



# Een stap voorwaarts met veiligheidsmanagement

Van oorsprong is veiligheidsmanagement vooral gericht op het voorkomen van incidenten. Minder incidenten betekent een veiliger omgeving, zo is de gedachte. Als er toch een incident plaatsvindt, dan is de reactie om strengere regels en protocollen vast te leggen en om te leren van de gemaakte fouten. Een nieuwe aanpak verplaatst de focus van leren van incidenten, naar leren van de dagelijkse praktijk.

De mate van veiligheid wordt vaak afgemeten aan het aantal incidenten. Hoe minder incidenten, hoe veiliger. Dat klinkt logisch: als er ongelukken gebeuren, is het niet veilig. Andersom geredeneerd gaat deze redenering niet op: als er geen ongelukken gebeuren, betekent dat niet automatisch dat het veilig is. Denk aan de situatie op de weg tijdens een drukke avondspits. Wellicht gebeuren er geen ongelukken, maar zijn er wel degelijk onveilige situaties. Het gaat meer dan eens maar n t goed. Zo bekeken is het adagium ‘Hoe minder incidenten, hoe veiliger’ een drogreden en ontoereikend om iets te kunnen zeggen over de mate van veiligheid. Willen we werkelijk een stap voorwaarts zetten op het gebied van veiligheid en calamiteiten, dan moeten we voorbij incidenten bekijken wat er in de typische dagelijkse praktijk gebeurt. ‘Chicago rouwt na bloedig weekend’ kopte RTL Nieuws op 6 augustus 2018. Vier schietpartijen binnen 24 uur, waarbij vijf doden en 34 gewonden vielen. Dat zijn gruwelijke cijfers. De politie is ten einde raad, ook al neemt het totaal aantal moorden af ten opzichte van voorgaande jaren. ‘We kunnen nooit meten wat we voorkomen. Wat we wel zien, is dat er minder slachtoffers zijn. Zo meten we ons succes’, zegt een politiewoordvoerder. Een tragisch voorbeeld van hoe klassiek veiligheidsmanagement in de praktijk werkt. De mate van veiligheid (en daarmee het succes van de politie) wordt afgemeten aan het aantal incidenten, dat over het algemeen een dalende lijn laat zien in Chicago.

## Safety-I vs Safety-II

Van oudsher is veiligheidsmanagement gericht op het reduceren van incidenten. Deze klassieke benadering wordt ook wel Safety-I genoemd. Incidenten worden beschouwd als bron van leren. Er wordt gehandeld als er een incident heeft plaatsgevonden, met de aanname dat wanneer er geen incidenten plaatsvinden, alles in orde en veilig is. Als je incidenten beschouwt als de bron van leren, kom je veel te weten over de praktijk wanneer de dingen fout gaan, maar niet over de dagelijkse praktijk wanneer de dingen goed gaan. Gegeven het feit dat in 98 procent van de gevallen dingen goed gaan en slechts in 2 procent van de gevallen fout, blijken incidenten een beperkte weergave van de dagelijkse realiteit en een ontoereikende bron van leren. Safety-II is een nieuwe kijk op veiligheidsmanagement. Veiligheid wordt niet gedefinieerd als de afwezigheid van incidenten, maar als de aanwezigheid van succesvol dagelijks functioneren.

## Leren van wat goed gaat (of in ieder geval niet fout)

Waar het bij Safety-I gaat om het achterhalen van de oorzaken van incidenten en afwijkingen van procedures, ligt bij Safety-II de focus op het leren van wat goed (of in ieder geval niet fout) gaat. In de praktijk van alledag gaan dingen

### In minder dan 50 woorden

- Veiligheidsmanagement is vooral gericht op het reduceren van incidenten.
- Safety-II is een nieuwe kijk op veiligheidsmanagement. Hierin wordt veiligheid gedefinieerd als de aanwezigheid van succesvol dagelijks functioneren in plaats van de afwezigheid van incidenten.
- Met de Functional Resonance Analysis Method (FRAM) kan het dagelijks functioneren in kaart worden gebracht.

tenslotte het grootste gedeelte van de tijd goed. Safety-II gaat over veerkracht. Het vermogen om te kunnen doen wat nodig is onder verwachte en onverwachte omstandigheden. In de dagelijkse praktijk moeten mensen zich vaak aanpassen omdat niet alles altijd loopt zoals van tevoren gepland. De dagelijkse praktijk is in bepaalde opzichten onvoorspelbaar. Mensen zijn goed in het bedenken van workarounds. Denk aan een secretaresse die in een notitieboekje een schaduwadministratie bijhoudt omdat het systeem het soms begeeft. Door de wijze waarop zij zich aanpast aan de situatie, kan ze haar werk blijven doen. Maar wat als deze secretaresse op vakantie is, of het boekje kwijtraakt en het systeem het begeeft? Succes en falen zijn de keerzijde van dezelfde medaille. Om te begrijpen hoe dingen soms misgaan, moet je weten hoe ze eruitzien wanneer ze goed gaan. Om een beeld te krijgen van de mate van veiligheid wordt in het Safety-II denken daarom het dagelijkse werk (het work-as-done; het werk zoals het gedaan wordt) onder de loep genomen. Het work-as-done kun je vervolgens analyseren om te komen tot best practices en mogelijke risico’s. Je kunt hiermee preventieve maatregelen treffen v ordt een incident plaatsvindt. Onnodig te zeggen dat voorkomen beter is dan genezen ( n veel minder beladen). Dit betekent niet dat we incidenten maar moeten laten voor wat ze zijn. Natuurlijk is het van belang om te leren van wat er fout is gegaan. Incidenten zijn ook een bron van leren. Al helemaal bij incidenten van het kaliber van de Chicago schietincidenten. De nabestaanden en de samenleving als geheel verdienen een gedegen analyse van wat fout is gegaan. Het pleidooi is met name dat een te nauwe focus op incidenten niet toereikend is om daadwerkelijk verder te komen op het gebied van veiligheid. Het is juist interessant en leerzaam om te kijken wat er gebeurt in de dagelijkse ‘typische’ praktijk. In het geval van Chicago zou het bijvoorbeeld interessant zijn om eens te kijken wat er gebeurt als er een willekeurige melding van een vuurwapengevaarlijk persoon binnenkomt. Waar komt dit terecht? Wat wordt hiermee gedaan? Wie zijn erbij betrokken?

## Work-as-done

Maar wat als het kwaad al geschied is en preventieve maatregelen geen zin meer hebben? De Root Cause Analysis is een voorbeeld van een methode die gebruikt wordt om inci-

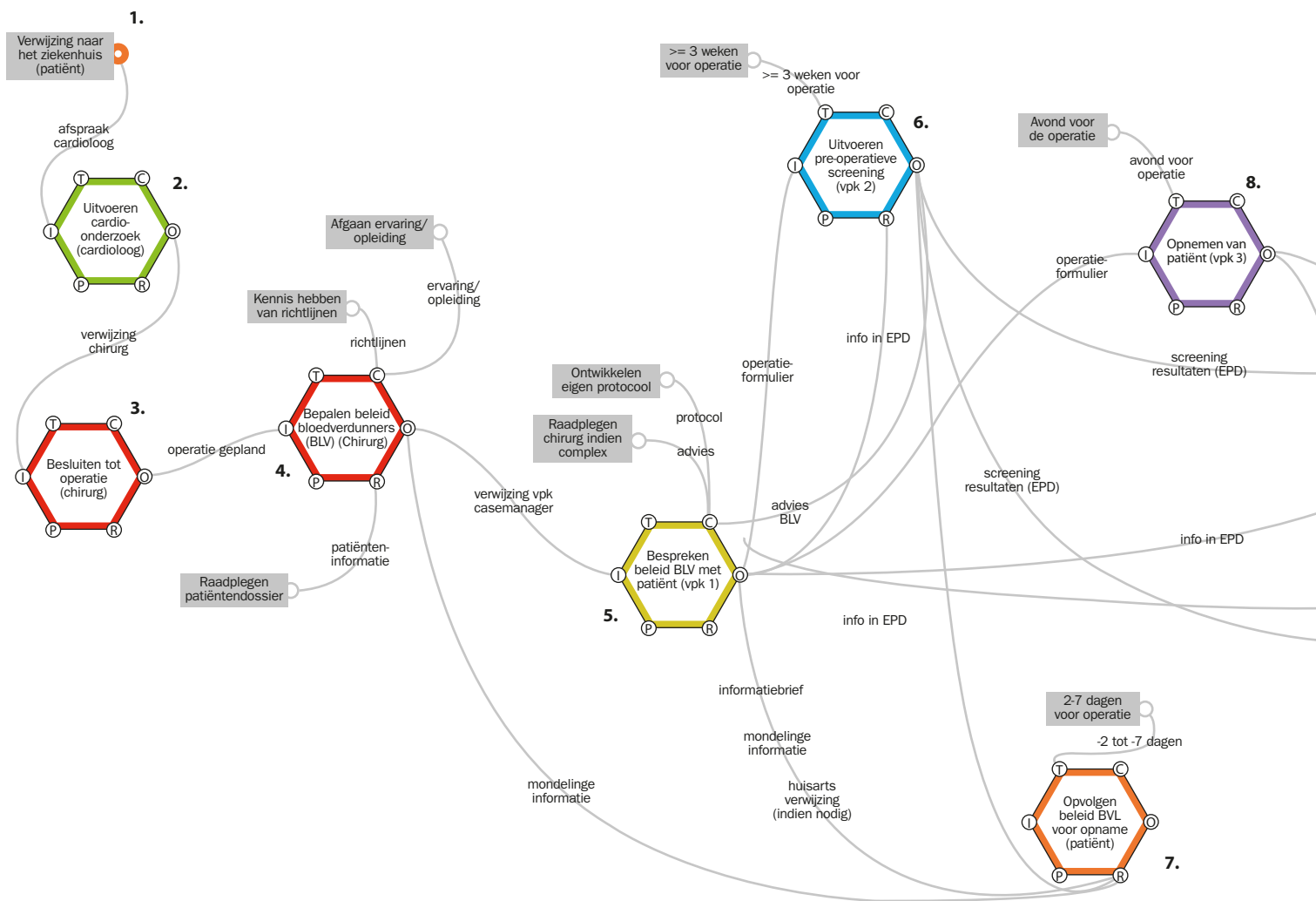
denten te analyseren op de 'Safety-I manier'. Het doel is de basisoorzaak van een gebeurtenis of probleem te achterhalen. De aanname die aan deze methode ten grondslag ligt is dat er voor een incident een herleidbare basisoorzaak is. Het wordt een zoektocht naar de schakel die niet heeft gefunctioneerd om vervolgens maatregelen te kunnen nemen. De werkelijkheid is grilliger en complexer. Vaak zijn incidenten en ongelukken een samenloop van omstandigheden. Gebeurtenissen terugleiden naar één basisoorzaak is een lastig verhaal.

Een andere manier is om te kijken naar de dagelijkse praktijk om ongelukken en incidenten beter te kunnen begrijpen. Om te kunnen begrijpen waarom het soms fout gaat, moet je weten hoe de dagelijkse praktijk eruitziet wanneer de dingen goed gaan. Ook als er al een incident heeft plaatsgevonden en preventieve maatregelen niet meer aan de orde zijn, is het dus waardevol om te kijken naar het work-as-done, in plaats van in te zoomen op het betreffende incident. Breng

eens in kaart hoe het werk normaal gesproken verloopt, wat de onderlinge rollen, verbindingen en verwachtingen zijn. Leg dan het incident dat heeft plaatsgevonden als een scenario over dit typische dagelijkse work-as-done heen. Dan wordt duidelijk of er verschillen zijn tussen de gang van zaken tijdens het incident en het typische dagelijkse werk. Als beide niet overeenkomen, dan is dit interessant. Als beide wel overeenkomen, is het mogelijk nog interessanter.

### Leren van de dagelijkse praktijk

Het analyseren van incidenten vanuit waardering en interesse in de dagelijkse manier van werken heeft veel voordelen. Doordat je niet het incident onderzoekt maar de typische, dagelijkse manier van werken, hoeven de betrokkenen bij het incident niet ondervraagd te worden. Dit kunnen net zo goed collega's zijn. Dit maakt de situatie veel minder bela-

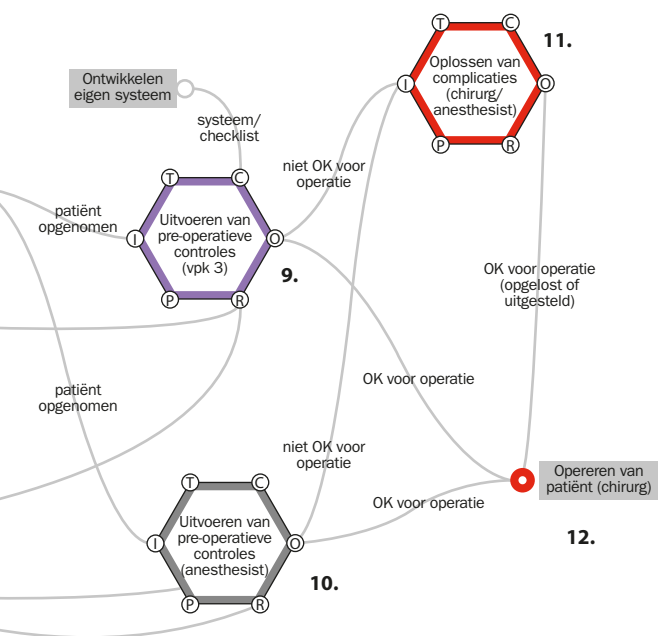


BLV = bloedverdunner; EPD = elektronisch patiëntdossier; VPK = verpleegkundige

**Figuur 1. FRAM-model toegepast in het proces 'Gebruik van bloedverdunners rondom een operatie' (bron: Damen, 2017)**

den, wat er ook nog eens voor zorgt dat je rijkere informatie loskrijgt en uiteindelijk de kans van leren groter wordt. Het 'zondebokgehalte' daalt significant.

Leren van de dagelijkse praktijk, van het work-as-done, is dus een waardevolle manier voor zowel het treffen van preventieve maatregelen als het treffen van curatieve maatregelen. Het doet recht aan de grilligheid en complexiteit van het dagelijks werk en veroordeelt dit niet. Bovendien zijn de typische dagelijkse processen veel representatiever voor de werkelijkheid dan incidenten. Er zou een verschuiving moeten plaatsvinden van veiligheidsmanagement slechts op basis van zeldzame momentopnamen (incidenten) naar veiligheidsmanagement op basis van de werkelijke dagelijkse praktijk. Voorbijgaan aan de dagelijkse gang van zaken en alleen inzoomen op incidenten is ontoereikend. Om daadwerkelijk een stap voorwaarts te zetten hebben we beide nodig: leren van incidenten (vanuit begrip voor het work-as-done) en leren van die dagelijkse praktijk.



Oranje = patiënt

Groen = cardioloog

Rood = chirurg

Geel = verpleegkundige 1: casemanager

Blauw = verpleegkundige 2: preoperatieve screening

Paars = verpleegkundige 3: opname afdeling

Grijs = anesthesist

## FRAM-model

De Functional Resonance Analysis Method (FRAM) is een tool die gebaseerd is op het Safety-II gedachtegoed waarmee het work-as-done in kaart gebracht kan worden. Het is een veelbelovend alternatief voor de traditionele incidentenanalyse. Met FRAM kan men zicht krijgen op de best practices en de mogelijke risico's in een proces.

In interviews met de betrokken disciplines wordt het work-as-done uitgevraagd. In de interviews ligt de focus op de dagelijkse activiteiten, routines en gebruiken. Hierdoor wordt duidelijk hoe specifieke activiteiten binnen een proces er normaal gesproken uitzien en hoe samenwerking en afstemming plaatsvinden. De opbrengst van de interviews wordt gevisualiseerd in een FRAM-model dat een visualisatie is van het work-as-done (zie figuur 1). De basis van het model wordt gevormd door de belangrijkste stappen of activiteiten waaruit het proces bestaat. Deze stappen worden weergegeven in zeshoekjes. Om de activiteit verder te specificeren worden ook aspecten zoals tijd en bronnen nader beschreven. Per stap in het proces wordt ook weergegeven welke professional betrokken is en welke taken en verantwoordelijkheden hij heeft. Het FRAM-model geeft tot slot weer op welke wijze professionals met elkaar interacteren in het proces en welke gevolgen dit heeft voor bepaalde uitkomsten. Een proces dat met het FRAM-model in kaart is gebracht, is het gebruik van bloedverdunners rondom een operatie (Damen, 2017). Op basis van de visualisatie kunnen zowel 'good practices' als belangrijke aandachtspunten geïdentificeerd worden. Vervolgens worden met de betrokken disciplines in een bijeenkomst de uitkomsten van de interviews besproken. Centraal staan de vragen: herkennen we ons in dit proces? Wat vinden we ervan? Wat willen we ermee? In co-creatie wordt gekomen tot verbeterinitiatieven die aansluiten bij de dagelijkse praktijk.

FRAM kent meerdere toepassingen, zoals het doorlichten van 'schurende' processen, het optimaliseren van het work-as-done en afstemming tussen work-as-done en opgelegde richtlijnen (work-as-imagined). Het is uitermate geschikt als alternatief voor de klassieke incidentenanalyse. FRAM is door wetenschappers in het veiligheids- en organisatiedomein omschreven als 'een veelbelovende stap voorwaarts'. FRAM kent zijn oorsprong in de technische sector maar is in de afgelopen jaren succesvol ingezet in diverse sectoren, waaronder de gezondheidszorg.

### Literatuur

Damen, N. (2017). Perioperatief antistollingsbeleid gezien vanaf de werkvloer. *Kwaliteit in Zorg*, nummer 6, p. 23-27.

Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: the past and future of safety management*. CRC Press.

Hollnagel, E. (2014). *Safety-II in practice: developing the resilience potentials*. Routledge.

### Auteur

**Judieke van Dijk** is organisatiepsycholoog en bedrijfskundige en werkzaam als adviseur bij RONT Management Consultants. Contact: [dijk@rontmc.nl](mailto:dijk@rontmc.nl).