



Inspectie
Volksgezondheid
Aruba

Jaarbeeld Valincidenten Verzorgingshuizen 2025

Documentnummer:	GEH-2026/2525
Versie:	Definitief 1.0
Datum van uitgave:	17/04/2026
Herzieningsdatum:	N.V.T.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
2. Acties en interventies.....	2
3. Melden, registratie en beoordeling valincident analyse	2
3.1 Registratie van gemelde valincidenten	4
3.2 Beoordeling van valincidenten analyses	5
3.3 Gebruik van informatie door de Inspectie.....	5
<i>Mogelijke vervolgacties</i>	5
<i>Vermoedelijke calamiteit</i>	5
<i>Inzichten en patronen</i>	6
4. Resultaten en observaties.....	6
5. Conclusie.....	8

1. Inleiding

Dit rapport betreft het vierde jaarbeeld over valincidenten in verzorgingshuizen dat door de Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie) wordt uitgebracht. Sinds januari 2022 zijn verzorgingshuizen verplicht om valincidenten elk kwartaal bij de Inspectie te melden via info@iva.aw via het meldformulier *'Valincident en Valanalyse'*. Ook wanneer zich in een kwartaal geen valincidenten hebben voorgedaan, dient hiervan melding te worden gemaakt.

Daarnaast wordt van verzorgingshuizen verwacht dat zij na ieder valincident een grondige analyse uitvoeren en op basis daarvan gerichte verbetermaatregelen vaststellen ter voorkoming van herhaling.

Door incidenten systematisch te registreren en te analyseren, verkrijgen zowel de verzorgingshuizen als de Inspectie beter inzicht in terugkerende patronen en risico's. Deze inzichten stellen de Inspectie in staat om op geaggregeerd niveau aanbevelingen te formuleren ter ondersteuning van alle verzorgingshuizen bij het versterken van de veiligheid en het beperken van valrisico's. Tevens toetst de Inspectie de uitgevoerde onderzoeken en verstrekt zij hierover schriftelijke terugkoppeling aan de verzorgingshuizen, met als doel de kwaliteit van het onderzoek te bevorderen.

Dit rapport beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van het melden en onderzoeken van valincidenten in verzorgingshuizen, evenals de beoordeling daarvan door de Inspectie. In vergelijking met eerdere jaarbeelden wordt in dit rapport uitgebreider ingegaan op het gehanteerde beoordelingskader.

Het doel van dit rapport is om inzicht te bieden in trends, structurele knelpunten en noodzakelijke verbetermaatregelen met betrekking tot valincidenten, en om te laten zien op welke wijze de Inspectie haar toezichhoudende rol heeft ingevuld en in de toekomst verder zal vormgeven. Ook wordt een overzicht gepresenteerd van de centrale observaties en de verbetergerichte aanbevelingen van de Inspectie.

Ten slotte wordt ingegaan op de rol die andere overheidsdiensten kunnen vervullen ter ondersteuning van dit toezicht. Dit aangezien het uitvoeren van gedegen onderzoeken essentieel blijft voor het vaststellen van passende en gerichte verbetermaatregelen en het voorkomen van herhaling van valincidenten.

2. Acties en interventies

Gedurende het verslagjaar is het meldformulier 'Valincident en Valanalyse' herzien en in meerdere talen beschikbaar gesteld, met als doel de kwaliteit en volledigheid van de aangeleverde informatie te verbeteren. In samenhang hiermee, heeft de Inspectie informatiesessies georganiseerd voor medewerkers van de verzorgingshuizen, die op locatie bij de individuele verzorgingshuizen hebben plaatsgevonden.

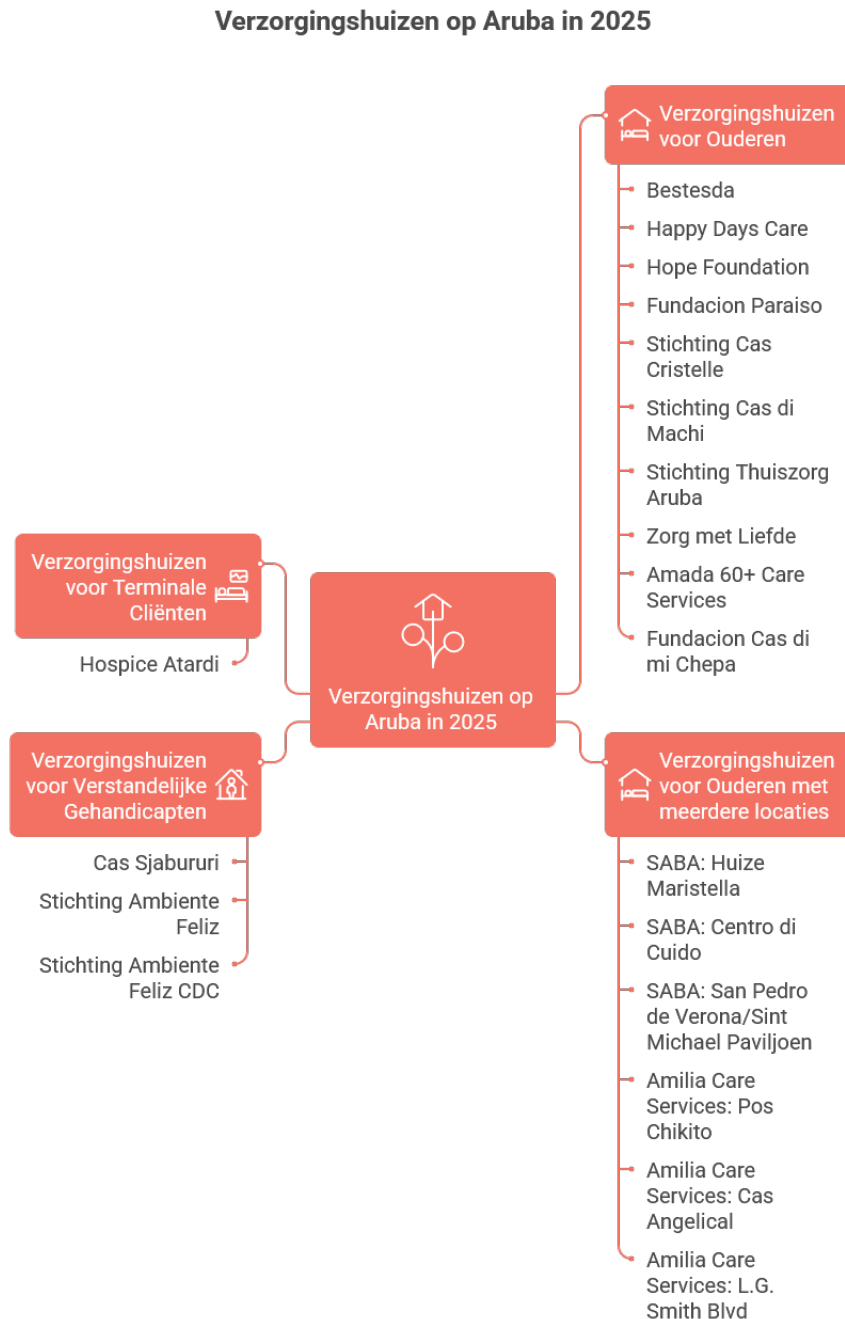
Tijdens deze bijeenkomsten is aan de hand van eigen casuïstiek toegelicht op welke wijze een zorgvuldig valincidenten onderzoek dient te worden uitgevoerd, hoe het meldformulier stap voor stap kan worden ingevuld en hoe onderliggende oorzaken van valincidenten kunnen worden geïdentificeerd. Deze activiteiten waren gericht op het versterken van het lerend vermogen van verzorgingshuizen, het bevorderen van structurele verbetermaatregelen en het versterken van het kwaliteits- en veiligheidsbewustzijn.

3. Melden, registratie en beoordeling valincident analyse

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop verzorgingshuizen valincidenten melden bij de Inspectie en op de ontwikkelingen die zich gedurende de verslagperiode hebben voorgedaan. Daarbij wordt aandacht besteed aan trends in meldingen, signalen uit de praktijk en de mate waarin de verzorgingshuizen voldoen aan de geldende meldverplichtingen.

Het inspectieregister omvat in totaal 20 verzorgingshuizen die onder de Landsverordening Verzorgingshuizen vallen en in deze analyse zijn betrokken, waaronder zestien verzorgingshuizen, twee voorzieningen voor personen met een verstandelijke beperking en één hospice.

Sommige verzorgingshuizen beschikken over meerdere locaties. De onderstaande afbeelding (figuur 1) geeft een overzicht van de verzorgingshuizen in 2025.



Made with Napkin

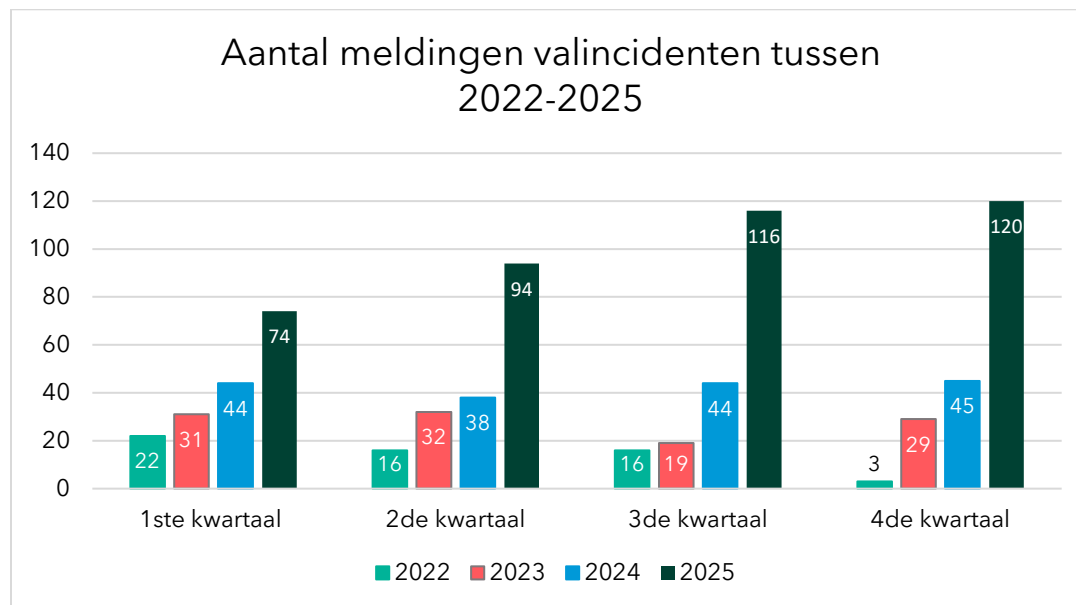
Figuur 1: Overzicht verzorgingshuizen op Aruba in 2025

3.1 Registratie van gemelde valincidenten

De Inspectie maakt gebruik van een centraal Excelbestand voor de registratie van alle binnenkomende meldingen van valincidenten. Dit uitgebreide bestand, die in 2024 is geactualiseerd, bevat onder meer gegevens over het onderliggende ziektebeeld van de cliënt, medicatiegebruik, het aantal eerdere valincidenten, de categorie van het incident, de direct genomen acties en de voorgestelde verbetermaatregelen.

De geregistreerde incidenten worden geclassificeerd aan de hand van hoofd- en subcategorieën, waaronder *Organisatie*, *Locatie*, *Materiaal* en *Cliënt*. Deze systematische indeling stelt de Inspectie in staat om trends en patronen te identificeren en risico's op zowel instellingsniveau als op sectorniveau inzichtelijk te maken.

Hieronder is een grafiek opgenomen waarin het aantal geregistreerde valincidenten over de periode 2022-2025 is weergegeven. De grafiek toont een stijgende trend in het aantal meldingen per kwartaal, met een duidelijke toename in 2025, met name in het derde en vierde kwartaal.



Figuur 2: Aantal meldingen van valincidenten tussen 2022-2025

Deze stijging kan deels worden verklaard door een verbeterde naleving van de meldingsplicht en een toegenomen bereidheid van verzorgingshuizen om valincidenten te registreren en te melden ten opzichte van voorgaande jaren. Tegelijkertijd constateert de Inspectie dat bij een aantal cliënten sprake is van herhaaldelijke valincidenten. Dit kan erop duiden dat de getroffen verbetermaatregelen onvoldoende aansluiten bij de onderliggende oorzaken.

3.2 Beoordeling van valincidenten analyses

De Inspectie beoordeelt de kwaliteit van de door verzorgingshuizen uitgevoerde onderzoeken naar valincidenten aan de hand van het door haar vastgestelde toetsingskader. Dit kader biedt een gestructureerde methodiek om vast te stellen in hoeverre verzorgingshuizen valincidenten systematisch analyseren, onderliggende oorzaken identificeren en passende verbetermaatregelen formuleren en borgen.

De toetsing richt zich onder meer op de diepgang van de analyses, de betrokkenheid van relevante disciplines, de opvolging en borging van verbetermaatregelen en de inbedding van het incidentonderzoek in het bredere kwaliteitsbeleid van de verzorgingshuizen.

De uitkomsten van deze beoordelingen zijn per verzorgingshuis schriftelijk teruggekoppeld, waarbij concrete verbeterpunten zijn benoemd. Met deze terugkoppeling beoogt de Inspectie het lerend vermogen van de verzorgingshuizen te versterken en structurele kwaliteitsverbetering te stimuleren.

3.3 Gebruik van informatie door de Inspectie

Mogelijke vervolgacties

Op basis van de informatie uit de valincidenten analyses kan de Inspectie verschillende vervolgacties ondernemen. Afhankelijk van de aard en ernst van de bevindingen behoren onder meer de volgende maatregelen tot de mogelijkheden:

- het uitvoeren van een onaangekondigd inspectiebezoek om de voortgang van de implementatie van verbetermaatregelen te toetsen;
- het instellen van een verdiepend inspectieonderzoek, indien blijkt dat het risico op herhaling onvoldoende is verminderd en cliënten nog steeds aan aanzienlijke risico's worden blootgesteld;
- het uitvoeren van thematisch toezicht binnen meerdere verzorgingshuizen;
- het identificeren van de grootste risico's en het delen en bespreken van deze bevindingen met relevante partijen, waaronder de Directie Ouderenzaken, het Kwaliteitsinstituut en de betrokken minister;
- het melden van strafbare feiten aan de bevoegde autoriteiten, indien daartoe aanleiding bestaat.

Vermoedelijke calamiteit

Wanneer de Inspectie constateert dat een valincident ernstige gevolgen heeft gehad voor een cliënt en sprake kan zijn van een calamiteit¹, wordt het daarvoor geldende calamiteitenproces in gang gezet.

¹ Artikel 8 lid 1 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg.

Inzichten en patronen

De verzamelde informatie biedt daarnaast waardevolle inzichten in terugkerende patronen en onderliggende oorzaken. Deze inzichten stellen de Inspectie in staat om op geaggregeerd niveau aanbevelingen te formuleren die alle verzorgingshuizen kunnen ondersteunen bij het versterken van de veiligheid en het structureel verminderen van valrisico's.

4. Resultaten en observaties

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen een overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten van de door de Inspectie uitgevoerde activiteiten, waaronder de registratie en beoordeling van valincidenten analyses. Op basis hiervan zijn de centrale observaties geformuleerd en is aandacht besteed aan algemene patronen bij valincidenten, structurele tekortkomingen in de analyses en de kwaliteit van de getroffen verbetermaatregelen.

In 2025 zijn in totaal 404 valincidenten geregistreerd, met een duidelijke piek in het vierde kwartaal. Een deel hiervan betreft cliënten bij wie sprake is van herhaaldelijke valincidenten.

Algemene patronen bij valincidenten

Terugkerende risicofactoren die de Inspectie ook in de eerdere jaarbeelden heeft geconstateerd, zijn onder meer verminderde mobiliteit, cognitieve beperkingen, evenwichtsproblemen en een beperkt risicobesef bij cliënten, alsook ongeschikt schoeisel en het uit bed vallen.

In organisatorisch opzicht spelen factoren als onvoldoende toezicht en begeleiding, personele onderbezetting, het ontbreken van waarschuwingssystemen in cliëntenkamers, onvoldoende naleving van zorgafspraken, gebrekkige toepassing van protocollen en vertraagde medicatievoorziening een belangrijke rol. Daarnaast dragen technische en omgevingsfactoren, waaronder ontbrekende steunbeugels, onveilige douchestoelen, onjuist ingestelde bedhoogten, het ontbreken van valmatten, natte vloeren, onvoldoende nachtverlichting en onjuist gebruik van bedhekken, structureel bij aan het ontstaan van valincidenten.

Het merendeel van de valincidenten blijkt daarmee multifactorieel van aard, waarbij vooral de combinatie van een kwetsbare cliënt, onvoldoende toezicht en ontoereikende omgevingsaanpassingen bepalend is. Opvallend is bovendien dat een substantieel deel van de incidenten plaatsvindt tijdens de nachtelijke uren.

Structurele tekortkomingen in het valincident analyse

Naast de geconstateerde oorzaken signaleert de Inspectie structurele tekortkomingen in de wijze waarop valincidenten worden onderzocht. De samenstelling van valincidenten commissies is in veel gevallen onvoldoende stabiel, te beperkt (vaak tot één persoon), doorgaans de direct betrokken zorgverlener en dus niet multidisciplinair.

Eerder ingestelde commissies blijken niet altijd meer actief. Dit belemmert een consequente en kwalitatief hoogwaardige analyse. Hierdoor ontbreekt structureel de noodzakelijke multidisciplinaire inbreng van onder meer zorgmanagement, collega-zorgverleners en behandelende (huis)artsen.

Daarnaast schiet de diepgang van de analyses tekort. Incidentbeschrijvingen zijn regelmatig te algemeen, onvolledig of onvoldoende concreet, waardoor een heldere reconstructie van de gebeurtenissen ontbreekt. De onderliggende oorzaken worden onvoldoende systematisch onderzocht; de 'waarom-vraag' wordt niet consequent gesteld en methodieken voor root cause analysis worden nauwelijks toegepast.

Verder blijkt dat protocollen, richtlijnen en werkafspraken in vrijwel alle dossiers niet of slechts beperkt worden betrokken bij de analyses, waardoor onvoldoende inzichtelijk is of vastgesteld beleid daadwerkelijk wordt toegepast. Ook ontbreken in veel gevallen duidelijke escalatiemechanismen wanneer ingezette maatregelen onvoldoende effect hebben, waaronder afspraken over opschaling, besluitvorming en evaluatie.

De Inspectie stelt tevens vast dat de nazorg aan cliënten, familieleden en betrokken zorgverleners onvoldoende structureel wordt vastgelegd en regelmatig geheel ontbreekt in de dossiers.

Door het gebrek aan inzicht in eerdere analyses en opvolging van maatregelen blijven sommige cliënten herhaaldelijk vallen, hetgeen in meerdere gevallen heeft geleid tot ernstige incidenten en calamiteiten.

Kwaliteit van verbetermaatregelen

Ten aanzien van de kwaliteit van verbetermaatregelen constateert de Inspectie dat instellingen vaak praktische interventies treffen, zoals het plaatsen van steunbeugels, het verlagen van bedden, het inzetten van valmatten, extra toezicht of hulpmiddelen. Deze maatregelen zijn echter regelmatig onvoldoende concreet uitgewerkt. Termijnen, verantwoordelijken en evaluatiemomenten ontbreken vaak, waardoor de effectiviteit ervan onvoldoende kan worden beoordeeld.

Centrale conclusies

De centrale conclusies van de Inspectie luiden dat valincidenten grotendeels worden veroorzaakt door een combinatie van cliëntgebonden kwetsbaarheid en organisatorische tekortkomingen in toezicht en begeleiding, dat analyses structureel multidisciplinaire inbreng missen en dat onderliggende oorzaken onvoldoende diepgaand worden onderzocht. Tevens worden protocollen en werkafspraken nauwelijks betrokken, ontbreken uitgewerkte escalatiemechanismen en is de nazorg onvoldoende geborgd en gedocumenteerd.

Daarnaast vindt een aanzienlijk deel van de incidenten plaats tijdens de nachtelijke uren en worden sommige gebeurtenissen onjuist gecategoriseerd. In enkele situaties zijn bovendien valincidenten geregistreerd die feitelijk onder een andere categorie, zoals geweld tussen cliënten, hadden moeten worden gerapporteerd bij de Inspectie.

5. Conclusie

Ondanks de door de Inspectie ingezette acties en interventies in voorgaande jaren, is onvoldoende verbetering gerealiseerd in de kwaliteit van de onderzoeken naar valincidenten in verzorgingshuizen. De beoogde opbrengsten en effecten zijn grotendeels uitgebleven. Deze constatering vormt aanleiding voor een aangescherpte focus van de Inspectie.

Op basis van de opgedane ervaringen en de bevindingen uit de uitgevoerde toetsingen, heeft de Inspectie haar toezichthoudende aanpak opnieuw beoordeeld en vastgesteld dat een gedeeltelijke aanpassing noodzakelijk is. In samenhang hiermee wordt het bestaande beleid ten aanzien van valincidenten in verzorgingshuizen en het kwaliteitsjaarverslag 'Verzorgingshuizen' aangepast. Deze beleidswijziging is gericht op het verduidelijken van de verwachtingen met betrekking tot het melden en onderzoeken van valincidenten, het versterken van de ondersteunende rol van de Inspectie en het bevorderen van structurele kwaliteitsverbetering binnen de verzorgingshuizen.

Op basis van deze bevindingen acht de Inspectie versterking van de beleidsafdelingen van de overheid noodzakelijk, zodat zij verzorgingshuizen beter kunnen ondersteunen bij de ontwikkeling en implementatie van instrumenten voor risicosignalering, valpreventie en de systematische analyse van valincidenten, teneinde duurzame kwaliteitsverbetering in de ouderenzorg te bevorderen. Deze noodzaak sluit aan bij de signalerende en adviserende functie van de Inspectie, waarin het haar taak is om op basis van geaggregeerde toezicht informatie tijdig aandachtspunten, risico's en structurele knelpunten aan de overheid te rapporteren en te adviseren over beleidsmatige versterking die bijdragen aan de veiligheid en kwaliteit van zorg.

Tegelijkertijd blijft het uitgangspunt van de Inspectie dat verzorgingshuizen primair verantwoordelijk zijn voor het structureel uitvoeren van onderzoek naar valincidenten en het treffen van passende verbetermaatregelen. Verzorgingshuizen worden opgeroepen om valincidenten structureel multidisciplinair te analyseren, gebruik te maken van systematische methoden voor oorzakenonderzoek en relevante protocollen en richtlijnen expliciet te betrekken. Tevens dienen verbetermaatregelen concreet, toetsbaar en planmatig te worden vastgelegd, met duidelijke verantwoordelijkheden, termijnen en evaluatiemomenten. Tot slot is het van belang dat escalatieafspraken en nazorgprocessen eenduidig worden ingericht en vastgelegd, zodat herhaling van valincidenten zoveel mogelijk wordt voorkomen en de veiligheid voor cliënten duurzaam wordt verbeterd.

De Inspectie benadrukt dat uitsluitend door een structurele versterking van de analysekwaliteit, het planmatig opvolgen van verbetermaatregelen en de structurele evaluatie van de ingezette verbeter maatregelen een duurzame verbetering van de veiligheid in verzorgingshuizen kan worden gerealiseerd.