



# Valpreventie

Handreiking voor het uitvoeren  
van de basisfunctionaliteit

# Inhoudsopgave

Doel van deze handreiking	3
1 Doel van de ketenaanpak valpreventie	4
2 Doelgroepafbakening	6
3 Interventies: de kern van de ketenaanpak valpreventie	7
4 Rollen en taken in de ketenaanpak valpreventie	10
5 Organisatie en samenwerking: rol van gemeenten en zorgverzekeraar	12
6 Financiën	16
7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en monitoring	17
8 Kennisdeling en implementatieondersteuning	19
9 Inhoudelijke regionale uitwerking (standaard vragen aan de regio's)	20
10 Lokale/regionale aansluiting op medisch en sociaal domein	21
11 Stappenplan voor start, opschaling en optimalisatie	22

## **Meer informatie**

Meer handreikingen voor basisfunctionaliteiten en informatie over de onderdelen D5 en D6 van het AZWA vind je op [zorgakkoorden.nl/azwa](https://zorgakkoorden.nl/azwa).

# Doel van deze handreiking

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt over inzet op zogenaamde 'basisfunctionaliteiten': een landelijk afgesproken, minimaal noodzakelijke functie op het snijvlak van zorg, sociaal en publieke gezondheidsdomein. De samenwerking vanuit de domeinen zorg, sociaal en publieke gezondheid is hierbij noodzakelijk. Het betreft een ketenaanpak of netwerkaanpak, met in elk geval inzet van professionals gericht op het:

1. Signaleren van kwetsbare omstandigheden (breder dan sec zorg), In AZWA betreft het de term 'opsporen en signaleren'
2. Handelen: ondersteuning – en waar nodig zorg – bieden en/of dat bijschakelen om
3. Zwaardere zorg en ondersteuning te voorkomen.

De aanpak omvat ook de coördinatie op de bovenstaande onderdelen. Per basisfunctionaliteit zijn diverse interventies of activiteiten mogelijk – passend bij de context in de regio.

Het doel van basisfunctionaliteiten is tweeledig:

1. *Gezondheidsgelijkheid*: vergroten van gelijke kansen op gezond leven en daartoe het verkleinen van gezondheidsverschillen.
2. *Voorkomen van (zwaardere) zorg en ondersteuning*: het beperken van de toestroom naar zorg en ondersteuning door het versterken van de samenwerking tussen het zorg-, sociaal en publiek gezondheidsdomein, met netto minder inzet (hetzij financieel, hetzij arbeidskracht in zorg, sociaal domein en publieke gezondheidsdomein).

De ketenaanpak valpreventie is opgenomen als één van de basisfunctionaliteiten. De ambitie zoals afgesproken in het AZWA: Per 2023 krijgt jaarlijks 14% van alle thuiswonende ouderen (65+) een risico-inschatting (d.m.v. een Valrisicotest). Tevens volgt jaarlijks 3% van alle thuiswonende ouderen (65+), waarbij verhoogd valrisico is vastgesteld, een erkende valpreventieve beweeginterventie.

## Doel van de handreiking

Professionals vanuit betrokken partijen uit het publieke gezondheid en sociaal domein en andere betrokken organisaties, krijgen praktische handvatten om de aanpak valpreventie in hun regio vorm te geven, zodat zij weten welke keuzes, acties en samenwerkingsafspraken nodig zijn om tot een goed werkende ketenaanpak te komen. Deze handreiking schept kaders over wat de aanpak valpreventie omvat, waarbij er regionaal ruimte is voor invulling van de aanpak.

De handreiking is opgesteld door het ministerie van VWS, met input van en in samenwerking met VeiligheidNL, GGDGHOR NL, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

# 1 Doel van de ketenaanpak valpreventie

## 1.1 Aanleiding

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inrichten van de Ketenaanpak Valpreventie voor ouderen van 65 jaar en ouder met een valrisico. Maar, hoe pak je dat aan? Deze handreiking geeft inzicht in de stappen van de ketenaanpak en hoe je deze samen met de juiste professionals implementeert. Een interactieve handreiking met tools, formats en praktijkvoorbeelden vind je op de webpagina [ketenaanpak valpreventie van VeiligheidNL](#).

Valpreventie is één van de vijf basisfunctionaliteiten op het snijvlak van zorg en sociaal domein. In het kader van het AZWA worden hierover landelijke afspraken gemaakt. Deze handreiking sluit daarop aan en laat zien hoe valpreventie in de praktijk kan worden vormgegeven. Op Loket Gezond Leven is meer informatie te vinden over de samenhang tussen de verschillende ketenaanpakken en basisfunctionaliteiten.

Door de partijen verantwoordelijk voor deze handreiking wordt ook nagedacht en gewerkt aan de verbinding met (toekomstige) basisfunctionaliteiten dementie, ouderen op gezond gewicht en sociaal verwijzen. Het doel is een bredere blik op vitaal ouder worden te realiseren.

In het kader van de brede blik op vitaal ouder worden wordt met partijen verantwoordelijk voor de beroepshandreiking Kwetsbare ouderen thuis (*InEen, LHV, NHG, ActiZ, KNMP, KNGF-NVFG, Verenso, Laego, Sociaal Werk Nederland, Ergotherapie Nederland, NVD, NIP, PPN, Patiëntenfederatie Nederland, VNG, V&VN, ZN en ondersteund door VWS*) gesproken over een mogelijk toekomstige verbinding tussen de handreiking Kwetsbare Ouderen en deze handreiking van de ketenaanpak valpreventie en andere handreiking binnen het leefgebied vitaal ouder worden.

### **Wijzigingen in deze handreiking t.a.v. de handreiking uit mei 2025**

Uit de afspraken rond het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) vloeit voort dat alle handreikingen van basisfunctionaliteiten in hetzelfde format worden weergegeven. In dit document zijn daartoe de geüpdatete handreiking en de bijbehorende GALA-afsprakenleidraad uit juli 2025 verwerkt. Daarnaast is de informatie anders geordend en verder aangescherpt. Er is in de aanpak niets wezenlijks veranderd ten opzichte van de handreiking waar de professionals in de praktijk reeds mee werken.

### **Voor wie is deze handreiking?**

Deze AZWA-handreiking is bedoeld voor zorgverzekeraars, gemeenten en zorg- en welzijnspartijen in de regio. In deze handreiking worden de landelijke afspraken, kaders en verwachtingen voor deze partijen bij de organisatie van de ketenaanpak valpreventie toegelicht. Daarnaast biedt de handreiking handvatten voor het maken van afspraken in de regio en lokaal door gemeenten.

## 1.2 Doelstelling ketenaanpak valpreventie

Valongevallen bij ouderen vormen een ernstig en toenemend probleem. Jaarlijks belanden 119.000 ouderen (65+) door een val op de Spoedeisende Hulp (SEH). De gevolgen van een val zijn enorm, zowel in persoonlijk leed als in medische kosten. Het doel is het valrisico van 65+ers te verminderen door het aanpakken van de risicofactoren en het afvlakken van de stijgende lijn.

Met het [GALA](#) is vastgelegd dat uiterlijk op 1 januari 2024 in elke regio gestart zou worden met de inrichting van de ketenaanpak valpreventie. Uitgangspunt daarbij was het zorgen voor een landelijk dekkend en toegankelijk ketenaanbod voor de mensen uit de doelgroep. Toegankelijkheid van het ketenaanbod houdt in dat risico's vroegtijdig worden gesignaleerd en inwoners tijdig een passend (domeinoverstijgend) aanbod krijgen.

In het GALA is ook de doelstelling afgesproken tussen zorgverzekeraars, gemeenten en VWS dat per 2023 jaarlijks 14% van alle thuiswonende ouderen (65+) een risico-inschatting (d.m.v. een Valrisicotest) krijgt. Per 2023 volgt tevens jaarlijks 3% van alle thuiswonende ouderen (65+), waarbij verhoogd (matig en hoog) valrisico is vastgesteld, een erkende valpreventieve beweeginterventie. Deze inzet is noodzakelijk om de potentiële besparingen, onder andere binnen de Zvw, te kunnen realiseren. Dit is ook de minimale inzet om te komen tot minder meer druk op de zorg, waaronder SEH-bezoeken naar aanleiding van een val.

Met het AZWA blijven deze afspraken staan en worden zij verder geborgd. Valpreventie is opgenomen als een van de basisfunctionaliteiten. Partijen spreken af deze basisfunctionaliteiten te implementeren en toe te werken naar een landelijke dekking vanaf 2030. Daarmee blijven de eerder vastgestelde streefwaarden voor valpreventie het uitgangspunt. De voortgang van de implementatie wordt gemonitord en de basisfunctionaliteiten worden periodiek geactualiseerd op basis van monitoring en evaluatie, zodat waar nodig kan worden bijgestuurd of herijkt.

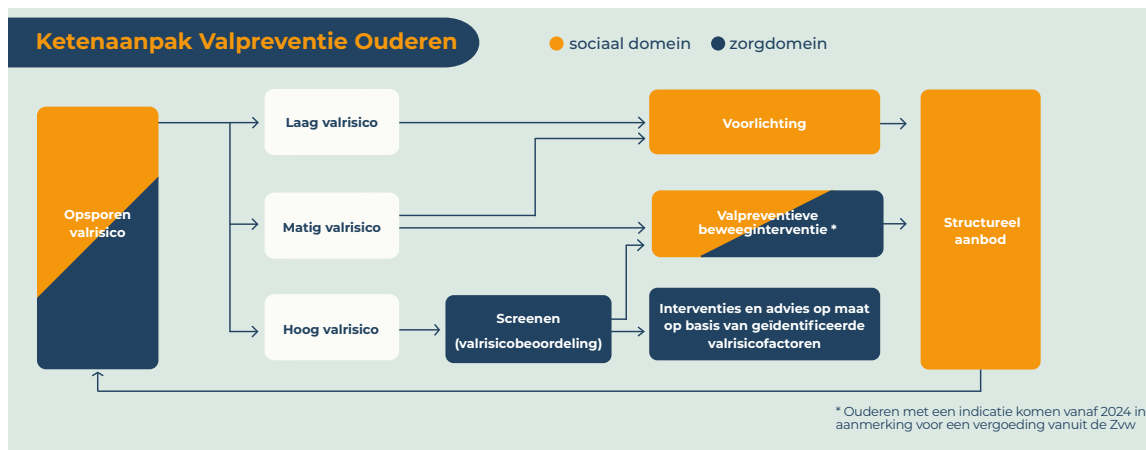
## 2 Doelgroepafbakening

De primaire doelgroep van de ketenaanpak valpreventie bestaat uit thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder met een verhoogd valrisico. De interventies die in deze handreiking worden beschreven, richten zich op deze groep.

In de fase van opsporing kunnen ook ouderen met een laag valrisico opgespoord worden. Zij krijgen binnen de ketenaanpak valpreventie voorlichting over valrisicofactoren en worden daarnaast doorverwezen naar regulier sport- en beweegaanbod (de financiering van dit reguliere aanbod valt buiten de ketenaanpak valpreventie).

# 3 Interventies: de kern van de ketenaanpak valpreventie

De ketenaanpak valpreventie bestaat uit vier stappen: 1. Opsporen valrisico (risico-inschatting d.m.v. een valrisicotest), 2. Screenen (de valrisicobeoordeling), 3. Interventies en 4. Structureel aanbod (toeleiding naar structureel beweegaanbod).



## Gereedheidskist

In het AZWA is afgesproken dat de regio voor de interventies/activiteiten in de basisfunctionaliteit gebruik kunnen maken van een gereedheidskist. De gereedheidskist is een dynamisch overzicht van effectieve interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Het uitgangspunt van de gereedheidskist is dat het dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten. Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen wat er al bestaat, bijvoorbeeld de al bestaande databanken met interventies die verschillende kennisinstellingen in beheer hebben. Het is niet nodig dat regio's met implementatie van de handreiking wachten op de gereedheidskist. ZN, VNG en VWS werken, in overleg met relevante (kennis)partijen, de komende periode de gereedheidskist verder uit voor punten als: governancevraagstukken, gebruik van de interventies in de gereedheidskist door de regio's, criteria voor interventies, toegang tot de gereedheidskist en eigenaarschap. In een volgende versie van deze handreiking zal op deze plek worden verwezen naar de gereedheidskist.

## 3.1 Opsporen valrisico

### Wat wordt verstaan onder opsporen van valrisico?

De ketenaanpak valpreventie begint met het opsporen van valrisico bij thuiswonende ouderen (65-plussers). Vaak hebben ouderen zelf niet door wanneer ze een grote kans hebben om te vallen. Het is daarom belangrijk dat ze tijdig worden opgespoord.

### Hoe spoor je valrisico op?

Je kan valrisico opsporen met de [Valrisicotest](#). De Valrisicotest is gebaseerd op de Wereldrichtlijn Valpreventie (2022) en maakt onderscheid tussen een laag, matig of een hoog valrisico. De mate van valrisico wordt bepaald op basis van: valgeschiedenis, aanwezigheid van valangst, aanwezigheid van mobiliteitsstoornissen en eventueel aangevuld met de 4 meter looptest.

### Hoe verder?

Het is essentieel dat in jouw regio voor iedereen duidelijk is waar een oudere vervolgens naar doorverwezen wordt:

- Laag valrisico: geef voorlichting over valpreventie en verwijs door naar regulier sport- en beweegaanbod.
- Matig valrisico: geef voorlichting over valpreventie en verwijs door naar een valpreventieve beweging-interventie in het sociaal domein.

- Hoog valrisico: een zorgverlener beoordeelt het hoge valrisico en geeft de oudere vervolgens advies op maat. Dit kan onder meer een doorverwijzing zijn naar een valpreventieve beweeginterventie in het sociaal domein of een interventie in het zorgdomein, afhankelijk van de aanwezigheid van onderliggend en bijkomend lijden.

Het is belangrijk dat ouderen [gemotiveerd](#) zijn. Dat lukt door in te spelen op de [motieven en redenen voor weerstand](#).

## 3.2 Screenen (valrisicobeoordeling)

### Wat wordt verstaan onder de valrisicobeoordeling?

Een valrisicobeoordeling wordt uitgevoerd bij de ouderen met een hoog valrisico. Hierbij worden valrisicofactoren in kaart gebracht zodat er op maat adviezen en interventies gegeven kunnen worden. Het is belangrijk dat de wensen en behoeften van de oudere hierin worden meegenomen.

### Hoe wordt een valrisicobeoordeling uitgevoerd?

Er zijn veel verschillende risicofactoren die kunnen leiden tot een val. Bij een oudere zijn vaak meerdere valrisicofactoren aanwezig. Bij 65-plussers met een hoog valrisico wordt dan ook aanbevolen een screening op valrisicofactoren oftewel valrisicobeoordeling uit te voeren. De [Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen \(2021\)](#) en [World Falls Guideline \(2022\)](#), bieden hiervoor handvatten. Dit is samengevat in [een notitie](#). Veel gebruikte instrumenten voor het uitvoeren van een valrisicobeoordeling zijn het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) – voornamelijk bedoeld voor geriaters en internisten ouderengeneeskunde in de tweede lijn – en de [Valanalyse](#) die vooral geschikt is voor de eerste lijn.

**NB: zoals in de inleiding aangegeven volgt de komende tijd een verkenning hoe de valrisicobeoordeling beter te verbinden met de handreiking kwetsbare ouderen.**

### Hoe verder?

Op basis van de valrisicobeoordeling geeft de zorgverlener een advies op maat, inclusief doorverwijzing naar interventies in het sociaal en/of zorgdomein. Dit kan bijvoorbeeld een verwijzing voor een medicatiebeoordeling (zorgdomein) zijn of een verwijzing naar structureel sport- en beweegaanbod (sociaal domein). Het is belangrijk dat de wensen en behoeften van de oudere hierin worden meegenomen. Het is aan te bevelen om na een aantal maanden een afspraak te maken met de oudere om de opvolging van adviezen te evalueren.

## 3.3 Interventies

### Wat wordt verstaan onder de interventies?

De interventies zijn gericht op het verminderen van risicofactoren voor vallen. Een effectieve valpreventie-aanpak bij ouderen met een verhoogd valrisico bevat altijd een valpreventieve beweeginterventie. Deze interventie heeft de sterkste bewijskracht dat het effectief het valrisico verlaagt. Een bewezen programma bestaat uit oefeningen voor balans en functionele training eventueel aangevuld met krachttraining. Aanvullend op de valpreventieve beweeginterventies wordt aan:

- ouderen met een matig valrisico voorlichting gegeven over valrisicofactoren en valpreventie
- ouderen met een hoog valrisico interventies en advies op maat aangeboden die zijn bepaald tijdens de valrisicobeoordeling

Ouderen met een laag valrisico worden doorverwezen naar structureel sport- en beweegaanbod en krijgen daarnaast voorlichting over valrisicofactoren en valpreventie.

### Welke interventies worden ingezet?

Het is wenselijk dat lokaal meerdere valpreventieve beweeginterventies beschikbaar zijn, zodat ouderen terecht kunnen bij een interventie die aansluit bij hun wensen en behoeften. Er zijn in Nederland [drie valpreventieve beweeginterventies erkend](#): Vallen Verleden Tijd, In Balans en Otago. Gemeenten dienen tenminste één erkende valpreventieve beweeginterventie aan te bieden. Kijk in de [Keuzehulp](#) om de juiste valpreventieve beweeginterventie te adviseren voor ouderen met een valrisico. Een valpreventieve beweeginterventie kan gecombineerd worden met een andere interventie zoals voedingsadvies en stimulering van sociale contacten. Een voorbeeld hiervan is het erkende multidisciplinaire en integrale valpreventieprogramma [Thuis Onbezorgd Mobiel \(TOM\)](#). TOM bevat altijd de valpreventieve beweeginterventie Otago of In Balans maar raakt ook aan andere AZWA-basisfunctionaliteiten.

### **Voorlichting**

Voorlichting over valpreventie en risicofactoren draagt bij aan de bewustwording en motivatie van ouderen. Voorlichting kan bijvoorbeeld geïntegreerd worden in vitaliteitsbijeenkomsten of erkende valpreventieve beweeginterventies.

### **Hoe verder?**

Na afloop van een valpreventieve beweeginterventie is het essentieel dat de oudere geadviseerd en doorverwezen wordt naar [structureel sport- en beweegaanbod](#).

## **3.4 Structureel sport- en beweegaanbod**

### **Wat wordt verstaan onder structureel sport- en beweegaanbod?**

Om de verbeteringen in balans, functioneren en spierkracht vast te houden is het van belang door te gaan met beweegoefeningen na afloop van de valpreventieve beweeginterventie.

### **Hoe wordt doorverwezen naar structureel sport- en beweegaanbod?**

Het is belangrijk ouderen goed te begeleiden naar structureel sport- en beweegaanbod, want ondanks vaak goede intenties en positieve ervaringen blijkt dat veel ouderen dit niet doen. De gemeenten zorgen voor [voldoende en passend sport- en beweegaanbod](#) dat structureel wordt aangeboden en aansluit bij het niveau en de wensen van de ouderen. De betrokken professionals stemmen onderling af hoe de ouderen worden doorverwezen naar vervolgaanbod.

### **Hoe verder?**

Het is belangrijk dat ouderen jaarlijks beoordeeld blijven worden op de aanwezigheid van valrisico. Het advies is om dit te integreren in het regulier sport- en beweegaanbod.

# 4 Rollen en taken in de ketenaanpak valpreventie

## 4.1 Opsporen valrisico

### Wie kan valrisico opsporen?

Iedereen kan de [online Valrisicotest](#) of de snelle [kaart inschatting valrisico](#) doen, zowel professionals als ouderen zelf. Voor ouderen bij wie een 4 meter looptest afgenomen moet worden, als gevolg van de uitslag van de Valrisicotest, is verwijzing naar een professional uit sociaal of zorgdomein noodzakelijk.

#### *Sociaal domein*

Opsporen van het valrisico kan bijvoorbeeld tijdens een intakegesprek, tijdens een preventief huisbezoek, welzijnsactiviteit, vitaliteitsbijeenkomst of tijdens regulier beweegaanbod. Dit kan worden gedaan door een welzijnsmedewerker, huishoudelijke hulp, WMO-consulent, beweegprofessional/MBVO-docent of buurtsportcoach, waarbij aandacht voor het opsporen kwetsbare groepen.

#### *Zorgdomein*

Opsporen van het valrisico kan bijvoorbeeld tijdens een regulier consult in de huisartsenpraktijk, bij presentie op de spoedeisende hulp of opname in het ziekenhuis, tijdens het eerste contactmoment bij een huisbezoek of tijdens een medicatiereview. Dit kan worden gedaan door een huisarts/praktijkondersteuner huisarts (POH), thuiszorg of wijkverpleging, paramedische zorgprofessionals (zoals fysiotherapeut, ergotherapeut of oefentherapeut, diëtist), medisch specialist, verpleegkundige of apotheker, waarbij aandacht voor het opsporen kwetsbare groepen.

## 4.2 Screenen (valrisicobeoordeling)

### Wie kan een valrisicobeoordeling uitvoeren?

De valrisicobeoordeling is door Zorginstituut Nederland (ZIN) [geduid](#) als geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden. Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat huisartsen of medisch specialisten de beoordeling zelf moeten doen. Ook een specialist ouderengeneeskunde heeft de competenties om een valrisicobeoordeling af te nemen. Paramedici zoals fysiotherapeuten en ergotherapeuten kunnen onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist delen van de valrisicobeoordeling uitvoeren. In een regio moeten dan ook afspraken worden gemaakt over de organisatie van de valrisicobeoordeling, zoals opgenomen [in de werkwijze valrisicobeoordeling](#).

## 4.3 Interventies

### Wie kan valpreventieve beweginginterventies aanbieden?

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten die opgeleid zijn in het geven van de valpreventieve beweginginterventies [In Balans](#), [Otago](#) of [Vallen Verleden Tijd](#). In Balans kan in het *sociaal domein* ook worden gegeven door MBVO-docenten/sport- en beweegleiders senioren, HBO bewegingsagogen of ergotherapeuten die de opleiding tot In Balans docent hebben gevolgd. Ook kunnen sport- en beweegprofessionals met CIOS (niveau 4) of ALO achtergrond met aantoonbare ervaring in het lesgeven met senioren én kennis over fysiologische en psychologische veranderingen van de ouder wordende mens, de opleiding tot In Balans docent volgen en vervolgens In Balans aanbieden. In het *zorgdomein* dient een fysio- of oefentherapeut In Balans of Otago aan te bieden.

Begeleiding door een gecertificeerde professional is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de beweginginterventie veilig en met voldoende uitdaging uitgevoerd wordt. Op [de interactieve kaart](#) vind je per gemeente en postcodegebied een overzicht van de professionals die gecertificeerd zijn om In Balans, Otago of Vallen Verleden Tijd te geven.

## 4.4 Structureel sport- en beweegaanbod

### **Wie kan structureel sport- en beweegaanbod aanbieden?**

Dit is afhankelijk van de lokale mogelijkheden. Denk in het *Sociaal domein* bijvoorbeeld aan: ouderenbonden, sport- en beweegaanbieders, welzijnsorganisatie en [buurtsportcoaches](#). Verwijzen naar structureel aanbod kan bijvoorbeeld via: proeflessen, informatiemarkten, buurthuizen of huizen van de wijk.

## 5 Organisatie en samenwerking: rol van gemeenten en zorgverzekeraar

Om basisfunctionaliteiten te kunnen borgen, is er een basisinfrastructuur nodig in de wijk voor verschillende leefgebieden. Deze basisinfrastructuur is een onderdeel van de brede sociale basis binnen gemeenten. De gezonde en sociale basisinfrastructuur vormt het fundament voor de domeinoverstijgende samenwerking in de basisfunctionaliteiten. Vanuit deze basisinfrastructuur worden ondersteunings- en zorgbehoeften gesignaleerd, waarna waar nodig wordt doorverwezen; tegelijkertijd kan door collectieve inzet ondersteuning en zorg in veel gevallen worden voorkomen.

Op dit moment wordt er gewerkt aan de uitwerking van de inloopvoorzieningen sociaal en gezond (opgave D6 uit het AZWA). Hierin wordt op het niveau inloopvoorzieningen en professionals aangegeven wat er nodig is in de gemeenten en wijken ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten. Naar verwachting Q2 2026 zullen deze afspraken worden vastgesteld. In een volgende versie van de handreiking kan worden verwezen naar deze landelijke afspraken.

### Regionale afspraken

In de werkagenda beschrijven de regio's hoe de doelgroep en opgave eruitziet, welk aanbod er in een regio nodig is, en hoe zij in de periode tot 2030 komen tot een regionaal dekkend aanbod van de ketenaanpak valpreventie.

De gemandateerde gemeente en preferente zorgverzekeraar zorgen er – als financiers - voor dat alle onderdelen van de aanpak voldoende beschikbaar zijn en dat er onderlinge samenhang met de andere basisfunctionaliteiten en samenwerking is.

De gemandateerde gemeente en preferente zorgverzekeraar beschrijven in de regionale werkagenda voor basisfunctionaliteiten de gezamenlijke opgave, waarbij zij (ten minste) verantwoordelijk zijn voor:

- Het inrichten van een Regionale Preventie Infrastructuur (zie de oplegger bij de handreikingen). Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierin een sturende rol en de GGD heeft hierin de coördinerende rol.
- Een gedeelde visie op de maatschappelijke opgave en de basisfunctionaliteit valpreventie binnen het leefgebied vitaal ouder worden die zij met professionals uit de eerste lijn en het sociaal domein opstellen.
- De afweging of een nadere afbakening van doelgroep(en) en/of het benoemen van focusgebieden gewenst is. Zo ja, dan worden deze benoemd.
- Monitoring en evaluatie op regioniveau.
- De invulling van een regionaal dekkend aanbod, waarbij de landelijke streefwaarden gehanteerd worden:

Hieronder staan de verantwoordelijkheden van de (*gemandateerde*) *gemeente* en *zorgverzekeraar* rondom de benodigde voorbereiding beschreven bij de stappen in de valpreventieketen (1. opsporen valrisico, 2. screenen, 3. inzetten van interventies en 4. doorgeleiden naar structureel beweegaanbod).

### 5.1 Stap 1: Opsporen valrisico

#### Mandaatgemeente

- Zorgt ervoor dat gemaakte afspraken (benoemd bij ketenonderdeel: voorbereiding) met de zorgverzekeraar worden afgestemd.
- Zorgt ervoor dat de lokale (en evt. gezamenlijke) invulling wordt afgestemd met de regiogemeenten.
- Maakt geen afspraken over de lokale inkoop en contractering.

#### Gemeente en zorgverzekeraar gezamenlijk

- Inventariseren welke (regionale) partijen een rol kunnen spelen bij het opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico en betrekken hen in de ketenaanpak.
- Zorgen dat deze partijen betrokken worden bij het maken van de regionale en lokale afspraken.
- Afspraken maken over hoe kwetsbare doelgroepen beter bereikt kunnen worden voor opsporing.

### Gemeente

- Zorgt dat partijen die een rol spelen bij opsporing betrokken worden in de ketenaanpak:
  - Stemt met betrokken partijen uit het sociaal domein (zie hoofdstuk 4 voor toelichting), de (reguliere) zorg en de publieke gezondheidszorg (GGD) af over wie welke inzet pleegt voor het opsporen van senioren met een verhoogd valrisico.
- Zorgt voor de benodigde kennisoverdracht naar betrokken partijen (bijvoorbeeld professionals uit wijkteams, welzijnsorganisaties, vrijwilligers en mantelzorgers), zodat zij signalen van verhoogd valrisico tijdig herkennen.
- Organiseert waar nodig voorlichtingsbijeenkomsten voor partners in het sociaal domein ten behoeve van het opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico
- Organiseert vitaliteitsbijeenkomsten voor inwoners om hen bewust te maken van valrisico en handvatten te geven en waar mogelijk actief verhoogd valrisico op te sporen.
- Maakt afspraken met betrokken partijen uit het sociaal domein over opsporing (en waar nodig doorverwijzing) en vanuit welke inzet zij deze rol vervullen:
  1. *Inzet vanuit bestaande taakstelling*  
Bijvoorbeeld Wmo-consulenten of casemanagers die bij de intake mobiliteit meenemen.
  2. *Inzet vanuit bestaande contractering*  
Bijvoorbeeld in afspraken met welzijnsorganisaties en buurtsportcoaches over prioriteren van opsporing van verhoogd valrisico.
  3. *Extra inzet nodig*
    - a. Inkoop vitaliteitsbijeenkomsten/workshops
    - b. Inkoop van voorlichtings- en campagnemateriaal
    - c. Uitbreiding contractering welzijnsorganisatie om meer inzet te plegen op opsporing.

### Zorgverzekeraar

- Zorgverzekeraars hebben geen rol in deze stap.

### Zorgverlener

- Signaleert mogelijk verhoogd valrisico bij 65-plussers tijdens regulier contact (zie hoofdstuk 4 voor toelichting).
- Bespreekt valrisico met de oudere op een begrijpelijke manier.
- Gebruikt laagdrempelige instrumenten (zoals de valrisicotest) waar passend.
- Verwijst bij signalen van verhoogd risico door naar passende vervolgstappen in de keten.

## 5.2 Stap 2. Screenen - valrisicobeoordeling

### Mandaatgemeente

- Zorgt ervoor dat gemaakte afspraken (benoemd bij ketenonderdeel: voorbereiding) met de zorgverzekeraar worden afgestemd.
- Zorgt ervoor dat de lokale (en evt. gezamenlijke) invulling wordt afgestemd met de regiogemeenten.

### Gemeente en zorgverzekeraar

- Verstrekken informatie aan betrokken partijen (zoals de huisarts) naar welke beweeginterventies kan worden doorverwezen na afname valrisicobeoordeling.

### Gemeente

- Stelt valpreventiebeleid op (als onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid)
- Voert regie op lokale samenwerking tussen zorg- en welzijnspartijen
- Zorgt ervoor dat het preventieve sport- en beweegaanbod en de beschikbare beweeginterventies vindbaar zijn.

### Zorgverzekeraar

- Bekijkt in haar preferente regio hoe de valrisicobeoordeling georganiseerd kan worden en zorgt samen met de regionale trekker dat dit goed ingebed is in de keten zodat (door)verwijzing binnen zorg en/of sociaal domein gerealiseerd kan worden. Het eindpunt is landelijke dekking.

### Zorgverlener

- Voert (onder verantwoordelijkheid van huisarts/medisch specialist) de valrisicobeoordeling uit bij ouderen met hoog valrisico.
- Brengt relevante risicofactoren systematisch in kaart.
- Betrekt wensen en mogelijkheden van de oudere.
- Voert een evaluatiegesprek enkele maanden na de interventie.
- Deelt bevindingen – waar nodig en AVG-conform – met andere betrokken professionals.

Binnen de ketenaanpak valpreventie ligt de focus momenteel op het signaleren en opvolgen van valrisico. Binnen de huisartsenzorg wordt voor een bredere beoordeling van kwetsbaarheid aangesloten bij de Handreiking Kwetsbare Ouderen. Momenteel wordt verkend hoe het signaleren en beoordelen van valrisico's beter kan worden verbonden met deze bredere benadering en het klinisch redeneren van in elk geval huisartsen. Wanneer dit leidt tot aanpassingen in de werkwijze binnen de ketenaanpak, wordt deze handreiking hierop aangepast.

## 5.3 Stap 3. Interventies

### Mandaatgemeente

- Zorgt ervoor dat, waar nodig en in afstemming met eventuele lopende (lokale) afspraken en initiatieven, afspraken worden gemaakt en afstemming plaatsvindt over valpreventieve beweeginterventies.
  - Voor de laag valrisico doelgroep draagt de gemeente zorg voor regulier sport- en beweegaanbod in de gemeente of omliggende gemeente.
  - Voor de midden valrisico doelgroep maakt de gemeente afspraken over beweeginterventies binnen het sociaal domein.
  - Voor de hoog valrisico doelgroep met onderliggend lijden worden afspraken met de zorgverzekeraar gemaakt over de inkoop van beweeginterventies binnen het medisch domein.
- Zorgt ervoor dat de lokale (en evt. gezamenlijke) invulling wordt afgestemd met de regiogemeenten.
- Maakt geen afspraken over de lokale inkoop en contractering.

### Gemeente en zorgverzekeraar

- Hebben het gesprek regionaal over de bandbreedte van tarieven voor één interventie.

### Gemeente

- Verkent welke valpreventieve beweeginterventie(s) en samenwerkingen nodig zijn.
- Maakt afspraken en stemt waar nodig af met betrokken partijen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:
  - toeleiding/verwijzing naar valpreventieve beweeginterventies.
  - welke valpreventieve beweeginterventies worden ingekocht.
  - het aantal cursussen dat georganiseerd wordt.
  - wie verantwoordelijk/aansprakelijk is voor de deelnemers.
  - toeleiding naar structureel beweegaanbod (stap 4).
  - afspraken over voorlichting
- De gemeente koopt voor mensen met matig of hoog valrisico (zonder onderliggend lijden) minimaal één van de drie erkende valpreventieve beweeginterventie in of organiseert dat een beweeginterventie gevolgd kan worden bij een nabijgelegen gemeente (Otago, In Balans of Vallen Verleden Tijd) bij beweegprofessionals.
- Houd bij de inkoop rekening met:
  - verwachte omvang doelgroep
  - geografische spreiding
  - beschikbaarheid aan gecertificeerde professionals in de gemeente/regio
  - locatie/zaalhuur
  - honorarium (inclusief reiskosten) uitvoerder valpreventieve beweeginterventie. Het is aan te raden om afspraken te maken (regionaal/met buurgemeenten) over financiële vergoedingen.
  - [Zie voorbeeld begroting](#)
- Verkent waar mogelijk de verbinding met andere thema's rondom Vitaal Ouder Worden zoals voeding en sociale interventies en kijkt waar integrale interventies, zoals Thuis Onbezorgd Mobiel (TOM), aangeboden kunnen worden. (Denk ook aan het maken van verbinding met de ketenaanpak dementie, sociaal verwijzen en overgewicht en obesitas volwassenen).

- Maakt afspraken met de diverse aanbieders van valpreventieve beweeginterventies in het sociaal domein (denk hierbij aan aantal cursussen, meewerken aan monitoring, doorverwijzing naar structureel beweegaanbod, etc.) en betrek hen in de ketenaanpak.
- Monitort het aanbod en signaleert waar mogelijk behoefte tot uitbreiding. Lokaal beleid wordt goed afgestemd op de uitvoering.

#### Zorgverzekeraar

- Koopt één of meerdere valpreventieve beweeginterventie('s) in bij gecertificeerde fysio- en/of oefentherapeuten voor mensen met hoog valrisico en onderliggend lijden die vergoed mogen worden volgens beoordelingskader ZiN uit de Zvw.
- Legt in polisvoorwaarden en contracten de verwijzlijnen vast en specificeert welke professionals (bijv. huisarts, specialist ouderengeneeskunde, POH-O) kunnen verwijzen, conform ZiNL-duiding en NZa-kaders.
- Monitort via reguliere inkoop- en kwaliteitscyclus de beschikbaarheid/toegankelijkheid van Zvw-interventies en signaleert regionale knelpunten ten behoeve van bijsturing in de inkoop en de GALA-monitoring.

#### Zorgverlener

Zorgverlener die interventies uitvoert:

- Levert valpreventieve beweeginterventies conform erkende programma's.
- Zorgt voor veilige en deskundige uitvoering.
- Motiveert ouderen om de interventie af te ronden en actief deel te nemen.
- Signaleert voortgang en eventuele knelpunten richting ketenpartners.
- Bevordert doorstroom naar structureel beweegaanbod na afronding.

## 5.4 Stap 4. Structureel sport- en beweegaanbod

Aanvullend op de beschikbaarheid van de reguliere zorg en het aanbieden van valpreventieve beweeginterventies in zowel het sociaal domein als vanuit de Zorgverzekeringswet, is in het GALA afgesproken dat er binnen het sociaal domein structureel beweegaanbod moet zijn. Hieronder staan de verantwoordelijkheden van (mandaat)gemeente en zorgverzekeraar rondom het organiseren van structureel beweegaanbod.

#### Mandaatgemeente

- Maakt **geen** afspraken over de lokale inkoop en contractering.

#### Gemeente en zorgverzekeraar

Maken geen afspraken over het organiseren van structureel beweegaanbod.

#### Gemeente

- Verkent welk aanbod en samenwerkingen er nodig zijn specifiek voor valpreventie bij ouderen, waarbij rekening gehouden is met de populatie en behoefte.
- Voor de laag valrisico doelgroep en voor ouderen die een beweeginterventie gevolgd hebben, draagt de gemeente zorg voor passend regulier sport- en beweegaanbod in de gemeente of omliggende gemeente.
- Hoe het aanbod precies wordt vormgegeven en hoe groot het aanbod moet zijn verschilt per gemeente.
- Stemt met betrokken partijen in het sociaal domein en (reguliere) zorg de toeleiding van valpreventieve beweeginterventies naar structureel beweegaanbod af.
- Maakt afspraken met de diverse aanbieders van activiteiten en betreft hen in de keten.
  - Denk bijvoorbeeld aan bekendheid bij ouderen en relevante zorgverleners van het structureel beweegaanbod.
- Monitort het aanbod en signaleert waar mogelijke behoeften tot uitbreiding komen te liggen. Hierbij wordt rekening gehouden met dat het lokale beleid goed wordt afgestemd op de uitvoering.
  - Denk bijvoorbeeld aan het op een digitale manier inzichtelijk maken van lokaal aanbod, dit kan via de gemeentelijke website of via de sportvereniging. Idealiter wordt deze gekoppeld aan de [online Valrisicotest](#).

#### Zorgverzekeraar

Structureel beweegaanbod heeft geen wettelijke basis in de Zorgverzekeringswet, ZiNL-duidingen of NZa-regelgeving. De zorgverzekeraar heeft geen rol bij het organiseren van structureel beweegaanbod.

#### Zorgverlener

- Informeert ouderen over het belang van blijven bewegen.
- Verwijst, waar passend, door naar lokaal structureel beweegaanbod.
- Stimuleert zelfredzaamheid en langdurige gedragsverandering.

## 6 Financiën

### Wie financiert wat en hoe?

In het AZWA is afgesproken dat de middelen voor het sociaal domein en gezondheid door het rijk aan gemeenten worden verstrekt. Op dit moment wordt de passende financieringsvorm uitgewerkt, daarbij is het uitgangspunt dat er wordt ingezet op zo min mogelijk administratieve lasten en wanneer van toepassing verantwoordingslast. In elk geval worden monitoringsafspraken gemaakt die recht doen aan het bewaken van de voortgang op de afspraken in dit akkoord.

Naar verwachting voor de zomer 2026 vindt besluitvorming plaats over de financieringsvorm. Dit zal in een volgende versie van de handreiking worden toegevoegd.

#### **Valpreventieve beweginginterventies kunnen op twee manieren worden gefinancierd:**

1. Via de middelen in het gemeentelijk domein: de valpreventieve beweginginterventies in het gemeentelijk domein zijn bedoeld voor ouderen met een matig of hoog valrisico zonder onderliggend en bijkomend lijden.
2. Via de basisverzekering in het Zorgdomein: de valpreventieve beweginginterventies in het zorgdomein zijn voor ouderen met een hoog valrisico en onderliggend en bijkomend lijden.

Een valpreventieve beweginginterventie in het zorgdomein moet voldoen aan het [beoordelingskader](#) dat het Zorginstituut heeft gepubliceerd. VeiligheidNL heeft voor In Balans en Otago in een [notitie](#) uitgewerkt welke aanpassingen nodig zijn om te voldoen aan de criteria voor vergoeding vanuit de Zorgverzekering. Vallen Verleden Tijd wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar en kan alleen aangeboden worden in het sociaal domein. De zorgverzekeraar vergoedt alleen valpreventieve beweginginterventies voor personen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut/oefentherapeut.

De zorgverzekeraar vergoedt vanuit de Zvw de screening (valrisicobeoordeling) voor personen met hoog valrisico en eventuele benodigde vervolginginterventies die vanuit de Zvw vergoed kunnen worden, zoals een medicatiebeoordeling.

# 7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en monitoring

## Datastandaardisatie en gegevensuitwisseling

Datastandaardisatie voor registratie, gegevensuitwisseling en monitoring is fundamenteel voor goede samenwerking tussen medische zorg, sociaal werk en preventie. Professionals uit verschillende organisaties moeten gegevens registreren en in sommige gevallen informatie delen om mensen goed te kunnen helpen. Daarnaast vormen deze gegevens de basis voor inzicht en monitoring. Het uitgangspunt is eenmalige registratie voor meervoudig gebruik (zowel primair als secundair) om administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Momenteel wordt gewerkt aan een gedragen afsprakenset die gebruikt kan worden om gegevensuitwisseling in deze samenwerking te faciliteren. Deze afsprakenset is naar verwachting [eind 2026 – afhankelijk per basisfunctionaliteit] gereed en gaat gepaard met een implementatietraject (waar nog afspraken over worden gemaakt). Het [5 lagenmodel](#) (Nictiz) dient hierbij als uitgangspunt waarin alle lagen in samenhang moeten worden benaderd om gegevensuitwisseling te verbeteren.

De afsprakenset bevat afspraken over gegevensuitwisseling - binnen de huidige mogelijkheden en infrastructuur van de verschillende stakeholders - vanuit primair en secundair perspectief over o.a.:

- **Proces:** Voorstel met wie er in welke processtap aan zet is.
- **Informatie:** Welke gegevens er kunnen worden vastgelegd door de verschillende betrokkenen.
- **Eenheid van taal:** Het gebruik van definities en terminologie over de domeinen heen, zodat men van elkaar begrijpt wat er bedoeld wordt.
- Eventueel aanvullingen m.b.t. het juridisch kader en beveiliging & privacy.

## Monitoring

### Landelijke monitoring

Landelijk wordende afspraken uit het GALA, IZA en (vanaf 2027) AZWA gevolgd met diverse monitors. M.i.v. juni 2026 wordt de rapportage van de GALA-monitor gecombineerd met de IZA-deelmonitor regionale samenwerking waarin de beweging naar meer regionale samenwerking rondom preventie wordt gevolgd.

De afspraken uit D5 en D6 uit het AZWA worden vanaf 2027 meegenomen in de geïntegreerde GALA-monitor en IZA-deelmonitor regionale samenwerking. In 2026 wordt gezamenlijk met de betrokken AZWA-partijen uitgewerkt hoe deze monitor door te ontwikkelen. Dit gebeurt, waar van toepassing, in samenhang met de trajecten rondom datastandaardisatie en gegevensuitwisseling (afsprakenet) zoals ook beschreven in de handreiking.

Links naar bestaande monitors:

- [Monitor valpreventie | RIVM](#)
- [IZA-monitor: Beweging naar een sterkere eerste lijn 2024-2026 | Nivel](#)
- [Monitor - Passende zorg als norm | Zorginstituut Nederland](#)
- [IZA-monitor Beweging meer hybride zorg 2024-2026 | Nivel](#)
- [IZA-deelmonitor, Naar meer regionale samenwerking](#)
- [GALA-monitor | RIVM](#)
- [Monitor doelgroepen IZA | Regiobeeld](#)

### Regionale monitoring

GGD'en zijn een logische partij (vanuit de Wet publieke gezondheid) om samen met regionale partners de monitoring en rapportages uit te voeren. Zij vervullen een verbindende rol binnen de regio en vormen de schakel naar het nationale niveau. Ze geven advies, maken kennis toegankelijk en stimuleren kennisdeling.

### Lokale monitoring

Lokaal: lokale partijen zorgen voor lokale verankering van uniforme monitoring zodat interventies gevolgd kunnen worden. Combineer dit met het actief ophalen van signaleren uit de praktijk en verhalen van inwoners.

## Gegevensuitwisseling

Regionaal worden afspraken gemaakt met betrekking tot de verwijspcedure. Hierin wordt duidelijk beschreven wie welke rol heeft, binnen welke termijn wordt gehandeld, welke informatie wordt uitgewisseld en via welk systeem dit gebeurt.

## 8 Kennisdeling en implementatieondersteuning

Op de [website van het kenniscentrum letselpreventie VeiligheidNL](#) staat de ketenaanpak valpreventie uitgelegd. De ketenaanpak valpreventie omschrijft de stappen die een oudere doorloopt en hoe je deze samen met de juiste professionals implementeert. Voor een effectieve implementatie is het ook belangrijk aandacht te besteden aan de voorbereiding en de borging van de ketenaanpak. Kijk vooral naar de formats, verdiepende kennis en [inspirerende praktijkvoorbeelden](#). Deze vind je terug bij de iconen Doen, Verdiepen en Inspireren.

Voor de implementatie van de ketenaanpak valpreventie is ondersteuning beschikbaar. Meer informatie hierover en hoe je knelpunten in de organisatie kenbaar kan maken vind je in [dit overzicht](#). Daarnaast zijn er veel gestelde vragen uitgewerkt op: [Veel gestelde vragen over de ketenaanpak valpreventie | VeiligheidNL](#).

Voor kennis en handvatten om voldoende en passend sport- en beweegaanbod structureel aan te bieden in de gemeente kun je terecht bij [Kenniscentrum Sport & Bewegen](#).

*De landelijke handreiking geeft richting. De basisfunctionaliteit moet echter regionaal ingebed worden. Daarom zijn onderstaande vragen (onder punt 9 en 10) in de handreiking opgenomen om regionaal over in gesprek te gaan met gemeenten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, JGZ/GGD en welzijn en uit te werken.*

## 9 Inhoudelijke regionale uitwerking (standaard vragen aan de regio's)

### Regionale uitwerking

- Hoe past deze basisfunctionaliteit bij de (gezondheids)doelen van de regio?
- Gezien de (gezondheids)doelen, welke doelgroepfocus wil de regio leggen binnen deze basisfunctionaliteit? Wat verwacht de regio dat inwoners zelf doen?
- Gezien de doelgroepfocus: welke onderdelen van de basisfunctionaliteit worden lokaal of juist regionaal verankerd? Wat betekent dat voor de lokale en regionale samenwerkingsafspraken?
- Voor alle onderdelen van de basisfunctionaliteit: welke interventie(s) gaat de regio inzetten (keuze uit de gereedschapskist)?
- Wie koopt wat in om te zorgen voor goede en volledige dekking van de basisfunctionaliteit?
- Hoe wordt zowel binnen als buiten de regio kennis over de implementatie gedeeld?
- Hoe wordt inwonersparticipatie bij besluitvorming vormgegeven?

# 10 Lokale/regionale aansluiting op medisch en sociaal domein

Bij het regionaal inbedden van deze landelijke handreiking worden onderstaande vragen geagendeerd zodat hier regionaal over in gesprek kan worden gegaan:

- Sluit de basisfunctionaliteit voldoende aan op de bestaande infrastructuur in medisch en sociaal domein? Is extra inzet vereist en hoe kan deze georganiseerd worden, gelet op de rollen en verantwoordelijkheden?
- Hoe sluit de basisfunctionaliteit aan op wat er al door inwoners georganiseerd wordt?

Bij inbedding van de basisfunctionaliteit is ook aandacht voor andere projecten op het leefgebied vitaal ouder worden, zoals aanpak [dementie](#).

# 11 Stappenplan voor start, opschaling en optimalisatie

Samenwerkingsafspraken: Voor elke regio is een GGD-valpreventiecoördinator beschikbaar, in totaal vijftientig coördinatoren. Zij verbinden gemeenten, zorgverzekeraars, eerstelijnszorg (huisartsen enz.). Daarnaast heeft de GGD een rol in het delen van kennis en het organiseren van monitoring. Het doel is een sluitende ketenaanpak valpreventie te realiseren.

Kijk voor het omgaan met knelpunten in de implementatie op: [Veel gestelde vragen over de ketenaanpak valpreventie | VeiligheidNL](#) of in [dit overzicht](#) voor de beschikbare ondersteuning.

## 11.1 Stappen om de samenwerking vorm te geven bij implementatie

### Vorbereiden

Hieronder staan de verantwoordelijkheden van (mandaat)gemeente en zorgverzekeraar rondom de benodigde voorbereiding beschreven.

#### De mandaatgemeente

- Initieert regionale samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar.
- Is verantwoordelijk voor de onderlinge afstemming in de regio over de inzet en verdeling van de SPUK-middelen.

#### Mandaatgemeente en zorgverzekeraar

- Stellen samen, in samenspraak met regionale partijen, een werkagenda op bij het regioplan. In de werkagenda staan afspraken over wat er in de regio gaat gebeuren rondom de ketenaanpakken en de bijhorende tijdsplanning, rekening houdend met de aard van de doelgroep en verwachte omvang van het benodigde aanbod.
  - Houd hierbij waar van toepassing rekening met bestaande samenwerkingsverbanden in subregio's, overlappende en/of incongruente regio's.
- Maken regionale samenwerkingsafspraken over de bekostiging van de verschillende ketenonderdelen (wat betalen gemeenten, wat betalen zorgverzekeraars), waar nodig over inhoud, monitoring en evaluatie, en gegevensuitwisseling. Houdt hierbij rekening met werkbaarheid/uitvoerbaarheid van afspraken.
- Zorgen waar relevant voor regionale afstemming met de overige ketenaanpakken (opzet, inkoop, uitvoering en/of uitbreiding aanbod).

#### Gemeente

- Bepaalt wie verantwoordelijk is voor de lokale coördinatie van de ketenaanpak en draagt zorg voor de aansluiting op regionale afspraken. Dit kan iemand vanuit de gemeente, GGD of een andere organisatie zijn. Als de lokale coördinator niet verbonden is aan de GGD, is er bekendheid met de GGD-valpreventie coördinator.
- Financiering kan vanuit SPUK-middelen. Let hierbij op dat er niet dubbel bekostigd wordt.
- Zorgt voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en financiering van interventies voor inwoners met een laag tot matig valrisico.
- Zorgt voor afstemming met de mandaatgemeente over de regionale afspraken rondom de ketenaanpak en maakt afspraken over de SPUK-middelen.
  - Verkent of het wenselijk is om een regionale coördinator/trekker aan te stellen.
- Maakt met betrokken partijen uit het sociaal domein, de (reguliere) zorg en evt. de publieke gezondheidszorg (GGD) afspraken over:
  - De lokale inzet, rekening houdend met de regionale afspraken en beschikbare informatie (regiobeeld, gemeentezorgspiegel, transformatieplannen, etc.).
  - Hoe de samenwerking in de praktijk kan worden uitgevoerd, rekening houdend met zaken als taakverdeling, gegevensuitwisseling, overlegstructuren, (onderlinge) communicatie, en capaciteit.
  - De gemeente houdt hierbij rekening met de landelijke monitoring en AVG Privacywetgeving.
  - Hoe een goede aansluiting en opvolging te realiseren tussen de verschillende onderdelen van de ketenaanpak binnen het sociaal domein en de zorg.
  - Hoe de ketenaanpak te evalueren en stuurt waar nodig tussentijds bij.
- Bepaalt via een duidelijke visie hoe de ketenaanpak valpreventie zich verhoudt tot breder ouderenbeleid

en het gezondheidsbeleid in de gemeente.

- Denk bijvoorbeeld aan de verbinding met de (regionale) preventie infrastructuur, sport en bewegen, leefomgeving, en mentale gezondheid(sbeleid).
- Maakt afspraken over wie wat doet en hoe partijen naar elkaar kunnen verwijzen, zodat iedereen in de keten weet wat de vervolgstappen zijn.
- Verkent hoe het voorliggende veld van bijv. Buurtsportcoaches, welzijn, wijkteams, etc. bij kunnen dragen aan valpreventie en op welke wijze/en in welke vorm. En vult hiervoor bijvoorbeeld de regionale stakeholderanalyse in.
- Verkent de mogelijkheden - en waar organiseert deze waar mogelijk - voor het inzetten van technologische innovaties die een bijdrage leveren aan de implementatie van de ketenaanpak, zie ook: factsheet technologie en innovatie.
- Zorgt voor afstemming met de andere ketenaanpakken (of basisfunctionaliteiten) benoemd in het GALA (Gecombineerde Leefstijlinterventie Volwassenen, Kansrijke Start, Welzijn op Recept en Aanpak Overgewicht en Obesitas bij Kinderen) op het gebied van inkoop, organisatie, leveranciers, etc., en benut waar mogelijk overeenkomsten en verbindingen. Als lokaal beweegaanbod uitgebreid moet worden bijvoorbeeld afstemmen met beweegaanbod t.b.v. mensen met overgewicht uit de GLI.
- Zorgt ervoor dat lokaal aanbod vindbaar is. Bijvoorbeeld via de sportvereniging, maar ook via digitale kanalen zoals de gemeentelijke website of het platform sport en bewegen.

### Zorgverzekeraar

- Publiceert het inkoopbeleid op 1 april voor het jaar erna.
  - Zo weten aanbieders (en andere betrokkenen) hoe verzekeraars de zorg willen inkopen en tegen welke 'voorwaarden'.
- Neemt in polisvoorwaarden de voorwaarden op waaronder zijn verzekerden recht hebben op valrisico-beoordeling (screening) en valpreventieve beweeginterventies.
- Koopt de benodigde Zorgverzekeringswet (Zvw)-zorg in.
  - Het Zorginstituut heeft geïndiceerd dat de valrisicobeoordeling voor senioren met een hoog valrisico en een valpreventieve beweeginterventie voor mensen met een hoog valrisico en onderliggend lijden, onder de verzekerde zorg valt.
  - De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft prestaties en eventueel maximumtarieven vastgesteld voor de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt.

### Aanbieders van zorg en ondersteuning

- Regio's maken afspraken over een actueel en toegankelijk overzicht van valpreventief beweegaanbod. Dit overzicht bevat minimaal welke aanbieders beschikbaar zijn, voor welke doelgroep het aanbod passend is, welke capaciteit er is en hoe verwijzing plaatsvindt. Dit helpt verwijzers en professionals in zowel zorg als sociaal domein om inwoners gericht toe te leiden naar passend aanbod.
  - De regionale partij of het samenwerkingsverband kan hierin een faciliterende rol spelen bijvoorbeeld door aanbod te coördineren, instroom te ondersteunen, intervisie te organiseren, verbinding tussen zorg en sociaal domein te leggen en regionale inzichten uit monitoring te benutten voor verbetering.

## 11.2 Stappen om de aanpak te optimaliseren

In de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2025-2028 is breder vitaal ouder worden een belangrijk thema. Op basis hiervan worden lokale nota's gezondheidsbeleid gemaakt. RIVM heeft hiervoor een stappenplan gemaakt waarbij valpreventie ook wordt meegenomen. [Van visie naar doelen en activiteiten vitaal ouder worden | Loketgezondleven.nl](#).

**Deze publicatie is een uitgave van:**

AZWA-partijen onder regie van de VNG,  
ZN en het ministerie van VWS.

Meer informatie is te vinden op  
[zorgakkoorden.nl/azwa](https://zorgakkoorden.nl/azwa).

Mei 2026