

# HOE VERRICHT IK EEN PROSPECTIEVE RISICO-INVENTARISATIE (PRI)?



## 1. ALGEMENE ACHTERGROND

Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) bestaat uit vijf basiselementen die zijn uitgewerkt in de VMS-veiligheidseisen:

- Veiligheidsbeleid
- Veilige cultuur
- Retrospectief risicomanagement
- Prospectief risicomanagement
- Managementcyclus van continu verbeteren

Twee van de vijf basiselementen van VMS hebben betrekking op het *verzamelen van informatie* ten behoeve van risicomanagement:

- Retrospectief risicomanagement: door zaken die al (bijna) fout zijn gegaan te melden en analyseren (veilig incident melden [VIM]) Het gaat hier om de vraag: wat is er misgegaan?
- Prospectief risicomanagement: door kritische processen en risico's te analyseren voordat een incident optreedt door middel van een prospectieve risico-inventarisatie (PRI). Het gaat hier om de vraag: wat kan er misgaan?

Prospectief risicomanagement heeft een duidelijke link met retrospectief risicomanagement (zoals VIM en klachtenregistraties):

- Met de analyse van VIM-meldingen (retrospectief risicomanagement) komt u veiligheidsrisico's op het spoor en kunt u veiligheid verbeteren. Het gaat hier altijd om incidenten die al hebben plaatsgevonden en gemeld zijn. In een prospectieve risicoanalyse (PRI) kijkt u periodiek ook naar incidenten die zich wellicht niet (zo vaak) voordoen, slecht gemeld worden of niet tot klachten leiden, maar wel (potentieel) ernstige gevolgen (kunnen) hebben voor patiënten.
- Met VIM achterhaalt u oorzaken en neemt u maatregelen om specifieke incidenten te voorkomen. De VIM-analyse laat niet altijd zien wat nu de hoogste prioriteit heeft in het veiligheidsbeleid. Juist die prioriteiten probeert u met een prospectieve risicoanalyse op een juiste manier naar boven te halen.
- VIM-analyse en prospectieve risicoanalyse vullen elkaar dus aan. VIM en PRI, en ook de klachtenregistratie, kunnen elkaar versterken.

Hoe kunt u vooraf nadenken over risico's op het gebied van patiëntveiligheid? We lichten dat in deze hand-leiding toe met het doorlopen van de PRI.

## 2. HOE VERLOOPT EEN PROSPECTIEVE RISICO-INVENTARISATIE?

Een prospectieve risico-inventarisatie bestaat vaak uit zes stappen.

1. Het kritische proces kiezen
2. PRI-team formeren (met alle belangrijke betrokkenen bij dit proces)
3. Het proces in beeld brengen
4. De risicoanalyse uitvoeren
5. Verbeteracties vaststellen
6. Rapporteren

### 2.1 Het kritische proces kiezen

U kiest eerst het proces dat u onder loep gaat nemen met de PRI. Het gaat om een belangrijk proces met risico's voor de patiënt. Het is belangrijk om bij de keuze van de belangrijke (kritische) processen te luisteren naar de medewerkers die de processen in de dagelijkse praktijk uitvoeren. Zij weten als geen ander met welke risico's ze (dagelijks) worden geconfronteerd. In de huisartsenpraktijk is het belangrijk dat alle disciplines voldoende vertegenwoordigd zijn: assistentes, praktijkondersteuners en huisartsen.

Processen zijn er in overvloed en kunnen omvattend en complex zijn. Formuleer een afgebakend proces (met begin en eindpunt)\* dat geschikt is voor analyse door een PRI-team. In het keuzeproces kijkt u eerst breed en kiest u daarna een aantal (deel)processen waarop een systematische analyse moet worden uitgevoerd op mogelijke risico's. Begin bijvoorbeeld met de bereikbaarheid van de praktijk of met het instroommanagement (met een duidelijk start- en eindpunt); probeer niet in een keer het hele hulpverleningsproces (inclusief nazorg) te analyseren.

Voorbeelden van belangrijke processen in de huisartsenpraktijk zijn:

- *Ontvangst & triage van patiënten*
- *De primaire hulpverlening:*
  - *intake*
  - *behandeling*
  - *nazorg*
- *Medicatie voorschrijven (zie ook: [Webdossier Farmacotherapie](#))*
- *Personeelsmanagement (o.a. bezetting, expertise, bekwaamheid)*
- *Laboratoriumdiagnostiek (zie ook: [Risicoscan Laboratoriumdiagnostiek in een huisartsenvoorziening](#))*

Om te bepalen welk(e) proces(sen) in aanmerking komen voor verdere de risicoanalyse kunt u gebruikmaken van:

- Een matrix met voorbeelden (en inschatting) van risico's. Het NHG heeft een risicoscan ontwikkeld waarmee u systematisch belangrijke risico's kunt opsporen. In deze scan zijn bekende incidenten en risico's verwerkt, ontleend aan wetenschappelijk onderzoek.
- De eigen incidentenregistraties (VIM/MIP) van afgelopen tijd.
- De klachten van afgelopen tijd.
- Wetenschappelijk onderzoek (kennis uit wetenschappelijk onderzoek is verwerkt in de [risicoscan](#)).
- Eventuele resultaten van audits en veiligheidsrondes.
- (Opmerkingen uit) enquêtes onder patiënten.

We raden aan om uw keuze van het kritische proces te beargumenteren. Hulpmiddelen hierbij zijn een handleiding voor het inventariseren van risico's en het maken van een gefundeerde keuze (zie [risicoscan-procedure voor gebruik](#)) en een tool (zie [risicoscan](#)).

\* en proces bestaat uit een aaneenschakeling van stappen waarbij activiteiten worden uitgevoerd die bijdragen tot het realiseren van een product of een vastgelegd eindresultaat.

## 2.2 PRI-team formeren

Heeft u het (meest) kritische proces geïdentificeerd? Dan kan een aantal mensen dit proces gaan analyseren. Hoe ziet het proces er concreet uit? Welke concrete onderdelen kunnen risico's met zich meebrengen? Voor een zo compleet mogelijk beeld moeten alle disciplines die betrokken zijn in dit proces ook meedoen bij de analyse ervan. In de huisartsenpraktijk zijn dit over het algemeen minimaal een huisarts en de assistente, en vaak ook een praktijkondersteuner. Een PRI-team kan bijvoorbeeld bestaan uit een VIM-team (als dit geformeerd is) eventueel aangevuld met extra medewerkers als niet alle disciplines in een VIM-team vertegenwoordigd zijn. Een praktijk van beperkte omvang kan er ook voor kiezen om alle medewerkers te laten participeren in het PRI-team, als dit praktisch gezien haalbaar is.

## 2.3 Het kritische proces in beeld brengen en risicoanalyse

### A. Kritische proces in beeld brengen

Het PRI-team bekijkt eerst het gekozen kritische proces met als doel de onderdelen in kaart te brengen die een rol kunnen spelen in het ontstaan van incidenten. Vaak heeft een incident meer dan één oorzaak. Bijvoorbeeld: bij medicatiefouten zal meestal niet alleen een medewerker iets over het hoofd hebben gezien, maar zijn bijvoorbeeld ook de controles niet waterdicht of kloppen de instructies niet.

De reikwijdte en de mate van detaillering van de beschrijving is afhankelijk van de keuze van het kritische proces. Hoe breder het gekozen proces (bijvoorbeeld het hele proces van hulpverlening tijdens consulten) hoe globaler het in eerste instantie beschreven zal worden. Het is dan niet de bedoeling het gekozen proces 100% nauwkeurig en gedetailleerd uit te schrijven. In de volgende fase worden de risico's geanalyseerd. Op de onderdelen met risico's zal men vervolgens meer de diepte ingaan. Soms wordt op basis van bijvoorbeeld incidentmeldingen en/of klachten door de opdrachtgever een heel specifiek onderdeel van het behandelproces gekozen, bijvoorbeeld medicatietoediening op de holding of de ontslaginstructie. Dan zal het PRI-team dit proces wel nauwkeurig in kaart moeten brengen om in de volgende fase alle risicovolle aspecten boven tafel te krijgen. In het eerste geval (proces) heeft de PRI een meer explorerend karakter; in het tweede geval (specifieker onderdeel van een proces) geeft de opdrachtgever vooraf al meer richting en focus. Deze stap kan gezien worden als het begin van de volgende fase.

Een valkuil is dat deelnemers te snel inzoomen op de verwachte en ingebrachte risico's op handelniveau zonder een goed beeld te hebben van het verloop van het gehele risicovolle proces. Andere mogelijke risico's blijven dan onbespreekbaar en/of onzichtbaar.

Als het proces in kaart is gebracht begint de analysefase: het benoemen en analyseren van de mogelijke risico's in het kritische proces en de manieren waarop die kunnen ontstaan.

### B. Risico's: wat kan er misgaan?

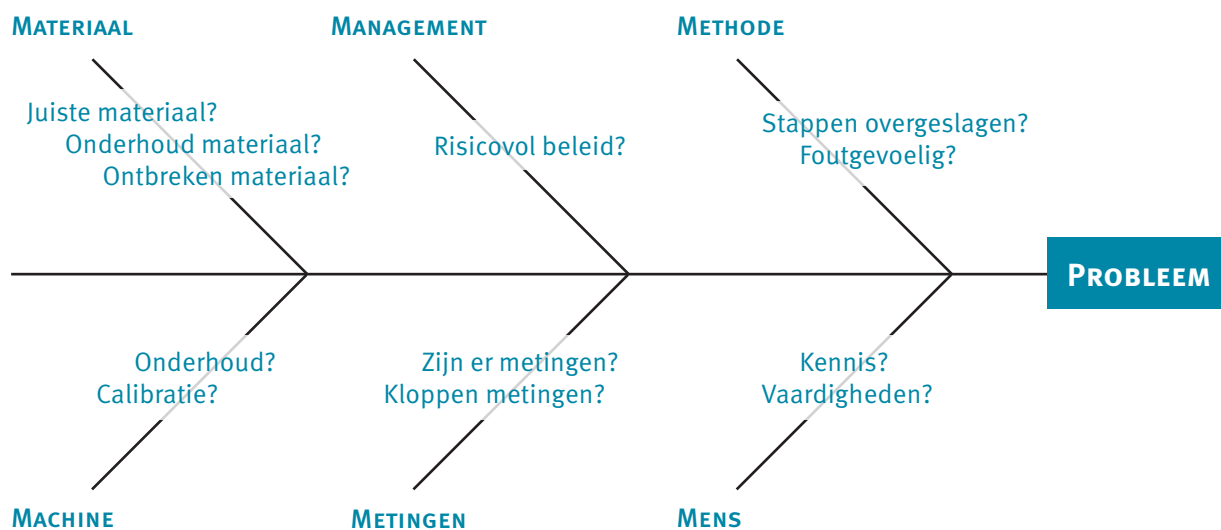
De PRI-werkgroep behandelt de vraag wat allemaal mis kan gaan en wat een negatieve invloed heeft op de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening in dit proces. Deze stap kan starten met een brainstormsessie en eindigt als geen nieuwe input meer komt. De risico's zijn mogelijke faalwijzen en kritieke gebeurtenissen in het proces.

### C. Mogelijke oorzaken

Vervolgens discussieert het PRI-team per risico over de mogelijke oorzaken. Het doel is om de oorzaken goed in beeld te krijgen en in de volgende fase effectieve verbetermaatregelen vast te stellen. Daarvoor helpt het om na te denken over technische, organisatorische en menselijke oorzaken.

Een ander hulpmiddel om oorzaken in te delen is de 6M methode, waarbij verschillende categorieën die fouten kunnen veroorzaken (mens, machine, methode, materiaal, meting, milieu) worden nagelopen. Hieronder wordt deze methode met het zogenaamde visgraatmodel weergegeven.

**Figuur: Visgraatmodel - op welke fronten kunnen er dingen misgaan?**



Een voorbeeld van een risicoanalyse voor laboratoriumdiagnostiek staat op de NHG-site: [NHG-Risicoscan Laboratoriumdiagnostiek in een huisartsenvoorziening](#).

#### 2.4 Vaststellen van verbeteracties en rapportage

Als duidelijk is op welke manieren fouten kunnen ontstaan, kan men gaan nadenken over verbeteracties en deze gaan plannen. Zie ook [Verbeteringsplan schrijven: handleiding NHG](#).

Aan de hand van verbeterplannen is het mogelijk om met nieuwe oplossingen de risico's terug te brengen. Een voorbeeld van een hulpmiddel om risico's in de praktijk te verminderen is, [Laboratoriumdiagnostiek - protocol voorbeeld](#).