.

Erkende beweegprogramma's door het RIVM/CGL voor ouderen met verhoogd valrisico zijn:

- In Balans,
- Otago,
- Vallen Verleden Tijd en
- Zicht op Evenwicht.

Deze keuzehulp helpt u als professional het juiste beweegprogramma te kiezen. Neem naast uw professionele oordeel ook de wensen van de oudere mee.

Meer informatie

Bekijk de factsheet beweginginterventies op www.veiligheid.nl/valpreventie

VEEL GESTELDE VRAAG:

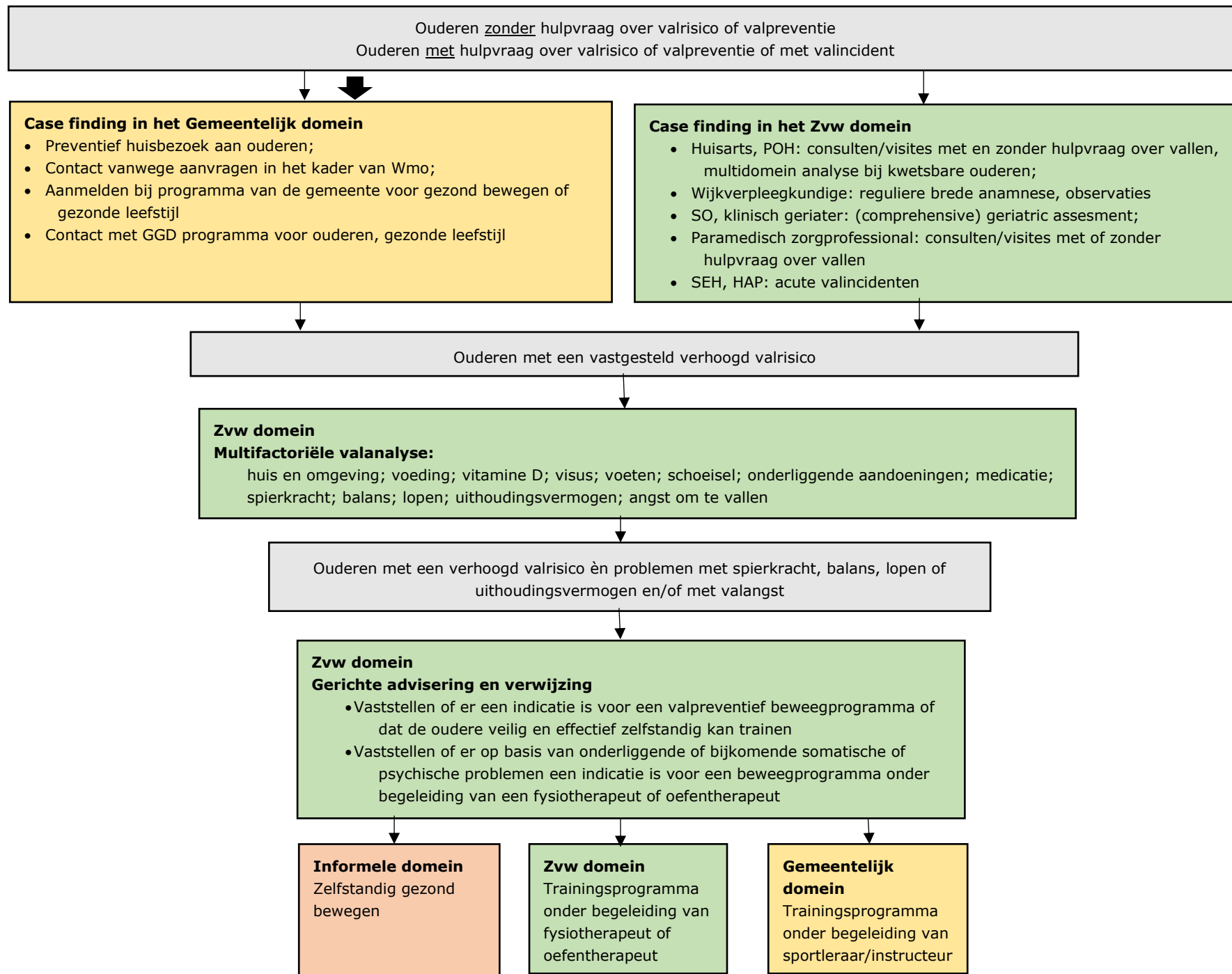
Zijn wandelgroepen of andere beweegprogramma's ook geschikt?

Wandelgroepen en beweegprogramma's zoals MBvO hebben een positieve bijdrage aan de gezondheid voor ouderen zonder verhoogd valrisico. Maar voor ouderen met een verminderde balans of spierkracht zijn deze beweegprogramma's (nog) niet geschikt. Deelname aan wandelgroepen kan zelfs het valrisico bij deze mensen verhogen. Ze dienen eerst de spierkracht en balans te verbeteren in programma's zoals hierboven genoemd.



In Balans	Otago	Vallen Verleden Tijd	Zicht op Evenwicht
Voorlichting en beweegoefeningen gebaseerd op Tai Chi *	Training ter verbetering van spierkracht en balans *	Traineren m.b.v. een hindernisbaan en leren van valtechnieken	Verminderen valangst door voorlichting en anders leren denken over vallen en veilig gedrag
Ook geschikt voor zeer kwetsbare ouderen			
☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Mobiliteit van de oudere			
Met of zonder loophulpmiddel	Met of zonder loophulpmiddel	15 minuten zonder loophulpmiddel kunnen lopen	Met of zonder loophulpmiddel
Groep of individueel			
Groep Max. 12 deelnemers (afhankelijk van groep)	Beide Max. 8 deelnemers (bij PG extra begeleider)	Groep Max. 10 deelnemers (afhankelijk van groep)	Beide Max. 8 deelnemers (bij PG extra begeleider)
Verbeteren van evenwicht, mobiliteit en spierkracht			
☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Voorlichting over andere risicofactoren (visus, voeding etc.)			
☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Leren van valtechnieken			
☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Leren opstaan			
☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Verminderen van valangst			
☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Hoeveelheid oefenmateriaal die trainer nodig heeft			
☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆
Kenmerken van het programma			
Groep: 1x informatiebijeenkomst 3x cursusbijeenkomst 2x per week training, 10 weken	Groep: 2x per week, 12 weken Individueel: 6x huisbezoek, 11x telefonisch	Groep: 2x per week, 5 weken	Groep: 1x per week, 8 weken 1x herhalingsbijeenkomst Individueel: 3x huisbezoek, 5x telefonisch
Meer informatie	Meer informatie	Meer informatie	Meer informatie

* Benieuwd naar vergoeding verzekeraar? Kijk op www.veiligheid.nl/valpreventie



Notitie

Datum 24 februari 2022
Van VeiligheidNL (Martien Panneman, Saskia Kloet)
Aan Zorginstituut Nederland (Jolanda Latta, Freerkje van der Meer, Tjitske Vreugdenhil)
Betreft Informatie over kosten en baten valpreventie in de ZVW (MKBA)

Het Zorginstituut Nederland (ZiN) heeft, in haar overweging van vergoeding van valpreventieve zorg, aan VeiligheidNL een overzicht gevraagd van de omvang van de populatie die in aanmerking komt voor vergoeding voor valpreventie vanuit de ZVW en doorrekening van kosten die ten laste komen van de Zorgverzekeringswet.

VeiligheidNL maakt hierbij gebruik van (wetenschappelijke) literatuur en doorrekening met het MKBA model voor valpreventie. In deze notitie wordt gefocust op de elementen die, volgens het concept rapport met duiding over valpreventie, deel uit (gaan) maken van de ZVW.

Interventiekosten die in het sociale domein en/of door gemeenten gemaakt worden en eventuele besparingen die toevallen aan de Wet Langdurige Zorg en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning worden in deze notitie niet beschreven. Indien gewenst kunnen die kosten en baten ook worden doorgerekend.

Doelgroep

In het concept rapport met duiding over valpreventie gaat het Zorginstituut van het volgende uit:

- Alle zelfstandig thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder die (na een valrisicoschatting) een verhoogd valrisico hebben, komen vanuit de ZVW in aanmerking voor een persoonlijke valrisicobeoordeling (valanalyse).
- Een deel van deze ouderen komen vanuit de ZVW in aanmerking voor een vergoeding voor een begeleid trainingsprogramma (valpreventief beweegprogramma). De ouderen die hiervoor in aanmerking komen moeten kwetsbaar zijn, waardoor begeleiding van een fysio- en/of oefentherapeut nodig is.

Uitgangspunt model

Aantallen

In Nederland wonen in 2023 3,6 miljoen personen van 65 jaar en ouder. Ruim 40% gebruikt meerdere soorten medicatie, heeft te maken met een of meerdere chronische aandoeningen en heeft problemen met balans en mobiliteit. Een derde van de 65+ populatie heeft een verhoogd valrisico (33%, 1,2 miljoen personen) en komt jaarlijks één (22%) of meerdere (11%) keren ten val.^{7,8} Op basis van meerdere prevalentieschattingen van kwetsbaarheid (Collard,2012), mogen we aannemen dat twee derde van deze vallende populatie als prefrail en een derde als frail omschreven kan worden.⁹

Het MKBA-model onderscheidt de fasen van (1) opsporing en screening van risicofactoren en (2) doorverwijzing naar en deelname aan effectieve interventies. In deze doorrekening gaat VeiligheidNL uit van:



Betreft Informatie over kosten en baten valpreventie in de ZVW (MKBA)

- Via de huisartsenpraktijk wordt bij 1,2 miljoen ouderen, vergoed vanuit de ZVW, een persoonlijke valrisicobeoordeling afgenomen (valanalyse) (het deel dat een verhoogd valrisico heeft = een derde van de totale populatie 65+);
- Na beoordeling en selectie komen hiervan 400 duizend personen, vanwege een combinatie van twee of meerdere risicofactoren op het gebied van medicatiegebruik, visus, co morbiditeit, cognitie, balans, spierkracht in aanmerking voor een vergoeding vanuit de ZVW voor een begeleid trainingsprogramma / valpreventief beweegprogramma (een derde van de populatie met een verhoogd valrisico / 11% van de totale 65+ populatie).

Interventies

Via de huisartsenpraktijk kunnen in principe de 1,2 miljoen ouderen worden geïdentificeerd en het valrisico wordt beoordeeld met een valanalyse. Ouderen komen daarbij in aanmerking voor een medicatiecheck, voor een huisbezoek door een ergotherapeut, voor een verwijzing naar de opticien en/of voor een valpreventief beweegprogramma.

In de doorrekening voor het valpreventief beweegprogramma rekent VeiligheidNL met informatie van het OTAGO programma.

OTAGO is een kosteneffectief beweegprogramma, geschikt voor de kwetsbare populatie en kan thuis plaatsvinden gedurende drie maanden onder begeleiding van een fysiotherapeut, in de vorm van zes fysieke en 11 telefonische consulten.¹⁻⁴ De deelnemende personen zijn meestal meer dan een keer gevallen. Het OTAGO programma bestaat uit een serie, in moeilijkheidsgraad toenemende beenspolversterkende en evenwichtsoefeningen en een wandelschema.

Kosten en baten

Met het MKBA-model maken we een schatting van de kosten en baten van de valpreventieve interventie in de kwetsbare valpopulatie. Voor de berekening van besparingen wordt uitgegaan van scenario's van 30%-50% valreductie en is afgeleid van reviews van valpreventieve interventies.⁴⁻⁶ De berekeningen zijn gedaan vanuit het zorgperspectief met als prijspeil 2020.

Resultaten

Tabel 1 geeft de kosten weer van het valpreventietraject van opsporing/screening tot interventie, als deze wordt ingezet op het kwetsbare deel van de populatie. De eerste valrisicoschatting en de uitgebreide valrisicobeoordeling (valanalyse) wordt gedaan in de huisartspraktijk. De totale kosten van screening van 1,2 miljoen van personen zijn berekend op 107 miljoen euro. Met de uitvoering van de multifactoriële component (17 miljoen euro) en het begeleidde valpreventieve beweegprogramma OTAGO (187 miljoen euro), komen de totale kosten op 311 miljoen euro.



Betreft Informatie over kosten en baten valpreventie in de ZVW (MKBA)

Tabel 1 Kosten van preventie in miljoen euro bij 'kwetsbare' populatie

Opsporing en screening	aantal deelnemers x1000	kosten in mln euro	kosten per deelnemer
Screening: risicobeoordeling - huisarts	1.191	107	90
Multifactoriële Interventie			
Medicatie en Vit D- huisarts	72	5,2	73
Woningaanpassing ergotherapeut	48	5,9	123
Visusproblematiek	24	6,0	250
<i>Subtotaal</i>		<i>17</i>	
Beweegprogramma OTAGO			
Intake fysiotherapeut	400	23	58
Begeleiding fysiotherapeut	400	128	320
Materiaal , reis, opleiding	400	35	88
<i>Subtotaal</i>		<i>187</i>	
Totale investering in interventies		311	

In Tabel 2 staan de besparingen vermeld door het voorkomen van letsel bij deze specifieke deelpopulatie. Alleen de besparingen die toevallen aan de ZVW worden weergegeven in deze tabel. De baten bij een vermindering van het aantal valincidenten met 40%, 30% en 50% worden respectievelijk berekend op 340, 255 en 425 miljoen. De return of investment laat zien dat bij een reductie van 30% de ZVW kosten hoger zijn ten opzichte van de ZVW baten.



Betreft Informatie over kosten en baten valpreventie in de ZVW (MKBA)

Tabel 2 Baten in miljoen euro van preventie met Multifactoriële Interventie en OTAGO

ZVW zorgverlener	besparing in mln € bij 40% valreductie	besparing in mln € bij 30% valreductie	besparing in mln € bij 50% valreductie
Huisarts	46	34	57
Ambulance	15	12	19
Fysiotherapie	27	20	34
Ziekenhuis SEH opnamen polikliniek operaties	115	86	143
Thuiszorg verpleging verzorging	81	61	101
Geriatrische Revalidatie	57	43	71
Aantal SEH-bezoeken (letsel) voorkomen			
	29.200	21.900	36.500
Opbrengsten ZVW totaal	340	255	425
AF: kosten opsporing, screening, interventie	311	311	311
<i>Totale netto besparing op medische kosten</i>	29	- 54	114
Baten/kosten-ratio=Return of investment	1,1	0,8	1,4

Conclusie

Een breed aanbod van valpreventieve beweegprogramma's en multifactoriële interventie heeft een gunstig effect vanwege het verminderen van valincidenten bij kwetsbare ouderen. De kosten zijn vanwege een groter bereik weliswaar omvangrijk, maar dat geldt ook voor de baten van effectieve preventie. De return on investment laat zien dat het van belang is de interventie op de juiste manier uit te voeren / uit te voeren zoals het programma is bedoeld. Als in de praktijk wordt afgeweken van de intensiteit en of kwaliteit wordt ingeboet aan effecten en daarmee ook ingeboet op de kosteneffectiviteit.

In deze doorrekening staat een deelpopulatie centraal, namelijk de kwetsbare ouderen.

Valpreventie is echter kosteneffectief op populatieniveau, waarvan ook een groot aandeel prefrail ouderen deel uitmaken. Het verdient aanbeveling dat ook voor andere deelpopulatie valpreventie beschikbaar/toegankelijk wordt gemaakt. Voorbeelden van (kosten)effectieve groepsinterventies voor de prefrail populatie die ook onder begeleiding van de fysiotherapeut gegeven worden zijn: In Balans en Vallen Verleden Tijd.



Referenties

1. Deverall E, Kvizhinadze G, Pega F, Blakely T, Wilson N. Exercise programmes to prevent falls among older adults: modelling health gain, cost-utility and equity impacts. *Inj Prev.* 2019;25:258-263. doi:10.1136/injuryprev-2016-042309
2. Carande-Kulis V, Stevens JA, Florence CS, Beattie BL, Arias I. Special Report from the CDC A cost-benefit analysis of three older adult fall prevention interventions ☆. Published online 2015. doi:10.1016/j.jsr.2014.12.007
3. Davis JC, Khan KM, Liang Hsu C, et al. Action Seniors! Cost-Effectiveness Analysis of a Secondary Falls Prevention Strategy Among Community-Dwelling Older Fallers. Published online 2020. doi:10.1111/jgs.16476
4. Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the "Otago exercise programme" reduce mortality and falls in older adults?: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing.* 2010;39(6):681-687. doi:10.1093/AGEING/AFQ102
5. Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT, Cumming RG. Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Journal of Aging and Health.* 2008;20:954-971. doi:10.1177/0898264308324672
6. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012;2012(9). doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
7. Tromp AM, Smit JH, Deeg DJH, Bouter LM, Lips P. *Predictors for Falls and Fractures in the Longitudinal Aging Study Amsterdam.*; 1998.
8. Lamb SE, McCabe C, Becker C, Fried LP, Guralnik JM. *The Optimal Sequence and Selection of Screening Test Items to Predict Fall Risk in Older Disabled Women: The Women's Health and Aging Study.*; 2008.
<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/63/10/1082/559232>
9. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2012;60(8):1487-1492. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x

Algemene gegevens / General information

Programma / Programme	:	Preventieprogramma 5
Subsidieronde / Subsidy round	:	MKBA valpreventie
Projecttitel / Project title	:	Maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA) van valpreventie bij ouderen
Projecttype / Project type	:	Implementatieproject / Implementation project

Projectleden / Project members

Dr. S. Polinder (Hoofdaanvrager)

Functie / Position : Universitair Docent | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : | *F* : | *E* :

Erasmus MC
Maatschappelijke gezondheidszorg
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM

Dr. S. Polinder (Projectleider en penvoerder)

Functie / Position : Universitair Docent | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : | *F* : | *E* :

Erasmus MC
Maatschappelijke gezondheidszorg
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM

Dr. E.F. van Beeck (Bestuurlijk verantwoordelijke)

Functie / Position : Universitair Hoofddocent | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : | *F* : | *E* :

Erasmus MC
Maatschappelijke gezondheidszorg
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM

Drs. V. Erasmus (Mede aanvrager)

Functie / Position : Postdoc | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : | *F* : | *E* :

Erasmus MC
Maatschappelijke gezondheidszorg
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM

Prof. dr. mr. S.M.A.A. Evers (Projectadviseur)

Functie / Position : Hoogleraar | *Opleiding / Education* : WO

Studierichting / Subject : Associate Professor HTA/economic evaluation

T : [REDACTED] | *F* : 043 367 09 60 | *E* : secretariaat@beoz.unimaas.nl

Universiteit Maastricht
Caphri - School for Public Health and Primary Care
Health Services Research
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Dr. J.A. Haagsma (Mede aanvrager)

Functie / Position : Postdoc | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : | *F* : | *E* :

Erasmus MC
Maatschappelijke gezondheidszorg
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM

Drs. S.J. Kloet (Mede aanvrager)

Functie / Position : Senior onderzoeker | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : [REDACTED] | F : 020 669 28 31 | E : [REDACTED]

Stichting VeiligheidNL

Postbus 75169
1070 AD AMSTERDAM

Drs. M.J.M. Panneman (Projectadviseur)

Functie / Position : Senior onderzoeker | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : [REDACTED] | F : 020 669 28 31 | E : [REDACTED]

Stichting VeiligheidNL

Postbus 75169
1070 AD AMSTERDAM

E. Stapersma (Projectadviseur)

Functie / Position : Adviseur | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : | F : | E :

Vilans

Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg

Postbus 8228
3503 RE UTRECHT

Dr. F. van Zoest MPH (Mede aanvrager)

Functie / Position : Senior onderzoeker | *Opleiding / Education* :

Studierichting / Subject :

T : [REDACTED] | F : 030 789 25 99 | E : info@vilans.nl

Vilans

Postbus 8228
3503 RE UTRECHT

Verslaggegevens / Report data

Rapportageperiode / Reporting period

van / from: 31-1-2016 tot en met / until: 31-12-2016

Nederlandse samenvatting / Summary in Dutch

Ondanks dat het aantal valongevallen bij ouderen stijgt in Nederland, worden (kosten)effectieve preventie interventies nog onvoldoende ingevoerd. Momenteel staan prikkels in de uitvoeringsbekostiging (grootschalige) implementatie van valpreventie activiteiten in de weg.

Met een maatschappelijke kostenbaten analyse (MKBA) valpreventie bij ouderen worden de maatschappelijke effecten (kosten en baten) van de (implementatie van) valpreventie in kaart gebracht. Daarnaast wordt inzichtelijk bij welke actoren (e.g. zorginstelling, zorgverzekeraar, thuiszorg, patiënt) die kosten en baten vallen die in het financieringsconstruct meegenomen moet worden. Een MKBA biedt een overzicht van de voor- en nadelen van maatregel(en) voor de maatschappij als geheel alsmede voor afzonderlijke partijen, ter ondersteuning van besluitvorming.

De MKBA is uitgevoerd in meerdere onderzoekstappen volgens bestaande richtlijnen:

- 1) Probleemanalyse: literatuur onderzoek, Delphi studie;
- 2) Nul-scenario bepalen;
- 3) Omschrijven van de valpreventie interventies en de beleidsscenario's bepalen;
- 4) Bepalen van de kosten van de betreffende valpreventie interventies en beleidsscenario's;
- 5) Bepalen van de baten van de valpreventie interventies en beleidsscenario's;
- 6) Presenteren van een overzicht van de kosten en baten per beleidsscenario (saldo, maar ook overzicht wie betaalt en wie ontvangt, en verdelingseffecten);
- 7) Varianten en onzekerheidsanalyses;
- 8) Presenteren en interpreteren van de uitkomsten van het model.

Het MKBA model omvat:

1. De kosten van opsporing, screening en interventiekosten van verschillende valpreventie interventies;
2. De effecten van valpreventie op het voorkomen van vallen (e.g. tav ziekenhuiszorg, mantelzorg, DALY's);
3. De kosten en baten van implementatie van structurele evidence based valpreventie voor de 5 beleidsscenario's;
4. De kosten en baten van implementatie van de interventie voor de verschillende domeinen (e.g. WLZ, WMO).

De MKBA is uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief, waarbij een breed welvaartsbegrip is gehanteerd voor zowel kosten als de baten. De analyses zijn uitgevoerd voor een korte termijn (1 jaars) scenario en een 5-jaars termijn.

Resultaten

- De Delphi studie en het conceptueel model hebben geresulteerd in 5 beleidsscenario's: 1e lijns, wijk, thuiszorg, mantelzorg en integraal scenario.
- Structurele implementatie van evidence based valpreventie in Nederland onder alle ouderen kan leiden tot een flinke gezondheidswinst gecombineerd met netto kostenbesparingen.
- De kosten voor de opsporing, screening en interventie verschillen per scenario (variërend van €34 miljoen/jaar voor het mantelzorgscenario - €146 miljoen/jaar voor het integraal scenario).
- De totale besparingen (zonder DALY winst) door verminderd aantal vallen variëren enorm per scenario (€34 miljoen voor mantelzorgscenario - €307 miljoen voor thuiszorg scenario).
- De besparingen door gezondheidswinst (monetarisering DALYs) is voor alle scenario's iets hoger dan de besparingen in de zorg.
- De netto baten (kosten-baten zonder DALY winst) variëren van €100.000 voor het mantelzorg scenario tot €210 miljoen voor het thuiszorg scenario. Wanneer de baten voor gezondheidswinst ook worden meegenomen variëren de netto baten van € 38 miljoen voor het mantelzorg scenario tot € 545 miljoen voor het thuiszorg scenario.
- De MKBA ratio (ratio van 1,0 wil zeggen dat een project maatschappelijk kan renderen) is positief voor alle 5 de beleidsscenario's. De MKBA ratio is het meest gunstig voor het thuiszorgscenario, gevolgd door het wijkscenario.
- Afhankelijk van de gekozen aanpak en interventies komt iets meer dan de helft van de besparingen terecht in de Zvw (zorgverzekeraars) en iets minder dan de helft in de Wlz (zorgkantoren). Ongeveer een tiende deel komt terecht bij de Wmo (gemeenten).
- Ons MKBA model laat zien dat de verhouding tussen investeringen en opbrengsten niet gunstig is bij een lage leeftijdsgrens. Ook is het effect van de valpreventie interventie zeer bepalend voor de uitkomsten voor de MKBA.

Conclusies en aanbevelingen

- Het door ons ontwikkelde MKBA maakt een gestructureerd debat mogelijk over de voor- en nadelen van de invoering van de verschillende beleidsscenario's voor valpreventie. Wij bevelen aan om dit model te gebruiken bij besluitvorming over valpreventie initiatieven op wijk-, regionaal en landelijk niveau.
- Structurele kennis en monitoring van implementatie van evidence based valpreventie ontbreekt. Het is nodig om te investeren in monitoring (landelijk en regionaal) van implementatie van evidence based valpreventie om de effecten hiervan te evalueren en om determinanten van succesvolle implementatie vast te stellen.
- Er is weinig kennis over de effecten op mantelzorgers door vallen bij ouderen. Er is onderzoek nodig op dit terrein om inzicht te krijgen in de effecten op arbeidsverzuim en productiviteit.

Bereikte resultaten / Results achieved

Literatuur studie:

In Nederland zijn goede interventies voor valpreventie beschikbaar. Van deze interventies zijn de bruikbaarheid en effectiviteit met betrekking tot valpreventie bij zelfstandig wonende ouderen wetenschappelijk onderzocht. Het gaat om beweeginterventies of interventies waarin een beweegonderdeel is opgenomen. Op basis van effectiviteit en uitkomsten tav valreductie en nationale erkenning voor de interventie is er een keuze gemaakt voor 3 interventies, namelijk: In Balans, Vallen Verleden Tijd en Otago. Deze interventies zijn het uitgangspunt voor de beleidsscenario's.

Delphi studie:

Een online Delphi studie van twee rondes is uitgevoerd onder een panel van zorgverleners (n=125). Het panel bestond uit fysiotherapeuten, (wijk)verpleegkundigen, huisartsen, ergotherapeuten en geriateren. Respectievelijk 68% (n=85/125) en 58% (n=72/125) van het panel heeft de eerste en tweede ronde vragenlijst volledig ingevuld. Volgens het panel vindt er in de huidige praktijk nauwelijks case-finding van thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico plaats (mediaan=2 [nauwelijks]; IQD=1). Volgens 73% van het panel wordt 0-40% van de ouderen met een verhoogd valrisico verwezen naar beweegprogramma's. Vaak is er ook een gebrek aan structurele follow-up. Door een combinatie van voorlichting vanuit de overheid, advisering vanuit de zorg en het wegnemen van financiële belemmeringen toe te passen, zal naar verwachting 41-80% van de ouderen deelnemen aan valpreventie programma's. Aan de huisarts, de fysiotherapeut en de mantelzorger wordt een grote rol binnen valpreventie activiteiten toebedeeld. Deze Delphi studie geeft duidelijk aan waar valpreventie activiteiten kunnen worden verbeterd en hoe deelname aantallen kunnen worden verhoogd.

Conceptueel model, nulscenario en beleidsscenario's:

Nulscenario

Op basis van de Delphi studie en expert opinies is het nul-scenario bepaald. Het nulscenario wordt gekenmerkt door ongestructureerde, gedifferentieerde aanpak van valpreventie zonder heldere definitie van de doelgroep, en met name door gebruik van niet evidence-based interventies. Daarnaast is er een gebrek aan follow-up. De Delphi resultaten wijzen op max. 35% screening, 20% doorverwijzing naar valpreventieprogramma's en 20% deelname bereidheid. Deze informatie wijst op max. 1,5% deelname van alle 70-plussers aan valpreventie in de huidige situatie. Daarom stellen we het MKBA nul-scenario voor als een situatie zonder structurele evidence-based valpreventie.

Conceptueel model

Het conceptueel model is gebruikt als basis voor de beleidsscenario's. Het model bestaat uit vier componenten: doelgroep, vroege opsporing, interventie en implementatie. Per component is bepaald wat belangrijke elementen zijn.

Beleidsscenario's

Op basis van het conceptueel model zijn er vijf beleidsscenario's uitgewerkt voor de structurele implementatie van effectieve valpreventie, namelijk: het wijkscenario, het eerste lijn scenario, het thuiszorg scenario, het mantelzorg scenario en het integraal scenario. De scenario's zijn op basis van de Delphi studie en het literatuur onderzoek de meest waarschijnlijke scenario's voor valpreventie. Ze illustreren hoe de case-finding, screening en toeleiding naar valpreventieactiviteiten in de praktijk georganiseerd kunnen worden.

MKBA model – resultaten

- Structurele implementatie van evidence based valpreventie in Nederland onder alle ouderen kan leiden tot een flinke gezondheidswinst gecombineerd met netto kostenbesparingen.
- De kosten voor de opsporing, screening en interventie verschillen per scenario (variërend van €34 miljoen/jaar voor het mantelzorgscenario - €146 miljoen/jaar voor het integraal scenario).
- De totale besparingen (zonder DALY winst) door verminderd aantal vallen variëren enorm per scenario (€34 miljoen voor mantelzorgscenario - €307 miljoen voor thuiszorg scenario).
- De besparingen door gezondheidswinst (monetarisering DALYs) is voor alle scenario's iets hoger dan de besparingen in de zorg.
- De netto baten (kosten-baten zonder DALY winst) variëren van €100.000 voor het mantelzorg scenario tot €210 miljoen voor het thuiszorg scenario. Wanneer de baten voor gezondheidswinst ook worden meegenomen variëren de netto baten van € 38 miljoen voor het mantelzorg scenario tot € 545 miljoen voor het thuiszorg scenario.
- Afhankelijk van de gekozen aanpak en interventies komt iets meer dan de helft van de besparingen terecht in de Zvw (zorgverzekeraars) en iets minder dan de helft in de Wlz (zorgkantoren). Ongeveer een tiende deel komt terecht bij de Wmo (gemeenten).
- Ons MKBA model laat zien dat de verhouding tussen investeringen en opbrengsten niet gunstig is bij een lage leeftijdsgrens. Ook is het effect van de valpreventie interventie zeer bepalend voor de uitkomsten voor de MKBA.

Engelse samenvatting / Summary in English

Ageing societies will be confronted with increased numbers of elderly experiencing fall related injuries. Preventive measures can be beneficial in reducing falls and related health care burden and costs in these elderly. To support management decisions, we developed a quantitative model to calculate the balance between investments and potential benefits of falls prevention in the Netherlands.

The fall prevention interventions have been modeled using the Social Cost-Benefit Analysis (SCBA) approach. By expressing the net welfare effect of government policies and interventions, SCBAs can support policy makers in taking decisions on implementation of future policies.

In the falls prevention SCBA, the following steps are undertaken based on existing guidelines:

- 1) Scoping the problem: literature search, Delphi study;
- 2) Determining the reference scenario (determining the costs and benefits in the reference scenario);
- 3) Defining the fall prevention intervention and policy scenario's;
- 4) Defining and valuing the costs of the scenario's;
- 5) Defining and valuing the benefits of the scenario's;
- 6) Presenting an overview of the costs and benefits of each policy scenario (net value, but also the overview of both debtor and creditor, plus the distributional effects);
- 7) Sensitivity analyses;
- 8) Presenting and interpretation of the outcomes.

The SCBA will include:

- 1.The costs of detection, screening and intervention costs of the fall prevention interventions;
- 2.The effect of fall prevention on the prevention of falls (e.g. related to hospital care, QALYs)
- 3.The monetarisation of implementation of the fall prevention interventions for the separate domains (WLZ, WMO);
- 4.The monetarisation of implementation of the 5 policy scenarios.

The SCBA is executed with a social perspective, focusing on a broad welfare concept of costs and benefits. The analyses have been conducted for a short term scenario (one-year) and a five-year scenario.

Results

- The Delphi study and the conceptual model have resulted in five policy scenarios, namely the primary care scenario, the neighbourhood scenario, the home care scenario, the informal caregiver scenario, and the integral scenario.
- Structural implementation of evidence-based falls prevention among all Dutch elderly can lead to great health benefits, combined with net cost savings.
- The costs of case-finding, screening, and interventions differ in each scenario (ranging from €34 million/year for the informal caregiver scenario to €146 million/year for the integral scenario).
- Total savings (without DALY gains) caused by a reduced number of falls varies immensely between scenarios (€34 million for the informal caregiver scenario, €307 million for the home care scenario).
- Compared to savings in health care, there are slightly more savings due to health benefits (monetizing DALYs) in all

scenarios.

- The net benefits (costs-benefits without DALY gains) range from €100.000 for the informal caregiver scenario to €210 million for the home care scenario. When including the health benefits as well, net benefits range from €38 million for the informal caregiver scenario to €545 million for the home care scenario.
- Depending on the chosen approach and interventions, some more than 50% the savings end up at the so-called 'Zvw' (health care insurers), and a little less than half the savings end up at the so-called 'Wlz' (health care offices). About a tenth of the savings end up at the so-called 'Wmo' (municipalities).
- Our SCBA model shows that the proportions between investments and savings is not beneficial when applying a low age limit. Also, the effectiveness of falls prevention interventions greatly determines the outcomes of the SCBA.

Conclusions and recommendations

- Our SCBA makes it possible to have a structured debate about the pros and cons of implementing different policy scenarios on falls prevention. We recommend using this model in the decision making process on falls prevention initiatives at neighbourhood, regional, and national level.
- Structural knowledge and monitoring of the implementation of evidence-based falls prevention is lacking. It is necessary to invest in monitoring (national and regional) of the implementation of evidence-based falls prevention, in order to evaluate the effects and to establish determinants of successful implementation.
- Little is known about the effects of informal care on falls in the elderly population. Research on this area is necessary in order to gain an understanding on the resulting absenteeism and changes in productivity.
- This SCBA could make a useful contribution to public health and health care when it comes to policy preparation and policy decisions on falls prevention in elderly.

Bereikte resultaten Engels / Results achieved in English

Literature study:

Good interventions on falls prevention are available in the Netherlands. The usefulness and effectiveness of these interventions among community-dwelling elderly has been examined scientifically. It consists of exercise interventions or interventions in which a part focuses on exercise. Based on the effectiveness and results with regard to fall reduction and national recognition of the intervention, three interventions have been chosen, namely In Balans, Vallen Verleden Tijd, and Otago. These interventions represent the base for the policy scenarios.

Delphi study:

A two-round online Delphi study among health experts was conducted. The panel of experts (n=125) consisted of physiotherapists, (community) nurses, general practitioners, occupational therapists and geriatricians. Respectively 68% (n=85/125) and 58% (n=72/125) of the panel completely filled in the first and second round questionnaires. According to the panel, regular case-finding of community-dwelling elderly with an increased risk of falling hardly takes place (median=2 [hardly]; IQD=1). According to 73% (n=37/51) of the panel, 0-40% of the elderly with an increased risk of falling are referred to exercise programs. In general, the panel indicated that structural follow-up is often lacking. Namely, after one month (n=21/43; 49%), three months (n=24/42; 57%), and six months (n=27/45; 60%) follow-up is never or hardly ever offered. Should a combination of national health education, health care counselling, and removal of financial barriers be applied, 41-80% of the elderly is assumed to participate in falls prevention programs (n=47/64; 73%). None of the panel members indicated full financing of falls prevention by the elderly. A number of individuals are considered key in falls prevention activities, such as the general practitioner, physiotherapist, and informal caregiver. This Delphi study showed clear directions for improving falls prevention activities, and how to increase participation rates.

Conceptual model, reference scenario, and policy scenarios:

Reference scenario

The reference scenario is based on the Delphi study and expert opinions. It is characterized by a unstructured, differentiated approach of falls prevention. Furthermore, a clear definition of the target group is missing, interventions that are not evidence-based are in use, and follow-up is often lacking. The Delphi study results indicate a maximum of 35% screening, 20% referral to falls prevention programs, and 20% willingness to participate. This corresponds to a maximum of 1,5% of individuals aged 70 and over to participate in falls prevention activities. That is why the SCBA reference scenario is set as a situation without structural evidence-based falls prevention.

Conceptual model

The conceptual model is used as a basis for the policy scenario's. The model consists of four components, namely target group, early detection, intervention, and implementation. In each component important elements are determined.

Policy scenarios

Based on the conceptual model five policy scenarios have been developed for the structural implementation of effective falls prevention, namely the neighbourhood scenario, the primary care scenario, the home care scenario, the informal caregiver scenario, and the integral scenario. The scenarios serve as an inspiration and as support if individuals would like to set up falls prevention activities. Furthermore, it illustrates how case-finding, screening and referral to falls prevention activities could be organized in practice.

CMBA model – results

- Structural implementation of evidence-based falls prevention among all Dutch elderly can lead to great health benefits, combined with net cost savings.
- The costs of case-finding, screening, and interventions differ in each scenario (ranging from €34 million/year for the informal caregiver scenario to €146 million/year for the integral scenario).

- Total savings (without DALY gains) caused by a reduced number of falls varies immensely between scenarios (€34 million for the informal caregiver scenario, €307 million for the home care scenario).
- Compared to savings in health care, there are slightly more savings due to health benefits (monetarizing DALYs) in all scenarios.
- The net benefits (costs-benefits without DALY gains) range from €100.000 for the informal caregiver scenario to €210 million for the home care scenario. When including the health benefits as well, net benefits range from €38 million for the informal caregiver scenario to €545 million for the home care scenario.
- Depending on the chosen approach and interventions, some more than 50% the savings end up at the so-called 'Zvw' (health care insurers), and a little less than half the savings end up at the so-called 'Wlz' (health care offices). About a tenth of the savings end up at the so-called 'Wmo' (municipalities).

Aanvullende voorwaarden

Voorwaarden/eisen	Hierin heeft het project op de volgende wijze voorzien
-------------------	--

<p>Afgesproken is dat u het nul-scenario specifiek uitwerkt en met name de reden en consequenties beschrijft die het gekozen 0-scenario met zich meebrengt.</p> <p>Met de afwikkeling van uw voortgangsverslag heeft ZonMw u (telefonisch) geadviseerd om de GGZ interventies (bijv. Zicht op evenwicht) niet geheel te negeren of daarover in elk geval te rapporteren.</p> <p>De commissie is ook geïnteresseerd in het resultaat van de contacten met potentiële investeerders van de HIB, voor het invullen van de beleidsscenario's, en of dit tot aanpassingen van uw onderzoeksplan heeft geleid.</p> <p>Deze vraag betreft in algemeen de behoefte aan een rapportage van neveneffecten die u in uw onderzoek bent tegengekomen. Eveneens is u gevraagd om te rapporteren over gesignaleerde vragen en kennis en aan te bevelen investeringen in de toekomst.</p>	<p>In de goedgekeurde voortgangsrapportage hebben wij onze keuze beargumenteerd voor toepassing van een geheel nul-scenario: dwz een situatie zonder valpreventie. Er is geen actueel landelijk overzicht mbt uitvoering en deelname valpreventie in Nederland beschikbaar, en binnen de beperkte tijd en het beschikbare budget was een landelijke inventarisatie hiervan niet uitvoerbaar. Om het nul-scenario toch specifiek te kunnen uitwerken hebben wij een Delphi studie uitgevoerd bij een grote heterogene groep van 126 (zorg)professionals (respons 96 deelnemers). In de Delphi is uitgevraagd welke (structurele) valpreventie activiteiten er momenteel plaatsvinden, waar, door wie en voor wie. De uitkomsten van de Delphi laten zien dat er momenteel slechts in beperkte mate valpreventie plaats vindt, veel activiteiten die wel worden aangeboden niet voldoen aan een evidence-based aanpak (en dus mogelijk geen effect sorteren) en de uitvoering verschilt per gebied/locatie. Dit wijst op een uiteindelijke deelname van slechts 1,5% van alle 70plussers aan valpreventie in 2016. Hieruit hebben wij geconcludeerd dat onze hypothese klopt dat er geen structurele evidence based valpreventie activiteiten plaats vinden in Nederland. Dit is getoetst en geaccordeerd in de klankbordgroep. Daarom is het MKBA nul-scenario een situatie zonder structurele evidence-based valpreventie. Dit leidt mogelijk tot een lichte overschatting van de positieve effecten van de beleidsscenario's. Met het MKBA model kan de orde van grootte van dit effect in gevoeligheidsanalyses worden bekeken.</p> <p>Gezien de urgentie van het probleem (vallen bij ouderen) hebben wij voor valreductie als uitkomstmaat gekozen en daarom alleen bewezen effectieve interventies mbt deze uitkomstmaat meegenomen. Zicht op Evenwicht is niet geïnccludeerd omdat het alleen een bewezen effect heeft op vermindering van valangst. Dit is in de klankbordgroep besproken en geaccordeerd. De nadruk in onze scenario's ligt daarom bij de fysiotherapeuten voor het uitvoeren van de interventies.</p> <p>Parallel aan ons onderzoek zijn er in het kader van de Hib veel contacten geweest met potentiële investeerders. Dit heeft tot het inzicht geleid dat investeringen in en implementatie van valpreventie eerder op lokale/regionale schaal zullen plaatsvinden dan op landelijk niveau. Het MKBA model is daarom dusdanig opgezet en ingericht, dat de kosten en baten van valpreventie op verschillende niveaus (bv wijk, gemeente, regio, heel Nederland) kunnen worden doorgerekend.</p> <p>Structurele kennis en monitoring van implementatie van evidence based valpreventie ontbreekt. Aanbeveling: investeringen in deze monitoring (landelijk en regionaal): periodiek verzamelen van kwantitatieve informatie + interview rondes.</p> <p>Kennis over effecten op mantelzorgers door vallen bij ouderen nog onvolledig (bv effecten op arbeidsverzuim en productiviteit). Aanbeveling: versterking onderzoek op dit terrein.</p> <p>Tijdens onderzoek gezien (en ook zelf geïnitieerd) dat er lokaal/regionaal verschillende projecten zijn gestart op het gebied van valpreventie. Investeringen nodig in onderzoek om de effecten hiervan te evalueren + determinanten van succesvolle implementatie vast te stellen.</p>
---	--

I. Algemene gegevens

Gegevens zoals bij ZonMw bekend. Wilt u a.u.b. eventuele wijzigingen *cursiveren*.

Goedgekeurd budget

€ 94.346

Looptijd project

Data door ZonMw goedgekeurd op basis van de subsidieaanvraag/voortgangsverslag

Van startdatum: 18-1-2016 tot en met einddatum: 31-03-2017

II. Rapportage resultaten

Realisatie doelstelling en vraagstelling/taakstelling

Formuleer de doel-/vraag-/taakstelling en geef een toelichting op de realisatie. Indien deze niet of grotendeels gerealiseerd is, licht dit eveneens toe:

Doelstelling: Het uitvoeren van een MKBA voor valpreventie bij ouderen in Nederland. Met deze MKBA wordt in kaart gebracht wat de kosten en baten zijn van verschillende beleidsscenario's en hoe deze verdeeld zijn over verschillende maatschappelijke partijen en actoren.

Vraag- en taakstellingen: Zie tabel 1 waarin per vraag-/taakstelling de gehanteerde methode, realisatie en toelichting is beschreven.

Tabel 1. Vraag- en taakstellingen

vraagstellingen	Onderzoeksmethode	Realisatie
Hoe groot is het probleem (nul scenario)	Delphi studie en overleg HiB en klankbordgroep bijeenkomst.	JA - In de Delphi is uitgevraagd welke (structurele) valpreventie activiteiten er momenteel plaatsvinden, waar, door wie en voor wie. De uitkomsten laten zien dat er momenteel slechts in beperkte mate valpreventie plaats vindt, veel activiteiten die wel worden aangeboden niet voldoen aan een evidence-based aanpak (en dus mogelijk geen effect sorteren) en de uitvoering verschilt per gebied/locatie. Hieruit concluderen wij dat onze hypothese dat er geen structurele valpreventie activiteiten plaats vinden wordt bevestigd. Deze uitkomst is voorgelegd aan de HiB en de klankbordgroep en zij bevestigen dit beeld en kunnen zich vinden in het nulscenario. Daarom stellen we het MKBA nul-scenario voor als een situatie zonder structurele evidence-based valpreventie.
Welke interventies vinden plaats ter preventie van valincidenten?	Literatuur, Delphi studie en klankbordgroep	JA - De volgende 3 interventies zijn bekend, beschikbaar op grote schaal en het meest effectief (keuze obv hoogste erkenning/ effectiviteit en uitkomst valreductie): <input type="checkbox"/> In Balans (multifactorieel) <input type="checkbox"/> Vallen verleden tijd (multifactorieel – bewegen) <input type="checkbox"/> Otago (bewegen) Zij vormen het uitgangspunt voor de beleidsscenario's en het MKBA model.
Welke professionals/organisaties met welke competenties voeren de interventies uit?	Delphi studie en overleg klankbordgroep	JA - Vanuit de Delphi studie is inzicht verkregen door wie momenteel de opsporing en uitvoering van valpreventie interventies worden uitgevoerd.

Wat is de behoefte bij professionals om met deze interventies aan de slag te gaan, anders dan nu al het geval is?	Delphi studie en overleg klankbordgroep	JA - Vanuit de Delphi studie is inzicht verkregen over de mening van professionals tav hun rol en werkzaamheden voor opsporing en uitvoering van valpreventie. Ook is inzicht verkregen in de behoeften en mening wie volgens professionals een centrale rol zouden moeten spelen in specifieke elementen van valpreventie (opsporing, interventie, follow-up).
In welke mate wordt gebruik gemaakt van de beschikbare interventies?	Delphi studie en overleg met praktijken	JA - Dit is uitgevraagd in de Delphi studie. Hiervoor zijn ook overleggen gevoerd met praktijken die de interventies uitvoeren.
Wat zijn redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van de beschikbare interventie?	Literatuur, Delphi studie	JA - de redenen voor wel/niet gebruik van de interventies door zorgprofessionals en de ouderen zelf is via literatuurstudie bekeken en in de Delphi studie uitgevraagd.
Wat is de financieringsbehoefte van de uitvoerende partijen?	HiB en Delphi	JA - Samen met de HiB is inzicht verkregen in de financieringsbehoeftes van de partijen die de interventies ook daadwerkelijk uitvoeren. Daarnaast is in de Delphi gevraagd naar de barrières en mogelijke facilitering van financiering voor de uitvoering.
Voor welke beleidsscenario's kan worden gekozen (integrale aanpak) en wat wordt door wie uitgevoerd?	Delphi, literatuur, klankbordgroep	JA - Er is een conceptueel model ontwikkeld waarin de componenten zijn opgenomen met de belangrijkste onzekerheidsdimensies. Dit model vormt de basis voor de beleidsscenario's (uitvoerende partij, doelgroep, wie/waar opsporing plaats vindt, welke interventie, implementatie strategie). Er zijn nav de uitkomsten van literatuuronderzoek, de Delphi en input van de klankbordgroep 5 beleidsscenario's uitgewerkt met daarin beschreven wie welke taken uitvoert en wat de doelgroep is die bereikt gaat worden: <input type="checkbox"/> 1e lijns (huisarts) scenario <input type="checkbox"/> Wijkscenario <input type="checkbox"/> Thuiszorgscenario <input type="checkbox"/> Mantelzorgscenario <input type="checkbox"/> Integraal scenario
Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten bij de doelgroep(en), de uitvoeringspartijen, relevante (maatschappelijke) organisaties?	Literatuur, Delphi, overleg met praktijken	JA - Na uitvoerig onderzoek te hebben gedaan naar de relevante input parameters (overzicht van alle kosten en baten), zijn kostprijzen bepaald obv literatuuronderzoek, Delphi uitkomsten, navraag in de praktijk en eigen berekeningen, waarin data uit de verschillende bronnen geïntegreerd werden. Voor het model hebben wij een mantelzorg module en een ziektelastmodule ontwikkeld om ook deze kosten te kunnen doorrekenen voor valpreventie interventies.
Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten van de beleidsscenario's?	MKBA model	JA - er is een MKBA model ontwikkeld waarin alle relevante kosten en baten zijn meegenomen en waarin kan worden gevarieerd naar scenario en binnen scenario's
Is er sprake van verdelingseffecten? Hoe die te kwantificeren, zowel qua gezondheidseffecten als kosten?	HiB en literatuurstudie	JA - De kosten en baten voor opsporing, interventie en zorg zijn opgesplitst naar zorgaanbieder en financieringsbron. Hierdoor kunnen de uitkomsten van het model worden opgesplitst naar o.a. WMO, WLZ, zorgverzekeraar, en de zorgaanbieders zelf.

Wat is de duurzaamheid van de geconstateerde kosten en baten en hoe ontwikkelen deze zich over de tijd?	HiB, literatuurstudie	JA - De kosten en baten voor het MKBA zijn berekend op basis van de huidige prijzen en verdelingseffecten. Wel zal er in het model rekening worden gehouden met de implementatie en uitdoofeffecten over een 5 jaars periode. De kosten en kostprijzen zullen naar verwachting elk jaar toenemen. Hiervoor kan tzt een correctie in het model worden toegepast. Doordat in het model zeer gedetailleerd de kosten en baten zijn doorgerekend is het model redelijk flexibel om in te springen op structurele veranderingen (e.g. in financieringsstructuren, andere interventies in te passen).
---	-----------------------	---

Conclusies

Beschrijf de belangrijkste conclusies van dit project.

- De Delphi studie en het conceptueel model hebben geresulteerd in 5 beleidsscenario's: 1^e lijns, wijk, thuiszorg, mantelzorg en integraal scenario.
- Structurele implementatie van evidence based valpreventie in Nederland onder alle ouderen kan leiden tot een flinke gezondheidswinst gecombineerd met netto kostenbesparingen.
- De kosten voor de opsporing, screening en interventie verschillen per scenario (variërend van €34 miljoen/jaar voor het mantelzorgscenario - €146 miljoen/jaar voor het integraal scenario).
- De totale besparingen (zonder DALY winst) door verminderd aantal vallen variëren enorm per scenario (€34 miljoen voor mantelzorgscenario - €307 miljoen voor thuiszorg scenario).
- De besparingen door gezondheidswinst (monetarisering DALYs) is voor alle scenario's iets hoger dan de besparingen in de zorg.
- De netto baten (kosten-baten zonder DALY winst) variëren van €100.000 voor het mantelzorg scenario tot €210 miljoen voor het thuiszorg scenario. Wanneer de baten voor gezondheidswinst ook worden meegenomen variëren de netto baten van € 38 miljoen voor het mantelzorg scenario tot € 545 miljoen voor het thuiszorg scenario.
- De MKBA ratio (ratio van 1,0 wil zeggen dat een project maatschappelijk kan renderen) is positief voor alle 5 de beleidsscenario's (tabel 2). De MKBA ratio is het meest gunstig voor het thuiszorgscenario, gevolgd door het wijkscenario.

Tabel 2. MKBA ratio's voor de 5 beleidsscenario's

Beleids scenari o	1e lijn (huisarts)	Wijkteam	Thuis org	Mantel org	Integraal
RATIO (Baten org/kosten)	1,15	2,46	3,17	1,00	1,02
RATIO DA (Baten org DA/kosten)	2,40	5,13	6,62	2,09	2,14

- Afhankelijk van de gekozen aanpak en interventies komt de helft van de besparingen terecht in de Zvw (zorgverzekeraars). De verdeling is in de meeste scenario's ZVW-WLZ-WMO-Mantelzorg 50%-35%-6%-10%.
- Ons MKBA model laat zien dat de verhouding tussen investeringen en opbrengsten niet gunstig is bij een lage leeftijdsgrens. Ook is het effect van de valpreventie interventie zeer bepalend voor de uitkomsten voor de MKBA.

Aanbevelingen

Beschrijf de aanbevelingen uit dit project

- Het door ons ontwikkelde MKBA maakt een gestructureerd debat mogelijk over de voor- en nadelen van de invoering van de verschillende beleidsscenario's voor valpreventie. Wij bevelen aan om dit model te gebruiken bij besluitvorming over valpreventie initiatieven op wijk-, regionaal en landelijk niveau.
- Structurele kennis en monitoring van implementatie van evidence based valpreventie ontbreekt. Het is nodig om te investeren in monitoring (landelijk en regionaal) van implementatie van

evidence valpreventie om de effecten hiervan te evalueren en om determinanten van succesvolle implementatie vast te stellen.

- Er is weinig kennis over de effecten op mantelzorgers door vallen bij ouderen. Er is onderzoek nodig op dit terrein om inzicht te krijgen in de effecten op arbeidsverzuim en productiviteit.
- Onze MKBA kan op het terrein van volksgezondheid en zorg een nuttige bijdrage leveren aan de beleidsvoorbereiding en beleidsbeslissingen rondom valpreventie voor ouderen.
- Beleidstoepassingen van ons MKBA model dienen te worden bevorderd door middel van workshops voor potentiële eindgebruikers.

Carrière onderzoeker

Alleen van toepassing op persoonsgebonden subsidies:

Heeft er door dit project vooruitgang in functie/loopbaanontwikkeling plaatsgevonden (hogere functie, meer verantwoordelijkheid)?

Ja/Nee/Nog niet

III. Rapportage proces

Zijn in één of meer onderdelen van de door ZonMw goedgekeurde subsidieaanvraag wijzigingen opgetreden? Ja

Let wel! Op grond van de subsidievoorwaarden dient een voornemen tot wijziging van de goedgekeurde subsidieaanvraag zo spoedig mogelijk schriftelijk ter goedkeuring aan ZonMw te worden voorgelegd.

INDIEN JA		INDIEN NEE
Geef aan voor welke van de volgende onderdelen de wijziging(en) consequenties hebben:		Het niet vermelden van wijzigingen betekent volgens ZonMw dat de uitvoering plaatsvindt zoals is beschreven in de goedgekeurde subsidieaanvraag (of een door ZonMw goedgekeurde wijziging daarvan).
X	Tijdsplanning	Laat u in geval van wijzigingen het rapporteren achterwege, dan kan ZonMw op grond van de subsidiebepalingen consequenties verbinden aan de subsidieverlening. Het is daarom van essentieel belang dat u inzichtelijk maakt of op de genoemde onderdelen de werkelijke uitvoering overeenkomt met de goedgekeurde.
X	Goedgekeurde begroting	
<input type="checkbox"/>	Vraagstelling / taakstelling	
<input type="checkbox"/>	Geplande activiteiten, plan van aanpak ¹	
<input type="checkbox"/>	Beoogde resultaten	
<input type="checkbox"/>	Samenwerking	
<input type="checkbox"/>	Anders, nl	

(denk hierbij o.a. aan studieopzet, interventies,

uitkomstmaten, dataverzameling, instroom respondenten/patiënten)

Geef onder *Toelichting op wijzigingen* voor elk van de aangekruiste onderdelen zo concreet mogelijk aan waaruit de afwijkingen bestaan, wat daarvan de reden(en) zijn en beschrijf de voorgestelde oplossingen.

Toelichting op wijzigingen

- Tijdsplanning: Budget neutrale verlenging van 3 maanden goedgekeurd. Einddatum is verschoven van 31 dec 2016 naar 31 maart 2017.
Reden: De literatuur studie, Delphi studie, maken conceptueel model, ontwikkelen beleidsscenario's zijn in het najaar van 2016 afgerond. Om al de uitkomsten goed te kunnen verwerken in het MKBA model en voor het doorrekenen van alle beleidsscenario's en sensitiviteitsanalyses in het MKBA model is iets meer tijd nodig. Hierdoor kunnen wij betere kwaliteit leveren.
- Goedgekeurde begroting: Voor ons MKBA valpreventie project heeft het afgelopen jaar een junior onderzoeker gewerkt. Voor de ingediende begroting vorig jaar zijn alleen postdoc onderzoekers begroot, omdat de junior onderzoeker op dat moment nog niet in dienst was. Aangezien de junior

onderzoeker een groot deel van het jaar aan het project heeft gewerkt is hij opgenomen in de begroting. Er is akkoord ontvangen van ZonMW ten aanzien van de herziene begroting.

Methodologie en uitvoeringsproces

Beschrijf de methodologie van het project

METHODEN

I. ONDERZOEKSTAPPEN VAN DE MKBA

Voor de uitvoering van de MKBA is de richtlijn van het Centraal Planbureau als basis gebruikt en zijn meerdere onderzoekstappen doorlopen (figuur 1).

Figuur 1. MKBA valpreventie in 8 onderzoekstappen.



Note: Figuur 1 is gebaseerd op figuur uit CPB/CBL rapport.(5)

II. LITERATUUR STUDIE: PROBLEEM ANALYSE

Een literatuurstudie heeft het volgende in kaart gebracht:

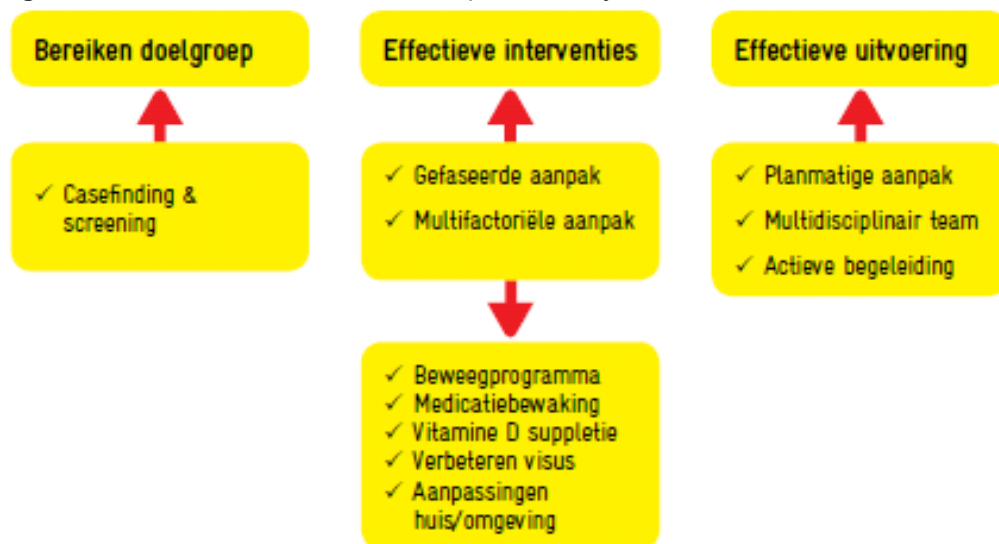
- welke valpreventie interventies er plaats vinden in Nederland
- individuele, omgevings- en organisatorische determinanten van deelname aan valpreventie.

III. DEFINIEREN VAN NUL-SCENARIO EN BELEIDSSCENARIO'S

In de MKBA zijn het nul-scenario en meerdere beleidsscenario's gedefinieerd. Een beleidsscenario is gedefinieerd als de kleinst mogelijke verzameling van onderling samenhangende maatregelen die naar verwachting technisch en juridisch uitvoerbaar is, economisch haalbaar is en een aannemelijke relatie heeft met het in de probleemanalyse vastgestelde knelpunt. Het was van belang om de beleidsscenario's allereerst op te splitsen in verschillende componenten. Deze componenten bevatten de belangrijkste onzekerheidsdimensies voor het te nemen besluit. Dit overzicht van componenten wordt het conceptueel model genoemd.

Belangrijk uitgangspunt bij de opzet van de beleidsscenario's waren de reeds bewezen werkzame elementen in valpreventie, zoals in kaart gebracht door VeiligheidNL (Figuur 2). Werkzame elementen van valpreventie bij ouderen). Bij het ontwerp van de beleidsscenario's zijn deze elementen en uitkomsten van de literatuurstudie en de Delphi studie gebruikt als bouwstenen en is per element gekeken naar bestaand en/of te ontwikkelen aanbod.

Figuur 2. Werkzame elementen van valpreventie bij ouderen.



Het ontwikkelde conceptueel model en de ontwikkelde beleidsscenario's zijn tussentijds aan een klankbordgroep voorgelegd in een focusgroep. Deze klankbordgroep is samengesteld uit professionals op het gebied van valpreventie uit de praktijk uit verschillende relevante disciplines.

IV. DELPHI STUDIE

In een twee ronden online Delphi studie onder professionals die betrokken zijn bij valpreventie, zijn bouwstenen verzameld voor het ontwerp van beleidsscenario's en is ontbrekende input voor het MKBA model gegenereerd. In de eerste ronde van de Delphi studie werd bevraagd wat er verbeterd kan worden binnen de valpreventie activiteiten en in hoeverre de kwetsbare, thuiswonende ouderen zelf bereid zijn om aan de activiteiten deel te nemen. In de tweede ronde werden de samengevatte resultaten van de eerste ronde aan het panel getoond. Dit gaf hen de mogelijkheid om hun antwoorden van de eerste ronde te herzien.

V. MKBA-MODEL

Opzet model

Ons MKBA-model is geïmplementeerd in Microsoft Excel. Het Excel-model brengt alle beschikbare gegevens samen en transformeert deze tot gesommeerde kosten en baten van de in dit project onderzochte beleidsmaatregelen. Zie Bijlage 5 voor een overzicht van het invoerschema in Excel.

Het MKBA model omvat:

1. De kosten van opsporing, screening en interventiekosten van verschillende valpreventie interventies;
2. De effecten van valpreventie op het voorkomen van vallen (e.g. tav ziekenhuiszorg, mantelzorg, DALY's);
3. De kosten en baten van implementatie van structurele evidence based valpreventie voor de 5 beleidsscenario's;
4. De kosten en baten van implementatie van de interventie voor de verschillende domeinen (e.g. WLZ, WMO).

Het model is gebaseerd op bevolkingscijfers, risicofactoren en effectmaten uit de onderzoeksliteratuur en op eigen onderzoek gebaseerde data over de kosten van de interventie, SEH-bezoeken, ziekenhuisopnamen en kosten van zorggebruik en overige maatschappelijke kosten. Van de virtuele deelnemers aan valpreventie is berekend hoeveel er jaarlijks na een valincident op de SEH zouden belanden indien er geen interventie wordt gevolgd. In het model wordt als het ware de groep deelnemers vergeleken met niet-deelnemers met een vergelijkbaar initieel valrisico.

In de MKBA zijn de kosten en baten van de vijf beleidsscenario's doorgerekend. Het Excel-model schat de incrementele kosten/baten van de vijf beleidsscenario's door het nulscenario (zonder aanvullend beleid) te vergelijken met deze alternatieve scenario's. De incrementele kosten en baten zijn bepaald door het verschil tussen de kosten en baten in het alternatieve en het nulscenario te bepalen. Binnen een MKBA worden de incrementele kosten of baten weergegeven als het hoofdresultaat van de analyse.

De MKBA is uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief, waarbij een breed welvaartsbegrip is gehanteerd voor zowel kosten als baten. In de analyses is gekeken naar de effecten binnen een 5-jaars periode van een korte termijn beleidsaanpak (gedurende 1 jaar). Van de effecten van interventies wordt verwacht dat ze langzaam uitdoven over een periode van vijf jaar, bijvoorbeeld omdat slechts een deel van de senioren doorgaat met beweeg oefeningen. Als na één jaar nog maar 30% van de ouderen de adviezen blijkt op te volgen en de condities vergelijkbaar zijn met de startdatum van de interventie, dan nemen we aan dat het effect in jaar 2 met 70% is afgenomen, in jaar 3 met 70% van de resterende 30% etc.. Dit noemen wij het uitdooeffect. Dit uitdooeffect kan in het MKBA-model gevarieerd worden toegepast. In onze basis berekeningen is gebruik gemaakt van het uitdooeffect op 70%.

Databronnen:

- **Letsel Informatie Systeem:** In het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of in verband met zelf toegebracht letsel zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een ziekenhuizen in Nederland.
- **Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg:** Via de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ, vanaf 2013) worden alle ziekenhuisopnamen geregistreerd in nagenoeg alle ziekenhuizen in Nederland. Ziekenhuizen verstrekken gezamenlijk ziekenhuisgegevens aan Dutch Hospital Data.
- **Letsellastmodel:** VeiligheidNL heeft, in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg), een rekenmodel (Letsellastmodel) ontwikkeld dat onder meer bestaat uit een zorgmodel en een functioneringsmodel:
 - o **Zorgmodel:** Met behulp van het zorgmodel zijn de directe medische kosten per slachtoffer dat op een SEH-afdeling wordt behandeld of wordt opgenomen in een ziekenhuis geschat. De benodigde informatie om zorgmodel te ontwikkelen is afkomstig uit het Letsel Informatie Systeem, standaard zorgregistraties zoals de LBZ, de CAK (thuis- en verpleeghuiszorg) en een aanvullend enquêteonderzoek onder een steekproef van LIS-patiënten. Uit verschillende bronnen van onder meer het CBS wordt kostprijnsinformatie gebruikt.
 - o **Functioneringsmodel:** Met behulp van het functioneringsmodel is een schatting gemaakt van de beperking die men ondervindt in gezonde levensjaren na een niet fatale val (YLD, Years Lived with Disability).. Ook is het gemiddelde verlies aan levensjaren door

een fatale val berekend met het de Statistiek Niet-natuurlijke Dood van het CBS (YLL, Years of Life Lost). In het model worden de YLD door niet-fatale vallen en de YLL door fatale vallen bij elkaar opgeteld tot Disability Adjusted Life Years: DALY's. Voor elk beleidsscenario hebben we schattingen gegenereerd van de incrementele DALY's die voortkomen uit dit scenario, in vergelijking met het nulscenario. Voor berekening van de monetaire waarde van DALY's hebben we een schatting van €50.000 gebruikt in de base-case-analyse, volgens de richtlijnen voor MKBA van SEO (Koopmans, 2016). SEO adviseert deze waarde te variëren naar € 100.000 per DALY in sensitiviteitsanalyses en dit advies hebben wij overgenomen.(16)

- **Mantelzorgmodule:** Deze is samengesteld op basis van data van de ISCOPE studie. Dit is een studie van twaalf maanden, uitgevoerd bij thuiswonende ouderen (75+) die functionele, somatische, mentale of sociale problemen hadden. Voor deze studie is gebruik gemaakt van vragenlijsten van TOPICS-MDS. Zie bijlage 3 voor de uitwerking en gebruikte resultaten voor het model.
- **CBS data:** Nederlandse bevolking in de leeftijd van 65 jaar en ouder (leeftijd en geslachtsverdeling. Per leeftijdscategorie is uitgerekend welke extra zorgkosten worden gemaakt in Nederland voor de behandeling van letsel door vallen. Deze uitkomsten zijn gebruikt om de eventuele opbrengst van valpreventie te schatten, gegeven een bepaald effect.

Kosten van interventie

De kosten van beweeginterventies zijn berekend op basis van gegevens, die zijn aangeleverd door uitvoerende instanties. Het betreft hier kosten van materiaal, eventueel zaalhuur, kosten van de docent of fysiotherapeut, opleidings- en reiskosten (zie bijlage 2).

Kosten die gemaakt worden door lokale organisaties (door bijvoorbeeld de GGD) zoals werving (digitale activiteiten zoals nieuwsbrieven, uitbrengen van folders), het regelen van financiering en het onderhouden van een netwerk, worden als aparte kostenpost meegenomen in de interventiekosten.

Financieringsvorm:

De kosten van zorg na valincidenten zijn uitgesplitst naar financieringsbron en zorgaanbieder:

- Gemeente;
- Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO): huishoudelijke hulp thuiszorg. Niet meegenomen zijn de extra kosten van hulpmiddelen, dagopvang en vervoer. Deze kostenposten komen later beschikbaar (CBS 2017);
- Zorgverzekeraar;
- Zorgverzekeringswet (ZVW): thuiszorg verpleging en verzorging;
- huisarts, fysiotherapeut, ambulance, ziekenhuiszorg (SEH, polikliniek, ligdagen, operaties), verpleeghuis, revalidatiecentrum;
- Rijksoverheid Wet Langdurige Zorg (WLZ): verpleeghuis- en revalidatiezorg.

Aanpak om kosten en baten te splitsen in financiële euro's en nutseuro's

De kern van het concept van de MKBA is dat alle kosten en effecten in geld worden uitgedrukt. Dit geldt zowel voor "werkelijke" kosten, zoals ziekenhuis opname na een val, als voor "virtuele" kosten, zoals de waarde die is toegekend aan een DALY. Om rekening te houden met dit verschil, zullen we de netto cumulatieve kosten en baten weergeven over een periode van vijf jaar voor alle financieringsvormen, gesplitst in financiële en niet-financiële euro's (of nutseuro's). Niet-financiële euro's komen voort uit verloren of verworven DALY's.

Onzekerheids- en risico analyse

De uitkomsten van een MKBA worden beïnvloed door onzekere factoren. Kennisonzekerheid kan in beeld worden gebracht met gevoeligheidsanalyses, toekomstonzekerheid met scenario-analyses. Wij hebben gevoeligheidsanalyses uitgevoerd, waarin het effect is nagegaan van variërende aannames rond de volgende kernparameters:

- Nulscenario: Aanname dat nulscenario 20% en 40% is (om evt effect van overschatting beleidsscenario's door onze aanname te testen);
- Uitdovingseffect (30, 50, 70%);
- Valrisico (2,5-4,0);

- Voor berekeningen met betrekking tot de monetaire waarde van DALYs hebben we een schatting van € 50.000 gebruikt in base-case analyses, volgens de richtlijnen voor MKBA van SEO (Koopmans, 2016). SEO adviseert deze waarde te variëren naar 100.000 euro per DALY in sensitiviteitsanalyses. Een dergelijke sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd.

SUCCEFACTOREN EN BELEMMERINGEN

- Kwalitatief onderzoek en een sterke interactie met het veld zijn noodzakelijk voor het ontwerp van realistische scenario's en een goede MKBA. Het is noodzakelijk om genoeg aandacht, tijd en budget voor deze stap vrijmaken in elke MKBA. Onderzoekers kunnen hiervoor het netwerk van intermediaire organisaties (zoals VeiligheidNL en Vilans) benutten en het is zeer vruchtbaar om ook de communicatiekanalen van deze organisaties te gebruiken.
- Reeds beschikbare data uit eigen onderzoek en reeds zelf ontwikkelde rekenmodellen waren in dit project een succesfactor en randvoorwaarde voor de kwantificering van de scenario's. Daarvoor bevelen wij aan om MKBA's alleen te laten uitvoeren door consortia met langdurige (inhoudelijke en methodologische) expertise rond een bepaald onderwerp.
- Belangrijkste belemmering voor het uitvoeren van een MKBA is beschikbaarheid van data. Een goed voorbeeld hiervan waren de dataproblemen bij de mantelzorgmodule. Door combinatie van databronnen en Delphi onderzoek zijn we in dit project toch stappen verder gekomen. Onze aanbeveling hierbij is: soms niet beperken tot 1 bron voor een bepaalde parameter in het model, maar deze afleiden uit meerdere bronnen.

Diversiteit

Is er aandacht besteed aan relevante verschillen binnen de doelgroep naar sekse, etnische achtergrond, leeftijd en andere relevante kenmerken? Ja

Indien ja, beschrijf de belangrijkste leerpunten:

Voor elke leeftijdscategorie is berekend hoeveel zorg er gemiddeld wordt verleend aan de letselslachtoffers. De resultaten zijn in het model samengevoegd in een tabel met aantallen letsels en de gemiddelde kostprijzen per zorgtype berekend per leeftijdscategorie. Per leeftijdscategorie kan uitgerekend worden welke extra zorgkosten worden gemaakt in Nederland voor de behandeling van letsel door vallen. Deze uitkomsten wordt gebruikt om de eventuele opbrengst van valpreventie te schatten, gegeven een bepaald effect.

Leerpunt: De verhouding kosten en besparingen wordt gunstiger naarmate valpreventie zich richt op hogere leeftijden. Boven de leeftijd van 75 jaar is het valrisico hoger omdat deze fase zich bijvoorbeeld kenmerkt door verminderde activiteit, meer ziekten en meer medicatiegebruik. Ook de zorgkosten per letsel zijn gemiddeld een veelvoud van de gemiddelde kosten in de leeftijd 65-75 jaar.

Samenwerking met eindgebruikers

Is er rekening gehouden met wensen en behoeften van eindgebruikers (bijvoorbeeld patiënten(organisaties), consumenten, commerciële bedrijven en publieksgroepen enz.)? Ja

Is er inbreng geweest van eindgebruikers (bijvoorbeeld patiënten(organisaties), consumenten, commerciële bedrijven en publieksgroepen enz.)? Ja

Het model is getest door eindgebruikers.

De MKBA sluit aan, draagt bij en maakt onderdeel uit van een bredere haalbaarheidsstudie voor de HiB die Vilans en VeiligheidNL in 2016 hebben afgerond voor valpreventie. In dit verband zijn onderdelen van de MKBA voorgelegd aan partijen die deel uit maken van het HIB netwerk, variërend van financiers, verzekeraars, vertegenwoordigers van zorgorganisaties, gemeenten, ouderenbond, huisartsen en fysiotherapeuten.

De opgedane kennis in deze MKBA is daarmee geborgd in een breder proces waarbij op diverse momenten kennis gedeeld wordt met een groot aantal betrokken partijen, vertegenwoordigd in een te formeren expert- en praktijkpanel en het brede netwerk van geïnteresseerden. Met Vilans en VeiligheidNL als linking pin in beide studies wordt de inhoudelijke samenhang geborgd en komt de kennis op de juiste plekken terecht.

Samenwerking met intermediaire doelgroepen

Is er inbreng geweest van (vertegenwoordigers van) intermediaire doelgroepen (bijvoorbeeld zorgverleners, beleidsmakers, beroeps- en brancheorganisaties enz.). Ja

Tijdens de uitvoering van de MKBA valpreventie is kennis gevraagd en gedeeld met een klankbordgroep, waarin belangrijke stakeholders vertegenwoordigd waren, zoals verzekeraars, gemeenten, zorginstellingen en zorgverleners en de ouderenbonden. Daarnaast is een Delphi studie uitgevoerd onder ruim 100 zorgverleners.

Leerpunt: kwalitatief onderzoek en een sterke interactie met het veld zijn noodzakelijk voor het ontwerp van realistische scenario's en een goede MKBA.

VI. Rapportage vervolg

Welke resultaten/eindproducten heeft uw project/onderzoek opgeleverd?

RESULTATEN**I. LITERATUURSTUDIE: PROBLEEM ANALYSE**

Een literatuurstudie brengt het volgende in kaart:

- welke valpreventie interventies er plaats vinden in Nederland
- individuele, omgevings- en organisatorische determinanten van deelname aan valpreventie.

Als eerste stap is de beschikbare literatuur geraadpleegd voor het identificeren van de belangrijkste determinanten van deelname aan valpreventie programma's t.b.v. het opstellen van de Delphi vragenlijst en beleidsscenario's. Uit de literatuur kwam naar voren dat de belangrijkste redenen voor ouderen om deel te nemen aan valpreventie zijn verbeteren mobiliteit, voorkomen van vallen/leren hoe om te gaan met een val, verminderen van val-angst, verbeteren conditie en kracht en behoud van zelfstandigheid (Hawley-Hague et al., 2015; Kuiper, 2015; van Schooten et al., 2015). Verder bleek dat programma's zoals Mag ik deze dans van u, dat zich niet primair richt op voorkomen van vallen, erg positief wordt ervaren door ouderen, hoewel de daadwerkelijke effectiviteit van deze programma nog onbekend is (van Schooten et al., 2015). Verschillende studies laten zien dat deelname wordt gestimuleerd als ouderen de programma's vooral leuk vinden en het gezellig met elkaar hebben (Franco et al., 2015). Ook een goede klik met de instructeur/beweegdocent lijkt een belangrijke determinant voor deelname (Hawley-Hague et al., 2015). Van wandelprogramma's is nog weinig bekend over de effectiviteit (van Schooten et al., 2015).

Programma's worden in groepsverband, individueel en met thuisoefeningen aangeboden, en er wordt vanuit de literatuur gesuggereerd dat oefeningen integreren in het dagelijks levens/de dagelijkse activiteiten van ouderen en het stellen van doelen een goede aanpak kan zijn voor de nog actieve oudere (van Schooten et al., 2015; Vestjens et al., 2015). Vanuit de literatuur wordt verder gesuggereerd dat het belangrijker is te benadrukken dat programma's bewegen stimuleren dan vallen voorkomen, daar veel ouderen zich niet identificeren met een verhoogd valrisico (nog te fit) dan wel reeds gevallen zijn en kunnen denken dat het te laat is, te weinig energie ervoor hebben of een te grote angst voor opnieuw vallen kunnen hebben (Hawley-Hague et al., 2015; Kirchoff & Damgaard, 2016). Voor ouderen kan het als stigmatiserend worden ervaren dat zij een verhoogd valrisico hebben (Franco et al., 2015; Child et al., 2012). Het wordt gesuggereerd dat het effectiever kan zijn te richten om nog semi-actieve ouderen (Laventure & Skelton, 2008). Programma's worden in wisselende lengte aangeboden (van Schooten et al., 2015).

Volgens de literatuur kan het verstandig zijn het programma-aanbod aan te laten sluiten bij specifieke kenmerken van de ouderen, zoals of er sprake is van overgewicht, educatie niveau, of er mobiliteitsproblemen zijn en de specifieke valgeschiedenis, (Franco et al., 2015) maar ook gedragsfactoren zoals attitude en eigen-effectiviteit (Laventure & Skelton, 2008). Bij heterogene doelgroepen wordt voorgesteld een multifactorieel programma aan te bieden (bewegen i.c.m. andere interventies), bij homogene groepen kunnen dit enkelvoudige programma's zijn (bijv. alleen bewegen).

Er worden verschillende belemmeringen voor ouderen om deel te nemen geïdentificeerd in de literatuur, nl. kosten deelname, afstand tot locatie, of ouderen nog zelf auto kunnen rijden/zelf de locatie kunnen bereiken (Hawley-Hague et al., 2015; Franco et al., 2015; Child et al., 2012). Voor zorgverleners zijn financiële belemmeringen ook aanwezig, bijv. om screening af te nemen of programma's aan te bieden, i.c.m. de benodigde administratie (Child et al., 2012).

Als uitgangspunt wordt aangegeven dat valpreventie programma's moeten bestaan uit een beweegprogramma, en indien nodig aangevuld met medicatie bewaking (hiervoor kan het inzetten van de Minimale Interventie Strategie zinvol zijn), aanpassingen in en om het huis met name bij 75+, visuscorrectie alleen i.c.m. aanpassingen in en om het huis, ook vanwege verhoogde risico op vallen vlak na visuscorrectie, en screening op en suppletie van Vitamine D (tekort), (Kuiper et al., 2013) hoewel er voor dit laatste punt het minst bewijs is (ProFOUND, 2015; Stubbs et al., 2015). Multifactoriële valpreventie interventies zijn effectief als de onderdelen van het programma aansluiten bij aanwezige risicofactoren (uit multifactoriële screening) (Kuiper et al., 2013; Stubbs et al., 2015). Lange termijn follow-up is essentieel voor behoud van interesse bij ouderen die deelnemen (Laventure & Skelton, 2008).

In Nederland zijn goede interventies voor valpreventie beschikbaar. Van deze interventies zijn de bruikbaarheid en effectiviteit met betrekking tot valpreventie bij zelfstandig wonende ouderen wetenschappelijk onderzocht. Het gaat om beweeginterventies of interventies waarin een beweegonderdeel is opgenomen. Op basis van effectiviteit en uitkomsten tav valreductie en nationale erkenning voor de interventie is er een keuze gemaakt voor 3 interventies die het uitgangspunt vormen voor de beleidsscenario's (zie tabel 3). Gezien de urgentie van het probleem (vallen bij ouderen) hebben wij voor valreductie als uitkomstmaat gekozen en daarom alleen bewezen effectieve interventies mbt deze uitkomstmaat meegenomen. Zicht op Evenwicht is niet geïncludeerd omdat het alleen een bewezen effect heeft op vermindering van valangst.

Tabel 3. Overzicht van effectieve valpreventie-interventies voor zelfstandig wonende ouderen met een verhoogd valrisico.

Naam interventie	Opzet en inhoud	Doelgroep	Effectiviteit	Kosten / deelnemer
In Balans	Groeps cursus bestaande uit vier fases: 1 informatiebijeenkomst 2 voorlichtingstraject (inclusief testen) 3 beweegprogramma 4 voortzetting in bestaande bewegingsgroepen.	Zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder die zich onzeker voelen tijdens het lopen, bang zijn om te vallen en/of al vaker zijn gevallen.	In een RCT van twee programma's naar valreductie werd bij de zogeheten 'pre-frail'-deelnemers (ouderen in het voorstadium van kwetsbaarheid) een verbetering van de mobiliteit en een substantiële afname van het valrisico gemeten (61%).	€368
Vallen Verleden Tijd	Groepstraining bestaande uit: hindernisbaan, sport en spelvormen en valtraining. Aangepast programma voor mensen met osteoporose.	Zelfstandig wonende ouderen met verhoogd valrisico op basis van mobiliteitsproblemen, valhistorie of valangst. Zij moeten in staat te zijn om 15 minuten te kunnen lopen zonder loophulpmiddel.	Op basis van twee RCT-studies en een Cochrane-review is aangetoond dat de interventie effectief is in het verminderen van het aantal valincidenten en de valangst bij deelnemers.	€273
Otago	Beweegprogramma met oefeningen voor	Zelfstandig wonende ouderen (65+) met	In vier RCT's is een vermindering van het aantal	€533

spierkracht en evenwicht plus een wandelprogramma dat ouderen zelfstandig in de thuisomgeving uitvoeren. Ook als groepscursus uit te voeren.	een verhoogd valrisico. Zeer geschikt voor ouderen die al wat kwetsbaar zijn.	valincidenten en het aantal blessures door valincidenten aangetoond (35%). Kracht en evenwicht verbeteren en deelnemers ervaren een groter vertrouwen om activiteiten in het dagelijks leven zonder vallen te kunnen uitvoeren.
--	---	---

Uitgebreide informatie over de interventies, de berekening van de kosten en de referentielijst voor de literatuurstudie zijn beschreven in bijlage 1 en 2.

II. DELPHI STUDIE

Onderzoeksopzet

De Delphi studie was onderverdeeld in twee rondes van vragenlijsten, met als doel uiteindelijk inzicht te verkrijgen in de belangrijkste elementen van valpreventie. Het panel bestond voornamelijk uit fysiotherapeuten, verpleegkundigen, huisartsen, ergotherapeuten en geriaters. In de eerste ronde van de Delphi studie werd bevestigd wat er verbeterd kan worden binnen de valpreventie activiteiten en in hoeverre de kwetsbare, thuiswonende ouderen zelf bereid zijn om aan de activiteiten deel te nemen. In de tweede ronde werden de samengevatte resultaten van de eerste ronde aan het panel getoond. Dit gaf hen de mogelijkheid om hun antwoorden van de eerste ronde te herzien. De meerderheid van het panel heeft de eerste en tweede vragenlijst volledig ingevuld.

Opsporing ouderen met verhoogd valrisico

Op het gebied van opsporing werd duidelijk dat ouderen met een verhoogd valrisico in beperkte mate worden opgespoord. Verscheidene struikelblokken en springplanken in de opsporing van ouderen met een verhoogd valrisico zijn door het panel benoemd. Zo zijn vooral thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico die geen contact hebben met zorgprofessionals lastig op te sporen (zie tabel 4). Het betrekken van mantelzorgers werd gezien als belangrijkste springplank (zie tabel 5). Ouderen zijn zelf niet erg bereid om mee te werken aan opsporing. Desondanks vindt het panel dat opsporing jaarlijks plaats zou moeten vinden. Hierbij is volgens het panel vooral een rol weggelegd voor de huisarts. De huisarts wordt gezien als vertrouwenspersoon, verantwoordelijk voor de signalering, doorverwijzing en coördinatie. Er wordt hier ook een grote rol toebedeeld aan de mantelzorger, die verantwoordelijk is voor de signalering en het (dagelijks) contact met de oudere.

Tabel 4. Struikelblokken in de opsporing van ouderen met een verhoogd valrisico.

Struikelblok	Mediaan	I□D
Thuiswonende ouderen: geen contact hulpverleners	5*	1
Ouderen schamen zich	4 [†]	1
Ouderen zien nut preventieve pas in na een val	4 [†]	1
Cognitieve beperkingen oudere	4 [†]	1
Familie ouderen onvoldoende kennis belang screening	4 [†]	1
Vallen niet gezien als iets voorkombaars, hoort er gewoon bij	4 [†]	1
Onbekendheid risicofactoren vallen	4 [†]	1
Signalering niet goed	4 [†]	1
Concurrentie andere gezondheidsproblemen	4 [†]	1
Baten vallen elders dan de kosten	4 [†]	1
Matige communicatie met andere zorgverleners	4 [†]	1
Professionals reageren pas na een val	4 [†]	1
Onvoldoende systematiek in screening	4 [†]	1
Hoge werkdruk professionals	4 [†]	1

* = zeer belangrijk; † = belangrijk.

Tabel 5. Springplanken in de opsporing van ouderen met een verhoogd valrisico.

Springplank	Mediaan	I □ D
Mantelzorgers erbij betrekken	5*	1
Betere samenwerking huisarts	4 [†]	1
Meer bewustwording risicopatiënten	4 [†]	1
Inloopspreekuur valpreventie	4 [†]	1
Belang opsporing benadrukken	4 [†]	1
Goede communicatie met zorgpartners	4 [†]	1
Landelijke informatieve over preventie	4 [†]	1
Thuiszorg beter voorlichten	4 [†]	1
Samenwerking ketenpartners	4 [†]	1
Meer contact met de doelgroep	4 [†]	1
Meer gezondheidsvoorlichting voor ouderen	4 [†]	1
Meer huisbezoeken	4 [†]	1
Praktijkondersteuner 'kwetsbare ouderen'	4 [†]	1

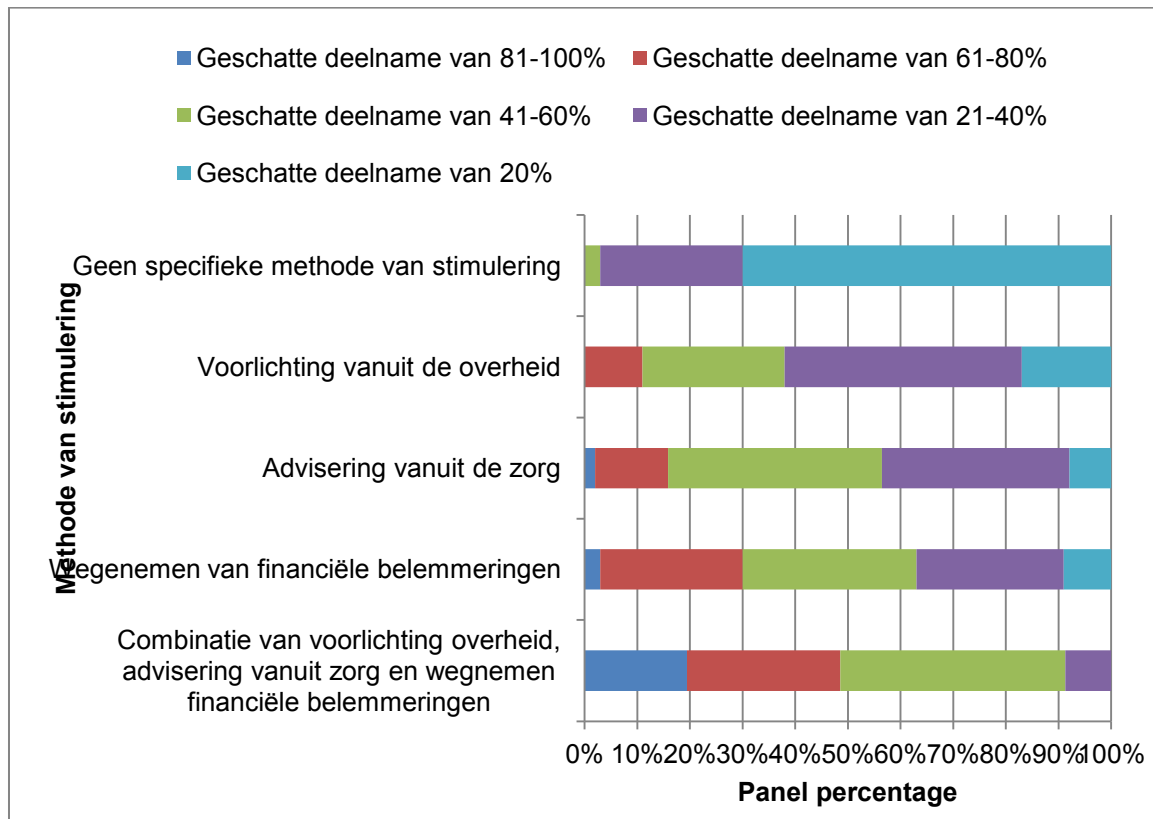
* = zeer belangrijk; † = belangrijk.

Valpreventie programma's

Op het gebied van valpreventie beweegprogramma's wordt volgens het panel momenteel voornamelijk de effectief bewezen programma's 'In Balans', 'Vallen Verleden Tijd' en 'OTAGO' aangeboden. Daarnaast wordt ook het 'Wandelprogramma' aangeboden. Opvallend is dat daarentegen slechts een klein deel van de ouderen met een verhoogd valrisico naar dit soort programma's wordt verwezen. Qua frequentie en duur van beweegprogramma's is het panel het erover eens dat het minstens twaalf weken, een tot twee keer per week zou moeten worden aangeboden. Bij het aanbieden en uitvoeren van beweegprogramma's wordt de fysiotherapeut gezien als belangrijke betrokkene. Naast beweegprogramma's geeft het panel aan dat medicatiebewaking, visuscontrole en -correctie en het in kaart brengen van valrisico's in en om het huis als zeer effectieve middelen worden gezien om vallen te voorkomen. De meningen zijn binnen het panel verdeeld over de effectiviteit bij screening op en suppletie van vitamine D. Echter is dit wel een van de huidige, werkzame elementen binnen de valpreventie.

Stimuleren deelname valpreventie programma's

Volgens het panel is slechts een klein deel van de ouderen bereid om deel te nemen aan valpreventie beweegprogramma's. Een belemmering om deel te nemen is hierbij een gebrek aan motivatie. Als positieve prikkel wordt het behouden van zelfstandigheid voornamelijk benoemd. Daarnaast wordt een combinatie van voorlichting vanuit de overheid, advisering vanuit de zorg en het wegnemen van financiële belemmeringen voor de oudere gezien als de meest effectieve methode om deelname te stimuleren (zie figuur 3).

Figuur 3. Geschatte percentage van deelname per methode van stimulering


Follow-up

Eén, drie en zes maanden na een valpreventie programma vindt er nauwelijks follow-up plaats. Het panel benoemde als redenen een gebrek aan tijd en prioriteit, en een gebrek aan financiële compensatie.

Financiering

Volgens het panel kan valpreventie het beste worden gefinancierd via de zorgverzekeraar of deels via de zorgverzekeraar en deels via de gemeente. Geen van de panel leden vindt dat de oudere het zelf moet betalen.

III. CONCEPTUEEL MODEL EN BELEIDSSCENARIO'S

Nulscenario

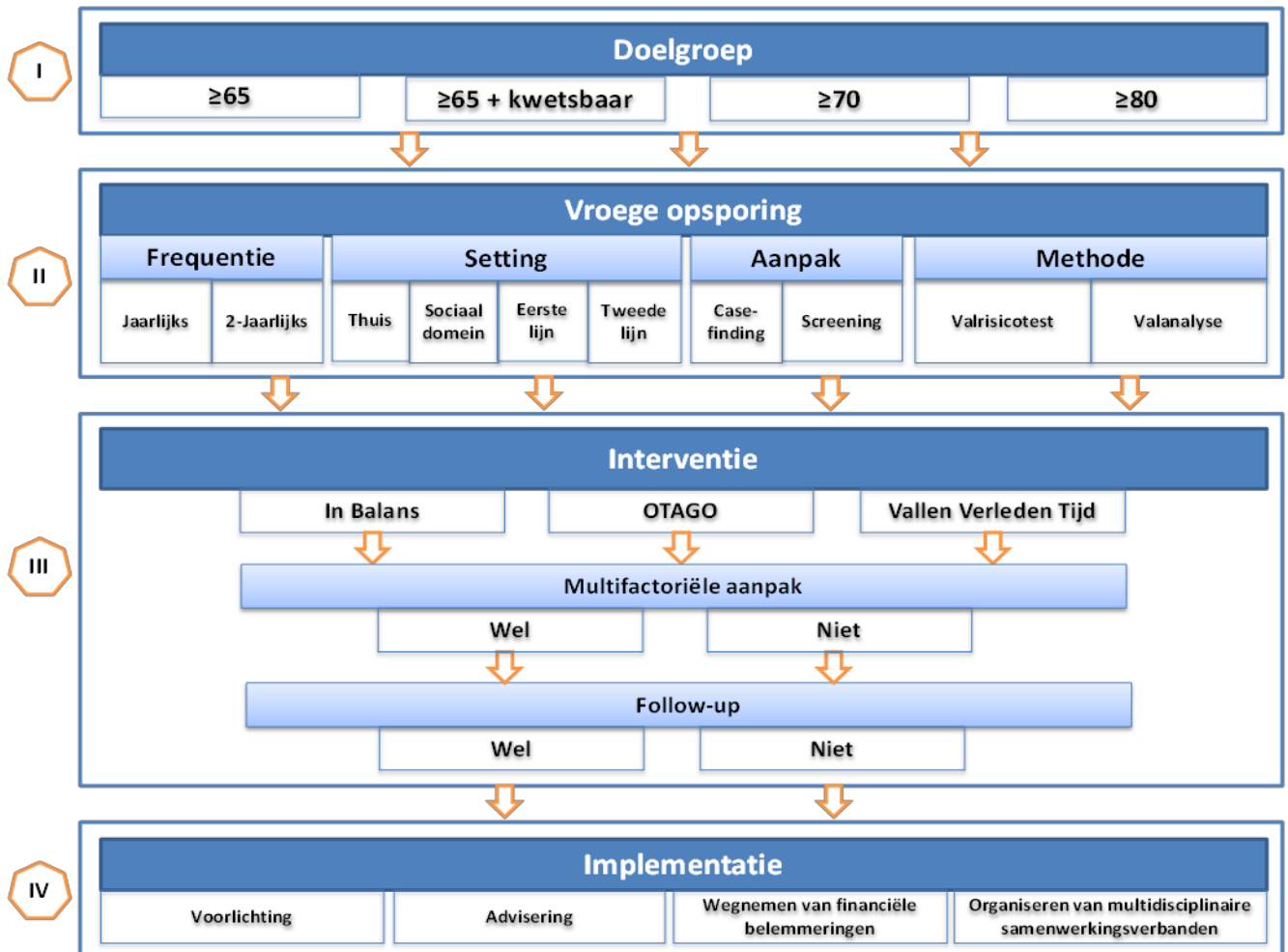
In de MKBA zijn het nulscenario en meerdere beleidsscenario's gedefinieerd. In theorie geeft het nulscenario de meest waarschijnlijke ontwikkeling aan die zich zou voordoen zonder nieuw beleid. Idealiter zou daarvoor alle huidige preventie in kaart worden gebracht en effecten daarvan worden doorgerekend. Op basis van een Delphi studie, afgenomen bij zorgverleners op het gebied van valpreventie, is het nulscenario bepaald.

Het nulscenario wordt gekenmerkt door ongestructureerde en een sterk gedifferentieerde aanpak van valpreventie zonder heldere definitie van de doelgroep, en met name door gebruik van niet evidence-based interventies, zoals wandelprogramma's. Daarnaast is er een gebrek aan follow-up. De Delphi resultaten wijzen op max. 35% screening, 20% doorverwijzing naar valpreventieprogramma's en 20% deelname bereidheid. Deze informatie wijst op max. 1,5% deelname van alle 70-plussers aan valpreventie in de huidige situatie. Hieruit concluderen wij dat er geen structurele valpreventie activiteiten plaatsvinden. Daarom stellen we het MKBA nul-scenario voor als een situatie zonder structurele evidence-based valpreventie.

Conceptueel model

De beleidsscenario's zijn onderverdeeld in vier componenten, die ook weer zijn opgedeeld in elementen. Alle componenten zijn zichtbaar gemaakt in het vernieuwde conceptuele model (zie figuur 4). Elk onderdeel van het conceptueel model zal hieronder verder worden toegelicht, inclusief de gemaakte wijzigingen naar aanleiding van de klankbordgroep. Daarnaast zal ook worden aangegeven welke keuzes zijn gemaakt in het ontwikkelproces van dit model, mede dankzij de input van de klankbordgroep.

Figuur 4. Conceptueel model.



Het conceptueel model is gebruikt om verschillende beleidsscenario's te ontwikkelen (zie figuur 4). Het model bestaat uit vier componenten, namelijk doelgroep, vroege opsporing, interventie en implementatie. Per component is bepaald wat belangrijke elementen zijn. In het ontwikkelproces van dit model is input van een klankbordgroep gebruikt.

Binnen de component doelgroep is gekozen voor meerdere leeftijdscategorieën, zonder een bovengrens te hanteren. Daarnaast is kwetsbaarheid ook meegenomen. Dit wordt gedefinieerd als hulpbehoevend, op fysiek, psychisch of sociaal vlak.

De component vroege opsporing is onderverdeeld in meerdere elementen, namelijk frequentie, setting, aanpak en methode. De frequentie is afhankelijk van de leeftijd van de oudere. Bij een hogere leeftijd zal de frequentie hoger liggen. De setting is breed onderverdeeld in opsporing door huisbezoeken (thuis), opsporing vanuit de gemeente (sociaal domein) en opsporing vanuit de eerste en tweede lijn. In de aanpak is een onderscheid gemaakt tussen case-finding en screening. Case-finding betreft de vroegtijdige opsporing van een verhoogd valrisico, bijvoorbeeld met behulp van een

valrisicotest. Screening betreft een uitgebreide beoordeling van risicofactoren, bijvoorbeeld met behulp van een valanalyse. De methode sluit hier op aan, door de keuze van de valrisicotest, de valanalyse, of beiden te bieden.

Binnen de component interventie worden eerst de beweegprogramma's In Balans, OTAGO en Vallen Verleden Tijd genoemd. Deze worden als eerste genoemd, omdat dit een vast, effectief onderdeel is binnen de valpreventie. Vervolgens is er de mogelijkheid geboden om te kiezen voor een multifactoriële aanpak – bestaande uit medicatiebewaking, vitamine D suppletie, verbeteren van de visus en aanpassingen in en om het huis – of follow-up.

De laatste component betreft de implementatie, waarbij het eerste element de landelijke, regionale, of lokale voorlichting vanuit de overheid aan ouderen en hun sociale netwerk betreft. Het tweede element betreft de advisering van de doelgroep door onder andere het sociale netwerk van de oudere, de fysiotherapeut, of de wijkverpleegkundige. Als derde element wordt het wegnemen van financiële belemmeringen genoemd, door extra investering van bijvoorbeeld private investeerders (Health Impact Bond), de gemeente, de zorgverzekeraar of een eigen bijdrage. Het laatste element betreft de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, opgezet door onder andere de gemeente, GGD of Zorggroep.

Beleidsscenario's

Op basis van het conceptueel model zijn er vijf beleidsscenario's uitgewerkt voor de structurele implementatie van effectieve valpreventie. Elk scenario zal hieronder verder worden toegelicht. In bijlage 4 wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van alle vijf de scenario's.

De scenario's dienen als inspiratie en houvast als partijen valpreventie willen opzetten en illustreren hoe de casefinding, screening en toeleiding naar valpreventieactiviteiten in de praktijk georganiseerd kunnen worden. In het kader hieronder worden de verschillende scenario's op hoofdlijnen besproken.

Beleidsscenario's voor effectieve valpreventie

Eerstelijns scenario

Bij alle ouderen (75+) die de huisarts bezoeken, neemt de praktijkondersteuner een valrisicotest af (casefinding). Bij een verhoogd valrisico volgt een uitgebreide screening op verschillende risicofactoren. Deze kan door een huisarts of praktijkondersteuner uitgevoerd worden, die de oudere zo nodig naar de fysiotherapeut verwijst voor een beweegprogramma. De huisarts initieert desgewenst ook de aanpak van andere risicofactoren, bijvoorbeeld aanpassingen van de medicatie in samenspraak met de apotheker.

Wijkscenario

Ouderen (65+) die aankloppen bij het sociaal wijkteam doen standaard een valrisicotest, bij een verhoogd risico gevolgd door een uitgebreide screening op de verschillende risicofactoren. Zo nodig voert het wijkteam een adviesgesprek met de oudere en zijn of haar mantelzorgers. Het team kan de oudere direct naar de fysiotherapeut verwijzen voor een beweegprogramma. Of naar de opticien of de apotheker voor de aanpak van andere risicofactoren. Alle acties worden teruggekoppeld aan de huisarts.

Thuiszorgscenario

Bij ouderen (65+) met een indicatie voor thuiszorg wordt jaarlijks een valrisicotest afgenomen (casefinding). Bij een verhoogd valrisico voert de thuiszorgmedewerker een uitgebreide screening van valrisicofactoren uit en voert een adviesgesprek met oudere en mantelzorgers. De thuiszorgmedewerker verwijst desgewenst naar de fysiotherapeut voor een beweegprogramma. Alle uitkomsten en acties worden teruggekoppeld aan de huisarts, die indien nodig een aanvullend adviesgesprek voert over overige risicofactoren (zoals medicatie of visuscontrole).

Mantelzorgscenario

Via publieksvoorlichting worden mantelzorgers opgeroepen om met behulp van de valrisicotest een verhoogd valrisico te signaleren bij ouderen (75+) in hun omgeving (casefinding). De ouderen worden hierop ook zelf aangesproken. De oproep is om bij een verhoogd risico een adviesgesprek met de huisarts te voeren. Die kan een uitgebreidere screening doen en samen met oudere en mantelzorgers

bepalen welke interventie het beste zou passen. En daarnaast eventuele overige risicofactoren gericht aanpakken.

Integraal scenario

In dit scenario komen alle bovenstaande scenario's bij elkaar, met als aanvulling de inbreng vanuit de tweede lijn. Alle ouderen (65+) die na een val de SEH bezoeken, ondergaan een valrisicotest en indien nodig een uitgebreide screening op risicofactoren. De resultaten worden teruggekoppeld aan patiënt, klinisch geriater en huisarts. In een transmuraal ketenoverleg worden vervolgcacties in de thuissituatie besproken, zodat de huisarts de oudere na een eventuele opname kan blijven begeleiden.

De beleidsscenario's hebben verschillende onderliggende aannames, zoals weergegeven in tabel 6. Deze aannames zijn gebaseerd op de uitkomsten van de Delphi studie en literatuur onderzoek, aangevuld met behulp van aanwezige kennis bij VeiligheidNL en Vilans.

Tabel 6. Aannames voor de vijf beleidsscenario's

	1e lijn (huisarts)	ijk	Thuisorg	Mantelorg	Integraal
leeftijdsgroep	75+	65+	75+	75+	65+
Kwetsbaar ja/nee	nee	ja	ja	nee	Combinatie
Bereik opsporing	80%	20%	18%	30%	70%
Deelname opsporing	100	100	100	100	100
opsporing - waar	ha praktijk	wijkteam	thuiszorg	thuis/huisarts	Combinatie: wijk, thuiszorg, huisarts, fysiotherapeut
Valanalyse - hoog risico	30%	50%	50%	30%	30%
Deelname interventie	50%	40%	50%	40%	40%
Verhoogde kans op letsel	2,5	4	4	2,5	2,5
Verdeling interventies (In balans - VVT - Otago)	40-30-30	30-35-35	30-35-35	40-30-30	40-30-30
Multifactoriële interventie	ja	ja	ja	nee	ja
Effect valpreventie traject	25%	40%	50%	25%	25%
Implementatie strategie	MSV	MSV	MSV	Voorlichtings campagne + MSV	MSV
uiteindelijke deelname	12,0%	4,0%	9,8%	3,6%	8,4%

IV. MKBA MODEL UITKOMSTEN

MKBA model: Kosten opsporing, screening en interventie per beleidsscenario's

In tabel 7 worden de kosten voor opsporing, screening en interventie kosten gepresenteerd per beleidsscenario. Dit zijn de kosten (mln €) voor 1 jaar bij nationale invoering van valpreventie voor deze beleidsscenario's.

Tabel 7. Kosten opsporing, screening en interventie per beleidsscenario (mln €)

	1e lijn (huisarts)	ijk	Thuisorg	Mantelorg	Integraal
Opsporing en valanalyse					
Huisarts	€ 26,5			€ 9,9	€ 6,6
ijkteam		€ 36,5			€ 18,3
Thuisorg			€ 35,6		€ 8,9
Mantelorg				€ 5,3	€ 5,1

2de lijn geriatrie/fysiotherapie					€ 16,8
Valpreventie interventies					
Implementatie strategie	€ 9,7	€ 7,8	€ 8,3	€ 2,9	€ 12,8
Kosten van de beweegdocent	€ 38,9	€ 32,0	€ 33,9	€ 11,7	€ 51,3
Materiaal en overige kosten	€ 14,0	€ 10,5	€ 11,1	€ 4,2	€ 18,5
Multifactoriele aanpak					
Huisarts (consult)	€ 2,1	€ 1,7	€ 1,8		€ 1,8
Ergotherapeut (bezoek/advies)	€ 3,6	€ 2,9	€ 3,0		€ 3,1
Visuscontrole interventie	€ 3,8	€ 3,0	€ 3,2		€ 3,3
Totaal	€ 98,6	€ 94,4	€ 97,0	€ 34,0	€ 146,4
Totaal per deelnemer (€)	€ 646	€ 786	€ 762	€ 743	€ 726

De kosten voor 1^e lijn (huisarts), wijk, en thuiszorg scenario zijn bijna €100 miljoen/jaar. De kosten voor het mantelzorgscenario vallen veel lager uit (€34 miljoen) en de kosten voor het integraal scenario vallen het hoogst uit (€147 mln). De hoge kosten voor het integraal scenario worden vooral veroorzaakt door de breed ingezette opsporing met uiteindelijk een hoog aantal deelnemers aan preventieprogramma's.

MKBA model: Besparingen per beleidsscenario's

In tabel 8 worden de resultaten gepresenteerd van de basis scenario's, waarvan de aannames zijn gepresenteerd in tabel 6.

Tabel 8. Besparingen per beleidsscenario (mln €)

	1e lijn (huisarts)	ijkteam	Thuiszorg	Mantelzorg	Integraal
Mantelzorg	€ 10,7	€ 21,6	€ 28,6	€ 3,2	€ 13,6
MO Thuiszorg	€ 6,9	€ 13,8	€ 18,3	€ 2,1	€ 8,7
ZV	€ 58,2	€ 117,1	€ 155,1	€ 17,5	€ 73,9
Huisarts	€ 10,6	€ 21,2	€ 28,1	€ 3,2	€ 13,4
Ambulance	€ 2,7	€ 5,4	€ 7,1	€ 0,8	€ 3,4
Fysiotherapie	€ 5,4	€ 10,9	€ 14,5	€ 1,6	€ 6,9
Ziekenhuis - SEH opnamen polikliniek	€ 23,8	€ 48,0	€ 63,5	€ 7,1	€ 30,3
Thuiszorg - verpleging verpleging	€ 15,7	€ 31,6	€ 41,8	€ 4,7	€ 19,9
Z-verpleeghuis revalidatie	€ 39,4	€ 79,2	€ 104,9	€ 11,8	€ 50,0
TOTALE BATEN ZORG Mantelzorg MO ZV en Z samen	€ 115,1	€ 231,7	€ 307,0	€ 34,5	€ 146,2
DA's Disability Adjusted Life Years	2.509	5.051	6.691	753	3.188
Gezondheidswinst in Euro's	€ 125,5	€ 252,5	€ 334,5	€ 37,6	€ 159,4

De totale besparingen (zonder DALY winst) door verminderd aantal vallen variëren enorm per scenario, van €34 voor het mantelzorgscenario tot €307 miljoen voor het thuiszorg scenario. Deze besparingen vinden in alle scenario's voor ongeveer de helft plaats in het domein van de ZVW (51%–

met name door ziekenhuis kosten en thuiszorg) en ongeveer een derde in de WLZ. De besparingen door gezondheidswinst (monetarisering DALYs) is voor alle scenario's iets hoger dan de besparingen in de zorg.

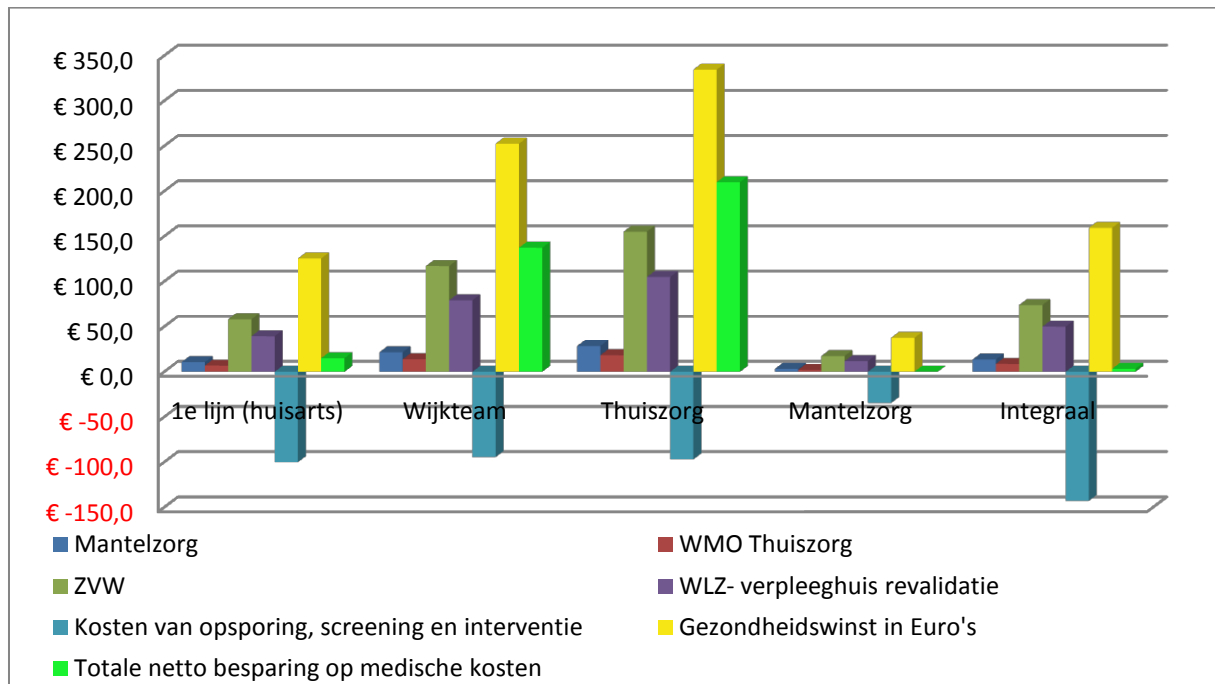
De besparingen zijn hoog, doordat je door voorkomen van een val en daarmee voorkomen van letsel door een val (e.g. gebroken heup) veel zorgkosten (met name ziekenhuisopnames thuiszorg en verpleeghuiszorg) bespaart.

MKBA model: resultaten

Tabel 1. Resultaat MKBA (mln €)

	1e lijn (huisarts)	2e lijn (ijkteam)	Thuiszorg	Mantelzorg	Integraal
TOTALE BATEN ZORG TOTAALEN	€ 115,1	€ 231,7	€ 307,0	€ 34,5	€ 146,2
Mantelzorg, MO-ZV en 2e lijn samen					
TOTALE KOSTEN opsporing, screening en interventie	€ 100,0	€ 94,4	€ 97,0	€ 34,5	€ 142,9
Totale netto besparing op zorgkosten (zonder DA's)	€ 15,1	€ 137,3	€ 210,0	€ 0,1	€ 3,4
BESPARINGEN DA's	€ 125,5	€ 252,5	€ 334,5	€ 37,6	€ 159,4
Gezondheidswinst in Euro's					
TOTALE BESPARINGEN DA's en BATEN ZORG	€ 241	€ 484	€ 641	€ 72	€ 306
Totale netto besparing (incl DA's)	€ 141	€ 390	€ 545	€ 38	€ 163

De netto baten (kosten-baten zonder DALY winst) variëren van €100.000 voor het mantelzorg scenario tot €210 miljoen voor het thuiszorg scenario (tabel 9). Wanneer de baten voor gezondheidswinst ook worden meegenomen variëren de netto baten van € 38 miljoen voor het mantelzorg scenario tot € 545 miljoen voor het thuiszorg scenario. Het thuiszorg en wijkscenario scoren goed vanwege de grote absolute effecten bij een aanpak die zich richt op kwetsbare ouderen. Het mantelzorg scenario brengt de minste kosten met zich mee, maar levert relatief weinig op. Het Huisarts en integraal scenario hebben ook een positief resultaat (hogere baten dan kosten) (figuur 5).

Figuur 5. Kosten en besparingen voor de 5 scenario's, mln euro


In figuur 5 wordt per scenario de omvang van investering (opsporing, screening en interventie), zichtbaar gemaakt in de 'negatieve' kolom en afgezet tegen de opbrengst. De gele balk laat de gezondheidswinst zien in euro's, de DALY-winst. De lichtgroene balk toont de netto besparing op directe medische kosten, de totale besparing verminderd met de totale investering. Ook hier is goed te zien dat de meeste winst wordt behaald in het thuiszorg- en wijkscenario.

MKBA ratio

De MKBA ratio presenteert het rendement per geïnvesteerde euro (zie tabel 10). Een kosten-baten ratio van 1,0 wil zeggen dat het project maatschappelijk kan renderen. Bij een ratio <1 zijn de kosten hoger dan de baten. Een Kosten-batenratio hoger dan 1,0 betekent hogere baten dan kosten.

Tabel 1 MKBA ratio voor de 5 beleidsscenario's

	1e lijn (huisarts)	Wijkteam	Thuiszorg	Mantelzorg	Integraal
RATIO (Baten / kosten)	1,15	2,46	3,17	1,00	1,02
RATIO (Baten / DA)	2,40	5,13	6,62	2,09	2,14

De MKBA ratio is positief voor alle 5 de beleidsscenario's. De MKBA ratio is het meest gunstig voor het thuiszorgscenario, gevolgd door het wijkscenario.

Verdeling van de opbrengst

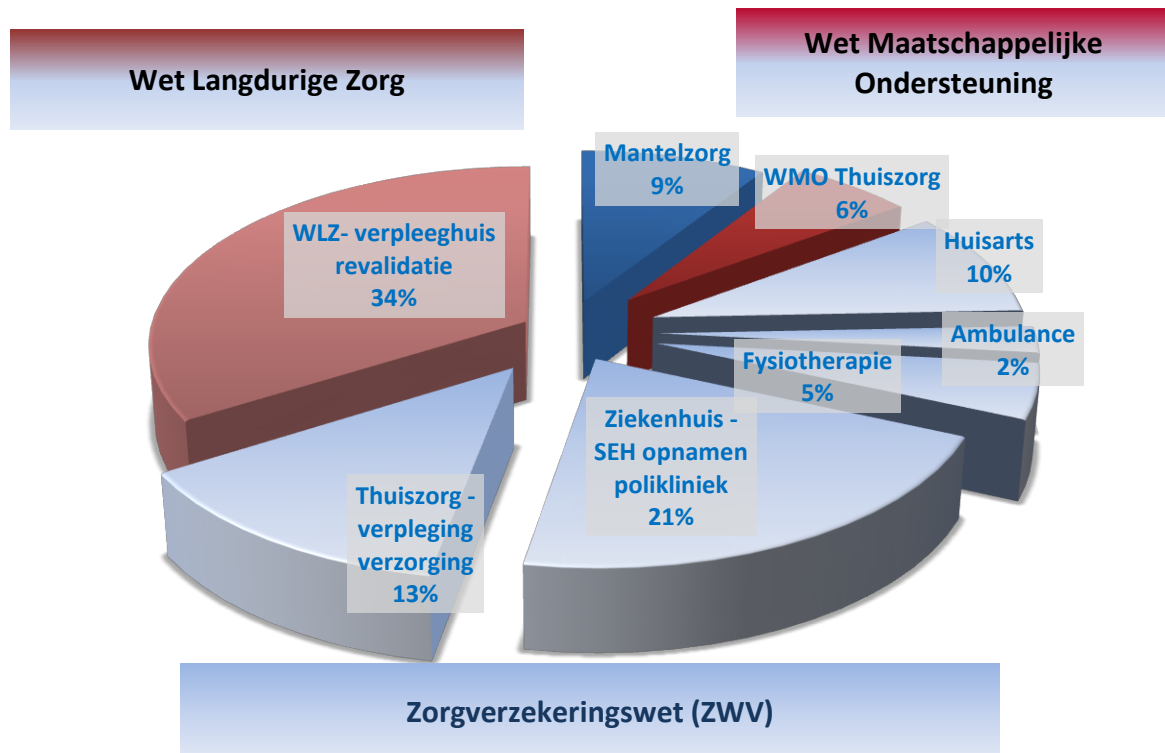
In figuur 7 wordt weergegeven waar het rendement van valpreventie terecht komt. Een belangrijk gevolg van valpreventie is dat de helft van de opbrengst bij de zorgverzekeraar terecht komt (ZVW), dit zijn voornamelijk besparingen uit ziekenhuisopnamen en thuiszorg ten gevolge van letsel (zie figuur 7).

Vanwege minder opnamen in het verpleeghuis komt meer dan een derde van de opbrengst terecht bij de Rijksoverheid (WLZ). De gemeenten profiteren van de opbrengst uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, waarvan in dit model alleen de opbrengst uit huishoudelijke thuiszorg bekend is. Het effect op andere WMO voorzieningen, zoals dagopvang, woningaanpassing, vervoer- en hulpmiddelen, wordt nog nader onderzocht.

De verdeling van effecten is vrij stabiel zoals in figuur 6 weergegeven: de meeste besparingen worden behaald bij senioren van 75 jaar en ouder omdat in deze categorie veruit de meeste kosten worden

gemaakt. Omdat de meeste scenario's voor een groot deel op 75+ gericht zijn, is ook de verdeling in de meeste scenario's ZVW-WLZ-WMO-Mantelzorg 50%-35%-6%-10%. In figuur 6 wordt de gemiddelde verdeling gegeven over de vijf scenario's. De verdeling in de leeftijd tot 75 jaar laat een lager aandeel WLZ (23%) tegen een hoger aandeel ZVW-kosten (72%) zien, maar deze leeftijdscategorie heeft weinig invloed op de totale omvang van de besparingen.

Figuur 6. Verdeling van rendement valpreventie in het algemeen



MKBA model: Effect op uitkomsten bij aannames 65+ en 20% effect interventies voor alle scenario's

In tabel 11 zijn berekeningen in het MKBA model uitgevoerd waarbij voor alle beleidsscenario's de aanname is gedaan van inclusie 65+ (wijziging voor Mantelzorg- en 1^e lijnsmodule waar in basis model de leeftijdsgrens 75+ is) en een effect voor alle 5 de interventies van 20% (waarbij in basisscenario het effect varieert van 25%-50%).

Tabel 11. Besparingen voor de beleidsscenario's met aannames:65+ en 20% effect interventie (mln €)

	1e lijn (huisarts)	ijkteam	Thuiszorg	Mantelzorg	Integraal
Mantelzorg	€ 20	€ 7	€ 8	€ 6	€ 17
MO Thuiszorg	€ 13	€ 4	€ 5	€ 4	€ 11
ZVW	€ 110	€ 37	€ 46	€ 33	€ 94
Huisarts	€ 20	€ 7	€ 8	€ 6	€ 17
Ambulance	€ 5	€ 2	€ 2	€ 2	€ 4
Fysiotherapie	€ 10	€ 3	€ 4	€ 3	€ 9
Ziekenhuis - SEH opnamen polikliniek	€ 45	€ 15	€ 19	€ 13	€ 39
Thuiszorg - verpleging	€ 30	€ 10	€ 12	€ 9	€ 25

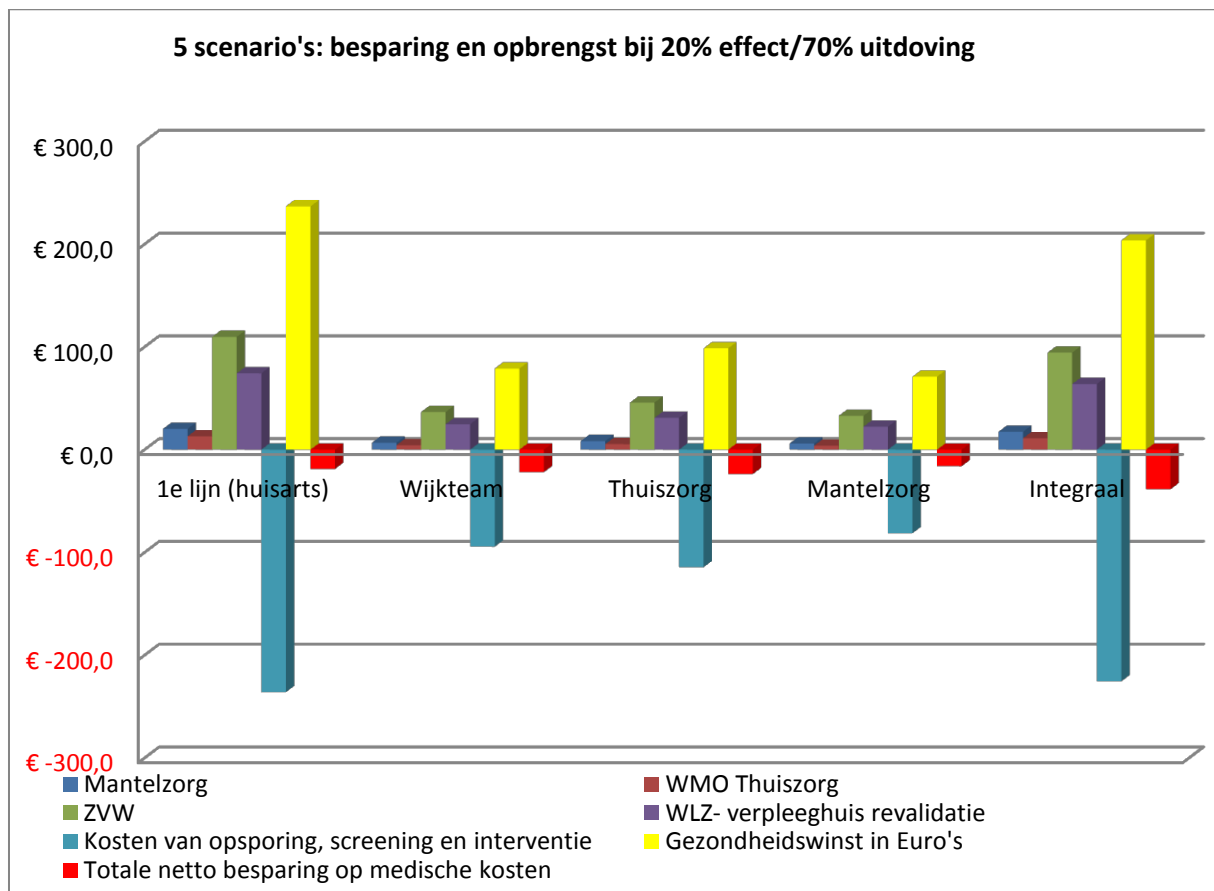
vergoeding					
Z- verpleeghuis revalidatie	€ 74	€ 25	€ 31	€ 22	€ 64
ZORG TOTAA en Z samen	€ 217	€ 72	€ 91	€ 65	€ 187
AF Kosten van opsporing screening en interventie	€ 236	€ 94	€ 114	€ 81	€ 225
Totale netto besparing op medische kosten	-€ 19	-€ 22	-€ 24	-€ 16	-€ 39
DA's Disability Adjusted life years	€4.735	€1.578	€1.973	€1.421	€4.073
Geondheidswinst in Euros	€ 237	€ 79	€ 99	€ 71	€ 204

Wanneer valpreventie plaats vindt bij alle ouderen van 65+ en het effect van de interventie lager is dan op basis van de literatuur verwacht, dan is de MKBA voor geen van de beleidsscenario's positief. Verlaging van de leeftijd resulteert er in dat de kosten voor opsporing en screening toenemen bij het mantelzorg en 1^e lijns-scenario en dat de baten relatief afnemen, omdat de interventies minder effect hebben.

Het effect van de interventie is zeer bepalend voor de uitkomsten van de MKBA. Een daling van het effect naar 20% betekent voor 1^e lijns, wijk en integraal scenario (waarbij leeftijd al 65+ was) dat deze allemaal geen positief resultaat meer hebben (figuur 7).

Ons model laat verder zien dat de verhouding tussen investeringen en opbrengsten niet gunstig is bij een lage leeftijdsgrens.

Figuur 7. Besparingen en opbrengsten voor de 5 beleidsscenario's met aanname van 20% interventie effect



In figuur 7 wordt zichtbaar dat verlaging van de leeftijd naar 65+ leidt tot hogere aantallen en kosten in het opsporings-, screening- en interventietraject, vooral in het huisarts- en integraalscenario. Vanwege het lage effect wijst in alle scenario's de rode balk naar beneden: De besparingen wegen door deze selectie niet op tegen de investeringen. De gezondheidswinst is in de eerder genoemde twee scenario's wel hoger dan in het basisscenario omdat de populatie 65+ gemiddeld jonger is, met een hogere levensverwachting: de preventie van een letsel levert dan meer QALY's op.

Sensitiviteitsanalyse

De uitkomsten van een MKBA worden beïnvloedt door onzekere factoren. Kennisonzekerheid kan in beeld worden gebracht met gevoeligheidsanalyses, toekomstonzekerheid met scenario-analyses (zie tabel 12). De aannamen bij het basisscenario zijn intact gelaten en achtereenvolgens zijn de uitkomsten berekend met correctie voor de bijdrage van het bestaande aanbod (20%-40%) aan het effect, het uitdovingseffect wordt op 30-50% gezet, leeftijd van de doelgroep op 65+ of 75+.

Het mantelzorg- en integraal-scenario leveren het minste op, zeker met correctie voor bestaan aanbod. Dat heeft te maken met de ruimere selectiecriteria bij opsporing en screening, waarbij ouderen met een relatief laag valrisico worden geselecteerd. Als de selectie wordt ingezet op alle ouderen van 65 jaar en ouder, ongeacht het initiële valrisico is de uiteindelijke opbrengst lager. Dat is te zien bij het 1^e lijns scenario. Bij het wijkteam- en thuiszorg scenario is de opbrengst hoger vanwege de selectie van hoog-risico-cases.

Tabel 12. Sensitiviteitsanalyses per beleidsscenario

	Eerste lijn	Wijkteam	Thuiszorg	Mantelzorg	Integraal
Basis scenario	€ 15,1	€ 137,3	€ 210,0	€ 0,1	€ 3,4
Nulscenario					

- 2 ^{de} effect bestaand aanbod	€ 9,3	€ 118,8	€ 179,3	-€ 1,7	-€ 4,0
- 4 ^{de} effect bestaand aanbod	€ 3,5	€ 100,3	€ 148,6	-€ 3,4	-€ 11,3
itdovingseffect 3 ^{de}	€ 135,7	€ 259,4	€ 507,1	€ 36,6	€ 146,2
itdovingseffect 5 ^{de}	€ 63,6	€ 150,8	€ 322,0	€ 15,0	€ 58,0
leeftijd 65	-€ 24,4	€ 84,7	€ 165,7	-€ 17,1	-€ 42,8
leeftijd 5	€ 20,8	€ 61,6	€ 210,0	€ 1,8	€ 9,4
Tijdsduur 5 jaar	€ 228,1	€ 351,1	€ 588,5	€ 68,4	€ 280,4
Tijdsduur levenslang	€ 259,0	€ 414,1	€ 669,1	€ 77,7	€ 318,8

4.1.1. Zijn de resultaten van het project bekend gemaakt bij relevante databanken

Ja/Nee

Indien ja, welke?

Voor welke doelgroepen zijn deze resultaten van belang?

- Deze resultaten zijn allereerst erg belangrijk bij de toets of een Health Impact Bond (HiB) een haalbaar financieel construct is om barrières in de uitvoeringsbekostiging op te heffen.
- Daarnaast is deze MKBA van belang voor professionals, onderzoekers en beleidsmakers betrokken bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van valpreventie interventies in Nederland in het algemeen.
- De inzichten, die in dit project worden verworven zijn ook bruikbaar voor iedereen die betrokken is bij toepassing van MKBA's bij andere maatschappelijke business cases en preventie thema's.

Welke activiteiten voor welke doelgroepen heeft u al verricht en gaat u nog uitvoeren om goede verspreiding en implementatie van de resultaten te bevorderen?

Deze MKBA valpreventie sluit aan, draagt bij en maakt onderdeel uit van een bredere haalbaarheidsstudie die Vilans en VeiligheidNL uitvoeren voor de HiB Valpreventie. De opgedane kennis in deze MKBA is daarmee geborgd in een breder proces waarbij op diverse momenten kennis gedeeld is met een groot aantal betrokken partijen, vertegenwoordigd in een expert- en praktijkpanel en het brede netwerk van geïnteresseerden. Met Vilans en VeiligheidNL als linking pin in beide studies wordt de inhoudelijke samenhang geborgd. Volgens het concept van "share and learn" worden de verworven inzichten op diverse momenten en op diverse manieren (bv nieuwsbrieven, berichten in de Linked In groep Kennisnetwerk Valpreventie Senioren met iets meer dan 1.100 leden) gedeurende de haalbaarheidsstudie gedeeld met een netwerk van geïnteresseerden.

Binnen dit netwerk zal de kennis verworven met het MKBA project worden verspreid en geïmplementeerd.

Activiteiten die al zijn verricht:

1. Tijdens de uitvoering van de MKBA valpreventie is op diverse momenten kennis gevraagd en gedeeld met een wetenschappelijke adviesraad en klankbordgroep. In de adviesraad en klankbordgroep zijn belangrijke stakeholders vertegenwoordigd, zoals verzekeraars, gemeenten, zorginstellingen en zorgverleners en de ouderenbonden. Deze stakeholders zullen de resultaten van de MKBA in hun eigen netwerken en via hun eigen kanalen verder verspreiden.
2. Er is een presentatie gegeven tijdens een HiB vergadering over het MKBA model.
3. Er is een Delphi studie uitgevoerd onder ruim 100 zorgverleners. Deze deelnemers hebben allen aan het eind van de studie een samenvatting ontvangen van de uitkomsten van deze MKBA studie, met als doel om de resultaten te verspreiden.
4. Er is een nieuwsbericht met de resultaten van de Delphi studie verschenen op de Vilans Website.
5. De uitkomsten van de studie zullen tevens worden gepubliceerd in een internationaal wetenschappelijk artikel – Een artikel voor de Delphi studie is al ingediend bij een internationaal tijdschrift.
6. De uitkomsten zijn en worden verder breed verspreid via kennisplatforms van belanghebbenden, waaronder het Kennisnetwerk Valpreventie Senioren van VeiligheidNL als het Zorg voor Beter Platform van Vilans.
7. De uitkomsten van de Delphi en het conceptueel model en beleidscenario's zijn al verwerkt in Hib rapport dat is aangeboden aan VWS.
8. Er is een presentatie gehouden tijdens kick off regionaal valpreventie initiatief GGD Gooi –en vechtstreek.

Activiteiten die nog worden uitgevoerd:

1. Er zal een workshop worden georganiseerd, waarin door de deelnemers concreet met het MKBA model Valpreventie kan worden geoefend. Met deze aanpak is ervaring opgedaan bij de eerder ontwikkelde business cases rond valpreventie op instellingsniveau en dit voorziet in een behoefte uit het veld.
2. Tevens zal het MKBA model Valpreventie worden ingezet in het public health onderwijs van het Erasmus MC, onder andere in het kader van een internationale cursus rond ongevallenpreventie van het Netherlands Institute for Health Sciences.
3. Het MKBA model wordt zo opgebouwd dat het mogelijk is om het model te gebruiken om andere/nieuwe beleidsstrategieën (deels) door te rekenen ten opzicht van het nul-scenario. Het model zal op aanvraag beschikbaar worden gesteld.
4. Dit MKBA model en de meer generieke toepassingsmogelijkheden hiervan zullen gepresenteerd worden tijdens het Nationaal Congres Volksgezondheid om kennis hierover te delen met het brede veld van de publieke gezondheid in Nederland.
5. De uitkomsten van de studie zullen tevens worden gepubliceerd in een internationaal wetenschappelijk artikel – Een artikel over het MKBA model zal in de loop van 2017 worden ingediend bij een (inter)nationaal tijdschrift.
6. Het MKBA model zal worden gepresenteerd tijdens internationale veiligheidscongressen.
7. Het MKBA model zal ook worden toegepast in andere valpreventie projecten, o.a. in het kader van het ZonMw NPO valpreventie project en het FNO valpreventie project van Erasmus MC.

Neemt een persoon of organisatie de nieuwe kennis, innovatie of werkwijze over, of gaat deze verder met de resultaten van het project?

Ja, zeker

Indien Misschien of Ja, zeker: beantwoord ook de volgende drie vragen:

Vindt het vervolg plaats binnen of buiten ZonMw

Binnen ZonMw, bij het programma:...

Buiten ZonMw, de volgende partijen of organisaties: VeiligheidNL zal MKBA model beheren. Erasmus MC blijft betrokken bij doorontwikkeling van het model en nieuwe toepassingen in onderzoek en onderwijs.

Vindt het vervolg plaats in een andere fase van de kennisketen¹

Nee, het vervolg blijft in deze fase van de kennisketen:

- Fundamenteel onderzoek
- Strategisch onderzoek
- Toegepast onderzoek
- Ontwikkelprojecten
- Implementatieprojecten

Ja, het vervolg vindt plaats in deze fase van de kennisketen:

- Fundamenteel onderzoek
- Strategisch onderzoek
- Toegepast onderzoek
- Ontwikkelprojecten
- Implementatieprojecten

Toelichting

Kunt u de antwoorden toelichten cq. onderbouwen:

De MKBA kan en zal worden benut bij projecten waarin op lokaal, regionaal en landelijk niveau keuzen worden gemaakt rond de implementatie van specifieke vormen van een valpreventie aanpak. Voor het NPO valpreventie project zal de MKBA als basis voor doorrekening financiering en voor onderbouwing financiële borging worden gebruikt.

Bijdrage aan maatschappelijke ontwikkelingen

a. Heeft dit projectresultaat een toepassing in de **praktijk** gekregen?

Ja, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing heeft gekregen.

¹ ZonMw bestrijkt alle vijf fasen van de kennisketen: fundamenteel onderzoek, strategisch onderzoek, toegepast onderzoek, ontwikkelprojecten en implementatieprojecten.

- Misschien, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing mogelijk gaat krijgen
- Nee, ga door naar vraag 4.4.3.b.

Denk hierbij aan:

- Gebruik in richtlijnen, protocollen, standaarden, etc
- Gebruik in inhoud, kwaliteit of doelmatigheid van de zorg of preventie
- Gebruik in verandering van professionele handelen of organisatorische verandering
- Verandering in keuze van zorg of leefstijl van patiënt, consument, burger
- Gebruik in handleidingen, onderwijsmodules, leerboeken, etc
- Gebruik in technologische ontwikkelingen, instrumentenontwikkeling, etc
- Gebruik in grootschalige verbeterprogramma's zoals doorbraakprojecten, LAK, etc
- Anders, namelijk: gebruik om keuzen in kader HiB valpreventie te ondersteunen

Toelichting:

4.4.3.b. Heeft dit projectresultaat een toepassing in **beleid** gekregen?

- Ja, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing heeft gekregen.
- Misschien, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing mogelijk gaat krijgen
- Nee, ga door naar vraag 4.4.3.c.

Denk hierbij aan:

- Gebruik bij besluitvorming over DBC ontwikkeling, verstrekingsregels basispakket, verzekerde pakketten, etc
- Gebruik in adviesrapporten, signalementen van raden, colleges, RIVM, NIVEL, CvZ, etc
- Gebruik in beleidsnotities VWS of NWO, intern of extern, of in beleidsbrieven aan tweede kamer
- Gebruik in beleidsnotities van landelijke koepels en organisaties
- Andere bijdrage aan zorg- of preventiebeleid, namelijk

Toelichting:

Nog geen toepassing in beleid, maar ons model is beschikbaar en kan door diverse maatschappelijke partijen worden benut. Scholing in gebruik van het model via workshops is belangrijke voorwaarde. We overleggen graag met ZonMw hoe we dit implementatietraject vorm kunnen gaan geven.

4.4.3.c. Heeft dit projectresultaat een **commerciële toepassing** gekregen?

- Ja, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing heeft gekregen.
- Misschien, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing mogelijk gaat krijgen
- Nee, ga door naar vraag 5.

Denk hierbij aan:

- Gebruik van projectresultaat als te vermarkten intellectueel eigendom
- Octrooien, royalty regeling of andere overeenkomst mbt intellectueel eigendom
- Actieve betrokkenheid of interesse van bedrijf, ondernemer

- Nieuwe onderneming als gevolg van projectresultaat of overgang van direct bij het project betrokken personen naar zo'n nieuwe onderneming
- Anders, namelijk:

Toelichting:

V. Publicaties en producten

ET OP **Denk eraan producten en publicaties te melden via Producten in ProjectNet. Hier is het mogelijk om tijdschriftartikelen, boeken, proefschriften, poster, congresbijdragen e.d. te vermelden.**

VI. Algemene opmerkingen

Publiekssamenvatting

ZonMw publiceert alle gehonoreerde projecten op haar website met een leesbare samenvatting. Om de projectinformatie te actualiseren, ontvangen wij graag een aangepaste publiekssamenvatting waarin de resultaten van het project zijn verwerkt. Deze samenvatting is bedoeld voor een breed geïnteresseerd publiek, op taalniveau eind VWO, en omvat maximaal 1000 karakters, inclusief spaties. Op www.zonmw.nl/schrijfwijzer vindt u een handleiding voor het schrijven van deze samenvatting.

Met een maatschappelijke kostenbaten analyse (MKBA) valpreventie bij ouderen zijn de maatschappelijke effecten (kosten en baten) van de valpreventie in kaart gebracht.

De MKBA is uitgevoerd in meerdere onderzoekstappen: literatuurstudie, definiëren nulscenario en beleidsscenario's, Delphi studie onder professionals, ontwikkelen MKBA model, bepalen kosten en baten, onzekerheidsanalyses.

Het MKBA model omvat:

1. De kosten van opsporing, screening en interventiekosten van valpreventie interventies;
2. De effecten van valpreventie op het voorkomen van vallen (e.g. tav ziekenhuiszorg, mantelzorg, DALY's);
3. De kosten en baten van implementatie van structurele evidence based valpreventie voor 5 beleidsscenario's;
4. De kosten en baten van implementatie van de interventie voor de verschillende domeinen (e.g. WLZ, WMO).

Structurele implementatie van evidence based valpreventie in Nederland onder alle ouderen kan leiden tot een flinke gezondheidswinst gecombineerd met netto kostenbesparingen.

Bijlage 1. Referenties

- CAK. Uurtarieven <https://www.hetcak.nl/portalserver/portals/cak-portal/pages/k1-2-9-4-uurtarie-ven.html> (geraadpleegd op 30/04/2015). 2014.
- Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation science*. 2012;7(91).
- Faber M, Bosscher R, Chin A, van Wieringen P. Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: a multicenter randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87:885-96.
- Franco M, Tong A, Howard K, Sherrington C, Ferreira P, Pinto R, et al. Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *BJSM*. 2015;0:1-9.
- Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Lamb S, Gates S, Cumming R, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;15(2):CD007146.
- Hawley-Hague H, Horne M, Skelton D, Todd C. Older Adults' Uptake and Adherence to Exercise Classes: Instructors' Perspectives. *Human Kinetics*. 2015.
- Hoefman R, van Exel J, Brouwer W. Measuring the impact of caregiving on informal carers: a construct validation study of the CarerQoL instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11(173).
- In Balans. VeiligheidNL. [cited 2017 02-01-2017]; Available from: <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/interventies/beweeginterventies/in-balans>.
- Kirchoff M, Damgaard K. Cognitive and physical resources are important in order to complete a geriatric fall prevention programme. *Dan Med J*. 2016;63(1):A5175.
- Kuiper J. Implementatie van valpreventie voor ouderen: ervaringen met 'Halt! U valt'. 2015.
- Kuiper J, Panneman M, Adriaensens L. Wat werkt in valpreventie. Amsterdam: VeiligheidNL. 2013.
- Laventure B, Skelton D. Breaking down the barriers: strategies to motivate the older client to begin and sustain exercise participation. *olderclient*. 2008.
- Lutomski J, Baars M, Schalk B, Boter H, Buurman B, den Elzen W, et al. The development of The Older Persons and Informal Caregivers Survey Minimum Dataset (TOPICS-MDS): A large-scale data sharing initiative. *PloS ONE*. 2013;8(12):e81673.
- Otago oefenprogramma. VeiligheidNL. [cited 2017 02-01-2017]; Available from: <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/interventies/beweeginterventies/otago>.
- ProFouND. Falls prevention intervention factsheets. 2015.
- Roijen. Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. 2015.
- Stubbs B, Breda S, Denlinger M. What works to prevent falls in community-dwelling older adults? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *American Physical Therapy Association*. 2015;95.
- Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2010;39(6):681-7.
- van Schooten K, Sluijter A, Pijnappels M, Meskers C, Maier A. Meer bewegen en minder vallen bij kwetsbare ouderen. Overzicht van effectieve interventies met aanbevelingen voor succesvolle implementatie. *Fonds NutsOhra*. 2015.
- Vestjens L, Kempen G, Crutzen R, Kok G, Zijlstra G. Promising behavior change techniques in a multicomponent intervention to reduce concerns about falls in old age: A Delphi study. *Health education research*. 2015;30(2):309-22.
- Weerdesteyn V, Rijken H, Geurts A, Smits-Engelsman B, Mulder T, Duysens J. A five-week exercise program can reduce falls and improve obstacle avoidance in the elderly. *Gerontology*. 2006;52(3):131-41.

Bijlage 2. Beschrijving valpreventie interventies en kostenberekening

In Balans

In Balans is een interventie van VeiligheidNL die zich richt op het voorkomen van valongelukken bij ouderen door middel van bewustwording van risicofactoren en beïnvloeding van het eigen beweeggedrag (Website VeiligheidNL). Het doel van In Balans is het verbeteren van de algemene conditie en mobiliteit. Verder richt de interventie zich op ontspanning en toename van het zelfvertrouwen van ouderen. In Balans richt zich op pre-fragiele en zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder die zich onzeker voelen tijdens het lopen, bang zijn om te vallen en/of al vaker zijn gevallen.

Inhoud:

In Balans is een groepsinterventie. De cursus bestaat uit enkele voorlichtingsbijeenkomsten en een beweegprogramma. De voorlichtingsbijeenkomsten hebben als doel om deelnemers bewust te maken van de aanwezige valrisico's. Er wordt getracht de deelnemende ouderen meer kennis bij te brengen over het voorkomen van een val. Het beweegprogramma is gebaseerd op de Chinese beweegvorm Tai Chi en heeft het verbeteren van de algehele fitheid, spierkracht en balans als doel. Daarnaast biedt het beweegprogramma een gerichte training voor opstaan en lopen. In Balans wordt begeleid door fysiotherapeuten, oefentherapeuten, en MBvO-docenten (Stichting Meer Bewegen voor Ouderen). Deze cursusbegeleiders hebben een e-learning en een tweedaagse opleiding gevolgd.

Effectiviteit

Uit onderzoek is gebleken dat beweegprogramma's die gericht zijn op het verbeteren van balans, spierkracht en mobiliteit het meest effectief zijn om valrisico's te verminderen (Gillespie, 2009). Onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam toont aan dat ouderen na het volgen van de interventie In Balans maar liefst 61% minder kans maken om te vallen en dat hun valangst met 37% afneemt (Faber, 2006). Bovendien is de In Balans interventie erkend als 'goed onderbouwd' door het Centrum Gezond Leven van het RIVM.

Kostprijs interventie

De kostprijs voor een In Balans cursus met 12 deelnemers is berekend op €4.415 (zie tabel 14). Dit komt neer op €368 per deelnemer.

Tabel 14. Kostprijs In Balans.

Omschrijving	Kosten (per eenheid)	N	Kosten
Informatiebijeenkomst (2 uur)			
Zaalhuur	€25 per uur	2	€50
Screening	€36,50 per uur	4	€146
Docent			
Honorarium	€36,50 per uur	2	€73
Reiskosten	€0,28 per km	40	€11,20
Huur TV en materialen			€20
Kopieren wervingsfolders			€30
Catering	€1 per deelnemer	12	€12
Cursusbijeenkomst (3x2 uur)			
Zaalhuur	€25 per uur	2	€50x3
Docent			
Honorarium	€36,50 per uur	2	€73x3
Reiskosten	€0,28 per km	40	€11,20x3
Cursusboeken	€14 per deelnemer	12	€168
Kopieren aanvullende materialen			€12
Catering	€1 per deelnemer	12	€12x3
In Balans training (20x1 uur)*			
Zaalhuur (2 bijeenkomsten van 2 uur)	€25 per uur	1	€25x22
Docent			
Honorarium (2 bijeenkomsten 2 docenten)	€36,50 per uur	1	€36,50x24

Reiskosten	€0,28 per km	40	€11,20x22
Catering	€1 per deelnemer	12	12x20
Organisatie werving en toeleiding deelnemers			€1.442
Opleiding docenten			€100
Totale kosten In Balans			€4.415
Totale kosten per deelnemer			€368

* Twee bijeenkomsten zijn afwijkend: duur van 2 uur met 2 aanwezige docenten

Otago

Otago is een interventie voor ouderen met het voorkomen van valongevallen als hoofddoel (Otago website). Tevens richt de interventie zich op het verbeteren van evenwicht, beenspierkracht, loopvaardigheid, algemene conditie, het uitvoeren van dagelijkse verrichten en het zelfvertrouwen. Het Otago programma bestaat uit een set van beweegoefeningen die ouderen thuis zelf uit voeren. Ook wordt er een wandelprogramma opgesteld. Een Otago instructeur begeleidt en coacht de deelnemers door middel van huisbezoeken en telefonisch contact. De doelgroep van Otago bestaat uit zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder met een verhoogd valrisico. Het programma is ook geschikt voor kwetsbare ouderen.

Inhoud

Otago bestaat uit een individueel oefenprogramma met opeenvolgende sessies die onder begeleiding van een Otago instructeur bij de oudere thuis plaatsvindt. Om deze reden is de interventie geschikt voor meer fragiele ouderen. Tijdens de sessies worden beenspierversterkende oefeningen, evenwichtsoefeningen, en een wandelschema behandeld. Het oefenschema wordt op het individu afgestemd. De standaard opzet van Otago bestaat uit zes huisbezoeken per jaar, waarvan de eerste de intake beslaat. Verder vinden er ongeveer elf telefonische contacten plaats om de voortgang van het oefenprogramma te monitoren. De instructeurs zijn fysiotherapeuten, oefentherapeuten, bewegagogogen of sport- en beweging coördinatoren die een speciale training hebben gevolgd.

Effectiviteit

Het Otago oefenprogramma is in Nieuw-Zeeland ontwikkeld en is tevens onderzocht op effectiviteit. Een meta-analyse van zeven gecontroleerde trials toont aan dat na het volgen van Otago de risico's op vallen en overlijden na een jaar significant afnemen (incidence rate ratio (IRR)=0,68 en 0,45 respectievelijk) (Thomas, 2010). Een procesevaluatie heeft aangetoond dat Otago goed uitvoerbaar was voor ouderen en dat 70% van de deelnemers na een jaar nog steeds oefent. De effectiviteit van de Otago interventie wordt door het Centrum Gezond Leven van het RIVM beschouwd als 'goed onderbouwd'.

Kostprijs interventie

De kostprijs voor een Otago programma is berekend op €553 per deelnemer (zie tabel 15). Hierbij is aangenomen dat de fysiotherapeut de huisbezoeken aflegt per auto.

Tabel 15. Kostprijs Otago.

Omschrijving	Kosten (per eenheid)	N	Kosten
Fysiotherapie (8 zittingen aan huis)*			
Reguliere zitting	€36,50 per zitting	8	€292
Telefonisch consult	€12 per consult	11	€132
Reiskosten (gem. afstand 2,2 km x2)	€0,19 per km	4,4	€0,84x8
Parkeerkosten			€3x8
Deelnemers			
Aanschaf materialen	€47,50	1	€47,50
Opleidingskosten docent			€31
Totale kosten per deelnemer			€533

*Voor de intake zijn 2 zittingen gerekend

Vallen Verleden Tijd

Het Vallen Verleden Tijd programma is een groepstraining voor ouderen die ontwikkeld is door de Sint Maartenskliniek in Nijmegen [Vallen Verleden Tijd]. Het primaire doel van het Vallen Verleden Tijd programma is het verminderen van het aantal valincidenten bij thuiswonende ouderen met verhoogd valrisico op basis van mobiliteitsproblemen, valhistorie of valangst. Secundaire doelen zijn bewustwording van valgevaarlijke situaties, het verminderen van valangst, en het verbeteren van het activiteitsniveau, mobiliteit en balans.

Inhoud

Het Vallen Verleden Tijd programma is een groepstraining voor maximaal 10 personen en bevat de volgende onderdelen: een hindernisbaan, sport en spelvormen en valtraining. Het totale programma bestaat uit tien bijeenkomsten van anderhalf uur en wordt twee maal per week aangeboden (totale duur 5 weken). Voor het aangepaste programma voor mensen met osteoporose wordt het originele programma als basis gebruikt. Daarnaast zijn voorlichting over osteoporose, veiligheid in en om huis, functionele looptraining en bot belastende oefeningen toegevoegd. Dit programma bestaat uit 11 bijeenkomsten. Tijdens de hindernisbaan worden valgevaarlijke situaties uit het dagelijks leven onder veilige omstandigheden geoefend. Gedurende het programma worden de oefeningen moeilijker gemaakt door toevoeging van motorische en cognitieve dubbeltaken. Voorbeelden van hindernissen zijn verschillende ondergronden en hellingen. De sport en spelvormen bevatten oefeningen met veel veranderingen in snelheid en richting waardoor chaos wordt gecreëerd. De deelnemers leren om hun bewegingen goed aan te passen aan de omgeving en op tijd te starten en stoppen. Omdat niet alle valpartijen voorkomen kunnen worden, worden tijdens de valtraining valtechnieken geleerd, gebaseerd op oosterse vechtsporten, om zo veilig mogelijk te leren vallen.

Effectiviteit

In een gerandomiseerde trial van Weerdesteyn et al. (2006) is de effectiviteit van het Vallen Verleden Tijd programma onderzocht. In totaal hebben 113 thuiswonende ouderen met een valgeschiedenis deelgenomen aan deze studie. Voor en na de interventie werden valincidenten geregistreerd door middel van maandelijkse valregistratiekaartjes tot 6 maanden na de interventie. De oefengroep onderging het Vallen Verleden Tijd programma terwijl de controle groep geen interventie volgde. De oefen- en controlegroep waren vergelijkbaar bij aanvang van de studie. Het aantal valincidenten en vertrouwen in balans werden gebruikt als uitkomstmaat. Het aantal vallen in de oefengroep verminderde significant met 46% (incidence rate ratio (IRR)=0.54). In vergelijking met de controle groep was het aantal valincidenten significant verminderd. Bovendien had de oefengroep 6% toename in vertrouwen in balans terwijl de controle groep 2% vermindering liet zien. De effectiviteit van de Otago interventie wordt door het Centrum Gezond Leven van het RIVM beoordeeld als 'sterk'.

Kostprijs interventie

De kostprijs voor een Vallen Verleden Tijd cursus is berekend op €273 per deelnemer (zie tabel 16).

Tabel 16. Kostprijs Vallen Verleden Tijd.

Omschrijving	Kosten (per eenheid)	N	Kosten
10 cursusbijeenkomsten (1,5 uur; 2 docenten)			
Docent			
Honorarium	€73 per uur	50	€2.555
Organisatie ^o werving en toeleiding deelnemers			€50
Opleidingskosten docenten	€480	2	€960/60*
Contact en studie-uren opleiding ^o	€73 per uur	56	€4.088/60*
Materiaalkosten			€2500/60*
Totale kosten Vallen Verleden Tijd			€2.731
Totale kosten per deelnemer			€ 273

* Over meerdere cursussen afgeschreven (n=60)

Bijlage 3. Mantelzorgmodule

De mantelzorgmodule is voor het MKBA model ontwikkeld. In de mantelzorgmodule is de invloed van vallen en valpreventie op de arbeidsproductiviteit van de mantelzorgers meegenomen. De mantelzorgmodule is gebaseerd op data van de ISCOPE studie. Dit is een studie van twaalf maanden, uitgevoerd bij thuiswonende ouderen (75+) die functionele, somatische, mentale of sociale problemen hadden. Voor deze studie is gebruik gemaakt van vragenlijsten van TOPICS-MDS (Lutomski, 2013).

Algemeen

Een mantelzorger wordt gedefinieerd als een persoon uit de directe sociale omgeving van de thuiswonende oudere die tenminste vier uur per week, gedurende de laatste 3 maanden onbetaald hulp verleent op het gebied van onder andere huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verplaatsen buitenshuis. Als er meerdere mantelzorgers zijn, gaat het om degene die de meeste hulp levert. De mantelzorger helpt niet als professional en verleent de zorg ook niet vanuit georganiseerd vrijwilligerswerk.

Resultaten

Op baseline waren er 3140 ouderen, waarvan 394 ouderen een mantelzorger (111 mannen, 283 vrouwen) hadden. Van dit aantal zijn 106 mantelzorgers geïdentificeerd die een oudere hielpen na een val. Van deze groep hebben 75 mantelzorgers (24 mannen, 51 vrouwen) de TOPICS-MDS Mantelzorger Basismeting vragenlijst ingevuld. Na twaalf maanden hebben 55 mantelzorgers (21 mannen, 34 vrouwen) de TOPICS-MDS Mantelzorger Vervolgmeting vragenlijst ingevuld.

Effecten

Onderdeel van de baseline en vervolgmeting vragenlijst is de CarerQol. Door middel van de somscore van de CarerQol kon de zorg-gerelateerde kwaliteit van leven worden bepaald (Hoefman, 2013). Deze score ligt tussen de 0 en 100; van de slechtste naar de beste mantelzorg situatie. Op baseline is de gemiddelde somscore van 72 mantelzorgers van gevallen ouderen 81.0 (SD = 15.3). Na twaalf maanden is gemiddelde somscore van 54 mantelzorgers 83.0 (SD = 12.2)

Kosten

In de kostenhandleiding 'Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg' (Roijen, 2015) wordt aangeraden om de kosten van mantelzorg te bepalen op basis van de vervangingskosten voor huishoudelijke zorg. Het standaardtarief, zoals gebruikt door het Centraal Administratie Kantoor (CAK), bedraagt €14,00 (CAK, 2014). Binnen de ISCOPE studie zijn vragen gesteld over het gemiddeld aantal uur per week aan huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging, verplaatsen buitenshuis en hulp van andere mantelzorgers of vrijwilligers. Deze uren zijn omgezet naar kosten met behulp van het standaardtarief van huishoudelijke zorg. Totaal werd er per oudere, op baseline, gemiddeld €298,20 per week aan kosten van mantelzorgtaken gemaakt (zie tabel 17). Jaarlijks komt dit uit op €15.506,40. Na twaalf maanden waren de kosten gemiddeld €306,60 per week (zie tabel 18). Dit komt uit op het jaarlijks bedrag van €15.943,20.

Tabel 1 Aantal kosten per taak op baseline.

Taken	Aantal mantelzorgers (n)	Gemiddeld aantal uur per week	Kosten per week
Huishoudelijke taken	54	5.9	€82,60
Persoonlijke verzorging	23	7.7	€107,80
Verplaatsen buitenshuis	57	3.5	€49,00
Hulp van andere mantelzorgers of vrijwilligers	24	4.2	€58,80
Totaal	-	21.3	€298,20

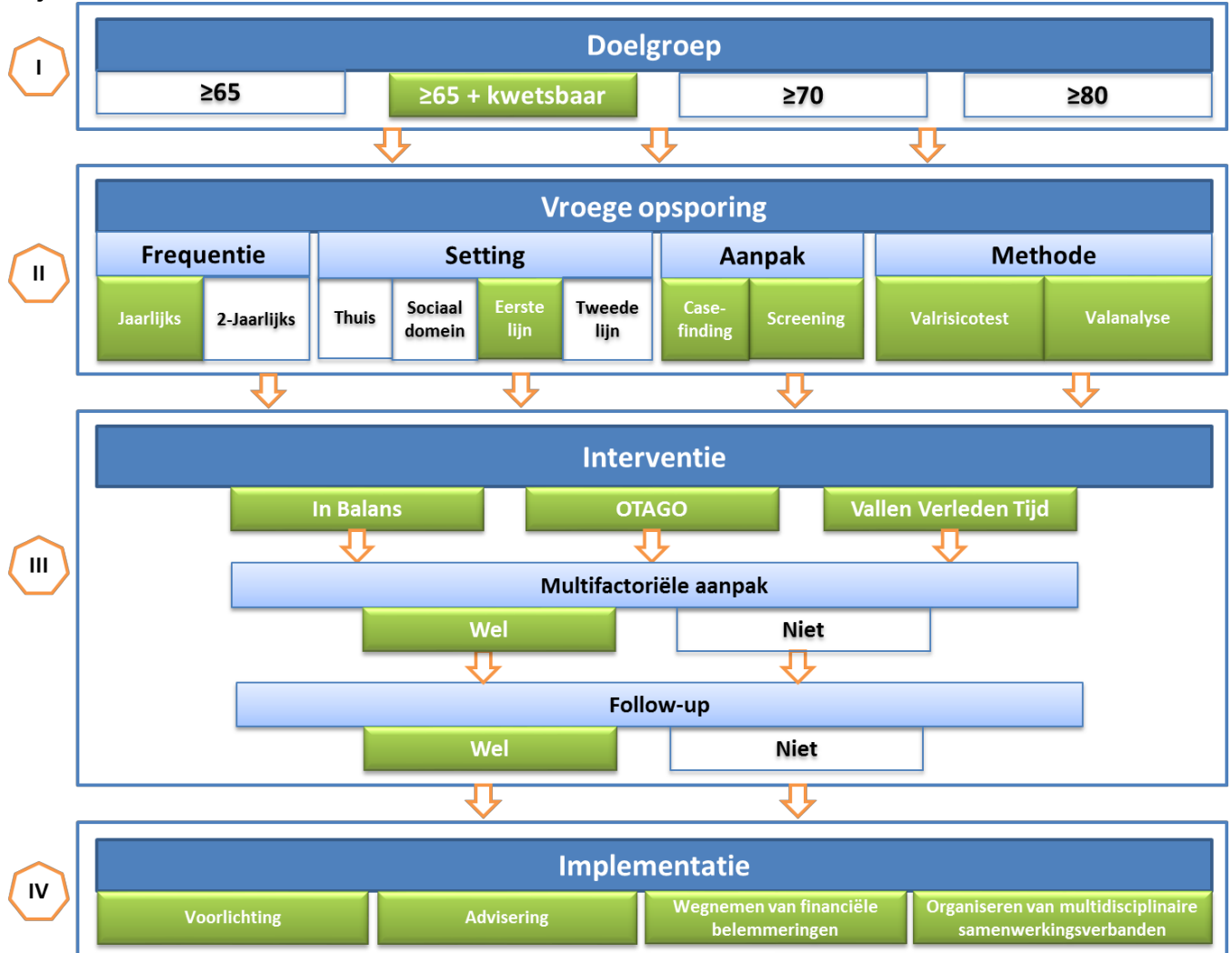
Tabel 1. Aantal kosten per taak na twaalf maanden.

Taken	Aantal mantelzorgers (n)	Gemiddeld aantal uur per week	Kosten per week
Huishoudelijke taken	41	8.5	€119,00
Persoonlijke verzorging	18	5.0	€70,00
Verplaatsen buitenshuis	47	3.3	€46,20
Hulp van andere mantelzorgers of vrijwilligers	23	5.1	€71,40
Totaal	-	21.3	€306,60

Van de 72 mantelzorgers op baseline, is er nog 46% actief op de arbeidsmarkt (<65). Van de 56 mantelzorgers na twaalf maanden, is er nog 45% actief op de arbeidsmarkt.

Bijlage 4. Beleidsscenario's

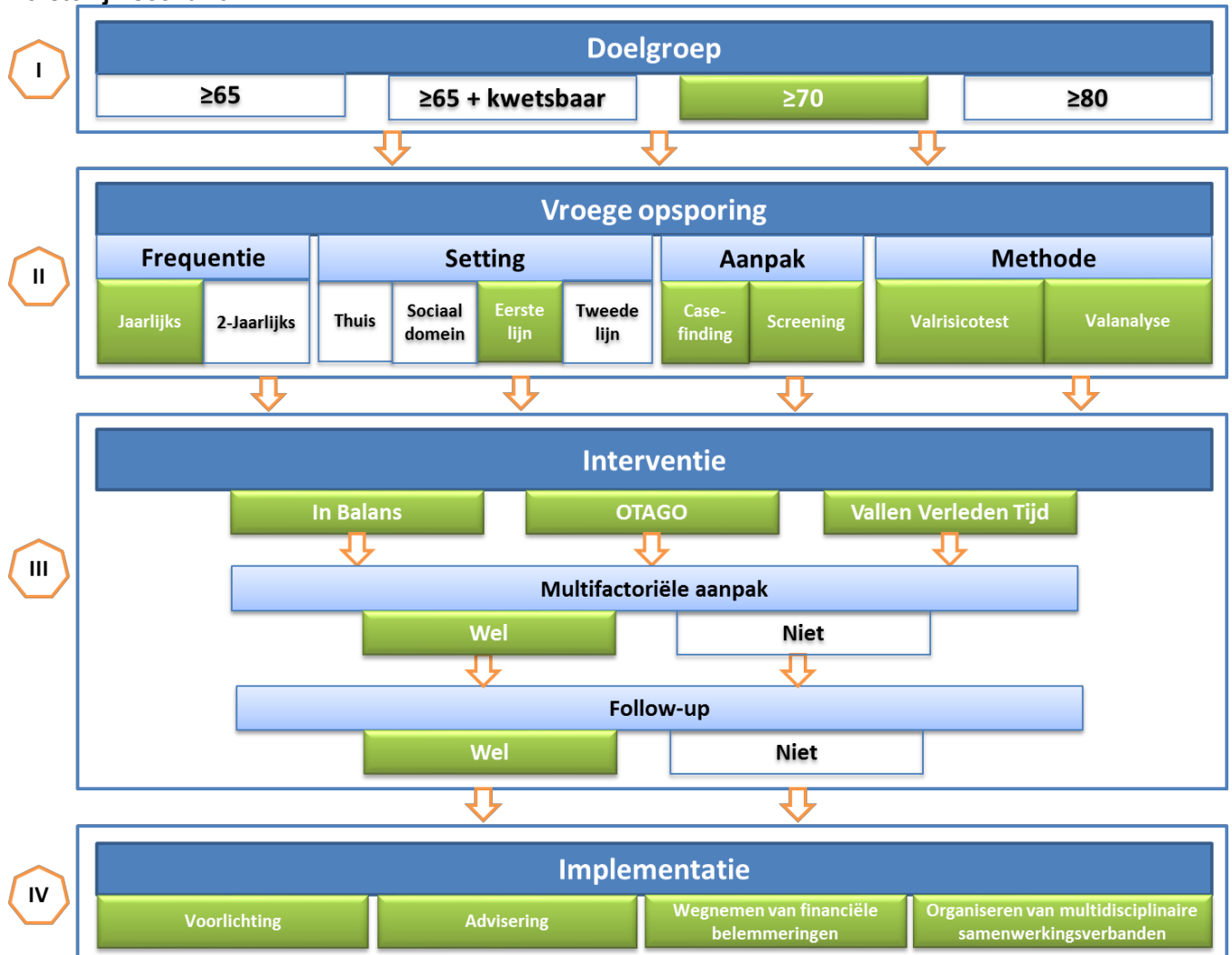
Op basis van het conceptueel model zijn er vijf beleidsscenario's opgesteld. Elk scenario zal hieronder verder worden toegelicht. Daarnaast zal ook worden aangegeven welke keuzes zijn gemaakt in het ontwikkelproces van dit model, mede dankzij de input van de klankbordgroep.

 ijk scenario


Figuur **Wijkscenario.**

Het eerste beleidsscenario betreft het wijkscenario (zie figuur 8). Bij alle ouderen 65+ die zich (jaarlijks) melden bij de gemeente met een hulpvraag, wordt in het reguliere triage systeem de valrisicotest afgenomen. Indien positief dan is dit aanleiding voor een huisbezoek door het sociale wijkteam waar de valanalyse wordt uitgevoerd. Is de uitkomst negatief dan wordt verder geen actie ondernomen op dit thema. Is deze positief dan voert het sociale wijkteam een adviesgesprek met de oudere en hun mantelzorger. Indien nodig verwijst hij/zij hen – zonder tussenkomst van de huisarts – door naar een evidence-based beweegprogramma bij een fysiotherapeut. Voor zover dat aan de orde is wordt vrijblijvend verwezen naar de opticien (visus) en/of apotheker (medicatie). Het sociaal wijkteam geeft zelf advies over huisaanpassingen en vitamine D. De uitkomsten en acties worden teruggekoppeld aan de huisarts. Ook in dit scenario wordt een intensieve gecombineerde implementatiestrategie gehanteerd. Per GGD regio of op wijkniveau worden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden georganiseerd. Vanuit de betrokken lokale overheden wordt voorlichting gegeven aan de ouderen, de mantelzorgers en de zorgprofessionals. Zorgverleners voeren adviesgesprekken met de ouderen en hun mantelzorgers (zie bovenstaand). Hiernaast worden de belangrijkste financiële belemmeringen voor uitvoering van dit scenario

weggenomen (extra middelen voor extra inspanningen door de thuiszorg, huisarts, praktijkondersteuner en fysiotherapeut).

Eerste lijn scenario


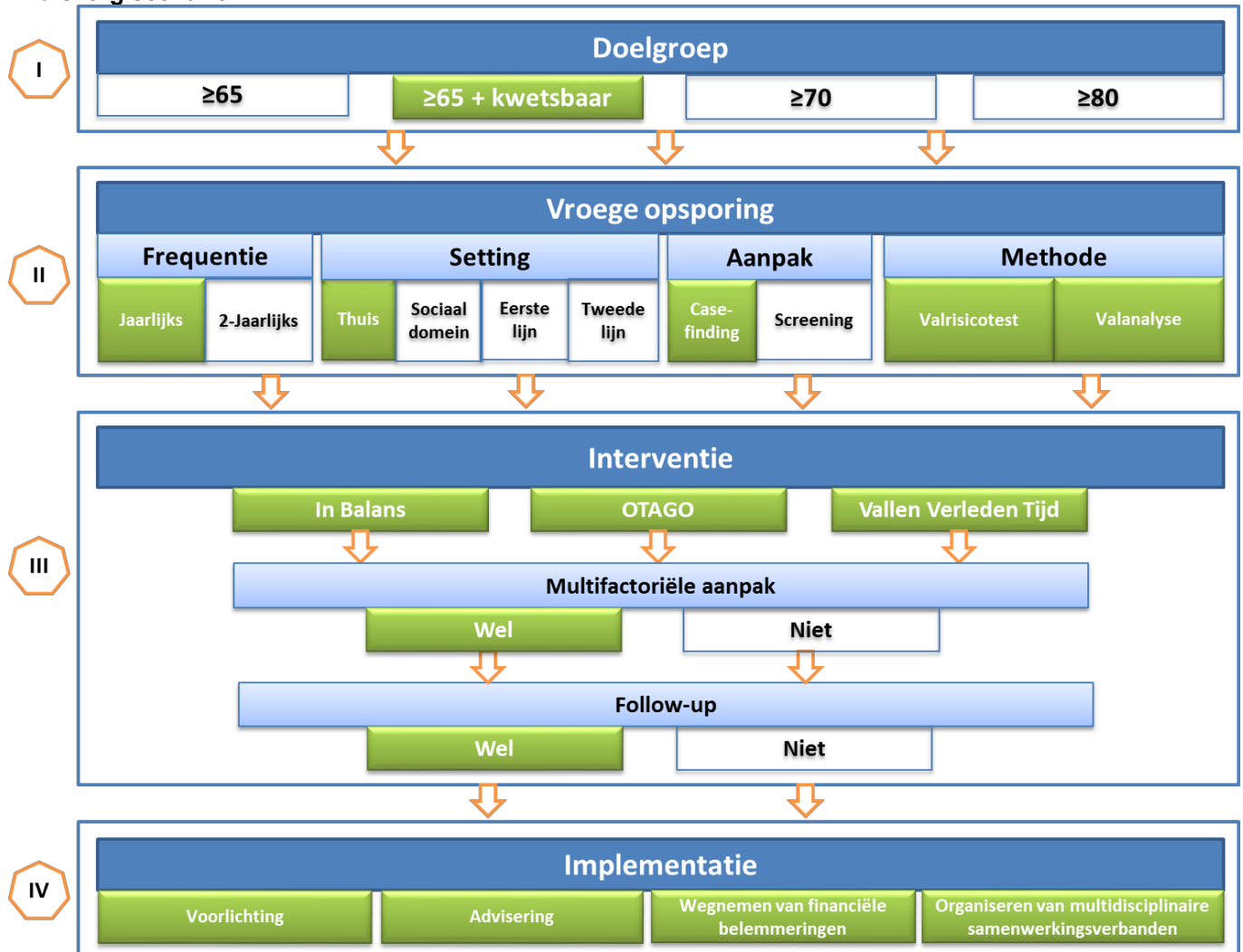
Figuur 9 Eerste lijn scenario.

Het tweede beleidsscenario betreft het eerste lijn scenario (zie figuur 9).

Variant a. Alle ouderen 70+ ontvangen jaarlijks een oproep van de huisarts voor een valrisicotest en valanalyse door de praktijkondersteuner.

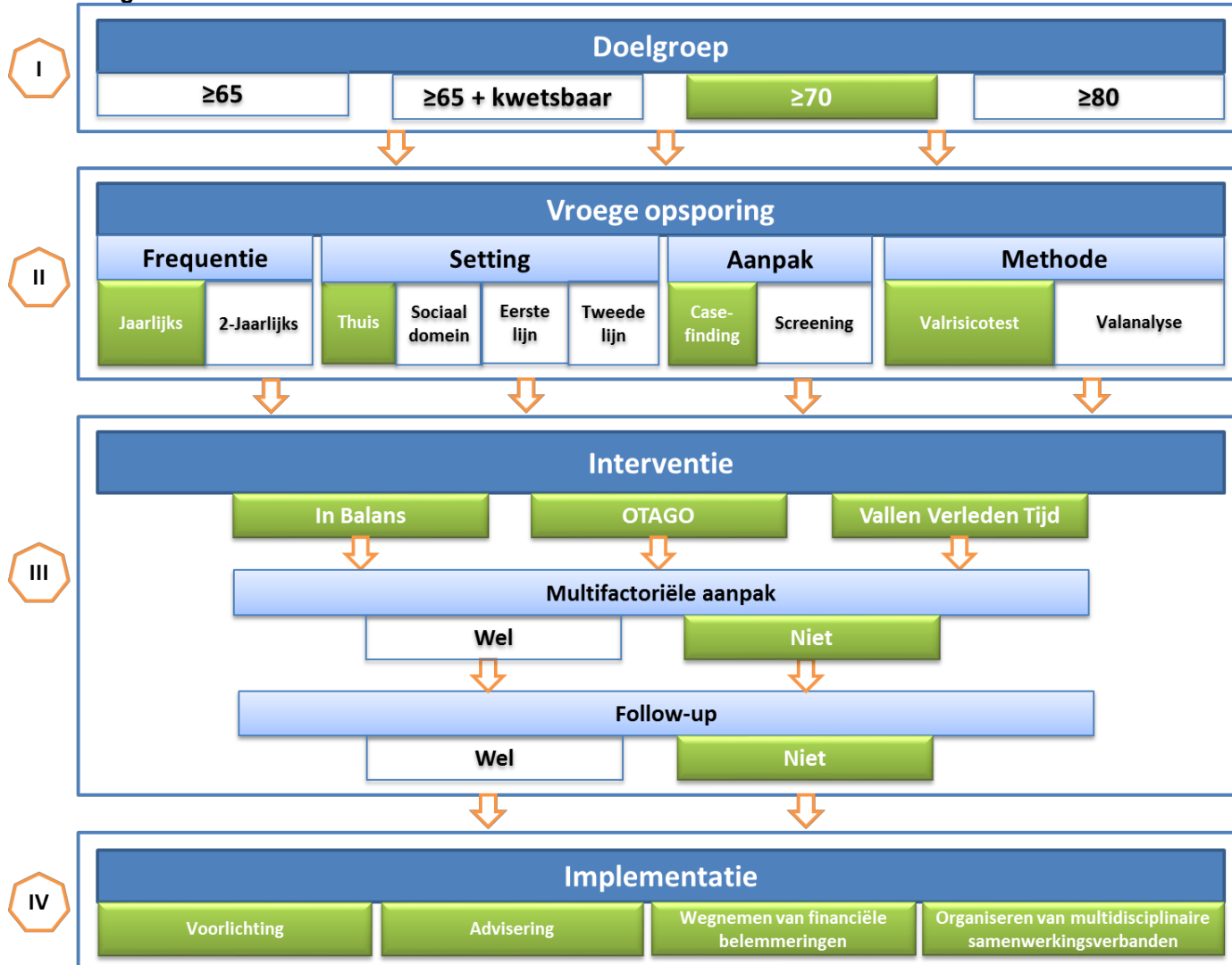
Variant b. Bij alle ouderen 70+, die de huisarts in een jaar bezoeken, wordt tevens een valrisicotest en valanalyse afgenomen door de praktijkondersteuner.

In beide varianten krijgen alle ouderen met een verhoogd valrisico vervolgens een adviesgesprek bij de huisarts samen met hun mantelzorgers en worden zij door de huisarts doorverwezen naar een evidence-based beweegprogramma bij een fysiotherapeut (In Balans, OTAGO, Vallen Verleden tijd; 2 keer per week, gedurende 12 weken met follow-up na 3 en 6 maanden). De huisarts initieert ook de aanpak van andere risicofactoren op indicatie (bv. medicatie aanpassingen samen met de apotheek). In beide varianten wordt een intensieve gecombineerde implementatiestrategie gehanteerd. Per GGD regio of op wijkniveau worden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden georganiseerd. Vanuit de betrokken lokale overheden wordt voorlichting gegeven aan de ouderen, de mantelzorgers en de zorgprofessionals. Zorgverleners voeren adviesgesprekken met de ouderen en hun mantelzorgers (zie bovenstaand). Hiernaast worden de belangrijkste financiële belemmeringen voor uitvoering van dit scenario weggelaten (extra middelen voor extra inspanningen door de huisarts, praktijkondersteuner en fysiotherapeut).

Thuiszorg scenario

Figuur 1 Thuiszorg scenario.

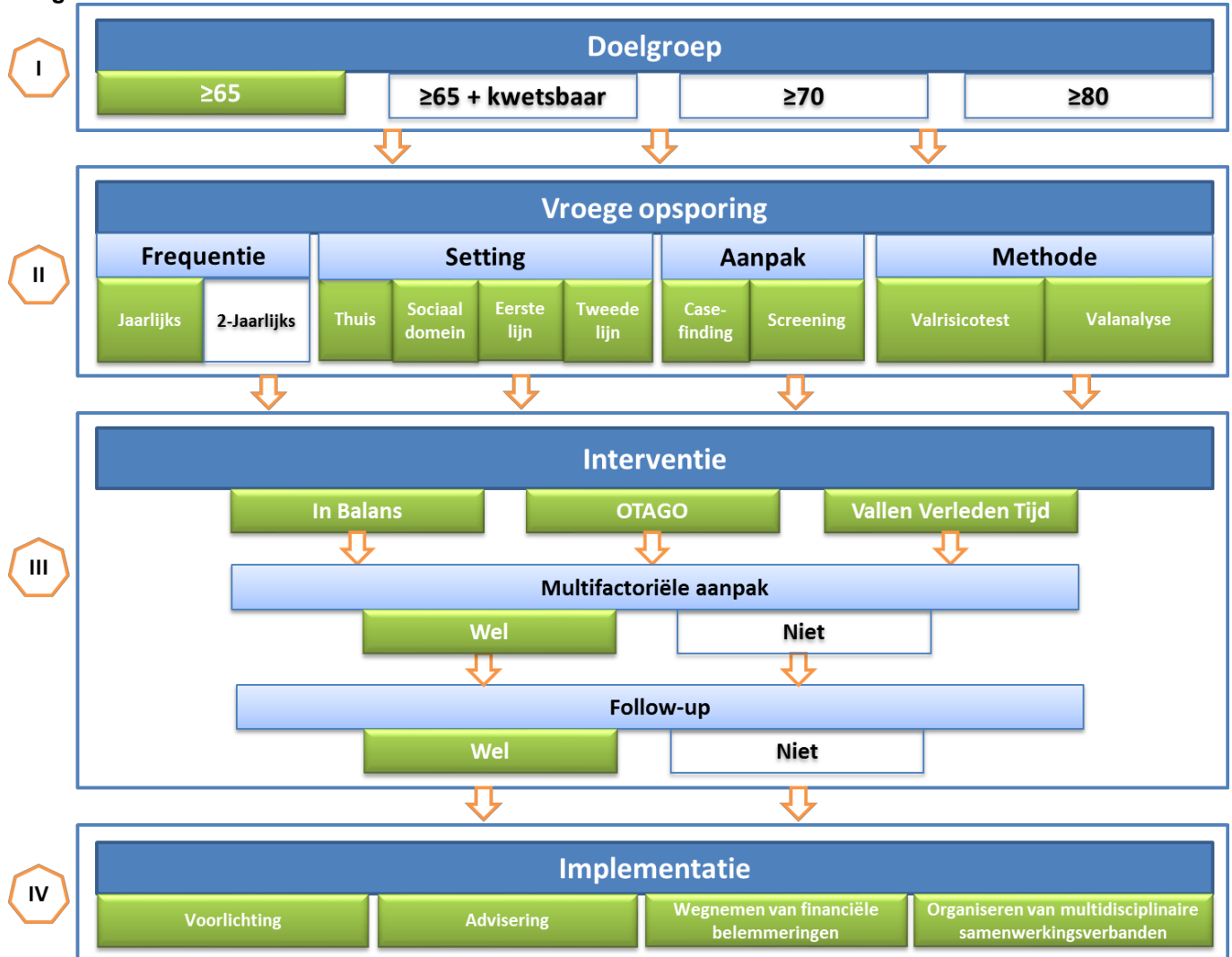
Het derde beleidsscenario betreft het thuiszorg scenario (zie figuur 10).

Bij alle ouderen 65+ met een indicatie voor hulp, wordt jaarlijks tijdens een huisbezoek en een valrisicotest en valanalyse afgenomen door de verzorgende van de thuiszorgorganisatie. Deze voert vervolgens een adviesgesprek met alle ouderen met een verhoogd valrisico en hun mantelzorgers en verwijst hen – zonder tussenkomst van de huisarts – door naar een evidence-based beweegprogramma bij een fysiotherapeut (In Balans, OTAGO, Vallen Verleden tijd; 2 keer per week gedurende 12 weken met follow-up na 3 en 6 maanden). Daarnaast koppelt de verzorgende van de thuiszorgorganisatie de uitkomsten terug naar de huisarts. Indien nodig, nodigt de huisarts de oudere en mantelzorgers uit voor een aanvullend adviesgesprek ten aanzien van andere risicofactoren. De huisarts initieert ook de aanpak van andere risicofactoren op indicatie (bv. medicatieaanpassingen samen met de apotheek). Ook in dit scenario wordt een intensieve gecombineerde implementatiestrategie gehanteerd. Per GGD regio of op wijkniveau worden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden georganiseerd. Vanuit de betrokken lokale overheden wordt voorlichting gegeven aan de ouderen, de mantelzorgers en de zorgprofessionals. Zorgverleners voeren adviesgesprekken met de ouderen en hun mantelzorgers (zie bovenstaand). Hiernaast worden de belangrijkste financiële belemmeringen voor uitvoering van dit scenario weggenomen (extra middelen voor extra inspanningen door de thuiszorg, huisarts, praktijkondersteuner en fysiotherapeut).

Mantelzorg scenario

Figuur 11. Mantelzorg scenario.

Het vierde beleidsscenario betreft het mantelzorg scenario (zie figuur 11).

Middels een jaarlijkse (nationale) voorlichtingscampagne worden mantelzorgers opgeroepen om verhoogd valrisico te signaleren bij 70+ ers uit hun netwerk of in hun omgeving. Ook worden ouderen van 70+ zelf aangesproken om dit te doen. In de campagne wordt een simpele oproep gedaan (case-finding aan de hand van de valrisicotest, bv. digitaal of via papier in openbare gelegenheden) en wordt handelingsperspectief geboden (bij verhoogd valrisico, naar huisarts voor advies en doorverwijzing) zodat mantelzorgers of ouderen zelf weten welke actie zij moeten ondernemen. De mantelzorgers en ouderen worden gemotiveerd en geadviseerd hoe ze hun bekende van 70+ met verhoogd valrisico kunnen motiveren om een afspraak voor een adviesgesprek met de huisarts te maken. Parallel aan de voorlichtingscampagne van mantelzorgers wordt er vanuit multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op GGD regio niveau of wijkniveau actie ingezet om huisartsen te informeren en te stimuleren mantelzorgers actief te bevragen op aanwezigheid van mensen 70+ met verhoogd valrisico in hun netwerk. In het adviesgesprek met huisarts, oudere en mantelzorger, wordt op basis van de wensen en mogelijkheden van de oudere bepaald welke interventie bij hem/haar past en wordt de oudere doorverwezen. De huisarts initieert ook de aanpak van andere risicofactoren op indicatie (bv. medicatie aanpassingen samen met de apotheek). In dit scenario worden de belangrijkste financiële belemmeringen voor uitvoering van dit scenario weggelaten (extra middelen voor inspanningen huisarts, poh-er, fysio).

Integraal scenario

Figuur 12. Integraal scenario.

Het vijfde beleidsscenario betreft het integraal scenario (zie figuur 12).

Sociale wijkteams Bij alle ouderen 65+ die zich melden bij de gemeente met een nieuwe hulpvraag, wordt in het reguliere triage systeem de valrisicotest afgenomen. Indien positief, dan is dit aanleiding voor een huisbezoek door het sociale wijkteam waar een valanalyse wordt uitgevoerd. Is deze positief dan voert het sociale wijkteam een adviesgesprek met de oudere en hun mantelzorgers. Indien nodig verwijst hij/zij hen – zonder tussenkomst van de huisarts – door naar een evidence-based beweegprogramma bij een fysiotherapeut. Voor zover dat aan de orde is wordt vrijblijvend verwezen naar de opticiens (visus) en/of apotheker (medicatie). Hij/zij geeft zelf advies over huisaanpassingen en vitamine D. De uitkomsten en acties worden teruggekoppeld aan de huisarts.

Thuiszorg Bij alle ouderen 65+ met een reeds bestaande indicatie voor hulp, wordt jaarlijks tijdens een huisbezoek een valrisicotest en valanalyse afgenomen door de verzorgende van de thuiszorgorganisatie. Deze voert vervolgens een adviesgesprek met alle ouderen met een verhoogd valrisico en hun mantelzorgers en verwijst hen – zonder tussenkomst van de huisarts – door naar een evidence-based beweegprogramma bij een fysiotherapeut. Voor zover dat aan de orde is wordt vrijblijvend verwezen naar de opticiens (visus) en/of apotheker (medicatie). Hij/zij geeft zelf advies over huisaanpassingen en vitamine D. Daarnaast koppelt de verzorgende van de thuiszorgorganisatie de uitkomsten en acties terug naar de huisarts.

Tweede lijn Bij alle ouderen 65+, die de spoedeisende hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis in een jaar bezoeken als gevolg van een val, wordt in aansluiting op de SEH behandeling of tijdens klinische opname een valrisicotest en valanalyse afgenomen door een fysiotherapeut of hiertoe getrainde verpleegkundige of coassistent. De resultaten hiervan worden gerapporteerd aan zowel de afdeling

klinische geriatrie van het desbetreffende ziekenhuis als de huisarts van de patiënt. Bij patiënten die wat langer in het ziekenhuis liggen (> 3 dagen) wordt de geriater geraadpleegd en worden op indicatie al interventies gestart in het ziekenhuis (bv. medicatie aanpassing, visus controle). Van de overige patiënten wordt door middel van periodiek transmuraal ketenoverleg tussen de geriater en de huisartsen in het adherentie gebied van het ziekenhuis onderling afgesproken welke patiënten meteen door de huisarts kunnen worden begeleid en wie eerst nog nader onderzocht worden door de geriater. In het laatste geval wordt het beleid rond de patiënt opnieuw besproken in het transmurale ketenoverleg en wordt het gewenste beleid samen vastgesteld. In het transmurale ketenoverleg worden ook de vervolgcacties in de thuissituatie besproken bij de patiënten die wat langer (>3 dagen) in het ziekenhuis hebben gelegen. De huisarts voert vervolgens adviesgesprekken met alle patiënten en zijn/haar mantelzorgers en verwijst de patiënten door naar een evidence-based beweegprogramma bij een fysiotherapeut en initieert de aanpak van andere risicofactoren op indicatie (bv. medicatie aanpassingen samen met de apotheek).

Eerste lijn In de eerste lijn evalueert de praktijkondersteuner jaarlijks bij alle ouderen 65+ uit de praktijk welke val preventie activiteiten er al geïnitieerd zijn vanuit de sociale wijkteams, de thuiszorg of de tweede lijn. Bij alle ouderen 65+, die de huisarts in een jaar bezoeken, en waarbij dit nog niet in een andere setting is gebeurd, neemt de praktijkondersteuner alsnog een valrisicotest en valanalyse af. Indien bij deze groep ouderen een verhoogd valrisico wordt vastgesteld, dan volgt een adviesgesprek bij de huisarts samen met mantelzorgers en worden zij door de huisarts doorverwezen naar een evidence-based beweegprogramma bij een fysiotherapeut. De huisarts initieert ook dan de aanpak van andere risicofactoren op indicatie (bv. medicatie aanpassingen samen met de apotheek). Er wordt een intensieve gecombineerde implementatiestrategie gehanteerd. Per GGD regio of op wijkniveau worden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden georganiseerd. Vanuit de betrokken lokale overheden wordt voorlichting gegeven aan de ouderen, de mantelzorgers en de zorgprofessionals. Zorgverleners voeren adviesgesprekken met de ouderen en hun mantelzorgers (zie bovenstaand). Hiernaast worden de belangrijkste financiële belemmeringen voor uitvoering van dit scenario weggenomen (extra middelen voor extra inspanningen door de sociale wijkteams, verzorgenden thuiszorg, klinisch fysiotherapeut/verpleegkundigen, geriater, huisarts, praktijkondersteuner en eerste lijn fysiotherapeut).

Bijlage 5. MKBA model – invoerschema

Bevolking 65+	% populatie naar leeftijd	demo 65+	% SEH bezoek door vallen*	verhoogde kans i.v.m. risicofactor	Aantal letsels per jaar	SCENARIO invullen	1 = Huisarts 2 = Wijkteam 3 = Thuiszorg 4 = Mantelzorg 5 = Integraal 6 = Tweede lijn
65-74	58%	1.729.118	2,3%	4,0	39.640	2	
75-84	31%	930.229	4,0%	4,0	36.755		
85+	11%	342.036	10,5%	4,0	36.081		
		3.001.383	3,2%		112.476		
Scenario's opsporing en valanalyse	N doelgroep	% opsporing	N opsporing	% Valanalyse	N valanalyse	% participanten	N participanten
1 Huisarts	0	80%	0	30%	0	50%	0
2 Wijkteam	3.001.383	20%	600.277	50%	300.138	40%	120.055
3 Thuiszorg	0	39%	0	50%	0	50%	0
4 Mantelzorg	0	30%	0	30%	0	40%	0
5 Integraal	0	70%	0	30%	0	40%	0
6 Tweede lijn/fysiotherapeut	0	100%	0	100%	0	100%	0
Totaal opsporing, valanalyse, participatie	3.001.383		600.277		300.138		120.055
Scenario's opsporing en valanalyse	Verdeling scenario's (%)	Uitgaven Screening en Valanalyse				zorgverlener	kostprijs per eenheid
		N Opsporing	Opsporing	Valanalyse	totaal		
Eerste-lijn/huisarts/POH	0,0%	-	€ 0	€ 0	€ 0	huisarts (consult)	€ 35,00
Wijkteam/POH	100,0%	600.277	€ 0	€ 36.504.321	€ 36.504.321	ergotherapeut (bezoek)	€ 118,70
Thuiszorg/wijkverpleging	0,0%	-	€ 0	€ 0	€ 0	sociaal wijkteam (bezoek)	€ 70,00
Mantelzorg/huisarts/POH	0,0%	-	€ 0	€ 0	€ 0	fysiotherapeut	€ 79,13
Integraal	0,0%	-	€ 0	€ 0	€ 0	praktijkondersteuner	€ 57,75
Tweede lijn/fysiotherapeut	0,0%	-	€ 0	€ 0	€ 0	thuiszorg v&v	€ 70,00
	100,0%	600.277	€ 0	€ 36.504.321	€ 36.504.321	geriatrie (consult)	€ 102,00
Aantal deelnemers beweegprogr. per jaar (% ,N)	120.055	In Balans	VVT	Otago	In Balans	VVT	Otago
Kosten van de interventie		40%	30%	30%	48.022	36.017	36.017
Opsporen en werven deelnemers	€ 7.647.524	€ 2.641.217	€ 2.377.095	€ 2.629.212	€ 55	€ 66	€ 73
Kosten van de beweegdocent	€ 30.552.078	€ 8.708.013	€ 9.202.240	€ 12.641.825	€ 181	€ 256	€ 351
Materiaal en overige kosten	€ 11.026.649	€ 5.666.611	€ 1.440.664	€ 3.919.374	€ 118	€ 40	€ 109
Kosten multifactoriële interventie	120.055	%	Totaal				
Medicatie screening en Vit. D	€ 70,00	30%	€ 2.521.162				
Huisbezoek ergotherapeut + interventie	€ 118,70	20%	€ 2.850.079				
Visuscontrole +interventie	€ 250,00	10%	€ 3.001.383				
Deelnemers	% deelnemers naar leeftijd	Aantal deelnemers	% SEH bezoek door vallen x risicofactor ***	Aantal letsels per jaar	Effect valpreventie traject**	Uitdoof effect per jaar %	Aantal voorkomen letsels per jaar
65-74	10%	12.006	9%	1.101	40%	0%	440
75-84	50%	60.028	16%	9.487			3.795
85+	40%	48.022	42%	20.263			8.105

* LIS 2011-2015 VeiligheidNL

** In de onderzoeksliteratuur worden effecten van 50-60% gemeld, maar deze hebben vooral betrekking op senioren die eerder minstens een keer gevallen zijn.

*** De deelnemers aan een interventieprogramma zijn gescreend op valrisico - binnen deze selectie is de kans op de SEH te komen na een val x keer hoger dan in de totale populatie.

Opmerkingen bij standpunt Valpreventie ZINL:

Nav Consultatievragen:

Consultatievraag 1

Herkent u de beschreven situatie dat de risicoschatting en de analyse van individuele risicofactoren in de huidige praktijk nog niet systematisch wordt aangeboden?

Ja, de bevindingen in het standpunt worden herkend.

Consultatievraag 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?

Ja, in principe zijn de beschrijvingen een goede basis voor een systematische aanpak.

Een nadere duiding over de organisatie (ic de multidisciplinaire aanpak) is nodig om de afbakening naar een verzekerde prestatie mogelijk te maken. Dit kan door de organisatie als multidisciplinaire interventie te duiden. Dat laat onverlet dat het aan de praktijk van de zorgverleners kan worden overgelaten hoe zij dit organisatorisch kunnen oppakken en inzetten.

Consultatievraag 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?

Ja, volgens de evaluatiecriteria van het RIVM zijn er aanwijzingen voor effectiviteit. Deze criteria wijken af van de criteria die ZINL hanteert tbv duiding stand van wetenschap en praktijk. Het gaat hier echter om preventie waarbij inmiddels een niet beschreven regel de toetsingscriteria van het RIVM als standaard worden ingezet bij preventieve interventies. Wel is de term trainingsprogramma of beweegprogramma niet passend bij de inhoud van het programma. Naast oefeningen om de balans en spierkracht te verhogen hebben de programma's ook een educatieve component. Deze worden in het rapport gesplitst (interventie 1 en interventie 9). De term valpreventieprogramma zou een beter passende term zijn waarbij het voorwaardelijk voor de inhoud is er naast bewegen ook een educatieve component geïntegreerd moet zijn,

Consultatievraag 4

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

Het lijkt er op of mbt tot een 'beweegprogramma' met twee maten wordt gemeten.

In de discussie over de GLI is de term 'beweegprofessional' geïntroduceerd. Begeleiding bij bewegen is zorg zoals fysiotherapeuten plegen te bieden, en als zodanig geen verzekerd onderdeel van de GLI.

In de praktijk worden beweegprofessionals ingezet (soms fysiotherapeuten, soms beweegconsulenten) als onderdeel van de verzekerde aanspraak.

Het schema is dan niet verhelderend voor het onderscheid in de inzet van de professional. Daarnaast wordt de educatieve component niet meegenomen in dit schema. Valpreventie is meer dan bewegen.

Consultatievraag 5

Bent u het ermee eens dat ouderen bij wie een indicatie voor een begeleid trainingsprogramma is vastgesteld (volgens bovenstaand schema 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 zonder vergoeding ten laste van de Zvw)

Zie opmerking hierboven. Het onderscheid sluit niet aan bij de interpretatie binnen de GLI.

De voorkeur gaat uit naar een functionele omschrijving van (bij voorkeur) een multidisciplinair programma waarbij de interventies niet persé aan een zorgprofessional worden gekoppeld.

Aanvullende opmerkingen:

- Met het oog op het vaststellen van een of meerdere betaaltitels (prestaties) is belangrijk dat helder wordt geformuleerd wat onder de aanspraken Zvw valt en wat bij de gemeente hoort.

Zo wordt gesteld dat de risicoschatting zowel in het gemeentelijk domein als in de curatieve sector kan plaatsvinden. Voor de gemeente (ic Wmo of Wpg) is mi de Zvw een voorliggende voorziening.

Dat betekent dat in dit geval per definitie de kosten van de risicoschatting onderdeel zijn van de Zvw.

Tenzij (zie opmerking in voetnoot 9, pg 7) de risicoschatting wordt aangemerkt als selectieve preventie (hetgeen het volgens mij ook is).

Anderzijds kan de valrisicotest als gebruikelijke geneeskundige zorg worden aangemerkt waarvoor geen afzonderlijke prestaties nodig zijn. Zit in de reguliere tarieven.

De multifactoriële valanalyse is een multidisciplinaire interventie. Dus geen onderdeel van de aanspraak op fysiotherapie of ergotherapie afzonderlijk. Zie pag. 8.:

Om die reden hebben een fysiotherapeut of een ergotherapeut niet de voorkeur om een valanalyse in zijn totaliteit uit te voeren.

Zie ook pg. 12.

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.

Qua tijdsbeslag is belangrijk dat met het oog op een prestatiebeschrijving een schatting wordt voor de tijd die een valanalyse in beslag neemt.

Omdat het vervolgtraject één of meer interventies kan bevatten, die bovendien uit verschillende domeinen (sociaal, zorg) komen, is coördinatie aangewezen.

Is de coördinatie een onderdeel van de verzekerde prestatie of valt dit daarbuiten.

Tenslotte:

Met het oog op de vertaling van de aanspraak in toetsbare criteria en registratie en declaratieregels, helpt het niet dat verschillende onderdelen worden gekoppeld aan meerdere domeinen. In de praktijk zal dat leiden tot veel discussie over de financiële afhandeling.

Daarnaast is het zeer wenselijk tbv de implementatie om de aanspraak te duiden onder huisartsenzorg, zodat zorgverzekeraars elkaar kunnen volgen en het Eigen Risico buiten beschouwing gelaten kan worden. Uitvoer en budget kan wel paramedisch worden geregeld, vergelijkbaar met de organisatie en declaraties van de GLI.

Aan: Jolanda Latta

Sectorteam Eerstelijnszorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland

Betreft: reactie op het concept valpreventie aan de hand van vijf consultatievragen

Datum: 01-02-2022

Geachte mevrouw Latta,

Hierbij ontvangt u van Ergotherapie Nederland de reactie op het concept valpreventie om te duiden of valpreventie bewezen effectief is.

Wij reageren op elk van de vijf vragen.

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?](#)

Ja, dat herkennen wij. Er worden enkele voorbeelden aangedragen. Het is van belang om meer structuur aan te brengen in die aanpak en mogelijk dat de voorbeelden daar helpend in kunnen zijn.

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 lijkt dat hiermee bedoeld wordt, de beschrijving in de genoemde richtlijnen van de multifactoriële risicobeoordeling (valanalyse) als goede instrumenten om een systematische aanpak van valanalyse mogelijk te maken.

Hierin is echter sprake van een tegenstrijdigheid.

Op pagina 14, 4.2.1 staat: "Uit dat oogpunt behoort de multifactoriële valrisicobeoordeling (valanalyse) tot de 'geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten of verpleegkundigen of fysiotherapeuten die plegen te bieden' zoals bedoeld in artikel 2.4, 2,6 en 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en is het daarmee te verzekeren zorg."

In de inleidende tekst op pagina 8 echter, beschrijft u het volgende: "De huisarts, specialist ouderengeneeskunde, POH ouderenzorg beschikt over deze competenties om een valanalyse in zijn totaliteit uit te voeren. Een fysiotherapeut of een ergotherapeut heeft competenties op bepaalde onderdelen van de probleemgebieden van de valanalyse, maar niet op alle. Om die reden hebben een fysiotherapeut of een ergotherapeut niet de voorkeur om een valanalyse in zijn totaliteit uit te voeren. Dit sluit aan bij de Ergotherapierichtlijn valpreventie¹¹".

Wij kunnen ons vinden in de argumentatie om het uitvoeren van een totale valanalyse door een huisarts, POH of specialist ouderengeneeskunde te laten plaatsvinden. De onafhankelijkheid is in het geding als een fysiotherapeut vanuit een zelf uitgevoerde valanalyse zijn eigen trainingsprogramma's kan aanbevelen. Dat is niet correct.

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?](#)

Ja, mits integratie van het geleerde plaatsvindt in de praktijk. Daarvoor verwijs ik u naar de Ergotherapie Richtlijn valpreventie:

“in het onderzochte ‘LiFE programma’ worden balans en krachtoefeningen geïntegreerd in dagelijkse activiteiten en hierbij werken ergo- en fysiotherapeuten nadrukkelijk samen.^{6,7} Voor balans en kracht worden specifieke strategieën/principes gebruikt die gegradeerd worden ingepast binnen de dagelijkse activiteiten..... Het onderzoek toonde aan dat het LiFE programma effectief was in het verminderen van het aantal valincidenten en het verbeteren van de balans, activiteiten en participatie.”

Clemson L, Singh MF, Bundy A, e.a. LiFE Pilot Study: A randomised trial of balance and strength training embedded in daily life activity to reduce falls in older adults. *Aust Occup Ther J.* 2010;**57**:42-50.

7. Clemson L, Fiatarone Singh MA, Bundy A, e.a. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ.* 2012;**345**:e4547.

Hiermee willen we 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.

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?](#)

Dit schema is niet volledig, de criteria zijn niet duidelijk en geven te veel ruimte voor eigen interpretatie. Alleen het noemen van “medische problemen” is onvoldoende. Bovendien worden wij getriggerd door onderstaande opmerking op pagina 20, na het schema:

“Tenslotte moet niet uit het oog verloren worden 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”.

Wat heeft dit gevolgen voor de indicatiestelling? Deze 75+ groep lijkt nu geheel niet opgenomen als doelgroep in alle afwegingen. In de praktijk zal deze groep mogelijk de grootste kunnen zijn. Daar zal meer rekening mee gehouden moeten worden.

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 \(dat wil zeggen zonder begeleiding op het niveau van een fysio- of oefentherapeut en buiten de Zvw\)](#)

Hierover kunnen wij geen uitspraak doen, eerst zal duidelijker moeten zijn wanneer er wel en geen indicatie is en rekening gehouden moeten worden met de 75+ doelgroep. zie opmerkingen bij punt 4.

Met vriendelijke groet,

██████████

Beleidsmedewerker

Aanwezig op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag



adres: Orteliuslaan 750, 3528 BB Utrecht

telefoon: ██████████

website: www.ergotherapie.nl

Ergotherapeut en nog geen lid van Ergotherapie Nederland?

[Word nu lid.](#)

Volg ons via: [Twitter](#) - [LinkedIn](#) - [Facebook](#)

Kruger, mw. M.

Van: Latta, mw. J.M.
Verzonden: dinsdag 1 maart 2022 10:30
Aan: Kruger, mw. M.
Onderwerp: FW: reactie consultatievragen t.b.v. duiding valpreventie

Van: Hans Cosijnse <[REDACTED]>
Verzonden: woensdag 2 februari 2022 14:39
Aan: Latta, mw. J.M. [REDACTED]
Onderwerp: reactie consultatievragen t.b.v. duiding valpreventie

Beste Jolanda,

Onderstaand onze reactie op uw consultatievragen t.b.v. de duiding valpreventie.

Groeten,
[REDACTED]
Senior Belangenbehartiging

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Stadsring 159b | Postbus 248 | 3800 AE Amersfoort | T [REDACTED] | [REDACTED] | www.kngf.nl | www.defysiotherapeut.com | [privacy verklaring](#) |



Disclaimer: De informatie in dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking en gebruik door anderen is niet toegestaan. Als dit bericht u onbedoeld heeft bereikt, verzoeken wij u dit bericht te vernietigen. Door de elektronische verzending van het bericht kunnen er geen rechten worden ontleend aan de informatie

Vraag 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?

Antwoord KNGF: ja, deze situatie herkennen wij. De vraag is waarom de risicoschatting voor een hoog valrisico en de analyse van de individuele risicofactoren maar beperkt worden uitgevoerd, ondanks dat er consensus is over het belang hiervan als het gaat om het voorkomen van het vallen met letsel als gevolg.

De belemmering lijkt ons voornamelijk te zitten in de valanalyse, aangezien gesteld wordt dat alleen de huisarts, de POHer en de specialist ouderengeneeskunde competent zijn om deze analyse uit te voeren. In hoeverre wordt de casefinding toegepast? In hoeverre zijn de benoemde zorgverleners beschikbaar om de analyse uit te voeren?

Vraag 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?

Antwoord KNGF: De beschrijving van de valanalyse en de aanpak in richtlijnen is een begin, maar om een systematische aanpak mogelijk te maken moet er ook aandacht zijn voor implementatie in de praktijk. De voorwaarden moeten aanwezig zijn om de aanbevelingen toe te passen, zoals beschikbaarheid van zorgverleners om de analyse uit te voeren. Wat zijn de geleerde lessen vanuit bijvoorbeeld de implementatie van de GLI? Het wegnemen van de op voorhand mogelijk bekende barrières vergroot de kans van slagen van implementatie van deze interventie.

Vraag 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?

Antwoord KNGF: Daar zijn wij het 100% mee eens! Dit blijkt ook duidelijk uit de literatuur. De effectiviteit beperkt zich niet tot de trainingsprogramma's die worden genoemd in de duiding (Vallen Verleden Tijd, Zicht op Evenwicht, Thuis Onbezorgd Mobiel, Het Otago oefenprogramma en In Balans). Deze trainingsprogramma's zijn al langere tijd opgenomen in de database het Loket Gezond Leven, maar vragen vaak aanvullende scholing van de fysiotherapeuten, voor een relatief kleine doelgroep. Dit is bedrijfseconomisch niet voordelig en dit heeft weer een nadelige invloed op de landelijke dekking. De werkzame elementen van de trainingsprogramma's: verbetering van mobiliteit, spierkracht en balans, behoren tot de basis competenties van de algemeen fysiotherapeut. Het zou daarom mogelijk moeten zijn dat de fysiotherapeut in plaats van deze 'one-size-fits all' interventies een gericht oefentherapie programma toepast, waarbij rekening wordt gehouden met de hulpvraag en de specifieke situatie van de patiënt. Dit zal de effectiviteit van de interventie vergroten.

Vraag 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?

Antwoord KNGF: Het KNGF heeft een aantal belangrijke opmerkingen op schema voor de indicatiestelling zoals vermeldt op pagina 19.

- de indicatiestelling voor een trainingsprogramma met begeleiding, zoals aangegeven op de eerste rij van het figuur is te simplistisch en teveel gericht op functies en anatomische eigenschappen, daar waar de fysiotherapeut volgens het ICF model werkt en er ook bijvoorbeeld sprake kan zijn van beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of sport. Daarnaast ontbreekt de hulpvraag bij de indicatiestelling. Er is een indicatie voor fysiotherapie als de patiënt een hulpvraag heeft gericht op het bewegend functioneren.

- de genoemde contra-indicaties zijn niet van toepassing. De genoemde contra-indicaties voor de begeleiding (een risico op overbelasting; verkeerd uitvoeren en/of niet op tijd bijstellen van de oefeningen; verwarring; letsel/ blessures; toename van valangst; valovermoed) zijn juist duidelijke indicaties voor een begeleid oefenprogramma. Als een patiënt bijvoorbeeld de neiging heeft tot overbelasten is het van belang dat de patiënt niet zelfstandig aan de slag gaat, maar begeleiding krijgt van een fysiotherapeut die inzicht kan geven in verhouding tussen de belasting en de belastbaarheid. Ook de andere contra-indicaties zijn juist indicaties voor begeleiding door een fysiotherapeut!

Vraag 5: Bent u het ermee eens dat ouderen bij wie een indicatie voor een begeleid trainingsprogramma is vastgesteld (volgens het indicatieschema of anders (**wat anders dan?**)), 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). (

Antwoord KNGF: Ja, mits de indicatiestelling goed is opgesteld (zie antwoord op vraag 4). Voorwaarde voor succesvolle implementatie is dat niet alleen de genoemde trainingsprogramma's worden vergoed, maar ook de fysiotherapeutische interventie op maat bij deze doelgroep. Het feit dat nu alleen de genoemde trainingsprogramma's worden vergoed vormt een grote belemmering in het verlagen van het risico op vallen en daarmee het voorkomen van letsel met alle gevolgen van dien bij ouderen. Het is ons niet bekend wat bedoeld wordt met 'volgens het indicatieschema of anders'. Wat anders?

Van: Latta, mw. J.M. <[redacted]>

Verzonden: vrijdag 14 januari 2022 12:07

Aan: [redacted]

Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Geachte heer of mevrouw,

Met deze mail stuur ik u ter consultatie een concept duiding over valpreventie.

Bij dit concept (PDF 2021037677 – Valpreventie) horen de volgende bijlagen:

Bijlage 1 Cijfers rond valongevallen (afzonderlijk bijgevoegd).

Bijlage 2 de brief van de minister (afzonderlijk bijgevoegd: PDF Brief aan het ZIN)

Bijlage 3 is in het document opgenomen.
Bijlage 4 Keuzehulp (PDF afzonderlijk bijgevoegd)
Ik verzoek u **vertrouwelijk** met dit concept om te gaan.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Zorginstituut verzocht te duiden of valpreventie bewezen effectief is en, indien dat het geval is, of valpreventie voor ouderen onder de te verzekeren zorg kan vallen.

Ik nodig u uit om op dit concept te reageren aan de hand van vijf consultatievragen. Deze vragen vindt u in het concept op relevante plaatsen terug.

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?
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?
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?
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?
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)

Een samenvatting van de ontvangen reacties wordt opgenomen in een afzonderlijk hoofdstuk in het rapport. In hetzelfde hoofdstuk geven wij aan of en tot welke aanpassingen de reacties hebben geleid. Uw reactie wordt integraal als bijlage bij het rapport aan de minister van Zorg en Sport gevoegd. Om die reden verzoek ik u uw opmerkingen in een mail te zetten en geen opmerkingen in het document met de concept-duiding te plaatsen.

Ik zie uw reactie graag **uiterlijk 4 februari 2022** tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Latta
adviesmedewerker

.....
Sector team Eerstelijnszorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....

M + [redacted]
<http://www.zorginstituutnederland.nl>

--

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te

verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Kruger, mw. M.

Van: Latta, mw. J.M.
Verzonden: maandag 28 februari 2022 18:14
Aan: Kruger, mw. M.
Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Van: Kwaliteitsprojecten | NVKG <kwaliteitsprojecten@nvkg.nl>

Verzonden: zondag 6 februari 2022 13:39

Aan: Latta, mw. J.M. <[REDACTED]>

CC: Info | NVKG <info@nvkg.nl>

Onderwerp: Concept valpreventie ter consultatie

Geachte mw. Latta,

Onderstaand ontvangt u de input van de NVKG.

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?

Wij herkennen ons in de beschreven situatie dat de risicoschatting voor een hoog valrisico en de analyse van de individuele risicofactoren in de huidige praktijk nog niet systematisch wordt aangeboden. Er wordt nog steeds bij veel valincidenten (met of zonder fractuur, zowel in de eerste als in de tweede lijn) alleen gekeken naar de gevolgen van het valincident, maar niet naar de oorzaken van het valincident. Indien er wel wordt gekeken naar de oorzaken van een valincident, dan wordt meestal slechts een deel van de individuele risicofactoren in kaart gebracht en vindt er geen systematische analyse van alle individuele risicofactoren plaats. Dit is een gemiste kans. Valincidenten komen veelvuldig voor en hebben belangrijke gevolgen op zowel morbiditeit als mortaliteit. Daarnaast is (multifactoriële) valpreventie bewezen effectief in het terugdringen van valincidenten (en fracturen).

Daarnaast misten we nog een aantal zaken in de beschrijving zoals ook boven genoemd: de rol van en samenwerking met de 2e/3e lijn (valpolikliniek door klinisch geriaters en/of internisten ouderengeneeskunde) staat niet beschreven (het uitvoeren van de comprehensive geriatric assessment in het kader van de multifactoriële valanalyse). Vrijwel ieder ziekenhuis heeft een poli geriatrie/ouderengeneeskunde waar deze zorg wordt geleverd. Daarentegen staat de ambulante rol van de specialist ouderengeneeskunde met een geriatrisch assessment wel beschreven, terwijl dit zeker niet tot de standaard beschikbare zorg is en ook minder gericht op (acute) onderliggende aandoeningen en ziekten onder andere.

Verder zouden we willen toevoegen dat alhoewel in de huisartsenpraktijk steeds meer aandacht en ruimte is casefinding van kwetsbare ouderen dat jaarlijkse casefinding/screening op valrisico nog niet gemeengoed is in de huisartsenpraktijk (niet in de zin zoals de richtlijn aanbeveelt, het jaarlijks stellen van de 2 uitgangsvragen tav vallen en mobiliteit).

En ter overweging: Het stuk van de SEH is slechts kort beschreven. Suggestie is om toe te voegen dat alhoewel er dit jaar een IJG verbeterdoel op dit gebied van kracht is geworden, het nog geen standaardpraktijk is om acute oorzaken voor vallen op de SEH te analyseren en ook mist veelal de regionale afspraak welke zorgverlener later de multifactoriële valrisicobeoordeling uitvoert (bv afspraken met huisarts/POH of met valpolikliniek in het betreffende ziekenhuis).

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?

De meeste valincidenten bij ouderen worden multifactorieel veroorzaakt. Door het systematisch in kaart te brengen van de individuele risicofactoren en daar vervolgens gerichte interventies op in te zetten, is aangetoond dat het aantal valincidenten afneemt. In de richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen wordt op basis van wetenschappelijke literatuur geadviseerd welke risicofactoren minimaal in kaart horen te worden gebracht en welke risicofactoren bij voorkeur aanvullend nog kunnen worden bepaald. Dit maakt dat dit een praktische toepasbaar instrument is om een systematische aanpak m.b.t. het kaart brengen van de risicofactoren mogelijk te maken.

De NHG standaard fractuurpreventie is hiervoor echter een te beperkt instrument, het geeft geen toelichting tav uitvoering van de multifactoriële valanalyse.

Aanvullend is de Valanalyse een goed instrument om als start te gebruiken om de belangrijke behandelbare valrisicofactoren in kaart te brengen en bijbehorende acties in te zetten. Hieraan moet wel toegevoegd worden dat de valanalyse een startpunt is voor eventueel vervolg onderzoek. Bijvoorbeeld kan uitgebreidere vervolganalyse middels een comprehensive geriatric assessment

nodig zijn om een oa voldoende inzicht te krijgen in de onderliggende aandoeningen en ziekten (comorbiditeit) en het uitvoeren van een gestructureerde medicatiebeoordeling.

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?

Trainingsprogramma's zijn aangetoond effectief in het verlagen van het aantal valincidenten bij oudere patiënten met een verhoogd valrisico. De richtlijn Preventie van Valincidenten geeft daarbij aan dat ten aanzien van bewegingsprogramma's uit de literatuur blijkt dat bewegingsprogramma's die zich richten op balans, spierkracht en lopen het meest effectief zijn om valrisico te verkleinen. Dit geldt zowel voor groepslessen als voor individuele begeleiding als voor thuisprogramma's. Gezien de sterke bewijskracht ten aanzien van bewegingsinterventies dient een multifactoriële val preventieve interventie ten minste één bewegingscomponent te bevatten.

Aanvullend op de duiding dat er effect is op spierkracht en balans zijn trainingsprogramma's ook effectief voor het verbeteren van het lopen en verminderen van valangst.

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 is misschien logisch, maar in dit indicatieschema wordt gemist dat het schema bedoeld is voor ouderen met een verhoogd valrisico.

M.b.t. stap 1: naast problemen met mobiliteit, spierkracht en balans zou ook nog lopen en uithoudingsvermogen toegevoegd moeten worden. Dit is ook in de richtlijn vastgesteld als belangrijke factoren (onderdelen mobiliteit) bij het valrisico.

M.b.t. stap 2: er is bij ouderen met een verhoogd valrisico die problemen hebben met de mobiliteit: spierkracht, balans, lopen of uithoudingsvermogen altijd een begeleid trainingsprogramma nodig. Trainingsprogramma's onder eigen verantwoordelijkheid of programma's via het gemeentelijk domein kunnen wel ondersteunen in het op peil houden van de mobiliteit: spierkracht, balans, lopen of uithoudingsvermogen, maar zijn niet aangetoond effectief in het verbeteren van deze factoren en daarmee het verlagen van het valrisico. Het verschil tussen de trainingsprogramma's voor beide groepen zit er vooral in dat bij ouderen met specifieke medische problemen over het algemeen eerder voor een individueel trainingsprogramma's gekozen wordt, terwijl bij ouderen zonder specifiek medisch probleem groepsprogramma's prima voldoen.

M.b.t. de laatste stap: we zijn van mening dat een trainingsprogramma (eigen verantwoordelijkheid/gemeentelijk domein) ook begeleid zou moeten zijn, maar dan bv door oefentherapeut. Ook in deze groep heeft de bewegingsinterventie sterke effecten op valrisico (en fractuurrisico), dus in het kader van preventie, voorkomen van letsel en beheersen van zorgkosten valt er veel mee te winnen om 1. Te zorgen dat de trainingsprogramma's voldoende intensief zijn voor de individuen en 2. De trainingsprogramma's te vergoeden omdat onnodig letsel en bijkomende kosten te voorkomen. Daarnaast creëert het anders ongelijke kansen (zie verder bij 5.)

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)

In ieder geval dienen ouderen met een indicatie voor een begeleid trainingsprogramma in aanmerking te komen voor vergoeding daarvan. De kosten van vallen en fracturen zijn hoog en trainingsprogramma's zijn bewezen kosteneffectief. Dit zou een mooie eerste stap zijn. Dit beleid creëert voor de overige groep die niet voldoet aan de criteria voor vergoeding echter wel kans ongelijkheid, want het zijn in de praktijk vooral de hoger opgeleide ouderen met een beter inkomen die in staat zijn om zelf geld te betalen voor een trainingsprogramma. Trainingsprogramma's helpen niet alleen om het valrisico en bijkomend letsel te verlagen, maar kunnen ook ondersteunen in het behoud van functionaliteit en zelfredzaamheid, en daarmee ouderen langer laten thuiswonen. Derhalve zijn er veel ouderen die baat zouden hebben bij meer bewegen en zou er dus meer geïnvesteerd moeten worden om dit mogelijk te maken. Momenteel is het per gemeente zeer wisselend wat er geboden wordt aan trainingsprogramma's en welke kosten daar aan vast zitten. Hier dient absoluut aandacht voor te zijn.

Zie verder ook antwoord 4: begeleiding op niveau van fysio/oefentherapeut voor deze groep is bewezen effectief en gestructureerde uitrol/aanbod zal naar verwachting belangrijke rol hebben om vallen & letsel te voorkomen. Bijkomend zal het gezondheidszorgkosten verminderen en is effectieve implementatie kansrijker indien het vergoedde zorg wordt.

Met vriendelijke groet,


Beleidsmedewerker Kwaliteit NVKG

Van: Latta, mw. J.M. [redacted] >

Verzonden: vrijdag 14 januari 2022 12:07

Aan: [redacted]

Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Geachte heer of mevrouw,

Met deze mail stuur ik u ter consultatie een concept duiding over valpreventie.

Bij dit concept (PDF 2021037677 – Valpreventie) horen de volgende bijlagen:

Bijlage 1 Cijfers rond valongevallen (afzonderlijk bijgevoegd).

Bijlage 2 de brief van de minister (afzonderlijk bijgevoegd: PDF Brief aan het ZIN)

Bijlage 3 is in het document opgenomen.

Bijlage 4 Keuzehulp (PDF afzonderlijk bijgevoegd)

Ik verzoek u **vertrouwelijk** met dit concept om te gaan.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Zorginstituut verzocht te duiden of valpreventie bewezen effectief is en, indien dat het geval is, of valpreventie voor ouderen onder de te verzekeren zorg kan vallen.

Ik nodig u uit om op dit concept te reageren aan de hand van vijf consultatievragen. Deze vragen vindt u in het concept op relevante plaatsen terug.

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?
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?
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?
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?
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)

Een samenvatting van de ontvangen reacties wordt opgenomen in een afzonderlijk hoofdstuk in het rapport. In hetzelfde hoofdstuk geven wij aan of en tot welke aanpassingen de reacties hebben geleid. Uw reactie wordt integraal als bijlage bij het rapport aan de minister van Zorg en Sport gevoegd. Om die reden verzoek ik u uw opmerkingen in een mail te zetten en geen opmerkingen in het document met de concept-duiding te plaatsen.

Ik zie uw reactie graag **uiterlijk 4 februari 2022** tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Latta
adviesmedewerker

.....
Sectorteam Eerstelijnszorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
M + [redacted]
[redacted]
<http://www.zorginstituutnederland.nl>

--

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

VUmc disclaimer : www.vumc.nl/disclaimer
AMC disclaimer : www.amc.nl/disclaimer

Kruger, mw. M.

Van: Latta, mw. J.M.
Verzonden: maandag 28 februari 2022 18:15
Aan: Kruger, mw. M.
Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Van: Jan Brinkers | KBO-PCOB <[REDACTED]>
Verzonden: vrijdag 4 februari 2022 15:38
Aan: Latta, mw. J.M. <[REDACTED]>
Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Beste Jolanda,

Hierbij onze reactie in rood in onderstaande mail.

Met vriendelijke groeten,

[REDACTED]

Met vriendelijke groet,
Jan Brinkers | Beleidsadviseur Belangenbehartiging

Komt u ook naar 1 van de 6 boeiende en gezellige inspiratiebijeenkomsten vanaf 17 maart?
Neem gerust iemand mee! Deelname is gratis. Meer info en aanmelden: www.kbo-pcob.nl/tour

☎ 030 3400 600

✉ [REDACTED]

🌐 www.kbo-pcob.nl



Ringwade 67, Gebouw F, 3439 LM NIEUWEGEIN

Disclaimer:

De inhoud van dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde.

Als u dit bericht onbedoeld heeft ontvangen, verzoeken wij u het te vernietigen en de afzender te informeren.

Het is niet toegestaan om een bericht dat niet voor u bestemd is te vernieuwvuldigen dan wel te verspreiden.

Van: Latta, mw. J.M. <[REDACTED]>
Verzonden: vrijdag 14 januari 2022 12:07
Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Geachte heer of mevrouw,

Met deze mail stuur ik u ter consultatie een concept duiding over valpreventie.

Bij dit concept (PDF 2021037677 – Valpreventie) horen de volgende bijlagen:

Bijlage 1 Cijfers rond valongevallen (afzonderlijk bijgevoegd).

Bijlage 2 de brief van de minister (afzonderlijk bijgevoegd: PDF Brief aan het ZIN)

Bijlage 3 is in het document opgenomen.

Bijlage 4 Keuzehulp (PDF afzonderlijk bijgevoegd)

Ik verzoek u **vertrouwelijk** met dit concept om te gaan.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Zorginstituut verzocht te duiden of valpreventie bewezen effectief is en, indien dat het geval is, of valpreventie voor ouderen onder de te verzekeren zorg kan vallen.

Ik nodig u uit om op dit concept te reageren aan de hand van vijf consultatievragen. Deze vragen vindt u in het concept op relevante plaatsen terug.

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?

Zover wij kunnen overzien vindt risicoschatting en de analyse in veel gevallen niet systematisch plaats. Ons idee is dat systematische aanpak gewenst is.

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?

Een systematische aanpak heeft goede instrumenten nodig, dat zijn de richtlijn Preventie en de NHG-standaard, echter instrumenten alleen zijn niet de enige succesfactoren. Belangrijk is dat valpreventie organisatorisch geborgd wordt (in de zorg). Het is niet helemaal duidelijk of de genoemde instrumenten voldoende in staat zijn een analyse te maken van de patiënt in diens omgeving, een observatie en evaluatie in de thuissituatie is gewenst.

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?

Trainingsprogramma's zijn effectief, maar een kanttekening willen wij daarbij maken. Andere factoren spelen ook een rol en moeten meegenomen worden in de programma's valpreventie. Denk daarbij aan o.a. voeding, visus, medicatiebeleid en aanpassen van de omgeving. Het heeft de voorkeur om de trainingen te zien als het fysieke onderdeel van het gehele programma valpreventie, gebruik daarom de term beweeginterventie. In de zin van aanpakken verminderde spierkrachten en balans spelen beweeginterventies uiteraard een belangrijke rol.

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?

Verander het schema naar Beweeginterventies mét BEGELEIDING. Maak het schema circulair in plaats van lineair. Geef bij het ALGEMEEN BEWEEGADVIES mobiliteit/spierkracht/balans, op peil houden ook andere adviezen die van belang zijn bij valpreventie. En maak na verloop van tijd (periodieke keuring en effect of andere maatregelen toereikend zijn) een lus naar de eerste vraagstelling PROBLEMEN MET MOBILITEIT/SPIERKRACHT/BALANS?

Het schema eindigt met TRAININGSPROGRAMMA of BEGELEID TRAININGSPROGRAMMA. Kan een gecombineerd programma ook de uitkomst zijn, dat lijkt nu uitgesloten? En ook hier zou lussen tussen beide uitkomsten mogelijk moeten zijn, bijvoorbeeld omdat medische problemen zich voor doen of niet meer voordoen.

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)

Een (eigen) vergoeding voor een trainingsprogramma zal ongetwijfeld er toe leiden dat ouderen zonder een indicatie niet of in mindere mate een trainingsprogramma gaan volgen terwijl dat voor valpreventie wel van belang is. Het heeft de voorkeur ook hen voor een vergoeding in aanmerking te laten komen.

Een samenvatting van de ontvangen reacties wordt opgenomen in een afzonderlijk hoofdstuk in het rapport. In hetzelfde hoofdstuk geven wij aan of en tot welke aanpassingen de reacties hebben geleid. Uw reactie wordt integraal als bijlage bij het rapport aan de minister van Zorg en Sport gevoegd. Om die reden verzoek ik u uw opmerkingen in een mail te zetten en geen opmerkingen in het document met de concept-duiding te plaatsen.

Ik zie uw reactie graag **uiterlijk 4 februari 2022** tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Latta
adviesmedewerker

.....
Sectorteam Eerstelijnszorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
M [REDACTED]
[REDACTED]
<http://www.zorginstituutnederland.nl>

--

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Reactie op concept valpreventie ZINL vanuit het NHG

Geachte mevrouw Latta,

Dank voor de gelegenheid het rapport over valpreventie van commentaar van de kant van het Nederlands Huisartsen Genootschap te mogen voorzien. We maken allereerst een paar algemene opmerkingen. Daarna gaan we in op de door u gestelde vragen.

Algemene opmerkingen:

Gezien de hoge prevalentie van het aantal valincidenten bij 65-plussers en het daar uit voortvloeiende gebruik van medische zorg en kosten is het van belang aandacht te besteden aan valpreventie.

Wel is het wat ons betreft zonneklaar dat de voorgestelde of op zijn minst gesuggereerde jaarlijkse screening van 65-plussers op valrisico onmogelijk valt in te passen in de huidige huisartsenpraktijk. De organisatie daarvan vereist veel menskracht en middelen die op dit moment niet voorhanden is. Hetzelfde geldt voor het verzorgen van een multifactoriële valrisico-analyse als uit de eerste vragen blijkt dat iemand een of enkele malen gevallen is of er moeite is met bewegen, kracht of balans. Een dergelijke analyse kost veel tijd.

We zien derhalve vooralsnog niet hoe een en ander in het vat moet worden gegoten.

Daarnaast willen we opmerkingen dat het rapport vooral gaat vooral over het opsporen en repareren van reeds ontstane valneiging in het medische domein. Het in stand houden van spierkracht en het voorkomen van valneiging door het aanbieden en bereikbaar maken van beweging en spierkracht opbouw buiten het medische domein aan de voorkant met potentieel een groter effect blijkt onderbelicht.

Tenslotte willen we vooraf opmerken dat de interventies een langdurig karakter dienen te hebben om effectief te zijn, een blijvend aanbod en blijvende deelname met andere woorden het blijvend onderhouden van de spierkracht, lijkt een voorwaarde voor succes.

Antwoord op de vijf consultatievragen:

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?

Dat lijkt ons zeker waar. De risicoschatting gebeurt momenteel vooral als iemand zich meldt bij de huisarts, bijvoorbeeld vanwege letsel na een val of komt met vragen over zijn of haar kans op osteoporose of fracturen (zie o.a. de NHG-standaard fractuurpreventie).

Van systematiek is geen sprake, de huisartsenzorg concentreert zich degenen die komen.

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?

De desbetreffende richtlijnen leveren daartoe inhoudelijk voldoende basis. Ook de standaard propageert evenwel geen systematische aanpak en/of een proactieve inventarisatie van eventuele problemen bij mensen die niet bij de huisarts komen of de huisarts voor heel andere problemen benaderen. De organisatie daarvan vereist

aanzienlijke extra inspanningen en valt niet te realiseren zonder substantiële toewijzing van extra menskracht en middelen.

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?

Trainingsprogramma's zijn onmiskenbaar effectief in onderzoeksverband. Vraag is wel welk deel van degenen die daar baat bij zou kunnen hebben, voor dit soort trainingen valt te porren en of mensen na de training voldoende motivatie hebben om de training ook zonder begeleiding vol te houden. Is daar voldoende over bekend?

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 schema is voor verbetering vatbaar. 1) Door gebruik te maken van twee kolommen lijkt het alsof je na vraag één (problemen met kracht/mobiliteit/balans) al in de linker of de rechter kolom komt en dan niet meer naar de andere kolom kan. Zeker omdat de volgende vraag over begeleiding ook in de rechter kolom staat. Het lijkt ons beter het schema om te bouwen tot een stroomschema.

2) De contra-indicaties voor deelname aan een programma zonder supervisie zijn te slecht omschreven en in de praktijk niet goed te hanteren. Hoe wordt bepaald of er een risico is op overbelasting en hoe wordt duidelijk of een patiënt een hoge kans heeft op verkeerd uitvoeren van de oefeningen? Of er sprake kan zijn van verwarring (en verwarring waarop dan?) of toename van valangst? Het vooraf inschatten van dit soort zaken lijkt ons geen sinecure.


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)

Er lijkt consistent bewijs dat oefentherapie (kracht en balans) effectief is in het reduceren van het aantal valincidenten bij thuiswonende ouderen met een verhoogde valkans. Dat dit veel zorgkosten kan besparen en kwaliteit van leven een stuk minder aangedaan zal worden dan wanneer een patiënt wél valt lijkt in het verlengde hiervan te liggen. Het lijkt daarom zinnig om een vergoeding te koppelen aan het fysiek trainingsprogramma bij ouderen met een verhoogd valrisico.

Er is wel het risico dat zorgverleners ruimhartig zullen omgaan met de – weinig SMART omschreven - inclusiecriteria (medische problemen) en contra-indicaties voor zelf trainen, zodat heel veel ouderen aanspraak gaan maken op vergoeding. Het is daarom van belang om het indicatieschema duidelijker te maken en scherper te stellen wanneer iemand wel of niet in aanmerking komt voor begeleide fysieke training.

In het rapport staat hier en daar ook het een en ander over inspanningen van de kant van gemeenten. Het zou stellig helpen als die (min of meer gratis) oefen- of trainingsprogramma's voor ouderen gaan aanbieden.

In de hoop u met deze reactie van dienst te zijn en met vriendelijke groet,


Namens het NHG

Kruger, mw. M.

Van: Latta, mw. J.M.
Verzonden: maandag 28 februari 2022 18:17
Aan: Kruger, mw. M.
Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Van: Jan-Willem Mulder | Patiëntenfederatie [REDACTED] >
Verzonden: donderdag 3 februari 2022 11:30
Aan: Latta, mw. J.M. <[REDACTED]>
Onderwerp: RE: Concept valpreventie ter consultatie

Geachte mevrouw Latta, beste Jolanda,

Graag maken we gebruik van de mogelijkheid om te reageren op de consultatievragen bij het stuk "Valpreventie – is dat te verzekeren zorg?".

Vooraf merken we graag het volgende op:

- Op hoofdlijnen zijn we positief over de analyse en conclusie, maar we hebben op enkele plaatsen wel kanttekeningen en vragen om verscherping. Dit zullen we hieronder bij onze reactie op de consultatievragen aangeven;
- We hebben de vragen gedeeld met relevante lid-organisaties van ons;
- We zien in de verzendlijst voor de consultatie niet de ouderenbonden staan, dit begrijpen we niet en is ons inziens wel van belang.

Nu volgt de reactie op de consultatievragen.

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?**
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?**

Bij een systematische aanpak zijn hoe dan ook de volgende elementen van belang vanuit patiëntenperspectief:

- We onderschrijven het belang van valpreventie en goede begeleiding daarbij voor wie dat wil en nodig heeft.
 - Op basis van de analyse is het een goed idee dat dit voor geïndiceerde mensen (op basis van een risico inschatting, de valanalyse) ook vergoed wordt.
 - De valanalyse die grondslag voor de indicatie vormt, moet een brede blik hebben. De analyse zou oog moeten hebben voor de (sociale) omgeving van mensen, zowel qua hulpmiddelen als woonsituatie. Of dat nu voldoende is omschreven, is in onze ogen twijfelachtig. Zo staat ADL nu als optioneel, terwijl dit cruciaal kan zijn. We illustreren dit graag met concrete situaties: wat maakt nu precies dat iemand valt? Gaat dat om spierkracht, of gaat het om teveel spullen, onhandige kledjes in de looproute in huis, de manier van lopen etc. Of gaat het om een combinatie van meerdere van dergelijke factoren? We vinden het dan ook van groot belang dat naar het geheel van factoren dat het valrisico bepaalt en kan doen verminderen wordt gekeken.
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?**

CC: [Redacted]

Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

U ontvangt niet vaak e-mail van [Redacted] [Meer informatie over waarom dit belangrijk is](#)

Geachte heer of mevrouw,

Met deze mail stuur ik u ter consultatie een concept duiding over valpreventie.

Bij dit concept (PDF 2021037677 – Valpreventie) horen de volgende bijlagen:

Bijlage 1 Cijfers rond valongevallen (afzonderlijk bijgevoegd).

Bijlage 2 de brief van de minister (afzonderlijk bijgevoegd: PDF Brief aan het ZIN)

Bijlage 3 is in het document opgenomen.

Bijlage 4 Keuzehulp (PDF afzonderlijk bijgevoegd)

Ik verzoek u **vertrouwelijk** met dit concept om te gaan.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Zorginstituut verzocht te duiden of valpreventie bewezen effectief is en, indien dat het geval is, of valpreventie voor ouderen onder de te verzekeren zorg kan vallen.

Ik nodig u uit om op dit concept te reageren aan de hand van vijf consultatievragen. Deze vragen vindt u in het concept op relevante plaatsen terug.

6. 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?
7. 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?
8. 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?
9. 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?
10. 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)

Een samenvatting van de ontvangen reacties wordt opgenomen in een afzonderlijk hoofdstuk in het rapport. In hetzelfde hoofdstuk geven wij aan of en tot welke aanpassingen de reacties hebben geleid. Uw reactie wordt integraal als bijlage bij het rapport aan de minister van Zorg en Sport gevoegd. Om die reden verzoek ik u uw opmerkingen in een mail te zetten en geen opmerkingen in het document met de concept-duiding te plaatsen.

Ik zie uw reactie graag **uiterlijk 4 februari 2022** tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Latta
adviesmedewerker

.....
Sectorteam Eerstelijnszorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
M [Redacted]
<http://www.zorginstituutnederland.nl>

--

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Reactie RIVM, Djoeke van Dale, Karlijn Leenaars, RIVM Gezond Leven

In het algemeen is het advies duidelijk in wat wel en niet tot verzekerde zorg behoort en kunnen wij ons vinden in de voorstellen die het Zorginstituut doet. Het RIVM heeft echter niet op alle onderdelen van deze duiding de specifieke expertise die nodig is voor een advies. Hieronder geven we onze feedback op de punten 3 en 5.

Vraag 1 en 2 zijn niet de expertise van het RIVM.

3. Effectiviteit: Gezien de internationale literatuur (o.a. Whitepaper van VeiligheidNI en die ook benoemd wordt in de verschillende erkende interventies (bijlage 3), kunnen wij ons goed vinden in het voorstel van het Zorginstituut om trainingsprogramma gericht op balans, spierkracht en mobiliteit onder verzekerde zorg te plaatsen.

- In white paper van VeiligheidNI wordt specifiek ook valangst genoemd en deze wordt nu niet meegenomen als onderdeel van het trainingsprogramma terwijl het een belangrijke determinant voor het risico op vallen is. Wat is de reden dat deze niet meegenomen wordt als belangrijk element bij de trainingsprogramma's.
- En verder wordt in bijlage 4 de Keuzehulp alleen groepsprogramma's genoemd in de tekst wordt het niet duidelijk of het om groeps -of individuele programma's gaat. Beide zijn effectief en dat staat ook in deze duiding. In hoeverre komen ook individuele programma's in aanmerking zoals Thuiszorg Onbezorgd Mobiel en worden ook individuele interventies voorgelegd worden aan de erkenningscommissie van het RIVM.

4. Het indicatie schema is volgens ons duidelijk maar ook dat is niet onze expertise.

5. We zijn het eens dat ouderen met indicatie voor begeleid trainingsprogramma in aanmerking komen voor vergoeding en dat ouderen zonder indicatie kunnen deelnemen aan algemene beweegprogramma's niet perse begeleid door de fysiotherapeut of oefentherapeut.

- De risico-inschatting kan door alle zorgprofessionals uitgevoerd worden, voor de valanalyse wordt gezien de breedheid de huisarts, POH-er ouderenzorg en specialist oudergeneeskunde. Dat is duidelijk maar over de fysiotherapeut en oefentherapeut staat dat deze niet de voorkeur hebben maar dat is wat vaag. Hebben ze nu wel of geen rol? Gezien de werkdruk van de huisartsen(praktijk) is het de vraag of ze deze taak er ook nog eens bij willen/kunnen nemen.
- Voor het succes van valpreventie is het wel belangrijk dat gehele keten goed geregeld is. Niet alleen omdat een deel door WMO bekostigd wordt maar ook voor vroege opsporing en blijven bewegen na afloop van de interventie (MBvO bv). Het gaat het om een goede samenwerking tussen zorg en preventie. Dat gaat niet vanzelf. Dit wordt wel genoemd maar in deze aanspraak op verzekerde zorg is het geen onderdeel van bv de training. Is het mogelijk om verwijzing naar samenwerking met ketenpartners in de aanspraak op te nemen. Ook bij de GLI blijkt dit een belangrijk punt van aandacht voor de GLI-aanbieders.
-

Beste mevrouw Latta,

Onze excuses voor onze late reactie op dit belangrijke onderwerp. We hopen dat onze reactie nog niet te laat is.

Ik heb deze taak overgenomen van Corien Harder.

Wij herkennen ons in de beschreven situatie dat er nog geen systematische aanpak is van de risico inschatting op vallen bij alle inwoners van een wijk. Wel zien we dat binnen de wijkverpleging dat alle cliënten worden beoordeeld op valrisico binnen het verpleegkundige cyclische proces. Zo nodig worden hierop acties uitgezet. Zoals risicoanalyse vallen invullen, voorlichting geven, doorverwijzing fysiotherapeut/oefentherapeut/ergotherapeut, doorverwijzing naar gemeentelijke projecten omtrent valpreventie, bewegen voor ouderen, e.d.

De richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen vanuit de NHG kennen wij niet (wel factuurpreventie). Wij kennen wel de richtlijn vanuit de FMS. Deze wordt ook aangehaald op een website die veel door verzorgenden en verpleegkundigen wordt geraadpleegd: <https://www.zorgvoorbeter.nl/valpreventie-ouderen/richtlijnen>. Dit geeft houvast voor signaleren, interveniëren en evalueren van de zorg omtrent valrisico's.

Wij moedigen trainingsprogramma's aan die bewezen effectief zijn en waar wij naar kunnen doorverwijzen om het valrisico te verminderen. We zien zelf ook binnen de wijk dat we cliënten moeten aansporen tot het doen van oefeningen die vallen voorkomen. Wij doen dit bijvoorbeeld door onze cliënten zo veel mogelijk zelf te laten doen en hierover informatie te geven. Echter zie je vaak dat er dan toch nog een stap wordt gemist op het gebied van valangst en verbeteren spierkracht plus balans. Deze trainingsprogramma's kunnen daaraan een bijdrage leveren omdat ze ook geïndiceerd zijn. We zijn nu binnen de wijkverpleging vaak afhankelijk van welzijnswerk of de gemeente die deze programma's soms wel/niet uitrolt. Het zou fijn zijn als dit systematisch zou kunnen worden voorgeschreven waardoor je ook bewezen effectieve interventies inzet op de valrisico's in de wijk. Het schema wat hierbij wordt aangeleverd werkt verhelderend. Hierdoor zou je kunnen voorsorteren op welk trainingsprogramma effectief is. Echter de uitvoer ligt bij de oefentherapeut en/of fysiotherapeut als deze zorg geïndiceerd is. Wel rest mij de vraag: Ligt er een indicatie voor deze trainingprogramma's als de wijkverpleegkundige die de indicatiestelling binnen de aanspraak wijkverpleging (ZVW)? Je wilt namelijk wel dat het zonder administratieve rompslomp kan worden ingezet bij de inwoners van de wijk die dit echt nodig hebben.

Met gezonde groet,

Adviseur wijkverpleging (ondersteuning)

BIG-nummer: [REDACTED]



Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Orteliuslaan 1000, 3528 BD, Utrecht

Postbus 8212, 3503 RE, Utrecht

Telefoonnummer: [REDACTED]

Werkdagen: maandag - dinsdag - woensdagochtend |

www.venvn.nl | info@venvn.nl

[Twitter](#), [Facebook](#), [Instagram](#) en [LinkedIn](#)

[Bereikbaarheid V&VN en parkeren. Klik hier voor meer info](#)

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw J. Latta
Postbus 320
1110 AH Diemen

Datum 8 februari 2022
Betreft Reactie VeiligheidNL consultatie concept duiding valpreventie

Geachte mevrouw Latta,

Dank voor het delen van het concept rapport "Valpreventie. Is dat te verzekeren zorg?" en de mogelijkheid om te reageren op een aantal consultatievragen.

Met veel interesse hebben we het concept rapport gelezen en ons gebogen over de vragen. Hieronder geven we per vraag onze reactie. We sluiten af met nog een aantal overige opmerkingen en vragen op het concept rapport.

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?

Ja, we herkennen ons in de beschreven situatie. De herkenning geldt zowel voor het feit dat in de huidige praktijk een valrisicoschatting en analyse van individuele risicofactoren (multifactoriële valrisicobeoordeling) niet systematisch wordt aangeboden, als dat deze niet systematisch door dezelfde persoon/entiteit of professional gebeurt, als dat dit niet overal met dezelfde methodiek of indicatoren gebeurt.

Het meer systematisch en uniform aanpakken van het opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico is belangrijk om valongevallen tegen te gaan. Met een meer systematische en uniforme valrisicoschatting ontstaat er minder versnippering en willekeur en is de toeleiding naar de interventies veel beter georganiseerd en geborgd.

Om de brede relevante groep ouderen op te sporen en preventie aan te bieden om een val, de gevolgen van een val en zo ook zorgkosten te voorkomen, onderstreept VeiligheidNL het belang om de taak van valrisicoschatting duidelijker te beleggen. Wie mag het uitvoeren met welke methodiek of indicatoren? Welke grondslag voor vergoeding is er dan? En hoe vindt dan (bij een vastgesteld verhoogd valrisico) de verwijzing plaats naar de multifactoriële valrisicobeoordeling?



Dat het tot op heden al behoorde tot het takenpakket van huisartsen, POH'ers en wijkverpleegkundige leidt tot nog toe in de praktijk niet tot een systematische uitvoering hiervan.

Idealiter wordt de valrisicoschatting door een brede groep professionals uit zowel het sociaal als zorgdomein uitgevoerd (zoals bijvoorbeeld welzijnswerker, buurtsportcoach, leefstijlcoach, POH, huisarts, fysiotherapeut, apotheker, ergotherapeut, wijkverpleegkundige e.d.). Lang niet alle ouderen voor wie valpreventie relevant is, zijn al in aanraking met zorg. Voor hen die de valrisicoschatting uitvoeren is het vervolgens belangrijk om de doorverwijzing (bij een verhoogd valrisico) naar zowel valpreventief beweegaanbod als een multifactoriële valrisicobeoordeling (valanalyse) goed te registreren en organiseren. De gestelde indicatoren uit de richtlijn van de Federatie voor Medisch Specialististen zouden de basis hiervoor moeten vormen.

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?

De beschrijvingen in de beide richtlijnen bieden heldere informatie en (toetsings)kaders en het zijn instrumenten om een standaard werkwijze en de kwaliteit ervan te borgen. Het kan leiden tot een systematische aanpak, echter de beide richtlijnen zijn geen praktisch toepasbare instrumenten om het direct in de praktijk te brengen. Alleen de beschrijving geeft namelijk geen handvatten voor aanpak ervan in de praktijk en zo dus ook geen garantie om het op die wijze systematisch aan te pakken. Hier is meer voor nodig dan een beschrijvende richtlijn. Zoals vastleggen wie verantwoordelijk is voor de uitvoering ervan, wanneer, beschikbare tijd, maar ook het praktisch per oudere kunnen invullen, registreren en doorverwijzen. De (door het RIVM erkende) Valanalyse is een praktijkinstrument dat praktisch uitvoering geeft aan de richtlijn en in potentie een instrument dat op meer uniforme manier de multifactoriële risicobeoordeling systematisch tot uitvoering kan brengen.

Om een systematische aanpak van valrisicoschatting en valrisicobeoordeling mogelijk te maken adviseert VeiligheidNL om met het werkveld afspraken te maken over hoe en door wie dit het beste praktisch uitgevoerd kan worden.

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?

Ja hier zijn wij het deels mee eens. Bij een indicatie voor verhoogd valrisico (vastgesteld conform richtlijn o.b.v. valgeschiedenis en moeite met bewegen, lopen en balanshouden) is een valpreventief trainingsprogramma effectief in het verlagen van het risico op een val, het aantal vallen en/of letsel als gevolg daarvan.

De suggestie in de formulering van vraag 3 dat deze programma's effectief zijn op in het verlagen van valrisico "*als gevolg van verminderde spierkracht en balans*" is echter te beperkt; deze trainingsprogramma's zijn effectief in het verlagen van valrisico doordat ze mobiliteitsproblemen die ten grondslag liggen aan het verhoogd valrisico effectief aanpakken.



Mobiliteitsproblemen kunnen breder zijn dan de genoemde spierkracht en balans, daarom is het belangrijk om het niet alleen op deze componenten toe te spitsen. Het is voor het dagelijks functioneren namelijk noodzakelijk om taken uit te voeren in verschillende omgevingen. Een val wordt veroorzaakt door een verstoring tussen het fysiek functioneren van het individu, de eisen die de omgeving stelt en iemands gedrag. Veel van de problemen die ontstaan vanuit fysiek functioneren (mobiliteitsproblemen) en het valrisico daardoor verhogen, kunnen worden verbeterd met gestructureerde trainingsinterventies. Slechte balans en verminderde spierkracht zijn belangrijke componenten van een verhoogd valrisico en zeer goed te verbeteren door training. Echter, training kan ook een val voorkomen door te oefenen hoe je veilig in een omgeving kunt voort bewegen en door bewustzijn te vergroten van wat iemand nog kan uitvoeren in verschillende situaties.

Voor eventueel meer achtergrond informatie over bewegen en vallen, verwijzen wij u graag naar prof. Mirjam Pijnappels, hoogleraar mobiliteit bij veroudering.

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?

Dit indicatieschema is niet in lijn met het "wat werkt"-dossier over valpreventie en voldoet daarmee voor VeiligheidNL niet bij het vaststellen voor een indicatie voor deelname van een oudere aan een begeleid trainingsprogramma (valpreventief beweegprogramma).

Er is voldoende bewijslast dat een valpreventief beweegprogramma (deels onder begeleiding) voor alle ouderen met een verhoogd valrisico relevant en effectief is. Bij een verhoogd valrisico is er namelijk altijd sprake van een mobiliteitsprobleem en is een monofactoriële aanpak in de vorm van een valpreventieve beweeginterventie (vanuit de literatuur bezien) effectief. Hiervoor hoeft geen multifactoriële valrisicobeoordeling uitgevoerd te worden. Er kan al op basis van een valrisicotest worden verwezen naar een dergelijk programma.

Omdat vaak andere factoren een rol spelen bij het ontstaan van mobiliteitsproblemen/het verhogen van het valrisico, is een multifactoriële valrisicobeoordeling daarnaast wel belangrijk om uit te voeren. Maar hoeft het volgorde niet vooraf te gaan aan een verwijzing naar een valpreventief beweegprogramma.

Dit indicatieschema lijkt te zorgen voor extra stappen en extra werk, die (vanuit wetenschappelijke literatuur bezien) niet perse nodig zijn en niet ten goede komen aan een efficiënte, uitvoerbare en systematische aanpak.

Op pagina 17 van het rapport wordt beschreven dat de prestatie waaronder het begeleide trainingsprogramma valt, zorg is zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden zoals bedoeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekeringen.

Wellicht heeft dit uitgangspunt tot de extra stap in het indicatieschema geleid?

Vanuit wat we weten over wat werkt in valpreventie is niet gesteld dat de begeleiding bij valpreventieve beweegprogramma's door fysio- en/of oefentherapeuten geboden dient te



Betreft

Reactie VeiligheidNL consultatie concept duiding valpreventie

worden. Relevante expertise is wel van groot belang bij het effectief uitvoeren van valpreventieve beweegprogramma's. Elk (door RIVM erkend) valpreventief beweegprogramma kent voor bijbehorende uitvoerders specifieke benodigde competenties die (a) per programma kunnen verschillen en (b) niet altijd op het niveau van een fysiotherapeut hoeven te zijn. Fysiotherapeuten voldoen met hun competenties ook niet altijd direct aan de door het programma gestelde competenties en worden daarop ook getraind.

VeiligheidNL ziet graag, vanuit dat wat we weten dat werkt, dat alle ouderen met een (o.b.v. valrisicotest) verhoogd valrisico een directe verwijzing kunnen krijgen naar een valpreventief beweegprogramma onder begeleiding. Bij die verwijzing is het belangrijk om per persoon te beoordelen/bespreken welk programma geschikt is een aansluit bij motivatie voor deelname. Denk hierbij aan niveau, maar ook wens van oudere zelf (voldoet het beter aan wens, hoe hoger de therapietrouw en hoe sterker effect zal zijn). Hier kan de klinische blik van de (zorg)professional bij helpen en/of keuzehulp uit meegestuurde bijlage 3 om de juiste verwijzing te maken.

Voor de uitvoering van de programma's is het belangrijk dat het gegeven wordt door een gecertificeerd trainer (die altijd getoetst wordt voor deelname op competenties en ervaring en specifiek voor het programma wordt getraind en getoetst alvorens een certificaat te behalen).

Andere overwegingen en reactie bij deze consultatievraag:

- Als de (door het RIVM erkende interventie) Valanalyse gebruikt wordt als instrument voor de multifactoriële valrisicobeoordeling, dan wordt in die analyse de SPPB al afgenomen. Dit zou dan al voldoende aanleiding/resultaat moeten geven voor doorverwijzing naar een begeleid trainingsprogramma.
- In het huidige indicatieschema wordt geen afkapwaarde gegeven bij de SPPB en/of het oordeel gelaten aan de klinische blik van een professional. Wanneer zal er dan sprake zijn van een terechte verwijzing? Als deze vrijheid er is, wat is dan de toegevoegde waarde van deze stap om het onderscheid te maken tussen wel of niet begeleid trainingsprogramma? Zal een fysiotherapeut gemotiveerd zijn om door te verwijzen naar een onbegeleid trainingsprogramma als hij/zij het ook zelf begeleid kan aanbieden? Bijvoorbeeld als In Balans in zowel gemeentelijk als fysiotherapeutisch domein wordt aangeboden ontstaan er ongelijke verwijzingen en wie zal dan doorverwijzen naar wie?

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)

We zijn het ermee eens dat ouderen bij wie een indicatie voor een begeleid trainingsprogramma is vastgesteld in aanmerking komen voor een vergoeding vanuit de ZVW. Zoals we bij



consultatievraag 4 hebben toegelicht, zijn we het niet eens dat de indicatie door middel van het voorgestelde indicatieschema gebeurt.

De indicatie zou op basis van de valrisicotest (bij de uitkomst verhoogd valrisico) en/of een multifactoriële valrisicobeoordeling plaats kunnen vinden.

Als er geen sprake is van een verhoogd valrisico zijn we het eens dat ouderen wordt aangeraden zelfstandig deel te nemen aan een trainingsprogramma en/of doorverwezen worden naar regulier sport- en beweegaanbod, zonder vergoeding vanuit de ZVW. Sport en bewegen is belangrijk voor universele (val)preventie als ook voor de algehele fysieke én mentale gezondheid.

Overige opmerkingen en vragen over het rapport

Na het lezen van het concept rapport hebben we nog een aantal andere opmerkingen en vragen:

- In paragraaf 4.4.6 op bladzijde 20 van het rapport staat het volgende: *"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."* Wat wordt door het Zorginstituut verstaan onder de competenties op het niveau van een fysiotherapeut? Gaat het dan alleen om de competenties uit het profiel van een fysiotherapeut of gaat het om iemand een (paramedisch) HBO diploma heeft behaald? Deze informatie is van belang omdat de genoemde interventies uit database van het RIVM verschillen qua vereiste competenties voor uitvoerders. Daarnaast beschikt ook een fysiotherapeut niet altijd over alle benodigde competenties en is het voor elk van de interventies nodig om een training te volgen en daar een certificaat voor te halen. Als het gaat om een vergoeding voor een begeleid trainingsprogramma vanuit de ZVW, is het dan niet beter om als vereiste te stellen dat zo'n trainingsprogramma gegeven dient te worden door een gecertificeerde trainer zodat zeker is dat elke trainer aan de juiste competenties voldoet? Hiermee zorg je ook dat elke trainer weet hoe het programma op een effectieve wijze uitgevoerd dient te worden.
- In het rapport is niet altijd duidelijk wat wordt verstaan onder een aantal begrippen:
 - o Wat wordt volgens u verstaan onder casefinding en wat onder risicoschatting?
 - o Verstaat u onder valanalyse hetzelfde als multifactoriële valrisicobeoordeling?
 - o Waarom ziet u casefinding als iets anders dan selectieve preventie? Waar zit volgens u het onderscheid in?
- De huidige regering heeft valpreventie als besparende maatregel opgenomen in het regeerakkoord. Concreet betekent dat er vanaf 2023 jaarlijks een fors aantal (per jaar oplopend vanaf 90.000) ouderen met een verhoogd valrisico deelnemen aan in ieder geval een valpreventief beweegprogramma. Het is daarom van belang om snel massa te maken. Daarvoor is een methode nodig om systematisch en snel aan casefinding te kunnen doen en in ieder geval deze opgespoorde ouderen met een verhoogd valrisico een valpreventief

**Betreft**

Reactie VeiligheidNL consultatie concept duiding valpreventie

beweegprogramma aan te bieden. Elementen in deze concept duiding raken de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van deze maatregel:

- Met het onderscheid tussen onbegeleid en begeleid trainingsprogramma komt er een rem op deze snelheid én zorg je voor tweedeling. Personen worden uit gesloten van een beweegprogramma op basis van selectie en (geen) vergoeding, terwijl zij er wel baat bij hebben.
 - Om deze massa te maken zijn trainers nodig; op basis van geschetste gestelde eisen voor vergoeding zullen trainers niet meer voldoen aan de voorgestelde competenties omdat zij enerzijds geen BIG registratie meer hebben (maar wel opgeleid waren tot fysiotherapeut) en anderzijds geen HBO diploma hebben, maar via trainingen en cursussen zich bekwaam hebben gemaakt om deze doelgroep te kunnen trainen. Deze trainers zijn hard nodig om de valpreventieve beweegprogramma's te kunnen geven. Dit raakt ons eerste genoemde punt bij de overige vragen en opmerkingen. Welke vereiste is noodzakelijk om voor vergoeding in aanmerking te komen?
 - Als een vergoeding voor een valpreventief beweegprogramma plaatsvindt via chronische lijst houdt dit in dat de deelnemers de eerste 20 behandelingen zelf moeten betalen (of via aanvullende verzekering). Veel beweegprogramma's bestaan zo'n 20-25 bijeenkomsten. Dat betekent dat de oudere dit toch zelf moet gaan betalen. Veel ouderen nemen nu niet deel omdat ze zelf moeten betalen voor de intensieve en daarmee best kostbare programma's. Onze aanbeveling zou zijn om, hoewel het meer tijd kost, het andere gesuggereerde spoor ook te verkennen en te kijken naar mogelijkheden van vergoeding voor dergelijke programma's. Op deze manier zorg je dat de zorg voor iedereen beschikbaar is én het doel van de regering gehaald kan worden.
- Op het einde van pagina 8 en begin pagina 9 wordt verwezen naar de erkende interventies van het RIVM. Inmiddels is hier tenminste 1 nieuwe interventie bijgekomen (Thuis Onbezorgd Mobiel).

Mocht deze reactie vragen oproepen, neem dan gerust nog even contact op voor een nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,



VeiligheidNL
Programmamanager Valpreventie

Kruger, mw. M.

Van: Latta, mw. J.M.
Verzonden: dinsdag 1 maart 2022 10:30
Aan: Kruger, mw. M.
Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Van: Sjoerd Terpstra <[REDACTED]>
Verzonden: donderdag 3 februari 2022 08:23
Aan: Latta, mw. J.M. <[REDACTED]>
CC: Peter de Braal <[REDACTED]>; Astrid Boode <[REDACTED]>; 'Jansen, AS (Anique)' <[REDACTED]>
Onderwerp: RE: Concept valpreventie ter consultatie

Dag Jolanda,

Onderstaand onze reactie

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
senior beleidsadviseur

Aanwezig: ma, di, wo, do



Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST

[REDACTED] www.zn.nl

- 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?**

Daar hebben we geen zicht op. De beschreven situatie in het document lijkt ons valide.

- 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?**

Deels. Hierbij wel de voorkeur om te kiezen voor 1 instrument om daarmee uniformiteit te krijgen, ook in relatie tot het beoordelen van de aanspraak indicatie in de toekomst. De grootste onzekerheid i.r.t. aanspraak betreft wel de indicatiestelling. Normaliter is de aanspraak aandoening/ziekte specifiek en is het aan de arts (of erkende verwijzer) om de medische diagnose te stellen waaraan de aanspraak te herleiden is. Met de huidige kennis staan wij hier nu negatief in, ook vanwege de subjectiviteit en mogelijkheid tot sturing van de instrumenten.

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?

Er is veel geaggregeerde evidentie met een hoge zeggingskracht die de effectiviteit van deze valpreventie interventies aantonen (het reduceren van het valrisico) bij ouderen met valrisico. Hierbij is het wel van belang om helder te hebben bij welke groep ouderen met een verhoogd risico op vallen dit met name van toepassing is. Zodoende is de indicatiestelling i.c.m. relevante co-morbiditeit van belang (en overlap met andere indicaties Bijlage 1)

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 lijkt uitvoerbaar en is inhoudelijk te volgen. De indicatiestelling geeft veel ruimte tot sturing. Daarbij zouden initiatieven op gemeente niveau mogelijk minder tot niet gestimuleerd kunnen worden indien deze vorm van zorg in de zvw zit. Afhankelijk van de gemeente (laag solvabiliteit bijvoorbeeld) kan men eerder sturen naar de zvw. Dit kan dus (on)bedoelde negatieve prikkels geven.

Verder worden de vraag gesteld op het volgende punt uit het document 2021037677 Valpreventie, blz. 9, voetnoot 21: "*Problemen in spierkracht/balans/mobiliteit: vastgesteld op basis van een gevalideerd instrument (bijvoorbeeld de Short Physical Performance Battery (SPPB)) en/of de klinische blik van de huisarts, POH, SO, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut.* Is hier de klinische blik voldoende om het onder de Zvw te laten vallen?"

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 begeleid 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)

Deze indicatiestelling (zie vraag 4) kan erg sturend zijn met een groot risico om zo te sturen dat de zorg binnen de zvw valt.

Bij keuze voor een valpreventieprogramma moet goed gekeken worden welke kosten dit met zich meebrengen en of dit gepast is. Ik lees namelijk dat men geen BIA gaat uitvoeren, maar dit lijkt mij wel op zijn plaats. Hierbij dient men het af te zetten tegen voordelen (kosten en impact door het vallen, direct medische kosten etc.)

Het is niet aan ZN om te bepalen of valpreventie al dan niet vergoed moet worden uit de Zvw. Verder is de vraag welke inzet er van het sociaal domein worden gevraagd om dit tot een succes te maken. Het is in onze visie niet mogelijk alleen een duiding voor het verzekerd pakket te doen zonder daarbij ook naar het sociaal domein te kijken.

Tot slot is er de vraag of gekeken is of valpreventie ook als een leefstijlprogramma geduid zou kunnen worden. Het gaat om meer dan alleen oefenen, ook veiligheidsaspecten in huis, voeding etc komen aan de orde.

Van: Latta, mw. J.M. <[redacted]>

Verzonden: vrijdag 14 januari 2022 12:07

Aan: [redacted]

Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Geachte heer of mevrouw,

Met deze mail stuur ik u ter consultatie een concept duiding over valpreventie.

Bij dit concept (PDF 2021037677 – Valpreventie) horen de volgende bijlagen:

Bijlage 1 Cijfers rond valongevallen (afzonderlijk bijgevoegd).

Bijlage 2 de brief van de minister (afzonderlijk bijgevoegd: PDF Brief aan het ZIN)

Bijlage 3 is in het document opgenomen.

Bijlage 4 Keuzehulp (PDF afzonderlijk bijgevoegd)

Ik verzoek u **vertrouwelijk** met dit concept om te gaan.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Zorginstituut verzocht te duiden of valpreventie bewezen effectief is en, indien dat het geval is, of valpreventie voor ouderen onder de te verzekeren zorg kan vallen.

Ik nodig u uit om op dit concept te reageren aan de hand van vijf consultatievragen. Deze vragen vindt u in het concept op relevante plaatsen terug.

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?
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?
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?
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?
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)

Een samenvatting van de ontvangen reacties wordt opgenomen in een afzonderlijk hoofdstuk in het rapport. In hetzelfde hoofdstuk geven wij aan of en tot welke aanpassingen de reacties hebben geleid. Uw reactie wordt integraal als bijlage bij het rapport aan de minister van Zorg en Sport gevoegd. Om die reden verzoek ik u uw opmerkingen in een mail te zetten en geen opmerkingen in het document met de concept-duiding te plaatsen.

Ik zie uw reactie graag **uiterlijk 4 februari 2022** tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Latta

adviesmedewerker

.....
Sector team Eerstelijnszorg

Afdeling Zorg

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
M [redacted]

--

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

Kruger, mw. M.

Van: Latta, mw. J.M.
Verzonden: maandag 28 februari 2022 18:16
Aan: Kruger, mw. M.
Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Van: Inge Huernink-Zentgraaff <[redacted]>

Verzonden: donderdag 3 februari 2022 17:08

Aan: Latta, mw. J.M. <[redacted]>

CC: [redacted]

Onderwerp: RE: Concept valpreventie ter consultatie

Beste Jolanda,

Allereerst fijn om te lezen dat veel van mijn eerdere adviezen en de exacte beschrijving van het Zorg en Zekerheid project als dusdanig zijn overgenomen in het concept advies aan VWS. Waarvoor dank. In het advies wordt op meerdere momenten gesproken over preventie, waarbij jullie volgens mij op een duidelijke manier onderscheid maken in de verschillende soorten preventie. Dat helpt in de verdere duiding.

Mijn reactie aan de hand van vijf consultatievragen:

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?
Ja, dat herken ik.
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?
Ja, deze instrumenten kunnen gebruikt worden om een systematische aanpak mogelijk te maken. In het rapport staat dat de valanalyse uitgevoerd moet worden door een huisarts; POH-ouderen of SO. Hierbij wordt voorbijgegaan aan de arbeidsproblematiek, juist bij deze drie beroepsgroepen. Ik begrijp dat dit geen onderdeel van jullie adviesvraag is, maar volgens mij wel goed dit in het rapport te benoemen (oa om de beroepsgroepen hierin mee te krijgen). Nu staat er alleen in het rapport dat *het Zorginstituut zich hiermee alleen uitspreekt over de te verzekeren zorg van deze onderdelen van de valpreventie en laat het aan de praktijk van de zorgverleners over hoe zij dit organisatorisch kunnen oppakken en inzetten (zie ook hoofdstuk 8)*. Voor ergotherapeuten en fysiotherapeuten staat dat zij niet de voorkeur hebben. In het midden blijft of zij nu wel of niet de valanalyse mogen uitvoeren. En wie of wat bepaalt dat?
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?
Mits deze gezien worden in het totaal van de analyse. Bij bijvoorbeeld onjuist gebruik van medicijnen kan een trainingsprogramma de spierkracht en balans verbeteren, maar wordt het onderliggende probleem niet opgepakt. Dus de analyse dient in mijn ogen in zijn totaal bekeken te worden, niet alleen op het onderdeel trainingsprogramma'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 schema roept nog wel een paar vragen bij mij op. In het rapport staat dat casefinding strikt genomen geen geïndiceerde preventie is, maar het wel een legitieme toegang tot geïndiceerde preventie vormt. Dit is wat mij betreft niet helder genoeg. Ook omdat in het schema staat dat dit het beginpunt van de Zvw is. Deze afbakening is nu nog te vaag. Roept daarnaast ook de vraag op of er ook sprake is van verzekerde zorg als de casefinding door een fysiotherapeut wordt uitgevoerd? Hoe te financieren?

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 begeleid 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 toelichting in voetnoot 22 en 23 zijn hierbij van belang: dit geeft een veel helderder beeld dat hoe het eerste beschreven was. Belangrijke informatie hoort in mijn ogen niet (alleen) in de voetnoot te staan. De informatie worden verder niet in de tekst vermeld, wat jammer is. Is onlosmakelijk verbonden met het schema. Dan ben ik het eens met deze aanname.

In paragraaf 4.4.3 staat dat dit *Formeel betekent dit dat aan de inzet van een begeleid trainingsprogramma onder de Zvw altijd een beoordeling door een zorgprofessional vooraf gaat, om de indicatie vast te stellen.* Houdt dit in dat dezelfde fysiotherapeut mag zijn die ook het programma aanbiedt?

Nog een paar algemene opmerkingen:

- Helder dat ook geformuleerd is dat indien de diagnostiek via screening mensen wordt aangeboden dit geen Zvw zorg is.
- In de bijlage wordt gesproken over vijf beoordeelde trainingsprogramma's door Loket Gezond Leven. Op andere plekken in het rapport wordt over vier gesproken, zoals ik deze ook ken uit de Zorg en Zekerheid studie. *Thuis Onbezorgd Mobiel* wordt verder nergens genoemd en hier zijn ook geen aanvullende opmerkingen over gemaakt. Mogelijk zinvol hier iets over te zeggen?
- In paragraaf 2.2.2 staat dat het advies, met toestemming van de oudere, teruggekoppeld wordt aan de huisarts. Gaan jullie er in het advies uit dat een andere huisarts dan de eigen of een POH-ouderen uit een andere praktijk deze analyse doet? In de Zorg en Zekerheid pilot is er bewust gebruik gemaakt van een "white label" POH ouderen om specifieke kennis en kunde te bundelen. Misschien goed om hier nog iets over te melden?
- In paragraaf 4.3.1 staan *Aanpassingen in huis en omgeving geadviseerd door een ergotherapeut* benoemd als zorg vallend onder de Zvw. Deze zorg valt toch niet onder de Zvw? Volgens mij valt deze zorg onder de WMO, zoals ook verderop in de tekst (bij vergoed uit een ander domein) genoemd.

Veel succes met het uiteindelijke rapport aanbieden aan VWS en de verschillende veldpartijen. Ik hoop dat er een heldere uitspraak over volgt.

Met vriendelijke groet,

[Redacted]
Senior Zorginkoper

[Redacted]
[Redacted]
zorgenzekerheid.nl

Maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag



Van: Latta, mw. J.M. <[Redacted]>

Verzonden: vrijdag 14 januari 2022 12:07

Aan: [Redacted]

Onderwerp: FW: Concept valpreventie ter consultatie

Deze e-mail is afkomstig van een extern e-mailadres. Help mee om Zorg en Zekerheid veilig te houden en denk goed na voor je een bijlage opent en/of op een hyperlink klikt.

Geachte heer of mevrouw,

Met deze mail stuur ik u ter consultatie een concept duiding over valpreventie.

Bij dit concept (PDF 2021037677 – Valpreventie) horen de volgende bijlagen:

Bijlage 1 Cijfers rond valongevallen (afzonderlijk bijgevoegd).

Bijlage 2 de brief van de minister (afzonderlijk bijgevoegd: PDF Brief aan het ZIN)

Bijlage 3 is in het document opgenomen.

Bijlage 4 Keuzehulp (PDF afzonderlijk bijgevoegd)

Ik verzoek u **vertrouwelijk** met dit concept om te gaan.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Zorginstituut verzocht te duiden of valpreventie bewezen effectief is en, indien dat het geval is, of valpreventie voor ouderen onder de te verzekeren zorg kan vallen.

Ik nodig u uit om op dit concept te reageren aan de hand van vijf consultatievragen. Deze vragen vindt u in het concept op relevante plaatsen terug.

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?
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?
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?
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?
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)

Een samenvatting van de ontvangen reacties wordt opgenomen in een afzonderlijk hoofdstuk in het rapport. In hetzelfde hoofdstuk geven wij aan of en tot welke aanpassingen de reacties hebben geleid. Uw reactie wordt integraal als bijlage bij het rapport aan de minister van Zorg en Sport gevoegd. Om die reden verzoek ik u uw opmerkingen in een mail te zetten en geen opmerkingen in het document met de concept-duiding te plaatsen.

Ik zie uw reactie graag **uiterlijk 4 februari 2022** tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Latta

adviesmedewerker

.....
Sector team Eerstelijnszorg

Afdeling Zorg

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
M +

<http://www.zorginstituutnederland.nl>

--

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
