

Hoe leren we van incidenten?

safetyrebels

Selma Pirić



Transavia
2008-2010



Human Factors Consultant
2012-2015



Docent Hogeschool van
Amsterdam
2015-2018



Safety expert LVNL
2018-2022

Sinds 2022



WORKPLACE INSIGHTS

Real-World Health, Safety, Wellbeing
and Human Performance Cases

SAFETY REBELS

Real-World Transformations
in Health and Safety

Selma Pirić



Programma

1. Introductie
2. Risico management
3. Over de term 'menselijke fout'
4. Leren van incidentenmodel Drupsteen + leerpotentieel
5. Behandeling casus



safetyrebels



MASTER IGNITION SWITCH DOES NOT DISCONNECT BATTERIES - BATTERY SWITCHES LOCATED ON GENERATOR PANEL.

WARNING
NEVER EXCEED 147 MPH WITH FLAPS DOWN

RECOG. LIGHTS MAX. GROUND OPERATING TIME TEN (10) SEC.

NOTE: PLACE ALL VALVE HANDLES IN LOCKED POSITION AFTER ACTUATING THE FLAPS TO DESIRED POSITION.



Waarom was het logisch
om het zo te doen?

Totaalbeeld

Pre-incident	Incident	Post-incident
Begrijpen hoe het werk 'echt' plaatsvindt	Rapporteren & initiële reactie	Incident bevindingen
Veiligheidscultuur	Incident management	Aanbevelingen
Risico inventarisatie Preventieve maatregelen	Documentatie & Communicatie	Evaluatie & Leren Herstel voor alle betrokkenen

Vraag: Wat is er nodig om te kunnen leren van incidenten?

Openheid	Ogen op de werkplek, waar het gebeurd	Iets of iemand die het leerproces faciliteert	Consensus over de oorzaak	Tijd	Eerlijkheid	Geen shaming	Kennis van het werk, feiten kennis gebeurtenissen vooraf, tijdens en na Incident. Communicatie, borging maatregelen, structuur
Leadership	Open blikveld	Vertrouwen	Veilige omgeving	Empathie	Openheid	Waarom is dit gebeurd	
Eerlijkheid en reflectie	Openheid	Bereidheid	Vertrouwen	Veilige omgeving waar men open en eerlijk durft te zijn	Geen schuldvraag		Een gespreksleider
Vertrouwen	Openheid van alle betrokkenen en managers	Vertrouwen — openheid	Gedetailleerde zaakkennis, leiderschap en structuur en communicatie	Het hele verhaal	Tijd		
Oprechte antwoorden Sociaal veilige omgeving Doorzettingsvermogen bij onderzoek	Openheid	Gezond boeren verstand	Adequate Informatie Tijdlijn	voorbeeld fotos delen van eerder gebeurde incidenten	Deskundigheid		
De wil om te leren	Feiten	Verantwoordelijkheid	Analyse naar de basisoorzaak Openheid Vertrouwen	Oorzaak	Openheid, sociale veiligheid		
Willen leren	Goede opvolging van acties en evaluatie van effectiviteit van de uitgevoerde acties.	Alle informatie boven tafel	Communicatie	Doortastend zijn	Gedegen incident analyse		
Informatie	Inzicht in werkelijke gang van zaken	Inzicht	Openheid, vertrouwen, deskundigheid, willen verbeteren	Juiste feiten Openheid Verstand van zaken Nuchterheid Werkbare en te borgen oplossingen	Doelvragen waarom		
Begrip	Betrouwbare informatie	Technische oorzaak en menselijk gedrag/oorzaak	Nieuwsgierigheid Kritisch zijn	Een team die de echte root causes heeft kunnen bepalen	De bereidheid om te willen leren		
Vertrouwen Openheid	Eerlijkheid	Duidelijke instructies	Openheid Veilige omgeving Interviews met betrokkenen direct na het incident	Feiten checken	Begrijpen waarom		
Kennis van de werkelijke werkwijze, situatie en omstandigheden	Inzicht	Veilig voelen					

Veiligheid = “Freedom from risk”



Risico management

- Risico bepalen
- Geldbedrag
- Polis verkopen
- Premie omlaag?
- Maximale beschermingsmiddelen

Human Error

IT-STORING BRITISH AIRWAYS



6 juni 2017 - 13:56 | Door: onze redactie | Foto: British Airways

LONDEN - De grote IT-storing bij British Airways op 27 mei is waarschijnlijk veroorzaakt door menselijke handelen. Volgens Willy Walsh, CEO van BA-moederbedrijf International Group, had een technicus de stroomvoorziening in het datacentrum uitgeschakeld.

Menselijke fout oorzaak van treinongeluk



Skipr Redactie

Menselijk falen is in zes gevallen de oorzaak van onbedoelde medische fouten. Dit blijkt uit onderzoek van het NIVIO.

NOS NIEUWS · BUITENLAND · 09-02-2016, 21:01 · AANGEPAST 09-02-2016, 23:14

'Menselijke fout oorzaak van treinongeluk'



In de Duitse deelstaat Beieren botsen twee treinen frontaal op elkaar. EPA

Het treinongeluk in het zuiden van Duitsland is het gevolg van menselijk falen. Dat blijkt uit het eerste onderzoek, melden Duitse media.

safetyrebels

Casus



[Home](#) [Onderwerpen](#) [Uitspraken en nieuws](#) [Registers](#) **de Rechtspraak**

[Rechtbank Gelderland](#) > [Nieuws](#) > Fatale medicatiefout was schuld van verpleegkundige

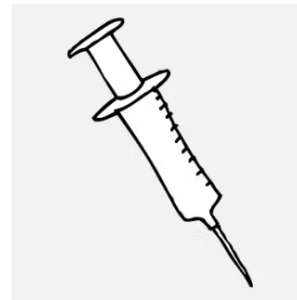
Fatale medicatiefout was schuld van verpleegkundige

Casus - oorzaken

1. De verpleegkundige diende het slachtoffer medicatie toe die voor een andere patiënt was bestemd.
2. Op de spuit stond de naam van het medicijn en de naam van een andere patiënt.
3. De voor epidurale toediening vereiste gele sticker ontbrak.
4. De morfine die in de spuit zat, mocht niet worden toegediend via een epiduraal infuus.
5. De verpleegkundige negeerde handmatig de waarschuwing van het systeem over deze medicatiefout en sloot de spuit aan.

Wat ging er mis bij deze medicatiefout?

1. Afwijking van procedure
2. Menselijke fout
3. Onvoldoende training
4. Gehaast gewerkt
5. Dat is niet duidelijk



Ga naar menti.com | en gebruik de code 7315 7800

Mentimeter

wat ging er mis bij deze medicatiefout?



Casus – Maar ook dit...

1. De vrouw kende de ziekenhuisprotocollen en ze wist dat deze op de afdeling Heelkunde op een aantal onderdelen niet (altijd) werden nageleefd. Ook niet door haar. Dit heeft er niet toe geleid dat zij extra handelingen uitvoerde ter controle van haar eigen werk.
2. Binnen de afdeling Heelkunde was het verder niet gebruikelijk epidurale toediening van medicatie door een tweede verpleegkundige te laten controleren, terwijl het protocol dat wel voorschrijft.

Wat ging er mis bij deze medicatiefout?

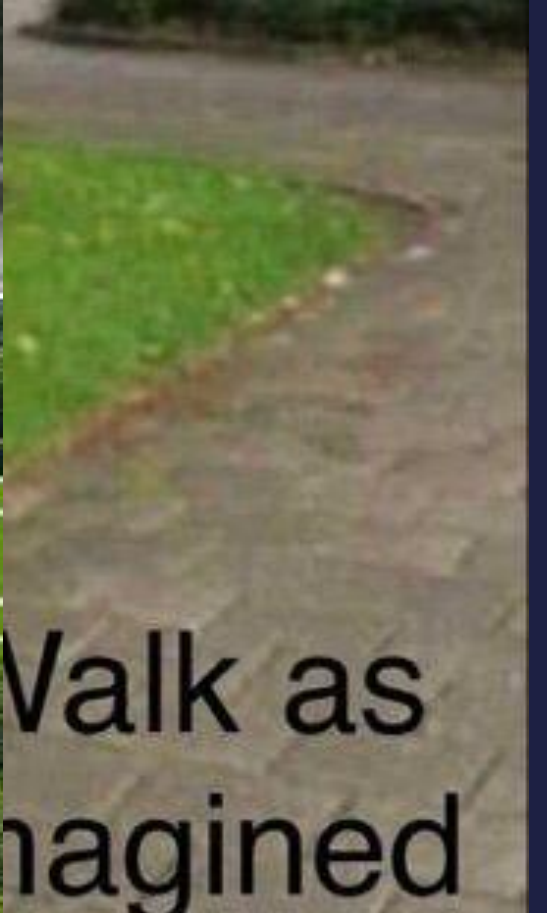
1. Afwijking van procedure
2. Menselijke fout
3. Onvoldoende training
4. Gehaast gewerkt
5. Dat is niet duidelijk



menti.com: 5356 8092

Work a

d



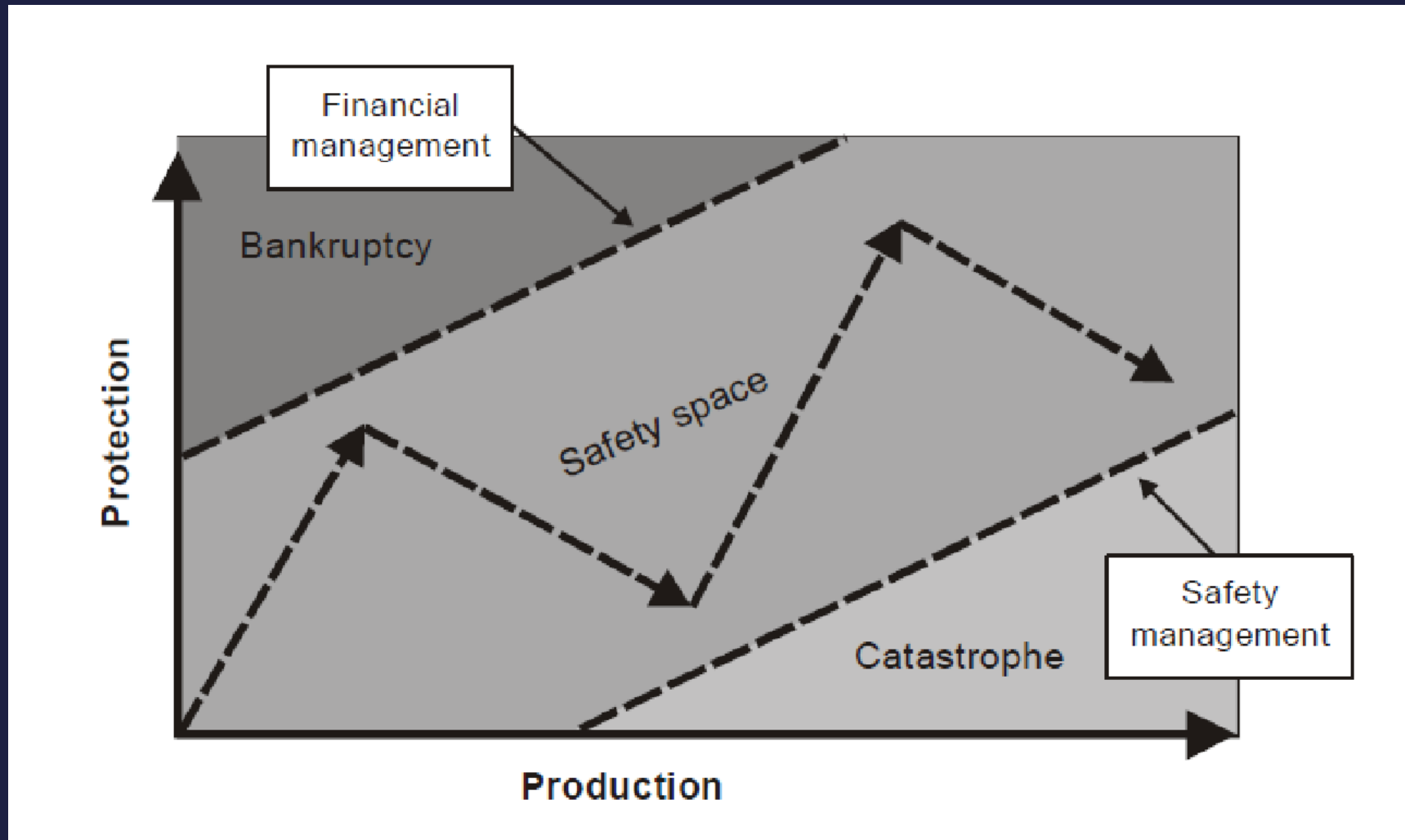
Walk as
imagined

safetyrebels

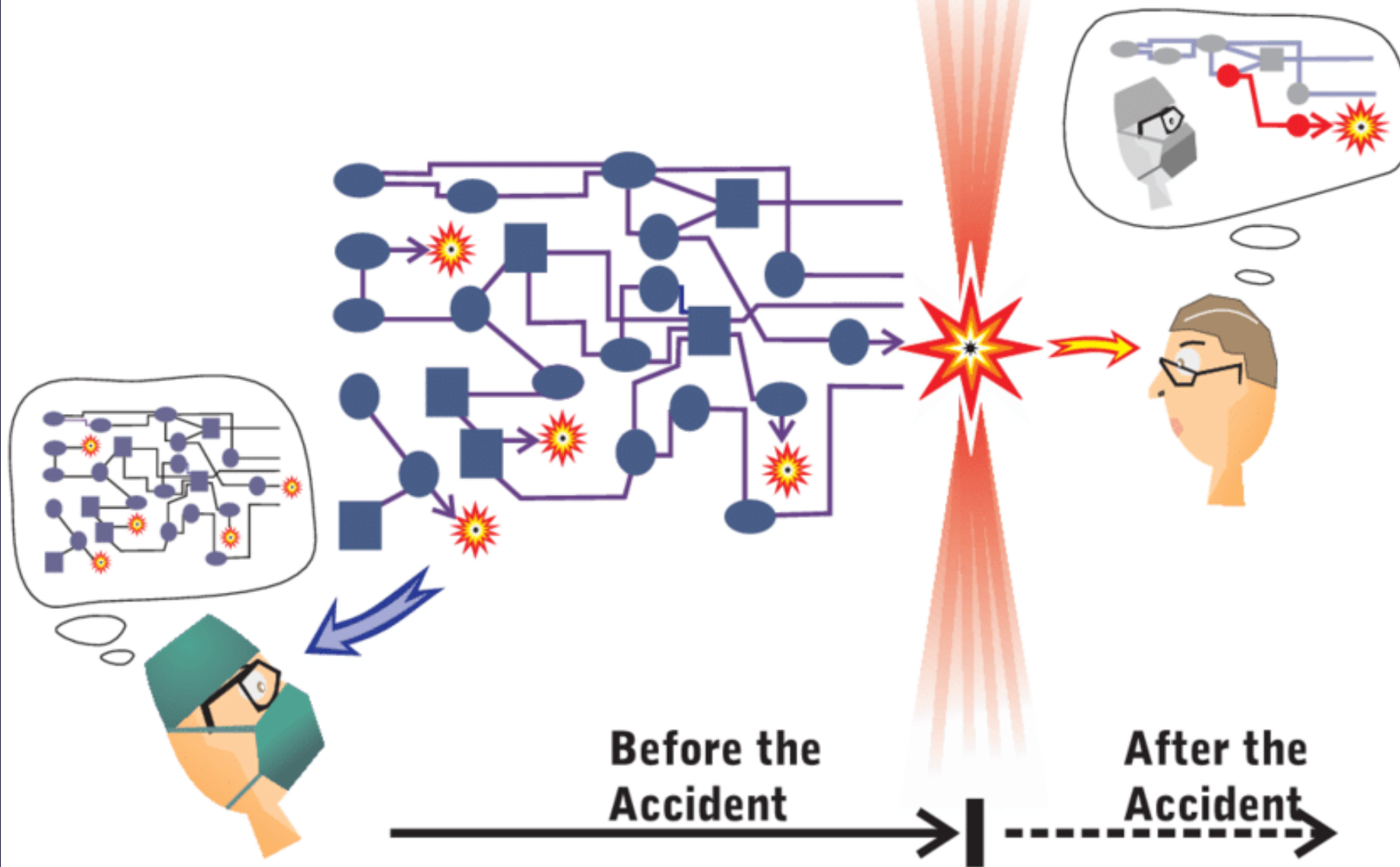
Safety first



SAFETY SPACE



HINDSIGHT BIAS



Local rationality

- Kennis, ervaring, doelen en begrip van de situatie zijn 'beperkt'
- Rationaliteit = lokaal
- Achteraf weten we altijd meer, dus gaan we ervan uit dat men anders had moeten of kunnen handelen.
- Helpt dit ons in het begrijpen van veiligheidsprestaties?
- Nee. Situaties zijn veeleisend, complex en onzeker.

Populaire termen voor human error



“Verlies van
effectieve team
resource
management”



“Verlies van
situation
awareness”



“Complacency”
(zelfgenoegzaam-
heid)



“Gedegradeerde
prestatie”

Illusie van het begrijpen van gedrag



Deze termen zijn niet constructief omdat ze niet leiden tot een aanbeveling

Zijn eigenlijk veroordelingen van degene die het werk heeft gedaan

Zijn ze meetbaar, zichtbaar, veranderbaar?

Is dit **echt** de *oorzaak* van het ongeval? Of een symptoom?

Waarom doen we incidentenonderzoek?

Hoe we denken over incidenten verandert ook

Oude manier van denken	Nieuwe manier van denken
Wie is er verantwoordelijk?	Wat is verantwoordelijk?
Human error is de oorzaak	Human error is het symptoom
Human error is willekeurig, onbetrouwbaar gedrag	Human error is systematisch verbonden met de tools, taken en omgeving van mensen
Human error is een acceptabele eindconclusie van een onderzoek	Human error is het startpunt voor verder onderzoek
Zegt waar mensen in hebben gefaald	Begrijpt waarom het logisch was waarom iemand iets deed
Zegt wat men anders had moeten doen	Vraagt waarom het logisch was om het zo te doen

Hoe goed zijn we in de opvolging van incidenten?

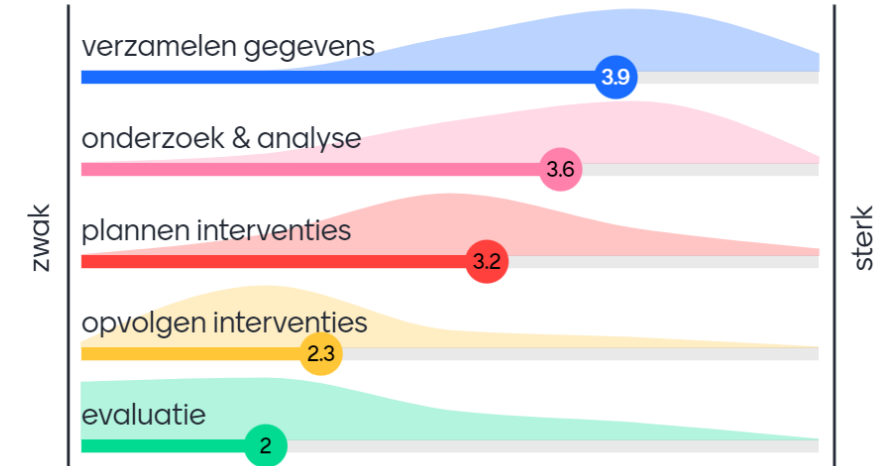
- Gegevens verzamelen
- Onderzoek & analyse
- Plannen interventies
- Intervenieren
- Evalueren



Ga naar menti.com | en gebruik de code 7315 7800

Mentimeter

Hoe goed zijn we in de opvolging van incidenten?



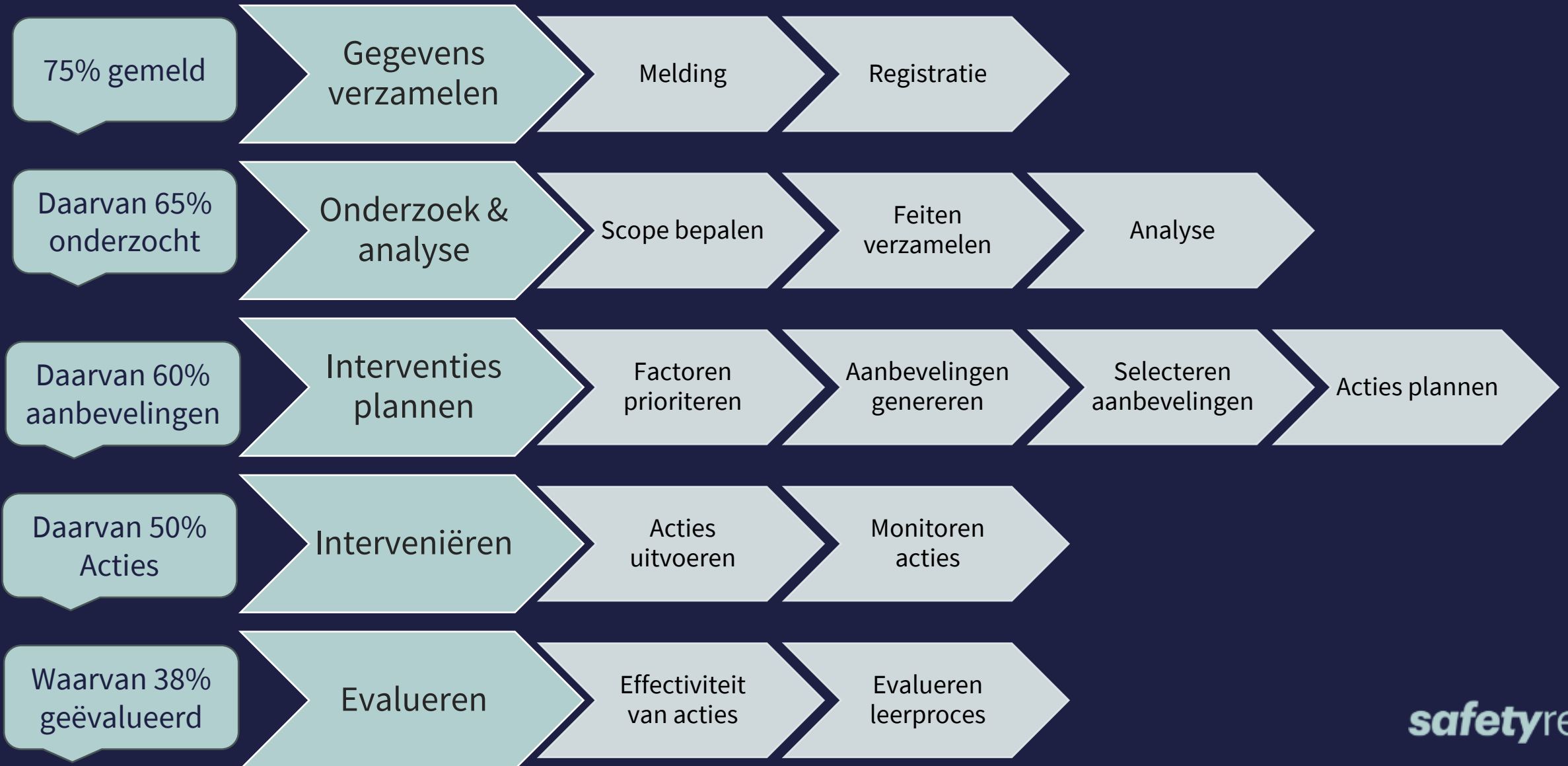
2 40



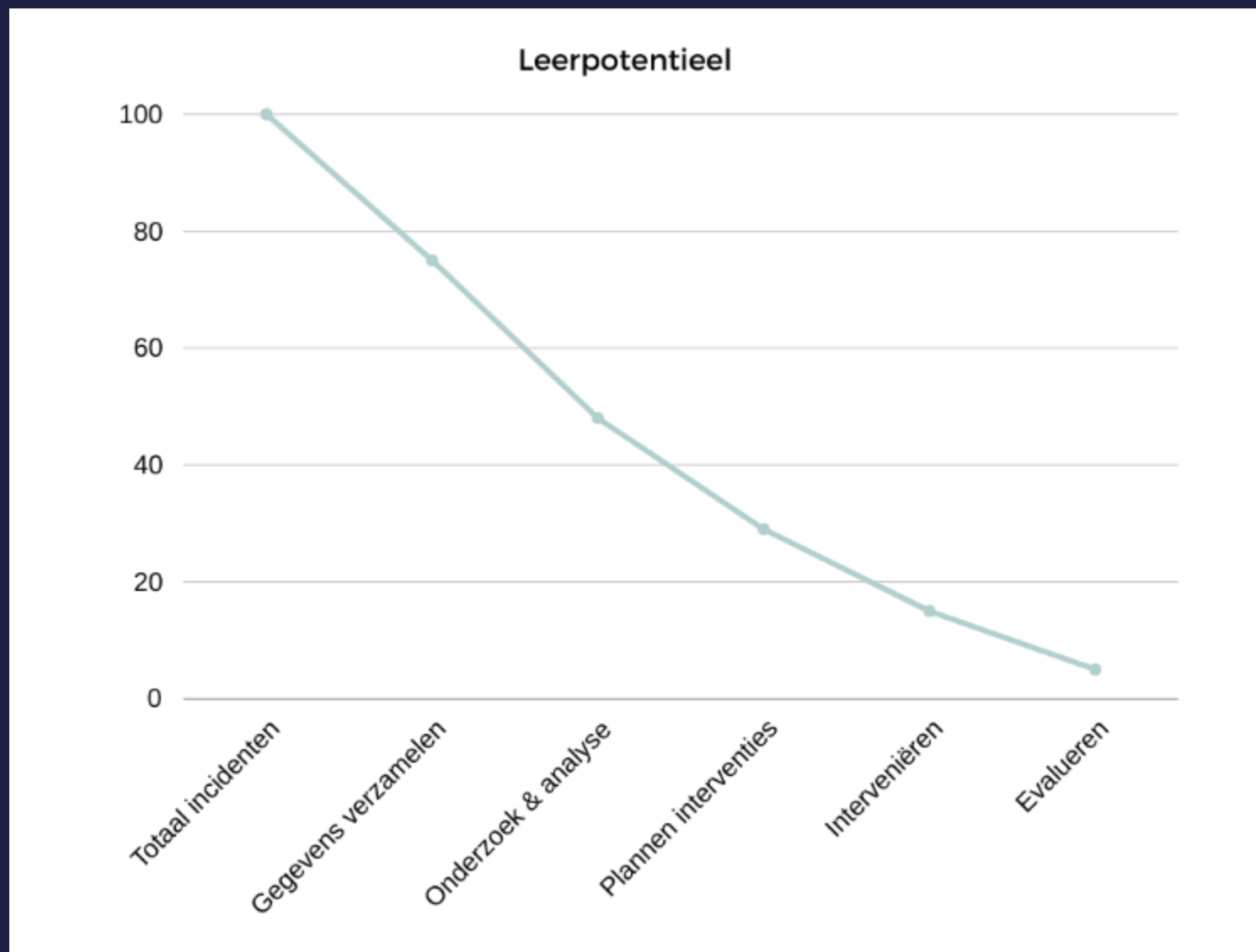
menti.com: 5356 8092

safetyrebels

Leren van incidenten: model van Drupsteen



Leerpotentieel



Waarom leren organisaties niet van incidenten?

Organisatiecultuur

- Just culture: schuld en straf
- Gebrek aan onderling vertrouwen

Kwaliteit van meldingen

- Onderrapportage
- Niet melden van relevante situaties

Oppervlakkige onderzoeken

- Oorzaken in sharp end (uitvoerend personeel) van veiligheid in plaats van systeemfouten
- Quick fixes

Gebrek aan effectieve leerprocessen

- Structuur in verzamelen, analyseren en implementeren van lessen uit incidenten
- Delen van geleerde lessen

Organisatiefactoren

- Beperkte middelen en prioritering
- Politiek gevoelig

Aanbevelingen

1. Fysiek
2. Functioneel
3. Symbolisch
4. Immaterieel



Casus: Kortsluiting E-motor P2405B – Melaf2 Fabriek

1. Presentatie OCI

Casus: Kortsluiting E-motor P2405B – Melaf2 Fabriek

1. Vorm een groep op basis van je nummer bij binnenkomst
2. Bestudeer de casus
3. Vul de volgende slide in

Waarom was het logisch
om het zo te doen?

Human Factors – Saves the day



Wat neemt u mee na vandaag?



safetyrebels

BEDANKT

Selma Pirić

+31 (0)6 211 55 983

www.safety-rebels.com

