



Welkom bij het webinar

Nieuwe werkwijze ongevalsonderzoek arbeidsinspectie

22 maart 2023

PROGRAMMA

13:00 uur | Start webinar

13:05 uur | Toelichting op de nieuwe werkwijze, inclusief vragen

Toelichting op de GAO door Diana Martens (projectleider arbeidsomstandigheden Programma Goed Werkgeverschap in Sectoren, NLA) en Jane Tijssen (projectleider NLA)

13:50 uur | Voorkom de valkuilen van incidentenonderzoek, inclusief vragen

Door H  lene Plaggenborg

14:30 uur | Leidraad voor werkgevers

Door Kees Halm

14:50 uur | Vragen en afronden

15:30 uur | Einde bijeenkomst

koninklijke
metaalunie

FME  **POWERED
BY DUTCH
TECHNOLOGY**



Nederlandse Arbeidsinspectie
*Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid*



Ongevalsonderzoek

Webinar FME/MetaalUnie
22 maart 2023



Werkveld Arbeidsomstandigheden

Toezicht op:

- ✓ Arbeidsomstandighedenwet
- ✓ Warenwet
- ✓ Kernenergiewet

Onderzoek naar:

- ✓ Arbeidsongevallen
- ✓ Klachten over arbeidsomstandigheden





Wat is een arbeidsongeval?

Volgens de Arbeidsomstandighedenwet is een arbeidsongeval een gebeurtenis op het werk of in werktijd die (vrijwel) onmiddellijk leidt tot de dood of schade aan de gezondheid en met verzuim tot gevolg.

Het kan gaan om een ongeval in een bedrijf, in een instelling, op een (bouw)locatie of bij het werken aan de weg.



Welke arbeidsongevallen moeten gemeld worden?

Arbeidsongevallen
moeten worden
gemeld:

als het slachtoffer
opgenomen wordt
in het ziekenhuis;

wanneer er sprake
is van blijvend
letsel;

als het slachtoffer
overleden is aan
de gevolgen van
het ongeval.



Data met betrekking tot ongevalsonderzoek

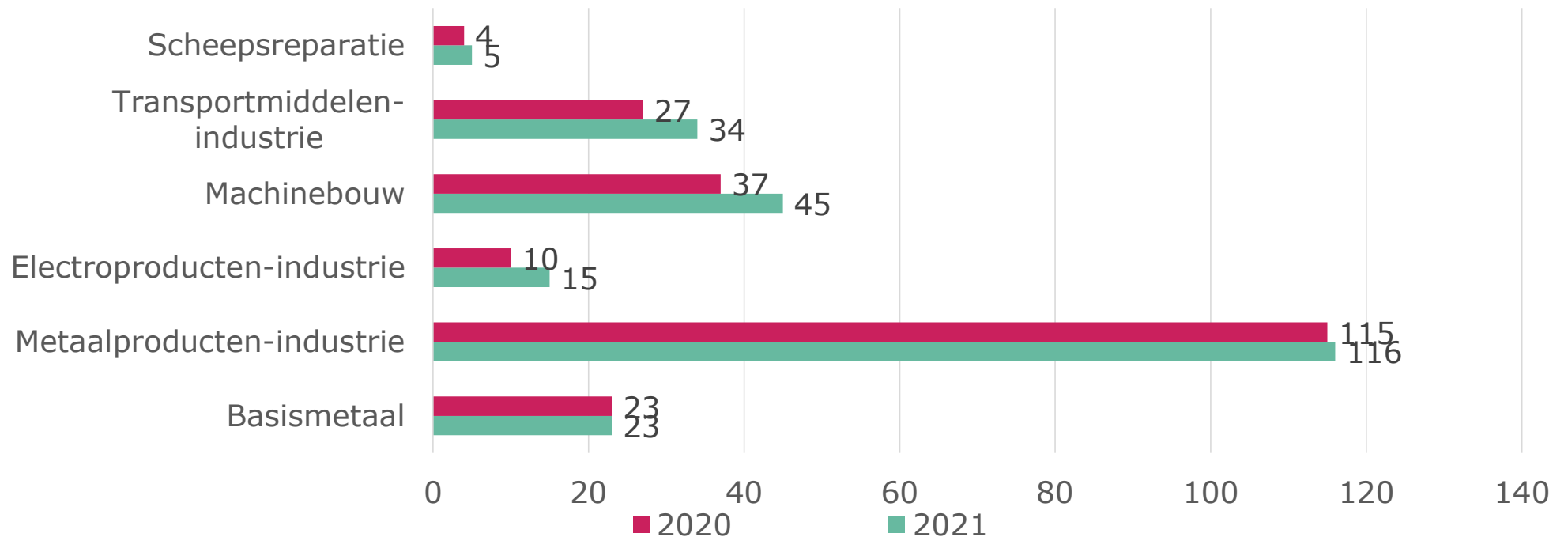
- > Ongeveer 5.000 ongevalsmeldingen in totaal
- > Ongeveer 2.100 meldingsplichtige arbeidsongevallen
- > 50-70 dodelijke ongevallen (strafrecht)
- > 8 teams 20 fte + SRP 30 fte
- > 50% handhaving (boeterapport)
- > 30-40 processen-verbaal
- > Directie M&V





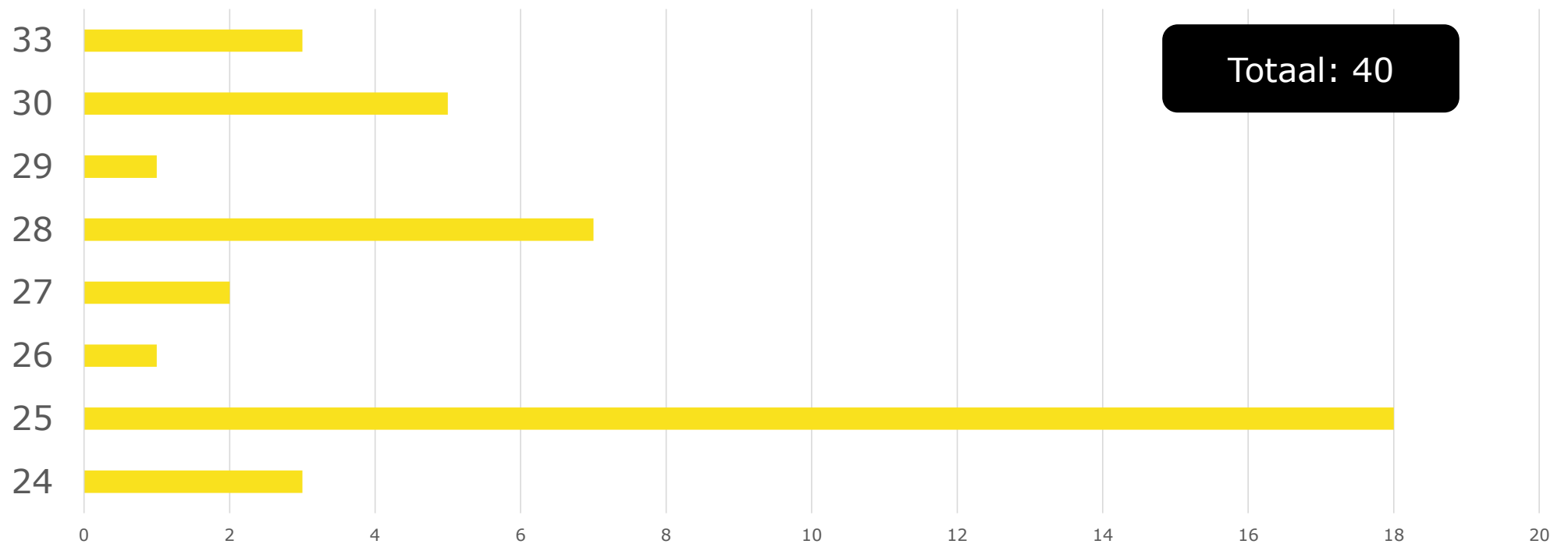
Vertaald naar de Metaalsector:

Ongevallen 2020 en 2021:





Aantal ongevallen 2023 per SBI code



Vanaf 1 januari 2023 nieuwe aanpak

- › Gedifferentieerde aanpak ongevallen (GAO 2.0)
- › Verschil met "oude" aanpak:
 - Zelf onderzoek door werkgever
 - Rapportage met verbeterplan
 - Doel: leren van ongevallen en voorkomen van ongevallen



Kern GAO 2.0



- Altijd direct ter plaatse (< 2 uur)
- Auditief horen (niet uitwerken)
- Veiligstellen bewijzen
- Opvragen documenten (RIE, PvA, basiscontract, VOeT)
- Opvragen werkgeversrapportage
 - vaststelling feiten
 - aandacht voor directe oorzaken én achterliggende oorzaken
 - plan van aanpak (verbetermaatregelen)
 - opvolgende inspectie
 - eventueel vervolgininspectie
- Handreiking, zelfinspectietool, vrijheid methode, beoordelingsformulier, opleiding

Eerste bevindingen GAO 2.0 in 2023



- Beoordeling van de zelfrapportage werkt goed
- Werkgevers geven aan het prettig te vinden
- Kleine werkgevers willen format, wordt ingevuld door een online handreiking
- Een handvol werkgevers die niet mee wilde doen
- Nauwelijks 2^{de} keer afkeuren, wel regelmatig een 1^{ste} afkeur
- De diepgang bij onderzoek naar oorzaken kan nog wel wat dieper (vaak oppervlakkig)



Hoe verloopt een ongevalsonderzoek

1. Nieuwe werkwijze sinds 1 januari 2023
2. Leren van ongevallen staat voorop

<https://www.nlarbeidsinspectie.nl/onderwerpen/ongevalsonderzoek>



Proces (1)

1. Melding ongeval komt binnen
2. Er wordt bepaald of dit een meldingsplichtig ongeval is en of dit ongeval een zelfonderzoek en rapportage WG verlangt
3. Melding wordt uitgezet bij inspecteur
4. Deze gaat naar het bedrijf
5. Bij zelfonderzoek en rapportage WG: uitleg van inspecteur
6. Uitvoeren zelfonderzoek en rapportage (zie handreiking)
7. Rapportage bestaat uit onderzoek en verbeterplan
8. Dit wordt door inspecteur gecontroleerd (voldoet of niet)
9. Mogelijkheid tot aanpassing



Proces (2)

- › Rapportage en verbeterplan voldoen
- › Dan wordt onderzoek afgesloten
- › In dit geval kan er vervolgininspectie komen (controle uitvoering verbetermaatregelen)
- › Rapportage en verbeterplan voldoen niet
- › Dan voert de inspecteur zelf verder onderzoek uit naar ongeval
- › Bij overtreding: handhaving (boeterapport)
- › En verbetermaatregelen moeten alsnog genomen worden

Het onderzoek:

- ▶ Het onderzoek bestaat uit de volgende vier stappen, op basis waarvan u de rapportage kunt maken:
 - ▶ Informatie verzamelen
 - ▶ Onderzoek de plaats van het arbeidsongeval
 - ▶ Bewaren van bewijsmateriaal
 - ▶ Interviewen
 - ▶ Informatie analyseren
 - ▶ Analysemethode (middels tijdlijn, 5x W)
 - ▶ Passende maatregelen identificeren
 - ▶ Verbeterplan opstellen, uitvoeren, evalueren, verbeteren en weer uitvoeren, etc.

KJO

Dia 16

KJ0

Bij informatie verzamelen wordt in de handreiking nog aangegeven dat antwoord gevonden moet worden op de punten A tot en met K. Blz 6-7-8. Belangrijke punten, wellicht benoemen en niet in sheet zetten

Kerkhof, J.; 2023-02-10T10:52:58.629

Onderzoeken en rapporten

- ▶ Ongevallen (ongewilde gebeurtenissen) zijn afwijkingen van een beoogd werkproces. Het is daarom van belang om tijdens het onderzoek te achterhalen of:
 - ▶ de risico's van die concrete werkzaamheden voldoende waren geïnventariseerd;
 - ▶ er een veilige werkwijze was ontwikkeld;
 - ▶ de noodzakelijke randvoorwaarden waren gecreëerd voor het toepassen van die veilige werkwijze;
 - ▶ er adequate instructies waren gegeven;
 - ▶ er adequaat en passend toezicht werd gehouden
- ▶ Waarom waren er afwijkingen in het “beoogde werkproces” en het “uitgevoerde werkproces”, en wat was de aanleiding voor die afwijkingen?
- ▶ Oorzaken zijn onder te verdelen in:
 - ▶ Directe oorzaken; deze geven aan wat er en waar het mis ging
 - ▶ Basis (achterliggende) oorzaken; deze geven aan hoe en waarom het mis kon gaan
 - ▶ Bij elke directe en basisoorzaak dient u maatregelen ter verbetering te zoeken, te ontwikkelen en uit te voeren

Het onderzoek

- ▶ Beschrijving ongevalssituatie o.a. door:
 - ▶ Het ongeval, de achtergronden, het tijdstip en de voorafgaande gebeurtenissen precies te beschrijven, (wie, waar, wat, wanneer, waarmee, welke, hoe en waarom);
 - ▶ De omstandigheden ter plaatse te beschrijven;
 - ▶ De werkzaamheden te beschrijven;
 - ▶ Aan te geven welk arbeidsmiddel gebruikt werd, wat de mogelijkheden daarvan zijn en of er storingen optraden;
 - ▶ Aan te geven waar de betrokken werknemers zich bevonden waar ze mee bezig waren;
 - ▶ Alle relevante instructies te beschrijven;
 - ▶ Vast te stellen welke ongecontroleerde processen/werkwijzen/energiestromen aanwezig waren

Het onderzoek

- ▶ Achterhalen waarom het tot een arbeidsongeval kon leiden, o.a. door:
 - ▶ Na te gaan of er sprake is geweest van operationele afwijkingen, andere storingen of verkeerd gebruik van arbeidsmiddelen (incl. hulpmiddelen en PBM's) en waarom hiervan sprake was;
 - ▶ De relevante vaardigheden van de werknemers en het gebruik daarvan te evalueren;
 - ▶ Vast te stellen of werknemers fit for duty waren (voldoende uitgerust, niet afgeleid door andere factoren, geen alcohol/drugs, etc.)
 - ▶ Na te gaan of wijzigingen in personeel, procedures, apparatuur of processen hebben bijgedragen aan het ongeval;
 - ▶ Na te gaan welke maatregelen waren genomen om het ongeval te voorkomen en vooral waarom deze niet afdoende waren;
 - ▶ De directe en basis (achterliggende) oorzaken vast te stellen;
 - ▶ Na te gaan welke maatregelen na het ongeval zijn genomen in de hulpverlening en om de schade te beperken;
 - ▶ Na te gaan of het geheel van risico's, maatregelen, taken, bevoegdheden, organisatie en cultuur voldoende zijn om veilig en gezond werken zeker te stellen.
- ▶ Na te gaan welke verbetermaatregelen nodig zijn om veilig en gezond werken te verbeteren

De rapportage

- ▶ Aandacht besteden aan:
 - ▶ Beschrijving van het arbeidsongeval
 - ▶ Beschrijving van de risico's van de situatie waarin zich het ongeval heeft voorgedaan
 - ▶ Beschrijving van de vooraf ontwikkelde werkwijze van de handeling waarbij het ongeval zich heeft voorgedaan en over de hiervoor benodigde randvoorwaarden
 - ▶ Beschrijving van de aan de betrokken werknemers gegeven voorlichting over de risico's en onderricht inzake het toepassen van de werkwijze
 - ▶ Beschrijving over het gehouden (veiligheids)toezicht op de uitvoering van de werkzaamheden ten tijde van het ongeval
 - ▶ Welke inspanningen zijn direct na het ongeval geleverd om een dergelijk ongeval in de toekomst te voorkomen?
 - ▶ Beschrijving van de overige aspecten die invloed hebben gehad op het ontstaan of mogelijk voorkomen van dit ongeval?

Inhoudelijke beoordeling NLA

- ▶ De rapportage zal inhoudelijk beoordeeld worden op de volgende punten:
 - ▶ de volledigheid van de gegevens van het ongeval en van de daarbij betrokkenen;
 - ▶ een duidelijke beschrijving van de wijze van onderzoek;
 - ▶ de onderzoeksdocumenten (voorbeelden daarvan zijn o.a. de getuigeninterviews, foto- /beeldmateriaal);
 - ▶ een complete en logische beschrijving van toedracht en feiten;
 - ▶ een beschrijving van de risico's die voorafgaand aan het ongeval zijn geïnventariseerd en geëvalueerd;
 - ▶ een beschrijving van de voorafgaand aan het ongeval door u ontwikkelde werkwijze om de handeling (veilig) te kunnen verrichten;
 - ▶ een beschrijving van de voorafgaand aan het ongeval gecreëerde randvoorwaarden om die handeling te kunnen toepassen;
 - ▶ een overzicht van verstrekte instructies over de toe te passen werkmethode;
 - ▶ uitleg over hoe het toezicht op de uitvoering van die werkmethode was georganiseerd;
 - ▶ een analyse tot en met de basisoorzaken;
 - ▶ een overzicht van (ev tijdelijke) maatregelen die u direct na het ongeval heeft genomen of gaat nemen om herhaling te voorkomen;
 - ▶ definitieve maatregelen in het verbeterplan die compleet, concreet en SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden) geformuleerd zijn en logisch volgen uit het onderzoeksrapport



Onderbouwing rapportage

- > De inhoud dient onderbouwd te worden met:
 - Interviews
 - Gebruikte documentatie
 - Foto- en/of beeldmateriaal
 - Dient navolgbaar te zijn hoe en op basis waarvan de rapportage tot stand is gekomen

Nr.	Gegevens / bescheiden
1	Huishoudelijk reglement / bedrijfsreglement
2	Risico Inventarisatie & -Evaluatie
3	Plan van aanpak behorende bij de RI&E
4	Basiscontract met de Arbodienstverlener
5	Taak Risico Analyse
6	Specifieke werkinstructie
7	Voorlichting / onderricht / training / opleiding / toolbox(overzicht)
8	Aanwezigheidsregistratie instructies
9	Schriftelijke (veiligheids)procedure
10	Bedieningshandleiding / gebruikershandleiding
11	Toezicht, werkplekinspecties
12	Ongevalse- en incidentenrapportage
13	Functie profiel / inhoud
14	Arbeidsovereenkomsten
15	Functioneringsgesprekken
16	Verkeersplan
17	Beeld- en filmmateriaal
18	Genomen maatregelen n.a.v. het ongeval
19	Plattegronden
20	(bijna) ongevallen registratie



Korte blik in de nieuwe werkwijze

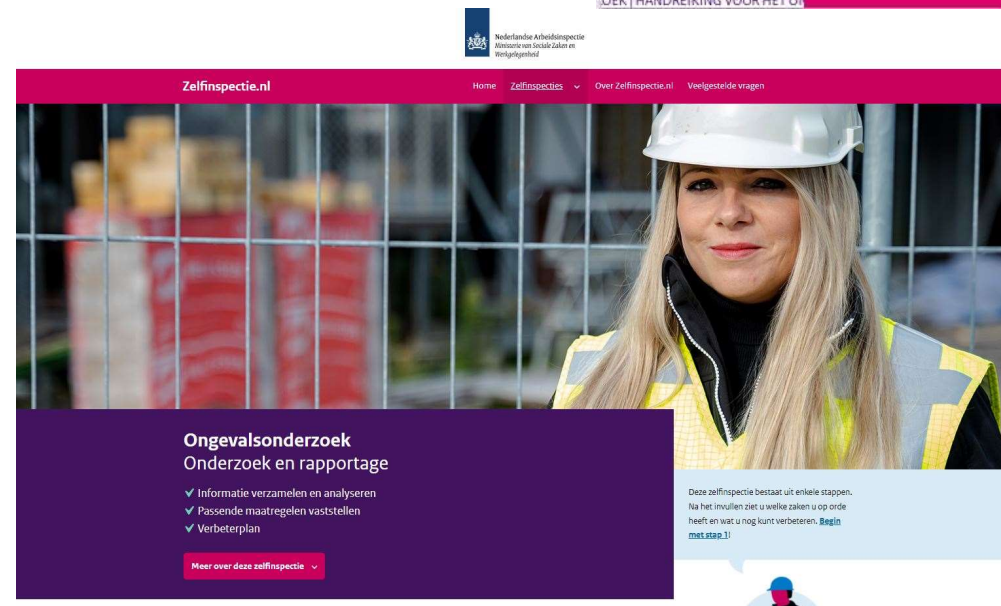
- › Advies:
- › Leer van ongevallen en voorkom op deze manier nieuwe ongevallen
- › Zie de zelfrapportage niet als een “verplicht nummer” van de Arbeidsinspectie
- › Verbetersuggesties: werkgroep preventie ongevallen





Meer informatie en hulpmiddelen

- > www.nlarbeidsinspectie.nl
- > [Arbeidsongevallen | Nederlandse Arbeidsinspectie \(nlarbeidsinspectie.nl\)](http://www.nlarbeidsinspectie.nl)
- > [Arbeidsongeval melden | Melden | Nederlandse Arbeidsinspectie \(nlarbeidsinspectie.nl\)](http://www.nlarbeidsinspectie.nl)
- > [Ongevalsonderzoek | Nederlandse Arbeidsinspectie \(nlarbeidsinspectie.nl\)](http://www.nlarbeidsinspectie.nl)
- > www.nlarbeidsinspectie.nl/documenten-ongevalsonderzoek
- > www.zelfinspectie.nl/ongevalsonderzoek





Voorkom Valkuilen bij Incidentenonderzoek

Nederlandse Arbeidsinspectie

Hélène Plaggenborg

22 maart 2023

Inhoud

1. Oordeelvrij leren van ongevallen
2. Hindsight bias en andere biases
3. Biases
4. Menselijk handelen en organisatiecultuur
5. Routinematig gedrag
6. Menselijk gedrag en menselijke fouten
7. Vragen??



Oordeelvrij Leren van Ongevallen

Theorie van David van Valkenburg:

- adviseur human factors en veiligheid
- onderzoeker incidenten en ernstige ongevallen

Belangrijkste punten:

Ongevalsonderzoek – Hoe moet t niet?

- Hindsight bias en andere denkfouten
- Normatief taalgebruik en counterfactuals

Ongevalsonderzoek – Hoe moet t wel?

- De context in beeld
- Leren van en met elkaar

Hindsight bias en andere denkfouten



- Bias = 'denkfout' of onbewust vooroordeel
- Het trekken van irrationele conclusies op basis van eigen interpretatie
- Oorzaken biases:
 - Sociale invloeden/cultuur
 - Ervaring/emotie
 - Onvoldoende verwerkingscapaciteit
 - Heuristieken

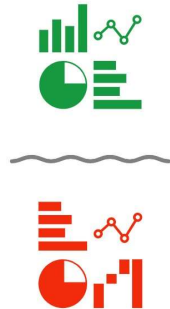
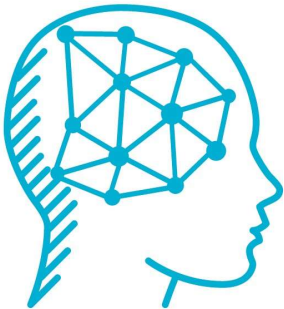
- Hindsight Bias = wijsheid achteraf

- [Captain Hindsight - Bing video](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=4RkSrF1HFY0> (link kopiëren in browser)

Hoe herken je de hindsight bias?

BIAS?



> **Normatief taalgebruik:**

- onjuist, onvoldoende, te laat -> mening onderzoeker

> **Counterfactuals:**

- “Wat nou als..”
- Ze hadden... (een LMRA moeten uitvoeren), ze hadden niet..
- Aanname dat het ongeval dan niet gebeurd zou zijn

> Niet leren maar oordelen

> Verplaats je in de “local rationality”: waarom was het daar en toen logisch om zo te werken?

Andere relevante biases bij ongevalsonderzoek

Moeilijkheden bij oordelen en beslissen (foutieve heuristieken)

- **Confirmation bias** — letten op info die je overtuiging bevestigt, alle andere info negeren
- **Hindsight bias** — ‘ik had het kunnen weten’
- **Anchoring bias** — eerste info telt het zwaarst
- **Representativeness bias** — één voorbeeld is representatief voor de hele groep
- **Availability bias** — hoe meer voorbeelden je kan verzinnen, hoe groter de schatting

5

Plenaire discussie:

- > Kun je een praktijkvoorbeeld van 1 van deze biases geven?
- > Hoe trap je als werkgever niet in die valkuil?

Anchoringbias:

Wat zie je?



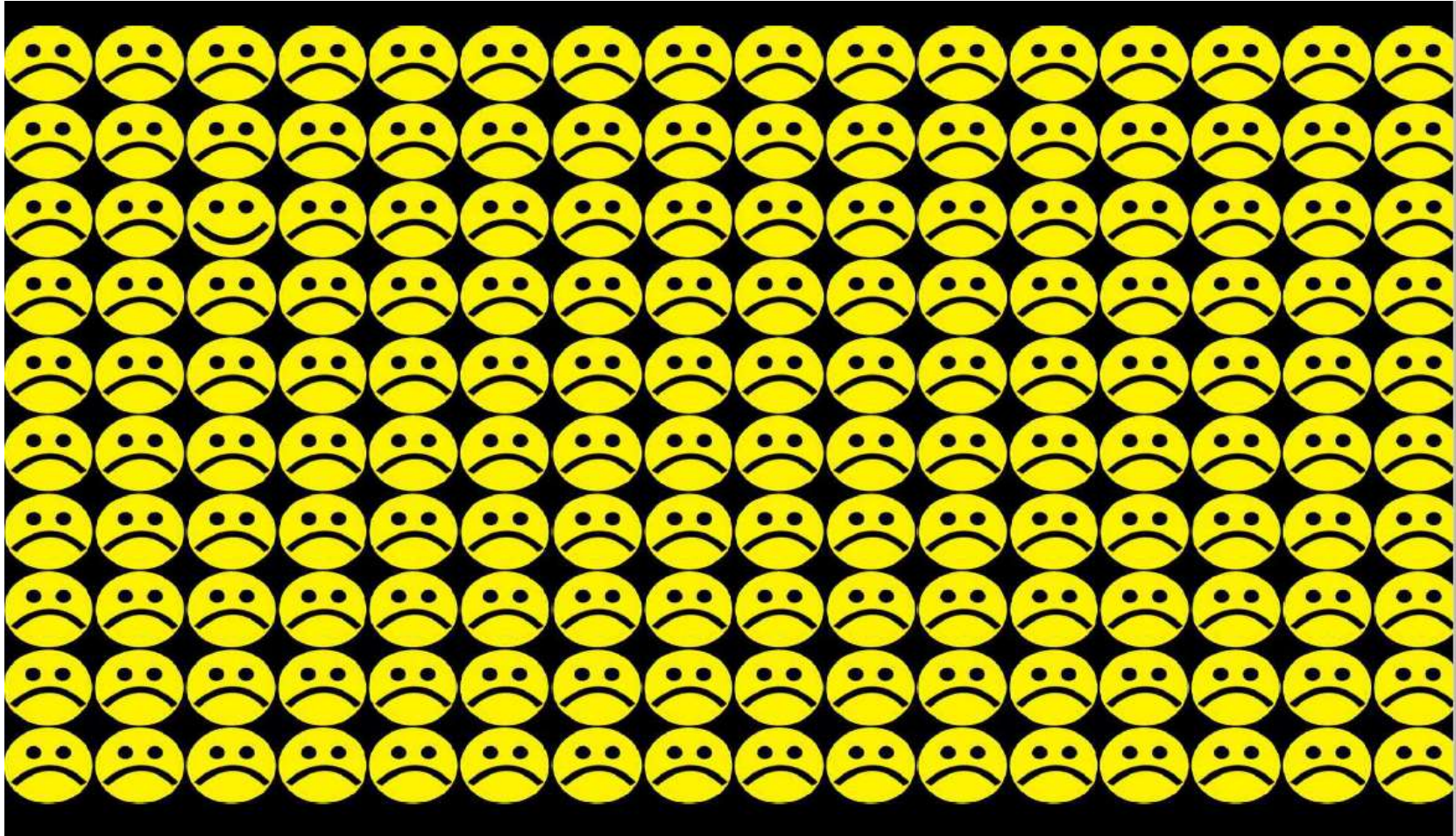
27-3-2023

Werkgeversrapportage

31

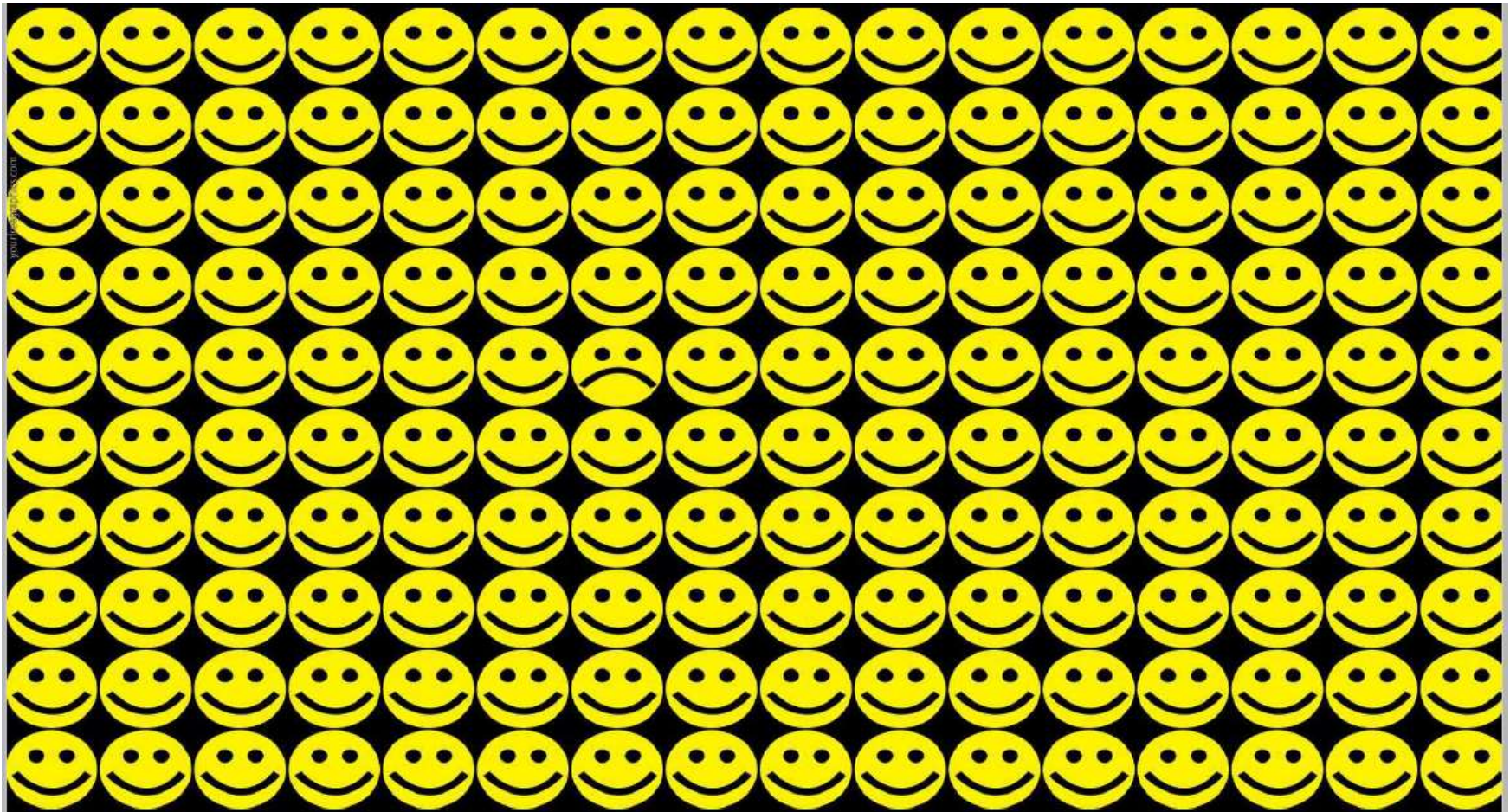
Test





Test





EHBB

(Eerste hulp bij biases)

Besef:

Wees je bewust van (eigen) biases en de gevolgen daarvan

Peer Review:

Je onderwerpt je rapportage aan de kritische blik van collega's (preventiemedewerker, leidinggevende, operator) ter verbetering van de kwaliteit.

Advocaat van de duivel:

Argumenten (laten) verzamelen tegen de conclusie in je rapport.

Ongevalsonderzoek: Hoe moet het wel?

> De context in beeld:

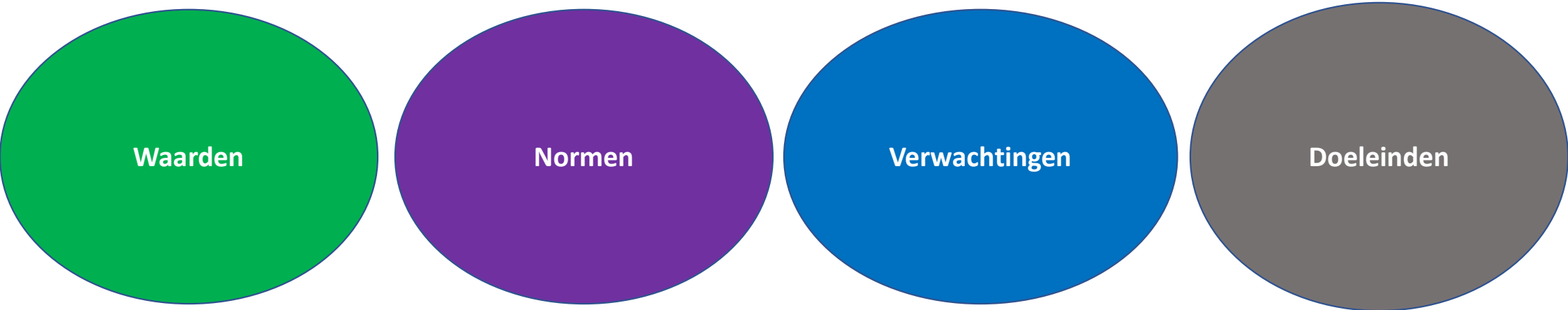
- Waarom was het logisch om het daar en dan zo te doen?
- Men handelt op basis van eigen begrip/beeld van de situatie (*confirmation bias + sociale norm*)
- **Local rationality:** Begrip van het werk in de praktijk mét de mensen uit de praktijk (work as done)
- Oordeelvrij; 5x waarom -> bijdragende factoren in kaart

> Met elkaar:

- Context in kaart brengen van alle betrokkenen
- So, getuige, LG, dir, medewerkers, preventiemedewerker, opdrachtgever etc
- Inzicht in complexiteit van het systeem -> zinvolle verbeteringen

Menselijk handelen en organisatiecultuur

- > Menselijk handelen staat niet op zichzelf, maar is afhankelijk van omgevingsfactoren = context
- > Context wordt mede bepaald door de **cultuur** in een organisatie
- > Organisatiecultuur is het geheel van gedeelde:



- > Geheel bepaalt hoe werknemers **omgaan** met elkaar, hun werk en de buitenwereld.
- > **Gedrag** is een zichtbare **uiting** van deze cultuur.



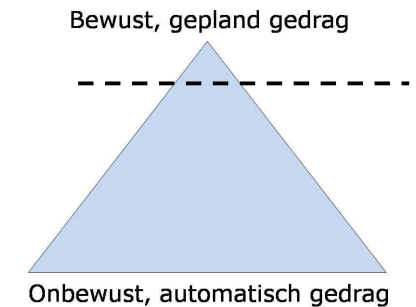
Menselijk handelen en organisatiecultuur

27-3-2023

- > Cultuur is het geheel van gedeelde **waarden, normen, en gedragingen** van medewerkers
- > In hoeverre is er sprake van een cultuur die veilig en gezond werk bevordert?
 - vertoont de leidinggevende voorbeeldgedrag?
 - Draagt hij/zij zelf bijvoorbeeld de juiste persoonlijke beschermingsmiddelen?
 - Worden medewerkers bevraagd op hun ideeën om het werk veiliger te maken?
 - Voelen medewerkers zich veilig om fouten te melden?
 - Hoe leert de organisatie van ongevallen en incidenten?
- > Oordeelvrij; 5x waarom -> ook cultuurfactoren in kaart?

Routinematig vs gepland gedrag

- Wat denk je: welk percentage van het gedrag is routinematig?
- **Context werk:** grotendeels routinematig gedrag. Blaming the victim doet daar geen recht aan en lost het probleem ook niet op.
- Zo doen we het hier (**cultuur**): grotendeels routine, onbewust,
- **sociale norm**
- **Local rationality**





Menselijk gedrag -> menselijke fouten

- Vergissing
- De aandacht er niet bij hebben/routine
- Afgeleid zijn
- Procedure vergeten/onjuist toepassen
- Verkeerde inschatting

Voorbeeld menselijke fout:

<https://www.youtube.com/watch?v=F5EJb1NNcN4>



Belangrijkste lessen:

Beoordeel de menselijke fout niet als een op zichzelf staande “menselijke factor”, maar bekijk het **in de context van en met de mensen uit de praktijk (work as done)**

Oordeelvrij onderzoek; 5x waarom -> alle bijdragende factoren in kaart

Biases en onbewuste vooroordelen kunnen bij u als werkgever een rol spelen bij het onderzoeken van een ongeval

➤ **Onthouden dus die biases!**



Vragen?



Kees Halm
Beleidsadviseur ARBO
FME

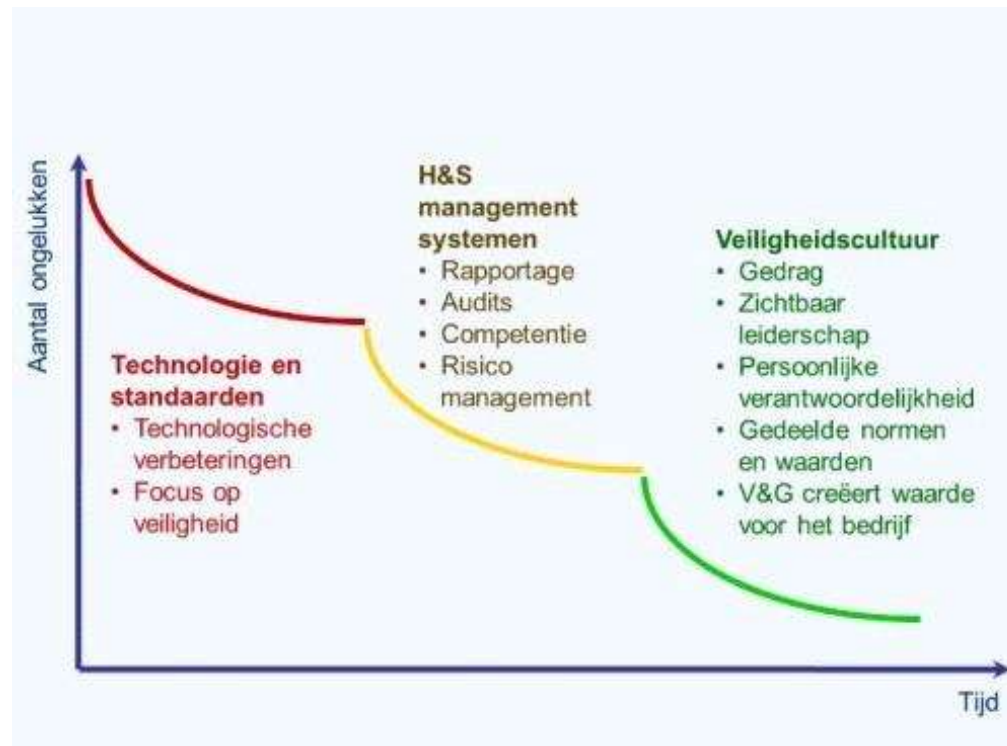
Leren van ongevallen



VEILIGHEIDSLADDER / SCL



CULTUUR

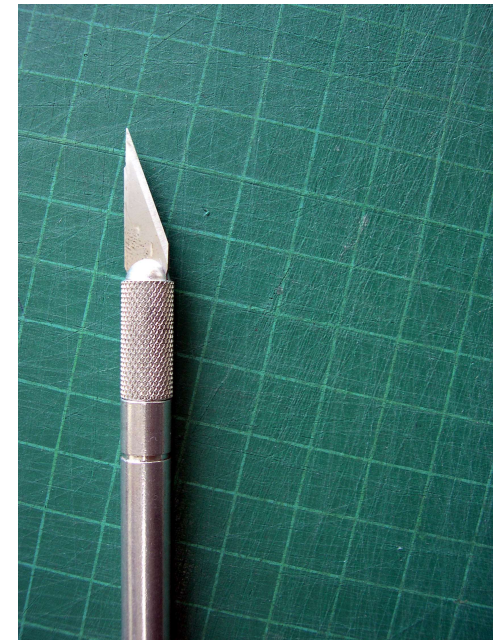


BROCHURE

Praktische beschrijving van ongevalsonderzoek met de “5xwaarom” methode.

Casus: Een medewerker snijdt zich bij het openen van een doos aan het mes dat hij hiervoor gebruikte.

- *Feitenonderzoek*
- *Feitenanalyse*
- *Conclusies*
- *Maatregelen*



“5XWAAROM”

medewerker glijdt uit
over plastic
verpakkingsmateriaal en
breekt zijn pols

“5XWAAROM”

Waarom 1 waarom ligt daar plastic?		Waarom 2 waarom niet opgeruimd?		Waarom 3 waarom was er geen plaats in het gebouw?		Waarom 4 waarom was de toegang versperd?		Waarom 5 waarom gleed de medewerker uit?		Oorzaak
het plastic verpakkingsmateriaal was afkomstig van een levering van materiaal voor de medewerker	→	de levering lag buiten op de stoep omdat er in het gebouw op dat moment geen plaats was.	→	toegang tot gebouw was versperd door ander materiaal	→	opdrachtgever had zich niet aan de afspraak gehouden van vrije toegang	→	de medewerker haalde onderdelen op maar legde plastic terug omdat het regende.	→	opslag materiaal buiten

“5XWAAROM”

Oorzaak		Verbeterplan	
opslag materiaal buiten	→	borg in de voorbereiding van een project dat materiaal binnen kan worden opgeslagen	altijd letten op orde en netheid op je werkplek plus LMRA

LEREN VAN ONGEVALLEN



LEREN VAN ONGEVALLEN

Deel je ervaringen met ons zodat ook andere bedrijven ervan kunnen leren.

We delen alleen geanonimiseerde informatie en in overleg.

FME SAFETY ALERT

WAT IS GEBEURD?

- Wanneer: Dag, datum, tijd (ploeg)
- Waar: XXX
- Taak:
- Toedracht:
- Basisoorzaken:

Foto 1Foto 2

Te nemen maatregelen (correctief en preventief)

1.

2.

FME



POWERED
BY DUTCH
TECHNOLOGY



VRAGEN?

KEES.HALM@FME.NL

DANK VOOR JE DEELNAME

Meer informatie?

FME Serviceteam

e-mail: fmeserviceteam@fme.nl

tel: 088-400 8 400

Sociaaljuridisch ledenadvies Koninklijke Metaalunie

e-mail: sj@metaalunie.nl

tel: 030-605 33 44

koninklijke
metaalunie

