
VEILIGHEIDSINITIATIEVEN; EEN KWESTIE VAN MAATWERK

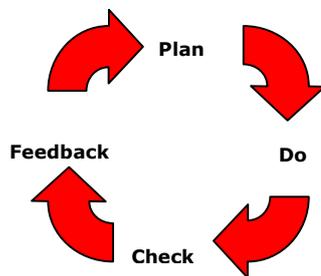
Drs. Kirsten N. R. Verhoeve, Ing. R. Smits MoSHE, Onderzoeksraad voor Veiligheid; Dr. Jop Groeneweg, Universiteit Leiden
Adres: Anna van Saksenlaan 50, 2593 HT Den Haag
E-mail: K.Verhoeve@onderzoeksraad.nl

SAMENVATTING

Risicomanagement, en de evaluatie van de kwaliteit ervan, gebeurt min of meer bewust op basis van een blauwdruk. Hieraan zijn een aantal risico's verbonden. Gebruik van een blauwdruk kan onder andere leiden tot het verheffen van een middel tot doel, en tot veiligheidsinitiatieven die niet aansluiten bij de fase waarin de organisatie zich bevindt.

INLEIDING

Organisaties managen hun risico's door in een voortdurende cyclus hun operationele risico's te identificeren, te evalueren, en te elimineren (of te verkleinen). De effecten hiervan moeten vervolgens gemeten worden in de eerste stap van de volgende cyclus. Als de maatregel (gedeeltelijk) effectief is geweest, is het risico verkleind of verdwenen.



Figuur 1 PDCA / Deming cyclus van Risico Analyse, aangepast volgens Hudson

In ieder van de stappen van dit proces wordt, min of meer bewust, getoetst tegen een gewenste situatie, een blauwdruk. Deze blauwdruk is anno 2005

veelal een zorgsysteem of een gewenste veiligheidscultuur. Veiligheidsinitiatieven worden doorgaans gebaseerd op de geconstateerde afwijkingen van een dergelijk systeem of de gewenste cultuur. Deze aanpak is niet zonder risico's.

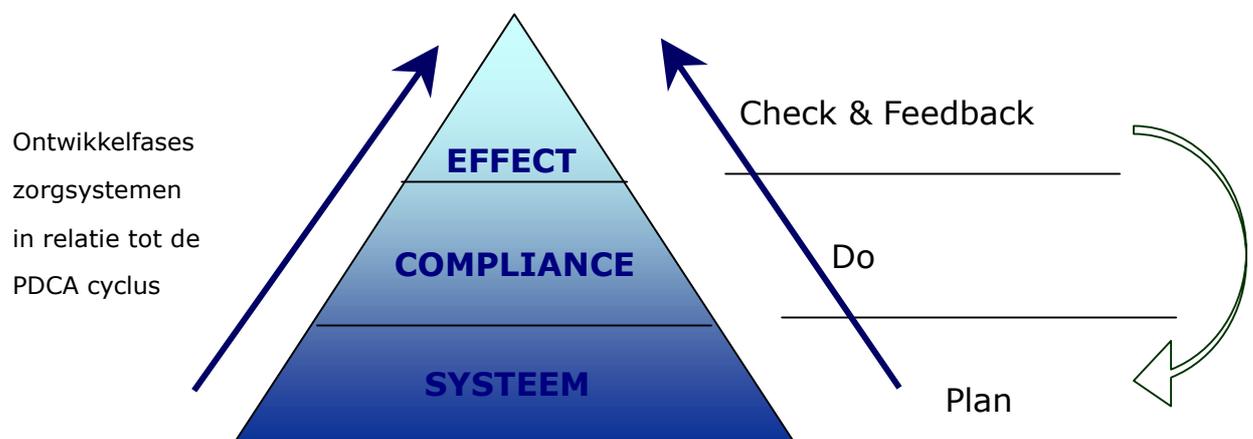
ZORGSYSTEEM ALS BLAUWDRIJK

Zorgsystemen zijn managementtools om ervoor te zorgen dat het gekozen beleid blijvend gerealiseerd wordt en dat tevens de mogelijkheden tot bijstelling gewaarborgd zijn [1]. Zorgsystemen worden vernoemd naar het gebied waarop zij effectief dienen te zijn. Zo bestaan er *veiligheidszorgsystemen*, *kwaliteitszorgsystemen*, *milieuzorgsystemen*, maar ook geïntegreerde HSE-zorgsystemen en financiële managementsystemen. Uiteindelijk zou een organisatie moeten streven naar één systeem, waarin alle te managen aspecten zijn ondergebracht [2]. Veiligheid, gezondheid en milieu zijn slechts enkele aspecten in dit systeem.

Als basis voor het zorgsysteem dient een handboek waarin de beoogde doelen en processen beschreven staan, evenals de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het 'opgeschreven zijn' in een handboek is natuurlijk geen garantie dat een systeem de gewenste effecten heeft. De wijze waarop een dergelijk systeem 'geleefd wordt' is minstens zo belangrijk. Organiseren, leren, en aan/bijsturen vormen de basis van een levend en effectief zorgsysteem [1].

ZORGSYSTEEM: MIDDEL WORDT EEN DOEL?

Bij de ontwikkeling van een organisatie om te werken volgens zorgsystemen, zijn drie fases te onderscheiden: focus op ontwikkeling van een systeem, focus op naleving van het systeem, en focus op het effect van het systeem (figuur 2).



Figuur 2 Bouwstenen voor effectieve toepassing zorgsystemen

De fundering voor het managen van risico's middels een zorgsysteem is het zorgsysteem zelf. Er bestaan er een aantal 'standaard'-systemen, zoals ISO en OHSAS. Een systeem zal ingericht moeten worden op basis van de doelen die de organisatie nastreeft. De doelen en subdoelen kunnen per organisatie(onderdeel) verschillen. Dit houdt in dat de concrete inrichting van een dergelijk systeem ook kan verschillen per organisatie(onderdeel).

Het risico bestaat dat de organisatie onvoldoende nadenkt over de doelen die het met het systeem nastreeft en daardoor voor een systeem kiest dat minder aansluit bij de organisatiebehoefte. Het is niet ongebruikelijk dat een organisatie een standaardsysteem 'van de plank' pakt. Hierdoor is het systeem te weinig specifiek voor de organisatie en minder geschikt voor het beoogde doel. Het beoogde effect kan dan onvoldoende gerealiseerd worden, de inspanning van de organisatie ten spijt. Daarnaast, wanneer alle organisaties een standaardsysteem van de plank pakken, zullen de huidige systemen zich slechts verfijnen. Het ontstaan van een nieuwe innovatieve aanpak voor risicomanagement zal hierdoor niet gestimuleerd worden.

Een tweede risico ontstaat wanneer het hebben van een systeem een doel op zich wordt in plaats van een middel om ergens te komen. Het zorgsysteem kan als oplossing worden gezien voor de problemen binnen de organisatie. De implementatie van het systeem wordt door het management soms uitbesteed aan een stafafdeling of -functionaris. Hiermee ontdoen zij zich gedurende de eerste fase van ontwikkeling, en soms ook tijdens de vervolgfases, van de verantwoordelijkheid voor de huidige organisatieproblematiek. Dit terwijl een aantal van de problemen niet wordt opgelost met een systeem, maar het probleem te wijten is aan bijvoorbeeld gebrek aan leiderschap. Een zorgsysteem is een managementtool, waarin het management zelf eigenaarschap en sturing dient te hebben.

Een derde risico schuilt in het blijven steken in de Plan-fase van de PDCA cirkel. Er wordt veel tijd besteed aan het invullen van de handboeken, waaronder het tot in detail beschrijven van alle processen, procedures en werkvoorschriften. Afwegingen of bepaalde procedures / voorschriften wel in een handboek thuishoren (of dat ze wellicht behoren tot de vakkennis van de medewerkers) worden in een dergelijke situatie niet meer gemaakt. Door de PDCA cirkel niet te completeren, is er geen controle of het systeem wordt nageleefd en wordt er binnen het systeem niet geleerd en bijgestuurd. Zo kunnen er duizenden procedures ontstaan, die lang niet allemaal bij de gebruikers bekend zijn of te tijdrovend en ingewikkeld om uit te voeren. De procedures zullen dan niet

worden nageleefd.

Wanneer het systeem enigszins ontwikkeld is, wordt het van belang dat de gemaakte afspraken nageleefd worden. Als het systeem afgestemd is op doelen die de organisatie beoogt, en iedereen werkt conform de afspraken die de doelen ondersteunen, zou het gekozen beleid blijvend gerealiseerd moeten kunnen worden. Dit werkt wanneer het systeem en de bijbehorende handboeken optimaal zijn, en de omgeving waarin de organisatie en de medewerkers opereren niet aan verandering onderhevig is. Omdat dit in geen enkele organisatie het geval is, schuilt hierin een gevaar. Het volgen van het beschreven proces, en naleving van de procedures en protocollen uit het handboeken kan een doel op zich worden, in plaats van een middel om het beleid te realiseren. De tot in detail beschreven procedures ontnemen medewerkers de mogelijkheid om op kennisniveau hun expertise te kunnen ontwikkelen en onderhouden. Dit kan innovatie van zowel de medewerkers als de organisatie in de weg zitten.

De eerste twee ontwikkelfases bij het werken met zorgsystemen kunnen veel tijd in beslag nemen. Hierdoor kan het lang duren voordat de organisatie het effect van het zorgsysteem evalueert, en op basis hiervan het systeem bijstuurt. Toch is het belangrijk om in iedere ontwikkelfase de PDCA / deming cirkel te blijven sluiten. Door de uitkomsten van het systeem te meten, kan het systeem zonodig worden aangepast en kan worden voorkomen dat de systemen verworden tot papieren tijgers.

VEILIGHEIDSCULTUUR ALS BLAUWDRIJK

Ook veiligheidscultuur wordt gehanteerd als blauwdruk voor de ideale organisatie. Er bestaat echter veel onduidelijkheid over hoe die blauwdruk er nu exact uitziet. Organisatiecultuur is geen gemakkelijk concept [4] en een duidelijke definitie ervan blijkt ingewikkeld. Evenzo is veiligheidscultuur lastig te definiëren. Volgens Reason [5] kenmerkt een veiligheidscultuur zich door een aantal aspecten:

<i>Geïnformeerd</i>	managers en medewerkers weten wat er zich afspeelt in hun organisatie;
<i>Rapportage</i>	medewerkers zijn bereid hun fouten en incidenten te rapporteren;
<i>Rein/eerlijk</i>	In de organisatie is vertrouwen in elkaar en heerst een low-blame cultuur, er is overeenstemming over wat niet getolereerd wordt;
<i>Flexibel</i>	de organisatie heeft een hoog tempo en hoge mate van routine

Lerend in bepaalde operaties, maar is flexibel wanneer noodzakelijk; de organisatie is in staat en bereid te leren.

Hudson [6] voegde hier nog een zesde aspect aan toe:
Behoedzaam de organisatie verwacht steeds het onverwachtse, is erg waakzaam.

Veiligheidsculturen kunnen onderscheiden worden, gebruik makende van een model van Westrum [7], aangepast door Shell voor het Hearts & Minds project:



De verschillende culturen vormen een veiligheidsladder, waarbij de pathologische cultuur onderaan de ladder staat en de generatieve cultuur bovenaan. Vanaf de calculatieve cultuur kun je spreken van een veiligheidscultuur, een cultuur waarin de aspecten zoals door Reason [5] beschreven in enige mate aanwezig zijn [6]. Waar bij zorgsystemen de weg naar een effectief systeem nog redelijk concreet is, is de weg naar een veiligheidscultuur veel minder tastbaar en minder helder beschreven. Daar komt bij dat het lastig blijkt om van het " in elkaars keuken kijken" te leren.

VEILIGHEIDSCULTUUR: GLUREN BIJ DE BUREN?

Culturen die lager op de veiligheidsladder staan, blijken het op zijn zwakst gezegd lastig te vinden om aanpak van hogere culturen te begrijpen. Pathologische organisaties bijvoorbeeld, ontkennen dat ze problemen hebben. Zij begrijpen niet waar de andere culturen zich druk over maken. Eventuele adviezen zijn niet aan hen besteed: ze hebben immers geen problemen.

Reactieve organisaties onderschatten de complexiteit van het management van veiligheid. Het nut en de noodzaak van het implementeren van systemen is daardoor niet aanwezig. Hierdoor is de stap van reactief naar calculatief, waar systemen als basis dienen, groot. De beperking van de calculatieve cultuur is weer dat alleen datgene dat met cijfers onderbouwd kan worden van belang is. Systemen prevaleren boven de mensen die het eigenlijke werk uitvoeren. Daarnaast voelt deze cultuur zich goed: de systemen geven een gevoel van zekerheid en statistieken onderbouwen deze gevoelens.

Het is wederom een grote stap om de (schijn)zekerheid van systemen en statistieken te nuanceren, en te erkennen dat de systemen resulteren in een hoge werklust en geen recht doen aan de capaciteiten van de medewerkers. In de volgende fase, de proactieve cultuur, worden de vaardigheden van medewerkers belangrijker. Tot slot staat (voorlopig) bovenaan de ladder de generatieve cultuur. Deze onderscheidt zich van de proactieve cultuur door nog meer ruimte voor het individu te creëren. Daarnaast heeft deze cultuur het gevoel continue alert te moeten zijn. Er zijn tot nog toe weinig organisaties geïdentificeerd die zich op dit niveau bevinden.

Zoals gezegd, lagere culturen hebben moeite om de aanpak van een hogere cultuur te begrijpen en het nut ervan in te zien. Daar komt bij dat de hogere culturen ook moeite hebben zich te verplaatsen in de positie van de andere cultuur. Het blijkt lastig om uit te leggen waarom bepaalde aanpakken of bepaalde oplossingen beter zijn dan andere [6].

Het bedrijven van een veiligheidscultuur is vermoedelijk een vaardigheid. Het verkrijgen van een veiligheidscultuur is te vergelijken met leren fietsen. Iemand uitleggen hoe je moet (leren) fietsen is erg lastig. Het is een vaardigheid die je al doende, stapje voor stapje, moet leren. Bij het fietsen werken diverse systemen samen (o.a. motoriek, evenwicht), welke tijdens het leren op elkaar worden afgestemd en onbewust routinematig gaan samenwerken.

Uitleggen wat de beste wijze is om te leren fietsen is lastig. Afhankelijk van de tijd en middelen die je ter beschikking hebt, en hoe goed je wilt kunnen fietsen, is de ene weg beter dan de andere. Het vergt veel inzicht in de betreffende organisatie en de behoeftes ervan om inzicht te hebben in welke weg de juiste is. Als er al een juiste weg bestaat.

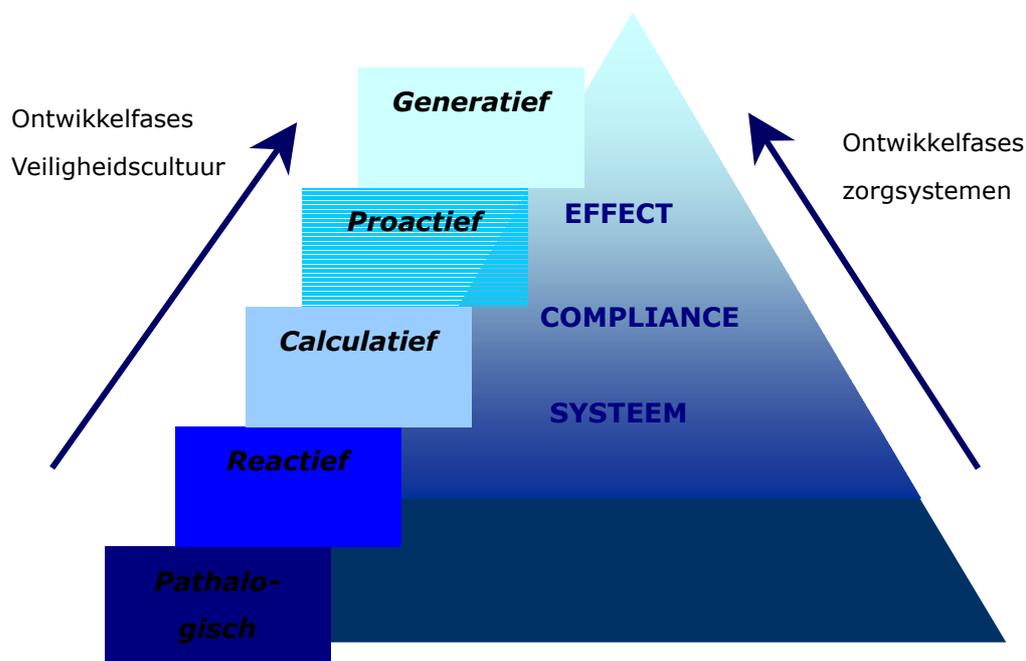
Daarnaast lijkt bij de ontwikkeling van een veiligheidscultuur, en daarmee het bestijgen van de ladder, het nemen van short-cuts onmogelijk [6]. Volgens Hudson dient iedere fase doorlopen te worden. Om de Tour de France uit te kunnen rijden, zul je ooit als kind hebben moeten leren fietsen met zijwieltjes. Reason [7] vermoedt dat afhankelijk van de organisatie sommige fases wellicht sneller doorlopen kunnen worden doorlopen dan andere, of zelfs worden

overgeslagen. Immers, de een heeft meer aanleg voor fietsen dan de ander. De toekomst moet uitwijzen of het overslaan van fases mogelijk is.

Hoe dan ook: het bereiken van een volgende fase kost aandacht, moeite, en vooral heel veel tijd. Voor het beklimmen van de veiligheidsladder moet gedacht worden in jaren. Onduidelijk is nog of organisaties gemakkelijk van de ladder naar beneden kunnen vallen [6] of dat naarmate de organisatie vaardiger is in het beklimmen van de veiligheidsladder, ze minder vatbaar is voor een verstoring van het evenwicht [8].

ZORGSYSTEEM & VEILIGHEIDSCULTUUR

De ontwikkelfasen ten aanzien van zorgsystemen en veiligheidsculturen hebben raakvlakken. Deze raakvlakken zijn gevisualiseerd in figuur 3.



Figuur 3 Raakvlakken ontwikkelfases zorgsystemen en veiligheidscultuur

Pas vanaf een reactieve cultuur zal er behoefte aan een zorgsysteem ontstaan. Daarmee zal de cultuur naar de volgende fase (calculatief) kunnen doorgroeien. Binnen de calculatieve cultuur zal de behoefte ontstaan aan compliance met wat is afgesproken. Pas wanneer men zich realiseert dat het zorgsysteem tot een papieren tijger is geworden, leidt tot een verhoogde werklust, en geen recht doet aan de capaciteiten van de medewerkers, zal de organisatie het effect van het systeem onder de loep willen nemen. Protocollen en procedures worden kritisch op noodzaak van aanwezigheid bekeken, en meer

vrijheid voor het individu ontstaat. Hiermee kan de proactieve cultuur ontstaan. Het zorgsysteem zal een meer levend systeem kunnen worden met een minder centrale positie in de organisatie.

CONCLUSIES VOOR DE VEILIGHEIDSKUNDIGE

Veiligheidsinitiatieven is een kwestie van maatwerk. Ze moeten aansluiten bij de veiligheidscultuur van de organisatie. De ontwikkelfase ten aanzien van zorgsystemen is gerelateerd aan de veiligheidscultuur. De introductie van een zorgsysteem en de erop volgende ontwikkelfases moeten worden afgestemd op de heersende veiligheidscultuur. Om deze reden zal de veiligheidkundige zich meer bewust moeten worden van de veiligheidscultuur van zijn organisatie. Hij zal zich moeten realiseren dat niet alle betrokkenen binnen een organisatie eenzelfde perceptie hebben ten aanzien van de heersende veiligheidscultuur. Zowel het initiatief, de aanpak, als de communicatie erover dienen hierop te worden afgestemd.

Daarnaast dient de veiligheidkundige erop toe te zien dat voor ieder veiligheidsinitiatief de gehele PDCA cirkel wordt doorlopen. Voorkomen moet worden dat een organisatie te lang in de Plan, of in de Do fase blijft steken, zonder dat de effecten van het initiatief wordt gemeten en het initiatief wordt bijgestuurd.

Tot slot lijkt het erop dat het ontwikkelen van een veiligheidscultuur en bijbehorend adequaat risicomanagement een ervaring is, een pad die de organisatie zelf moet gaan. Het doel is daarbij in de eerste instantie niet het bereiken van de top van de ladder, maar (het vinden van) de weg ernaar toe.

LITERATUUR

1. Vermeeren, H. 2002. Dienstverlening in het kader van zorgsystemen. Module 9 – Post Hoger Onderwijs Veiligheidskunde.
2. Hudson, P. 2005. Building world class management systems - Risk Management Master Class 2005.
3. Hudson, P. 2005. Achieving a safety culture - Risk Management Master Class 2005.
4. Schein, E. Organizational culture and leadership 2nd edition. Jossey-Bass, San Francisco, 1992.
5. Reason J. 1990. Human Error, Cambridge press.
6. Hudson, P. 2003. Understanding Safety Management in the context of

organisational culture.

7. Reason J. , persoonlijke communicatie, 2005.
8. Hollnagel
9. Westrum, R.J. 1991. Cultures with Requisite Imagination. In: J. Wise, P. Stager & J. Hopkin. Verification and validation in complex Man-machine systems. Springer, New York.
10. Triple P verslag 2004, Koninklijke DSM N.V.
11. Groeneweg, J. Ervaringen met de perceptie van de veiligheidscultuur versus resultaten van "assessing your safety culture"