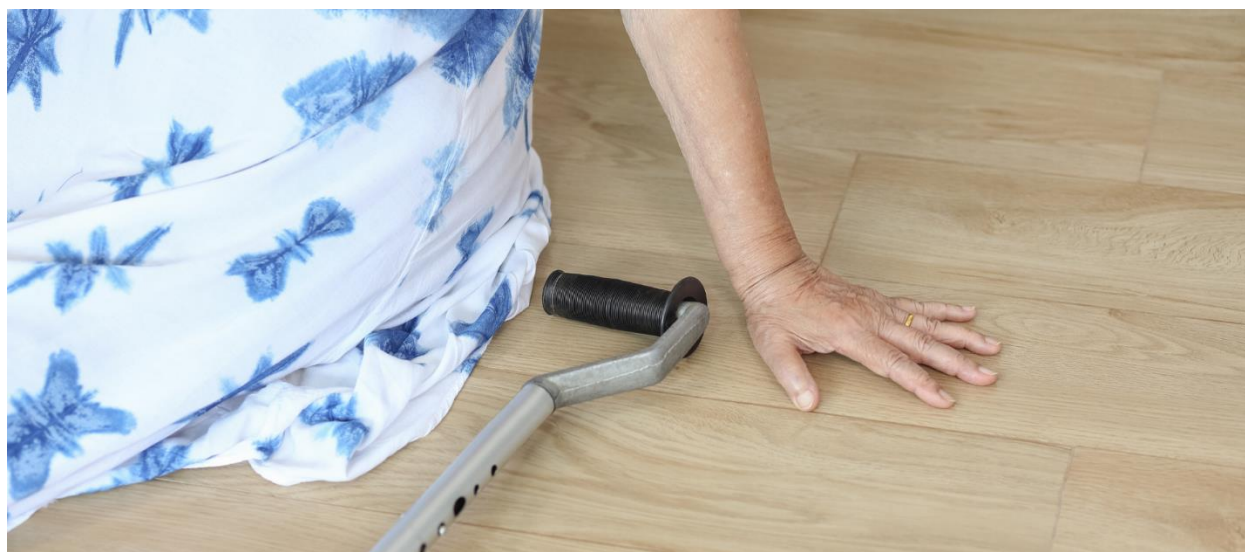




Inspectie
Volksgezondheid
Aruba



Rapport

Jaarbeeld Valincidenten Verzorgingshuizen 2024

Versie: Definitief

Datum van uitgave: 14 februari 2025

Kenmerknummer: GEH-2025/ 2100

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1. 1.1.	Leeswijzer	4
2.	Acties en interventies	5
3.	Melden aan de Inspectie.....	5
4.	Proces registratie en beoordeling	6
	valincidentanalyse.....	6
4.1.	Registratie van de binnenkomende valincidenten	6
4.2.	Beoordeling valincidentanalyse m.b.v het toetsingskader valincidenten	7
4.3.	Wat doet de Inspectie met de informatie	8
5.	Resultaten valincidenten registraties 2024	9
6.	Conclusie	10
7.	Vervolgacties	10

1. Inleiding

In verzorgingshuizen komen valincidenten regelmatig voor, vaak met ernstige gevolgen voor de bewoners. Veelvoorkomende verwondingen, zoals heup- en schouderfracturen en kneuzingen, herstellen doorgaans moeizaam en kunnen leiden tot een aanzienlijke vermindering van de mobiliteit. Naast fysieke schade hebben deze incidenten vaak psychologische gevolgen, waaronder een verhoogde angst om opnieuw te vallen, depressieve gevoelens, hulpeloosheid en sociaal isolement.

Valincidenten hebben vaak grote gevolgen voor betrokkenen en komen frequent voor in verzorgingshuizen. Om de veiligheid van bewoners te waarborgen, zijn verzorgingshuizen sinds januari 2022 verplicht om elk kwartaal deze incidenten te rapporteren aan de Inspectie.

Van verzorgingshuizen wordt verwacht dat zij na elk valincident een grondige analyse uitvoeren om de oorzaken te identificeren. Op basis van de geïdentificeerde basisoorzaken dienen gerichte verbetermaatregelen te worden vastgesteld om het risico op toekomstige valincidenten te verkleinen.

Door valincidenten systematisch te registreren en te analyseren, verkrijgt het desbetreffend verzorgingshuis en de Inspectie waardevolle inzichten in terugkerende patronen en oorzaken. Deze inzichten stellen de Inspectie ook in staat om op geaggregeerd niveau aanbevelingen te formuleren, waarmee alle verzorgingshuizen worden ondersteund in het verbeteren van de veiligheid en het verkleinen van valrisico's.

Het inspectieregister omvat in totaal 16 verzorgingshuizen, waaronder SABA, met drie locaties, en Amilia Care Services, met twee locaties. Tevens zijn er twee tehuizen voor verstandelijk gehandicapten geregistreerd, waarvan één over twee locaties beschikt. Verder is er één hospice opgenomen in het register. In totaal omvat het inspectieregister 20 instellingen die onder de Landsverordening Verzorgingshuizen vallen en in de analyse zijn meegenomen. In tabel 1 hieronder is er een overzicht weergegeven van de verzorgingshuizen in 2024.

1	Betesda Home Care
2	Happy Days Care
3	Hope Foundation
4	Fundacion Paraiso
5	Stichting Cas Cristelle
6	Stichting Cas Marizul
7	Stichting Cas di Machi
8	Stichting Thuiszorg Aruba
9	Zorg met Liefde
10	Amada 60+ Care Services

11	SABA: Huize Maristella
12	SABA: Centro di Cuido
13	SABA: San Pedro de Verona/Sint Michael paviljoen
14	Fundacion Cas di mi Chepa
15	Amilia Care Services: Pos Chikito 63X
16	Amilia Care Services: Cas Angelical, Soledad 1C
17	Cas Sjabururi (Verstandelijk Gehandicapten)
18	Stichting Ambiente Feliz (Verstandelijk Gehandicapten)
19	Stichting Ambiente Feliz (CDC) (Verstandelijk Gehandicapten)
20	Hospice Atardi (Terminale cliënten)

Table 1: Overzicht van de verzorgingshuizen in 2024.

Dit is het derde jaarbeeld over valincidenten in verzorgingshuizen dat de Inspectie uitbrengt. Met de beschikking over aanvullende data willen wij in 2024, naast het algemene doel van het analyseren van de oorzaken en gevolgen van valincidenten op basis van geregistreerde gegevens en uitgevoerde analyses, het rapport verder uitbreiden. Hieraan voegen we een overzicht toe van de ontwikkelingen met betrekking tot meldingen en de kwaliteit van de analyses van valincidenten gedurende de afgelopen jaren.

Tevens zullen de genomen acties en interventies van de Inspectie worden belicht, die hebben bijgedragen aan de ontwikkelingen, met name op het gebied van meldingen en de kwaliteit van de analyses.

1.1. Leeswijzer

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de activiteiten en bevindingen van de Inspectie met betrekking tot valincidenten in verzorgingshuizen. De structuur van het rapport is als volgt:

- Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de acties en interventies van de Inspectie om verzorgingshuizen te informeren over het belang van valpreventie en het systematisch melden en analyseren van valincidenten.
- Hoofdstuk 3 en 4 beschrijven het proces bij de Inspectie na het melden van valincidenten en hoe de Inspectie de verkregen informatie gebruikt.
- Hoofdstuk 5 presenteert de resultaten van de analyse van valincidenten over het jaar 2024.
- Hoofdstuk 6 richt zich op de vervolgacties van de Inspectie, waaronder de introductie van een aangepast sjabloon 'Meldformulier valincidenten en valanalyses' en de bijbehorende richtlijn, evenals het geven van informatiesessies over het uitvoeren van valanalyses.

2. Acties en interventies

De Inspectie heeft in de afgelopen jaren diverse bijeenkomsten georganiseerd om de bewustwording en kennisdeling over valincidenten in verzorgingshuizen te bevorderen, met nadruk op het belang van valpreventie en het systematisch melden en analyseren van valincidenten.

Op **18 november 2021** werd tijdens een informatieavond over 'Patiëntenveiligheid' een reeks presentaties gegeven over zorgkwaliteit, valpreventie en protocollen. Een specialist op het gebied van valpreventie bij ouderen deelde waardevolle inzichten en bood ondersteuning aan verzorgingshuizen. Tevens introduceerde de Inspectie een meldformulier voor valincidenten en valanalyses, dat op 1 december 2021 naar alle verzorgingshuizen werd verzonden.

Naar aanleiding van gebrekkige meldingen en analyses organiseerde de Inspectie op **11 juli 2022** een informatiemiddag voor bestuurders van verzorgingshuizen, waarbij het belang van het melden en analyseren van valincidenten opnieuw werd benadrukt..

Op **13 oktober 2022** stelde de Inspectie het 'Beleid Valincidenten Verzorgingshuizen' op, waarin het interne proces voor het afhandelen, melden en analyseren van valincidenten werd vastgelegd. Dit beleid werd naar alle verzorgingshuizen gestuurd en op onze website gepubliceerd.

De Inspectie constateerde dat steeds meer verzorgingshuizen meldingen deden, maar dat de kwaliteit van de analyses een grote uitdaging te zijn. Met name het identificeren van de basisoorzaken en het opstellen van verbetermaatregelen bleken onvoldoende uitgevoerd te worden door de verzorgingshuizen.

Daarom werd op **17 november 2023** een informatiemiddag georganiseerd, waarin uitleg werd gegeven over het analyseren van valincidenten en het opstellen van verbetermaatregelen. Via interactieve casusbesprekingen werd kennis gedeeld en werd de meldplicht opnieuw onder de aandacht gebracht.

3. Melden aan de Inspectie

Verzorgingshuizen zijn verplicht om elk kwartaal valincidenten digitaal te melden bij de Inspectie via info@iva.aw met gebruik van het formulier 'Meldformulier Valincident en Valanalyse'. Ook als er geen valincidenten hebben plaatsgevonden, moet dit aan de Inspectie worden gemeld.

Desondanks blijkt dat sommige verzorgingshuizen ook in 2024 deze verplichting om elk kwartaal valincidenten te melden, vaak niet naleven. Hierdoor ziet de Inspectie zich genoodzaakt waarschuwingsbrieven te sturen om hen aan hun verantwoordelijkheid te herinneren. Uit navraag komt naar voren dat dit vaak te wijten is aan drukte. Hoewel de meldformulieren doorgaans worden ingevuld en verzameld, wordt de kwartaalmelding bij de Inspectie vaak vergeten.

Tijdens de laatste bijeenkomst op 17 november 2023 hebben sommige verzorgingshuizen voorgesteld om valincidenten direct na het incident te melden bij de Inspectie. Na evaluatie heeft de Inspectie geconcludeerd dat dit niet praktisch is voor de registratie. Door meldingen per kwartaal te verzamelen, weet de Inspectie precies wanneer alle valincidenten ingediend moeten worden, wat wordt meegenomen in de planning. Individuele meldingen kunnen gemakkelijk verloren gaan tussen de vele andere e-mails, vooral gezien de Inspectie ook veel berichten ontvangt via info@iva.aw. Daarom blijft een kwartaalmelding de meest efficiënte werkwijze.

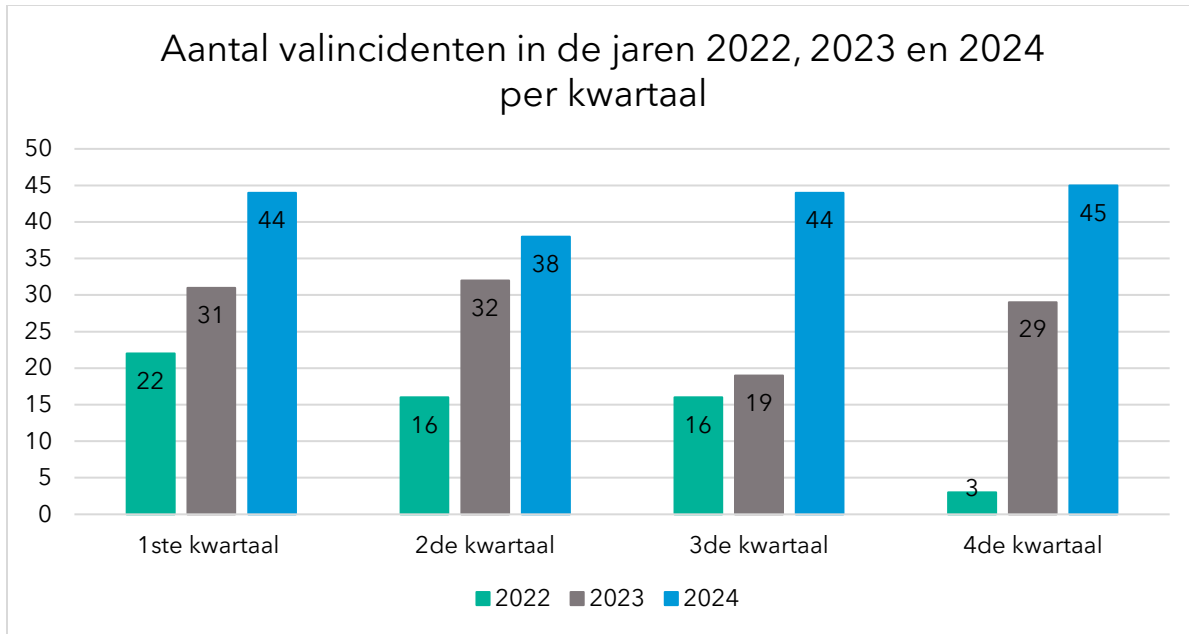
Daarnaast biedt de kwartaalmelding de Inspectie inzicht in welke verzorgingshuizen geen valincidenten hebben geregistreerd. Hoewel het niet melden van valincidenten positief kan worden geïnterpreteerd, kan het structureel uitblijven van meldingen bij de Inspectie het signaal afgeven dat het verzorgingshuis óf uitzonderlijk goed presteert, óf dat meldingen niet (eerlijk) worden doorgegeven.

4. Proces registratie en beoordeling valincidentanalyse

4.1. Registratie van de binnenkomende valincidenten

De Inspectie maakt gebruik van een Excel-sheet voor de registratie van alle binnenkomende valincidenten. Deze uitgebreide sheet, die in 2024 is aangepast, bevat onder andere gegevens over het onderliggende ziektebeeld, medicatiegebruik, het aantal valincidenten, de categorie van het incident, de genomen acties na het incident en de voorgestelde verbetermaatregelen. De incidenten worden gecategoriseerd in hoofd- en subcategorieën, waaronder: Organisatie, Locatie, Materiaal en Cliënt.

Hieronder is een grafiek weergegeven met het aantal geregistreerde valincidenten in de jaren 2022, 2023 en 2024. De grafiek laat zien hoe het aantal incidenten per kwartaal toeneemt, met een opvallende stijging in 2024, vooral in het derde en vierde kwartaal.



Grafiek 1: Aantal meldingen van valincidenten in de jaren 2022 t/m 2024

4.2. Beoordeling valincidentanalyse m.b.v het toetsingskader valincidenten

De Inspectie evalueert de valanalyses, waarbij de toetsing onder andere gericht is op het vaststellen of de juiste basisoorzaken van de incidenten zijn geïdentificeerd en of de implementatie van de voorgestelde verbetermaatregelen naar verwachting effectief zal zijn in het voorkomen van herhaling.

Het toetsingskader van de Inspectie is aangepast naar aanleiding van het nieuwe sjabloon 'Meldformulier valincidenten en valanalyses'. De beoordelingscriteria omvatten onder andere: algemene gegevens van de cliënt (zoals onderliggende ziektes, medicatie, mobiliteitsproblemen en eerdere valincidenten), de samenstelling van de valincidenten analyse toetsingscommissie van het verzorgingshuis, de gebruikte analysemethode, de valinventarisatie (met een feitelijke beschrijving van het incident, de genomen acties, de analyse, de verbetermaatregelen en de nazorg voor de cliënt, familie en betrokken zorgverleners).

Na de beoordeling trekt de Inspectie conclusies op basis van de beoordelingen: voldoende, deels voldoende of onvoldoende. Bij een onvoldoende beoordeling kan de Inspectie één van de volgende acties ondernemen:

- Verzoek aan het verzorgingshuis om de analyse opnieuw uit te voeren;
- Inspectie voert zelf een onderzoek uit.

Tabel 2 geeft een overzicht van de door de Inspectie gebruikte beoordeling van de ingediende valincidentanalyses.

Beoordeling

- ☐ **Voldoende:** een diepgaande analyse van het valincident is uitgevoerd en passende verbetermaatregelen zijn getroffen. Daarnaast zijn de naasten adequaat betrokken en is er voldoende nazorg geboden. De kans op herhaling is effectief gereduceerd.
- ☐ **Deels voldoende:** Een kwalitatief minder sterke analyse van het valincident is uitgevoerd, waarbij passende verbetermaatregelen zijn getroffen. De betrokkenheid van naasten en de geboden nazorg zijn deels benoemd. De kans op herhaling is deels gereduceerd.
- ☐ **Onvoldoende:** De analyse van het valincident is in onvoldoende mate uitgevoerd, waarbij de oorzaken van het incident niet adequaat zijn vastgesteld en er dus onvoldoende passende verbetermaatregelen zijn getroffen. De betrokkenheid van naasten en de geboden nazorg zijn niet opgenomen. De kans op herhaling is niet gereduceerd.

Tabel 2: Beoordeling valincidentenanalyses

De Inspectie zal het toetsingskader toelichten tijdens de informatiesessies die in 2025 door de Inspectie voor alle verzorgingshuizen georganiseerd zullen worden. In hoofdstuk 7 'Vervolgactie' wordt verdere uitleg gegeven over deze informatiesessies.

4.3. Wat doet de Inspectie met de informatie

Op basis van de informatie uit de valanalyse kan de Inspectie verschillende stappen ondernemen. De mogelijke acties zijn onder andere:

- Het afleggen van een onaangekondigd inspectiebezoek aan het verzorgingshuis om de voortgang van de implementatie van de vastgestelde verbetermaatregelen te toetsen.
- Het doen van een inspectieonderzoek bij het verzorgingshuis als blijkt dat het risico op herhaling van valincidenten niet is verminderd en de cliënten nog steeds een groot risico lopen.
- Het uitvoeren van thematisch onderzoek bij de verzorgingshuizen.
- Het identificeren van de grootste risico's en het delen en bespreken van deze bevindingen met relevante partijen, zoals de Directie Ouderenzaken, het Kwaliteitsinstituut en de betrokken minister.
- In geval van strafbare feiten meldt de Inspectie deze aan de bevoegde autoriteiten.

Wanneer de Inspectie constateert dat een valincident ernstige gevolgen heeft gehad voor een cliënt en er vermoedens zijn van een calamiteit, zal de Inspectie het proces voor (vermoedelijke) calamiteiten opstarten.

Daarnaast biedt de informatie uit een analyse waardevolle inzichten in terugkerende patronen en oorzaken. Dit stelt de Inspectie in staat om op geaggregeerd niveau aanbevelingen te formuleren die alle verzorgingshuizen kunnen ondersteunen bij het verbeteren van de veiligheid en het verminderen van valrisico's.

5. Resultaten valincidenten registraties 2024

In 2024 zijn in totaal 196 valincidenten geregistreerd, met de hoogste piek in het 4de kwartaal. De oorzaken en risicofactoren zijn deels gerelateerd aan de ziektebeelden van cliënten, waaronder Alzheimer, vasculaire dementie, motorische stoornissen, parese, CVA, verstandelijke beperkingen, schizofrenie, kanker en cardiovasculaire aandoeningen. Deze aandoeningen veroorzaken vaak beperkingen zoals evenwichtsproblemen, duizeligheid, krachtverlies, onrust, hallucinaties en epilepsie, wat het risico op vallen aanzienlijk verhoogt. Daarnaast wordt sufheid, veroorzaakt door medicatiegebruik, eveneens aangeduid als een belangrijke risicofactor voor valincidenten.

Naast medische oorzaken gerelateerd aan de cliënten, zijn ook omgevingsfactoren een risico bij valincidenten. Voorbeelden hiervan zijn hoge drempels, trappen, gladde of natte vloeren (bijvoorbeeld door urine of lekkage), en hulpmiddelen zoals rolstoelen, bedden of rollators die niet op de rem staan. Andere risicofactoren zijn onder andere ongeschikt schoeisel, lopen op sokken, een losstaande hekdeur, kapotte stoelen of losse bedhekken.

In sommige gevallen werd de cliënt op de vloer aangetroffen, vaak zonder dat vastgesteld kon worden hoe of waarom het valincident had plaatsgevonden, waardoor de oorzaak van het incident onbekend bleef.

De locaties waar valincidenten het meest voorkomen, zijn de badkamer en de kamer van de cliënt, waarbij de meeste incidenten zich voordoen in de avond- en nachturen.

De fysieke gevolgen van valincidenten voor de cliënten varieerden sterk. Deze liepen uiteen van schaafwonden aan armen en benen, hoofd-, lip- en kaakwonden, een gebroken teen, een scheur aan een vinger, een schouderbeen fractuur tot een fractuur van de trochanter major. Eén cliënt liep een schouderlambrumscheur op. In totaal werden zes cliënten geregistreerd met een heupfractuur. In sommige gevallen werden valincidenten gemeld zonder zichtbare letsels.

Bij ernstige valincidenten wordt direct contact opgenomen met de huisarts en/of de ambulance wordt gebeld, vooral buiten kantooruren. In minder ernstige gevallen wordt doorgaans alleen met de cliënt gesproken en wordt contact opgenomen met de familie en/of de verantwoordelijke. Het contact met de familie wordt echter niet altijd vermeld in het meldingsdocument. Daarnaast ontvangt de Inspectie regelmatig klachten dat de familie van de cliënt niet op de hoogte is gebracht na een valincident.

6. Conclusie

De analyses van de valincidenten zijn in veel gevallen dus onvoldoende diepgaand, wat resulteert in een minder kwalitatieve beoordeling waarbij de basisoorzaken niet worden geïdentificeerd en de risicofactoren niet adequaat worden gemitigeerd.

Daarnaast ontbreekt het aan een gestructureerde en gezamenlijke aanpak van de analyse, aangezien de verantwoordelijkheid vaak bij één persoon ligt, in plaats van bij een commissie die gezamenlijk een gedegen en objectieve evaluatie kan uitvoeren. Dit vergroot het risico dat valincidenten niet adequaat worden aangepakt.

Er is dringend behoefte aan een meer gestructureerde en diepgaande benadering van het onderzoeken van valincidenten, met concrete en haalbare verbetermaatregelen die op een SMART-manier geformuleerd zijn.

Hoewel medische aandoeningen zoals Alzheimer, vasculaire dementie, motorische stoornissen en medicatiegebruik vaak als de belangrijkste oorzaken worden gezien, wordt er te weinig aandacht besteed aan omgevingsfactoren, zoals een onveilige inrichting en het ontbreken van effectieve voorzorgsmaatregelen. Ook het tekort aan bevoegd en bekwaam zorgpersoneel speelt hierbij een grote rol. Daarnaast schieten de opgestelde verbetermaatregelen vaak tekort: ze worden niet altijd opgesteld, zijn te vaag of onvoldoende haalbaar en specifiek en sluiten niet bij de basisoorzaken.

Er wordt bovendien vaak gekozen voor eenvoudige, maar minder doeltreffende oplossingen, zoals het gebruik van fixatie in bed of stoel, die niet altijd het gewenste resultaat opleveren. Dit leidt vaak niet tot minder valincidenten of veilige mobiliteit en kan de zelfstandigheid en levenskwaliteit beperken. Effectieve maatregelen moeten veiligheid waarborgen zonder fysieke en psychologische schade.

7. Vervolgacties

Naar aanleiding van feedback van enkele verzorgingshuizen tijdens de laatste informatiesessie met alle verzorgingshuizen is het sjabloon voor het 'Meldformulier valincidenten en valanalyse' herzien en aangepast. De vragen zijn nu concreter en specifiek geformuleerd. Daarnaast is er een richtlijn ontwikkeld voor het meldformulier valincidenten en de valanalyse. Hierin worden de criteria, toelichtingen en toetsingsaspecten helder beschreven. Het gebruik van deze richtlijn maakt het eenvoudiger om het 'Meldformulier en de valanalyse' correct in te vullen. Bovendien biedt het verzorgingshuizen inzicht in de aspecten waarop de Inspectie beoordeelt.

In 2025 zal de Inspectie elk verzorgingshuis bezoeken om een informatiesessie te geven over het uitvoeren van valanalyses. Deze informatiesessie is gebaseerd op een ingediende

valincident casus uit het betreffende verzorgingshuis. Het doel is om het bewustzijn over valincidenten te vergroten, de basisoorzaken te herkennen, het belang van preventieve maatregelen te benadrukken en een doeltreffende aanpak van valincidenten te bevorderen.. Dit draagt tevens bij aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg aan deze kwetsbare groep ouderen.