



Inspectie  
*Volksgezondheid*  
Aruba

# Terugkoppeling kwaliteitsjaarverslag 2024: Risicomanagement in de Zorg

Documentnummer:	GEH-2026/2503
Versie:	Definitief
Datum van uitgave:	27/05/2026
Herzieningsdatum:	N.V.T.



# Inhoudsopgave

Begrippenlijst .....	1
Compliance-risico's:.....	1
1. Inleiding.....	3
2. Theoretisch kader .....	4
2.1. Risicomanagement .....	4
2.2. Van subjectief risicobesef naar systeemleren.....	4
3. Onderzoeksmethode .....	5
3.1. Analyse-aanpak .....	5
4. Resultaten van de analyse.....	7
4.1. Zorgveldbreed beeld van risicomanagement in de zorgsector.....	7
4.1.1. Grootste risico's: inzoomend op vraag 3.1: Wat is uw grootste risico?.....	7
4.1.2. Classificatie van de gerapporteerde risico's.....	9
4.1.4. Risico-identificatie: inzoomend op vraag 3.2: Hoe weet u welke uw grootste risico's zijn?.....	11
4.1.5. Samenvattend inspectiebeeld over vraag 3.2: Hoe weet u welke uw grootste risico's zijn?.....	11
4.1.6. Risicobeheersing: inzoomend op vraag 3.3: Op welke manier mitigeert u uw risico's? 12	
4.1.7. Risicobehandelstrategieën binnen risicomanagement: vraag 3.3: Op welke manier mitigeert u uw risico's? .....	12
5. Conclusie .....	16
6. Doorkijk naar toezicht .....	18
7. Literatuurlijst.....	20
Bijlage 1: Geaggregeerde analyse Huisartsen.....	21
Bijlage 2: Geaggregeerde analyse Medische Specialisten .....	23
Bijlage 3: Geaggregeerde analyse Apotheken.....	25
Bijlage 4: Geaggregeerde analyse Mondzorgverleners.....	26
Bijlage 5: Geaggregeerde analyse Verloskundigen.....	27

Bijlage 6: Geaggregeerde analyse Laboratoria .....	28
Bijlage 7: Geaggregeerde analyse Fysiotherapeuten .....	29
Bijlage 8: Geaggregeerde analyse Optometristen.....	30
Bijlage 9: Geaggregeerde analyse Cosmetische artsen .....	31
Bijlage 10: Geaggregeerde analyse Zorginstellingen.....	32

# Begrippenlijst

**Risicomanagement:** kan worden gedefinieerd als een systematisch, gestructureerd en continu proces gericht op het identificeren, analyseren, evalueren en beheersen van risico's die het realiseren van organisatiedoelstellingen kunnen beïnvloeden. Het omvat zowel het beperken van negatieve gevolgen als het beheersen van onzekerheden die voortvloeien uit interne en externe factoren.

Volgens ISO 31000 wordt risico gedefinieerd als "het effect van onzekerheid op doelstellingen", waarbij risicomanagement bestaat uit gecoördineerde activiteiten om een organisatie te sturen en te beheersen met betrekking tot risico's (ISO, 2018). Dit proces omvat onder meer contextbepaling, risico-identificatie, risicoanalyse, risicobeoordeling, risicobehandeling, monitoring en continue communicatie.

Binnen de gezondheidszorg richt risicomanagement zich in het bijzonder op het waarborgen van patiëntveiligheid, zorgcontinuïteit en kwaliteit van zorg. Het vormt een integraal onderdeel van het kwaliteitssysteem en draagt bij aan het voorkomen van vermijdbare schade, het versterken van organisatorische veerkracht en het bevorderen van een lerende organisatiecultuur.

**Strategische risico's:** betreffen risico's die de structurele continuïteit, toegankelijkheid en toekomstbestendigheid van de zorg beïnvloeden. Deze risico's liggen vaak op systeemniveau en overstijgen de individuele zorgverlener of organisatie.

**Operationele risico's:** betreffen risico's die direct samenhangen met de uitvoering van zorgprocessen en de dagelijkse zorgverlening. Deze categorie omvat het grootste aandeel van de door zorgaanbieders gerapporteerde risico's en heeft directe implicaties voor patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg.

**Financiële risico's:** betreffen risico's die samenhangen met de financiële stabiliteit en economische randvoorwaarden van zorgverlening.

**Kennismanagementrisico's:** betreffen risico's die samenhangen met het verkrijgen, delen, behouden en toepassen van kennis binnen zorgorganisaties. Deze categorie is bijzonder relevant in het licht van patiëntveiligheid en kwaliteitsmanagement.

**Compliance risico's:** betreffen risico's die samenhangen met het niet naleven van wetgeving, richtlijnen en professionele normen.

**Risicoreductie:** omvat maatregelen die gericht zijn op het verkleinen van de kans dat een risico zich voordoet, of het beperken van de impact indien het risico zich manifesteert. Binnen de

zorgsector omvat dit onder meer het werken volgens (aangepaste) protocollen, toepassing van richtlijnen, scholing, incidentanalyse, kwaliteitscontroles en samenwerking met andere zorgverleners.

**Risicovermijding:** omvat het vermijden van activiteiten die een onaanvaardbaar risico met zich meebrengen. Binnen de zorgsector kan dit onder meer bestaan uit het doorverwijzen van patiënten naar gespecialiseerde zorgverleners, het niet uitvoeren van bepaalde behandelingen buiten de eigen expertise, of het beperken van zorgactiviteiten bij onvoldoende capaciteit of randvoorwaarden.

**Risico-overdracht:** omvat het verplaatsen van risico's naar een andere partij, bijvoorbeeld via samenwerking, consultatie of verzekeringen. Binnen de zorgcontext omvat dit onder meer multidisciplinaire samenwerking, verwijzing naar andere zorgverleners, en samenwerking binnen zorgketens.

**Risico-acceptatie:** betreft het bewust accepteren van een risico wanneer dit inherent is aan zorgverlening en niet volledig kan worden geëlimineerd, of wanneer de kosten van mitigatie disproportioneel zijn.

# 1. Inleiding

Goede, veilige en verantwoorde zorg vereist dat zorgaanbieders de kwaliteit en veiligheid van hun zorg structureel waarborgen. Aangezien zorgverlening plaatsvindt in een complexe omgeving waarin risico's onvermijdelijk zijn, vormt het systematisch identificeren, analyseren en beheersen van deze risico's een essentieel onderdeel van kwalitatief hoogwaardige zorg.

Risicomanagement stelt zorgaanbieders in staat om bedreigingen voor patiëntveiligheid, zorgcontinuïteit en zorgkwaliteit tijdig te signaleren en passende maatregelen te nemen. Dit draagt bij aan het voorkomen van vermijdbare schade en het versterken van de betrouwbaarheid van zorgprocessen.

Een goed functionerend risicomanagementsysteem is een integraal onderdeel van het kwaliteitssysteem zoals vereist in artikel 5 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (LKIG), waarmee zorgaanbieders de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren. Het doel hiervan is primair het waarborgen van veilige en kwalitatief verantwoorde zorg voor patiënten. In het kader van deze verantwoordelijkheid stellen zorgaanbieders jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag op (artikel 7, LKIG), waarin onder meer wordt gereflecteerd op risico's die van invloed zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De vragen 3.1, 3.2 en 3.3 van dit verslag richt zich specifiek op het risicomanagement van zorgaanbieders.

Het doel van dit rapport van de Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie) is om, in het kader van maatschappelijke verantwoording, een geaggregeerde terugkoppeling te geven van de door zorgaanbieders gerapporteerde risico's in het kwaliteitsjaarverslag 2024. Het beoogt inzicht te bieden in de belangrijkste risico's binnen het zorgveld, de wijze waarop deze risico's worden geïdentificeerd en beheerst, alsmede in de verdere ontwikkeling van risicomanagement en kwaliteitssystemen binnen de Arubaanse gezondheidszorg. Daarbij hanteert de Inspectie relevante wetenschappelijke en normatieve kaders als referentie, welke worden vertaald naar sectorgerichte toetsingspunten, met inachtneming van de schaalgrootte en context van de Arubaanse zorgpraktijk.

De analyse van de gerapporteerde antwoorden verschaft tevens inzicht in de wijze waarop zorgaanbieders invulling geven aan risicomanagement en omvat informatie over de grootste geïdentificeerde risico's, de methoden van risico-identificatie en de maatregelen die worden getroffen ter beheersing van deze risico's. De door zorgaanbieders gerapporteerde formuleringen zijn daartoe geoperationaliseerd naar gestandaardiseerde risicomanagement-terminologie en nader geanalyseerd.

Deze inzichten dragen bij aan de onderbouwing van risicogestuurd toezicht, gericht op het bevorderen van patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg. Specifiek gebruikt de Inspectie deze inzichten onder meer voor het prioriteren van haar thematische onderzoeken in het zorgveld.

## 2. Theoretisch kader

De Inspectie hanteert de volgende wetenschappelijke en normatieve kaders als referentie:

- Zorgspecifieke literatuur over risicomanagement en veiligheidscultuur in (o.a.) eerstelijnszorg en ziekenhuizen.
- ISO 31000: principes en processen van risicomanagement (framework + cyclus).
- Hudson: Safety culture ladder (Pathological-Reactive-Calculative-Proactive-Generative).
- Westrum: typologie van organisatieculturen en informatie-flow (Pathological-Bureaucratic-Generative).
- Safety-I/Safety-II en Resilient Health Care (Hollnagel, 2014): combineren van incidentleren met het begrijpen en versterken van 'wat goed gaat'.

De Inspectie zal deze kaders vertalen naar sectorgerichte toetsingspunten, waarbij nadrukkelijk ruimte blijft voor schaalgrootte en context op Aruba.

### 2.1. Risicomanagement

Risicomanagement wordt in dit onderzoek opgevat als een systematisch en continu proces gericht op het identificeren, analyseren, evalueren en beheersen van risico's die van invloed kunnen zijn op het realiseren van organisatiedoelstellingen. Binnen de gezondheidszorg richt risicomanagement zich in het bijzonder op het waarborgen van patiëntveiligheid, zorgcontinuïteit en de kwaliteit van zorgverlening.

Het proces omvat onder meer het signaleren van potentiële risico's binnen zorgprocessen, het beoordelen van de kans en impact van deze risico's, en het implementeren en evalueren van beheersmaatregelen. Monitoring en periodieke evaluatie maken integraal onderdeel uit van dit proces. Risicomanagement draagt daarmee bij aan het voorkomen van vermijdbare schade ('*Primum non nocere*' (*First, do no harm*) - Hippocrates) en aan het versterken van het lerend vermogen en de veerkracht van zorgorganisaties.

Internationale kaders, zoals onder meer de ISO 31000, beschrijven risicomanagement als een cyclisch proces bestaande uit risico-identificatie, analyse, evaluatie, behandeling en monitoring. Binnen deze benadering is het benoemen van risico's een eerste stap, maar tevens vereist dat risico's worden geprioriteerd en dat de effectiviteit van beheersmaatregelen aantoonbaar wordt geëvalueerd.

### 2.2. Van subjectief risicobesef naar systeemleren

Voor de duiding van de bevindingen is gebruikgemaakt van theoretische kaders met betrekking tot de veiligheidscultuur en het organisatiegericht leren.

Modellen van veiligheidscultuur, zoals de Safety Culture Ladder (Hudson, 2000/2001), beschrijven een ontwikkeling van een reactieve benadering van veiligheid waarbij risico's primair individueel en incidentgedreven worden benaderd, naar een proactieve en

generatieve benadering, waarin veiligheid een gedeelde organisatorische verantwoordelijkheid vormt en risico's systematisch en datagedreven worden beheerst (Hudson, 2000/2001).

Aanvullend onderscheidt Westrum verschillende typen informatie- en leerculturen, die zich met name onderscheiden in de wijze waarop informatie over risico's en incidenten wordt gedeeld en benut (Westrum, 2004). In generatieve culturen, dat wil zeggen in zorginstellingen met een proactieve en lerende veiligheidscultuur, wordt het melden en analyseren van risico's gestimuleerd ten behoeve van structurele verbetering, terwijl in zorginstellingen met minder ontwikkelde veiligheidsculturen risico-identificatie vaker berust op individueel professioneel oordeel.

Binnen de zorgliteratuur wordt daarnaast benadrukt dat zorgprocessen complex en adaptief zijn. In dit licht dient een focus op incidenten ('Safety-I') te worden aangevuld met aandacht voor factoren die bijdragen aan het dagelijks functioneren van zorgprocessen ('Safety-II'), teneinde variatie in de praktijk beter te begrijpen en te beheersen (Hollnagel, 2014).

## 3. Onderzoeksmethode

De Inspectie heeft de antwoorden op vragen 3.1, 3.2 en 3.3 uit in totaal 172 kwaliteitsjaarverslagen geanalyseerd. Ten behoeve van de data- en tekstverwerking is gebruikgemaakt van een AI-ondersteunde analysetool (ChatGPT 5.2). De antwoorden zijn geanalyseerd per beroepsgroep van zorgaanbieders uit de volgende beroepsgroepen, zorginstellingen en medische laboratoria, namelijk: huisartsen, apotheken, fysiotherapeuten, verloskundigen, medische laboratoria, mondzorgverleners, medisch specialisten, optometristen, cosmetisch artsen en zorginstellingen.

Deze analyse omvatte zorgaanbieders werkzaam binnen de eerste- en tweedelijnszorg, alsmede binnen de diagnostische zorg. Na afronding van de analyse per bovenvermelde groep, heeft de Inspectie tevens een integrale, zorgbrede analyse uitgevoerd van alle gerapporteerde risico's.

### 3.1. Analyse-aanpak

De Inspectie heeft de antwoorden geanalyseerd op de volgende vragen uit het kwaliteitsjaarverslag:

- Vraag 3.1: Wat is uw grootste risico?
- Vraag 3.2: Hoe weet u welke uw grootste risico's zijn?
- Vraag 3.3: Op welke manier mitigeert u uw risico's?

De verzamelde antwoorden zijn geaggregeerd en gecategoriseerd ten behoeve van nadere analyse, gericht op het identificeren van patronen en trends. Hierbij is expliciet uitgegaan van

de letterlijke formuleringen zoals gerapporteerd door de zorgaanbieders. Deze formuleringen zijn vervolgens door de Inspectie geoperationaliseerd naar gestandaardiseerde risicomanagementterminologie en nader geanalyseerd.

Opmerking: de analyse geeft inzicht in de aard van de gerapporteerde risico's, de wijze waarop zorgaanbieders deze identificeren en de toegepaste beheersmaatregelen, met het doel om patronen te herkennen, systeemkwetsbaarheden te kunnen signaleren en plausibele onderliggende factoren te duiden. De kwaliteitsjaarverslagen bevatten in beperktere mate systematische informatie over de onderliggende oorzaken of determinanten van deze risico's: de vragen in de kwaliteitsjaarverslagen waren hier dan ook niet specifiek op gericht. Hierdoor kunnen structurele causale verbanden slechts gedeeltelijk worden vastgesteld op basis van de gerapporteerde gegevens en dienen conclusies over onderliggende oorzaken met terughoudendheid te worden geïnterpreteerd.

In het kader van risicomanagement kunnen risico's worden geclassificeerd in vijfhoofdgroepen, te weten: strategische risico's, operationele risico's, financiële risico's, kennismanagementrisico's en compliance risico's. Deze indeling sluit aan bij internationaal gehanteerde risicomanagementkaders, waaronder ISO 31000, alsmede bij gangbare governance-modellen binnen de gezondheidszorg. Internationale risicomanagement-ramwerken, zoals ISO 31000 en COSO Enterprise Risk Management, onderscheiden daarnaast vier fundamentele strategieën voor risicobehandeling: risicovermijding, risicoreductie, risico-overdracht en risico-acceptatie.

Deze strategieën bieden organisaties een systematische basis voor de selectie en implementatie van passende beheersmaatregelen ter mitigatie van geïdentificeerde risico's, afhankelijk van de aard en ernst van het risico en de risicobereidheid van de organisatie.

Deze analysemethode biedt de Inspectie een zorgveldbreed inzicht in terugkerende risico's, patronen in risicobeheersing en verschillen in de mate van volwassenheid van risicomanagement binnen de Arubaanse gezondheidszorg.

## 4. Resultaten van de analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de uitgevoerde analyse van de antwoorden op vragen 3.1, 3.2 en 3.3 uit de kwaliteitsjaarverslagen van zorgaanbieders over het verslagjaar 2024.

De analyse is uitgevoerd op basis van de door zorgaanbieders gerapporteerde informatie over geïdentificeerde risico's, de wijze waarop deze worden herkend en de maatregelen die worden getroffen om deze te beheersen. De analyse richt zich op het identificeren van terugkerende risicocategorieën, patronen in risico-identificatie en variaties in toegepaste beheersmaatregelen binnen en tussen verschillende zorgsectoren. Daarbij is zowel gekeken naar sectorspecifieke risico's, als naar risico's die zorgveldbreed voorkomen.

De resultaten van deze zorgveldbrede analyse worden in dit hoofdstuk nader besproken. De resultaten van de analyse op beroepsgroep niveau, kunt u vinden in de bijlagen. De gepresenteerde resultaten bieden inzicht in de aard en spreiding van de gerapporteerde risico's, alsmede in de wijze waarop risicomanagement binnen het zorgveld wordt toegepast.

Deze bevindingen vormen de basis voor de verdere duiding van sector overstijgende kwetsbaarheden en aandachtspunten vanuit toezichtsperspectief.

### 4.1. Zorgveldbreed beeld van risicomanagement in de zorgsector

#### 4.1.1. Grootste risico's: inzoomend op vraag 3.1: Wat is uw grootste risico?

Dit risicoregister bevat de top 10 kritische systeemrisico's binnen de Arubaanse gezondheidszorg, op basis van de door zorgaanbieders gerapporteerde informatie. Deze risico's zijn met gebruik van AI geselecteerd op basis van frequentie, impact op patiëntveiligheid en systeemrelevantie.

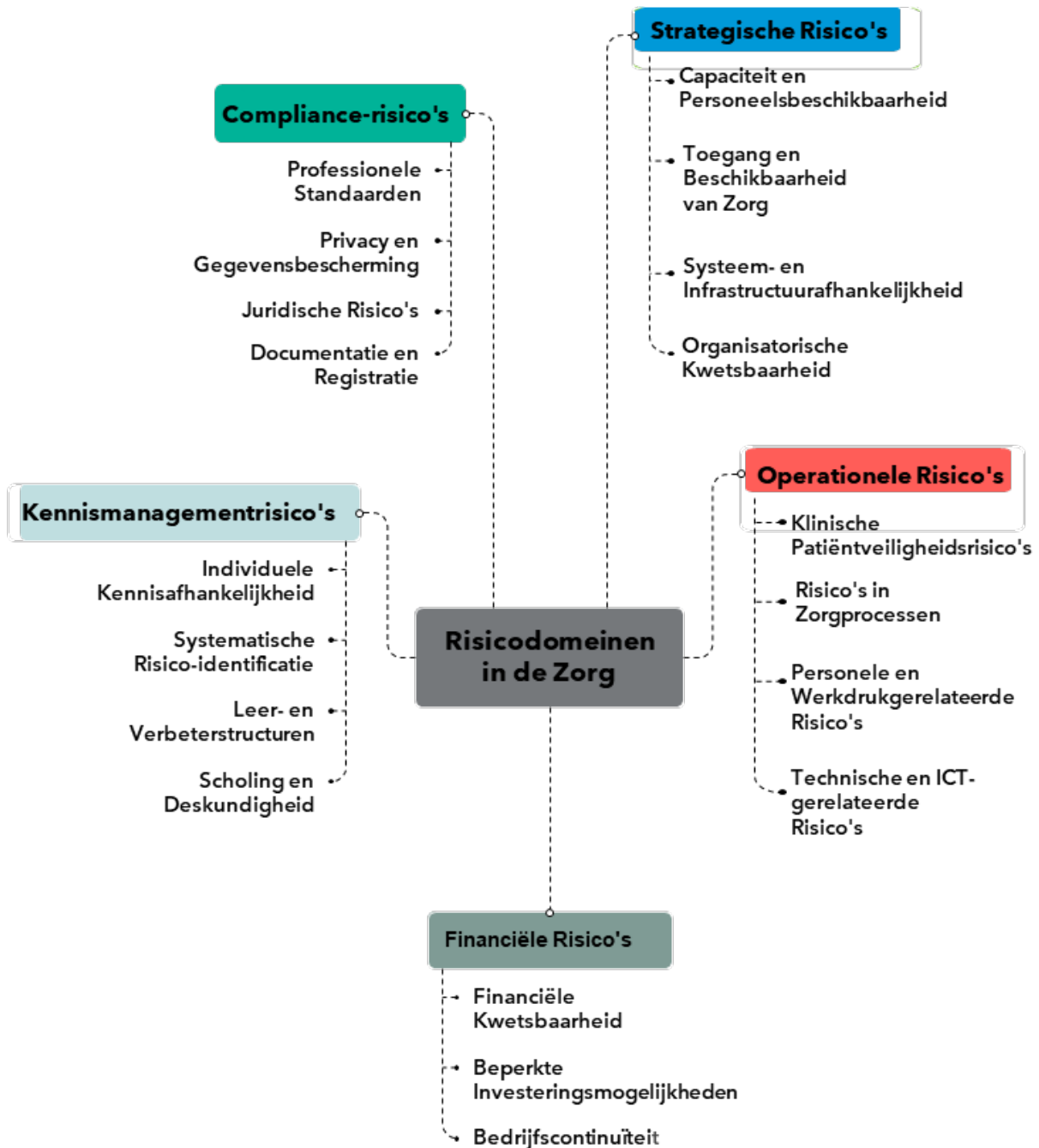
Tabel 1: Top 10 Kritische Systeemrisico's in de zorg, Aruba-breed.

Rang	Systeemrisico	Sectoren geraakt	Belangrijkste gevolgen
1	Personeelstekort en capaciteitsgebrek	Alle sectoren	Wachttijden, fouten door werkdruk, discontinuïteit zorg
2	Kwetsbaarheid door afhankelijkheid van individuele zorgverleners	Eerstelijns, solopraktijken, mondzorg	Uitval leidt tot directe zorgonderbreking
3	Wachttijden en beperkte toegang tot specialistische zorg en diagnostiek	Huisartsen, specialisten, instellingen	Vertraagde diagnose en behandeling
4	Fragmentatie van patiëntinformatie en beperkte interoperabiliteit	Alle sectoren	Onvolledige informatie, verhoogd risico op fouten
5	Medicatieveiligheid en medicatiefouten	Apotheken, huisartsen, instellingen	Directe patiëntschade, complicaties
6	Risico's bij triage en urgentiebepaling	Huisartsen, acute zorg	Vertraging spoedzorg, gemiste diagnoses
7	Werkdruk en risico op burn-out onder zorgverleners	Alle sectoren	Verhoogde kans op fouten en uitval
8	Infectiepreventie en beheersing van zorggerelateerde infecties	Mondzorg, instellingen, cosmetische zorg	Zorginfecties, patiëntveiligheidsrisico's
9	Kwetsbaarheid van ICT-infrastructuur en digitale afhankelijkheid	Alle sectoren	Uitval zorgprocessen, verlies informatie
10	Variatie in volwassenheid van risicomanagement en meldcultuur	Alle sectoren	Onvoldoende identificatie en beheersing van risico's

#### 4.1.2. Classificatie van de gerapporteerde risico's

De door zorgaanbieders gerapporteerde risico's zijn geoperationaliseerd naar gestandaardiseerde risicomanagementterminologie en nader geanalyseerd. In onderstaand figuur is een weergave te zien van deze risico's, die geclassificeerd zijn in vijf hoofdcategorieën: strategische risico's, operationele risico's, financiële risico's, kennismanagementrisico's en compliance risico's.

Figuur 1: Overzicht Risicodomein, Risicothema en Gerapporteerde Kritische Systeemrisico's Aruba-breed.



#### 4.1.3. Samenvattend inspectiebeeld over vraag 3.1: Wat is uw grootste risico?

De analyse van de gerapporteerde risico's laat zien dat zorgaanbieders binnen het zorgveld worden geconfronteerd met een samenhangend geheel aan strategische, operationele, financiële, kennismanagement en compliance risico's. Deze risicodomeinen beïnvloeden zowel afzonderlijk als in onderlinge samenhang de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg.

Waar operationele risico's met name directe implicaties hebben voor patiëntveiligheid en de dagelijkse uitvoering van zorgprocessen, kunnen strategische en financiële risico's de structurele toegankelijkheid en duurzaamheid van zorgverlening op langere termijn beïnvloeden. Kennismanagementrisico's en compliance risico's raken daarentegen aan de mate waarin zorgorganisaties in staat zijn om systematisch te leren, te verbeteren en te voldoen aan geldende wet- en regelgeving.

De bevindingen wijzen erop dat risico's zich niet beperken tot één specifiek organisatieniveau, maar zich manifesteren op zowel proces-, organisatie- als systeemniveau. In combinatie kunnen deze risico's bijdragen aan sectoroverstijgende kwetsbaarheden binnen het zorgveld.

#### 4.1.4. Risico-identificatie: inzoomend op vraag 3.2: Hoe weet u welke uw grootste risico's zijn?

Zorgaanbieders rapporteren verschillende methoden voor het identificeren van risico's, die globaal kunnen worden onderscheiden in:

##### Gestructureerde methoden

- Incidentmeldingen
- Complicatieregistraties
- Kwaliteitscontroles
- Teamoverleg
- Toetsing aan richtlijnen

##### Ongestructureerde methoden

Risico-identificatie vindt in een substantieel aantal gevallen primair plaats op basis van individueel professioneel inzicht en ervaring, zoals blijkt uit antwoorden als:

- "Door ervaring."
- "Door professionele ervaring."
- "Door zelfreflectie."
- "Door observatie."
- "Door eigen inzicht."

#### 4.1.5. Samenvattend inspectiebeeld over vraag 3.2: Hoe weet u welke uw grootste risico's zijn?

Deze bevindingen duiden erop dat risico-identificatie binnen delen van het zorgveld in belangrijke mate berust op individueel professioneel oordeel. Hoewel dit een belangrijke bron van informatie vormt, is het op zichzelf onvoldoende voor een systematische en organisatiebrede identificatie van risico's.

Een meer ontwikkelde benadering van risicomanagement kenmerkt zich door een cyclisch en datagedreven proces, waarin risico's niet uitsluitend reactief of op basis van individuele inschatting worden vastgesteld, maar proactief en organisatiebreed worden geïdentificeerd,

gewogen en opgevolgd. Dit vereist tevens dat informatie over risico's systematisch wordt gedeeld binnen de organisatie en wordt benut voor structurele verbetering van zorgprocessen.

De Inspectie acht het van belang dat zorgaanbieders toewerken naar een dergelijke gestructureerde en lerende benadering van risicomanagement, waarin professioneel oordeel wordt ondersteund door objectieve data en gezamenlijke analyse.

#### 4.1.6. Risicobeheersing: inzoomend op vraag 3.3: Op welke manier mitigeert u uw risico's?

De gerapporteerde maatregelen ter beheersing van risico's kunnen worden onderscheiden in:

##### Gestructureerde beheersmaatregelen

- Toepassing van protocollen
- Samenwerking met collega's
- Uitvoering van kwaliteitscontroles
- Nascholing

##### Informele beheersmaatregelen

- "Door zorgvuldig te werken."
- "Door professioneel handelen."
- "Door alert te blijven."
- "Door mijn kennis bij te houden."

#### 4.1.7. Risicobehandelstrategieën binnen risicomanagement: vraag 3.3: Op welke manier mitigeert u uw risico's?

De door zorgaanbieders gerapporteerde risico's zijn ingedeeld volgens gestandaardiseerde risicomanagementterminologie en vervolgens nader geanalyseerd. Op basis van het hierboven beschreven risicoregister met de Top 10 Kritische Systeemrisico's Aruba-breed (tabel 1), heeft de Inspectie geanalyseerd in welke mate zorgaanbieders momenteel gebruikmaken van de vier fundamentele risicobehandelstrategieën, zoals beschreven in internationale risicomanagementkaders (ISO 31000): risicoreductie, risicovermijding, risico-overdracht en risico-acceptatie. Deze diepere analyse biedt inzicht in de volwassenheid en systematiek van risicomanagement binnen het zorgveld.

Tabel 2: Analyse van risicobehandelstrategieën per kritisch systeemrisico.

Rang	Systeemrisico	Huidige strategieën (waargenomen)	Ontbrekende / beperkte strategieën	Inspectieduiding (volwassenheid risicomanagement)
1	Personeelstekort en capaciteitsgebrek	<p><b>Risicoreductie:</b> prioritering van zorg, aanpassen werkprocessen, inzet tijdelijk personeel.</p> <p><b>Risico-overdracht:</b> doorverwijzing naar andere zorgverleners.</p>	<p><b>Risicovermijding:</b> beperkte structurele capaciteitsversterking.</p> <p><b>Risico-acceptatie:</b> capaciteitsdruk wordt frequent impliciet geaccepteerd.</p>	Risicobeheersing is grotendeels reactief en operationeel, zonder structurele systeemoplossingen.
2	Afhankelijkheid van individuele zorgverleners	<p><b>Risicoreductie:</b> waarnemingsregelingen, samenwerking met collega's.</p> <p><b>Risico-overdracht:</b> verwijzing naar andere zorgverleners.</p>	<p><b>Risicovermijding:</b> beperkte structurele organisatorische redundantie.</p> <p><b>Risico-acceptatie:</b> afhankelijkheid wordt vaak impliciet geaccepteerd.</p>	Structureel continuïteitsrisico, vooral bij solopraktijken en kleine organisaties.
3	Wachttijden en beperkte toegang tot zorg	<p><b>Risicoreductie:</b> triage en prioritering van urgente patiënten.</p> <p><b>Risico-overdracht:</b> verwijzing naar andere zorgverleners.</p>	<p><b>Risicovermijding:</b> beperkte structurele capaciteitsuitbreiding.</p> <p><b>Risico-acceptatie:</b> wachttijden worden vaak als systeemrealiteit geaccepteerd.</p>	Mitigatie beperkt impact, maar structurele oorzaken blijven bestaan.

4	Fragmentatie van patiënt-informatie	<p><b>Risicoreductie:</b> handmatige verificatie, communicatie tussen zorgverleners.</p> <p><b>Risico-overdracht:</b> consultatie van andere zorgverleners.</p>	<p><b>Risicovermijding:</b> beperkte interoperabiliteit van informatiesystemen.</p> <p><b>Risico-acceptatie:</b> fragmentatie wordt frequent als gegeven beschouwd.</p>	Systemisch risico dat onvoldoende structureel wordt opgelost.
5	Medicatie-veiligheid en medicatiefouten	<p><b>Risicoreductie:</b> medicatiecontroles, protocollen.</p> <p><b>Risico-overdracht:</b> samenwerking met apotheken en voorschrijvers.</p>	<p><b>Risicovermijding:</b> beperkte structurele systeemintegratie.</p> <p><b>Risico-acceptatie:</b> inherente medicatierisico's worden deels geaccepteerd.</p>	Risicoreductie aanwezig, maar systeemintegratie blijft verbeterpunt.
6	Risico's bij triage en urgentiebepaling	<p><b>Risicoreductie:</b> triageprotocollen, training.</p> <p><b>Risico-overdracht:</b> verwijzing naar spoedeisende hulp.</p>	<p><b>Risicovermijding:</b> beperkte structurele mitigatie van triagefouten.</p>	Risicobeheersing afhankelijk van individuele expertise.
7	Werkdruk en burn-out	<p><b>Risicoreductie:</b> aanpassen werkprocessen, prioritering.</p>	<p><b>Risicovermijding:</b> beperkte structurele personeelsversterking.</p> <p><b>Risico-acceptatie:</b> werkdruk wordt frequent impliciet geaccepteerd.</p>	Structureel systeemrisico met directe impact op patiëntveiligheid.

8	Infectie-preventie	<b>Risicoreductie:</b> hygiëne-protocollen, sterilisatie-procedures.	<b>Risicovermijding:</b> Beperkte aanwijzingen voor structurele systeemplacunes of tekortkomingen.	Relatief volwassen risicobeheersing in vergelijking met andere risico's.
9	ICT-kwetsbaarheid	<b>Risicoreductie:</b> back-ups, alternatieve werkprocessen.	<b>Risicovermijding:</b> beperkte structurele redundantie en systeemintegratie.	Structureel systeemrisico door toenemende digitalisering.
10	Variatie in volwassenheid van risicomanagement	<b>Risicoreductie:</b> professioneel handelen, individuele ervaring.	<b>Risicovermijding:</b> ontbreken risicoregisters en systematische analyse.  <b>Risico-acceptatie:</b> impliciete acceptatie zonder structurele beheersing.	Indicatie van variabele veiligheidscultuur en ontwikkelingsfase risicomanagement.

#### 4.1.8. Samenvattend inspectiebeeld op vraag 3.3: Op welke manier mitigeert u uw risico's?

De analyse laat zien dat risicoreductie en risico-overdracht het meest frequent worden toegepast, terwijl expliciete, systematische risicobehandelstrategieën niet in alle sectoren aantoonbaar gestructureerd zijn ingericht. In meerdere gevallen lijkt risicobeheersing primair gebaseerd op individueel professioneel handelen, in plaats van op formele, organisatorisch geborgde risicomanagementsystemen.

Dit bevestigt dat de verdere ontwikkeling van systematisch risicomanagement binnen de Arubaanse gezondheidszorg een belangrijk aandachtspunt vormt.

## 5. Conclusie

Het zorgveldbreed beeld uit de kwaliteitsjaarverslagen 2024 laat zien dat risicobewustzijn binnen het Arubaanse zorgveld breed aanwezig is. Zorgaanbieders blijken in staat om relevante risico's te identificeren en te duiden binnen klinische, organisatorische en systeemgerelateerde contexten. Tegelijkertijd blijkt uit de analyse dat de inrichting van risicomanagement binnen een substantieel deel van het zorgveld nog beperkt systematisch en meetbaar is vormgegeven.

De wijze waarop risico's worden geïdentificeerd, wordt frequent beschreven in subjectieve termen, zoals professioneel inzicht, ervaring of observatie. Dit duidt erop dat risico-identificatie en risicobeheersing in meerdere gevallen primair berusten op individueel professioneel handelen, en in mindere mate op formeel ingerichte en objectief toetsbare risicomanagementsystemen.

Op basis van de analyse per beroepsgroep/zorgsector concludeert de Inspectie dat het risicoprofiel binnen de Arubaanse gezondheidszorg in belangrijke mate wordt beïnvloed door systeemdruk, waaronder personeelskrapte, kwetsbaarheid in de continuïteit van zorgverlening, wachttijden en fragmentatie van ICT- en informatiesystemen. Daarnaast wordt een aanzienlijke variatie geconstateerd in de mate van ontwikkeling van risicomanagementpraktijken, variërend van organisaties met gestructureerde incidentregistratie, protocollen en kwaliteitscontroles tot praktijken waarin risicobeheersing voornamelijk plaatsvindt op basis van professioneel handelen zonder structurele organisatorische borging. Binnen verschillende zorgsectoren worden vergelijkbare risicocategorieën gerapporteerd, met name op het gebied van personele capaciteit, klinische processen en organisatorische randvoorwaarden.

Een substantieel deel van de gerapporteerde risicobeheersmaatregelen heeft daarbij een reactief en individueel karakter, zoals het verhogen van alertheid of zorgvuldigheid in het handelen, terwijl structurele risicobeheersing vraagt om procesmatige inrichting, capaciteitsborging, ketensamenwerking en het gebruik van meetbare indicatoren. Het ontbreken van expliciete risicocriteria, risicoregisters en systematische trendanalyses binnen delen van het zorgveld duidt erop dat risicomanagement zich daar nog grotendeels bevindt in een reactieve fase van volwassenheid, waarbij structurele, datagedreven en proactieve beheersing nog onvoldoende is ontwikkeld.

Deze bevindingen duiden op verschillen in de mate waarin zorgaanbieders invulling geven aan de verplichting tot het hanteren van een kwaliteitssysteem zoals bedoeld in artikel 5 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (LKIG), waarin is bepaald dat de kwaliteit van zorg systematisch dient te worden bewaakt, beheerst en verbeterd. Waar risicomanagement voornamelijk steunt op individueel professioneel oordeel, ontstaat een verhoogde

kwetsbaarheid voor variatie in de zorgverlening en een verminderde borging van continuïteit en veiligheid van zorg, met name bij personele wisselingen of uitval.

De analyse van de meest frequent gerapporteerde systeemrisico's toont voorts aan dat risicoreductie de meest toegepaste risicobehandelstrategie is, terwijl risicovermijding en structurele risicobeheersing op systeemniveau minder zichtbaar zijn. In meerdere gevallen is sprake van impliciete risico-acceptatie, waarbij risico's worden beheerst via individueel professioneel handelen in plaats van via structurele organisatorische maatregelen.

Vanuit haar signalerende rol constateert de Inspectie dat deze risico's binnen het gehele zorgveld voorkomen en daarmee kunnen wijzen op bredere structurele kwetsbaarheden binnen de organisatie en uitvoering van zorg. Deze kwetsbaarheden vormen een relevant aandachtspunt vanuit toezichtsperspectief, in het bijzonder met betrekking tot de borging van patiëntveiligheid en zorgcontinuïteit.

De bevindingen suggereren dat risicomanagement binnen delen van het zorgveld zich nog in een ontwikkelingsfase bevindt, waarin risico's weliswaar worden herkend op basis van individueel vakmanschap, maar niet altijd worden ondersteund door systematische registratie, analyse en evaluatie. Dit beperkt de mogelijkheid tot organisatiebreed leren en continue verbetering.

Vanuit toezichtsperspectief onderstreept dit het belang van verdere ontwikkeling in de structurele en aantoonbare inbedding van risicomanagement binnen kwaliteitssystemen. Een dergelijke ontwikkeling is noodzakelijk om te komen tot een meer proactieve, organisatiebrede en toetsbare benadering van risico-identificatie en -beheersing, in overeenstemming met de wettelijke vereisten en gericht op het duurzaam waarborgen van patiëntveiligheid en zorgkwaliteit binnen de Arubaanse gezondheidszorg.

## 6. Doorkijk naar toezicht

De in dit rapport gepresenteerde bevindingen vormen een belangrijke bouwsteen voor de inrichting van risicogestuurd toezicht door de Inspectie in de periode 2026–2030. In aansluiting op de geconstateerde variatie in de mate van systematische inbedding van risicomanagement binnen het zorgveld, richt de toezichtstrategie zich op twee sporen:

1. het bevorderen van de verdere ontwikkeling van risicomanagement en veiligheidscultuur binnen alle zorgsectoren.
2. het signaleren en monitoren van de (Top 10) kritische systeemrisico's binnen het zorgveld.

De Inspectie differentieert haar toezicht op basis van de potentiële impact van risico's op patiëntveiligheid, de mate waarin deze aantoonbaar worden beheerst en de organisatorische volwassenheid van zorgaanbieders. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar incidenten, maar ook naar randvoorwaarden die voorspellend zijn voor veilige zorgverlening, zoals meldcultuur, leermechanismen en procesbeheersing. Op basis van de gesignaleerde verschillen in de mate van systematische risicobeheersing verwacht de Inspectie dat elke zorgaanbieder, ongeacht omvang, beschikt over een proportioneel ingericht risicomanagementsysteem, waarin risico's expliciet worden geïdentificeerd, gedocumenteerd en periodiek worden geëvalueerd.

De Inspectie zal de verdere implementatie van de hierboven beschreven toezichtaccenten actief ondersteunen. Deze toezichtbenadering sluit aan bij hetgeen in de reguleringsliteratuur wordt aangeduid als 'responsive regulation', waarbij toezichthouders ondersteuning en dialoog combineren met de mogelijkheid om, indien risico's toenemen of verbetering uitblijft, stapsgewijs op te schalen naar intensievere toetsing en handhaving (Ayres & Braithwaite, 1992). Daarnaast is het principe van risicogestuurd toezicht breed onderbouwd, waarbij de intensiteit van toezicht proportioneel wordt ingezet op die onderdelen waar de potentiële impact op cliënt- of patiëntveiligheid het grootst is en waar naleving of herstel achterblijft (Black & Baldwin, 2012).

Binnen de context van de gezondheidszorg sluit deze benadering aan bij het uitgangspunt dat kwaliteitsborging en continue verbetering twee samenhangende sporen vormen binnen kwaliteitssturing (CMS, 2023). Evenals bij inzichten uit de literatuur over effectief zorgtoezicht, waarin transparantie, structurele terugkoppeling en systematische signalering worden beschouwd als belangrijke hefboomen naast naleving en handhaving (CQC, 2020).

Deze toezichtbenadering sluit tevens aan bij de principes van Value Driven Regulation, waarbij toezicht niet uitsluitend gericht is op normnaleving of incidenten, maar ook op het bevorderen van publieke waarde, lerend vermogen en duurzame kwaliteitsverbetering binnen het zorgsysteem. De Inspectie richt zich daarbij op factoren die bijdragen aan waardevolle en veilige zorg, zoals transparantie, professionele reflectie, samenwerking en het vermogen van organisaties om signalen tijdig te herkennen en daarvan te leren. Risicomanagement wordt

hierbij niet alleen gezien als een beheersinstrument, maar ook als een voorwaarde voor continue verbetering en maatschappelijk verantwoorde zorgverlening (Leistikow, 2018; Leistikow, Pot & Bal, 2022).

## 7. Literatuurlijst

1. Ayres, I., & Braithwaite, J. (1992). *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford University Press.
2. Black, J., & Baldwin, R. (2012). Really responsive risk-based regulation. *Law & Policy*, 34(2), 181-213.
3. Care Quality Commission (CQC). (2020). *The state of health care and adult social care in England*.
4. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). (2023). *Quality Strategy Framework*.
5. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO). (2017). *Enterprise Risk Management: Integrating with Strategy and Performance*. COSO.
6. Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Farnham: Ashgate.
7. Hudson, P. (2000/2001). *Moving up the safety culture ladder (HSE culture ladder)* - diverse publicaties en lezingen.
8. International Organization for Standardization. (2018). *ISO 31000: Risk management – Guidelines*.
9. Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality & Safety in Health Care*, 16, 313-320.
10. Leistikow, I. P. (2018). *The Proof of the Pudding: The Value of Governmental Regulation of Healthcare Quality and Safety*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.
11. Leistikow, I. P., Pot, A. M., & Bal, R. (2022). Value Driven Regulation and the role of inspections. *Social Science & Medicine*, 298, 115170.
12. NHS England. (2024). *Principles for assessing and managing risks across integrated care systems*.
13. Pascarella, G., Strumia, A., Piliago, C., et al. (2021). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Approach and Criticalities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 1-14.
14. Westrum, R. (2004). A typology of organisational cultures. *Quality & Safety in Health Care*, 13(Suppl II), ii22-ii27.

## Bijlage 1: Geaggregeerde analyse Huisartsen

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Huisartsen rapporteerden een breed spectrum aan risico's die betrekking hebben op patiëntveiligheid, continuïteit van zorg en organisatorische kwetsbaarheid van de eerstelijnszorg. Veel genoemde risico's omvatten onder meer:

- medicatiefouten, met name bij patiënten met chronische aandoeningen of polyfarmacie;
- diagnostische onzekerheid en risico op gemiste of vertraagde diagnoses;
- onvolledige of ontbrekende patiëntinformatie, bijvoorbeeld bij gebrekkige informatieoverdracht tussen zorgverleners of het ontbreken van toegang tot volledige medische dossiers;
- triagefouten en onjuiste inschatting van urgentie;
- werkdruk en personele kwetsbaarheid, met name in kleine praktijken met beperkte personele capaciteit;
- afhankelijkheid van ICT-systemen, waarbij storingen kunnen leiden tot onderbreking van zorgprocessen;
- continuïteitsrisico's bij uitval van de huisarts of ondersteunend personeel.

Daarnaast rapporteerden huisartsen systeemgerelateerde risico's, zoals wachttijden in de tweedelijnszorg, die kunnen leiden tot vertraging in diagnostiek en behandeling.

Deze risico's hebben directe implicaties voor patiëntveiligheid en toegankelijkheid van zorg.

### Risico-identificatie

Huisartsen rapporteerden dat risico-identificatie plaatsvindt via een combinatie van gestructureerde en subjectieve methoden. Gestructureerde methoden omvatten onder meer:

- analyse van incidentmeldingen en (bijna-)incidenten;
- evaluatie van patiëntklachten;
- intercollegiaal overleg en praktijkbesprekingen;
- toetsing van werkprocessen en praktijkvoering.

Daarnaast gaven veel huisartsen aan dat risico-identificatie primair plaatsvindt op basis van professioneel inzicht en ervaring. Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door mijn werk."
- "Door observatie."
- "Door professionele ervaring."
- "Door dagelijkse praktijkervaring."

De Inspectie constateert dat risico-identificatie binnen deze sector in belangrijke mate gebaseerd is op individueel professioneel oordeel en klinische ervaring.

### Risicobeheersing

Huisartsen rapporteerden een breed scala aan mitigerende maatregelen, gericht op het beperken van patiëntveiligheidsrisico's en het waarborgen van continuïteit van zorg. Deze maatregelen omvatten onder meer:

- toepassing van professionele richtlijnen en protocollen;
- zorgvuldige triage en diagnostische evaluatie;
- samenwerking met apotheken en medisch specialisten;
- gebruik van elektronische patiëntendossiers;
- waarnemingsregelingen voor continuïteit van zorg;
- patiëntvoorlichting en monitoring.

Daarnaast gaven huisartsen aan dat risicobeheersing plaatsvindt via professioneel handelen, zoals:

- "Door alert te blijven."
- "Door zorgvuldig te werken."
- "Door professioneel handelen."

Deze maatregelen zijn primair gericht op het waarborgen van veilige en verantwoorde patiëntenzorg.

## Bijlage 2: Geaggregeerde analyse Medische Specialisten

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Medisch specialisten rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op patiëntveiligheid, diagnostische processen en organisatorische continuïteit van specialistische zorg. Veel genoemde risico's omvatten onder meer:

- vertraging in diagnose en behandeling;
- complicaties bij medische procedures;
- risico op medische fouten;
- personele capaciteitstekorten en werkdruk;
- afhankelijkheid van gespecialiseerde apparatuur en infrastructuur;
- continuïteitsrisico's bij uitval van specialistisch personeel.

Deze risico's hebben directe implicaties voor patiëntveiligheid en behandeluitkomsten.

### Risico-identificatie

Medisch specialisten rapporteerden dat risico-identificatie plaatsvindt via zowel gestructureerde als subjectieve methoden. Gestructureerde methoden omvatten onder meer:

- casusbesprekingen en multidisciplinair overleg;
- complicatieregistraties;
- evaluatie van behandelresultaten;
- incidentmeldingen.

Daarnaast rapporteerden veel medisch specialisten dat risico-identificatie primair plaatsvindt op basis van professioneel inzicht en ervaring.

Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door mijn kennis."
- "Door professionele ervaring."
- "Door mijn werk."

De Inspectie constateert dat risico-identificatie binnen deze sector grotendeels gebaseerd is op klinische ervaring en professioneel oordeel.

### Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- toepassing van medische richtlijnen en protocollen;
- multidisciplinair overleg;
- samenwerking met andere specialisten;

- continue nascholing en deskundigheidsbevordering;
- zorgvuldige monitoring van patiënten.

Daarnaast gaven medisch specialisten aan dat risicobeheersing plaatsvindt via professioneel handelen en klinische ervaring.

## Bijlage 3: Geaggregeerde analyse Apotheken

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Apotheken rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op medicatieveiligheid, continuïteit van medicatievoorziening en organisatorische factoren. Veel genoemde risico's omvatten onder meer:

- medicatiefouten, waaronder verkeerde dosering of verkeerde medicatie;
- fouten bij medicatieverstrekking;
- leveringsproblemen en medicatietekorten;
- ICT-storingen die medicatieprocessen kunnen verstoren;
- werkdruk en personele kwetsbaarheid.

Deze risico's hebben directe implicaties voor patiëntveiligheid.

### Risico-identificatie

Apothekers rapporteerden dat risico-identificatie plaatsvindt via een combinatie van gestructureerde en subjectieve methoden. Gestructureerde methoden omvatten onder meer:

- medicatiecontroles;
- interne kwaliteitscontroles;
- incidentmeldingen.

Daarnaast gaven apothekers aan dat risico-identificatie plaatsvindt via professioneel inzicht. Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door mijn werk."
- "Door observatie."

De Inspectie constateert dat risico-identificatie deels systematisch plaatsvindt, maar ook sterk gebaseerd is op professioneel inzicht.

### Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- medicatiecontroleprocedures;
- samenwerking met voorschrijvers;
- gebruik van elektronische systemen;
- kwaliteitscontroles.

Daarnaast gaven apothekers aan dat risicobeheersing plaatsvindt via professioneel handelen en zorgvuldigheid.

## Bijlage 4: Geaggregeerde analyse Mondzorgverleners

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Mondzorgverleners rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op infectiepreventie, behandelcomplicaties en continuïteit van zorg. Veel genoemde risico's omvatten onder meer:

- infectierisico's;
- complicaties bij tandheelkundige behandelingen;
- risico op verkeerde behandeling;
- continuïteitsrisico's bij uitval van personeel.

### Risico-identificatie

Mondzorgverleners rapporteerden dat risico-identificatie plaatsvindt via professioneel inzicht en ervaring. Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door mijn kennis."
- "Door observatie."

### Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- toepassing van hygiëne- en sterilisatieprotocollen;
- zorgvuldige uitvoering van behandelingen;
- professionele richtlijnen;
- continue scholing.

## Bijlage 5: Geaggregeerde analyse Verloskundigen

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Verloskundigen rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op acute medische complicaties en continuïteit van zorg. Veel genoemde risico's omvatten onder meer:

- acute complicaties tijdens zwangerschap en bevalling;
- continuïteitsrisico's bij uitval van verloskundigen;
- organisatorische kwetsbaarheid.

### Risico-identificatie

Verloskundigen rapporteerden dat risico-identificatie plaatsvindt via professioneel inzicht. Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door mijn werk."

### Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- toepassing van professionele richtlijnen;
- zorgvuldige monitoring;
- professioneel handelen.

## Bijlage 6: Geaggregeerde analyse Laboratoria

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Laboratoria rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op diagnostische betrouwbaarheid en technische infrastructuur. Veel genoemde risico's omvatten onder meer:

- diagnostische fouten;
- apparatuurstoringen;
- leveringsproblemen;
- ICT-afhankelijkheid.

### Risico-identificatie

Laboratoria rapporteerden dat risico-identificatie plaatsvindt via kwaliteitscontroles en professioneel inzicht. Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."

### Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- kwaliteitscontroleprocedures;
- validatie van testresultaten;
- onderhoud van apparatuur;
- toepassing van protocollen.

## Bijlage 7: Geaggregeerde analyse Fysiotherapeuten

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Fysiotherapeuten rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op patiëntveiligheid tijdens fysieke behandeling, diagnostische onzekerheid en systeemgerelateerde factoren. Veel genoemde risico's omvatten:

- verkeerde diagnose of onjuist behandelplan;
- verergering van klachten door behandeling;
- valincidenten of letsel tijdens behandeling;
- behandeling van kwetsbare patiënten met complexe aandoeningen;
- werkdruk, wachttijden en systeemoverbelasting.

Deze risico's hebben directe implicaties voor patiëntveiligheid en behandeluitkomsten.

### Risico-identificatie

De wijze waarop fysiotherapeuten hun risico's identificeren is in belangrijke mate gebaseerd op individuele professionele ervaring en klinische observatie.

Letterlijke en representatieve antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door observatie tijdens behandeling."
- "Door patiëntfeedback."
- "Door evaluatie van behandelresultaten."

Daarnaast wordt in enkele gevallen interne evaluatie of teamoverleg genoemd.

De Inspectie constateert dat risico-identificatie binnen deze sector grotendeels gebaseerd is op klinisch-professioneel inzicht, en minder frequent op gestructureerde risicomanagementsystemen.

### Risicobeheersing

De mitigerende maatregelen die fysiotherapeuten rapporteren omvatten onder meer:

- zorgvuldige intake en diagnostiek;
- veilige uitvoering van behandeltechnieken;
- continue observatie tijdens behandeling;
- patiëntvoorlichting;
- doorverwijzing naar artsen of specialisten bij twijfel.

Deze maatregelen zijn primair gebaseerd op professioneel handelen en klinische voorzichtigheid.

## Bijlage 8: Geaggregeerde analyse Optometristen

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Optometristen rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op diagnostische nauwkeurigheid en patiëntveiligheid. Veel genoemde risico's omvatten:

- onjuiste oogmetingen;
- verkeerde bril- of contactlenscorrectie;
- gemiste oogaandoeningen;
- infecties gerelateerd aan contactlensgebruik;
- afhankelijkheid van gekwalificeerd personeel;
- technische storingen of apparatuurproblemen.

Deze risico's kunnen leiden tot vertraagde diagnose of verslechtering van visuele gezondheid.

### Risico-identificatie

Optometristen rapporteren dat risico's vooral worden geïdentificeerd op basis van professionele ervaring en vakinhoudelijke kennis.

Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door mijn kennis."
- "Door professionele kennis."
- "Door interne evaluaties."
- "Door SWOT-analyse." (in enkele gevallen)

De Inspectie constateert dat hoewel sommige praktijken meer gestructureerde evaluaties uitvoeren, risico-identificatie in veel gevallen primair gebaseerd is op professioneel inzicht.

### Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- zorgvuldige uitvoering van oogmetingen;
- hygiënische werkwijze bij contactlensaanpassing;
- onderhoud van apparatuur;
- samenwerking met optometristen en oogartsen;
- doorverwijzing bij mogelijke pathologie;
- continue scholing.

Deze maatregelen zijn gericht op het waarborgen van diagnostische nauwkeurigheid en patiëntveiligheid.

## Bijlage 9: Geaggregeerde analyse Cosmetische artsen

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

### Grootste risico's

Cosmetische artsen rapporteerden risico's die betrekking hebben op medische complicaties, patiëntverwachtingen en juridische aansprakelijkheid. Veel genoemde risico's omvatten:

- complicaties bij cosmetische behandelingen;
- allergische reacties of infecties;
- ontevredenheid van patiënten;
- reputatierisico's;
- klachten en juridische aansprakelijkheid.

Deze risico's hebben zowel medische als organisatorische implicaties.

### Risico-identificatie

Cosmetische artsen gaven aan dat risico's worden geïdentificeerd via een combinatie van professionele ervaring en praktijkobservatie.

Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door kennis van mijn beroep."
- "Door ervaring."
- "Door evaluatie van complicaties."
- "Door risicoanalyses." (in enkele gevallen)

De Inspectie constateert dat risico-identificatie deels gestructureerd plaatsvindt, maar ook sterk afhankelijk is van individueel professioneel inzicht.

### Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- toepassing van protocollen;
- informed consent;
- zorgvuldige patiëntvoorlichting;
- follow-up en monitoring;
- continue scholing.

Deze maatregelen zijn gericht op het verminderen van complicaties en juridische risico's.

# Bijlage 10: Geaggregeerde analyse Zorginstellingen

Hieronder volgt een verkorte beschrijvende analyse van de sector.

## Grootste risico's

Zorginstellingen rapporteerden risico's die primair betrekking hebben op patiëntveiligheid, personele capaciteit en organisatorische continuïteit. Veel genoemde risico's omvatten:

- personeelstekorten;
- werkdruk;
- medische fouten;
- medicatieveiligheid;
- ICT-afhankelijkheid;
- continuïteitsrisico's bij uitval van personeel.

Deze risico's hebben directe gevolgen voor patiëntveiligheid en continuïteit van zorg.

## Risico-identificatie

Zorginstellingen rapporteren dat risico's worden geïdentificeerd via een combinatie van gestructureerde en subjectieve methoden. Letterlijke antwoorden omvatten onder meer:

- "Door ervaring."
- "Door observatie."
- "Door incidentmeldingen."
- "Door kwaliteitscontroles."

De Inspectie constateert dat hoewel sommige instellingen gestructureerde systemen gebruiken, risico-identificatie in andere gevallen primair gebaseerd blijft op professioneel oordeel.

## Risicobeheersing

Mitigerende maatregelen omvatten onder meer:

- toepassing van protocollen;
- incidentanalyse;
- scholing;
- kwaliteitscontroles;
- samenwerking binnen multidisciplinaire teams.

Deze maatregelen zijn gericht op het waarborgen van patiëntveiligheid en continuïteit van zorg