



Luchtvaartprocessen als rolmodel

De rode draad voor een domein overstijgend perspectief op veiligheid?

8 januari 2014

Benno Baksteen

Max Drenth

www.adviescollege-degas.nl

*“A complex system, contrary to what people believe,
does not require complicated systems and regulations and intricate policies.*

The simpler, the better.

Complications lead to multiplicative chains of unanticipated effects.”

(Taleb, 2013, p. 11)

Inhoud

1. De focus van de adviesaanvraag.....	3
2. Risicobeheersing in de luchtvaart als rolmodel?.....	4
2.1. De elementen	4
2.2. De checklist.....	5
2.3. Casus traumahelikopters.....	5
2.4. Casus externe veiligheid luchtvaart	7
2.5. Casus geluidshinder.....	8
3. Implementatieproblemen	9
3.1. Veiligheid als doel.....	9
3.2. Beheerssysteem centraal	9
3.3. <i>One size fits all</i> bij inspectie, handhaving en vervolging.....	10
4. Tot slot	10
5. Referenties.....	11

1. De focus van de adviesaanvraag

Bij het zoeken naar generiek veiligheids- en risicobeleid is de uitdaging een rode draad te vinden. Wij denken dat die draad niet zozeer gevonden zal worden in de specifieke aspecten van individuele casus, want die zullen telkens weer te divers blijken voor vergelijking, maar in de aanpak. Is er een aanpak van risico's te vinden die elke keer succes heeft, bij uiteenlopende onderwerpen in diverse domeinen? Om antwoord te vinden op die vraag hebben we een paar dossiers uit de luchtvaart opnieuw bekeken door de bril van de adviesvraag.

Bij de adviesaanvraag gaat het in onze visie om de volgende drie kernpunten:

- het doel van een domeinoverstijgend risicobeleid is de vergroting van het draagvlak, waardoor beleid beter uitvoerbaar en efficiënter wordt (*uit de aanvraag*)
- de kennis die nodig is om tot een domeinoverstijgend perspectief op veiligheid te komen is in principe al beschikbaar bij de verschillende instituten (*André Knottnerus*)
- gevraagd wordt om een advies dat een wisselwerking bewerkstelligt tussen de theorie en concrete beleidsdossiers (*uit de aanvraag*)

Vooraf dat laatste punt heeft de afgelopen jaren centraal gestaan bij het advieswerk van DEGAS, waarbij we er bewust voor hebben gekozen wetenschappelijke bevindingen zoveel mogelijk te simplificeren en te vertalen in eenvoudig hanteerbare richtlijnen. Daarbij kwamen we drie steeds terugkerende problemen tegen, waarvoor we oplossingen hebben aangedragen vanuit de luchtvaartpraktijk.

De luchtvaartpraktijk kent overigens meer standaardproblemen dan de drie die we hierna zullen bespreken. Problemen die eveneens hun evenknie lijken te hebben in de problematiek die tot de adviesaanvraag heeft geleid. Zo is nooit alle gewenste informatie daadwerkelijk beschikbaar, terwijl toch een besluit moet worden genomen. En omgekeerd is er zoveel informatie, al dan niet relevant, dat die niet allemaal kan worden gekend door één persoon, die soms maar voor enkele jaren op een specifieke positie zit. Mensen zijn, hoe briljant ook, nimmer alwetend, onfeilbaar of almachtig.

Ook voor die 'Human Factor' problemen zijn binnen de luchtvaart ondersteunende oplossingen ontwikkeld, zoals simpele checklisten en eenvoudige procedures. Oorspronkelijk uit ervaring ontstaan, vormen ze tegenwoordig de bovenlaag van een rijk gebied van wetenschappelijk onderzoek. Dat is gunstig, maar het mag niet worden vergeten dat de procedures er niet zijn voor de wetenschap, ze zijn bedoeld als hulpmiddel voor de praktijk.

Wij denken dat het er ook bij deze adviesaanvraag om gaat te komen tot simpele en hanteerbare vertalingen van een combinatie van wetenschappelijke analyses en ervaringskennis, analoog aan de luchtvaartpraktijk. De vraag is natuurlijk of de simpele luchtvaartoplossingen ook bruikbaar zijn buiten het luchtvaartdomein. Vanuit die vraag delen we hierbij onze analyses, bevindingen en opmerkingen graag met de overige leden van de werkgroep.

2. Risicobeheersing in de luchtvaart als rolmodel?

Terug naar de drie problemen die steeds weer opduiken. Het eerste probleem: alles is altijd ingewikkelder dan aanvankelijk wordt gedacht. Daardoor worden beheerssystemen, inclusief beleidsafwegingen, bijna automatisch ook steeds complexer.

Het tweede probleem is dat beheerssystemen in eerste instantie bijzonder effectief zijn. Als het resultaat vervolgens toch onvoldoende wordt gevonden, al is het maar omdat de lat van het gewenste veiligheidsniveau steeds hoger wordt gelegd, is het niet vreemd wanneer beleidsmatig de oplossing wordt gezocht in uitbreiding van de beheerssystemen.

Dat leidt dan tot het derde probleem. Niet alleen is die uitbreiding vanaf een bepaald niveau progressief kostbaarder, nog belangrijker is dat die uitbreiding vaak niet meer of zelfs averechts werkt. Dat niveau lijkt in veel, in het bijzonder complexere, domeinen bereikt te zijn. Het was ook een van eerste problemen waarmee DEGAS te maken kreeg: in 2008 was het de aanleiding voor het eerste gevraagde DEGAS-advies.

Dat eerste advies (DEGAS, 2008) was nog gericht op een specifieke casus, maar in de jaren daarna heeft DEGAS een universele benadering voor dit probleem ontwikkeld, die vervolgens zo eenvoudig en daarmee zo hanteerbaar mogelijk is uitgewerkt. Die benadering zou bruikbaar kunnen zijn in andere domeinen, al zal de implementatie daar vaak veel lastiger zijn dan bij luchtvaart.

Om te verkennen of de benadering bruikbaar is bij de adviesaanvraag 'Afwegingskaders in het risicobeleid' zullen we achtereenvolgens:

- de elementen introduceren
- op basis van die elementen een checklist voor politici en bestuurders voorstellen
- een kleinschalige luchtvaartcasus behandelen waarin die checklist succesvol is toegepast
- twee casus behandelen waarin dat niet is gebeurd, maar waarschijnlijk wel had gewerkt

Daarna zullen we in een apart hoofdstukje een aantal implementatie problemen benoemen.

2.1. De elementen

Wij hanteren de volgende drie elementen als *Guiding Principles* bij onze adviezen:

1. Veiligheid is deel van een geheel en kan daardoor nooit de eerste prioriteit hebben.
2. Veiligheid ontstaat niet door procedures, maar door wat mensen daadwerkelijk doen.
3. De wereld is fundamenteel onvoorspelbaar.

Het eerste element heeft als consequentie dat veiligheid en dus ook risico's nooit geïsoleerd mogen worden behandeld, maar alleen in combinatie met de voordelen van de activiteit in kwestie. Daardoor is gelijk duidelijk dat er altijd sprake is van afwegingen en die afwegingen worden daarmee bespreekbaar.

Het tweede element zegt niet dat procedures niet belangrijk zijn, in tegendeel. Procedures zijn onmisbaar om het gewenste handelen te bevorderen. Maar dat is dan ook waar het om gaat. Het handelen moet

centraal staan, niet het systeem. Het systeem moet het juiste handelen ondersteunen. Meestal is de keus het systeem centraal te zetten en daarmee het juiste handelen af te dwingen. Dat werkt in een eenvoudige omgeving, maar niet in een complexe. En onze samenleving is eerder complex dan eenvoudig.

De consequentie van het derde element is dat zelfs procedures die in de systeemwereld waterdicht zijn, even los van het feit of dat bereikbaar is, in de echte wereld toch niet altijd afdoende zijn. Dus zal altijd die feilbare maar tegelijk ook creatieve mens nodig zijn om een ontsporende situatie te herkennen en op te vangen (Reason, 2008). Daarvoor is weerbaarheid, *resilience*, nodig bij zowel mensen als systemen. Alleen dan is de kans groot dat een ontsporing vroegtijdig wordt opgemerkt, net als de kans dat er adequaat en tijdig wordt gehandeld (Weick & Sutcliffe, 2007). Rigide systemen halen verantwoordelijkheid, kennis en kunde weg bij de uitvoerende mens en zullen dan ook onvermijdelijk falen. Het meest sprekende en wellicht ook meest ingrijpende recente voorbeeld daarvan is het wereldwijd falen van het financiële systeem (Taleb, 2008).

2.2. De checklist

In de luchtvaart was de checklist het eerste en nog steeds belangrijkste hulpmiddel voor de feilbare mens. Op basis van de drie bovengenoemde elementen lijkt het mogelijk ook eenvoudige en dus hanteerbare checklisten te ontwikkelen voor bewindspersonen, bestuurders en beleidsmakers. De eenvoudigste checklist is dan die voor de bewindspersoon of de bestuurder en die zou er als volgt uit kunnen zien:

1. Wat is de opbrengst van de activiteit, dus waarom doen we het?
2. Welke keuzes worden of zijn er gemaakt en hoe mitigeren we de nadelen: dus wat wordt wel en wat wordt niet gedaan, en waarom?
3. Hoe wordt geborgd dat wat wel wordt gedaan ook zo goed mogelijk wordt gedaan?
4. Wat ga ik zeggen wanneer een risico werkelijkheid wordt?

De checklist voor een beleidsmedewerker zal uiteraard langer zijn en complexer. Een uitstekend voorbeeld is de lijst van IenM, 'Bewust omgaan met veiligheid, elementen behorend bij een afwegingskader veiligheid' die al bij de stukken zit. Daar hoeft niet zoveel meer aan gedaan te worden.

Essentieel is dat een checklist niet dient voor verantwoording. Het is dus geen lijst die moet worden ingevuld en ingeleverd. Het is een hulpmiddel voor het denken en handelen van de bewindspersoon, bestuurder of beleidsmedewerker. Niet meer en niet minder.

2.3. Casus traumahelikopters

Een praktische toepassing uit de luchtvaartpraktijk. Over het al dan niet gebruiken van daklocaties van ziekenhuizen als basisstation voor traumahelikopters bestond verschil van inzicht. Marktpartijen waren van mening dat de beperkingen opgelegd door de Staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu, waaronder de beperking dat gebruik alleen overdag was toegestaan, onnodig waren. Daklocaties zouden ook in de nacht veilig en verantwoord als basisstation kunnen worden gebruikt.

Het geschil was hoog opgelopen en aan beide kanten stonden advocatenkantoren en ingenieursbureaus gereed om dit in een juridische procedure uit te vechten. Eind 2010, vlak voor de strijd losbarstte, besloot de bewindspersoon DEGAS om advies te vragen.

Wij hebben de materie volgens bovenstaande checklist benaderd. De eerste stap, waarom doen we het, bleek daarbij cruciaal. Tot op dat moment ging het alleen over het risico en was het debat uitzichtloos. Elk risico was onaanvaardbaar. Nu kwam de afweging in beeld en de opbrengst, minimaal veertig extra geredde mensenlevens per jaar bij toestaan van nachtelijke operaties, overtrof vele malen het aantal potentiële slachtoffers als gevolg van die activiteit.

Bij de tweede stap, het waarom, werd de achtergrond van de bestaande keuze geanalyseerd en werden daarbij kanttekeningen geplaatst. Bij de derde stap werd bekeken hoe de keuze voor nachtgebruik, die op zich al gerechtvaardigd was, verder geborgd zou kunnen worden met optimaal gebruik van risicoverlagende maatregelen. En bij de vierde stap werd de bewindspersoon in overweging gegeven te erkennen dat er een restrisico bleef bestaan, maar dat dit meer dan opwoog tegen de voordelen.

Dit advies bleek het ontstane politieke probleem afdoende op te lossen en het werd dan ook al overgenomen voor het was gedrukt (DEGAS, 2011a).

Het interessante van deze casus is natuurlijk hoe zo'n op zich eenvoudig probleem zo kon ontsporen. In onze analyse kwam dat vooral door drie factoren:

- het voordeel, minder doden, zat bij het ene Ministerie (Volksgezondheid), het risico bij een ander (oorspronkelijk Verkeer en Waterstaat, later Infrastructuur en Milieu)
- de afweging bleef daardoor buiten beeld, waardoor een ander legitiem belang, voorkomen dat de bewindspersoon in problemen komt, voorrang kreeg
- dat leidde tot het zoeken naar en construeren van argumenten om de activiteit te voorkomen, ten koste van aandacht voor het zo goed mogelijk en daardoor met een acceptabel risico uitvoeren van die activiteit

Daarnaast speelden ook andere gebruikelijke factoren een rol: verborgen agenda's en *agency problems*. Door enkele omwonenden werd het argument veiligheid vermoedelijk in stelling gebracht als middel om geluidsbelasting te beperken. Juist door de risicoanalyse open en feitelijk uit voeren en de afweging er bij te betrekken kon de anders ongetwijfeld oeverloos geworden veiligheidsdiscussie toch worden afgerond.

Het *agency problem* (Risk and Regulation Advisory Council, 2009) leek te spelen bij consultants. De ongevalsdata die wij konden achterhalen waren onvoldoende om er een model op te baseren. Toch werden zulke modellen aangeboden en gebruikt voor het ontwerpen van complexe procedures en vergunningen. Gezond operationeel verstand was hier ruim voldoende om tot goede operationele procedures te komen.

Wij gebruiken hierboven de woorden 'vermoedelijk' en 'leek' omdat we dit niet wetenschappelijk hebben onderzocht. Het gebruik van de checklist voorkwam de situatie waarin genoemde aspecten een rol zouden hebben gespeeld en tot onvruchtbare, complexe, tijdrovende en kostbare discussies zouden hebben geleid.

2.4. Casus externe veiligheid luchtvaart

Eveneens in 2011 heeft DEGAS een soortgelijk advies aangeboden over de externe veiligheid van luchtvaart in het algemeen. Dit was een ongevraagd advies en voor zover wij weten is dat netjes gearchiveerd.

Luchtvaart kent een uitzonderlijk hoog veiligheidsniveau en er zijn dan ook zeer weinig landen in de wereld waar men beleid zet op externe veiligheid van luchtvaart. Nederland doet dat wel, wat uiteraard een gevolg is van het ongeval met El-Al in de Bijlmer in 1992. Onze zorg was niet dat er beleid was. De reden voor het ongevraagde advies was, dat bij dat beleid afweging geen rol speelde en discutabele modellen wel.

Afweging is onderdeel van wat internationaal *Societal Risk* heet. In dat begrip zit een kosten-baten afweging, die echter is verdwenen uit de in Nederland gehanteerde interpretatie. Bovendien kreeg die interpretatie in Nederland de naam Groepsrisico, wat versterkt dat dit begrip als indicator van veiligheid wordt gezien in plaats van als onderdeel van een maatschappelijke kosten-baten analyse.

Groepsrisico speelde tot op heden overigens geen rol bij de beoordeling van externe veiligheid van luchtvaart, maar er zijn actoren die dat wel zouden willen, wat ons gezien die specifiek Nederlandse invulling onverstandig lijkt.

Plaatsgebonden-risico wordt wel beleidsmatig toegepast. Het probleem daarbij is echter dat het onderliggende model zeer zwak is. Om daarvan een indruk te geven: de wereldwijde lijst van ongevallen met voldoende gegevens is vrij groot, maar na filtering blijken slechts 75 van de ruim 1600 ongevallen in de dataset bruikbaar voor de Nederlandse situatie. Bij nadere beschouwing blijkt dat 66 van die ongevallen plaats hebben gevonden op of vlakbij de landingsbaan. Bijvoorbeeld doorglijden op een gladde baan. Uiteindelijk zijn slechts negen ongevallen, alle voor landend verkeer, relevant voor de externe veiligheid van omwonenden. Een beetje mager voor de bouw van een model dat zowel startend als landend verkeer omvat en grote beleidsconsequenties heeft.

Hierdoor kregen verborgen agenda's en *agency problems* de afgelopen jaren vrij veel ruimte, wat heeft geleid tot telkens oploeiende discussie, verwijten van onbehoorlijk bestuur en ingrepen in de ruimtelijke ordening zonder echte winst maar met wel echt verlies.

Toepassing van de checklist zou hebben geholpen de discussie langs constructievere paden te leiden, doordat men dan was begonnen de vraag te beantwoorden wat luchtvaart ons brengt. In het bijzonder wat de voordelen zijn van het hebben van een groot luchtvaartknooppunt binnen Nederland. In die discussie waren dan ook de nadelen aan de orde gekomen. De keus die wordt gemaakt is aan de samenleving en is dus bij uitstek politiek. Pas als die keus is gemaakt komen de volgende punten aan de orde, waaronder de maatregelen om een veiligheidsrisico zo veel te beperken als mogelijk is. Acceptatie van het restrisico is dan al een gegeven. Als laatste punt van de checklist kan onbevangen een zo goed mogelijk beeld van dat restrisico worden gepresenteerd. Het is immers niet meer nodig dat risico te verdoezelen om acceptatie van de activiteit te bevorderen.

Kortom, de checklist helpt weg te blijven van het moeras van ogenschijnlijk feitelijke, maar in werkelijkheid emotie-gedreven discussies, en geeft tegelijk diezelfde onmisbare en legitieme emotie een betere plek. Het

advies 'Veiligheid als deel van het geheel' had niet voor niets als ondertitel: 'Een rationele bedding voor emotie' (DEGAS, 2011b).

Casus buiten de luchtvaart, die op deze manier behandeld hadden kunnen worden, maar dat niet zijn en dus in het moeras komen of dreigen te komen, zijn wellicht CO₂-opslag, schaliegaswinning en aardbevingen door aardgaswinning.

2.5. Casus geluidshinder

Ook buiten het domein van veiligheid en risico lijkt deze benadering bruikbaar. Voor de discussie over geluidshinder bijvoorbeeld geldt in grote lijnen hetzelfde als hierboven over de externe veiligheidsdiscussie is gezegd, met als complicerende factor dat er beleidsmatig geen onderscheid wordt gemaakt tussen geluidsbelasting en geluidshinder. Bij de manier waarop de discussie tot op heden wordt gevoerd maakt dat wellicht niet veel uit, maar het onderscheid is wel essentieel voor toepassing van de checklist. Geluidsbelasting kan objectief worden berekend of gemeten, maar geluidshinder wordt individueel ervaren en is dus subjectief. Daar horen verschillende benaderingen bij.

Maken we het onderscheid wel en passen we vervolgens de checklist toe, dan zou de uitkomst uit de volgende stappen kunnen bestaan:

1. We accommoderen een luchtvaartknooppunt in Nederland omdat het hebben van veel luchtverbindingen grotere economische voordelen biedt dan mogelijk zouden zijn met alleen onze eigen markt. Dat accommoderen hoeft uiteraard niet, maar hierom gaat de politieke afweging.
2. We beperken vervolgens de geluidsbelasting zoveel mogelijk door zo stil mogelijke vliegtuigen en optimale procedures en baangebruik te bevorderen.
3. De resterende geluidsbelasting als negatieve omgevingscomponent wordt gecompenseerd met positieve componenten als het met subsidie openhouden van anders niet rendabele faciliteiten als bijvoorbeeld zwembaden of bibliotheken.
4. Geluidshinder als persoonlijke component wordt gecompenseerd met een persoonlijke en vrij te besteden financiële compensatie via een glijdende schaal die gekoppeld is aan die geluidsbelasting.
5. Individuen die hun persoonlijke hinderervaring onacceptabel vinden wordt het via een verhuisfaciliteit mogelijk gemaakt naar een woonomgeving te gaan die ze wat geluidshinder betreft wel acceptabel vinden. Ze maken daarmee dus hun eigen keuze tussen de voor- en nadelen van diverse woonomgevingen.
6. Het verhaal bij geluidshinder wordt daarmee dat, inderdaad, een minderheid hinder ondervindt van een activiteit waar de samenleving als geheel baat bij heeft, maar dat die minderheid daarvoor wordt gecompenseerd uit de algemene middelen en dat die minderheid bovendien opties heeft om de eigen blootstelling te bepalen.

Het is duidelijk dat het zo niet is gegaan en dat we ook hier in een moeras zijn beland van ogenschijnlijk feitelijke (geluidscontouren, aantallen bewegingen, baangebruik) discussies, die echter vooral emotiegedreven waren en zijn. Met bizarre uitkomsten als gevolg. Denk slechts aan de vele miljoenen die zijn besteed aan geluidsisolatie, waarbij een lijn op de kaart bepaalde dat links van de lijn een huis volledig werd geïsoleerd en een huis rechts, een meter verderop, helemaal niet. Terwijl dat bovendien voor de hinderbeleving uiteindelijk niet bleek te helpen. Ook hier werd bij gebrek aan beter een dubieus model allesbepalend. En ook hier deden en doen zich allerlei *agency problems* voor.

Via de checklist had ook hier de legitieme emotie kunnen leiden tot zinvolle en oplossingen genererende discussie. Met als belangrijk neveneffect dat de kans groot is dat de overheid zou zijn gezien als helper, als goede vader (of moeder), in plaats van te worden weggezet als de onbetrouwbare gedogter van een vrijstaat.

3. Implementatieproblemen

De potentie van een checklist reikt dus verder dan het domein van veiligheid en risico's. Dat toepassing in diverse domeinen wordt gepropageerd is dan ook niet verwonderlijk (Gawande, 2011). Dat die toepassing niet van de grond komt betekent dat er obstakels zijn. Een aantal daarvan is eenvoudig te achterhalen:

- Veiligheid als doel propageren in plaats van als deel van het geheel
- Beheerssysteem centraal zetten in plaats van de handelende mens centraal te plaatsen
- Geen a priori onderscheid maken tussen bonafide en malafide gedrag door inspectie, handhaving en vervolging

Er zijn zeker meer obstakels, maar deze drie zijn naar onze inschatting de belangrijkste en moeten dus minimaal worden overwonnen om tot een effectieve visie op veiligheid en risico's te komen.

3.1. Veiligheid als doel

Van de genoemde drie is dit wellicht het grootste obstakel: een andere visie vraagt om een geheel andere benadering van veiligheid en risico's dan het gebruikelijke 'Veiligheid is onze hoogste prioriteit'. Het is heel lastig voor een bewindspersoon of een CEO om uit te spreken dat veiligheid altijd een afweging is, dus een compromis. Maar het is ook noodzakelijk. Pas dan ontstaat er ruimte om die afweging aan een nader onderzoek te onderwerpen en te bekijken of die vanuit de samenleving gezien optimaal is. Wordt die ruimte niet geschapen, dan zullen afwegingen onvermijdelijk nog steeds plaatsvinden, wat goed gaat zolang er niets gebeurt. Bij het onderzoek na een calamiteit worden ze dan ontdekt, waarna de verontwaardiging groot is en degenen die de afweging hebben gemaakt de klos zijn. Daarvan wordt op systeemniveau niets geleerd en het leidt tot verstarring en dus minder weerbaarheid van systemen. In ieder geval in eerste instantie. Na verloop van tijd zullen die afwegingen natuurlijk onvermijdelijk toch weer in het systeem kruipen.

3.2. Beheerssysteem centraal

Een beheerssysteem geeft de illusie van controle en het is dan ook lastig voor een bewindspersoon of een CEO om te erkennen dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden van zo'n systeem wanneer het *top down* wordt neergelegd. Het is mogelijk er een basaal niveau van veiligheid mee te bereiken en als dat voldoende is, prima. Maar moet het veiligheidsniveau omhoog, dan dient de handelende mens centraal te komen, en daartoe moet het beheerssysteem zo worden ingericht dat het die handelende mens optimaal ondersteunt. Zo'n aanpak geeft onzekerheid, want er is geen zekerheid dat die handelende mens altijd juist handelt. Sterker nog, de zekerheid is dat hij of zij dat soms niet zal doen. De uitdaging is die kans zo klein mogelijk te maken. Dat betekent leren van wat misgaat en investeren in de gereedschappen, kennis en kunde van die handelende mens. Aan die kennis en kunde moeten dan ook eisen worden gesteld en die moet worden getoetst, met consequenties. In de luchtvaart gebeurt dat ook, in wat een *Just Culture* is gaan

heten (Dekker, 2007). Zo'n systeem is tolerant voor oprechte fouten en oprechte maar achteraf verkeerde optimalisaties: daarvan wordt alleen maar geleerd. Maar het systeem is hard in de eisen die het aan de handelende mens stelt op gebied van kennis en kunde.

In *top down* beheerssystemen is vaak het omgekeerde het geval. Van fouten wordt weinig geleerd, maar mensen kunnen zich achter het systeem verschuilen en verantwoordelijkheden afschuiven op het systeem. Ook dit is moeilijk te veranderen, maar in steeds meer domeinen begint men in te zien dat een *Just Culture* benadering perspectief biedt (Orde van Medische Specialisten, 2013) (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013).

3.3. *One size fits all* bij inspectie, handhaving en vervolging

Ook het onderscheid tussen malafide en bonafide organisaties is een lastig onderwerp, waarover we al eens een DEGAS-advies hebben uitgebracht. (DEGAS, 2009b) Om een lerende omgeving te bevorderen en de handelende mens de ruimte te geven om daadwerkelijk in elke situatie naar beste inzicht te kunnen handelen is het noodzakelijk op voorhand een onderscheid te maken tussen gedrag dat waarschijnlijk malafide is en gedrag dat waarschijnlijk bonafide is.

Malafide gedrag, waaronder ook het halfslachtig opvolgen van regels en voorschriften omdat het moet, niet omdat het nut ervan wordt ingezien, verdient kordate handhaving en al snel vervolging. Bonafide gedrag dient heel anders benaderd te worden.¹ Het is verheugend te constateren dat een aantal inspecties bereid is dit onderscheid in principe te maken en te zoeken naar wegen hoe daar mee om te gaan (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013). In het kader van deze verkenning gaan we daar niet verder op in, maar voor een succesvolle implementatie van een effectief en samenhangend beleid op het gebied van veiligheid en risico's is het noodzakelijk dat vanaf het begin de rol van Inspecties en van het Openbaar Ministerie wordt meegenomen in de ontwikkeling.

4. Tot slot

Het bovenstaande is een summier overzicht, dat beseffen wij. Maar het doel is alleen te zien of andere adviescolleges hierin iets herkennen en onze bevindingen en de voorgestelde benadering onderschrijven. Indien dat het geval is zou een rode draad langs deze lijnen wellicht ontwikkeld kunnen worden.

Wij denken dat het de moeite waard is, want zoals door diverse deelnemers aan de werkgroep al is opgemerkt: de tijd is rijp om iets te kunnen doen. Atul Gawande verwoordt het als volgt:

“We don't study routine failures in teaching, in law, in government programs, in the financial industry, or elsewhere. We don't look for the patterns of our recurrent mistakes or devise and refine potential solutions for them. But we could, and that is the ultimate point.”

(Gawande, *The Checklist Manifesto: how to get things right*, 2011, p. 185)

¹ De zaak Tuitjenhorn was vermoedelijk beter verlopen als niet vol de aanpak van mogelijk malafide handelen was ingezet, maar juist die van waarschijnlijk bonafide. Dat had veel leermomenten op kunnen leveren: hoe komt een arts tot een handelwijze die door andere artsen in algemene zin wordt afgekeurd, geldt die afkeuring ook voor deze specifieke situatie, en welke signalen zijn er mogelijk aan vooraf gegaan als het inderdaad afwijkend gedrag betreft.

5. Referenties

- Better Regulation Commission. (2006). *Risk, Responsibility and Regulation: whose risk is it anyway?* London: BRC.
- Brenninkmeijer, A., Graaf, B. d., Roeser, S., & Passchier, W. (2012). *Omgaan met omgevingsrisico's en onzekerheden: hoe doen we dat samen?* Den Haag: Bureau KLB.
- DEGAS. (2008). *CATS: advies betreffende het causale model van luchtvaartveiligheid*. Amsterdam: DEGAS.
- DEGAS. (2009a). *De voorschriften voorbij: richtlijnen voor het verder verbeteren van de veiligheid van ultravelige systemen*. Amsterdam: DEGAS.
- DEGAS. (2009b). *Liever verantwoordelijk dan vogelvrij: de rol van het strafrecht bij luchtvaartvoorvallen*. Amsterdam: DEGAS.
- DEGAS. (2010a). *Regels als gestolde ervaring: de noodzaak van een nieuw paradigma*. Amsterdam: DEGAS.
- DEGAS. (2011a). *Veiligheid op hoog niveau: helikopter-operaties vanaf ziekenhuisdaken*. Amsterdam: DEGAS.
- DEGAS. (2011b). *Veiligheid als deel van het geheel: een rationele bedding voor emotie*. Amsterdam: DEGAS.
- DEGAS. (2012a). *Remmende voorsprong: de nationale context van het veiligheidsonderzoek van de burgerluchtvaart in Nederland*. Amsterdam: DEGAS.
- Dekker, S. (2006). *The Field Guide to Understanding Human Error*. Ashgate.
- Dekker, S. (2007). *Just Culture: balancing safety and accountability*. Ashgate.
- Dekker, S. (2011). *Drift Into Failure: from hunting broken components to understanding complex systems*. Ashgate.
- Espejo, R., & Harnden, R. (Red.). (1989). *The Viable System Model: interpretations and applications of Stafford Beer's VSM*. John Wiley & Sons.
- Gawande, A. (2002). *Complications: a surgeon's notes on an imperfect science*. Picador.
- Gawande, A. (2011). *The Checklist Manifesto: how to get things right*. London: Profile Books.
- Green, R. (1991). *Human Factors for Pilots*. Avebury Technical.
- Hoebeke, L. (1994). *Making Work Systems Better: a practitioner's reflection* (Internet 2000 ed.). John Wiley & Sons.
- Hollnagel, E. (2009). *The ETTO Principle: why things that go right sometimes go wrong*. Ashgate.
- Hollnagel, E., Nemeth, C. P., & Dekker, S. (2008). *Resilience Engineering Perspective: remaining sensitive to the possibility of failure*. Ashgate.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2013). *Staat van de Gezondheidszorg 2013: op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg*. Utrecht: IGZ.

- Korsten, A. (2010, 12 23). *Juridisering; een korte schets over regelverdichting, overregulering en regeldruk, wat kenmerkend is voor juridisering en hoe juridisering te bestrijden*. Opgeroepen op 01 28, 2012, van arnokosten.nl: www.arnokosten.nl/PDF/Beleidsinstrumenten/Juridisering.pdf
- Mateou, A., & Michaelides, S. (2010). *Flying in the Face of Criminalization. the safety implications of prosecuting aviation professionals for accidents*. Ashgate.
- Mertens, F. (2011). *Inspecteren; toezicht door inspecties*. Den Haag: Sdu.
- Min BZK. (2012). *Nieuwe perspectieven bij het omgaan met risico's en verantwoordelijkheden*. Den Haag: Min BZK.
- Orde van Medische Specialisten. (2013). *Optimaal functioneren van medische specialisten*. Utrecht: OMS.
- Reason, J. (2008). *The Human Contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries*. Ashgate.
- Risk and Regulation Advisory Council. (2009). *Response with responsibility: policy-making for public risk in the 21st century*. London: RRAC.
- ROB. (2012). *Belichaming van de kundige overheid: over openbaar bestuur, incidentreflexen en risicoaanvaarding*. Den Haag: ROB.
- Runciman, B. (2007). *Safety And Ethics In Healthcare: a guide to getting it right*. Ashgate.
- Stolzer, A., Halford, C., & Goglia, J. (2010). *Safety Management Systems In Aviation*. Ashgate.
- Taleb, N. N. (2008). *The Black Swan: the impact of the highly improbable*. Penguin Books.
- Taleb, N. N. (2013). *Antifragile: things that gain from disorder*. Penguin Books.
- Tol, J. v., Helsloot, I., & Mertens, F. (2011). *Veiligheid boven alles? Essays over oorzaken en gevolgen van de risico-regelreflex*. Den Haag: Boom Lemma.
- Weick, C. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the Unexpected: resilient performance in an age of uncertainty*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wildavsky, A. (1988). *Searching For Safety*. Transaction Publishers.
- WRR. (2011). *Evenwichtskunst: over de verdeling van verantwoordelijkheid voor fysieke veiligheid*. Den Haag: WRR.

Zie voor meer literatuurinformatie de bibliotheek op de DEGAS-website: www.adviescollege-degas.nl

-oOo-