

De kracht van herhaling

Waarom herhalen incidenten zich ondanks de genomen maatregelen?

Door : Ivo van Wijhe
Datum : 13 maart 2024

Inhoud

1. Aanleiding van het gekozen onderwerp	1
2. Vraagstelling.....	1
3. Onderzoeksmethode	2
4. Belangrijkste conclusies	2
Flowchart Check en Act bij 'zich herhalende incidenten'.....	4

1. Aanleiding van het gekozen onderwerp

In een eerdere fase in mijn leven had ik de ambitie om een professioneel sporter te worden. Een prestatiegerichte sporter probeert zoveel mogelijk nadelige invloeden op het presteren uit te sluiten en probeert optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden. Instinctief paste ik de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus toe. Je denkt na wat bijdraagt aan het kunnen presteren (Plan), dat doe je dan (Do), je gaat na wat het effect is (Check) en stelt bij (Act). Simpel en doeltreffend en zonder 'gehannes'.

Vooraf stelde ik de doelen vast, waar wil ik in verbeteren, wat voor soort wedstrijden wil ik aan deel nemen, wanneer in het seizoen wil ik in vorm zijn, etc.

Om doelen te kunnen bereiken is het belangrijk dat aan randvoorwaarden voldaan wordt, anders is het een uitdaging om resultaten te halen. Denk aan materiaal, trainingsschema's, transport, enzovoorts.

Het mocht helaas niet zo zijn dat ik kon toetreden tot de groep betaalde sporters. Na jarenlang te hebben gefunctioneerd in een prestatiecultuur, trad ik toe tot het gilde van de studerende en werkende mens. Aanvankelijk verbaasde ik me hogelijk over hoe overheden en bedrijven zich verhouden tot de prestatiecultuur die ik gewend was. En nog steeds verwonder ik me daarover. En dan met name dat situaties zich herhalen zonder dat er een actie wordt uitgevoerd die de herhaling stopt, of tenminste het effect ervan aanvaardbaar maakt.

2. Vraagstelling

Het vraagstuk over 'zich herhalende incidenten' heeft me vaak beziggehouden.

Wat zijn de achterliggende redenen dat incidenten zich herhalen? En waarom gebeurt dit toch steeds? Hoe kan het dat de herhaling blijft voortduren?

Deze vragen zijn mijn drijfveer geweest om dit thema verder te onderzoeken. De centrale vraag van mijn scriptie was dan ook:

'Waarom herhalen incidenten zich ondanks de genomen maatregelen?'

In mijn scriptie worden handvatten gegeven hoe grip te krijgen op 'zich herhalende incidenten'.

3. Onderzoeksmethode

In de periode dat ik mijn onderzoek deed en de scriptie schreef heb ik verschillende onderzoeksmethodes toegepast. Ik begon om de definitie van 'zich herhalende incidenten' vast te stellen. Zodra de definitie vastgesteld was is de incidentendatabase onderzocht van het bedrijf waar ik mijn onderzoek deed. Dit is gedaan aan de hand van diverse modellen en theorieën, zoals;

- Het Zwitserse Kaas Model (aantal oorzaken en maatregelen)
- Arbeidshygiënische strategie
- Techniek – Organisatie – Gedrag (TOG)
- PRISMA Classificatie/Actiematrix (relatie oorzaak-maatregel)
- 'Harde' en 'zachte' maatregelen
- PDCA-cyclus
- Orde van Leren

Omdat ik moeite had met het vinden van bruikbaar materiaal, is vóór het afronden van het incidentendatabase-onderzoek, begonnen met de interviews. Gelukkig maar, want dat bracht vruchtbare inzichten die weer ingezet zijn in het incidentendatabase onderzoek. Een voorbeeld is 'de relatie: oorzaak-maatregel' aan de hand van de PRISMA Classificatie/Actiematrix. In feite een Check of de maatregel aansluit bij de oorzaak. De 'sluitende escalatieladder' is ook een inzicht dat door de interviews naar voren is gekomen.

4. Belangrijkste conclusies

In het onderzoek voor mijn scriptie heb ik gezocht naar een antwoord op de hoofdvraag:

Waarom herhalen incidenten zich ondanks de genomen maatregelen?

Op basis van de resultaten van het onderzoek kan gesteld worden dat het antwoord op deze vraag in lijn ligt met het 'Swiss Cheese Model' van James Reason. Er zijn namelijk verschillende factoren die bijdragen aan 'zich herhalende incidenten'. De factoren die in het oog springen bij dit onderzoek zijn:

- Het niet doorlopen van de PDCA-cyclus en niet teruggrijpen naar eerdere risicobeoordelingen.
 - Eerdere risicobeoordelingen zijn o.a. RI&E, TRA, SOP, V&G-plan.
- Toetsing van maatregelen vindt nauwelijks plaats, mogelijkheden zijn het toepassen van;
 - een praktijk-, frustratietoets en herhaalttest,
 - de PRISMA Classificatie/Actiematrix.
- Interne krachtenvelden belemmeren het onderzoek.

Eén van de belangrijkste resultaten is het inzicht dat het vertrekpunt van het incidentonderzoek van 'zich herhalende incidenten' de Check-fase is, omdat het om falende maatregelen gaat. Dat geeft een ander uitgangspunt dan de Plan-fase. In de Check-fase wordt nagegaan of het Plan het beoogde effect heeft behaald.

In veel gevallen, zo niet vrijwel altijd, wordt zelden teruggegrepen naar eerdere risicobeoordelingen (Plan). Er wordt dan, zonder gebruik te maken van de kennis van eerdere risicobeoordelingen, opnieuw een Plan gemaakt. Dit kan een wirwar van procedures opleveren en 'pleister op pleister-maatregelen'.

Het advies is om na te gaan welke maatregelen er waren en waarom deze niet het beoogde effect hebben behaald om zo de kans op herhaling te verkleinen. Ondersteunend hierbij is de [flowchart Check Act bij 'zich herhalende incidenten'](#).

Andere belangrijke resultaten en adviezen, om de kans op 'zich herhalende incidenten' te verkleinen, zijn:

- Rank meldingen op het potentieel effect in plaats van het werkelijke effect waardoor de opvolgstermijn korter kan zijn en daarmee ook de kans op herhaling.
- Nagaan of bij vergelijkbare situaties een vergelijkbaar risico aanwezig is.
- Rank de risico's eenduidig ten opzichte van andere risicobeoordelingen voor een evenredige verdeling van in te zetten middelen. Als uit de ranking blijkt dat het risico acceptabel is, is verdere opvolging niet persé nodig.
- Toets maatregelen op uitvoerbaarheid, behalen van het beoogde doel, of ze werkbaar zijn en herhaling voorkomen. In dit onderzoek zijn de praktijk-, frustratietoets en herhaalttest als hulpmiddel naar voren gekomen.
- Interne krachtenvelden zorgen ervoor dat niet iedereen zich uitspreekt. Hierdoor kan relevante informatie achterwege blijven. Een psychologisch veilig werkomgeving is de basis, hierdoor wordt falen bespreekbaar.
- Zet een sluitende escalatieladder in ten behoeve van de uitvoer van voorgestelde maatregelen. Een voorbeeld van een sluitende escalatieladder is hieronder weergegeven:

Risicoklasse	Omschrijving	Risicogetal	Termijn In weken	Hiërarchie/ Functie
1 - ZL	Zeër laag risico	R <20	Keuze: <ul style="list-style-type: none"> • <104 • Geen actie nodig 	Operator/ Monteur
2 - L	Laag risico	R=20-75	<52	Afdelingsleiding
3 - M	Middel risico	R=75-200	<16	Manager
4 - H	Hoog risico	R=200-400	<4	Site-Manager
5 - ZH	Zeër hoog risico	R>400	Direct	Corporate

In deze uitwerking wordt de rankingsmethode van Kinney & Wiruth als uitgangspunt genomen. De kolommen 'termijn' en 'hiërarchie' zijn toegevoegd en naar eigen inzicht aan te passen. De kolom termijn is gericht op het wegnemen van het risico. Voorwaarde voor een sluitende escalatieladder is dat bij overschrijden van de termijn er een risicoklasse gestegen wordt. Als een effect in risicoklasse 2 - L valt dan moet de maatregel binnen 52 weken uitgevoerd zijn. Is dat niet gelukt dan schaal de actie hiërarchisch en qua termijn op naar 3 - M en Manager enzovoorts.

De ranking van een risico wordt geaccordeerd door de hogere functie. De manager accordeert dan de ranking van de afdelingsleiding enzovoorts.

Flowchart Check en Act bij 'zich herhalende incidenten'

