

Datum 23 november 2020

Betreft **Q&A report**

SPREKER: Health Impact Bond

Met welk percentage wordt het aantal (ernstige) vallen gereduceerd n.a.v. het door jullie gepresenteerde programma valpreventie (als deze goed uitgevoerd wordt)?

Vanuit diverse onderzoeken is bekend dat de kans op een val effectief verminderd kan worden. Wanneer de juiste (kwetsbare) ouderen worden opgespoord en gestimuleerd gebruik te maken van een aanbod dat lokaal beschikbaar is, kan een reductie tot gemiddeld 40-60 % van de valincidenten gehaald worden. In het model is uitgegaan van een reductie van 40%.

Hoe komen jullie aan het adressenbestand van de potentieel valgevaarlijke ouderen?

We werken niet met een adressenbestand maar zetten in op het enthousiasmeren/ informeren via zorgprofessionals en overige communicatie-uitingen. Daarnaast kan het zo zijn dat er gemeenten zijn die ook kiezen voor het gericht aanschrijven van de doelgroep. Dat gebeurt dan vanuit de gemeente die dat kunnen doen op basis van de taken die ze hebben in het kader van de wet publieke gezondheid.

Graag een voorbeeld van een "andere financieringsbron".

Bijvoorbeeld ondersteuningsgelden versterking eerste lijn.

5.300 minder valincidenten is wel veel bij 2.500 deelnemers (2 valincidenten per deelnemer minder). Op grond van welke uitkomsten van studies is deze berekening gemaakt?

Er is door VeiligheidNL een businesscase gemaakt op basis van een uitgebreide begroting die met de projectgroep is opgesteld. Het Maatschappelijk Kosten en Baten Analyse (MKBA) model dat hiervoor gebruikt is, is ontwikkeld in samenwerking met Erasmus MC.

Welke learnings zijn jullie tot nu toe tegen gekomen bij het actie onderzoek?

Dat zijn er wat veel om allemaal op te noemen. Vilans is op dit moment aan de slag om deze te bundelen. Het idee is om als HIB Noord Limburg hier een klein artikel over te schrijven met daarin dan TIP's voor andere regio's.

Aan beide sprekers de vraag op welke wijze het verhoogde valrisico wordt vastgesteld in hun project? Type test – vragenlijst.

In het oorspronkelijke plan is het de bedoeling dat er vitaliteitsbijeenkomsten georganiseerd worden. Hier wordt de valrisico-test afgenomen, bij ouderen met een verhoogd valrisico worden vervolgens 2 mobiliteitstesten (POMA en 2 minuten wanteltest) afgenomen om te bepalen welke interventie het meest geschikt is (In Balans of Vallen Verleden Tijd). Bij ouderen met verhoogd valrisico wordt ook een valanalyse afgenomen om alle risicofactoren in beeld te brengen.

Betreft **Q&A report**

Zijn ouderen meegenomen in dit initiatief?

In de voorfase van het project is onder andere KBO Limburg betrokken. Bij de lokale invulling van uitvoering wordt aansluiting gezocht bij lokale initiatieven en wordt de betrokkenheid op lokaal niveau geborgd.

Is er in Zuid-Limburg ook een aanspreekpunt voor HIB?

Waarschijnlijk niet voor valpreventie gefinancierd middels een HIB. Advies: benader de betreffende gemeente of GGD Zuid-Limburg.

Investeerders willen rendement, de maatschappij/regering wil kostenreductie. Bijt dat elkaar niet?

De investeerders nemen ook een risico indien de aanpak niet slaagt, ontvangen zij ook geen of minder betalingen van de outcome payers. Daar past een (verantwoord) rendement bij. De businesscase is zo opgebouwd dat de besparingen voor de financiers van zorg (gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar) dan nog steeds hoger zijn dan de te betalen bedragen.

Hoelang heeft de voorbereiding geduurd om tot deze HIB te komen? En begrijp ik goed dat de uitvoering in het komende kalenderjaar gaat starten?

De voorbereidingen lopen al bijna 2 jaar. Alles rondom de HIB is nieuw. Met de opgedane learnings moet dat in de toekomst zeker sneller kunnen. We proberen begin 2021 te starten.

Zijn gemeentes ook investeerder? ik kan me voorstellen dat dit voor hen ook een grote besparing zou kunnen opleveren. Fantastisch plan!

De gemeenten zijn outcome payer. Zij betalen de private investeerders terug wanneer de resultaten (minder valincidenten) behaald worden.

Zijn de investeerders dezelfde partijen als de partijen waar de besparing plaatsvindt?

Nee, de investeerders die bekostigen de aanpak. Het gaat om private investeerders die geen betrokkenheid hebben in de uitvoering.

SPREKER: Saskia Kloet

Is het niet juist belangrijk om de verantwoordelijkheid in de wijk te dragen? Ook omdat de POH en huisarts al veel andere taken hebben.

We verkennen de mogelijke scenario's voor implementatie en de taken en rollen van de verschillende professionals. Daarbij kijken we zeker ook naar een wijk aanpak en wat de capaciteit van een aantal professionals is.

Is er al inzicht op de gevolgen van de coronamaatregelen op valincidenten? Zeker nu we de ouderen minder goed kunnen bereiken en valincidenten vaak in de thuissituatie plaatsvinden?

Betreft **Q&A report**

Eerste inzichten laten zien dat corona zorgt voor een daling van het aantal valongevallen, met name de lichte valongevallen. De cijfers worden bij VeiligheidNL gemonitord, ook om te kijken naar de middellange en lange termijn gevolgen van corona.

Zijn er al financiële stromen voor huisarts/POH om hen te faciliteren in de valpreventie?

Er lijken wel bestaande mogelijkheden voor bijv. POH om ouderen met verhoogd valrisico op te sporen en te screenen. Ik ken een voorbeeld waar het bij een zorgverzekeraar onder segment 3 bekostiging kan vallen.

Nog even een vraag naar aanleiding van de vorige presentatie. Als belangrijk aspect werd genoemd “het inzichtelijk maken van kosten en baten”. Eerder hebben wij met VeiligheidNL al gesproken over het feit dat de rekentool in onze situatie (Samen Bewegen Hoeksche Waard) niet toepasbaar is, omdat wij wél met meerdere partijen samenwerken (wijkverpleging, poh, paramedici ...), maar níet met bijvoorbeeld een ziekenhuis (deze is er niet in onze regio). De “oplossing” is om een maatwerktool aan te vragen bij VeiligheidNL. Discussie in onze regio is er nu over 'wie gaat dit betalen?'. Ik kan mij zo voorstellen dat dit voor meerdere regio's geldt. Gezien het aanmerkelijk belang is mijn vraag in hoeverre VeiligheidNL en/of VWS hier een oplossing in kunnen bieden?

Saskia: ik zou goed kijken naar het doel van de lokale business case en of met een schatting o.b.v. het huidige model al voldoende inzicht is. Vanuit het Ministerie wordt momenteel o.a. via ZonMw subsidie voor Juiste Zorg op de Juiste Plek verleend voor o.a. opstart / business case / inhuur expertise subsidie beschikbaar is voor dergelijke activiteiten: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/t/subsidiemogelijkheden-1/>

SPREKER: VeiligheidNL

Is er een platform waar (alle) valpreventie interventies zichtbaar zijn? Zijn die bijvoorbeeld bekend bij VeiligheidNL? Ik loop er regelmatig tegen aan dat ik geen inzicht heb in de interventies en mogelijkheden in de regio.

Op www.veiligheid.nl/valpreventie staat een landkaart met aanbieders van Otago, In Balans en de Valanalyse. Op de volgende webpagina vind je overzichten van interventies en tools voor valpreventie.

SPREKER: Wytske Meekes

Missen jullie niet veel mensen die niet daadwerkelijk vallen, maar wel bijna vallen... als je alleen de vraag stelt of ze het laatste jaar zijn gevallen?

Dat klopt. Dat is ook een beperking van deze screening (Bent u het afgelopen jaar gevallen? / Bent u bang om te vallen?) dat in principe alleen mensen worden geïnccludeerd die al eens zijn gevallen en/of bang zijn om te vallen. Wij missen hiermee dus waarschijnlijk veel mensen die nog nooit gevallen zijn en mogelijk een eerste keer

Betreft **Q&A report**

gaan vallen. De expertise van de zorgverlener blijft wel altijd voorop staan. Dus mocht de zorgverlener toch denken, deze patiënt heeft een verhoogd risico want hij struikelt bijvoorbeeld vaak, dan werd aangeraden om toch verder te kijken naar mogelijke onderliggende oorzaken.

Welk percentage van de huisartsenpraktijken kon voldoende van het programma worden geïmplementeerd?

Bedoelde u "Bij welk percentage van de praktijken kon valpreventie voldoende worden geïmplementeerd?" Wij kijken in ons project ook naar het verschil tussen het aantal kwetsbare oudere patiënten dat behandeld is voor een hoog valrisico het jaar (12 maanden) voor de implementatie periode en het aantal kwetsbare oudere patiënten dat behandeld is voor hoog valrisico tijdens de implementatie periode. Origineel zou de implementatie periode voor alle zorgverleners 12 maanden zijn maar door wervingsproblemen varieert dit nu van 3-15 maanden. Wij zijn nog bezig met dit deelonderzoek en op dit moment kan ik hier nog geen uitspraken over doen. Notitie: Wij hebben geen specifiek doel gesteld om te kunnen stellen dat valpreventie voldoende is geïmplementeerd.

Het argument van tijdgebrek geeft het gevoel dat er mogelijk onvoldoende inzicht is in urgentie?

Tijdens de focusgroep met de zorgverleners (huisartsen/POHs/wijkverpleegkundigen) zeiden alle deelnemers dat ze valpreventie belangrijk vonden en deel van hun werk. Wij hebben tijdens de focusgroep ook gevraagd naar de prioriteit van valpreventie. De prioriteit verschilde erg tussen de zorgverleners, bij sommigen heeft valpreventie een hoge prioriteit en bij sommigen een lage prioriteit. De prioriteit voor valpreventie zagen wij inderdaad snel verminderen als de praktijk andere zaken eerst op orde wilde krijgen. Wij zagen bijvoorbeeld dat de implementatie stil kwam te staan in een praktijk als er ernstig personeel gebrek was, bij praktijkovername en wanneer de huisartsenpraktijk het ouderenzorgprogramma eerst goed wilde organiseren. In deze situaties lag de prioriteit voornamelijk bij het draaiende houden van de praktijk.

Fysiotherapie wordt echter wel alleen vergoed uit de aanvullende verzekering (als de patiënt deze heeft) en dan vaak voor een beperkt aantal behandelingen per kalenderjaar...

Dat klopt. Daarnaast bieden sommige zorgverzekeraars ook nog een eenmalige vergoeding voor evidence-based interventies zoals In balans, OTAGO en Zicht op evenwicht, afhankelijk van het aanvullende pakket. Deze vergoeding varieert van 50-150 euro. Dit is vaak alleen aantrekkelijk als de therapeut een volle groep heeft en dan nog moet de patiënt (soms flink) bij betalen. (In ons project lukte het de therapeuten niet om volle groepen te krijgen.) Deze vergoedingen vanuit het aanvullende pakket werden vaak als onvoldoende ervaren door de zorgverleners die deelnamen aan de focusgroepen. Onze onderzoekspopulatie bestaat uit kwetsbare oudere patiënten. Zij hebben vaak al allerlei aandoeningen waarvoor zij al fysio/oefentherapie nodig hebben en ze willen dus vaak niet

Betreft **Q&A report**

al hun sessies gebruiken voor valpreventie. Hier moesten de therapeuten ook rekening mee houden (hoeveel sessies kunnen we gebruiken voor valpreventie, wat is mogelijk binnen dit aantal sessies). Daarnaast hebben de kwetsbare ouderen ook zorg op maat nodig wegens de verschillende aandoeningen die zij hebben (de therapeuten in ons project zagen deze patiënten daarom ook liever individueel).

SPREKER: Nathalie van der Velden

Wat is een acute val en een valincident? Want bij acute val is een multifactoriële analyse gewenst, maar punt 2 is bij meer dan 2 vallen.

Een acute val is iets anders dan “een” val. Hiermee wordt bedoeld presentatie met een val bij een zorgverlener, dus zodanig letsel dat hulp wordt gezocht. Voor minder ernstige valincidenten, dus die waarvoor geen medische hulp wordt gezocht, zijn er 2 valincidenten in het afgelopen jaar gekozen als afkappunt voor een multifactoriële analyse.

De Acute val spreekt de tweede reden voor MF screening, groter of gelijk aan 2 valincidenten in het afgelopen jaar tegen. De acute val kan namelijk het eerste valincident zijn.

Een acute val is iets anders dan “een” val. Hiermee wordt bedoeld presentatie met een val bij een zorgverlener, dus zodanig letsel dat hulp wordt gezocht. Voor minder ernstige valincidenten, dus die waarvoor geen medische hulp wordt gezocht, zijn er 2 valincidenten in het afgelopen jaar gekozen als afkappunt voor een multifactoriële analyse.

Kan er een samenvatting in Nederlandse termen worden gegeven op te ind van presentatie?!

Het is me niet helemaal duidelijk op welk onderdeel de vraag precies doelt. Op www.richtlijnen database.nl staan in het Nederlands alle richtlijnadviezen. Als bedoeld wordt de uitkomsten van het Europese instrument voor afbouw van valrisico -verhogende medicatie, dan zou ik willen verwijzen naar het abstract boek van het valsymposium. Er is op dit moment geen Nederlandse versie nog van het instrument, maar goede suggestie om die wel te ontwikkelen.

Osteoporose geeft toch ook een verhoogd valrisico?

Osteoporose geeft een verhoogd risico op fracturen, dus op letsel als er een val optreedt. Maar niet op de kans op een val zelf.

Zien we nu ook echt minder val gerelateerde opnames door afbouwen van valrisico medicatie? (hoop ik altijd wel als ik het doe)

Sowieso als onderdeel van de multifactoriële interventie is het effectief. Als enkelvoudige interventie is het ook in een aantal studies onderzocht, met wisselende uitkomsten. De studies waarbij afbouwen effectief werd uitgevoerd (niet alleen een advies maar ook vervolgen en verder aanpassen waar nodig) waren er inderdaad minder valincidenten. De

Betreft **Q&A report**

uitkomst val gerelateerde opnames wordt eigenlijk nooit gebruikt bij val-trials. Het is of alle valincidenten of valincidenten met letsel.

Zou het zinvol zijn alle ouderen, die niet vaak buiten komen, extra vitamine D te geven?

Dit is op dit moment inderdaad al een algemeen advies van het voedingscentrum. Het is zinnig om mensen met een hoog risico op een deficiëntie te suppleren en mensen die weinig buiten komen zoals verpleeghuisbewoners vallen daaronder. Wat betreft valpreventieve effecten weten we dat het geen zin heeft om te suppleren als je geen deficiëntie hebt, maar voor ouderen met een deficiëntie (of hoge kans daarop) is het wel zinnig.

SPREKER: Hanna Softic

Is er ook een app van apotheek.nl? Of een app waar je medicijnen en de bijwerkingen op kunt vinden?

Volgt

Hoe praktisch delen van informatie met apotheek om eventuele heropnames/bijwerkingen te voorkomen?

Volgt

SPREKER: Jasper Huberts

Gezien de uitgebreidheid van je behandelprogramma schat ik in dat je langdurig met deze patiënt bezig bent (geweest).

De behandelcode voor dhr. is nog niet afgerond. Wel kan geconcludeerd worden dat dit traject meer tijd in beslag zal nemen dan een 'regulier' valpreventieprogramma bij iemand zonder cognitieve stoornissen. Het optreden van tussentijdse bijzonderheden (b.v. valincident met de fiets) maakt dat je plan van aanpak dynamisch is. In de presentatie van M. Henstra werden enkele studies aangehaald met een duur van ca. 12 maanden. Verder onderzoek lijkt hierin van meerwaarde.