



Inspectie *Volksgezondheid* Aruba

Beleid Valincidenten Verzorgingshuizen

Versie: 1.0 | Datum: 13 oktober 2022



Wettelijke kaders (en afkortingen)

- LKIG: Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (AB 2014 no. 74)
- LVZH: Landsverordening verzorgingshuizen (AB 2015 no. 61)



1. Inleiding

1.1 Terugblik

Per 17 februari 2017 is de Landsverordening verzorgingshuizen (LVZH) in werking getreden. Dit geeft de Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie), als toezichthouder op onder meer de LVZH en de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (LKIG), een kader waarbinnen opgetreden kan worden ter bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg op Aruba. Aangezien de groep ouderen een kwetsbare groep is die grote risico's met zich meebrengt voor wat onder andere betreft medicatie en een groot risico op vallen, heeft de Inspectie besloten deze groep prioriteit te geven. Aldus, in 2018 heeft de Inspectie twee inspectiebezoeken verricht bij alle verzorgingshuizen op Aruba; een nulmeting in het voorjaar en een vervolg inspectiebezoek in het najaar (zie www.iva.aw voor deze gepubliceerde rapporten). De conclusies van deze twee inspectiebezoeken waren in het algemeen zorgelijk, waardoor de Inspectie vanaf 2018 bezig is met een verbetertraject bij alle verzorgingshuizen. Dit verbetertraject houdt in dat de verzorgingshuizen binnen een bepaalde tijd de door de Inspectie opgelegde verbetermaatregelen dienen door te voeren. 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.

1.2 Valincidenten

Eén van de grootste risico's binnen de groep kwetsbare ouderen zijn valincidenten. Onder vallen verstaan we:

“een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau.¹

Bij veel ouderen die langdurig zorg ontvangen neemt de frequentie van valincidenten en de kans op een letsel als gevolg van een val sterk toe. Deze fracturen zijn niet eenvoudig te herstellen. Dit resulteert in minder mobiliteit alsook een verhoogde kans op depressie als gevolg van angst om opnieuw te vallen.² Op Aruba heeft de Inspectie tijdens haar inspectiebezoeken het verhoogd risico op valincidenten ook waargenomen en heeft zij verschillende meldingen ontvangen van valincidenten in de verzorgingshuizen. Hierdoor heeft de Inspectie besloten om zich te richten op valincidenten en valpreventie.

1.3 Belang van het melden van valincidenten

Het staat voorop dat het voorkomen van valincidenten essentieel is. Een degelijke proactieve risicoanalyse en valpreventie zal moeten worden doorgevoerd bij alle verzorgingshuizen. Op het moment dat een client alsnog valt, is het bij valincidenten belangrijk om deze te analyseren om tot de oorzaak en/of oorzaken te komen van het

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.



valincident. Dit om valincidenten in de toekomst te voorkomen. Het systeemdenken in de zorg nog nieuw is voor vele verzorgingshuizen, en is de Inspectie zich ervan bewust dat de verzorgingshuizen wellicht veel vragen en/of onzekerheden hieromtrent hebben. Daardoor kunnen verzorgingshuizen bij het registreren, melden en analyseren van valincidenten altijd de Inspectie benaderen. De bedoeling is dat de verzorgingshuizen daarna zelf deze valincidenten standaard registreren en analyseren. Het melden en registreren van valincidenten valt wetstechnisch onder artikel 5 van de LKIG, waar er wordt gesproken over de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Oftewel het hebben van een kwaliteitssysteem, wat essentieel is als men wil spreken van het leveren van goede kwaliteit van zorg conform artikel 3 van de LKIG. In het kader van transparantie, vindt de Inspectie het belangrijk om schriftelijk in dit kort beleid vast te stellen op welke criteria de Inspectie de analyse van het valincident toetst, en dit aan alle verzorgingshuizen bekend te maken.

2. Het analyseren van valincidenten binnen verzorgingshuizen

De verzorgingshuizen dienen valincidenten, direct nadat het is gebeurd, grondig te analyseren. Voor het uitvoeren van een degelijke analyse zijn er bekende technieken, zoals onder meer de SIRE methodiek. SIRE staat voor Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Andere methodieken van incidentenanalyse zijn bijvoorbeeld de PRISMA en de TRIPOD methodiek. Bij gebruik van analysetechnieken staat het vinden van de basisoorzaken van het incident centraal. Naar aanleiding van deze basisoorzaken, krijgt men inzicht in de risico's en de omstandigheden van het valincident. Hierdoor kunnen adequate verbetermaatregelen getroffen worden, om de kans te minimaliseren dat de patiënt weer valt. De directie van de verzorgingshuizen is zelf verantwoordelijk om medewerkers bekwaam te maken in het uitvoeren van degelijke basisoorzaak analyses ('root-cause' analyses). In geval dat het verzorgingshuis tijdens de analyse van een valincident vragen heeft, dan is het mogelijk om contact op te nemen met de Inspectie.

3. Proces na inleveren 'meldformulier valincident en valanalyse verzorgingshuizen' bij de Inspectie

Vanaf januari 2022 vereist de Inspectie van alle verzorgingshuizen om per kwartaal de valincidenten digitaal via info@iva.aw bij de Inspectie te melden, via het formulier 'meldformulier valincident en valanalyse' van de Inspectie. Belangrijk is om na de grondige analyse (zie paragraaf 2), naar aanleiding van een valincident, het volgende te noteren op dit formulier: de vermelding van de analyse, de mogelijke oorzaak en/of oorzaken van het valincident, en verbetermaatregelen die ingevoerd dienen te worden binnen een door het verzorgingshuis gestelde reële termijn. Elk kwartaal dienen alle verzorgingshuizen dit formulier, per incident, bij de Inspectie in te leveren. Let op: ook indien er geen valincidenten zijn geweest, dient u dit via email aan de Inspectie door te geven met de melding dat er geen valincidenten hebben plaatsgevonden. Per kwartaal beoordeelt de Inspectie, binnen twee weken na ontvangst, het meldformulier met behulp van haar 'toetsingskader valincidenten' (zie bijlage 1 en www.iva.aw). De Inspectie toetst onder meer



of de basisoorzaken van het valincident zijn gevonden en of er adequate verbetermaatregelen zijn getroffen die de kans op herhaling reduceren.

Bij haar beoordeling maakt de Inspectie gebruik van vijf (5) criteria:

1. beschrijving van de client;
 - een complete beschrijving van de client (ziektebeelden, gebruikte medicaties, problemen met mobiliteit etc.)
2. gegevens van de betrokken zorgmedewerkers bij het valincident;
 - naam en functie van de betrokken zorgverlener(s)
3. beschrijving van het valincident;
 - een complete beschrijving van het valincident
4. de ondernomen acties binnen een bepaalde periode;
 - of de ondernomen acties zijn benoemd
5. de basisoorzaken en verbetermaatregelen.
 - de basisoorzaken die ten grondslag liggen aan het voorgevallen valincident zijn geformuleerd;
 - de analyse is compleet, voldoende diep uitgevoerd;
 - de basisoorzaken en verbetermaatregelen zijn logisch en navolgbaar tot stand gekomen.

Indien de Inspectie, aan de hand van de per kwartaal ingeleverde valincidenten formulieren, beoordeelt dat het verzorgingshuis de basisoorzaken onderliggend aan het valincident heeft gevonden en er verbetermaatregelen zijn getroffen die de kans op herhalen reduceren, wordt de valincident melding als afgerond beschouwd. In het geval de Inspectie beoordeelt dat het verzorgingshuis **niet** tot de basisoorzaken van het valincident is gekomen, vraagt de Inspectie de bestuurder van het verzorgingshuis voor aanvullende informatie, die **binnen twee weken** bij de Inspectie ingeleverd dient te worden. Pas als deze informatie als voldoende wordt beoordeeld, wordt de valincident melding als afgerond beschouwd. Het kan voorkomen dat de Inspectie besluit om zelf een onderzoek te starten bij een verzorgingshuis. Dit is het geval wanneer de analyse na het opvragen van aanvullende informatie nog niet als voldoende is beoordeeld en de Inspectie geen vertrouwen heeft, of niet voldoende inzicht heeft, dat de kans op herhaling van een valincident is gereduceerd.

De Inspectie registreert de verbetermaatregelen van alle verzorgingshuizen en kan op een later tijdstip een inspectiebezoek afleggen. Tevens houdt de Inspectie bij elk verzorgingshuis de valincidenten trends bij. Deze trends worden jaarlijks aan het einde van het jaar met de bestuurder van het verzorgingshuis gedeeld.



4. Handhavingsmaatregelen bij het niet inleveren

Het inleveren van het 'meldformulier valincident en valanalyse' is voor alle verzorgingshuizen verplicht in verband met de systematische bewaking, beheersing, en verbetering van de kwaliteit van zorg (artikel 5 van de LKIG). Bij het niet of niet tijdig inleveren van het meldformulier, zal de Inspectie handhavend optreden op basis van artikel 24 van de LKIG. De Inspectie kan besluiten om het verzorgingshuis een last onder dwangsom op te leggen of om een boete te geven. Zie het Toezicht-en Handhavingsbeleid van de Inspectie op www.iva.aw voor gedetailleerde informatie over het proces bij deze handhavingsmaatregelen.



Bijlage 1

Proces IVA na meldingen valincident(en) bij een verzorgingshuis

