



Beleid

Valincidenten in Verzorgingshuizen

Documentnummer: GEH-2026/2557

Versie: Definitief |

Datum van uitgave: 17 april 2026

Herzieningsdatum: 17 april 2027

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1 Terugblik.....	1
1.2 Definitie van vallen.....	2
1.3 Belang van het melden van valincidenten	2
2 Het analyseren van valincidenten binnen verzorgingshuizen.....	3
2.1.1 SIRE-methodiek	3
2.1.2 PRISMA-methodiek.....	4
2.1.3 TRIPOD-methodiek.....	4
2.1.4 Verantwoordelijkheid en ondersteuning	4
3 Richtlijn bij valincidenten.....	5
3.1 Melden, registratie, analyse en verbetermaatregelen	5
4 Handhaving.....	5

1. Inleiding

1.1 Terugblik

Per 17 februari 2017 is de Landsverordening verzorgingshuizen (hierna: de LVZH) in werking getreden. Deze landsverordening biedt de Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie), als toezichthouder op onder meer de LVZH en de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (LKIG), een juridisch kader om op te treden ter bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg op Aruba.

De Inspectie heeft vastgesteld dat ouderen een bijzonder kwetsbare doelgroep vormen, met verhoogde risico's onder andere op het gebied van medicatie en valincidenten. Om die reden heeft de Inspectie deze groep als prioriteit aangemerkt. In 2018 zijn daarom alle verzorgingshuizen op Aruba twee inspectiebezoeken uitgevoerd; een nulmeting in het voorjaar en een vervolg inspectiebezoek in het najaar (zie www.iva.aw voor deze gepubliceerde rapporten).

De conclusies van beide inspectiebezoeken waren over het algemeen zorgelijk. Naar aanleiding hiervan is de Inspectie sinds 2018 gestart met een verbetertraject voor alle verzorgingshuizen. Dit verbetertraject houdt in dat de verzorgingshuizen binnen vastgestelde termijnen de door de Inspectie opgelegde verbetermaatregelen moeten implementeren. Het gaat hierbij om verbetermaatregelen op het gebied van *Good Governance, Personeel en Organisatie, Cliënten, Inrichting, Hygiëne en Medicatieveiligheid*, strevend naar een goed kwaliteitssysteem voor het leveren van goede kwaliteit van zorg in de verzorgingshuizen.

Tijdens de inspectiebezoeken heeft de Inspectie tevens een verhoogd risico op valincidenten vastgesteld en zijn meerdere meldingen van valincidenten ontvangen. Gelet op deze bevindingen heeft de Inspectie besloten specifieke aandacht te besteden aan valincidenten en valpreventie binnen de verzorgingshuizen. Valincidenten vormen een belangrijk risico voor de veiligheid en gezondheid van cliënten. Een systematische aanpak van valpreventie en incidentanalyse draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het voorkomen van herhaling.

Dit beleidskader is vastgesteld door de Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie) en heeft tot doel kaders te stellen voor het voorkomen, melden, analyseren en opvolgen van valincidenten binnen verzorgingshuizen.

Verzorgingshuizen zijn verplicht te handelen conform de bepalingen in dit beleidskader. De Inspectie ziet toe op de naleving hiervan in het kader van haar toezichhoudende taak.

Reikwijdte

Dit beleidskader is van toepassing op alle verzorgingshuizen binnen Aruba die zorg verlenen aan kwetsbare ouderen of andere zorgafhankelijke cliënten.

1.2 Definitie van vallen

Onder 'vallen' verstaan we:

“Een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau, al dan niet met letsel.”¹

Bij veel ouderen die langdurig zorg ontvangen neemt zowel de frequentie van valincidenten als de kans op een letsel als gevolg van een val aanzienlijk toe. De daaruit voortvloeiende fracturen zijn vaak complex en niet eenvoudig te herstellen. Dit kan leiden tot een afname van de mobiliteit en een verhoogde kans op depressieve klachten, mede als gevolg van angst om opnieuw te vallen.²

1.3 Belang van het melden van valincidenten

Het uitgangspunt is dat het voorkomen van valincidenten essentieel is. Hiertoe dient binnen alle verzorgingshuizen een gedegen, proactieve risicoanalyse en een structureel valpreventiebeleid te worden geïmplementeerd. Indien zich ondanks een valincident voordoet, is het van groot belang dat dit incident wordt geanalyseerd om de onderliggende oorzaak of oorzaken vast te stellen. Deze analyse is noodzakelijk om herhaling van soortgelijke incidenten in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen.

De Inspectie is zich ervan bewust dat systeembenadering binnen de zorg voor vele verzorgingshuizen nog relatief nieuw is en dat dit vragen en onzekerheden oproepen. In dat kader kunnen verzorgingshuizen zich bij het registeren, melden en analyseren van valincidenten altijd wenden tot de Inspectie voor ondersteuning. Het doel echter is dat verzorgingshuizen uiteindelijk zelf structureel valincidenten registreren en analyseren als onderdeel van hun zorg.

Het registeren en analyseren van valincidenten valt wetstechnisch onder artikel 5 van de LKIG, waarin wordt gesproken over de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit impliceert het beschikken over een adequaat kwaliteitssysteem, hetgeen een essentiële voorwaarde is om te kunnen spreken van het leveren van goede kwaliteit van zorg conform artikel 3 van de LKIG.

¹ Definitie uit het Global Report on Falls Prevention in Older Age rapport van de WHO uit 2007

² Yardley, L., M. Donovan-Hall, K. Francis, C. Todd (2006). Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. Health Education Research. DOI 10.1093/her/cyh077.

In het kader van transparantie acht de Inspectie het van belang om in dit beknopte kort beleid vast te leggen aan welke criteria de Inspectie de analyse van valincidenten toetst, en deze toetsingscriteria kenbaar te maken aan alle verzorgingshuizen.

2 Het analyseren van valincidenten binnen verzorgingshuizen

Verzorgingshuizen dienen elk valincident zo spoedig mogelijk na het plaatsvinden grondig te analyseren. Het doel van deze analyse is niet het wijzen van schuld, maar het inzichtelijk maken van wat er is gebeurd en waarom het heeft kunnen gebeuren. Voor het uitvoeren van een deugdelijke analyse bestaan verschillende, in de zorg algemeen aanvaarde analysemethodieken. Veelgebruikte methodieken zijn onder andere SIRE, PRISMA en TRIPOD. Bij al deze methodieken staat het achterhalen van de basisoorzaken (root causes) van het incident centraal. Door inzicht te krijgen in deze oorzaken en de omstandigheden waaronder het valincident heeft plaatsgevonden, kunnen passende verbetermaatregelen worden vastgesteld en ingevoerd. Dit draagt bij aan het verkleinen van de kans dat een cliënt opnieuw valt.

Hieronder worden deze analysemethodieken in eenvoudige bewoordingen toegelicht, welke door de Inspectie worden geadviseerd voor het uitvoeren van analyses van valincidenten

2.1.1 SIRE-methodiek

De **SIRE-methodiek** (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) is een gestructureerde manier om een incident stap voor stap te reconstrueren. Hierbij wordt onderzocht:

- wat er precies is gebeurd;
- wanneer en waar het incident heeft plaatsgevonden;
- wie erbij betrokken waren;
- welke omstandigheden een rol hebben gespeeld.

De analyse richt zich niet alleen op het handelen van een medewerker, maar ook op factoren zoals:

- communicatie;
- organisatie van zorg;
- procedures en afspraken;
- scholing en werkdruk;
- de fysieke omgeving.

Het uitgangspunt van SIRE is dat incidenten meestal ontstaan door een samenloop van factoren, en niet door één enkele fout. Deze methodiek is goed toepasbaar in verzorgingshuizen omdat zij helpt om gezamenlijk te leren van incidenten.

2.1.2 PRISMA-methodiek

De **PRISMA-methodiek** (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) kijkt vooral naar de onderliggende oorzaken achter het incident. Hierbij worden oorzaken ingedeeld in verschillende categorieën, zoals:

- menselijke factoren (bijvoorbeeld vermoeidheid of onduidelijke instructies);
- organisatorische factoren (zoals onvoldoende toezicht of personeelstekorten);
- technische of omgevingsfactoren (bijvoorbeeld gladde vloeren of slechte verlichting).

Door deze indeling ontstaat overzicht en wordt duidelijk waar structurele verbeteringen nodig zijn. PRISMA is met name geschikt om patronen te herkennen wanneer meerdere valincidenten voorkomen.

2.1.3 TRIPOD-methodiek

De **TRIPOD-methodiek** richt zich op het herkennen van latente risico's binnen de organisatie. Dit zijn risico's die niet direct zichtbaar zijn, maar wel de kans op incidenten vergroten.

Voorbeelden hiervan zijn:

- gebrek aan duidelijke richtlijnen;
- onvoldoende scholing;
- onduidelijke verantwoordelijkheden;
- tekortschietende communicatie.

Bij TRIPOD wordt gekeken hoe deze verborgen risico's hebben bijgedragen aan het valincident. De methodiek helpt organisaties om niet alleen het incident op te lossen, maar ook toekomstige incidenten te voorkomen door structurele maatregelen te nemen.

2.1.4 Verantwoordelijkheid en ondersteuning

De directie van het verzorgingshuis is verantwoordelijk voor:

- het bekwaam maken van medewerkers in het uitvoeren van eenvoudige basisoorzaak analyses;
- het gezamenlijk vaststellen van verbetermaatregelen;
- en het daadwerkelijk implementeren en borgen van deze maatregelen in de dagelijkse praktijk.

Indien een verzorgingshuis tijdens het analyseren van een valincident vragen heeft of onzeker is over de aanpak, kan contact worden opgenomen met de Inspectie voor ondersteuning en toelichting. Het uitgangspunt blijft echter dat verzorgingshuizen zelfstandig en structureel valincidenten analyseren als onderdeel van hun kwaliteitssysteem.

3 Richtlijn bij valincidenten

3.1 Melden, registratie, analyse en verbetermaatregelen

Met ingang van 1 januari 2026 zijn de verzorgingshuizen niet langer verplicht om valincidenten per kwartaal aan de Inspectie te melden. Deze wijziging laat onverlet dat verzorgingshuizen verantwoordelijk blijven voor het intern registreren, analyseren en de opvolging van alle valincidenten. Dit houdt in dat na elk valincident passende verbetermaatregelen passende moeten worden vastgesteld, geïmplementeerd en gemonitord.

 **LET OP: (Vermoedelijke) calamiteiten als gevolg van een valincident dienen binnen drie dagen na het incident bij de Inspectie te worden gemeld, conform de geldende wettelijke meldplicht.**

4 Handhaving

De systematische bewaking, beheersing, en verbetering van de kwaliteit van zorg, zoals bedoeld in artikel 5 van de LKIG, behoort tot de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis zelf. Indien tijdens een inspectiebezoek of thematisch onderzoek naar valincidenten blijkt dat het verzorgingshuis valincidenten niet of voldoende registreert, geen of onvoldoende analyse uitvoert en nalaat om adequate maatregelen vast te stellen en te implementeren, kan de Inspectie overgaan tot het treffen van handhavingsmaatregelen.

Voor een nadere toelichting op de beschikbare handhavingsinstrumenten en het bijbehorende proces wordt verwezen naar het Toezicht-en Handhavingsbeleid van de Inspectie, zoals gepubliceerd op www.iva.aw.