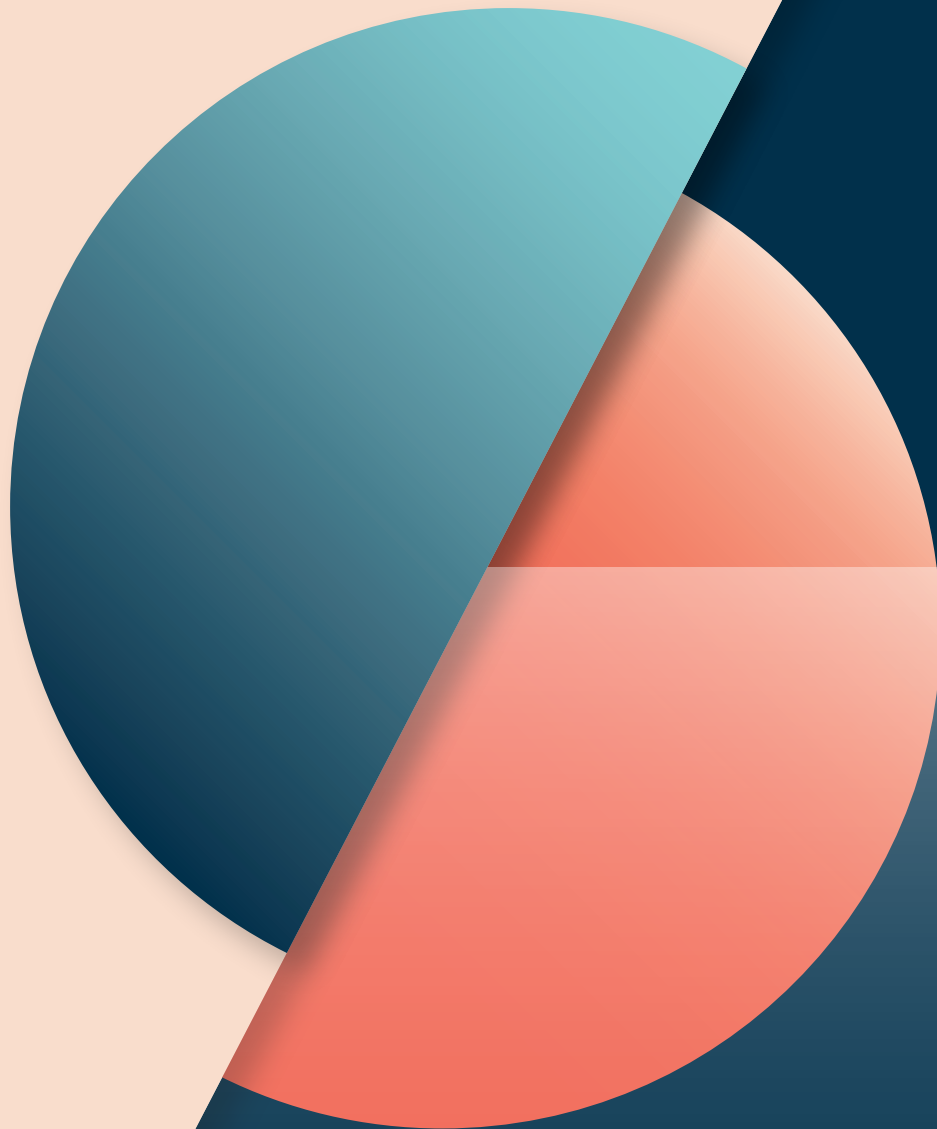


# BEROERING EN BEHEERSING: DE PARADOX VAN HET INCIDENTMANAGEMENT

Een interpretatief onderzoek naar de ervaringen van organisatieleden van  
zorgverzekeraar Menzis met het leren van incidenten



*“Mistakes are a fact of life. It is the response to the error that counts.”*

*- Nikki Giovanni*



**Universiteit Utrecht**

Beroering en Beheersing: de paradox van het incidentmanagement  
*Een interpretatief onderzoek naar de ervaringen van organisatieleden van  
zorgverzekeraar Menzis met het leren van incidenten*

**Masterscriptie**

*Utrecht, juli 2019*

Student: Floor den Hartog

Studentnummer: 4289781

Studie: Master Organisaties, Verandering en Management

Faculteit: Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap, Universiteit Utrecht

Begeleider USBO: dr. Maikel Waardenburg

Onderzoeksorganisatie: Menzis

Begeleider onderzoeksorganisatie: Joost Burger

## INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD .....</b>	<b>4</b>
<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>5</b>
<b>1 INLEIDING.....</b>	<b>6</b>
1.1 MEER AANDACHT VOOR INCIDENTEN .....	6
1.2 DE ROL VAN ZORGVERZEKERAARS .....	6
1.3 DE ONDERZOEKSORGANISATIE: EEN KENNISMAKING .....	7
1.4 HET ONDERZOEKSVRAAGSTUK: EEN INTERPRETATIE .....	8
1.5 ONDERZOEKSDOEL EN VRAAGSTELLING.....	8
1.6 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE.....	9
1.7 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE .....	10
1.8 LEESWIJZER.....	10
<b>2 THEORETISCH KADER .....</b>	<b>11</b>
2.1 INCIDENTMANAGEMENT.....	11
2.2 LEREN VAN INCIDENTEN .....	12
2.3 LEREN IN ORGANISATIES.....	13
2.4 HET BELANG VAN DE CONTEXT .....	15
2.5 SAMENVATTING .....	17
<b>3 METHODEN .....</b>	<b>18</b>
3.1 EEN INTERPRETATIEVE BRIL.....	18
3.2 KWALITATIEVE ONDERZOEKSMETHODEN .....	18
3.3 DATAVERZAMELING .....	19
3.4 DATA-ANALYSE .....	19
3.5 VALIDITEIT VAN HET ONDERZOEK.....	20
3.6 KRITISCHE REFLECTIE .....	21
3.7 SAMENVATTING .....	22
<b>4 EMPIRISCHE BEVINDINGEN .....</b>	<b>23</b>
4.1 INTRODUCTIE: MENZIS ALS ORGANISATIE.....	23
4.2 INCIDENTEN: GEKLEURD DOOR BELEVING & BEROERING.....	25
4.3 LEREN VAN INCIDENTEN .....	32
4.4 SAMENVATTING .....	38
<b>5 ANALYSE.....</b>	<b>39</b>
5.1 LEREN VAN INCIDENTEN: EEN THEORETISCHE REFLECTIE.....	39
5.2 INCIDENTMANGEMENT: DE WERKING VAN FRAGMENTED UNITIES.....	40
5.3 EEN METAPERSPECTIEF: ORGANISATIES ALS ‘SITE OF DIVISIONS’ .....	42

<b>6 CONCLUSIE</b> .....	<b>44</b>
6.1 CONCLUSIE .....	44
6.2 IMPLICATIES & VERVOLGONDERZOEK .....	45
6.3 DISCUSSIE.....	47
<b>LITERATUURLIJST</b> .....	<b>49</b>

## VOORWOORD

*“A ship is always safe at the shore, but that is not what it is built for.” – Albert Einstein*

Voor u ligt mijn masterscriptie ‘Beroering en Beheersing: de paradox van het incidentmanagement’. Dit onderzoek vormt zowel het einde van mijn master ‘Organisaties, Verandering & Management als mijn bachelor ‘Bestuurs- en Organisationswetenschap’. Een bijzondere periode waarin ik niet alleen veel over de wereld heb geleerd, maar vooral ook veel over mijzelf.

Met dit voorwoord sluit ik een periode van vijf maanden onderzoek naar het leren van incidenten bij zorgverzekeraar Menzis af. Een periode waarin ik mij heb ondergedompeld in een wereld die tot heden onbekend voor mij was: *Governance, Risk & Compliance*. Iedereen die mij goed kent, weet dat ik als kind al niet binnen de lijnen kon kleuren en dat nu op allerlei manieren in het leven nog steeds niet doe. Stage lopen in een omgeving die gekenmerkt wordt door risicobeheersing en controle was naast een uitdaging vooral ook bijzonder leerzaam. Niet alleen voelde ik mij erg welkom bij GRC Office, maar kreeg ik daar ook de vrijheid om mijn eigen weg te bewandelen. Dit leidde tot een onderzoek waarin ik in contact ben gekomen met talrijke interessante en inspirerende mensen. De kernboodschap van al deze gesprekken beschrijft het citaat hierboven: *“Mistakes are a fact of life. It is the response to the error that counts.”* Fouten vormen een belangrijk onderdeel van ons leven en zijn cruciaal in de ontwikkeling van ons als mens. Grote bewondering heb ik dan ook voor de vele mensen binnen Menzis die daar eerlijk over durfden te zijn en hun ervaringen met hun fouten met mij deelden. Zonder deze openheid was dit onderzoek nooit geworden wat het nu is.

Dit onderzoek was echter niet tot stand gekomen zonder de volgende mensen. Allereerst wil ik graag het team GRC Office bedanken en dan specifiek mijn begeleider Joost Burger. Ten eerste voor het bieden van de mogelijkheid om af te studeren bij zorgverzekeraar Menzis. Daarnaast voor zijn open houding, het luisterend oor en zijn vermogen om mij met beide benen op de grond te houden. Mijn scriptiebegeleider, Maikel Waardeburg, wil ik bedanken voor zijn constructieve feedback, het stellen van de juiste vragen en de interessante gesprekken die mij altijd verder hielpen met de ontwikkeling van mijn onderzoek. Tot slot wil ik mijn familie, vriendinnen en vriend bedanken die gedurende dit onderzoek, maar eigenlijk tijdens mijn hele studie, er altijd voor mij zijn geweest. Zonder hen had ik het punt nooit kunnen bereiken waar ik nu in mijn leven ben. Zoals het volgende citaat stelt: *‘We know more than we can tell,’* De talrijke en mooie ervaringen tijdens mijn studie zijn eigenlijk niet met woorden te beschrijven. Wel neem ik ze met me mee in de vele mooie uitdagingen die nog moeten komen. Nu is het tijd om de veilige haven die mijn opleiding de afgelopen vijf jaar is geworden te verlaten en uit te varen naar nieuwe zeeën de horizon tegemoet.

Floor den Hartog

Utrecht, juli 2019

## SAMENVATTING

'Beroering en Beheersing: de paradox van het incidentmanagement' is een interpretatief onderzoek naar de rol van culturele processen in de ervaringen van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis met het incidentmanagement en de manier waarop van incidenten wordt geleerd. Zorgverzekeraar Menzis is een Nederlandse zorgverzekeraar met 2,2 miljoen verzekerden. Bij Menzis draait alles om de mens en de klant, aangezien *het centrum van alles dat wij doen, de mens is. Voor elkaar zorgen. Met elkaar.* Door veranderende wet- en regelgeving, druk vanuit toezichthouders en toenemende media-aandacht wil zorgverzekeraar Menzis incidenten in de toekomst voorkomen. Een manier om dit te bereiken is om meer te leren van incidenten in de organisatie.

Een kwalitatieve interpretatieve onderzoeksbenadering wijst uit dat binnen Menzis door het incidentmanagement nieuwe ruimtelijke en professionele grenzen zijn ontstaan, die hebben geleid tot de totstandkoming van twee gefragmenteerde groepen: de werkvloer & GRC. Deze twee groepen worden gekarakteriseerd door verschillende culturele kenmerken, waardoor *contested meaning* – onderhandelde betekenisgeving - ontstaat. Beide groepen geven op een andere manier betekenis aan het incidentmanagement. Een betekenis die op de werkvloer is gekleurd door menselijkheid en emoties en binnen GRC gekenmerkt wordt door een focus op verliezen en verantwoording. Deze culturele processen zorgen voor allerlei spanningen op het gebied van het incidentmanagement. Deze spanningen uit zich in de definitie van een incident, het ontstaan en het melden van incidenten, de verandering na een incident en in de samenwerking tussen beide groepen. Het spanningsveld dat door culturele processen binnen het incidentmanagement ontstaat, beïnvloedt het leren van incidenten in de organisatie. Leren van incidenten vindt alleen in kleine groepen plaats, omdat communicatie van de lessen en oplossingen op team- en organisatieniveau ontbreken. Organisieleden ervaren het leren van incidenten hierdoor als een vorm van symptoombestrijding, waarin 'het wiel' binnen Menzis steeds opnieuw wordt uitgevonden. Samenvattend vormen culturele processen van verdeling en betekenisgeving de ervaringen van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis en creëren deze processen een context binnen het incidentmanagement die gepaard gaat met spanningen en onderhandeling. Een context die het leren van incidenten maar beperkt mogelijk maakt.

De paradox van het incidentmanagement uit zich in de vele (schijnbare) tegenstrijdige elementen in dit onderzoek: de twee werelden, beroering en beheersing, verdeling en identificatie. Hoewel deze tegengestelde elementen in eerste instantie onafhankelijk lijken van elkaar zijn ze ook sterk met elkaar verbonden. Wanneer we uitgaan van een paradox wordt hun onderlinge relatie erkend, als twee zijden van dezelfde medaille. Aan de ene kant van de medaille wordt getekend door beroering, de menselijke en emotionele kant aan incidenten, de andere zijde wordt gekenmerkt door de sterke risicobeheersing. De paradox van het incidentmanagement uit zich niet alleen binnen zorgverzekeraar Menzis, maar ook op samenlevingsniveau. Waarbij het incidentmanagement een middel is tot veiligheid dat zichzelf tegenspreekt. In dit onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat het incidentmanagement niet bijdraagt aan het veiligheidsgevoel van organisatieleden en burgers, maar hier juist afbreuk aan doet.

# 1 INLEIDING

## 1.1 MEER AANDACHT VOOR INCIDENTEN

“Shit Happens.” Zo begint Margo Trappenburg, bijzonder hoogleraar sociaal-politieke aspecten, haar opiniestuk in het NRC Handelsblad over incidenten. Incidenten worden volgens haar niet voorkomen door steeds nieuwe regels te introduceren. Ze gebeuren gewoon. “Wen er maar aan” is haar boodschap (Trappenburg, 2010). Een bijzondere boodschap in de hedendaagse samenleving waarin incidenten zowel politiek, maatschappelijk als in de media veel aandacht krijgen. De manier waarop we tegen risico’s (de kans dat een gevaar resulteert in een incident) en incidenten aankijken, is de laatste decennia veranderd. Rampen, calamiteiten, incidenten en gevaren zijn een onlosmakelijk deel van onze samenleving. Voorheen werd dit gezien als ‘de wil van God’ (Beck, 1990: 50). Gedurende de twintigste eeuw verandert dit beeld en ontstaat wat Beck (1990) de risicosamenleving noemt. De risicosamenleving is volgens Beck (1990) gebaseerd op het gevoel van permanent en potentieel gevaar. Dit heeft verschillende gevolgen voor hoe wij als samenleving met incidenten omgaan. Allereerst heeft deze samenleving de neiging om schuldigen aan te wijzen, waarbij niet naar de gevaren op zichzelf wordt gekeken maar naar de personen en organisaties die ze vertegenwoordigen. Er ligt hierdoor een grote druk op de leden van de risicomaaatschappij, waarbij de tolerantie om fouten te maken steeds kleiner wordt (Beck, 1999; Bekkers, 2012). Dit zien we terug in onze maatschappij waarbij de reactie op een groot incident is dat er nooit meer zo iets mag gebeuren. Mensen verwachten maatregelen die daar zekerheid over geven en een overheid die daarvoor zorgt (Uijlenbroek, 2010). Dit leidt hedendaags tot een interessante paradox. Aan de ene kant willen we steeds meer het gesprek over risico’s en incidenten voeren. Aan de andere kant bestaat de maatschappelijke en politieke behoefte om incidenten zoveel mogelijk uit te sluiten of zelfs geheel te voorkomen. Hierin proberen we steeds meer te beheersen en te controleren (Boutelier, 2002). Dit leidt tot de groei van aandacht voor incidenten, nieuwe inspectie- en toezichtorganisaties en de ontwikkeling van allerlei monitoringssystemen (Bekkers, 2012). Bovendien wordt geprobeerd, zoals hierboven beschreven, risico’s te beperken en incidenten te voorkomen door vele nieuwe regels en procedures (Trappenburg & Schiffelers, 2012). Trappenburg & Schiffelers (2012) vragen zich echter af of deze nieuwe regels en procedures wel echt leiden tot het voorkomen van incidenten. De hierboven beschreven trend is interessant. In een samenleving die nog nooit zo veilig was, lijkt de tolerantie voor risico’s en incidenten nog nooit zo laag (Raad voor het openbaar bestuur, 2012).

Het discours van incidenten wordt vaak gekoppeld aan een context van gevaren, schade en verlies. Het heeft een negatieve associatie, waarbij incidenten dienen te worden voorkomen of beheerst. Dit zorgt voor veel druk op organisaties waarvan dit verwacht wordt. Het is echter ook interessant om incidenten vanuit een ander perspectief te benaderen (Raad voor het openbaar bestuur, 2012). Een incident is slechts het gevolg van een langer bestaande situatie. Meer inzicht in de bestaande situatie, en de lessen die daaruit geleerd kunnen worden, kan de kans een groot incident verkleinen. Het helemaal voorkomen van incidenten is niet mogelijk, maar er kan wel van worden geleerd. Carroll & Fahlbruch (2011: 1) beschrijven dit voor organisaties als ‘*the gift of failure*’. Een incident, hoe serieus en storend ze ook zijn, moet als positief worden gezien. De nieuwe technologieën en maatschappelijke ontwikkelingen leiden tot uitdagingen op het gebied van veiligheid voor organisaties. Juist deze verandering en complexiteit maakt het vrijwel onmogelijk voor organisaties om risico’s en incidenten te voorspellen en voorkomen (Beck, 1999; Perrow, 1984). Carroll & Fahlbruch (2011) stellen dat organisaties juist moeten leren van kleinere incidenten of in het algemeen in organisaties zodat de kans op grotere incidenten kleiner wordt. Hierbij moet de focus liggen op dat het managen van incidenten ‘*good management*’ is, niet alleen een verdediging tegen indringende toezichthouders of een slecht geïnformeerde politiek en maatschappij (Carroll & Fahlbruch, 2011: 4). Een van de organisatievelden waarvoor dit perspectief relevant is, is die van zorgverzekeraars.

## 1.2 DE ROL VAN ZORGVERZEKERAARS

“Verzekeraars sturen surfgedrag naar Facebook, ook van medische pagina’s” schreef de NOS op 11 april 2018. Wat bleek; verschillende zorgverzekeraars sturen door middel van pixels het surfgedrag van hun klanten door naar de servers van Facebook. Hierbij ging het niet om informatie uit iemands medisch dossier, maar kon Facebook wel inzicht krijgen in wat iemand opzocht over een bepaalde behandeling en hierdoor indirect inzicht krijgen in



persoonlijke medische problemen (NOS, 2018). De druk op zorgverzekeraars om dit soort grote incidenten te voorkomen neemt toe. Een belangrijke rol hierin spelen nieuwe wet- en regelgeving. Vanuit de Solvency II wetgeving, een belangrijke bouwsteen voor het Europees toezicht op verzekeraars, dienen zorgverzekeraars hun grootste operationele verliezen en incidenten intern te registreren (De Nederlandse Bank, 2019). Daarnaast zijn door de invoer van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) de regels rondom het melden van incidenten aan toezichthouders strenger geworden. Zorgverzekeraars zijn verplicht te melden wanneer er een datalek is geweest, waarbij bijvoorbeeld persoonsgegevens of medische gegevens zijn verspreid. De Autoriteit Persoonsgegevens, de Nederlandse gegevensbeschermingsautoriteit, gaat zich de komende jaren bovendien meer focussen op de niet gemelde datalekken (NOS, 2019). Niet alleen Europese wetgeving en de Nederlandse overheid vergroten het belang van inzicht in incidenten voor zorgverzekeraars. De AVG brengt ook veranderingen met zich mee voor de rol van toezichthouders. Deze toezichthouders krijgen nieuwe taken en bevoegdheden onder andere op de behandeling van klachten van burgers. Klachten die voortkomen uit incidenten bijvoorbeeld binnen zorgverzekeraars. Op de vingers getikt worden door toezichthouders is niet alleen prijzig voor een zorgverzekeraar, vanwege de boetes, maar brengt ook reputatieschade met zich mee (Autoriteit Persoonsgegevens, 2018). Het is met name deze reputatieschade die grote gevolgen heeft voor zorgverzekeraars, aangezien dit huidige of toekomstige verzekerden kan afstoten. Het zijn echter niet alleen de Autoriteit Persoonsgegevens en de toezichthouders die meer verwachtingen hebben van zorgverzekeraars. Door aandacht vanuit de media en onderzoeksjournalistiek kijkt men veel kritischer naar het optreden van zorgverzekeraars. Door het optreden van deze onderzoeksjournalistiek programma's en sociale media komen zorgverzekeraars niet meer weg met incidenten zoals vroeger. Deze veranderingen en aandacht in de media dwingt zorgverzekeraars om transparanter te zijn over hun keuzes en processen. Deze wens wordt ook gedragen door de verzekerden die steeds hogere eisen stellen aan de transparantie van hun zorgverzekeraars (De Nederlandse Bank, 2017). Voor zorgverzekeraars is het dus belangrijk dat ze meer inzicht krijgen in hun incidenten, vanwege de strenge controles vanuit de overheid, maatschappij en toezichthouders. Door de gevolgen van grote incidenten, zoals media-aandacht, reputatieschade, financiële schade door boetes, is het belangrijk geworden voor zorgverzekeraars dat incidenten meer worden voorkomen. Dit kan onder andere door meer te leren van kleinere incidenten in de organisatie (Carroll & Fahlbruch, 2011). Deze uitdaging is ook voor zorgverzekeraar Menzis relevant.

### 1.3 DE ONDERZOEKSORGANISATIE: EEN KENNISMAKING

Om dit onderzoek in de juiste context te plaatsen, is het van belang kennis te maken met de organisatie. Menzis is een Nederlandse zorgverzekeraar. Met ongeveer 2,2 miljoen verzekerden sluit het de rij na Achmea, CZ en VGZ van 'de grote vier' in het landschap van Nederlandse zorgverzekeraars. In de concernstrategie wordt de kernidentiteit van Menzis geformuleerd:

*“Wij van Menzis heten niet zomaar Menzis. Wij heten zo, omdat bij ons het centrum van alles dat wij doen, de mens is. Voor elkaar zorgen. Met elkaar.”* (Menzis, 2019: 3).

Binnen Menzis staat de mens en het 'samen doen voor elkaar' centraal (Menzis, 2019: 3). De reden waarom Menzis bestaat is: *“Samen verzekeren wij kwalitatief goede en betaalbare zorg en versterken wij de leefkracht van ieder mens”* (Menzis, 2019: 6). Met de Concernstrategie 2022 willen ze dit doel bereiken door de uitvoer van drie strategische pijlers: 'Landelijk concurrerend', 'Krachtig in de regio' en 'Gezonde organisatie'. De derde pijler vormt de strategische context waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Met 'Gezonde organisatie' wil Menzis dat medewerkers de *“ruimte krijgen en initiatief nemen om zichzelf te ontwikkelen binnen een wendbare organisatie”* (Menzis, 2019: 20). Teams vormen hierin de basis voor de dialoog over resultaten, gedrag en ontwikkeling. Een belangrijke opmerking die ze hierbij maken is: *“We spreken elkaar aan, durven fouten te maken en leren daarvan.”* (Directieraad, 2019: 20). In de concernstrategie geeft Menzis duidelijk aan dat ze er op dit gebied nog niet zijn en dat het een belangrijk punt is voor potentiële ontwikkeling (Menzis, 2019: 5).

Deze potentiële ontwikkeling is steeds belangrijker geworden door de bovenbeschreven wet- en regelgeving en maatschappelijke ontwikkelingen. Menzis wil meer inzicht krijgen in de incidenten in hun organisatie. Bovendien is de wens ontstaan om meer te kunnen leren van waarschuwingssignalen of voorlopende

kleinere incidenten zodat grote incidenten kunnen worden voorkomen. De wil van Menzis om leren van incidenten belangrijker te maken in hun organisatie zorgt voor meer ruimte voor een perspectief waarin incidenten worden gezien als kans om van te leren in plaats van een 'fout'. Dit heeft invloed op hoe de organisatie naar hun incidentmanagement en dit onderzoeksvraagstuk aankijkt. De volgende paragraaf beschrijft hoe dit onderzoeksvraagstuk tot stand is gekomen.

#### 1.4 HET ONDERZOEKSVRAAGSTUK: EEN INTERPRETATIE

De opdracht voor dit onderzoek komt voort uit een eerder onderzoek over incidentmanagement door de afdeling Governance, Risk & Compliance (GRC) Office binnen Menzis. Het incidentmanagement binnen Menzis is het geheel aan maatregelen vanuit de organisatie om incidenten te managen. Dit proces omvat nu het melden en het oplossen van incidenten. Een belangrijke rol hierbij speelt de Operationele Verliezen Database (OVD). Een maal per kwartaal doet GRC Office een uitvraag naar de gemelde incidenten per cluster. Deze incidenten worden samengevoegd in de Operationele Verliezen Database. Dit is een database met incidenten en het bijbehorende waardeverlies (GRC Office, 2018). Vanuit deze database luidt de definitie van een incident binnen Menzis als volgt: *Een financieel verlies wat voortkomt uit het feit dat de daadwerkelijke kosten, veroorzaakt door inadequate of falende interne processen, mensen of systemen of door externe gebeurtenissen (inclusief compliance risico), afwijken van de verwachte kosten* (GRC Office, 2019b: 5). Een belangrijk doel van het incidentmanagement vanuit GRC Office is om *'onvolkomenheden in de interne bedrijfsvoering aan het licht brengen om interne processen, mensen of systemen te verbeteren'* (GRC Office, 2019b: 6). GRC Office wil graag de incidenten op organisatieniveau inzichtelijk maken om er zo meer lering uit te trekken en *'interne processen, mensen of systemen te verbeteren'*. Om dit te bereiken moet er een compleet beeld worden gevormd van incidenten binnen Menzis (GRC Office, 2019a).

De informatie zoals hierboven beschreven, vormt de aanleiding van dit onderzoeksvraagstuk. Vanuit GRC Office is er behoefte aan incidenten aan het licht te brengen en om *'interne processen, mensen of systemen te verbeteren'*. Het stimuleren van het leren van incidenten speelt hierin een belangrijke rol. Mijn interpretatie is dat er eerst dieper inzicht moet worden verkregen in de beleving en betekenisgeving van organisatie aan het incidentmanagement. Vragen rondom hoe organisatieleden incidenten ervaren en interpreteren. Vragen over hoe men omgaat binnen Menzis met het maken van fouten. In hoeverre er aandacht is besteed door medewerkers zelf, maar ook door hun teammanagers, aan het leren hierover. Context is belangrijk als we kijken naar het melden van incidenten (Goodman, Ramanujam, Carroll, Edmondson, Hofmann & Sutcliffe, 2011) en het leren hierover (Visser, 2007). Om die reden richt dit onderzoek zich op de ervaringen van organisatieleden met (het leren van) incidenten, met veel aandacht voor de organisatorische context.

Een belangrijke noot hierbij is dat dit mijn interpretatie is van het vraagstuk en dat deze interpretatie gevolgen heeft voor de richting waarin het onderzoek zich zal ontwikkelen. In de realiteit presenteren problemen zich zelden aan onderzoekers als een gegeven. Vraagstukken worden als het ware opgebouwd uit de materialen van hun problematische omgeving, die raadselachtig, complex en onzeker zijn. Mijn taak als onderzoeker is om dit vraagstuk en zijn context beter te leren begrijpen, ook al is geheel begrip onmogelijk. Het creëren van een vraagstuk of probleemstelling is hierdoor een interpretatief proces waarin ik onderdeel ben van de omgeving die ik zelf probeer te begrijpen (Schön, 1983). Dit onderzoek is hierdoor mijn verhaal. Een verhaal waarin ik afzonderlijke verhalen, observaties en interpretaties bundel om uiteindelijk het grote verhaal van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis beter te begrijpen. Tot welke doelstelling en onderzoeksvraag dit heeft geleid, bespreek ik in de volgende paragraaf.

#### 1.5 ONDERZOEKSDOEL EN VRAAGSTELLING

Hoewel medewerkers in organisaties onmisbaar zijn voor het melden en leren van incidenten is er nog maar weinig bekend over hoe zij dit beleven. Dit heeft ook betrekking op zorgverzekeraars aangezien zij zich buiten het veld van onderzoek bevinden waar de literatuur over het incidentmanagement zich op richt. Hoe de werkvloer het door GRC Office geïmplementeerde incidentmanagement beleefd, is nog niet eerder onderzocht binnen Menzis. Voor de beleving van incidenten en het leren hiervan in organisaties wordt juist deze organisatorische context

beschreven als bepalend voor het gedrag en handelen van medewerkers (Bauer & Harteis, 2012, Goodman et al, 2011; Pfeiffer, Manser, & Wehner, 2010; Visser, 2007). Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken welke rol deze context speelt in de ervaringen van organisatieleden met het incidentmanagement en de manier waarop er binnen zorgverzekeraar Menzis van incidenten wordt geleerd. Zodoende staat de volgende vraag centraal:

*Welke rol spelen culturele processen in de ervaringen van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis met het incidentmanagement en de manier waarop van incidenten wordt geleerd?*

Dit is een kwalitatief interpretatief onderzoek, waarbij de onderzoeksvraag zal worden beantwoord aan de hand van het bestuderen van documenten en het uitvoeren van interviews en observaties. Deze combinatie leidt tot een dieper inzicht in de culturele context en de ervaringen van organisatieleden met (het leren van) incidenten. In dit onderzoek zijn zowel de ervaringen bij GRC Office meegenomen als de verdieping binnen de verschillende clusters Klant & Operations, Zorg, Commercie & Informatieverwerking. De methodische keuzes van dit onderzoek zijn beschreven in hoofdstuk 3.

## 1.6 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Dit onderzoek is om de volgende redenen maatschappelijk relevant. Allereerst is binnen zorgverzekeraar Menzis nog geen uitgebreid onderzoek gedaan naar de beleving en het leren van incidenten in de organisatie. Dit onderzoek geeft Menzis meer informatie over de ervaringen van organisatieleden met het incidentmanagementproces. Dit is van belang omdat Menzis meer inzicht wil in haar incidentmanagementproces met als doel incidenten in de toekomst te voorkomen (Menzis, 2018). Bovendien is er geen inzicht in hoe zowel individueel als op team- en organisatieniveau van de huidige incidenten wordt geleerd. In het leren van kleine incidenten ligt volgens literatuur een kans om grotere incidenten te voorkomen (Carroll & Fahlbruch, 2011; Silva, Carvalho, Oliveira, Fialho, Soares & Jacinto, 2017). Op welke manieren in de organisatie wordt geleerd van deze kleine incidenten geeft Menzis belangrijke informatie over in hoeverre het voorkomen van grote incidenten in de toekomst mogelijk is. Dit bespaart Menzis mogelijk financiële verliezen en reputatieschade en draagt bij aan de continuïteit van de organisatie (Menzis, 2017).

Ten tweede is dit onderzoek relevant voor andere zorgverzekeraars. Dit geldt mogelijk specifiek voor de drie grootste zorgverzekeraars: Achmea, CZ en VGZ. Deze organisaties werken ook actief aan hun incidentenmanagement en sommige zelfs aan het leren hierover. Achmea, CZ en VGZ beschrijven in jaarverslagen en rapporten over beleid dat *'lessons learned'* uit de incidenten getrokken moeten worden om herhaling in de toekomst te voorkomen (CZ, 2019; VGZ, 2017: 56). Hierbij is een veilige omgeving om incidenten te melden en te evalueren belangrijk (CZ, 2019). Bovendien hebben deze zorgverzekeraars ook regelmatig te maken met grote incidenten, zoals het grote datalek bij Achmea vorig jaar (Algemeen Dagblad, 2018). Door de omvang en het maatschappelijk belang van deze drie zorgverzekeraars hebben incidenten meer impact op de samenleving. Ook krijgen incidenten van deze zorgverzekeraars meer aandacht in de media. De uitkomsten van dit onderzoek zijn ook relevant voor andere zorgverzekeraars dan Menzis. Door informatie hoe er bij een andere zorgverzekeraar wordt geleerd over incidenten, kunnen zij mogelijk ook incidenten in hun eigen organisatie voorkomen. Dit leidt uiteindelijk tot het beter functioneren van deze organisaties en het voldoen aan hun maatschappelijke taak.

Als laatste is dit onderzoek maatschappelijk relevant voor (publieke) organisaties die aan dezelfde wet- en regelgeving moeten voldoen. Incidentmanagement heeft hedendaags weer hernieuwde aandacht gekregen door verscherpte wet- en regelgeving. Hierdoor moeten organisaties zich aanpassen aan een grotere druk vanuit de samenleving om aan de nieuwe eisen te voldoen. Eisen over het melden van incidenten, maar ook om incidenten zoveel mogelijk te voorkomen. Dit speelt onder andere voor organisaties waarbij men toegang heeft tot persoonlijke- of medische gegevens van klanten. Dit onderzoek geeft inzicht in de gevolgen van deze structurele druk uit de bredere samenleving, economie en cultuur voor zorgverzekeraar Menzis en de lokale culturele kenmerken die zij hierdoor ontwikkelen (Parker, 2000: 231). Andere (publieke) organisaties, die ook moeten reageren op deze maatschappelijke druk om incidenten te voorkomen, kunnen zich mogelijk herkennen in en leren van de uitkomsten van dit onderzoek.

## 1.7 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Dit onderzoek is om de volgende redenen wetenschappelijk relevant. Allereerst is er weinig interpretatief en kwalitatief onderzoek gedaan naar het leren van incidenten. Veel van de wetenschappelijke literatuur bestaat uit kwantitatieve onderzoeken met een focus op het opstellen en toetsen van modellen. Hierin zijn methodologische benaderingen beperkt gebleven tot het kwantitatieve paradigma, waarbij zelden gebruik wordt gemaakt van gerelateerd sociaalwetenschappelijk onderzoek naar het leren van mensen en organisaties (Lukic, Littlejohn & Margaryan, 2010; Salmon, Lenné, Stanton, Jenkins & Walker, 2010). Het potentieel van kwalitatieve, etnografische methoden die ander perspectief bieden is nog grotendeels onontdekt (Lukic, Littlejohn & Margaryan, 2012). De interpretatieve kwalitatieve benadering van dit onderzoek maakt het hierdoor wetenschappelijk relevant.

Dit onderzoek is om een tweede reden wetenschappelijk relevant. Het onderzoek naar het leren van incidenten heeft zich grotendeels beperkt tot specifieke sectoren. Decennialang is in de literatuur aandacht voor incidenten in complexe, hoge risico industrieën, waaronder de luchtvaart, chemische productie, milieu, militaire operaties en de zorg (Cooke & Rohleder, 2006; Lindberg, Hansson & Rollenhagen, 2010). Het is echter ook belangrijk om perspectieven van andere sectoren te onderzoeken, aangezien het managen van incidenten in steeds meer organisaties belangrijker wordt. Een onderzoek naar (het leren van) incidenten binnen een zorgverzekeraar levert een wetenschappelijke bijdrage aan de ontwikkeling van het onderzoeksveld.

De derde manier waarop dit onderzoek wetenschappelijk relevant is, hangt hier mee samen. Een andere observatie is dat inzichten en onderzoek over incidenten vaak ver van de werkcontext af staan. Er is behoefte aan een breder en dieper begrip van hoe de organisatorische context invloed heeft op (het leren van) incidenten (Goodman et al, 2011; Silva et al, 2017). Onderzoekers beargumenteren dat leren contextueel is met beperkingen en kansen die sterk verbonden zijn met individuen, teams en de organisatie als geheel. Organisatorische drijfveren spelen een belangrijke rol in de wijze waarop kennis is uitgewisseld en leren wordt bereikt (Hagelsteen & Burke, 2016; Rydstedt, 2018; Stemn, Bofinger & Hassall 2018). Dit impliceert een perspectief waarbij het leren van organisaties, teams en individuen niet alleen afhangt van het handelen van een enkel persoon. Eerder zijn het de organisatorische prikkels en druk van buitenaf die het leren van individuen of teams binnen organisaties kunnen stimuleren of hinderen (Silva et al, 2017). Dit uitgangspunt maakt dit onderzoek wetenschappelijk relevant. De reden hiervoor is dat dit onderzoek de rol van culturele processen op de ervaringen van organisatieleden met (het leren van) incidenten onderzoekt. Hierin is er veel aandacht voor de beleving van medewerkers en teammanagers met incidenten en staat het leren hierover centraal. Dit onderzoek kan nieuwe wetenschappelijke inzichten bieden in hoe de organisatorische context hier invloed op uitoefent. Hierdoor ontstaat er mogelijk meer begrip in hoe organisatieleden handelen met betrekking tot incidenten.

Tot slot is dit onderzoek wetenschappelijk relevant omdat het uitgaat van een positieve benadering op het leren van kleine incidenten. Dit onderzoek ziet incidenten als *'the gift of failure'* (Carroll & Fahlbruch, 2011: 1). Stemn et al (2018) beschrijven dat alle incidenten, ondanks de gevolgen ervan, moeten worden gezien als potentiële kans om te leren. Incidenten moeten hierbij niet als een fout of teleurstelling worden gezien, maar als een les. Een les die leidt tot aandacht voor de situatie en gezamenlijk leren. Aandacht voor *simple accidents*, de incidenten die als eenvoudig, onbeduidend en alledaags worden beschouwd, is hierbij belangrijk (Jørgensen, 2016). Hierbij is het volgens Stemn et al (2018) van belang dat meer veld- en empirische studies worden gedaan om te begrijpen wat er eigenlijk in de organisatiepraktijk gebeurt. Door de focus op ervaringen van organisatieleden met kleine incidenten in de organisatiepraktijk levert dit onderzoek hier een wetenschappelijk relevante bijdrage aan.

## 1.8 LEESWIJZER

Dit onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen. In **hoofdstuk 1** is de aanleiding van dit onderzoek besproken en heb ik de onderzoeksvraag geïntroduceerd. In **hoofdstuk 2** behandel ik de theoretische concepten die relevant zijn voor dit onderzoek. In **hoofdstuk 3** beschrijf ik de methoden van dit onderzoek en de keuzes die ik heb gemaakt die tot deze methoden hebben geleid. In **hoofdstuk 4** worden de bevindingen gepresenteerd, die vervolgens in **hoofdstuk 5** met behulp van theorie worden geanalyseerd. Tot slot beschrijft ik in **hoofdstuk 6** de conclusie en de praktische- en theoretische implicaties van dit onderzoek.

## 2 THEORETISCH KADER

Dit hoofdstuk behandelt verschillende wetenschappelijke inzichten, die gezamenlijk een relevant theoretisch kader vormen voor dit onderzoek. Door de uiteenzetting van verschillende wetenschappelijke theorieën vormen ze de context, een interpretatiekader, voor de empirische bevindingen in hoofdstuk vier en de analyse voor hoofdstuk vijf. Deze theoretische ‘bril’ is opgezet aan de hand van de belangrijkste concepten – incidentmanagement, leren van incidenten, culturele processen - van dit onderzoek, die grotendeels al gepresenteerd worden in de onderzoeksvraag. Het **eerste onderdeel** bespreekt verschillende benaderingen om naar incidentmanagement te kijken, waarbij vervolgens gekozen wordt om de focus te leggen op de positieve kant van dit proces met aandacht voor de kleine incidenten in de organisatie. Het **tweede onderdeel** beschrijft de twee meest bekende manieren om te leren van incidenten in organisaties. In het **derde onderdeel** staat het leren in organisaties centraal, waarbij alternatieven worden beschreven om naar het leren van incidenten te kijken. Het **vierde onderdeel** focust op de rol van de context bij het melden en het leren van incidenten, waarbij er aandacht is voor het gebrek aan melden van incidenten en de rol van risico's en regels.

### 2.1 INCIDENTMANAGEMENT

In de literatuur is steeds meer aandacht voor incidenten in organisaties (Cooke & Rohleder, 2006; Drupsteen & Hasle, 2014; Drupsteen, Groeneweg & Zwetsloot, 2013; Lukic et al, 2012). Ondanks alle inspanningen hebben veel organisaties problemen om het aantal incidenten te verminderen. Een belangrijk middel dat organisaties inzetten om de incidenten te beheersen in hun organisatie is het incidentmanagement. Het incidentmanagement is een systematische aanpak voor de omgang met incidenten. In organisaties uit zich dit in een geheel aan maatregelen, zoals een rapportagesysteem of vaste methodes voor het oplossen van incidenten (GRC Office, 2019a). Het doel van melden van incidenten in een rapportagesysteem is vaak om kwantitatieve gegevens te verzamelen. Als er echter een patroon van fouten lijkt te ontstaan, kan hier door de organisatie verder onderzoek naar worden verricht (Shojania et al, 2001).

Incidenten en het melden van incidenten is vaak onderdeel van wat ze in de literatuur beschrijven als *error management*, kortgezegd het managen van fouten. De keuze om verder te kijken dan incidentmanagement is gebaseerd op een breder aanbod van literaire inzichten over het omgaan met incidenten en fouten in organisaties. Bovendien beschrijft verschillende literatuur dat incidenten, en onderliggende fouten, het vertrekpunt vormen voor *error management* (Keith & Frese, 2008). Als laatste is het relevant omdat we in dit onderzoek kijken naar *simple accidents* (Jørgensen, 2016: 3). De term ‘fout’ sluit hier beter bij aan dan incident, omdat deze term als alledaagser en eenvoudiger wordt beschouwd dan incidenten. Hierdoor sluit de literatuur over *error management* goed aan op dit onderzoek. *Error management* is een strategie met de focus op het minimaliseren van negatieve gevolgen van fouten door een vroege detectie en correctie. Het doel hiervan is soortgelijke fouten in te toekomst worden voorkomen. Dit wordt vaak gedaan door het analyseren en leren van onder andere incidenten (Hofmann & Frese, 2011; van Dyck, Frese, Baer, & Sonnentag, 2005). Bij *error management* is de beschrijving van de volgende twee benaderingen interessant voor het onderzoek, aangezien ze twee mogelijke perspectieven laten zien hoe organisaties naar (menselijke) fouten kunnen kijken.

De *person approach* is gericht op het onveilig handelen van mensen aan het einde van het systeem. Fouten zijn ontstaan door psychologische factoren bij personen zoals vergeetachtigheid, onoplettendheid, slechte motivatie, onvoorzichtigheid, nalatigheid en roekeloosheid (Reason, 2000). Wanneer er door onderzoekers of organisaties onderzoek wordt gedaan vanuit deze benadering richt dit zich op de aard en frequentie van fouten. Maatregelen of aanbevelingen uit dit soort onderzoeken zijn voornamelijk gericht op het verminderen van deze psychologische factoren in menselijk gedrag. Deze maatregelen bevatten bijvoorbeeld postercampagnes die angstgevoelens opdoen bij medewerkers, de invoer van nieuwe of andere regels en procedures en aspecten die Reason (2000: 768) beschrijft als *naming, blaming and shaming*. Deze benadering kent veel kritiek door haar bijdrage aan individualistische schuldculturen in organisaties (Reason, 1997; Reason, 2000). Bovendien is deze benadering specifiek gericht op menselijk gedrag, in plaats van de omstandigheden in het bredere organisatiesysteem (Salmon, Lenné, Stanton, Jenkins & Walker, 2010).

Het uitgangspunt van de *system approach* is dat mensen imperfect zijn en dat fouten onvermijdelijk zijn zelfs bij de best functionerende organisaties. Een fout is een gevolg in plaats van een oorzaak, omdat de oorsprong ervan niet ligt in het slecht handelen van de mens, maar in systeemfactoren. Deze systeemfactoren kunnen leiden tot zogeheten *error traps* (Reason, 2000: 768) op de werkvloer. De menselijke fout is niet langer de primaire oorzaak van incidenten, maar wordt gecreëerd door acties en beslissingen op alle soorten niveaus (overheid, lokale autoriteit, management, operatie) (Glendon & Clarke, 2015, Reason, 2000; Salmon et al, 2010). Tegenmaatregelen zijn gebaseerd op de gedachte dat om mensen te veranderen we de omstandigheden waarin ze werken moeten veranderen.

Wat opvallend is aan de literatuur, vanuit zowel de persoon- als systeembenadering, is dat het vaak de negatieve aspecten van fouten belicht. Hierbij focust een groot deel van het onderzoek zich op opvallende gebeurtenissen en vooral zichtbare grote organisatorische fouten, zoals Fukushima, Challenger, Deep Water Horizon, enzovoort (Frese & Hofman, 2011; La Coze, 2013). Hoewel deze onderzoeken ons veel hebben verteld over groepsdenken en hoe schijnbare individuele beslissingen tot organisatorische uitkomsten leiden, geven ze eenzijdige beeld weer van fouten in het dagelijks organisatorisch leven (Cooke & Rohleder, 2006; Frese & Hofmann, 2011). De realiteit in organisaties is dat mensen continu fouten maken. Zelfs het schrijven van dit onderzoek is ontstaan uit een continu proces van het aanpassen en verbeteren van mijn 'fouten'. Ongeveer vijf á tien jaar geleden was er in de literatuur meer behoefte aan een andere positievere kijk op fouten en incidenten in organisaties (Frese & Hofman, 2011; Van Dyck et al, 2005). Van Dyck et al (2005) pleiten voor meer focus op de positieve lange termijn gevolgen van fouten, zoals leren, innovatie en veerkracht. Ondanks dat veel mensen het erover eens zijn dat we van fouten, en zo dus ook incidenten kunnen leren, was het toen niet voor de hand liggend om er onderzoek naar te doen (Sitkin, 1996). Wanneer organisaties meer leren van fouten, zijn ze meer geneigd om te experimenteren en daardoor ook te innoveren (Van Dyck et al, 2005). Frese & Hofman (2011) voegen hieraan toe dat het hierbij van belang is om niet alleen naar het leren van grote incidenten te kijken, maar ook naar de dagelijkse kleine fouten die mensen in organisaties maken. Inzicht in meer onderzoek vanuit deze positievere kijk op het leren van kleine incidenten is voor dit onderzoek van belang. De volgende paragraaf levert hier een bijdrage aan.

## 2.2 LEREN VAN INCIDENTEN

Na het artikel van Dyck et al (2005) is er in de wetenschappelijke literatuur meer aandacht voor het leren van incidenten. In mijn zoektocht naar passende literatuur die een sluitend beeld geven van dit onderzoeksveld zitten echter verschillende uitdagingen. Allereerst is het wetenschappelijk veld over het leren van incidenten nog jong en onoverzichtelijk (La Coze 2013, Lindeberg et al, 2010). La Coze (2013) beschrijft de literatuur over het leren van incidenten als gefragmenteerd, omdat het verspreid is over een groot aantal sectoren en disciplines. Zoals eerder beschreven ligt de nadruk op hoge risicosectoren zoals de industriële sector, de zorg of milieu. Bovendien lijkt het met name onderdeel uit te maken van de '*safety science*': de wetenschap rondom veiligheid. De gefragmenteerde status van de wetenschap in het leren van incidenten maakt het lastiger om de dynamiek rondom incidenten beter te begrijpen (Drupsteen et al, 2014; La Coze 2013; Lindeberg et al, 2010). Nu we meer weten over de stand van het veld rondom het leren van incidenten is het van belang om te kijken naar de belangrijkste theorie binnen dit wetenschappelijk veld.

### 2.2.1 Single & double loop learning

Er is veel geschreven over het concept 'leren', dat ook uit veel verschillende disciplines is onderzocht (Popova-Nowak & Cseh, 2015). Het interessante is dat in de literatuur over het leren van incidenten bijna geen gebruik maakt van de theorieën over leren en leren in organisaties (Bauer & Harteis, 2012: 237). De benadering die het meest, en vrijwel alleen, wordt genoemd is de *single loop learning* en *double loop learning* theorie van Argyris en Schön (1974) (Lukic et al, 2010; Drupsteen & Guldenmund, 2014). Opvallend is dat de theorie vrijwel niet empirisch is onderzocht, maar met name verschijnt in verschillende literatuur reviews als interessante benadering (Lukic et al, 2010; Drupsteen & Groeneweg, 2013; Drupsteen & Guldenmund, 2014). Door gebrek aan empirische toetsing beschrijf ik hieronder hoe deze theorie in de literatuur is beschreven. *Single-loop learning* (ook wel enkelslagleren) is gericht op het verbeteren en perfectioneren van de bestaande situatie. Professionals en managers treffen

regelmatig fouten aan in andermans processen en corrigeerden deze fouten, of incidenten, op basis van hun eigen opgestelde regels en normen. Op de korte termijn lijkt dit effectief, omdat fouten worden ontdekt en vervolgens hersteld. Single-loop leren kan echter ook heel ineffectief zijn. Onderliggende normen, patronen en waardes worden bij deze vorm van leren niet uitgesproken. Dit resulteert erin dat patronen van fouten blijven terugkomen. Enkelslagleren noemen we ook wel verbeteren, waarbij achter de regels liggende inzichten niet ter discussie worden gesteld (Swieringa & Wierdsma, 1990: 42-43). Een volgende stap in het leren van incidenten is volgens Argyris en Schön (1974) *double-loop learning*. Deze vorm van leren is gericht op kritische zelfreflectie en het leren van fouten. Het stellen van 'waarom' vragen is belangrijk evenals het vernieuwen van inzichten binnen de bestaande principes en regels. Als er sprake is van double-loop leren vindt een wijziging plaats van het 'mentale model'. Deze mentale wijziging zorgt uiteindelijk voor echte verandering. Dubbelslagleren vereist echter wel een hoger niveau van inzicht en is er bijna altijd sprake van conflicten tussen individuen, team en afdelingen (Swieringa & Wierdsma, 1990: 43-45). Het leren over incidenten kan worden vergroot als er sprake is van *double loop learning* in plaats van *single loop learning*, wat nu meestal plaatsvindt rondom het leren over incidenten (Drupsteen et al., 2014; Drupsteen et al, 2013; Lukic et al, 2010). Hoewel de theorie van over Argyris en Schön (1974) passend is wanneer we kijken naar het leren van incidenten is het slechts een theorie. Om die reden presenteert de volgende paragraaf (3.3) drie alternatieve perspectieven uit de literatuur over het leren in organisaties.

## 2.3 LEREN IN ORGANISATIES

Interessant is dat in wetenschappelijk onderzoek naar het leren van incidenten alternatieve verklaringen vanuit onderzoek naar het leren van organisaties weinig zijn gebruikt (Bauer & Harteis, 2012: 237). Om die reden presenteert deze paragraaf een drie perspectieven die interessant zijn voor dit onderzoek: 'organisatorisch leren: formeel & informeel', 'emotioneel leren' en 'deutero leren'.

### 2.3.1 Organisatorisch leren: formeel en informeel

Het leren van organisaties wordt in de literatuur beschreven als '*organizational learning*'. Popova-Nowak & Cseh (2015) beschrijven *organizational learning* als een sociaal proces van individuen die deelnemen aan collectieve gesitueerde praktijken en discoursen die organisatorische kennis reproduceren en tegelijkertijd uitbreiden. Binnen de literatuur van het leren in organisaties bestaan verschillende visies met aandacht voor cognitieve aspecten, sociale aard en de inbedding van taal (Gherardi, 1999). Hierin wordt het leren van organisaties beschouwd als multilevel dat begint met individueel leren dat leidt tot groepsleren en uiteindelijk resulteert in het leren van de organisatie. Deze drie niveaus zijn verbonden door wisselwerkende processen die zowel het creëren als toepassen van kennis omvatten. Meer specifiek beschrijven ze vier processen die het individuele leren verbinden met het leren van de organisatie: intuïtie, interpretatie, integratie en institutionalisering. Hierbij spelen feedback en feed-forward een belangrijke rol (Crossan et al, 1999). Ook Nonaka (1994) ziet het leren van organisaties ontstaan door interactie tussen individuen, teams en de organisatie. Bij deze spiraal van leren ontstaat zowel impliciete en expliciete kennis. Wat opvalt is dat in veel organisaties de nadruk ligt op formeel en expliciet leren door middel van opleidingen, trainingen en e-learnings. Hierin ligt de focus in de wetenschappelijke literatuur op het leren in organisaties als cognitieve activiteit. Chia (2019) betoogt dat er meer aandacht moet komen aan de meer onbewuste processen van leren, waarbij aandacht is voor de sociale context. Aangezien veel van het leren in organisaties gebeurt op een informele, stilzwijgende en onbewuste manier.

Cook & Yanow (1993) benadrukten dit al eerder. Zij zien organisatorisch leren als iets dat uitstijgt boven het individuele leden en tot stand komt door gedeelde betekenisgeving. Zij zien organisatorisch leren niet alleen als het verwerven van abstracte en formele kennis, maar ook als een proces waarin individuen deelnemen aan collectieve praktijken (Elkjaer, 2005; Elkjaer, 2004). Fineman, Gabriel & Sims (2010: 46) vullen dit aan door te stellen dat leren niet voorkomt uit identificeerbare individuen, maar uit de interactie van meerdere individuen in een context. Leren is hierdoor contextafhankelijk. Elmes & Kasouf (1995) hebben dit concept nog verder gebracht in hun onderzoek. Hierbij geven ze aan dat het meeste leren in organisaties niet formeel, door middel van training of opleiding, gebeurt maar informeel. In deze informele manier van leren speelt het vertellen van verhalen een belangrijke rol. Binnen deze benadering van het leren in organisaties ontbreekt het naar mijn mening nog aan een aspect: emotie. De volgende paragraaf gaat hier verder op in.

### 2.3.2 Emotioneel leren

Veel benaderingen in de literatuur van het leren van organisaties zijn rationeel, sociaal en pragmatisch. Echter zowel leren als organiseren zijn veel meer dan rationele en sociale processen. Leren in organisaties gebeurt ook regelmatig per ongeluk als onbedoelde gevolgen van paradoxale spanningen, die een belangrijk onderdeel vormen van organiseren. De uitdaging van het leren zit in het inspelen en omgaan met deze spanningen, die zorgen voor onzekerheid en complexiteit (Gherardi, 1999; Vince, 2001). Binnen dit onderzoek nemen werknemers ook deel aan deze paradoxale spanningen, zoals bijvoorbeeld het leren en beheersen van incidenten. De deelname van medewerkers aan deze paradoxale spanningen en het leren binnen een complex web van sociale relaties en context zorgen voor emoties. Hoewel er inmiddels meer erkenning is voor emoties in organisaties wordt dit soms ervaren als *'uncomfortable knowledge'*. Dit leidt ertoe dat mensen in organisaties proberen *'de-emotionalise emotions'* and *'make them seem rational'* (Vince, 2001: 1329 Fineman, 2000).

Dit leidt ertoe dat er nog weinig aandacht is besteed aan hoe individuen fouten interpreteren en hoe gedeelde betekenissen aan die fouten leerprocessen beïnvloeden (Gephart, van Maanen, & Oberlechner, 2009). Emoties kunnen namelijk gevolgen hebben voor leerprocessen. Negatieve emoties kunnen enerzijds de individuele motivatie om te leren verhinderen als dat het een drempel vormt om informatie met anderen te delen. Dit geldt expliciet op het gebied van incidenten, omdat deze risicovolle en indrukwekkende situatie inherent zijn aan een grote impact van emoties zoals angst, schuldgevoel, verantwoordelijkheid en handelen in situaties van leven en dood (Brown, Dutton, & Cook, 2001; Catino & Patriotta, 2013). Het leren van incidenten gaat hierbij gepaard met een emotionele acceptatie van de fout zelf. Hierin is de emotionele acceptatie van een fout niet alleen afhankelijk van de psychologische kenmerken van een individu, maar ook gebaseerd op de context van de organisatie (Catino & Patriotta, 2013). Deze context heeft dus invloed op emoties van organisatieleden en ook op hun leerproces. Hoe individuen en organisaties leren van de context beschrijft het volgende perspectief.

### 2.3.3 Deutero leren

In een eerdere paragraaf is uitvoerig de theorie besproken die nu voornamelijk is gebruikt bij het leren van incidenten, namelijk *single loop learning* en *double loop learning* van Argyris en Schön (1974). Er is echter nog een derde vorm van leren die mogelijk een nieuw perspectief kan bieden op het leren van incidenten, namelijk *'deutero-learning'*. Deze term is origineel bedacht door Bateson (1958, 1972) en later uitgewerkt door Argyris en Schön (1974). In de bespreking van dit concept volg ik de lijn van Visser (2007) die uitgaat van het oorspronkelijke werk van Bateson (1958, 1972). De reden hiervoor is dat Argyris en Schön (1974) de aspecten van gedrag, context en relaties weglaten. Juist deze aspecten zijn voor dit onderzoek interessant, omdat in de interpretatieve benadering interactie en relaties tussen mensen in een sociaal geconstrueerde context centraal staat.

Visser (2007: 660) beschrijft deutero-leren als volgt: *'Deutero-learning implies that they learn about the context in which these consequences are formed, maintained, and altered.'* Deutero-leren is ook wel beschreven als *'learning to learn'* (Visser, 2003: 275). Deutero-leren omvat ook altijd *proto learning*, waarbij men leert wat hij/zij hoort te leren. Voorbeelden hiervan zijn fietsen, het leren van een taal etc. Tijdens het proto-leren leer je ook iets over de wereld en *hoe* dingen gebeuren. Je leert tegelijkertijd meer dan je zou moeten, omdat mensen ook leren van de context waarin ze zich bevinden. Vanuit de consequenties van deze omgeving leren individuen kenmerkende conditioneringspatronen die het gedrag van individuen vormen en wijzigen (Bateson, 1972; Visser, 2003). Deutero-leren in organisaties heeft volgens Visser (2007) drie kenmerken. Ten eerste gebeurt het continu, communiceert het gedrag en vindt grotendeels onbewust (1) plaatst. Relaties tussen mensen worden gevormd door de uitwisseling van interacties, die beladen zijn met de context van deze mensen. Daarbij speelt ook non-verbale communicatie een belangrijke rol doordat het de context van een verbale boodschap kan ontkrachten of benadrukken. Als tweede kenmerk heeft deze vorm van leren de neiging om te ontsnappen aan de expliciete processen van besturen en organiseren (2). Er treedt regelmatig incongruent gedrag en communicatie op, waarbij mensen zich anders gedragen of communiceren dan ze zich voelen. Ten derde leidt deutero-leren niet per se tot organisatorische of individuele verbetering (3). Individuen passen zich aan context aan zoals die aan hen wordt gepresenteerd en dat is niet altijd de beoogde context die een organisatie probeert na te streven (Visser, 2007). Hierdoor kan pathologisch deutero-leren of *'double bind'* ontstaan: de ervaring van twee tegenstrijdige boodschappen in een bepaalde situatie (Bauer & Harteis, 2012: 241). Volgens Visser (2007) kan dit leiden tot



stress, angst en andere negatieve emoties en gedrag. Bij incidentmanagement is het mogelijk dat deuteroleren optreedt. Allereerst doordat bij de omgang met incidenten medewerkers mogelijk andere dingen leren dan de regels en procedures die zijn opgesteld. Daarnaast kan er pathologisch deuteroleren ontstaan als de boodschap van de organisatie ('je mag fouten maken en moet ze melden') niet overeenkomt met de context ('bijvoorbeeld een schuldcultuur'). Pfeiffer & Wehner (2012: 241) beschrijven in hun onderzoek in ziekenhuizen dat dit mogelijk kan voorkomen bij artsen die incidenten moeten melden in een 'error hostile' omgeving. Context is dus erg belangrijk voor de manier waarop medewerkers omgaan met incidenten en het leren hierover. Om die reden gaat de volgende paragraaf hier dieper op in.

## 2.4 HET BELANG VAN DE CONTEXT

Volgens Linderberg et al (2010) is het van essentieel belang om te leren van eerdere fouten en incidenten om uiteindelijk grotere incidenten te voorkomen. Leren van incidenten is echter niet simpel. Dit komt met name doordat de complexiteit van incidenten niet altijd wordt begrepen (Lukic et al, 2012). Deze complexiteit komt onder andere voort uit de context waarin (het leren van) incidenten plaatsvindt. Om die reden worden in deze paragraaf twee verschillende contextuele factoren besproken die invloed hebben op dit proces: de organisatiecultuur en de rol van regels en procedures.

### 2.4.1 De organisatiecultuur

In de wetenschappelijke literatuur over het incidentmanagement wordt belang gehecht aan het begrip cultuur, aangezien culturele barrières een bedreiging zijn voor de *safety culture* van een organisatie (Dekker, 2009). Echter aangezien het wetenschappelijk onderzoek over incidenten de nadruk legt op hoge risicosectoren en voornamelijk kwantitatief van aard is, zijn hun percepties (van de rol) van cultuur minder bruikbaar (La Coze, 2013). Om recht te doen aan het interpretatieve karakter van dit onderzoek zal ik daardoor eerst een eigen beschrijving van cultuur geven. Vervolgens wordt gekeken hoe organisatiecultuur invloed kan hebben op incidenten en het lerend vermogen hierover.

Om culturen van organisaties te analyseren, zoals van zorgverzekeraar Menzis, heeft Smircich (1983) een toonaangevend artikel geschreven waarin zij een onderscheid maakt tussen percepties op organisatiecultuur. Wetenschappelijke onderzoekers met een functionalistische visie beschouwen cultuur als iets dat sterk kan zijn in sommige organisaties en zwak in anderen. Dit gaat gepaard met de gedachte dat een organisatie een cultuur heeft. Binnen deze visie kan cultuur worden gedefinieerd als "the way we do things around here" (Schein, 1991: 312) waarbij de focus ligt op het maakbare en controleerbare karakter van cultuur. Daartegenover plaatst Smircich (1983) een interpretatief perspectief waarbij organisatiecultuur wordt gezien als iets dat een organisatie is. Een onderscheid dat verschuift van cultuur als 'social facts' naar cultuur 'as ongoing social construction' (Parker, 2000: 70). Hierdoor is er ruimte voor organisaties voor het ontstaan van verschillen die zich uiten in subgroepen. Dit perspectief gaat uit van een symbolische benadering waarbij cultuur kan worden gezien als metafoor: een bril voor het onderzoeken van organisatorisch leven. In lijn met de wetenschapsfilosofische keuzes volgt dit onderzoek deze argumentatie en visie op organisatiecultuur.

Parker (2000) vervolgt de lijn van argumentatie van Smircich (1983) dat een organisatie een cultuur is. In zijn boek 'Organizational Culture and Identity. Unity and division at work' doet hij onderzoek naar het begrip organisatiecultuur vanuit meerdere wetenschappelijke stromingen. Hieruit stelt hij dat organisatiecultuur moet worden gezien als 'fragmented unities in which members identify themselves as collective at sometimes and divided at others' (Parker, 2000, 1). Een organisatie is dus niet een consistent geheel, maar wordt getekend door de betwisting van betekenissen van deze gefragmenteerde groepen. Ook wel beschreven als *contested meaning* (Parker, 2000: 81) waarbij verschillende groepen in de organisatie een andere betekenis kunnen geven aan hetzelfde fenomeen. Dit uitgangspunt maakt organisatiecultuur een proces van identificatie, waarbij organisatieleden zich tegelijk onderdeel kunnen voelen van verschillende groepen. Hierdoor ontstaat in organisaties een grote variëteit tussen 'us and them' (Parker, 1998: 137).

Hierbij kiest Parker om ‘subculturen’ in de beschrijving van gefragmenteerde groepen niet te gebruiken. Het woord ‘subcultuur’ roept te veel vragen op, omdat het de diepere problemen van het herkennen en beschrijven van een veelvoud aan culturen verbergt door ze te eenvoudig te belichten. Allereerst impliceert een subcultuur een ondergeschikte relatie, terwijl er vele relaties mogelijk zijn tussen verschillende groepen in een organisatie. Daarnaast behoren organisatieleden niet tot een subcultuur, maar kunnen zich tegelijkertijd onderdeel voelen van meerdere groepen afhankelijk van waar ‘de grens’ getrokken wordt. Het ontstaan van ‘wij’ en ‘zij’ komt volgens Parker (1998: 21) tot stand door een drietal grenzen in organisaties die worden getoond in figuur 1.

Ruimtelijk grenzen	Op basis van ruimtelijke grenzen (bijv. locatie, afdeling) maakt men onderscheid tussen: <i>‘them over there, us over here’</i>
Generatie grenzen	Vanuit verschil in generatie- en/of historische kenmerken (bijv. leeftijd) maakt men onderscheid tussen: <i>‘them from that time, us from this time’</i> .
Professionele grenzen	Door professionele grenzen (bijv. beroep of taken) maakt men onderscheid tussen: <i>‘them who do that, us who do this’</i>

Figuur 1: Drie typen van verdeling in organisaties

Het ontstaan van grenzen en groepen in organisaties vindt continu plaats: *‘these identifications are not static – they are orderings that are refined, revised and contradicted on a day-to-day basis’* (Parker, 2000, 5). Daarnaast beschrijft Parker (2000) dat de lokale context en het verleden een belangrijke rol spelen in het proces van identificatie. Organisaties hebben veel vergelijkbare functies omdat ze allemaal reageren op druk in de bredere samenleving. Toch bemiddelen en reproduceren alle organisaties deze maatschappelijke druk op een lokale manier, waardoor ze unieke kenmerken ontwikkelen. Parker concludeert: *‘So, organizations are social constructions that are reproduced within generalizable contexts and they are not simply strange mini-societies with their own entirely distinctive culture. However, at the same time each organization does have its own uniqueness’* (Parker, 2000, 231).

Wat opvalt is dat er een eenzijdige focus ligt op het wel of niet bestaan van een *‘blame culture’* (Dekker, 2009: 178; Pidgeon, & O’Leary 2000: 20). Binnen een schuldcultuur ligt de nadruk op de schuld en verantwoordelijkheid bij de persoon die direct betrokken is geweest bij het incident. Kortom de persoon die de fout heeft gemaakt ondervindt de gevolgen in plaats van dat er wordt gekeken naar het systeem, de organisatie of het managementproces die de fout mogelijk maakte of aanmoedigde (Dekker, 2009; Pidgeon, & O’Leary 2000; Salmon et al, 2010). Dit kan worden versterkt wanneer medewerkers het gevoel hebben dat het rapporteren van incidenten tevens een negatieve werking heeft op hun prestatiebeoordelingen. Organisaties moeten streven naar een cultuur met vertrouwen waarin mensen worden aangemoedigd, mogelijk zelfs beloond, wanneer zij fouten melden (Dechy et al, 2015; Drupsteen & Hasle, 2014).

Een ander perspectief is beschreven door Sanne (2008) in haar onderzoek naar de rol van *storytelling* bij het melden van incidenten. Een belangrijke tweede oorzaak naar het gebrek aan leren van incidenten is dat het leerproces niet nuttig is voor de werkvloer. Uit onderzoek hierna blijkt dat dit komt doordat incidentrapportage vaak niet is geïntegreerd in de praktijk en het culturele kader van medewerkers en daardoor hun interesse niet wekt (Mancini, 1998, Sanne, 2008; Rasmussen, Drupsteen & Dyreborg, 2013). Het helpt vaak niet dat rapportagesystemen complex, gedetailleerd en top-down zijn ingevoerd. Dit gevoel wordt versterkt wanneer medewerkers hun werkomstandigheden niet kunnen beïnvloeden of wanneer zij beperkte training en feedback krijgen. Eigenaarschap en feedback spelen een belangrijke rol wanneer er geleerd moet worden over incidenten (Sanne, 2008). De manier waarop incidentmanagement is geïmplementeerd in de organisatie heeft dus gevolgen voor het handelen van organisatieleden. De volgende paragraaf gaat hier specifieker op in.

#### 2.4.2 De rol van risico's en regels

Incidentmanagement en daardoor het leren van incidenten is vaak onderdeel van *risk & compliance management* van een organisatie. Deze sub-paragraaf beschrijft verschillende manieren hoe de risico en compliance context invloed heeft op het incidentmanagementproces en het leren van incidenten. Een belemmering voor het leren van incidenten is ritualisering. Ritualisering is het gevoel binnen een organisatie dat de veiligheid is gewaarborgd als iedereen de regels en procedures, opgesteld vanuit het risicomanagement, letterlijk volgt. Zonder nog na te denken over de daadwerkelijke betekenis van deze regels en procedures (Dechy et al, 2015). Størseth en Tinmannsvik (2012: 1980) beschrijven dit als het *theatre and puppet-play*, waarbij lege rituelen en ceremonies gehaast worden uitgevoerd na een incident om maar te laten zien dat *things are being done*. Hierbij ontstaat wat zij beschrijven als het *procedure alibi*: de neiging om na een incident extra regels en procedures in te voeren om aan toezichthouders of veiligheidsmanagers te laten zien dat er op het ongeval is gereageerd (Størseth and Tinmannsvik, 2012: 1980). Dechy et al (2015) beschrijven dat zo'n organisatieklimaat waarin dit voorkomt geen goede omgeving is voor het leren van incidenten. Men kan zich inderdaad afvragen of er wel voldoende van een incident is geleerd wanneer alleen een nieuwe regel of procedure het gevolg is. De relatie tussen de omgang met risico's en het leren van incidenten is interessant. Een andere benadering op deze relatie is de risico-regel-reflex. Trappenburg & Schiffelers (2012) beschrijven de risico-regel-reflex als een overhaaste reactie op incidenten met als gevolg disproportionele maatregelen, die zich vaak uiten in nieuwe regels. Het interessante aan deze theorie is dat het ook kan worden gezien als een algemene trend. In de samenleving worden hedendaags steeds meer veiligheidsmaatregelen ingevoerd om risico's zo veel mogelijk te beperken (Van Tol, 2012). De risico-regel-reflex is beschreven als fenomeen dat zich voordoet bij de overheid. Deze benadering is om de volgende redenen ook interessant voor dit onderzoek. Allereerst zien we de gevolgen van de risico-regel-reflex doorwerken in organisaties die de regels dienen in te voeren. Ten tweede is het mogelijk dat niet alleen de overheid de risico-regel-reflex ondervindt maar ook andere organisaties. Voor beide redenen is inzicht interessant in hoe organisaties en hun medewerkers omgaan met externe of interne risico-regel-reflex en in hoeverre er echt geleerd wordt van incidenten.

#### 2.5 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is besproken dat incidentmanagement, leerprocessen en de culturele- en risicocontext met elkaar verbonden zijn. Hierin is gekozen voor een positief perspectief op **incidenten**, waarbij ook aandacht is voor kleine incidenten in een organisatie. De gedachte hierachter is dat inzicht in deze incidenten een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van incidenten in de toekomst. Daarnaast zijn er verschillende bekende en alternatieve manieren van **leren van incidenten** besproken. Hierbij is aandacht besteed aan bewuste en formele leerprocessen, als manieren van leren die onbewust, sociaal en emotioneel van aard zijn. Tot slot is aandacht besteed aan de **organisatorische context**. Waarbij is besproken hoe culturele- en risicoprocessen invloed kunnen hebben op het incidentmanagement en de manier waarop van incidenten wordt geleerd.

## 3 METHODEN

Voor de bespreking van de empirische bevindingen, staat dit hoofdstuk stil bij de methodische keuzes in dit onderzoek. Een van die keuzes heeft betrekking op de wetenschapsfilosofische positie, die een bril vormt waarmee ik als onderzoeker naar de werkelijkheid kijk. Vervolgens wordt een overzicht gepresenteerd van de methoden van dataverzameling met daaropvolgend de data-analyse. Als laatste ligt de nadruk op wetenschappelijke waarborging en een kritische reflectie op de onderzoeksmethoden.

### 3.1 EEN INTERPRETATIEVE BRIL

Elk wetenschappelijk onderzoek wordt gevormd vanuit een wetenschapsfilosofische perspectief: een zogenaamd 'paradigma'. Filstead (1979: 34) definieert een paradigma als: *'a set of interrelated assumptions about the social world which provides a philosophical and conceptual framework for the organized study of that world'*. Het gekozen paradigma begeleidt dit onderzoek in de filosofische aannames over wetenschap en de selectie van onderzoeksmethoden. Hierin vormt het paradigma de 'lens' waarmee naar de werkelijkheid wordt gekeken. Hoewel er vele paradigma's zijn die een onderzoek vorm kunnen geven, is in dit onderzoek gekozen voor de constructivistische interpretatieve benadering.

Deze constructivistische interpretatieve benadering stelt dat: *in sense-making, the essential task is to create a coherent and plausible account of what is going on without ever really seeking a one true and final picture of how the world actually is.*" (O'Leary & Chia, 2007: 3). Het constructivisme-interpretativisme verwerpt dat er een definitief beeld is van hoe de werkelijkheid echt is. De werkelijkheid is namelijk sociaal geconstrueerd en ontstaat uit de interacties en betekenissen die men geeft aan deze werkelijkheid. Echter construeren mensen hun eigen betekenis op verschillende manieren, zelfs in relatie tot hetzelfde fenomeen. Vandaar dat meerdere, tegenstrijdige maar geldige interpretaties van de wereld kunnen bestaan (Leezenberg & de Vries, 2012; Deetz, 1996). Dit geldt evengoed voor mijzelf als onderzoeker, aangezien mijn opvoeding, opleiding en kijk op de wereld beïnvloeden welke betekenis ik zelf aan de werkelijkheid en dit onderzoek geef. Dit onderzoek is dus slechts een manier om de beleving en het leren van incidenten weer te geven. Hierdoor kan het worden beschouwd als een interpretatie van interpretaties (O'Leary & Chia, 2007). De volgende paragraaf beschrijft welke onderzoeksmethoden hiervoor zijn gebruikt.

### 3.2 KWALITATIEVE ONDERZOEKSMETHODEN

Naast dat dit onderzoek uitgaat van een constructivistische interpretatieve benadering is ook gekozen voor het gebruik van kwalitatieve methoden. Kwalitatieve methoden verwijzen naar een bredere klasse van empirische procedures die zijn ontworpen om de ervaringen van de respondenten in een context specifieke omgeving te beschrijven en te interpreteren (Denzin & Lincoln, 2000). Het doel van kwalitatief onderzoek wordt door Pettigrew (1997: 338) beschreven als: *'The purpose of the qualitative research is not to determine objectively what happened, but, rather, to report [as objectively as possible] the perceptions of each of the participants in the setting.'* In dit onderzoek staat de beleving van organisatieleden met incidenten en het leren hierover centraal. Door gebruik van kwalitatieve methoden worden de interpretaties van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis aan het incidentmanagementproces en het leerproces van incidenten beter begrepen. Bovendien geeft het inzicht in welke betekenissen zij geven aan deze processen. Kwalitatief onderzoek dient ook nog een ander doel: *"Qualitative research involves investigation beyond the superficial."* (O'Toole & Were, 2008: 616). Kwalitatieve onderzoekers gaan verder dan het expliciete en het bekende om de werelden van respondenten te begrijpen. Hierin ontdekken ze mogelijk dingen waarvan respondenten zelf zich misschien nog niet bewust zijn. Doordat de wetenschap zich vooral richt op bespreking en evaluatie van grote incidenten kan een focus op kleine alledaagse incidenten een nieuw inzicht bieden. Bovendien brengen deze methoden de belevingswereld en organisatiecontext van organisatieleden in beeld. Dit beeld is grotendeels op het gebied van leren van incidenten wetenschappelijk nog onontdekt (Stemn et al, 2018). Het doel van dit kwalitatieve-interpretatieve onderzoek is om hier meer inzicht in te bieden.

### 3.3 DATAVERZAMELING

Dit onderdeel beschrijft de manieren waarop de data in dit onderzoek is verzameld. Voortkomend uit de wens om de belevingswereld van de organisatieleden te begrijpen, is gekozen voor triangulatie. Om zo de empirische werkelijkheid van meerdere kanten te bekijken en te begrijpen. Hiervoor zijn verschillende databronnen gebruikt: observaties, interviews en documentatie van de organisatie. De invulling en gevolgen van deze keuze wordt hieronder beschreven. De manieren van dataverzameling zijn beschreven in volgorde van afname.

#### 3.3.1 Documenten

Voor dit onderzoek zijn verschillende documenten bestudeerd die twee functies hebben gediend. Allereerst voor algemeen inzicht in de organisatie, zoals de structuur en strategische plannen. Daarnaast zijn documenten bestudeert die meer inzicht geven in de werkzaamheden van GRC Office en andere GRC-afdelingen. Door het bestuderen van beleidsrichtlijnen en documenten rondom de Operationele Verliezen Database (OVD) werd er meer inzicht in de hun werkcontext gecreëerd. Dit is van belang omdat het incidentmanagement voortkomt uit deze context.

#### 3.3.2 Observaties

Observaties vormen een belangrijke dataverzamelmethode van dit onderzoek. De reden voor de keuze voor observaties is veelzijdig, maar is gedreven door de gedachte: *'We know more than we can tell.'* (Polanyi, 1967: 4). Door het gebruik van observaties kan je als onderzoeker inzicht krijgen in de belevingswereld van respondenten die voorbijgaat aan gesproken taal. Dit maakt het mogelijk in wat Bryman (2012: 493) beschrijft als *'seeing through others eyes'*. Door observaties kreeg ik als onderzoeker meer inzicht in de sociale realiteit van mijn respondenten. Hierdoor ontstond er een grotere sensitiviteit met de organisatiecontext. Wat het mogelijk maakte een betere relatie te leggen met deze context en het gedrag individuen en groepen in de organisatie die daaruit voorkomt. De focus van dit onderzoek op de beleving en betekenisgeving van respondenten aan (het leren van) incidenten maakt inzicht in de context en gedrag belangrijk. Voor dit onderzoek heb ik observaties uitgevoerd bij dagelijkse werkzaamheden en overleggen bij de clusters GRC, Commercie, Zorg, IV en K&O.

#### 3.3.3 Interviews

De derde manier om data te verzamelen zijn interviews. De reden hiervoor is beschreven door Weiss (1994: 1) als: *'Interviewing gives us access to the observations of others. Through interviewing we can learn about the places we have not been and could not go and about settings which we have not lived.'* Door interviews af te nemen met medewerkers en teammanagers kreeg ik meer inzicht in hun ervaringen met (het leren van) incidenten. Bovendien creëren interviews de mogelijkheid om verder te vragen dan het 'nu'. Dit maakte het mogelijk dat ik respondenten ook vragen kon stellen over incidenten en hun lessen in het verleden.

Voor dit onderzoek zijn in totaal **16 interviews** afgenomen die tussen 30 en 70 minuten duurden. Hiervan waren 11 interviews met medewerkers en 5 interviews met teammanagers. De interviews hadden binnen dit onderzoek zowel een open- als semigestructureerd karakter. De eerste drie interviews waren open van aard met als doel een bredere verkenning van de beleving van incidenten en het leren hierover. Vervolgens volgde er tien interviews met een semigestructureerd karakter. Ondanks dat nu in kon worden gegaan op de belangrijkste ervaringen van respondenten, bood deze manier van interviewen ook nog veel flexibiliteit om dieper in te gaan op interessante antwoorden met betrekking tot de onderzoeksvraag (Bryman, 2012: 472).

### 3.4 DATA-ANALYSE

De data-analyse van de interviews en observaties ging grotendeels gepaard met het verzamelen van de data. Om de kwaliteit van de data zo veel mogelijk te behouden, zijn interviews opgenomen en observaties uitgewerkt. Met betrekking tot de transcripten van de interviews zijn de richtlijnen van Field & Morse (1996: 107- 108) gevolgd. De hieruit voortgekomen data is vervolgens geanalyseerd, waarbij het coderen de hoofdactiviteit vormde. Het doel van coderen is om op een gestructureerde en systematische manier een goed beeld te krijgen van de enorme hoeveelheid aan verzamelde data (Richards, 201: 105). In het proces van het coderen zijn er drie typen te onderscheiden: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2005: 84-85).

Open coding is het proces waarbij alle data wordt gelezen en verdeeld in fragmenten. Deze fragmenten worden gelabeld met, wanneer zij over hetzelfde onderwerp gaan, een code (Boeije, 2005: 85). Bij axiaal coderen ligt de focus op de betekenis van de codes. Om data te reduceren, worden hoofdcodes en sub-codes opgesteld en data gereduceerd (Boeije, 2005: 99). De laatste stap is het selectief coderen, waarbij verdere structuur wordt aangebracht en theorieën en veronderstellingen worden gevormd (Boeije, 2005: 106-108). In dit proces van coderen ben ik me ervan bewust dat mijn interpretaties van de verzamelde data grote invloed hebben gehad op de presentatie van de ervaringen van mijn respondenten.

### 3.5 VALIDITEIT VAN HET ONDERZOEK

In de deze bespreekt paragraaf de validiteit van het onderzoek. Validiteit is door Maxwell (2013: 121) beschreven als: *'the chance you might be wrong'*. Elk onderzoek heeft bepaalde *'validity threats'*: manieren waarop je het als onderzoeker mis kan hebben. Ik zal ingaan op de validiteitsbedreigingen van dit onderzoek en de strategieën die ik heb toegepast om dit zoveel mogelijk te beperken. Maxwell (2013: 124) beschrijft twee soort validiteitsbedreigingen: *'researcher bias'* en *'reactivity'*. De manieren waarop dit mijn onderzoek heeft beïnvloed, is onder beschreven.

#### 3.5.1 Researcher bias

De *researcher bias* is hoe de persoonlijke waarden, normen en verwachtingen van de onderzoeker het onderzoeksproces en zijn uitkomsten heeft beïnvloed (Maxwell, 2013: 121). De vraag bij researcher bias is niet of het heeft plaatsgevonden, aangezien je als onderzoeker altijd het onderzoek beïnvloedt. Deze *researcher bias* is in dit onderzoek extra van belang, omdat ik als onderzoeker een belangrijk onderzoeksinstrument ben geweest. Zoals eerder is beschreven is dit onderzoek een interpretatie van interpretaties die gekleurd worden door mijn eigen waarden, normen en perspectief. Door middel van drie strategieën heb ik zoveel mogelijk *bias* geprobeerd weg te nemen.

Allereerst was het overleg met mijn begeleider en medestudenten op de universiteit van belang. Door regelmatig in gesprek met hen te gaan, kon ik mijn ideeën over het onderzoek delen. Niet alleen brachten zij structuur aan in mijn gedachten, maar gaven ook kritische opmerkingen over mijn weergave en interpretatie van de data. Bovendien dwongen zij mij na te denken over afwijkende bevindingen en impliciete processen.

Ten tweede speelde respondentvaliditeit een belangrijke rol bij het voorkomen van *researcher bias* dat ik op meerdere manieren heb bewerkstelligd tijdens het onderzoek. Voorafgaand aan de interviews hield ik bij elke afdeling observaties. Tijdens de interviews 'checkte' ik altijd mijn bevindingen en interpretaties van deze observaties bij de respondenten, zodat mijn bevindingen en realiteit zoveel mogelijk overeen zouden komen. Daarnaast gaf ik gedurende de interviews samenvattingen van hun antwoorden en vroeg vervolgens of mijn interpretatie hiervan klopte.

De laatste strategie die is toegepast om *researcher bias* te voorkomen is triangulatie. Triangulatie is de verzameling van data uit meer dan een bron. Door een combinatie van documenten, observaties en interviews probeerde ik zoveel mogelijk variëteit en rijkheid aan te brengen in mijn dataverzameling (Maxwell, 2012: 128). Dit heb ik onder andere gedaan door intensieve transcripties van mijn interviews en gedetailleerde fieldnotes (Emerson et al, 2001: 354).

#### 3.5.2 Reactivity

De tweede validiteitsbedreiging van dit onderzoek is *reactivity*. Reactivity is door Maxwell (2012: 124) beschreven als: *'the influence of the researcher on the setting or individuals studied'*. Deze invloed heeft met name betrekking op je respondenten en hun reactie op jou als onderzoeker in interviews of observaties. Deze validiteitbedreiging is van belangrijk gevaar van dit onderzoek. De gevoeligheid van het onderwerp 'incidenten' in de organisatie als de reputatie van GRC Office hebben geleid tot verschillende strategieën met betrekking tot de omgang met mijn respondenten.

De kerntaak van de GRC-afdelingen is het controleren en beheersen van de organisatie door middel van risicoprocesen, zoals het incidentmanagement. Als onderzoeker kwam ik er al snel achter dat in mijn introductie als 'afstudeerder' bij GRC Office men het gevoel kreeg 'gecontroleerd' te worden. Om die reden heb ik de keuze

gemaakt om vanaf februari mijzelf in het benaderen van respondenten te introduceren als ‘onderzoekstudent vanuit de Universiteit Utrecht’ en mijn rol bij GRC Office te minimaliseren. Om sociaal wenselijkheid door deze reputatie te voorkomen, besteedde ik daarnaast aandacht aan het opbouwen van relaties met teammanagers en de relevante decentrale GRC-afdelingen. Door deze strategie kon alsnog toegang tot de werkvloer verkregen worden.

Daarnaast was ik mij er in grote mate van bewust dat mijn aanwezigheid als onderzoeker consequenties heeft voor medewerkers en teammanagers en hoe zij met elkaar om gingen. Ten tijde van observaties zat ik op de werkvloer tussen anderen met een medewerker mee te kijken of mee te luisteren. Hoewel voor hen dit heel gebruikelijk is – meekijken bij anderen wordt aangemoedigd binnen Menzis – leken medewerkers het wel spannend te vinden. Bij heftige of moeilijke telefoongesprekken, waarbij medewerkers anderen om hulp moesten vragen, werden vervolgens vaak uitspraken gedaan als *‘nou je hebt wel gelijk een flinke te pakken’* (fieldnotes 29/04/19). Op dit soort momenten leken medewerkers zich zeer bewust van mijn aanwezigheid. Ook het praten over incidenten tijdens observaties bleek niet heel wenselijk te zijn met name wanneer het stil was op de afdeling en andere medewerkers ons goed konden verstaan. Om dit zoveel mogelijk tegen te gaan, heb ik veel geïnvesteerd in de relatie met teammanagers en medewerkers op de onderzochte afdelingen. Door langdurige observaties, soms meerdere dagen achter elkaar, gingen medewerkers steeds minder aandacht besteden aan mijn rol als onderzoeker. Hierdoor is de *reactivity* gedurende het onderzoek minder een bedreiging geworden.

### 3.6 KRITISCHE REFLECTIE

De laatste paragraaf van dit hoofdstuk vormt een kritische reflectie op dit onderzoek. Een onmisbaar onderdeel wegens het constructivistische-interpretatieve perspectief, dat gepaard gaat met een grote mate van interactie tussen context en onderzoeker (Boeije, 2005: 18). Ondanks dat objectiviteit - *‘one true and final picture’* – in dit onderzoek onmogelijk en niet nagestreefd is, heeft het zoveel mogelijk de betrouwbaarheid gewaarborgd (O’Leary & Chia, 2007: 3). Om die reden reflecteert deze paragraaf op zes punten kritisch op het begrip *‘trustworthines’*: de betrouwbaarheid van dit onderzoek’ (Bryman, 2012: 390).

Een belangrijke taak voor mij als onderzoeker was de **ethische waarborging** van dit onderzoek dat zich voornamelijk uit in het garanderen van anonimiteit van mijn respondenten (Bryman, 2012: 142-143). Het garanderen van anonimiteit bleek zeer cruciaal voor openheid en deelname van respondenten aan dit onderzoek. Vanuit de theorie en empirie blijkt dat incidenten een beladen thema zijn binnen organisaties. Menzis vormt daar geen uitzondering op. Bovendien zijn incidenten wegens het huidige meldingsproces makkelijk herleidbaar. Respondenten waren vaak in eerste instantie terughoudend met het delen van hun ervaringen met incidenten. Pas wanneer volledige anonimiteit en onherleidbaarheid door mij werd gegarandeerd, stonden ze open voor het delen van hun ervaringen. Deze belofte heeft voor dit onderzoek drie gevolgen. Allereerst zijn slechts een beperkt aantal incidenten nauwkeuriger beschreven om de lezer een minimale en noodzakelijke voorstelling te geven over incidenten. Ten tweede is ervoor gekozen de grote citaten in het empirisch hoofdstuk niet te nummeren, om herleidbaarheid zo veel mogelijk te voorkomen. Als laatste zijn alle respondenten ‘vrouwelijk’ gemaakt, het dominante geslacht in dit onderzoek, om onherleidbaarheid te garanderen.

Een ander gevaar van dit onderzoek was **sociale wenselijkheid**. Met name tijdens de interviews had ik soms het gevoel dat hier sprake van was. Dit uitte zich bijvoorbeeld in het vragen naar ‘goedkeuring’ van de beschreven definitie door respondenten. Om sociale wenselijkheid zoveel mogelijk te voorkomen, gebruikte ik een aantal strategieën. Een hiervan, het garanderen van anonimiteit, is hierboven al besproken. Daarnaast benadrukte ik mijn rol als ‘onafhankelijke onderzoeker’ in de introductie van het onderzoek, waarbij ik mijn studie op de universiteit benoemde. Daaropvolgend vertelde ik altijd dat ‘er geen goede of foute antwoorden waren’ en ‘hun beleving centraal stond’. Bij het vermoeden van sociale wenselijkheid benoemde ik dit extra gedurende de interviews. Als laatste investeerde ik in de relatie met respondenten en probeerde ik hen zoveel mogelijk op hun gemak te laten voelen, vaak door in het begin van interviews ‘makkelijke’ vragen te stellen zoals: wie ze waren, welk werk ze deden en wat zie hierin belangrijk vonden.

Als interpretatieve onderzoeker is het van belang om zo dicht mogelijk bij de ervaringen en beleving van je respondenten in de organisatorische context te komen. Echter door het onderzoeksonderwerp en de reputatie van GRC Office diende ik gedurende het gehele onderzoeksproces veel te investeren in de relatie met de

respondenten. Een goede relatie met de werkvloer, de decentrale GRC-afdelingen en GRC Office was onmisbaar voor toegang en openheid. Dit ging gepaard met het vinden van een **balans tussen de relatie en mijn rol als onderzoeker**. Ik merkte dat ik het soms moeilijk vond om een kritische houding aan te nemen tegenover mijn respondenten, omdat ik de relatie niet wilde schaden die voor het onderzoek zo onmisbaar was. Dit heeft ertoe geleid dat ik tijdens observaties besloot niet naar incidenten te vragen, omdat dit tot ongemak van respondenten leidde. Met als gevolg dat voornamelijk in de interviews incidenten uitgebreid zijn besproken. Een volgende reflectie op dit onderzoek is dat tijdens interviews en observaties weinig incidenten hebben plaatsgevonden. Vaak praatten respondenten bij incidenten over **gebeurtenissen in het verleden**. Hierin kan men de beleving van een incident vergelijken met het beschrijven van een foto. Het is een stilstaand beeld van het verleden, waarbij de beschrijving is gekleurd door de context van het 'nu'. Een mogelijk gevolg hiervan is dat de beleving van incidenten wordt gekleurd door de huidige context.

Tijdens dit onderzoek heb ik voor mijn gevoel steeds gereisd tussen **twee werelden**. Zowel de wereld van de verdieping van mijn onderzoek - de werkvloer – als de wereld van GRC Office. De interactie met deze twee werelden heeft mijn onderzoek beïnvloed. Alhoewel in de interviews grote aanwijzingen waren voor de rol van de GRC-afdelingen in de beleving van incidenten, heb ik ervoor gekozen om dit in het onderzoeksproces explicieter te maken. De verbondenheid van die twee werelden is deels tot stand gekomen door mijn rol als onderzoeker. Wanneer ik alleen de focus op een van deze groepen had gelegd, was deze onderzoeksuitkomst mogelijk nooit zo tot stand gekomen.

### 3.7 SAMENVATTING

Dit hoofdstuk is een overzicht van de methodische keuzes van dit onderzoek, de hieruit voortkomende onderzoeksinstrumenten en -activiteiten en tot slot de wetenschappelijke waarborging van dit uitgevoerde onderzoek. Kort samengevat gaat dit kwalitatieve onderzoek – met een constructief-interpretatief karakter – uit dat iedereen, ook ikzelf als onderzoeker, op een eigen manier betekenis geeft aan fenomenen en beïnvloed wordt en invloed heeft op zijn of haar context. Dit perspectief heeft gevolgen voor de ontwikkeling van het onderzoeksveld, de dataverzameling en de manier waarop de data is geanalyseerd. Door aandacht te besteden aan wetenschappelijke waarborging en een kritische reflectie is geprobeerd te de mate van *trustworthiness* van dit onderzoek zo groot mogelijk te maken.



## 4 EMPIRISCHE BEVINDINGEN

Nu er een overzicht van relevante theorieën is gegeven en de methodische keuzes rondom dit onderzoek zijn uitgelegd, is het tijd om het woord te geven aan de organisatie. In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen, die zijn voortgekomen uit de interviews, observaties en documenten, gepresenteerd. Allereerst worden de culturele kenmerken van Menzis besproken. Het vervolg van dit empirisch hoofdstuk is opgebouwd uit twee hoofdelementen: ‘incidenten: gekleurd door beleving & beroering’ en ‘leren van incidenten’.

### 4.1 INTRODUCTIE: MENZIS ALS ORGANISATIE

Voor we verder in gaan op de twee hoofdelementen van dit empirisch hoofdstuk is naar mijn mening een verdere kennismaking met Menzis als organisatie van belang. De reden voor aandacht in dit empirisch hoofdstuk voor de cultuur binnen Menzis is dat de ervaringen van medewerkers en teammanagers plaatsvinden binnen deze omgeving. Het is juist deze culturele context die volgens de literatuur bepalend is voor de omgang met de twee hoofdelementen – ‘incidenten: gekleurd door beleving en beroering’ en ‘leren van incidenten’ – binnen dit onderzoek. De culturele kenmerken die medewerkers en teammanagers toekennen aan Menzis zijn hieronder beschreven.

#### 4.1.1 De Menziscultuur: een familie

In deze sub-paragraaf wordt de cultuur van Menzis beschreven door organisatieleden als een familie. De belangrijkste kenmerken waren voor medewerkers en teammanagers de ‘open cultuur’ (I 1) en ‘de veilige omgeving’ (I 14) waardoor Menzis als organisatie voor veel medewerkers als een ‘warm bad’ (I 2) wordt ervaren. Dit resulteert in een omgeving waarin men zichzelf kan zijn. Een medewerker beschrijft de positieve gevolgen die deze cultuur heeft voor hoe zij haar werk beleeft.

*“Ik voel me hier hartstikke lekker. Ik kan zijn wie ik ben. Je wordt geaccepteerd. Je kunt je ontplooiën als je dat wilt. Als medewerker vind ik dat je er in ieder geval goed voor staat. We hebben goed sociaal beleid vind ik. Ja ik voel me hier thuis wat dat betreft.”*

Binnen Menzis ervaren medewerkers een cultuur waarin je wordt geaccepteerd zoals je bent of je nu ‘dun, dik, wit, zwart of noem maar op’ (I 2) bent. Deze hierboven beschreven aspecten zorgen ervoor dat medewerkers betrokken en loyaal aan de organisatie zijn. Omdat ze zich zo thuis voelen binnen Menzis hebben veel medewerkers een lang dienstverband, vaak nog binnen dezelfde afdeling.

Een ander belangrijk kenmerk van de Menziscultuur is de grote mate van collegialiteit binnen de teams. In het volgende citaat vertelt een medewerker hoe collega’s met elkaar omgaan op de werkvloer.

*“Er is wel eens wat aan de hand en dan helpen we elkaar. Of dit nou voor klanten is of dat bij iedereen speelt er wel eens wat in het privé leven. Je ontkomt er niet aan dat je dat wel een beetje mee naar je werk neemt. Daar is wel ruimte voor. Iedereen kan wel op elkaar bouwen.”*

Deze collegialiteit naar collega’s omvat meer dan het inhoudelijke werk. Op de werkvloer hebben medewerkers een hechte band met elkaar waarbij veel persoonlijke ervaringen worden gedeeld. Medewerkers kunnen op elkaar bouwen en helpen elkaar. Voor hen is dit enorm belangrijk omdat het werk binnen de klantgerichte afdelingen, op de ‘frontlinie’ (I 16) van de organisatie, soms heftige ervaringen met zich mee brengt. De indrukwekkende en emotionele verhalen van klanten vergen soms veel van medewerkers en ‘dan word je soms psychisch echt wel moe’ (I 5). Een goede band met collega’s waarbij medewerkers hun ervaringen kwijt kunnen, zorgt ervoor dat ze hun werk goed kunnen blijven doen. Ook kent het werk veel drukke periodes waarbij ‘je met elkaar de schouders eronder moet zetten’ (I 7). Dit lukt hen omdat medewerkers elkaar al lang kennen en weten wat ze aan elkaar hebben. Een goede relatie met collega’s is voor medewerkers dus heel belangrijk. De keerzijde is ‘wel dat mensen soms wel bang zijn om elkaar aan te spreken, omdat ze elkaar allemaal zo lief vinden’ (I 14). Om die relatie niet te schaden kiezen ze ervoor elkaar geen negatieve feedback te geven, ook al zien ze soms dat er dingen mis gaan.

Deze focus op onderlinge relaties en het gebrek aan feedback draagt bij aan dat fouten minder open besproken worden in de teams. De cultuur van Menzis kent naast kenmerken van een familiecultuur ook andere karakteristieken die de volgende paragraaf verder zal belichten.

#### 4.1.2 De Menziscultuur: een hiërarchie

Naast de *'familiaire cultuur'* (I 8) kent de cultuur ook andere kant die door medewerkers werd beschreven als *'bureaucratisch'* (I 10) of *'semioverheid'* met *'echt wel een beetje een ambtenaren gevoel'* (I 11). Een teammanager beschrijft op welke manier deze kenmerken invloed hebben op het nemen van besluiten.

*"Als er besluiten moeten worden genomen dan zijn er wel heel veel mensen die daar ook nog even een vinkje voor moeten zetten. Het is ook wel heel erg gekaderd. Dan kom ik met een vraag bij iemand. [...]. "Nee dat moet niet bij mij, dan moet je bij Pietje zijn." Nou dan ga je naar Pietje: "Nee, nee, nee, hoe kom je erbij dat dat bij mij ligt?" Maar niemand komt dan in de actie stand van: weet je wat ik ga je even helpen! Dit is wel heel erg van: dit is mijn werk, mijn stapeltje en dat is het."*

Binnen de cultuur van Menzis ervaren organisatieleden ook verschillende bureaucratische kenmerken. Een voorbeeld hiervan, zoals het citaat beschrijft, is de verdeling van verantwoordelijkheden en taakspecialiteit. Medewerkers houden zich in principe aan hun eigen taken en specialisatie. Het overschrijden van een grens of het overnemen van werk van een ander is hierbij niet gewenst. Dit leidt ertoe dat teammanagers regelmatig langs veel verschillende mensen en afdelingen moeten om toestemming te vragen voor hun besluit. Een aspect van de cultuur van Menzis die teammanagers soms als frustrerend ervaren.

Het laatste bureaucratische kenmerk is het ervaren van veel regels, protocollen en procedures. Een medewerker beschrijft welke rol regels en procedures spelen in haar werk.

*"Heel veel. Ja heel veel. Met gesprekken ben je al met die AVG bezig, dus dat is echt constant eigenlijk. Procedures ook. We werken natuurlijk ook met een bepaalde procedure, daarom hebben we ook knowledge, omdat daar precies in staat wat je moet zeggen. Soms hoe je het moet zeggen. [...] Ja, procedures zijn wel belangrijk."*

Procedures spelen een belangrijke en bepalende rol binnen het werk van medewerkers. Deze procedures zijn vaak te vinden in kennissystemen binnen Menzis zoals Knowledge, waar medewerkers kunnen opzoeken hoe ze in een situatie moeten handelen. Zoals een medewerker het beschrijft: *'het hangt eigenlijk van protocollen bij elkaar bij ons'* (I 2). En hoewel ervaren medewerkers er *'niet meer warm of koud'* (I 2) van worden, hebben nieuwe medewerkers moeite met *'zoveel protocollen en dat alles zo vast staat'* (I 14). Dit speelde met name wanneer procedures voor hun gevoel niet bijdragen aan de effectiviteit van de organisatie en als het nadelig is voor klant. Een teammanager beschrijft hieronder een van de redenen waarom binnen Menzis zoveel gehandeld wordt vanuit protocollen.

*"Het is nog steeds een organisatie die heel erg vanuit wet- en regelgeving denkt hé. Ook daarmee geholpen door de afdeling GRC die vooral daarop gefocust is."*

Menzis is een organisatie die ook beïnvloed wordt door haar omgeving en moet voldoen aan wet- en regelgeving. De hernieuwde aandacht voor het incidentmanagement, en de strengere regels rondom het melden, komen deels voort uit de invoering en gevolgen van de AVG. Of deze wet- en regelgeving goed wordt geïmplementeerd en beheerst is de verantwoordelijkheid van de GRC-afdelingen. Het bestaan van deze afdelingen zorgt volgens teammanagers voor de focus op wet- en regelgeving en de aanwezigheid van bureaucratische kenmerken.

In deze paragraaf is Menzis beschreven als een organisatie met een familiecultuur, waarbij ook bureaucratische kenmerken een rol spelen. De verschillende karakteristieken van de organisatie zijn op een complexe manier met elkaar verbonden en vormen het handelen en de ervaringen van respondenten op de volgende twee onderwerpen: *'incidenten: gekleurd door beleving & beroering'* en *'leren van incidenten'*.

## 4.2 INCIDENTEN: GEKLEURD DOOR BELEVING & BEROERING

Dit onderdeel schetst een beeld van het eerste hoofdelement 'incidenten: gekleurd door beleving en beroering'. Via zes verschillende sub-onderwerpen wordt weergegeven hoe medewerkers en teammanagers het incidentmanagementproces ervaren. Deze zes onderwerpen zijn: 'het verschil tussen definitie en interpretatie', 'de beleving van incidenten', 'het ontstaan van incidenten: een spanningsveld', 'het melden van incidenten', 'een incident is gemeld, en dan?' en 'de spanning met GRC'.

### 4.2.1 Verschil tussen definitie en interpretatie

Deze paragraaf beschrijft wanneer iets voor medewerkers en teammanagers een incident is en in hoeverre dit overeenkomt met de door GRC opgestelde officiële definitie van een incident. Een belangrijk onderdeel van het incidentmanagement binnen Menzis is de Operationele Verliezen Database (OVD); een overzicht van alle grote incidenten binnen Menzis. Of een incident in deze database komt, wordt grotendeels bepaald door of een incident aan de definitie van de OVD voldoet. De definitie van een operationeel verlies (incident) is: *Een financieel verlies wat voortkomt uit het feit dat de daadwerkelijke kosten, veroorzaakt door inadequate of falende interne processen, mensen of systemen of door externe gebeurtenissen (inclusief compliance risico), afwijken van de verwachte kosten* (GRC Office, 2019b: 5). De grote incidenten, die opgeslagen zijn in de OVD, zijn slechts een kant van het verhaal. Een medewerker beschrijft hoe zij aankijkt tegen de definitie en de OVD.

*"Je hebt die hele grote incidenten. Die veel geld hebben gekost. Dus die vind je terug in een bestand. Maar al die andere kleine dingen. Daar zijn soms heel veel mensen heel druk mee. Maar wie weet dat?"*

Naast de grote incidenten zijn er ook veel kleine incidenten waar medewerkers en teammanagers soms heel druk mee zijn. Juist deze kleine incidenten zijn onzichtbaar voor een groot deel van de organisatie, omdat ze niet voldoen aan de definitie van een incident in de OVD. Om inzicht te krijgen in de wereld achter de grote incidenten is aan elke respondent gevraagd wat zij zagen als een incident. Een medewerker beschrijft hieronder wat haar interpretatie is van een incident.

*"Nou voor mij eigenlijk voornamelijk, waar we bij onze afdeling mee te maken hebben zijn meestal privacy dingen. Als er schending is van de privacy. In mijn geval was het dat klantgegevens van de ene klant bij de andere klant terecht kwamen. Dat soort dingen moeten niet gebeuren. Dat is heel slordig. Het kan gebeuren. Soms is het een menselijke fout, soms een systeemfout."*

In het vragen naar een definitie aan medewerkers en teammanagers vielen de volgende dingen op. Allereerst wordt de perceptie van incidenten sterk gekleurd door hun persoonlijke ervaringen. Voorbeelden van incidenten die door medewerkers gegeven waren: de privacy schending van een klant, een conflict met een collega of de miscommunicatie over afspraken die was ontstaan tussen afdelingen. Vaak beschreven medewerkers de incidenten die ze zelf hadden meegemaakt of het meest voorkomen binnen hun afdeling. De nadruk ligt hierbij op interne incidenten zoals datalekken, ICT- of systeemincidenten, maar ook conflicten tussen collega's of scheldpartijen van een klant aan de telefoon.

Ten tweede was het voor medewerkers en teammanagers niet gemakkelijk om een definitie van incident te formuleren. Sommige teammanagers reageerden met '*nee, er gaat geen lampje branden*' (fieldnotes 30/04/19). Daarnaast moesten respondenten vaak goed nadenken en waren regelmatig een beetje twijfelachtig in hun beschrijving. Als onderzoeker kreeg ik het gevoel dat medewerkers en teammanagers een 'goed' antwoord wilden geven. Een antwoord dat aansloot bij de 'officiële definitie' van een incident of bij mijn onderzoek. Medewerkers en teammanagers reageerden bijvoorbeeld op mijn vraag wat zij zagen als een incident met '*die vraag wilde ik eigenlijk aan jou stellen?*' (I 5) of nadat ze een antwoord hadden gegeven met '*Dat kan ook een incident zijn, maar dat is niet wat we hier bedoelen volgens mij?*' (I 10) of '*bedoel je dat soort zaken misschien?*' (I 7). Hierin waren ze regelmatig op zoek naar mijn 'goedkeuring' van hun definitie alsof de door hen beschreven beleving van een incident niet voldoende is. Er was veel onduidelijkheid en onzekerheid bij het beschrijven aan incidenten. Een teammanager beschrijft in het volgende citaat de gevolgen van deze onduidelijkheid.

*“Ik moet wel zeggen dat voor ons vaak wel lastig is om incidenten ook te omschrijven. Echt van de dingen die hier gebeuren. We krijgen die uitvraag altijd. Daar wordt het al heel gauw financieel gemaakt. Bij ons is het vaak wel lastig om het financieel te maken. [...] [Naam GRC medewerker] is onze adviseur. Die heb ik wel vaker gevraagd ook van ‘wil je nou, dit is wat er gebeurd en wil je nou wel of niet dat ik dit meld?’ Volgens de criteria past het niet helemaal, maar wij zien het wel als een incident.”*

Het verschil in interpretatie van een incident zorgt ervoor dat medewerkers en teammanagers het moeilijk vinden om hun om hun incident te beschrijven. Met name teammanagers zijn van mening dat de huidige definitie van een incident niet altijd past bij de incidenten op de werkvloer. Nu dient een incident te worden gekoppeld aan een financieel verlies, terwijl de incidenten op de werkvloer niet altijd financieel meetbaar zijn. Doordat de criteria vanuit het incidentmanagement (geheel aan maatregelen vanuit de organisatie om incidenten te managen) niet aansluit op de ervaringen van de werkvloer worden de ‘kleine’ incidenten niet gemeld en blijven ze onzichtbaar voor de rest van de organisatie. Er is dus verschil in de interpretatie van incidenten op de werkvloer en de officiële definitie die is opgesteld door GRC. Dit uit zich in een onderscheid in beleving waar de volgende paragraaf verder op in gaat.

#### 4.2.2 De beleving van een incident

Het verschil in interpretatie van incidenten op de werkvloer en de opgestelde definitie van GRC gaat gepaard met een andere beleving van incidenten tussen deze twee groepen. Het incidentmanagement is een proces dat uitgevoerd wordt door de GRC-afdelingen en is bedoeld om de organisatie te beheersen om zo ‘in control’ te blijven. Hierin zien zij incidenten als een fenomeen dat voorkomen moet worden om zo financiële en operationele verliezen zoveel mogelijk te beperken. Impliciet bestempelen ze incidenten als iets ongewenst wat ontstaat door ‘fouten’ in de organisatie. Incidenten worden immers veroorzaakt door *inadequate of falende interne processen, mensen of systemen* (GRC Office, 2019b: 5). De gedachte vanuit GRC heerst dat door te leren van incidenten ze zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. De beleving van incidenten op de werkvloer verschilt hiervan. Ondanks dat medewerkers en teammanagers de gedachte delen dat incidenten niet wenselijk zijn, hebben zij een sterke mening over het geheel tegengaan van incidenten. Een medewerker beschrijft hieronder hoe zij aankijkt tegen het voorkomen van incidenten.

*“Dus die [medewerker doelt op incidenten] hadden wat mij betreft niet mogen gebeuren. Het gebeurt toch want er zijn mensen die er werken. Het zijn mensen die lezen. Het zijn mensen die interpreteren. De ene dag heb je een betere dag dan een andere dag. Dat ga je nooit voorkomen.”*

Zowel teammanagers als medewerkers zijn van mening dat de menselijke fouten die leiden tot incidenten eigenlijk niet geheel te voorkomen zijn. Een respondent zei letterlijk *‘in mensenwerk worden fouten gemaakt’* (I 2). Fouten maken wordt gezien als menselijk en daardoor een incident ook. Honderd procent van de tijd scherp zijn of nooit fouten maken is volgens medewerkers niet mogelijk, aangezien mensen altijd een situatie lezen en interpreteren. Een medewerker beschrijft in hoeverre zij de wens van de organisatie om fouten en incidenten geheel te voorkomen als realistisch ziet.

*“Dat kan niet altijd honderd procent. Niet als mens. Dan moet je een robot hebben. Dan kan je knopje A en B en C en D. Dat kan niet als je met mensen aan het werk bent. Dan moet je een stukje menselijkheid houden, want anders komt het denk ik niet goed.”*

De beleving van incidenten, en daarmee het maken van fouten, wordt gezien als een stukje menselijkheid. Juist deze menselijkheid wordt door medewerkers als zeer belangrijk ervaren, omdat het voor hen het verschil maakt in hun werk. Het zorgt ervoor zij de klant goed kunnen helpen en kwaliteit kunnen leveren. Wanneer ik in mijn interviews vroeg naar het voorkomen van incidenten of de vraag in hoeverre er ruimte was voor fouten werd regelmatig de ‘robot’ aangehaald. Medewerkers zijn van mening dat wanneer de behoefte was om incidenten geheel te voorkomen je een robot moest hebben.

In de beleving van incidenten speelt naast menselijkheid emotie ook een belangrijke rol. Het veroorzaken van een incident heeft namelijk een emotionele werking op medewerkers. Het citaat hieronder beschrijft de gevoelens van een medewerker bij het veroorzaken van een incident.

*“Dat was enorm schrikken natuurlijk! Normaal over het algemeen gaat het toch goed? Ik maak dit soort fouten eigenlijk niet. Ik was er echt kapot van. Ik heb er 's avonds heel slecht van geslapen. Ik was helemaal druk: ‘Oh straks gebeurt er...’. Dan ga je bijvoorbeeld allemaal dingen in je hoofd halen. Dingen veel erger maken zeg maar.”*

De reacties van respondenten op het verantwoordelijk zijn voor een incident liepen uiteen van ‘teleurgesteld’ (I 8) naar ‘best wel vervelend’ (I 16) tot ‘helemaal rot geschrokken’ (I 3). Een incident raakt medewerkers persoonlijk en is voor hen regelmatig een emotionele gebeurtenis. Dit speelt met name als de situatie waaruit het incident ontstaat ook heftig is. ‘Je schrikt al van je gesprek op zich. Dan denk je dat je die man helpt, en dan krijg je achteraf te horen dat het niet goed was. Dus is best wel moeilijk.’ (I 3). Het verkeerd handelen, met een incident tot gevolg, is dan voor medewerkers extra pijnlijk. Dit komt enerzijds omdat in zo’n situatie veel op het spel staat, soms zelfs iemands leven. Anderzijds is de intentie van medewerkers eigenlijk altijd goed, waarbij ze proberen een klant zoveel mogelijk te helpen.

Concluderend is er dus verschil in de beleving van incidenten. GRC ziet incidenten als een fenomeen dat voorkomen en beheerst moet worden, terwijl voor de werkvloer de beleving menselijk en emotioneel is. Deze spanning raakt ook aan de manier waarop incidenten ontstaan. Hiervoor is aandacht in de volgende paragraaf.

#### 4.2.3 Het ontstaan van een incident: een spanningsveld

In deze paragraaf gaan we een stapje terug naar hoe er gekeken wordt naar het ontstaan van incidenten op de werkvloer. In de vorige paragraaf werd al beschreven dat menselijkheid een belangrijke rol speelt in het werk van medewerkers. Binnen elke onderzochte afdelingen en team van dit onderzoek staat de klant centraal. De belangrijkste drijfveer voor medewerkers was ‘dat je mensen kan helpen’ (I 1). De dieperliggende gedachte hierachter is dat medewerkers de klant goed wilden bedienen ‘en dat je voor hen goed doet’ (I 7). De wens om menselijke en kwalitatief goede service te geven staat echter in spanning met de hedendaagse doelstellingen op het gebied van prestatie en snelheid. Deze spanning is volgens medewerkers een van de factoren die leidt tot ontstaan van incidenten. Een teammanager beschrijft hieronder hoe volgens haar incidenten binnen deze spanning ontstaan.

*“We hebben natuurlijk strakke KPI’s. Daar wordt best wel strak op gestuurd in het algemeen. De cijfers zijn voor iedereen inzichtelijk. En iedere week komt er weer staatje en dan hebben we weer dit of hebben we weer dat. Mensen zitten ook wel heel erg in het proces van snelheid. Dan denk ik van: kwaliteit gaat voor kwantiteit. Maar dat kan ik zeggen, maar dat lijstje laat wat anders zien. En als een medewerker daar heel gevoelig voor is en die gaat alleen maar gas geven, gas geven, gas geven. Ergens gaat dan de kwaliteit een keertje mis.”*

Een van de redenen dat een incident ontstaat is de sterkte sturing op cijfers en snelheid. Een gevolg hiervan is dat medewerkers, die gevoelig zijn voor de cijfers, steeds sneller gaan werken om aan de eisen te voldoen. Hierdoor groeit de kans dat een medewerker een fout maakt en zo een incident veroorzaakt. De cijfers worden uitgedrukt in de Service Levels Agreement (SLA) die de kwaliteit van de geleverde service van Menzis weergeeft. Tijdens observaties viel het op dat de cijfers eigenlijk continu aanwezig zijn op de werkvloer. Op meerdere plekken hingen grote schermen aan de muur met groene, oranje of rode percentages, waarop men kan zien of er snel genoeg gewerkt wordt. Bijzonder is dat naast die borden vaak quotes van Menzis hangen zoals “Mens je bent uniek, en toch, net als iedereen een mens.” (fieldnotes – 04/04/19). Het beeld van enerzijds de quote en anderzijds het beeldscherm laat de spanning zien die veel medewerkers beschrijven. Een spanning tussen mens en robot en tussen kwaliteit en kwantiteit. Een spanning die uiteindelijk leidt tot het ontstaan van incidenten.

Een andere spanning die medewerkers aangeven op het gebied van incidenten gaat tussen regels en gevoel. Een medewerker beschrijft haar ervaringen hiermee.

*“Soms heb je een heel groot grijs gebied, zoals we zeggen. Zwart en wit zijn de duidelijke regels die er zijn. Maar je hebt een heel groot grijs gebied. En dan ben jij degene die moet beslissen. En dat zijn de uitzonderingen die je maakt. En dat heb je in alles.”*

Medewerkers geven aan dat incidenten voornamelijk gebeuren in dit grijze gebied, aangezien in het ‘wit’ en het ‘zwart’ de regels duidelijk zijn. Juist waar de regels of de situatie onduidelijk zijn, is het volgens respondenten belangrijk om op je gevoel te vertrouwen. Wanneer bijvoorbeeld een klant zich voordoet voor een ander ‘*dan moeten de alarmbellen vanuit je gevoel gaan rinkelen*’ (I 5). Wanneer dit gevoel volgens medewerkers ontbreekt, ontstaan er incidenten. Op de vraag hoe je dit gevoel ontwikkeld, gaf een medewerker het volgende antwoord.

*“Oefenen. Dus dat is, nou ja plat gezegd, soms gewoon letterlijk op je bek gaan. Ik denk dat dat de enige manier is om het te leren.”*

Door te oefenen en veel gesprekken te voeren is het mogelijk om het ‘gevoel’ te ontwikkelen. Hierbij is het volgens medewerkers belangrijk dat je ervaring opbouwt zodat wanneer zich een grijs gebied voordoet je de juiste beslissingen kan maken. Interessant is dat respondenten afgeven dat juist door fouten te maken – letterlijk op je bek gaan - dit gevoel kan worden ontwikkeld. Waar de organisatie de wens heeft om incidenten zoveel mogelijk te voorkomen, schetsen medewerkers een ander beeld. Een beeld waarbij juist het maken van fouten nodig is om te leren en te ontwikkelen om zo grotere incidenten in te toekomst te voorkomen.

Samenvattend ontstaan incidenten volgens medewerkers door de werking van een spanningsveld tussen mens en robot en tussen gevoel en regels. Het ‘gevoel’, een belangrijke vaardigheid waarmee incidenten worden voorkomen, dient door medewerkers het beste te worden ontwikkeld door fouten te maken. Een interessante bevinding die de wens van de organisatie deels bevestigt en deels tegenspreekt. De volgende paragraaf besteedt aandacht aan de ervaringen met een andere wens van de organisatie: het melden van incidenten.

#### 4.2.4 Het melden van incidenten

Na het ontstaan van incidenten dienen medewerkers het incident te melden. Deze paragraaf beschrijft hoe medewerkers het melden van incidenten ervaren. Om deze ervaringen te kunnen plaatsen wordt er eerst iets meer context geschetst over het meldingsproces. Het speelveld van incidenten is breder dan alleen de onderzochte medewerkers en teams. Het incidentmanagement is namelijk een product van de verschillende GRC-afdelingen en vanuit hun initiatief uitgerold in de organisatie. Wanneer een incident zich voordoet dient de medewerker dit te melden aan zijn of haar teammanager. Vervolgens meldt de teammanager dit incident door aan de decentrale GRC-afdeling die verbonden is aan zijn of haar cluster. Deze afdeling zorgt vervolgens dat de juiste stappen worden genomen met betrekking tot het incident, bijvoorbeeld het melden aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), het doorzetten naar andere afdelingen en de terugkoppeling. De teammanager is hierin de schakel tussen zijn eigen team en de GRC-afdeling.

De manier waarop het meldingsproces is ingericht heeft gevolgen voor hoe medewerkers het melden ervaren. Een teammanager beschrijft dat het voor haar medewerkers een beladen onderwerp is.

*“Je merkt dat het wel een beetje beladen is. Dat de medewerker dan het eigenlijk al spannend vindt om het bij mij te melden.”*

Incidenten worden door medewerkers ervaren als beladen en als ‘*iets zwaars*’ (I 12). Hoewel zij Menzis zien als een hele informele organisatie merken medewerkers dat het meldingsproces hun werk in een formele setting trekt. Volgens hen wordt dit veroorzaakt door meerdere aspecten. Allereerst komt dit door het melden op zichzelf, waarbij ze een door hun gemaakte fout formeel moeten vastleggen. Daarnaast is het taalgebruik in de meldingsprotocollen formeel, waarbij er ‘*natuurlijk in het proces staat: ‘meldt het bij je leidinggevende’*. Dat geeft gelijk een hele andere verhouding.’ (I 11). Ten tijde van (het melden van) een incident dient een leidinggevende

een andere rol aan te nemen. Een rol waarbij de teammanager boven de medewerker moet gaan staan. *‘Maar ik sta er liever gewoon naast’* (I 11) beschrijft een teammanager. Door de goede relatie met hun leidinggevende ervaren medewerkers ondanks de zwaarte van een incident geen grote drempel om het incident te melden. De reden hiervoor is dat medewerkers het gevoel hebben dat ze fouten mogen maken binnen Menzis. Teammanagers reageerden daarnaast goed op hun incident door dingen te zeggen als *‘je mag fouten maken’* en *‘het is niet erg’* of *‘het is niet dat het altijd allemaal perfect hoeft te gaan.’* (I 3). Begrip te tonen, emotie toe te laten en het gezamenlijk vinden van een oplossing zorgt ervoor dat medewerkers het melden aan hun teammanagers als prettig ervaren. Een ander gevolg van het ingevoerde meldingsproces beschrijft een teammanager hieronder.

*“Nou volgens mij is het wel een proces, zoals ik het ervaar, dat heel strak geregisseerd is. Bij iedereen is wel heel erg het besef hoe belangrijk het is. Los van hé het waarom, maar wel van: nou weet je dit moet. Dit is zoals we het doen, dit is zoals we het aanpakken.”*

Teammanagers zien het melden van incidenten als een strak geregisseerd proces, waarbij het heel duidelijk is welke protocollen moeten worden gevolgd om een incident te melden. In die zin kijken zowel medewerkers als teammanagers positief naar het meldingsproces. Wel zien teammanagers als medewerkers het melden van een incident als een *‘moetje’* (I 11 & fieldnotes – 30/04/19). Hierin weet de werkvloer dat het melden van een incident belangrijk is voor Menzis, maar heeft het voor hen wel een verplicht karakter. Een van de redenen hiervoor is dat tijdens de implementatie van het meldingsproces weinig aandacht is besteed aan het *‘waarom’*. Zoals waarom het eigenlijk belangrijk is dat medewerkers incidenten melden en waarom er gekozen is voor dit proces. Juist meer inzicht in het *‘waarom’* zorgt volgens teammanagers ervoor dat medewerkers zich meer gaan herkennen in het proces en de beladenheid van het onderwerp afneemt.

Kortom creëert het melden van incidenten een beladen en formele setting die de verhoudingen tussen medewerkers en teammanagers verandert. Dit resulteert in een situatie waarbij medewerkers en teammanagers het melden van incidenten voornamelijk als een verplichting ervaren. Echter bij het melden van een incident is het proces nog niet afgesloten. De volgende paragraaf beschrijft de ervaringen van medewerkers na het melden van een incident.

#### 4.2.5 Een incident is gemeld, en dan?

Na het melden van incidenten binnen Menzis zijn er eigenlijk twee wegen die bewandeld kunnen worden. Allereerst is bij een deel van de incidenten de werkvloer zelf verantwoordelijk voor de *‘oplossing’*. Dit is bijvoorbeeld het geval als medewerkers hun gedrag of handelingen moeten aanpassen, zoals beter opletten bij het versturen van klantgegevens. Bij incidenten die gepaard gaan met grotere veranderingen of aanpassingen in de kennis- en/of computersystemen zijn andere afdelingen, waaronder GRC, hiervoor verantwoordelijk. Wanneer teams zelf in actie moeten komen voor het oplossen van een incident zijn de ervaringen hiermee positief. De incidenten worden opgelost en de wijziging wordt gecommuniceerd naar het team. Echter wanneer de verantwoordelijkheid voor de oplossing of verandering bij een andere afdeling ligt, zijn de ervaringen negatiever. Een medewerker beschrijft haar frustratie nadat ze oplossingen voor haar incident had voorgesteld aan een GRC-afdeling.

*“En [naam GRC medewerker] zei: “Ja daar ga ik me mee bezig houden. Dat gaan we aanpassen.” Dat was oktober vorig jaar. Tot op heden nog steeds niet aangepast. Ja zorg dat dat soort dingen te vinden zijn! Dat je weet wat je ermee moet.”*

Meerdere respondenten gaven aan dat na het voordoen en melden van hun incident de door hen voorgestelde veranderingen nog niet waren doorgevoerd. Dit vinden medewerkers echt vervelend, omdat een incident zich zo bij andere collega's kan herhalen. Terwijl dit in hun ogen niet nodig is. Alhoewel medewerkers de incidenten moeten melden, zijn zij maar gering betrokken bij de oplossing ervan. Vanuit de GRC-afdelingen of andere afdelingen vindt maar beperkt communicatie naar de werkvloer plaats. Naast alleen het verzamelen van de meldingen, zouden medewerkers ook graag verandering willen zien. Het citaat hieronder beschrijft de twijfel die een medewerker heeft of er daadwerkelijk iets met incidenten gedaan wordt.

*“Weet je er wordt genoeg gemeld. Ik denk dat de lijst wel zo lang is, dus wat dat betreft. Het wordt wel allemaal netjes verzameld. Of er werkelijk wat mee gedaan wordt, nee. Op dit moment merken we daar op dit moment nog niet zoveel van, nee.”*

Voor medewerkers is het verzamelen van incidenten niet voldoende, maar hebben ze behoefte aan verandering of een oplossing. Van die veranderingen merken ze op dit moment niet zo veel. Het gebrek aan communicatie en verandering na een incident leidt tot frustratie. *“Ja en dat duurt nu al twee jaar zo. En daar word ik echt af en toe wel een beetje moe van. Ja maar wie voelt zich hier nou verantwoordelijk voor? Of denken mensen gewoon van ja, het zal wel.”* (I 6). In sommige gevallen voelen respondenten zich niet gehoord door de organisatie of hebben ze het gevoel dat niemand zich verantwoordelijk voelt voor de oplossing van het incident dat voor hen heel belangrijk is. Het gebrek aan verandering en communicatie uit zich voor hen in een gevoel van desinteresse. Het lijkt de andere afdelingen niet te interesseren of hun incident is opgelost of niet. Deze gevoelens worden versterkt omdat medewerkers niet of nauwelijks invloed hebben op het vervolg van hun incident na het melden. Deze ervaringen beïnvloeden de manier waarop medewerkers tegen het melden van incidenten aankijken. Een medewerker beschrijft hoe het gebrek aan verandering, communicatie en interesse leidt tot meldmoeheid.

*“Mensen melden nog steeds wel alleen, ja, soms zijn ze ook een beetje meldmoe. We hebben ook een beetje vorig jaar problemen gehad met chat. Ik merk nu wel dat die problemen die zijn er nog wel, maar het is wel een klein groepje dat de moeite neemt het te melden.”*

Wanneer medewerkers geen of weinig verandering zien na het melden van incidenten kan dit leiden tot meldmoeheid. Hoewel medewerkers wel de zwaarte van incidenten ervaren door ze te moeten melden, zien medewerkers niet altijd de positieve gevolgen hiervan: een oplossing of verandering van de situatie. Ze willen graag dat de situatie voor henzelf, hun collega's of de klant zich niet meer herhaalt. Wanneer dit niet gebeurt kunnen medewerkers de motivatie verliezen om in de toekomst incidenten te melden, want voor hun gevoel *‘gebeurt er toch niets mee’* (I 6 & fieldnotes 07/05/19). Het gebrek aan verandering na een incident heeft een dieperliggende verklaring, namelijk de spanningen tussen GRC en de werkvloer. De volgende paragraaf beschrijft deze spanningen.

#### 4.2.6 De spanning met GRC

Gedurende het gehele hoofdelement ‘incidenten: gekleurd door beleving & beroering’ ziet men aanwijzingen van een spanning tussen GRC en de werkvloer. Dit uit zich in een verschil in interpretatie en beleving van het incidentmanagement proces. Deze paragraaf vormt hierin een verdieping, waarbij explicieter de verschillen worden belicht. Tijdens het gehele incidentmanagement proces hebben GRC en de werkvloer met elkaar te maken en dienen op veel onderdelen, zoals het melden, samen te werken. Hierin hebben de teammanager en de GRC-afdelingen het meeste contact. Het verschil in beleving en handelen tussen deze groepen heeft gevolgen voor de samenwerking. Een teammanager beschrijft hieronder de grote afstand die zij voelt tussen GRC en de werkvloer.

*“Nu is het [teammanager doelt op incidentmanagement] heel erg een verplichting. Heel erg op afstand, want je spreekt ze eigenlijk bijna nooit. Ja ik mis daar die verbinding wel in. Het is we ver van mijn bed show en ik denk dat dat ik denk dat ik dan wel voor meer mensen spreek.”*

Zoals eerder is beschreven, en nu wordt herhaald, zien teammanagers het incidentmanagement als een verplichting. Voor hen is het incidentmanagement een proces dat erg op afstand plaatsvindt, omdat het contact met de GRC-afdelingen zeer gering is. Hierdoor zien ze weinig verbinding tussen hun eigen afdeling en de GRC-afdelingen. Een van de manieren waarop dat opviel, is hoe teammanagers over de GRC-afdelingen praten. Wanneer teammanagers spraken over collega's van ‘GRC’ (I 8) deden ze dit vaak door woorden als ‘ze’ te gebruiken of ‘GRC’. Uit de taal die teammanagers gebruiken om hun relatie te beschrijven, spreekt geen gevoel van verbinding. Dit maakt de gevoelsmatige afstand tussen de teams en de GRC-afdelingen groot. Wat hier aan bijdraagt is dat veel respondenten afdelingen zoals GRC Office niet of nauwelijks kennen. Veel medewerkers, maar ook teammanagers, weten niet wat de GRC-afdelingen doen of zijn alleen bekend met hun reputatie. Een



reputatie die in de organisatie niet altijd als positief wordt ervaren. *‘Het wordt wel als een afdeling gezien van ‘oh daar zou ik liever niet willen werken’ (I 14). Teammanagers zien de GRC-afdelingen als ‘de onzichtbare tweede lijn’ (fieldnotes – 30/04/19). Dit leidt tot wat een andere teammanager beschreef als ‘weet je het is meer onbekend maakt onbemind’ (I 10). Het gevoel van afstand, de reputatie en het gebrek aan transparantie leidt tot de ervaring van het incidentmanagement als een proces dat ver van de werkvloer af staat.*

Naast het gebrek aan verbinding tussen de afdelingen komt dit ook door de rol van GRC in het incidentmanagement. Een teammanager beschrijft in het volgende citaat dat bij incidenten GRC voornamelijk de nadruk op financiële verantwoording ligt.

*“GRC zit heel veel op: wat is het gevolg? En die kijkt dan heel erg naar de kosten kant. Wat er voor nodig geweest om het probleem te kunnen oplossen. En wie gaat dat betalen? [...] Dan zie je dat GRC heel erg gaat steggelen tussen afdelingen. Van: Waar komt dat geld vandaan om dat allemaal betaald te krijgen?”*

Teammanagers zien vooral dat hun GRC-afdeling de focus legt op financiële en administratieve verantwoording. Incidenten kunnen zich binnen een afdeling afspelen, maar ook betrekking hebben op meerdere afdelingen of zelfs clusters. Tot nu toe zien ze dat hun GRC-afdeling vooral kijkt naar welke afdeling de kosten van een incident gaat betalen. Daarnaast ervaren teammanagers het melden van incidenten als een grote administratieve taak, waarbij de focus ligt op het invullen van een formulier in plaats van gezamenlijk werken aan een oplossing. Samenvattend ervaren teammanagers dat GRC niet denkt in oplossingen of verandering, maar in verliezen en verantwoording. De focus van GRC op verantwoording in plaats van verandering is een mogelijke verklaring waarom medewerkers zo weinig verandering ervaren na een incident. Daarnaast heeft de houding van GRC ook gevolgen voor de motivatie voor het goed uitvoeren van het incidentmanagementproces. Wanneer ze een incident melden, krijgen ze voor hun gevoel vanuit de GRC-afdelingen er weinig voor terug, behalve kritische vragen of verantwoording. Hierdoor zit voor hun geen winst in de situatie. Een teammanager vroeg tijdens een observatie van overleg van teammanagers letterlijk *‘Waar is mijn prijs?’* (fieldnotes – 30/04/19). Teammanagers verwachten in zekere zin iets positiefs terug voor hun melding. Door het gebrek aan een ‘prijs’ is er minder motivatie voor het melden van incidenten en voor het incidentmanagement in het algemeen.

Een andere barrière is dat teammanagers soms moeite hebben met het begrijpen van de meeste risicoprocessen, waaronder het incidentmanagement. Het rapportagesysteem is complex en gedetailleerd met een definitie van incidenten die niet aansluit op hun interpretatie. Bovendien beschikken teammanagers niet altijd over de tijd, capaciteit en kennis om het proces na een incident te coördineren. Hierbij hebben ze hulp nodig te van de GRC-afdelingen. Een teammanager beschrijft hieronder op welke manier hij hulp zou willen krijgen van GRC.

*“Ik had liever gehad dat iemand gewoon mij bij de arm neemt en zegt: “Ik begrijp niet dat dit niet je dagelijkse ding is, want je bent met het team bezig. Daarnaast gebeurt er nog heel veel waar je rekening mee moet houden.” Niet om zielig te doen, maar teammanagers hebben echt best wel druk. “Ik begrijp dat dit niet, maar ik ga helpen om daar toch een manier in te vinden.” Dat mis ik nu.”*

Risicoprocessen, zoals het incidentmanagement, zien teammanagers niet gelijk als onderdeel van hun dagelijkse werkzaamheden. Ze ervaren het als een taak die daar nog bovenop komt, terwijl ze het ondertussen erg druk hebben met het aansturen van hun team. Om het incidentmanagement goed uit te kunnen voeren, kunnen ze de hulp van hun GRC collega’s goed gebruiken. Naast meer inhoudelijke kennis zouden ze graag zien dat de collega’s op hun GRC-afdeling hen helpt om de communicatie en processen rondom incidenten te verbeteren. Kortom teammanagers hebben de behoefte om meer samen te werken. Een teammanager spreekt zijn wens uit in het citaat hieronder.

*“Ik zou heel graag samen willen benadrukken want dat mis ik. Het is gewoon echt van ‘zij vragen en wij geven’. Het is niet samen en dat maakt het zo lastig.”*

De teammanagers hebben als het gaat om het incidentmanagement meer behoefte aan samenwerking met hun GRC-afdeling. Teammanagers beschrijven dat het nu nog teveel ‘*twee eilanden*’ (I 14) zijn. Daarnaast ervaren zij het als een hiërarchisch proces waarin de GRC-afdelingen ‘vragen’ en de teammanagers moeten ‘geven’, Door meer samen te werken en van elkaar te leren, hebben teammanagers het idee dat incidenten in de toekomst beter kunnen worden voorkomen.

Samenvattend zien we in de vorige paragrafen meerdere spanningen tussen de werkvloer en de GRC-afdelingen. Deze spanningen ontstaan door een verschil in interpretatie en beleving en uit zich onder andere in de samenwerking, in de motivatie voor het melden, de perceptie en het uitvoeren van het incidentmanagement en in hoeverre er verandering tot stand komt. Voor de werkvloer worden incidenten gekleurd door beleving en beroering, terwijl GRC de focus legt op verliezen en verantwoording. Nu we de ervaringen van medewerkers en teammanagers met incidenten hebben gereconstrueerd is het tijd om aandacht te besteden aan het volgende element: het leren van incidenten.

### 4.3 LEREN VAN INCIDENTEN

Het laatste gedeelte van dit empirisch hoofdstuk staat het thema ‘leren van incidenten’ centraal. Zowel uit de wetenschappelijke literatuur als de ervaringen van respondenten blijkt dat incidenten niet geheel kunnen worden voorkomen. Wel kunnen er lessen uit worden geleerd. Deze paragraaf beschrijft de ervaringen van respondenten met het leren van incidenten aan de hand van zes onderwerpen: ‘de rol van emotie’, ‘formeel en informeel leren’, ‘het delen van lessen’, ‘beperkingen: de realiteit van de vloer, ‘gebrek terugkoppeling’ en ‘gevolgen voor de organisatie’.

#### 4.3.1 De rol van emotie

In het vorige element ‘incidenten: gekleurd door beleving en beroering’ is al beschreven dat de beleving van incidenten wordt gekleurd door emoties. Uit dit onderzoek blijkt dat ook bij het leren van incidenten emoties op twee manieren een belangrijke rol spelen. Allereerst kunnen emoties het leren van incidenten belemmeren. Een medewerker vertelt hieronder hoe emoties het leren van een incident beïnvloedt.

*“Die collega was er wel al van op de hoogte. Dat er iets ergs was gebeurd. Die was ook echt aan het huilen, die voelde zich zo rot. Dan denk ik: gaan we daar nog wat mee doen? Nee boodschap is al overgekomen, maar laat het een les zijn voor de volgende keer.”*

Het veroorzaken van een incident is voor medewerkers een (heftige) emotionele ervaring. Emoties begeleiden, zowel medewerkers als teammanagers in het inschatten van de sociale situatie (het incident) en de reactie erop. Dit geldt zowel voor de medewerker die het incident veroorzaakt als de medewerkers en teammanagers die vervolgens beslissen, aan de hand van hun eigen emoties, in hoeverre hiervan kan worden geleerd. De emotionele heftigheid van een incident zorgt ervoor dat het leren van incidenten in sommige gevallen beperkt blijft. Met name wanneer er veel emoties zijn, is de boodschap van een incident volgens medewerkers en teammanagers al voldoende over gekomen. Verdere bespreking van een incident of het breder delen van de lessen zien zij dan als minder relevant. Het gevolg hiervan is dat lessen vaak niet breder in het team worden gedeeld.

Een andere manier waarop emoties een rol spelen in het leren van incidenten is als drijfveer van verandering. Een teammanager beschrijft hieronder haar reactie op de emoties van een medewerker bij een incident.

*“Hé je mag er wel emoties omheen hebben.” Maar ik zeg: “Leer ervan.” Ja zodat het de volgende keer of niet weer gebeurt of dat je gewoon goed weet hoe je moet handelen.”*

Emoties worden niet alleen gezien als bijwerking van een incident maar ook als drijfveer van het aanpassen van het gedrag van medewerkers na een incident. Een medewerker wil zich immers niet nog een keer zo voelen. De reactie op een incident was dan ook vaak ‘*Oh, dit gaat mij niet meer gebeuren!*’ (I 3). De emotionele impact van een incident lijkt als een garantie te worden gezien dat medewerkers leren van het incident, zodat het zich in de toekomst bij die persoon niet meer herhaalt.

De beleving van incidenten kleurt dus ook de betekenis die medewerkers geven aan incidenten. Concluderend laat dit zien dat de manier waarop medewerkers en teammanagers betekenis geven aan het leren van incidenten sterk gekleurd wordt door emotie. Hierin vormen deze emoties zowel een belemmering als een drijfveer voor het leren van incidenten. De volgende paragraaf gaat verder in op welke formele en informele manieren het leren van incidenten zich vervolgens uit.

#### 4.3.2 Formeel en informeel leren

Hierboven is beschreven dat emoties een belangrijke rol spelen bij het leren van incidenten. Deze paragraaf gaat verder in op welke manieren men op de werkvloer leert van incidenten. Een teammanager geeft antwoord op mijn vraag hoe binnen haar team wordt geleerd van incidenten.

*“Ik denk dat dat wij eigenlijk daar niet zoveel van leren op dit moment. Het is meer vanuit de wetgevingen en vanuit je studie die je moet volgen. Je moet je diploma op orde houden. Nou daar komt dit altijd in voor, want het wordt natuurlijk steeds strakker. Maar vanuit de praktijkvoorbeelden, nee. Nee.”*

Op dit moment ervaren respondenten het leren van incidenten als beperkt. Een reden hiervoor is dat de motivatie om te leren van incidenten voornamelijk extern gedreven is. Die motivatie wordt voornamelijk gevoed uit de druk van het voldoen aan wet- en regelgeving. Deze wet- en regelgeving verandert regelmatig en werknemers dienen continu over de juiste informatie te beschikken en hun diploma op orde te hebben.

Aandacht voor incidenten uit zich hierdoor voornamelijk via studies, trainingen, artikelen met informatie en e-learnings. Deze vorm van leren beschrijft de literatuur als een formeel en expliciet (Nonaka, 1994). Het leren vanuit praktijkvoorbeelden, de incidenten op de werkvloer, gebeurt nog weinig. De nadruk op formele manieren van leren, gestimuleerd vanuit GRC en de organisatie, van incidenten is opvallend. Het sluit niet aan op de manier waarop medewerkers in het algemeen leren op de werkvloer. Tijdens observaties viel op dat medewerkers vooral leren via informele en impliciete manieren (fieldnotes – 04/04/19). Een medewerker vertelde later in een interview over dat zij voornamelijk van haar collega's leert.

*“Weet je, je leert gewoon heel veel van elkaar. De een kijkt ander naar een situatie dan dat ik dat doe. En soms reageer je ook vanuit een ervaring die een ander misschien niet begrijpt. Maar als je dat dan uitlegt dat een ander er ook iets mee kan. Voor een volgende keer.”*

Medewerkers leren het meeste van onderling contact met collega's en klanten. Bijvoorbeeld door klantcasuïstiek of het delen van ervaringen met collega's. Het gaat hier om een combinatie van inhoudelijke ervaringen, zoals het oplossen van bepaalde casussen, als persoonlijke ervaringen. Het gebrek aan aansluiting tussen leermanieren is een mogelijke verklaring voor het beperkt leren van incidenten. Waar bij het leren van incidenten vooral formele manieren worden ingezet, leren medewerkers het meest informeel en vanuit praktijkvoorbeelden. Het delen van lessen speelt hier een belangrijke rol bij. De volgende paragraaf beschrijft op welke niveaus dit plaatsvindt.

#### 4.3.3 Het delen van lessen van incidenten

Hoewel de organisatie voornamelijk aandacht besteedt aan formele manieren van leren, leren medewerkers juist het meeste van het delen van de lessen van een incident. Deze paragraaf beschrijft de verschillende niveaus waarop medewerkers hun kennis over incidenten delen met anderen. Het eerste niveau is de interactie tussen medewerker en teammanager. Het citaat hieronder beschrijft hoe een teammanager om gaat met een medewerker die een incident heeft veroorzaakt.

*“Door te vragen wat er is gebeurd. Wat er had moeten gebeuren. En hoe ga je het de volgende keer doen? Het is gewoon dingen heel specifiek maken. En uiteindelijk een steuntje in de rug geven: “joh weet je het is gewoon oké. Het is jammer. Het is balen.”*

Teammanager laten hun medewerkers leren van een incident door de situatie met hen te evalueren. Hierbij kijkt men naar de oorzaak van een incident en op welke manier het incident in de toekomst kan worden voorkomen. Op deze manier waarborgt een teammanager dat een medewerker van een incident leert. Een belangrijke

volgende stap is het geruuststellen van een medewerker en aanmoedigen dat hij of zij na een incident met een goed gevoel weer aan het werk gaat. Deze interactie ervaren medewerkers en teammanagers als een belangrijk leermoment. Daarnaast worden de lessen van incidenten vaak ook nog op andere niveaus gedeeld.

Het tweede niveau is het groepsniveau binnen het team. Een medewerker beschrijft in het citaat hieronder de begripvolle reactie toen ze haar incident deelde met haar collega's.

*“Ik heb het op de werkvloer er wel even over gehad. En die zeiden ook van: Hé kom op”. Die konden zich ook wel voorstellen dat ik zo gereageerd had. [...] Ze reageerde begripvol. Hé maar je weet ook niet of ze allemaal zo reageren. Dus ik had zoiets: ik ga het niet aan de grote klok hangen.”*

Vaak worden collega's die in de buurt zitten en toevallig gesprekken opvangen of hechte collega's ingelicht over het incident. Of spreken medewerkers elkaar aan in de wandelgangen met de boodschap 'Wat ik nu weer heb mee gemaakt!' (I 1). Het delen van een incident op kleine schaal ervaren medewerkers als erg prettig. Begripvolle reacties voor hun situatie helpt medewerkers met het verwerken van hun incident. Dat collega's op deze manier vervolgens ook leren van een incident is een onbewust gevolg. De twee hierboven beschreven niveaus van het delen van lessen komen het vaakst voor binnen Menzis. De focus op het leren in kleinen groepen heeft gevolgen voor het leren op teamniveau. Op de vraag aan een medewerker hoe haar team leert van incidenten geeft zij het volgende antwoord.

*“Ik denk in kleine groepjes: ja. Maar ik denk dat er te weinig gedeeld wordt met betrekking tot de incidenten. Ik denk dat de incidenten heel erg hé tussen, zoals dat wat ik beschreef: mijn ding met [naam afdeling] toen, dat dat heel erg tussen mij en [naam teammanager] is gebleven. Dus je hebt vast nog wel heel veel voorbeelden van andere mensen, maar dat blijft eigenlijk tussen een groepje van drie, vier mensen.”*

Het leren van incidenten gebeurt op dit moment veel in kleine groepjes. De lessen van een incident blijven daardoor voornamelijk tussen de medewerker, teammanager en een paar collega's. De wens van medewerkers is dat de lessen van incidenten breder worden gedeeld. Een manier om dit te bereiken is incidenten te bespreken op teamniveau, bijvoorbeeld tijdens de dagstart, dagafsluiting of in een teamoverleg. Het bespreken van het incident in het teamoverleg heeft wel een grotere drempel. Medewerkers willen niet dat collega's over hen praten van 'goh zij heeft dat en dat en dat gedaan' (I 3). Vaak zien medewerkers hun incident niet als 'iets wat het hele team aangaat' (I 1). Toch zijn er ook positieve ervaringen met het delen van lessen op teamniveau. Meestal waren dit grote incidenten waarvan teammanagers en medewerkers vonden dat de lessen iedereen aangingen. Een teammanager geeft hieronder antwoord op mijn vraag wat haar ervaringen waren met een incident bespreken in het teamoverleg.

*“Volgens mij wel heel goed. We hebben de medewerker ook wel gevraagd van: 'goh wil je dit delen met de rest van het team?' Om maar duidelijk te maken wat er kan gebeuren. Om de rest daar ook van te laten leren. Dat is ook wel gebeurd. En we hebben bijvoorbeeld ook geleerd.”*

De ervaringen met delen van het incident in het teamoverleg zijn zeer positief. Zowel medewerkers als teammanagers waarderen het als een collega open vertelt over haar fout. Bovendien leert zo het hele team van het incident. Vaak met concrete afspraken over oplossingen en het voorkomen van incidenten in de toekomst. Toch is volgens medewerkers 'het teamoverleg niet echt bedoeld als leermoment in die zin.' (I 1). Het leren van incidenten via een teamoverleg gebeurt op dit moment nog niet heel bewust. Concluderend worden lessen van incidenten op verschillende niveaus gedeeld. De nadruk ligt echter nog op het delen in kleine groepen. Vaak zijn slechts de teammanager en een paar collega's op de hoogte van het incident. Het delen van lessen op grotere schaal gebeurt nog weinig. De volgende paragraaf beschrijft waarom leren van incidenten binnen Menzis op organisatieniveau niet plaatsvindt.

#### 4.3.4 De beperkingen van 'de vloer'

Zoals hiervoor is beschreven, is juist het delen van lessen op grotere schaal lastig voor de organisatie. De vraag reist echter waarom dat zo is. In deze sub-paragraaf gaan we dieper in op hoe de realiteit van de werkvloer drie beperkingen creëert voor het leren van incidenten. De eerste beperking is meer praktisch van aard. Een teammanager beschrijft dat het voor haar moeilijk is om prioriteit te geven aan het leren van incidenten.

*“Nou weet je ik vind het wel een lastige, want zo zijn er heel veel onderwerpen. Waarvan ook de afdeling zelf graag zou willen zien dat wij daar iets mee doen. Zo heb je coulance, zo heb je klachten, zo zijn er honderdduizend dingen. Dan denk ik altijd van: ‘ja waar hebben we het meeste mee te maken en wat gaat het meeste opleveren?’*

Uit het citaat blijkt dat er veel dingen spelen binnen de teams die ook aandacht vragen. Het leren van incidenten heeft daardoor minder prioriteit. Een van de redenen hiervoor is dat incidenten minder vaak voorkomen dan klachten of coulance. Door de hogere prioriteit van andere onderwerpen leidt tot het minder bespreken van incidenten in een teamoverleg. Hoewel er veel bewustwording is op de werkvloer dat incidenten moeten worden gemeld, is er minder urgentie bij het leren van deze incidenten. Door de dynamiek op de afdelingen, waarbij ze afhankelijk zijn van de klant, ligt de focus binnen de teams op de onderwerpen met de hoogste prioriteit. Leren van incidenten is lastig want *‘daar is de tijd binnen de afdeling echt te kostbaar voor’* (I 11). Het is dit aspect dat een belangrijke tweede beperking vormt voor het gebrek aan het leren van incidenten. In het citaat hieronder geeft een medewerker antwoord op de vraag of er voldoende tijd is om te leren van incidenten.

*“Nee daar hebben we geen tijd voor. Dat moeten we of in onze eigen tijd doen of tussen de gesprekken door. Wat langer op je pauze blijven staan, dat soort dingen. [...] Als het altijd druk is dan is daar geen tijd voor. Dus ja dat is wel jammer.”*

De grote werkdruk op de werkvloer zorgt voor weinig tijd is voor het leren van incidenten. De meeste respondenten van dit onderzoek zijn de hele dag met de klant in gesprek via allerlei kanalen en hebben slechts beperkte tijd voor pauzes. Daarnaast bepaalt de behoefte van de klant en de targets die ze moet halen hun werk. *‘Het is iets dat je sinds jaar en dag ingepeperd krijgt: we moeten zo snel mogelijk onze klanten bedienen. Dan is het lerend vermogen van een incident toch wat minder denk ik.’* (I 7). Medewerkers ervaren veel werkdruk en *‘op een gegeven moment zit je vol en dan kun je niet alles meer op slaan’* (I 7). Hoewel tijd en prioriteit twee zichtbare beperkingen zijn voor het leren van incidenten is de derde beperking meer verborgen en impliciet. Een medewerker bespreekt hieronder hoe het taboe op fouten het moeilijk maakt om openlijk te leren van incidenten.

*“Ik denk toch dat een incident als ‘fout’ gezien wordt misschien? Dat je toch wat minder blij bent om het te delen, maar daardoor dus ook het incident niet bij iedereen bekend is. En dus ook de leerervaring niet bij iedereen bekend is. Ik denk juist die openheid over die incident, het taboe op die fouten maken weg moet zodat je de incidenten open kan bespreken en ook iedereen weet: wat kunnen we hier aan doen om dit te voorkomen?”*

Ondanks dat organisatieleden Menzis beschrijven als een open organisatie waar fouten maken menselijk is, ligt dit bij incidenten toch genuanceerder. Het maken van een fout en dit delen in een kleine groepen ervaart men niet als problematisch. Echter binnen het team ervaren medewerkers een ‘taboe’ op het maken en delen van fouten. Het is toch niet iets waar medewerkers graag openlijk over spreken. Dit zorgt ervoor dat incidenten en haar leerervaringen niet altijd binnen het team of afdeling bekend zijn. Door gebrek aan communicatie over incidenten ontbreekt een leerproces op teamniveau en organisatieniveau. Het taboe op fouten doorbreken, vergroot volgens medewerkers het leren van incidenten.

Kortom door een wisselwerking van tijd, prioriteit en taboe is de ruimte voor het leren van incidenten beperkt. Toch hebben medewerkers en teammanagers de behoefte om meer te leren van incidenten. Een van de aspecten die verbeterd moeten worden, is de communicatie en terugkoppeling op team, afdeling en organisatieniveau. De volgende paragraaf gaat dieper in op deze wens.

#### 4.3.5 Gebrek aan terugkoppeling

Het gebrek aan communicatie over incidenten door de organisatie vormt een grote beperking volgens medewerkers en teammanagers voor het leren van incidenten. Het vergroten van terugkoppeling over incidenten en hun lessen is voor de werkvloer het belangrijkste verbeterpunt. Het gebrek aan transparantie over incidenten uit zich nu op verschillende niveaus. Al eerder is besproken dat het leren op teamniveau beperkt is. Ook op afdelingsniveau gebeurt het terugkoppelen van incidenten zelden. Een teammanager beschrijft de wens voor terugkoppeling zodat afdelingen elkaar beter kunnen helpen bij een incident.

*“Terugkoppeling. Snelle terugkoppeling als er grote problemen zijn. Wees gewoon transparant. Dat ze er zijn. Als je niet weet, is niet erg maar zeg het gewoon. Ook hier hé snellere terugkoppeling, maar ook gewoon eerlijk. Als er zorg is en je denkt dat die groter wordt, vertel het ons, want dan kunnen we elkaar versterken. Dan kunnen we daar samen aan werken. Om de effecten te minimaliseren.”*

Ook op afdelingsniveau blijkt het lastig om open te zijn over de problemen of incidenten. Incidenten hebben soms gevolgen voor meerdere afdelingen en clusters. Gebrek aan terugkoppeling tijdens deze grote incidenten ervaren teammanagers als vervelend, omdat zijzelf dan niet juist kunnen handelen. Bij problemen of incidenten op afdelingsniveau willen teammanagers hiervan op de hoogte gebracht worden. Hierbij hebben ze de wens om meer tussen afdelingen samen te werken om zo de gevolgen van incidenten te verkleinen en het leren ervan te vergroten.

Het derde niveau waarop medewerkers en teammanagers meer terugkoppeling willen zien, is op organisatieniveau. Dit heeft met name betrekking op de GRC-afdelingen die, zoals eerder beschreven, vaak verantwoordelijk zijn voor het oplossen van incidenten. Wanneer medewerkers zelf niet verantwoordelijk zijn voor de oplossing verdwijnen incidenten voor hun gevoel in ‘het zwarte gat’ (fieldnotes – 30/04/19). Een medewerker beschrijft haar ervaringen met de grote onduidelijkheid die gepaard gaat met dit zwarte gat.

*“Die incidenten, ja die meld je en dan weet je of het is afgehandeld of niet. En dat is het eigenlijk. Maar wat er dan precies daar achter de schermen is gebeurd dat weet je niet. Dat hoor je bijna nooit.”*

Rondom incidenten ervaren medewerkers onduidelijkheid en onzekerheid. Zij weten vaak niet wat er mee gebeurt uitgezonderd van of het incident is afgehandeld of niet. De aanpak van een incident en de daarbij behorende oplossing is voor veel medewerkers vrijwel geheel onzichtbaar. De organisatie en GRC koppelen namelijk nauwelijks informatie over incidenten terug. Een deel is volgens medewerkers te verklaren. Door regels van de AVG hebben ze het idee dat verdere communicatie met hen verboden is. Toch geven ze ook aan dat in genoeg gevallen communicatie over het proces wel mogelijk is. Een medewerker beschrijft hieronder dat zij meer behoefte heeft aan communicatie van achter de schermen.

*“Het is wel vaak zo dat als je iets meldt en dat je dan niet een goede terugkoppeling krijgt. Dat je ook niet weet van: wat is nou eigenlijk de voortgang van een melding? Je meldt een incident je verwacht dan eigenlijk ook dat, ik wil bijvoorbeeld weten wanneer is iets nou opgelost? Wat voor stappen worden er gezet?”*

Het krijgen van terugkoppeling vanuit de organisatie en GRC zien medewerkers en teammanagers als een belangrijke manier om meer te leren van incidenten. ‘Als je weet waarom er iets is gebeurd dan leer je daarvan.’ (I 1). Medewerkers hebben weinig inzicht in wanneer hun incident is opgelost en wat voor stappen daarvoor zijn gezet. De behoefte aan meer terugkoppeling over ‘waarom’ iets op een bepaalde manier is opgelost, heeft twee redenen. Allereerst denken medewerkers dat zij door terugkoppeling meer leren van hun incident. Nu stopt voor hen de leerervaring vaak bij het melden. Het citaat beschrijft de andere reden waarom medewerkers terugkoppeling willen: ‘Je bent betrokken met de klant dus je wilt weten hoe het is gegaan, wat er is gedaan uiteindelijk.’ (I 1). Grote betrokkenheid aan de klant drijft de wens voor terugkoppeling vanuit de organisatie. De wens om terugkoppeling te krijgen, is gedreven door de grote betrokkenheid bij de klant. Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor het melden van incidenten, met de emotionele beleving als gevolg, en willen inzicht in het

proces zodat ze gerust zijn dat incidenten in de toekomst niet meer voorkomen.

Samenvattend is er groot gebrek aan terugkoppeling van incidenten en haar lessen op meerdere niveaus in de organisatie. Met name het tekort aan communicatie over hun incidenten vanuit GRC ervaren medewerkers als zeer vervelend. Door meer terugkoppeling vanuit de organisatie willen medewerkers en teammanagers meer te leren van incidenten. De huidige situatie op het gebied van het leren van incidenten heeft gevolgen voor de organisatie. Deze gevolgen staan in laatste paragraaf van dit hoofdstuk centraal.

#### 4.3.6 Gevolgen voor de organisatie

In de vorige paragrafen is beschreven hoe de huidige situatie op het gebied van leren van incidenten wordt ervaren door medewerkers en teammanagers. Deze paragraaf beschrijft de gevolgen hiervan voor de organisatie en wat hierbinnen de wensen van medewerkers zijn. Een medewerker beschrijft hieronder hoe de huidige situatie consequenties heeft voor de veranderingen die Menzis breed spelen.

*“Ik denk dat dat tijd op de afdeling mist om het ‘en dan?’ te doen. We zijn natuurlijk ook heel druk bezig met vernieuwing vanuit het bedrijf. Hoe kunnen we pro-actiever zijn naar de klant toe? Ik denk dat daar een beetje achterwege wordt gelaten: moeten we ook eens even de gaten dichtten die erachter nog zitten?”*

Binnen Menzis zijn er op dit moment veel veranderingen en ambities voor de toekomst, zoals dat medewerkers zowel persoonlijk als naar de klant pro-actiever worden. Medewerkers ervaren dat door deze veranderingen men wordt aangemoedigd om te experimenteren en fouten te maken. Deze veranderingen gaan gepaard met nieuwe projecten waar men mag experimenteren ‘*maar daar komen natuurlijk, zeker als je nieuwe projecten op gaat zetten, daar gaan heel veel fouten uit komen*’ (I 16). Het gebrek aan het leren van fouten en incidenten zorgt ervoor dat op veel niveaus binnen de organisatie men niet leert van het verleden. Medewerkers zien de omgang met incidenten hierdoor nu als ‘*niet constructief*’ (I 16). Hoewel hard is gewerkt aan een oplossing van een incident, is dit niet zichtbaar voor een groot deel van de organisatie. Door gebrek aan onderlinge verbinding en contact ervaren medewerkers het leren en oplossen van incidenten als een vorm van symptoombestrijding. Op de wandelgangen wordt dit ook wel de ‘*brandjesbluscultuur*’ genoemd (fieldnotes – 07/03/19). Op deze manier worden de ‘gaten’ van het verleden volgens medewerkers niet gedicht. Om dit te bereiken, beschrijft een medewerker in het citaat hieronder dat ze behoefte heeft aan een systeem.

*“Dat het ook wel handig is dat we een fatsoenlijk systeem krijgen van ‘hoe vangen we dit op?’ en ‘hoe delen we dit met het team?’ en ‘hoe leren we hier met z’n alle van?’ In plaats van hoe leert het groepje wat er mee bezig is ervan?”*

Ondanks dat er volgens de GRC-afdelingen sprake is van ‘incidentmanagement’ binnen Menzis missen respondenten een fatsoenlijk systeem. Een systeem dat niet alleen het melden van een incident omvat, maar waar ook daadwerkelijk wordt geleerd van incidenten. Hierbij is niet alleen het leren in kleine groepen van belang, maar dient het ook betrekking te hebben op het hele team en mogelijk wel Menzis breed. Een belangrijke opmerking hierbij is dat de oplossing volgens medewerkers niet alleen inhoudelijk en formeel dient te zijn. Hedendaags vindt het delen informatie over incidenten voornamelijk formeel en via computerbestanden plaats. Een medewerker beschrijft hieronder hoe een meer interactieve manier van communiceren over incidenten een bijdrage kan leveren aan het leren ervan.

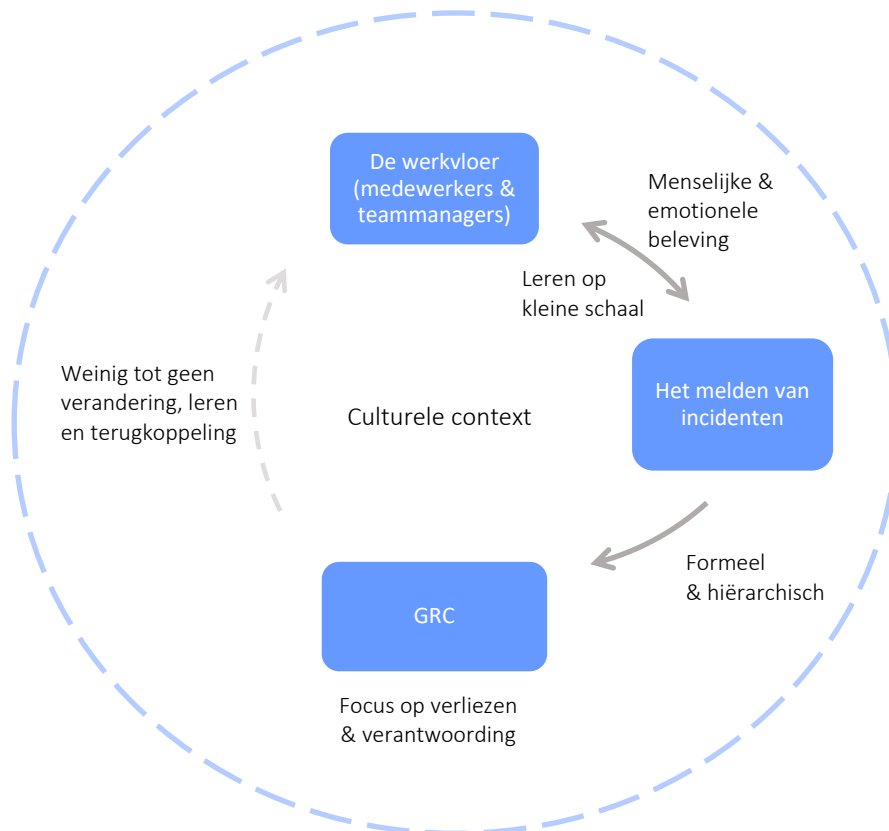
*“Je kunt wel leuk alles overal neer pennen, maar ik denk dat op een wat interactievere manier dat je toch in groepjes gaat zitten om ook gewoon actief te zeggen “oké dit heb ik de afgelopen tijd gedaan. Dit er aan incidenten gebeurd.” Dat dat gewoon geïnventariseerd kan worden. En echt oprecht besproken dan dat het ergens neergepend wordt en stil op een SharePoint dan gezet wordt. Want dat dat verdwijnt ook weer onder de lading andere bestanden.”*

Om beter om te gaan met incidenten in de toekomst hebben medewerkers de behoefte dat incidenten en hun lessen oprecht worden besproken. Een document zetten in SharePoint, een platform voor informatie-uitwisseling binnen Menzis, dekt voor medewerkers de lading en lessen van een incident onvoldoende. En hoewel SharePoint en Google belangrijke bronnen van feitelijke kennis zijn voor de afdelingen is het juist de kennis vanuit ervaringen waarvan medewerkers het belangrijk vinden dat ze actief worden gedeeld. *‘Die leercurve kan hem veel beter zitten in ervaring delen en fouten delen’* (I 16). In een ‘systeem’ over het leren van incidenten zijn volgens hen ook deze aspecten belangrijk. Op die manier is het volgens medewerkers en teammanagers ook mogelijk dat vanuit de lessen van een incident ook daadwerkelijk iets verandert. Op dit moment ontbreekt dit nog en zorgt voor de instandhouding van de volgende status quo binnen Menzis.

*“Het is elke keer opnieuw hetzelfde. Ik heb het idee dat ze wel de dingen meenemen, maar het wiel steeds opnieuw willen uitvinden binnen Menzis.”*

#### 4.4 SAMENVATTING

In de samenvatting van dit empirisch hoofdstuk worden alle elementen kort belicht, waarbij de verbindingen hiertussen worden weergegeven in figuur 5. **De Menziscultuur** heeft veel weg van een familie, waarbij de relatie met collega’s en de klant centraal staat. Tevens bezit deze cultuur ook hiërarchische kenmerken die gedreven worden door wet- en regelgeving en het bestaan van de GRC-afdelingen. Deze cultuur heeft invloed op de beleving en leren van incidenten. **Incidenten** worden op de werkvloer gekleurd door menselijkheid en emoties. Een beleving die niet overeenkomt met de betekenisgeving van GRC die zich focust op verliezen en verantwoording. Hierdoor krijgt het melden van incidenten een formeel karakter en voelt dit voor medewerkers als een verplichting. Het gebrek aan verandering na een incident draagt bij aan meerdere spanningen die ontstaan in de samenwerking tussen GRC en de werkvloer. **Het leren van incidenten** gebeurt op de werkvloer voornamelijk door interacties met collega’s en in kleine groepen. Medewerkers hebben met name behoefte aan meer terugkoppeling en een systeem dat niet alleen de focus legt op het melden van incidenten, maar ook op het leren.



Figuur 5: Grafische weergave empirische bevindingen



## 5 ANALYSE

*“The hardest part of learning to work with organizations was to see beyond individual dynamics into group and systemic dynamics” (Schein, 2000: 18)*

Nu een uitgebreid theoretisch kader is geschreven en een uitvoerig empirisch beeld is gepresenteerd, is het tijd om beiden met elkaar te verbinden. In het vorige hoofdstuk is ervoor gekozen om een gedetailleerd beeld te schetsen van de empirische context. Nu rest de taak om verder te kijken dan de individuele ervaringen om naar overkoepelende verklaringen over het systeem te zoeken. Hoewel de empirie voor veel wetenschappelijke concepten aanwijzingen geeft, zijn hier slechts drie ‘belangrijke’ elementen gekozen om het voor de lezer overzichtelijk te maken. De opbouw van dit hoofdstuk is een spiegelbeeld van de empirisch bevindingen. De eerste paragraaf vormt een theoretische reflectie op het leren van incidenten. Vervolgens worden de gevolgen beschreven van de werking van *‘fragmented unities’* die door het incidentmanagement zijn ontstaan. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een meta-perspectief dat onderliggende processen binnen Menzis verklaart.

### 5.1 LEREN VAN INCIDENTEN: EEN THEORETISCHE REFLECTIE

Zoals in hoofdstuk twee is beschreven, kijkt men op dit moment door middel van *‘single loop learning’* en *‘double loop learning’* het meest naar het leren van incidenten in organisaties. De situatie bij Menzis komt overeen met de wetenschappelijke literatuur: bij het leren van incidenten vindt vooral *single loop learning* plaats (Drupsteen et al., 2014; Drupsteen et al, 2013; Lukic et al, 2010). Hierbij ligt de focus op het corrigeren van fouten en het oplossen van een incident. De oplossing is vaak de aanpassing van regels, procedures en informatie. Organisatieleden zien het leren van incidenten bij Menzis vooral als symptoombestrijding, waardoor de gedachte heerst dat ‘het wiel’ steeds opnieuw wordt uitgevonden. Het enkelslagleren van incidenten ervaart men in de organisatie als beperkt. Een verklaring is dat er geen verbinding is van leerprocessen op verschillende niveaus in de organisatie (Crossan et al, 1999). De nadruk bij het leren van incidenten ligt op het individuele niveau of op groepsniveau binnen teams. Het leren komt op deze niveaus tot stand door interactie tussen medewerker en teammanager of in kleine groepen. Echter wanneer de rest van de organisatie, met name GRC, verantwoordelijk is voor de oplossing van incidenten ervaart de werkvloer weinig tot geen terugkoppeling en verandering. *Single loop learning* vindt hierdoor niet op organisatieniveau plaats, omdat communicatie van de lessen en oplossingen op dit niveau ontbreekt.

Tevens zijn in dit onderzoek geen aanwijzingen gevonden dat *double loop learning* op team- en organisatieniveau plaatsvindt. Bij het voordoen van een incident worden onderliggende normen en patronen niet uitgesproken. Dit heeft meerdere verklaringen. Allereerst is de werkvloer, zoals hierboven beschreven, op organisatieniveau zeer beperkt betrokken bij het leren van een incident en het oplossingsproces. Een andere verklaring is dat door de familiecultuur op de werkvloer weinig sprake is van feedback. Dit maakt het moeilijk om onderliggende regels, principes en ‘mentale modellen’ op alle niveaus in de organisatie ter discussie te stellen. Tot slot lijkt er weinig tijd en prioriteit te worden gegeven aan de reflectie op incidenten, waardoor een dieper niveau van leren niet tot stand komt.

Het leren van incidenten is niet alleen gebaseerd op cognitieve manieren van leren zoals *‘single- en double loop learning’*. Alhoewel de organisatie de nadruk legt op formele en expliciete vormen - zoals e-learnings en trainingen - gebeurt veel van het leren in organisaties op informele en onbewuste manieren (Chia, 2019). Op de werkvloer uit zich dit door ervaringen en lessen op kleine schaal met elkaar te delen. Emoties spelen hierin een belangrijke rol. Voor het melden en leren een incident dient een medewerker een emotioneel conflict op te lossen: de zwaarte om een incident te melden tegen de wil om de situatie in de toekomst te voorkomen. Bovendien verhinderen emoties soms ook het leren van incidenten. Heftige en negatieve emoties rondom een incidenten verminderen niet alleen de individuele motivatie om te leren, maar ook de wil om de lessen van een incident te delen. Hierdoor kunnen collega’s niet van het incident leren. Bij een heftig emotioneel incident is de boodschap voldoende over gekomen en was delen van de lessen op teamniveau niet nodig (Brown, Dutton, & Cook, 2001; Catino & Patriotta, 2013). Het leren van incidenten binnen Menzis is echter niet alleen gebaseerd op emotie, maar ook op de context van de organisatie.

Al eerder is beschreven dat leren contextueel gekleurd is met beperkingen en kansen die sterk verbonden zijn met individuen, teams en de organisatie als geheel (Hagelsteen & Burke, 2016; Rydstedt, 2018; Stern, et al. 2018). De beperkingen van het leren van incidenten ontstaan door interactie met de organisatiecontext en uitte zich in het gebrek aan prioriteit, tijd en het taboe op fouten. Dit waren contextfactoren die medewerkers en teammanagers bewust konden beschrijven. Het leren door interactie met de context beschrijft Visser (2007) als deuteroleren. Naast bewuste beperkingen bleken ook meer onbewuste processen uit de organisatiecontext invloed te hebben op het leren van incidenten. Hoewel GRC en de organisatie het leren van incidenten aanmoedigt, komt het niet overeen met hun eigen acties. De GRC-afdelingen zijn zelf niet transparant over de manier waarop incidenten zijn opgelost en delen de lessen van incidenten door middel van terugkoppeling niet. Deze tegenstrijdige boodschap leidt voor medewerkers tot spanning, frustratie en vermindering van motivatie voor het melden en leren van incident. De volgende paragraaf zoekt een dieperliggende theoretische verklaring voor het gebrek aan het leren van incidenten binnen Menzis.

## 5.2 INCIDENTMANAGEMENT: DE WERKING VAN FRAGMENTED UNITIES

Wanneer de empirie in theoretische context wordt gezet, blijkt dat het beeld van de werkelijkheid nauw samenhangt met de invloed van *fragmented unities*. Parker (2000:1) ziet organisatiecultuur als *“fragmented unities in which members identify themselves as collective at sometimes and divided at others”*. Binnen Menzis is door deze *fragmented unities* een enorm grote variëteit van *‘us and them’* ontstaan (Parker, 1998: 137). Deze variëteit is ook zichtbaar in het onderzoek. Respondenten identificeren zich met hun afdeling, hun team, maar ook met verschillende kleinere groepen op basis van leeftijd en werkervaring. Deze groepen bevatten vaak tegenstrijdige elementen, omdat organisatieleden zich tegelijkertijd onderdeel voelen van meerdere groepen, afhankelijk van waar *‘de grens’* getrokken wordt. Het gebrek aan het leren van incidenten binnen Menzis is te verklaren door nieuwe organisatorisch grenzen. Grenzen die duidelijk zichtbaar zijn geworden door het incidentmanagement. Hierdoor zijn er twee *fragmented unities* ontstaan tussen *‘zij vragen’* – de GRC-afdelingen – en *‘wij geven’* – de werkvloer.

### 5.2.1 Het ontstaan van breuklijnen tussen groepen

Het ontstaan van *‘wij’* en *‘zij’* komt binnen het incidentmanagement tot stand door een tweetal grenzen: ruimtelijk en professioneel (Parker, 1997: 21). Binnen de functionele grens bewegen GRC en de werkvloer binnen het incidentmanagement op basis van afdeling en ruimte. Ten eerste suggereerden beide groepen dat medewerkers van de andere afdeling anders waren dan zichzelf. Op de werkvloer werd dit bijvoorbeeld gedaan door grapjes of handgebaren met de betekenis *‘hier komt het allemaal niet zo nauw’* – in vergelijking met GRC (fieldnotes – 30/04/19). Ook initiëren beide groepen dat de andere groep *‘de echte wereld’* niet begrijpt. GRC ziet niet in dat het incidentmanagement niet goed aansluit op de werkvloer terwijl de werkvloer volgens GRC niet begrijpt hoe belangrijk het managen van incidenten is. Op deze manier laten beide groepen op subtiele manier blijken dat ze over andere culturele kenmerken beschikken. Als tweede wordt de ruimtelijke grens versterkt door de locaties van Menzis. Alle GRC-afdelingen werken op het hoofdkantoor van Menzis in Wageningen terwijl de werkvloer verspreid is over alle locaties: Wageningen, Enschede en Groningen. Bij Menzis zijn ruimtelijke indelingen gebaseerd op functionele afdelingen, die meestal worden gevormd door verschil in professie, karakter en functies. Op deze manier versterkt de ruimtelijke grens de professionele grens binnen het incidentmanagement.

De professionele grens wordt gedreven door *‘them who do that, us who do this’* (Parker, 1998: 121). De eerste aanwijzing voor deze grens is de verschillende rol die beide groepen hebben in het incidentmanagementproces. De werkvloer dient hun ervaringen om te zetten in meldingen, waarna de GRC-afdelingen verantwoordelijk zijn voor het verzamelen van de meldingen, de oplossing te coördineren en de melding door te geven aan toezichhouders. Tijdens het onderzoeksproces ontstond, telkens een fractie zichtbaarder wordend, het beeld dat de grens door meer wordt gedefinieerd dan alleen taakspecialisatie. De scheiding openbaarde zich gedurende het gehele onderzoek door expliciete en impliciete uitspraken van beide groepen met *‘we understand and they do not’* (Parker, 2000: 204). Elke groep beweerde, in de arena van het incidentmanagement, het beste aan de werkelijke behoefte van de organisatie te voldoen. Met name de GRC-afdelingen gebruikten hierbij hun eigen professionele identiteit om commentaar te leveren op de

‘onbekwaamheden’ van de werkvloer, om zo hun eigen expertise te vieren. De ruimtelijke en professionele grens drijft een dieperliggende oorzaak van de breuklijn tussen de werkvloer en GRC-afdelingen.

Wat deze groepen binnen de context van het incidentmanagement verder uit elkaar drijft is het contrast in identiteit. Op de werkvloer ziet men elkaar als een familie met grote loyaliteit aan collega’s en de klant. Het gevolg is een emotionele en menselijke beleving van incidenten op de werkvloer. Collega’s en teammanager zijn belangrijke personen voor steun bij het voordoen van een incident. Hoewel incidenten als ernstig worden ervaren, ziet men het voorkomen van incidenten als natuurlijk verschijnsel. Leren van incidenten gebeurt op kleine schaal en op basis van interactie met anderen. Bij de GRC-afdelingen ligt de nadruk op beheersbaarheid en stabiliteit. Dit ligt verankerd in hun werk, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de risico- en controlesystemen binnen Menzis. Hierbij is de instandhouding van een effectieve en efficiënte organisatie van groot belang. Het voorkomen van een incident heeft binnen deze groep een andere betekenis, namelijk als een fenomeen dat moet worden afgeweerd. Het gevolg zijn duidelijke protocollen over de omgang met en het melden van incidenten. De taal die hierbij gebruikt wordt is formeel en creëert een hiërarchische verhouding tussen medewerker en teammanager. Middelen om van incidenten te leren worden aangeboden in de vorm van e-learnings en trainingen. Het verschil in symbolen, waarden, betekenissen en interacties kleurt zo de beleving van incidenten van organisatieleden. Het resultaat is een divergente breuklijn tussen twee groepen met onderhandelde betekenisgeving als gevolg.

### 5.2.2 Gevolgen van onderhandelde betekenisgeving

Een belangrijke uitkomst van dit onderzoek is dat het gebrek aan leren van incidenten wordt veroorzaakt door wat Parker (2000: 81) beschrijft als de betwisting van betekenissen. Parker noemt deze strijd van interacties over betekenisgeving binnen een specifieke context ‘*contested meaning*’: onderhandelde betekenisgeving. Dit ontstaat wanneer verschillende groepen een andere betekenis geven aan hetzelfde fenomeen. De betekenisgeving aan het incidentmanagement is betwist omdat er tegenstrijdige beelden zijn over wat organisatieleden ‘*are and should be doing*’ (Parker, 2000: 81). De betekenis die de GRC-afdelingen toekennen aan incidenten wordt gevormd door het vereiste om te voldoen aan wet- en regelgeving en de verantwoording aan toezichthouders. Deze betekenisgeving uit zich in wat Dechy et al (2015) beschrijft als ritualisering van het incidentmanagement: het gevoel dat de veiligheid gewaarborgd wordt als iedereen de regels en procedures op het gebied van het incidenten letterlijk volgt. Dit verklaart waarom het incidentmanagement voornamelijk bestaat uit het verzamelen van meldingen en er weinig is georganiseerd op het gebied van leren, verandering en terugkoppeling. Men kan zich afvragen in hoeverre het proces een vorm is van een ‘*procedure alibi*’ (Størseth and Tinmannsvik, 2012: 1980). Bestaat bij het incidentmanagement echt de wil om de organisatie te laten leren of is het verdediging naar toezichthouders om te laten zien dat er iets gedaan wordt?

Deze functionele manier van betekenisgeving sluit niet aan bij de menselijke en emotionele betekenisgeving aan incidenten op de werkvloer. De gevolgen die dit heeft liggen in de lijn met de bevindingen van Sanne (2008). Zij stelt dat als een formeel en procedurele meldingsproces niet goed aansluit op het ‘culturele kader’ van medewerkers het hun interesse ook niet wekt (Mancini, 1998, Sanne, 2008, Rasmussen, Drupsteen & Dyreborg, 2013). Dit zien we ook terug in het huidige rapportagesysteem bij Menzis waarbij voor medewerkers de emotionele en menselijke kant van incidenten niet wordt erkend. Een incident, dat voor hen soms ontstaat op momenten ‘van leven en dood’, wordt omgezet in een tabel in een Exceldocument. Doordat het incidentmanagement proces niet goed aansluit bij het ‘culturele kader’ van de werkvloer zien ze het als een verplichting. Hierdoor is voor hen ook het leren van incidenten minder relevant. Dit wordt versterkt door de beperkte invloed van medewerkers op hun werkomstandigheden, aangezien zij vaak niet betrokken zijn bij de oplossing van een incident en van terugkoppeling niet of nauwelijks sprake is (Sanne, 2008).

Het verschil in betekenisgeving manifesteert zich in een continu proces van onderhandeling. De voorbeelden van deze onderhandeling over betekenisgeving aan het incidentmanagement zijn talrijk. Het uitte zich in discussie in de interviews over of men wel de ‘goede’ definitie van incidenten gaf. In de rol die beide partijen voor de ander zien in het proces, waarbij met name de verantwoordelijkheid over incidenten altijd bij de ander wordt gelegd. Maar ook de strijd die teammanagers moeten voeren wanneer de GRC-afdelingen bij een incident alleen aandacht hebben voor financiële en administratieve verantwoording. Bij deze onderhandeling over betekenisgeving waren niet alleen mijn respondenten betrokken, maar hadden ook invloed op mij als

onderzoeker. In het selecteren van mijn respondenten werd ik door afdelingsmanagers uitgenodigd om teammanagers te ‘overtuigen’ van het belang van incidentmanagement. Daarnaast was de sfeer in overleggen die ik vanuit GRC-Office bijwoonde met teammanagers of decentrale GRC-afdelingen regelmatig vol met discussie en onderhandeling over het incidentmanagement. Deze constante strijd van interacties over betekenisgeving gaat gepaard met complexiteit en ambiguïteit. Dit maakt het leren van incidenten op dit moment binnen Menzis maar moeilijk mogelijk. De context zoals hij is ontstaan bij het incidentmanagement is echter niet uniek. Het citaat van Parker (2000: 209) beschrijft dit gegeven kernachtig.

*‘They’re fighting over the information because it’s something to fight over. It’s a chosen battlefield. The information itself is irrelevant.’*

Het incidentmanagement is bewust of onbewust een gekozen gevecht. De strijd over de informatie, de melding van een incident, is in zekere zin niet relevant, omdat het slechts een uiting is van een dieperliggende spanning tussen beide groepen. Het contrast in betekenisgeving tussen de twee *fragmented unities* is hierbij een noodzakelijk en voortdurend resultaat van het organiseren van processen in een organisatie. Hierdoor uit het strijdtoneel zich niet alleen in dit specifieke proces, maar in vele andere risicoprocessen die vanuit GRC-Office worden geïmplementeerd op de werkvloer. Deze risicoprocessen, zoals het incidentmanagement zijn een vorm van de risico-regel-reflex (maatregelen in de vorm van regels en procedures om risico’s te verminderen). Een reflex die ontstaan door druk uit de samenleving om incidenten in organisaties te beheersen en controleren. Het is echter deze externe druk die bureaucratische en hiërarchische mechanismen, zoals het incidentmanagement, drijven en organisaties als Menzis fragmenteren (Parker, 2000: 231; Trappenburg & Schiffelers, 2012). De vraag reist of nieuwe procedures en regels wel tot een wenselijkere situatie, waarbij de werkvloer leert van incidenten, gaat leiden. De hiërarchische en bureaucratische kenmerken van de risico-regel-reflex sluiten namelijk niet aan bij de culturele kenmerken en identiteit van de werkvloer. Heeft een regel of procedure wel nut als de werkvloer hier een andere betekenis en uitvoering aan geeft? De volgende paragraaf vormt door het presenteren van een metaperspectief een antwoordt op deze vraag.

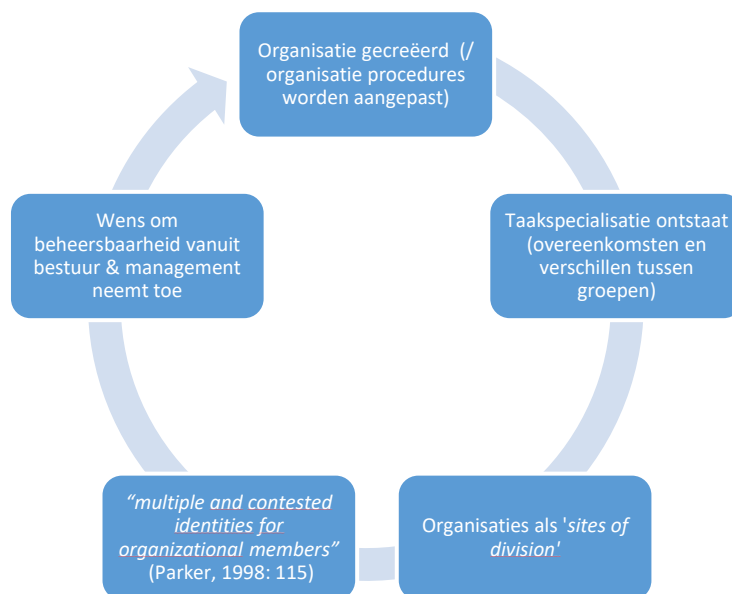
### 5.3 EEN METAPERSPECTIEF: ORGANISATIES ALS ‘SITE OF DIVISIONS’

Hierboven is beschreven hoe een organisatiecultuur gevormd wordt door *fragmented unities* en processen van onderhandelde betekenisgeving invloed hebben op de beleving en het leren van incidenten. De werkelijkheid zoals hij zich presenteert rondom het incidentmanagement is slechts een uiting van dieperliggende, vaak onbewuste processen die zich afspelen binnen een organisatie. Organisaties zijn niet een stabiele en statische sociale orde, maar een voortdurend proces van organiseren en ordening. Moderne organisaties, zoals Menzis, zijn daardoor altijd *sites of divisions*’ (Parker, 1998: 134). Dit leidt ertoe dat organisaties veroorzaken wat ze zelf graag willen controleren.

Bij elke verandering, zoals het invoeren van het incidentmanagement, worden er nieuwe organisatorische grenzen gecreëerd. Hierin zorgt taakspecialisatie voor overeenkomsten en verschillen tussen groepen en hun taken. Hieruit worden *fragmented unities*, waar organisatieleden zich mee identificeren opnieuw geproduceerd, opgeroepen, gemobiliseerd of verbrijzeld. Dit creëert een organisatie als *sites of division*, waarbij het organisatielandschap wordt gekenmerkt door verschillende gefragmenteerde groepen die vele tegengestelde elementen bevatten. Meer specifiek leidt die specialisatie in functie tot *“multiple and contested identities for organizational members”* (Parker, 1998: 115). Deze meerdere en betwiste identiteiten voor leden van Menzis ontstaan door de wisselwerking tussen *zorg* en *verzekeraar*. De zorgkant uit zich in de kernidentiteit van Menzis: *“Wij van Menzis heten niet zomaar Menzis. Wij heten zo, omdat bij ons het centrum van alles dat wij doen, de mens is. Voor elkaar zorgen. Met elkaar.”* (Menzis, 2019: 3). De grote zorg voor anderen, zowel collega’s als klanten, vormt de kern van de identiteit op de werkvloer. De mens staat centraal en vertaalt zich door in hoe de werkvloer betekenis geeft aan het incidentmanagement. Dit is echter maar een kant van de identiteit van de organisatieleden van Menzis. Menzis is namelijk ook een *verzekeraar* en dient de premie van klanten laag te houden door als organisatie zo min mogelijk risico te lopen. Een deel van de identiteit waar de samenleving hedendaags veel op stuurt door de druk van de eerder beschreven risico-regel-reflex. Deze druk wordt door de

organisatie nu omgezet in risico- en beheersprocessen. En alhoewel de zorg van de klant voorop staat binnen Menzis is dit ook een belangrijk onderdeel van de identiteit en haar organisatieleden. Twee fragmenten van identiteit die met elkaar in onderhandeling zijn, omdat ze op een andere manier betekenis aan geven aan organisatieprocessen binnen Menzis. Deze onderhandeling in betekenisgeving en verdeling van identiteiten leidt tot de paradox van het incidentmanagement binnen Menzis. De tegengestelde elementen: de werkvloer & GRC, beroering en beheersing, en verdeling en identificatie lijken in eerste instantie onafhankelijk van elkaar. Wanneer we echter uitgaan van een paradox wordt hun onderlinge relatie erkend, als twee zijden van dezelfde medaille (Smith & Lewis, 2018: 227-228). Het incidentmanagement binnen Menzis kan worden gezien als een voorbeeld van een paradox die ontstaan bij organiseren van processen. Aan de ene kant van de medaille wordt getekend door beroering, de menselijke en emotionele kant aan incidenten, de andere zijde wordt gekenmerkt door de sterke risicobeheersing. De spanning tussen deze elementen leidt die tot ambiguïteit en onzekerheid. Dit wordt als onwenselijk beschouwd door hen die verantwoordelijk zijn voor de beheersbaarheid van de organisatie. Om dit te controleren en beheersen worden er nieuwe veranderingen en procedures ingevoerd die tot een wenselijkere situatie zouden moeten leiden. Onwetend dat dit opnieuw een proces van verdeling in gang zet.

Het verhaal van deze paragraaf wordt in figuur 6 weergegeven. Alhoewel een model altijd een versimpelde weergave is van de realiteit biedt het wel inzicht in de bevindingen van dit onderzoek. Menzis ondergaat een continu proces van wisselwerking tussen verdeling, identiteit en betekenisgeving. De organisatorische context van een organisatie, waarbinnen deze processen spelen, blijkt bepalend voor de werking van instrumenten als het incidentmanagement. De gedachte dat wanneer er voldoende wordt geleerd van incidenten ze zijn te voorkomen is misschien, zoals een teammanager het beschreef, een *'utopie'* (I 14). Deze ideale wereld waarin een organisatie kan worden gecontroleerd en beheerst en incidenten geheel voorkomen worden bestaat niet. Nieuwe regels en procedures om het leren van incidenten te bevorderen, en niet aansluiten op de werkvloer, leiden hierbij niet tot vereniging maar juist tot (her)verdeling.



Figuur 6: Cyclus van verdeling en identificatie

## 6 CONCLUSIE

Nu de theorie en empirie zijn beschreven en geanalyseerd geeft dit hoofdstuk antwoord op de onderzoeksvraag: **Welke rol spelen culturele processen in de ervaringen van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis met het incidentmanagement en de manier waarop van incidenten wordt geleerd?** Na de beschrijving van de conclusie van dit onderzoek volgen de praktische en theoretische implicaties van dit onderzoek. Tot slot volgt een korte discussie van dit onderzoek.

### 6.1 CONCLUSIE

Dit constructivistische-interpretatieve onderzoek wijst uit dat binnen Menzis door het incidentmanagement nieuwe ruimtelijke en professionele grenzen zijn ontstaan, die hebben geleid tot de totstandkoming van twee gefragmenteerde groepen: de werkvloer & GRC. Deze twee groepen worden gekenmerkt door verschillende waarden, normen en betekenissen. Op de werkvloer heerst een familiecultuur, waarbij het onderhouden van goede relaties met collega's en de klant de kern van hun identiteit vormt. Bij GRC ligt de nadruk op beheersbaarheid en stabiliteit. Via hiërarchisch ingevoerde regels en procedures leveren zij een bijdrage aan de efficiëntie en controle van de organisatie. Het verschil in culturele kenmerken en identiteit tussen deze twee groepen zorgt voor '*contested meaning*' (Parker, 2000: 81). Beide groepen geven op een andere manier betekenis aan het incidentmanagementproces, waarbij hun interactie in dit proces getekend wordt door onderhandeling. Hierdoor ontstaat een paradox waarbij de betekenis van het incidentmanagement op de werkvloer wordt gekleurd door beroering en binnen GRC gekenmerkt wordt door een focus op (risico)beheersing. Deze culturele processen vormen de ervaringen van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis met het incidentmanagement. Het verschil in betekenisgeving tussen beide groepen leidt tot meerdere spanningen binnen het incidentmanagement.

De eerste spanning uit zich in het verschil tussen de officiële definitie van een incident en de interpretatie op de werkvloer. Dit zorgt ervoor dat de beleefde incidenten niet altijd kunnen worden gemeld. De tweede spanning manifesteert zich in het meldingsproces, waarbij het werk van medewerkers door het melden van incidenten in een formele en hiërarchische setting wordt getrokken. De emotionele en menselijke beleving wordt omgezet in een formele meldingsprocedure met als gevolg een zware en spannende beleving van een incident voor medewerkers. De protocollen rondom het melden van incidenten worden nageleefd op werkvloer, maar zijn minimaal geïntegreerd in hun dagelijkse praktijk. Medewerkers en teammanagers zien daardoor het incidentmanagement als een verplichting. De derde spanning openbaart zich in de verwachtingen van de gevolgen van een incident. Voor de werkvloer is alleen het melden van een incident niet voldoende. Ze willen na een incident veranderingen en oplossingen zien. Deze oplossingen of veranderingen vinden nu niet plaats of bereiken de werkvloer niet. De vierde spanning uit zich in de samenwerking tussen de werkvloer en GRC, waarbij men een groot gebrek aan verbinding ervaart tussen beide groepen. Dit wordt versterkt doordat beide partijen andere beelden hebben bij wat hun rol dient te zijn in het incidentmanagement. Het spanningsveld dat door culturele processen binnen het incidentmanagement ontstaat, beïnvloedt het leren van incidenten in de organisatie.

Binnen het spanningsveld van het incidentmanagement ervaren organisatieleden het leren van incidenten als beperkt en minder relevant. Het verschil in betekenisgeving aan incidenten beïnvloedt de beleving en het handelen ten aanzien van het leren van incidenten. Dit leidt tot een situatie waarin het leerproces van incidenten voor beide groepen wordt getekend door afstand en gebrek aan verbinding. Hierdoor ligt de nadruk bij het leren van incidenten op de werkvloer voornamelijk op individueel- of groepsniveau. Het leren komt op groepsniveau voornamelijk tot stand door interactie tussen medewerker en teammanager of in kleine groepen. Echter wanneer de rest van de organisatie, met name GRC, verantwoordelijk is voor de oplossing van incidenten ervaart de werkvloer weinig tot geen terugkoppeling. Door grenzen tussen beide groepen vindt leren op organisatieniveau niet plaats, omdat communicatie van de lessen en oplossingen op dit niveau ontbreekt. Organiseel leden ervaren het leren van incidenten hierdoor als een vorm van symptoombestrijding, waarin 'het wiel' binnen Menzis steeds opnieuw wordt uitgevonden. Concluderend vormen culturele processen van verdeling en betekenisgeving de ervaringen van organisatieleden van zorgverzekeraar Menzis en creëren deze processen een context binnen het incidentmanagement die gepaard gaat met spanningen en onderhandeling. Een context die het leren van incidenten maar beperkt mogelijk maakt.

## 6.2 IMPLICATIES & VERVOLGONDERZOEK

Deze paragraaf beschrijft de praktische en theoretische implicaties van dit onderzoek en welk vervolgonderzoek in de toekomst relevant is.

### 6.2.1 Praktische implicaties

In deze paragraaf behandel ik de betekenis van de onderzoeksresultaten voor de praktijk en maatschappij. De eerste praktische implementatie is gericht op de bijdrage van het incidentmanagement aan de maatschappelijke taak van Menzis. Het incidentmanagement dient de maatschappelijke taak van een zorgverzekeraar te helpen realiseren, namelijk *'het bijdragen aan betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg'* (De Nederlandse Bank, 2017: 4). Een belangrijk onderdeel daarvan is het zorgen voor de klant. Deze zorg vertaalt Menzis ook naar hun kernidentiteit: *"Wij van Menzis heten niet zomaar Menzis. Wij heten zo, omdat bij ons het centrum van alles dat wij doen, de mens is. Voor elkaar zorgen. Met elkaar."* (Menzis, 2019: 3). De zorgplicht voor de klant is het hoofddoel van Menzis. Een doel waar het risicomanagement en het incidentmanagement aan zouden moeten bijdragen. Wanneer we kijken naar dit onderzoek zien we om twee redenen dat hier geen sprake van is. Allereerst houden medewerkers en teammanagers op de werkvloer zich door het incidentmanagement bezig met het invullen van formulieren en het volgen van protocollen. Tijd die ze ook kunnen besteden aan het realiseren van die zorgplicht, door de klant zo goed mogelijk te helpen. Ten tweede vormt het huidige incidentmanagement proces een belemmering voor het leren van de organisatie. Het gebrek aan leren van incidenten op team- en organisatieniveau dat hierdoor ontstaat, staat de ontwikkeling van Menzis en haar zorgplicht naar de klant in de weg. Wanneer het incidentmanagement binnen (zorg)verzekeraars dus niet bijdraagt aan het doel van de organisatie leidt het zelden tot gewenste uitkomsten. Hierdoor is het van belang dat (zorg)verzekeraars, zoals Menzis, kritisch reflecteren op de bijdrage van het incidentmanagement aan hun maatschappelijke taak.

De tweede praktische implementatie hangt samen met de risico-regel-reflex. Trappenburg & Schiffelers (2012) beschreven dit eerder als een overhaaste reactie op incidenten met als gevolg disproportionele maatregelen, die zich vaak uiten in nieuwe regels. Binnen het incidentmanagement is een van de nieuwe regels de Solvency II wetgeving, die een belangrijke bouwsteen vormt voor het Europees toezicht op verzekeraars (De Nederlandse Bank, 2019). Deze wet- en regelgeving, als gevolg van de risico-regel-reflex, is de belangrijkste drijfveer geweest voor Menzis om het incidentmanagementproces te implementeren in hun organisatie. Op deze manier oefent de risico-regel-reflex externe druk uit op Menzis om incidenten in hun organisatie te melden en te voorkomen (Trappenburg & Schiffelers, 2012). Deze externe druk uit zich binnen Menzis in de vorm van bureaucratische en hiërarchische mechanismen zoals het incidentmanagement. Zoals eerder is beschreven fragmenteren de regels en procedures die hieruit voortkomen de organisatie. Hierdoor ontstaan twee *fragmented unities*, die met andere culturele kenmerken en identiteiten, de betekenis van het incidentmanagement continu onderhandelen (Parker, 2000: 231). Hierdoor levert het incidentmanagement niet of nauwelijks iets op. Er is weinig sprake van verandering, terugkoppeling en leren naar aanleiding van een incident. Deze situatie vertaalt zich in de tweede praktische implementatie. Trappenburg & Schiffelers (2012) vroegen zich af of nieuwe regels en procedures wel echt leiden tot het voorkomen van incidenten. Mijn antwoord daarop is dat de werking van de risico-regel-reflex voor een groot deel afhankelijk is van culturele processen in een organisatie. Een belangrijke boodschap van dit onderzoek aan Menzis, maar ook naar andere organisaties die deze regeldruk ervaren, is dat deze processen zeer bepalend zijn voor de werking van een incidentmanagementproces. Aandacht voor deze culturele processen is cruciaal voor het begrijpen en verklaren van de werking van het incidentmanagement in een organisatie.

De derde praktische implicatie van dit onderzoek refereert aan de veiligheidsparadox in de Nederlandse samenleving. Zoals eerder is beschreven, is de manier waarop we tegen risico's en incidenten aankijken de laatste decennia veranderd. Hoewel rampen, calamiteiten, incidenten en gevaren een onlosmakelijk deel vormen van onze samenleving, is de behoefte om deze gebeurtenissen te beheersen en controleren steeds meer toegenomen. Om risico's te beperken en incidenten te voorkomen worden nieuwe inspectie- en toezichtorganisaties opgericht en allerlei monitoringssystemen ontwikkeld. Dit gaat gepaard met allerlei nieuwe regels en procedures, zoals het incidentmanagement (Beck, 1999; Bekkers, 2012; Trappenburg & Schiffelers, 2012). Binnen deze maatschappelijke context vroeg ik mij als onderzoeker steeds meer af: wat is eigenlijk het nut van het

incidentmanagement? Hoewel dit instrument is ontwikkeld om de mate van veiligheid in onze samenleving meer te borgen, ervaarde ik niet dat de organisatieleden van Menzis zich daadwerkelijk veiliger ging voelen. Zij voelden met name de 'zwaarte' van een incident, waarbij in het incidentmanagementproces weinig aandacht is voor de ervaringen en emoties van organisatieleden op de werkvloer. Het incidentmanagement lijkt het veiligheidsgevoel van organisatieleden niet te verbeteren, maar doet hier juist afbreuk aan. Het incidentmanagement levert daarnaast ook geen bijdrage aan het veiligheidsgevoel van de samenleving. Burgers worden regelmatig in de media geconfronteerd met incidenten en het onveilig handelen van zorgverzekeraars. Op samenlevingsniveau herhaalt zich wat we binnen de casus van Menzis ook al hebben gezien. Het incidentmanagement is een vorm van 'theatre and puppet-play', een leeg ritueel dat wordt uitgevoerd om te laten zien dat er iets is gedaan aan de incidenten in de samenleving (Størseth & Tinmannsvik, 2012: 1980). Dat deze processen niet bijdragen aan het daadwerkelijke vergroten van het veiligheidsgevoel van burgers blijft onuitgesproken. De paradox van het incidentmanagement uit zich niet alleen binnen zorgverzekeraar Menzis, maar ook op samenlevingsniveau. Waarbij het incidentmanagement een middel is tot veiligheid dat zichzelf tegenspreekt. Aangezien het incidentmanagement niet bijdraagt aan het veiligheidsgevoel van organisatieleden en burgers, maar hier juist afbreuk aan doet. Op deze manier zullen we ons in een samenleving die nog nooit zo veilig was, ook nooit veiliger gaan voelen. De derde praktische implementatie draait niet om het geven van aanbevelingen, maar om het meegeven van vragen. In hoeverre zijn we nog mens als we geen fouten, een onmisbaar onderdeel van leren, meer mogen maken? En wat is de waarde van incidentmanagement voor de samenleving als het niet bijdraagt aan ons veiligheidsgevoel?

### 6.2.2 Theoretische implicaties

In deze paragraaf beschrijf ik de betekenis van de onderzoeksresultaten in het licht van de voorafgaande besproken literatuur en wat de toegevoegde waarde is van dit onderzoek voor de ontwikkeling van de wetenschap. De eerste theoretische implicatie komt voort uit de wetenschapsfilosofische positie van dit onderzoek. Waar het onderzoek naar incidentmanagement in de wetenschappelijke literatuur voornamelijk gedomineerd wordt door het kwantitatieve paradigma, heeft de interpretatieve insteek van dit onderzoek haar waarde aangetoond (Lukic, Littlejohn & Margaryan, 2010; Salmon, et al, 2010). Deze vorm van onderzoek heeft een nieuw perspectief geboden om naar het incidentmanagement en het leren van incidenten in organisaties te kijken. Culturele processen, zoals *fragmented unities* en groepsidentiteit, spelen een grote rol in het incidentmanagementproces en de mate van het leren van incidenten door organisatieleden. Het huidige functionalistische perspectief in de wetenschap op incidenten besteedt ook aandacht aan organisatiecultuur. Echter heeft deze literatuur een eenzijdige focus op het bestaan van een *blame culture* en aan welke 'knoppen' gedraaid moet worden om tot een 'juiste' risicocultuur te komen. Deze literatuur gaat uit van het perspectief dat organisaties een cultuur *hebben* en dat deze organisatiecultuur maakbaar en controleerbaar is (La Coze, 2013; Smircich, 1983). Dit interpretatieve onderzoek voegt een perspectief op organisatiecultuur toe dat stelt dat een organisatie een cultuur *is* (Smircich, 1983). Een invalshoek waar ook ruimte is voor het bestaan van verschillende groepen in organisaties die op een andere manier betekenis geven aan processen, zoals het incidentmanagement. Juist deze *contested meaning* bleek een waardevol theoretisch perspectief te zijn om inzicht te krijgen in het leren van incidenten binnen Menzis (Parker, 2000: 81). Aandacht voor interpretaties, percepties en betekenisgeving maken interpretatief onderzoek waardevol (Pettigrew, 1997: 338). Meer onderzoek vanuit dit paradigma kan een waardevolle bijdrage leveren aan de ontwikkeling van wetenschappelijke 'antwoorden' op vraagstukken rondom het incidentmanagement.

Een tweede theoretische implicatie is gericht op de bijdrage van alternatieve perspectieven op het leren van incidenten. Het open karakter van interpretatief onderzoek geeft de mogelijkheid om ervaringen van organisatieleden met (het leren van) incidenten te onderzoeken zonder een vooraf vastgestelde theoretische 'bril'. Al eerder is beschreven dat *single* en *double loop learning* het dominante wetenschappelijke perspectief voor het leren van incidenten vormt (Lukic et al, 2010; Drupsteen & Guldenmund, 2014). Hierbij is vaak alleen 'getoetst' of sprake is van deze leervormen. De toegevoegde waarde van dit onderzoek is dat het ook heeft gekeken naar *waarom* deze twee vormen van leren beperkt of niet plaatsvonden. Daarnaast is de toegevoegde waarde van dit onderzoek dat het *niet alleen* naar de theorie van Argyris en Schön (1974) heeft gekeken. Het



interpretatieve karakter geeft ruimte om naar alternatieve verklaringen van het leren van incidenten te zoeken. Ondanks de beperkte *single* en *double loop learning* binnen Menzis, leren organisatieleden ook op onbewuste, informele en emotionele manieren van incidenten. Meer inzicht in deze manieren van leren kunnen een wetenschappelijke bijdrage leveren aan het voorkomen van incidenten in de toekomst.

De derde theoretische implicatie betreft de wetenschappelijke evaluatie van het incidentmanagement. Een belangrijke observatie uit dit onderzoek is dat het incidentmanagement, gedreven door de risico-regel-reflex uit de samenleving, niet bijdraagt aan het veiligheidsgevoel van organisatieleden van Menzis en de maatschappelijke taak van deze zorgverzekeraar in het algemeen. Wat hierbij opvalt is dat de wetenschap wel de samenleving als geheel observeert en beschrijft, zoals de risicomaatschappij of de veiligheidsparadox (Beck, 1999; Bekkers, 2012; Raad voor het openbaar bestuur, 2012). Echter is in wetenschappelijk onderzoek nog weinig aandacht besteed aan in hoeverre incidentmanagement bijdraagt aan het veiligheidsgevoel in organisaties en in de samenleving. Als onderzoeker ging ik mij tijdens dit onderzoek afvragen wat de rol is van de wetenschap in de evaluatie van risicoprocessen zoals het incidentmanagement. Menzis is hierin namelijk slechts een casus, maar wat zijn de gevolgen voor het incidentmanagement voor de samenleving en andere organisaties? Meer interpretatief onderzoek over dit onderwerp geeft ons inzicht in de betekenis van het incidentmanagement voor onze samenleving.

### 6.2.3 Vervolgonderzoek

Een aanbeveling voor vervolgonderzoek sluit sterk aan op de theoretische implicaties. Meer interpretatief onderzoek naar de gevolgen van incidentmanagement binnen organisaties biedt inzicht in waarom het leren van incidenten maar moeilijk op gang komt. Hierin is het belangrijk om niet alleen aandacht te besteden aan het incidentmanagement als instrument, maar de bredere culturele processen die zich afspelen in organisaties mee te nemen. Daarnaast is het interessant om organisaties buiten het hedendaagse dominante onderzoeksveld, de hoge risicosectoren zoals de industriële sector, de zorg of milieu, te onderzoeken. Om te kijken welke ervaringen organisatieleden in andere (publieke) organisaties hebben met het incidentmanagementproces en de manieren waarop van incidenten wordt geleerd. Als laatste liggen kansen voor onderzoek naar de gevolgen van het incidentmanagement voor het veiligheidsgevoel binnen organisaties en de samenleving. Kortom dit onderzoek geeft meerdere interessante aanwijzingen voor andere onderzoekers om vervolgonderzoek te doen.

## 6.3 DISCUSSIE

In hoofdstuk drie is een kritische reflectie gegeven op de methodologische beperkingen van dit onderzoek. Nu volgt hierop een korte discussie die verschillende kanttekeningen van dit onderzoek presenteert. De eerste kanttekening is dat het grootste deel van de dataverzameling is uitgevoerd bij de business. Pas na ruime tijd in het onderzoek is besloten de ervaringen bij GRC-afdelingen mee te nemen, omdat het verschil in betekenisgeving cruciale gevolgen bleek te hebben voor de beleving en het leren van incidenten. Hierdoor zijn binnen deze afdelingen geen interviews afgenomen. Daardoor is beperkt inzicht mogelijk in de beleving van het incidentmanagement bij GRC-afdelingen. Ten tweede is in dit onderzoek ervoor gekozen om de twee gefragmenteerde groepen uit te lichten die door het incidentmanagement zijn ontstaan: de werkvloer en GRC. Dit heeft ertoe geleid dat nuances en verschillen binnen deze twee groepen over (het leren van) incidenten niet gepresenteerd zijn. De derde kanttekening is de grote mate van anonimiteit en geheimhouding van dit onderzoek. Hierdoor kunnen incidenten niet in detail beschreven worden en moesten persoonlijke ervaringen worden geanonimiseerd. Dit heeft gevolgen gehad voor de beleving van de lezer en verdere verdieping van standpunten. Als laatste heeft mijn rol als 'afstudeerder bij GRC Office' invloed gehad op het beloop en de uitkomsten van dit onderzoek. Al eerder is besproken dat deze afdeling een reputatie heeft in de organisatie, die geassocieerd wordt met beheersing en controle. Ondanks de maatregelen die ik als onderzoeker hiervoor heb genomen, is sociale wenselijkheid van medewerkers en teammanagers op de werkvloer altijd een bedreiging geweest. Wanneer dit onderzoek door een geheel onafhankelijke onderzoeker, die niet verbonden was geweest met Menzis, was gedaan zou de mate van sociale wenselijkheid van respondenten op de werkvloer waarschijnlijk lager zijn geweest.



## LITERATUURLIJST

Algemeen Dagblad (2018). *Datalek bij Achmea: gegevens duizenden verzekerden op straat*. Geraadpleegd op 9 april 2019, via: <https://www.ad.nl/binnenland/datalek-bij-achmea-gegevens-duizenden-verzekerden-op-straat~a542695e/>

Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass.

Autoriteit Persoonsgegevens. (2018). *Toezichtkader Autoriteit Persoonsgegevens. Uitgangspunten voor toezicht 2018-2019*. Geraadpleegd op 6 maart 2019, via: [https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/toezichtkader\\_autoriteit\\_persoonsgegevens\\_2018-2019.pdf](https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/toezichtkader_autoriteit_persoonsgegevens_2018-2019.pdf)

Barrett, J. R. (2007). *The researcher as instrument: Learning to conduct qualitative research through analyzing and interpreting a choral rehearsal*. *Music Education Research*, 9(3), 417-433.

Bateson, G. (1972), *Steps to an Ecology of Mind*, Chandler, San Francisco, CA.

Bauer, J., & Harteis, C. (2012). *Human fallibility: The ambiguity of errors for work and learning*. (Vol. 6). Springer Science & Business Media.

Beck, U. (1999). *World of risk society*. Malden: Policy Press.

Bekkers, V. (2012). *Beleid in beweging*.

Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom onderwijs.

Boutelier, H. (2002). *De veiligheidsutopie. Hedendaags verlangen en onbehagen rondom misdaad en straf*. Den Haag: Boom.

Blumer, H. (1954). *What is wrong with social theory? American sociological review*. Official Journal of the American Sociological Society, 19(1), 3-10.

Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). *From the top down: Self-esteem and self-evaluation*. *Cognition and emotion*, 15(5), 615-631.

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford university press.

Carroll, J. S., & Fahlbruch, B. (2011). *"The gift of failure: New approaches to analyzing and learning from events and near-misses."* *Honoring the contributions of Bernhard Wilpert*. *Safety science*, 49(1), 1-4.

Catino, M., & Patriotta, G. (2013). *Learning from errors: Cognition, emotions and safety culture in the Italian air force*. *Organization Studies*, 34(4), 437-467.

Chia, R. (2019). *Becoming a learning organization: A process-philosophical perspective*. Handbook Chapter Contribution for a Handbook on the Learning Organization. Oxford University Press

Cook, S. D., & Yanow, D. (1993). *Culture and organizational learning*. *Journal of management inquiry*, 2(4), 373-390.

Cooke, D. L., & Rohleder, T. R. (2006). *Learning from incidents: from normal accidents to high reliability*. *System Dynamics Review*, 22(3), 213-239.

Crossan, M. M., Lane, H. W., & White, R. E. (1999). *An organizational learning framework: From intuition to institution*. *Academy of management review*, 24(3), 522-537.

CZ (2019). *Beleid Alternatieve- en Psychosociale Zorg*.

David, H. W. L., & Victor, C. D.-T. (2002). *Learning within the context of communities of practices: A re-conceptualization of tools, rules, and roles of the activity system*. *Education Media International*, 39(3/4), 247-255

De Nederlandse Bank. (2017). *Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars*. Eurostysteem.

- De Nederlandse Bank. (2019). *Good practice: uitbesteding verzekeraars*. Eurostysteem.
- Dekker, S. W. (2009). *Just culture: who gets to draw the line?*. *Cognition, Technology & Work*, 11(3), 177-185.
- Deetz, S. (1996). *Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy*. *Organization Studies*, 7(2), 191-207.
- Dechy, N., Dien, Y., Drupsteen, L., Felicio, A., Cunha, C., Roed-Larsen, S. & Vetere Arellano, A. L. (2015). *Barriers to learning from incidents and accidents*.
- Drupsteen, L., Groeneweg, J., & Zwetsloot, G. I. (2013). *Critical steps in learning from incidents: using learning potential in the process from reporting an incident to accident prevention*. *International journal of occupational safety and ergonomics*, 19(1), 63-77.
- Drupsteen, L., & Guldenmund, F. W. (2014). *What is learning? A review of the safety literature to define learning from incidents, accidents and disasters*. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 22(2), 81-96.
- Drupsteen, L., & Hasle, P. (2014). *Why do organizations not learn from incidents? Bottlenecks, causes and conditions for a failure to effectively learn*. *Accident Analysis & Prevention*, 72, 351-358.
- Driskill, G.W. & Brenton, A.L. (2005). *Organizational Culture in Action. A Cultural Analysis Workbook* (pp.63-112). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Elkjaer, B. (2004). *Organizational learning: The "third way."* *Management Learning*, 35, 419-434.
- Elkjaer, B. (2005). *Social learning theory: Learning as participation in social processes*. In M. Easterby-Smith & M. A. Lyles (Eds.), *The Blackwell handbook of organizational learning and knowledge management* (pp. 38-53). Malden, MA: Blackwe
- Elmes, M. B., & Kasouf, C. J. (1995). *Knowledge workers and organizational learning: Narratives from biotechnology*. *Management Learning*, 26(4), 403-422.
- Emerson, R.M., Fretz, R.I & Shaw, L.L (2001). *Participant Observation and Fieldnotes*. In: Atkinson, P., A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland. *Handbook of ethnography*. London: Sage, pp. 352-368
- Field, P.A., Morse, J.M. (1996). *The application of qualitative approaches*. Cheltenham: Stanley Thorens Ltd.: pp. 103-12
- Frese, M., & Hofmann, D. A. (2011). *Errors, error taxonomies, error prevention, and error management: Laying the groundwork for discussing errors in organizations*. In *Errors in organizations* (pp. 18-60). Routledge.
- Filstead, W. J. (1979). *Qualitative methods: A needed perspective in evaluation research*. In T. D. Cook & C. S. Reichardt (Eds.), *Qualitative and quantitative methods in evaluation research* (pp. 33-48). Beverly Hills, CA: Sage.
- Fineman, S. (2000). *Emotion in organizations*. Sage.
- Fineman, S., Gabriel, Y., & Sims, D. (2010). *Organizing & organizations*. Sage.
- Gephart, R. P., Van Maanen, J., & Oberlechner, T. (2009). *Organizations and risk in late modernity*. *Organization Studies*, 30(2-3), 141-155.
- Gherardi, S. (1999). *Learning as problem-driven or learning in the face of mystery?* *Organization Studies*, 29, 101-124.
- Gherardi, S., Nicolini, D., & Odella, F. (1998). *Toward a social understanding of how people learn in organizations: The notion of situated curriculum*. *Management Learning*, 29, 273-297
- Gill, J. & Johnson, P. (2010). *Research methods for managers*. London: Sage Publications Ltd.
- Glendon, A. I., & Clarke, S. (2015). *Human safety and risk management: A psychological perspective*. Crc Press.
- Goodman, P. S., Ramanujam, R., Carroll, J. S., Edmondson, A. C., Hofmann, D. A., & Sutcliffe, K. M. (2011). *Organizational errors: Directions for future research*. *Research in Organizational Behavior*, 31, 151-176.

- \*GRC Office. (2019a). *Memo Risicoadviescommissie: Overzicht incidenten Operationele Verliezen Database Q4 2018 en verbeterpotentieel melding en registratie van incidenten*. Menzis.
- \*GRC Office. (2019b). *Presentatie teamoverleg Commercie*. Menzis
- Hagelsteen, M., & Burke, J. (2016). *Practical aspects of capacity development in the context of disaster risk reduction*. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 16, 43-52.
- Josselson, R. E., Lieblich, A. E., & McAdams, D. P. (2003). *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research*. American Psychological Association.
- Jørgensen, K. (2016). *Prevention of "simple accidents at work" with major consequences*. *Safety science*, 81, 46-58.
- Keith, N., & Frese, M. (2008). *Effectiveness of error management training: A meta-analysis*. *Journal of Applied Psychology*, 93, 59–69. doi: 10.1037/0021-9010.93.1.59
- Le Coze, J. C. (2013). *What have we learned about learning from accidents? Post-disasters reflections*. *Safety science*, 51(1), 441-453.
- Leezenberg, M., & de Vries, G. H. (2011). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen*. Amsterdam University Press.
- Lindberg, A. K., Hansson, S. O., & Rollenhagen, C. (2010). *Learning from accidents—what more do we need to know?* *Safety Science*, 48(6), 714-721.
- Lukic, D., Littlejohn, A., & Margaryan, A. (2012). *A framework for learning from incidents in the workplace*. *Safety Science*, 50(4), 950-957.
- Lukic, D., Margaryan, A., & Littlejohn, A. (2010). *How organisations learn from safety incidents: a multifaceted problem*. *Journal of Workplace Learning*, 22(7), 428-450.
- Lukic, D., Littlejohn, A., & Margaryan, A. (2010). *Learning from incidents*. *Petroleum Review*, 66(790), 36-37.
- Maxwell, J.A. (2013). *Qualitative Research Design: an interactive approach*. London: Sage.
- Mancini, P., 1998. *Risky information: social limits to risk management*. *J. Conting.Crisis Manage.* 6, 35–44.
- \*Menzis. (2019). *Concernstrategie Menzis 2022: Meer waarde voor mens en maatschappij*. Menzis.
- \*Menzis. (2018). *Jaarverslag 2018*. Geraadpleegd op 10 april 2014, via: [https://jaarverslag.menzis.nl/mj2018/corporate-governance/risicomanagement/risicobereidheidsverklaring/a1219\\_Risicobereidheidsverklaring](https://jaarverslag.menzis.nl/mj2018/corporate-governance/risicomanagement/risicobereidheidsverklaring/a1219_Risicobereidheidsverklaring)
- \*Menzis. (2017). *Jaarverslag 2017*. Geraadpleegd op 10 april 2014, via: <https://jaarverslag.menzis.nl/mj2017/corporate-governance/risicomanagement>
- Nonaka, I. (1994). *A dynamic theory of organizational knowledge creation*. *Organization Science*, 5, 14-37
- NOS. (2019). *Aantal meldingen van datalekken in Nederland verdubbeld*. Geraadpleegd op 25 februari 2019, via: <https://nos.nl/artikel/2269596-aantal-meldingen-van-datalekken-in-nederland-verdubbeld.html>
- NOS. (2017). *Verzekeraars sturen surfgedrag naar Facebook, ook van medische pagina's*. Geraadpleegd op 25 februari 2019, via: <https://nos.nl/artikel/2226902-verzekeraars-sturen-surfgedrag-naar-facebook-ook-van-medische-pagina-s.html>
- O'Leary, M., & Chia, R. (2007). *Epistemes and structures of sensemaking in organizational life*. *Journal of Management Inquiry*, 16(4), 392-406.
- O'Toole, P., & Were, P. (2008). *Observing places: using space and material culture in qualitative research*. *Qualitative research*, 8(5), 616-634.
- Parker, M. (2000). *Organizational culture and identity: Unity and division at work*. Sage.

- Parker, M. (1998). *Dividing organizations and multiplying identities*. *The Sociological Review*, 45(1\_suppl), 114-138.
- Pettigrew, A.M. (1997) *What is a Processual Analysis?* *Scandinavian Journal of Management*, 12 (4), pp. 337-348
- Pfeiffer, Y., Manser, T., & Wehner, T. (2010). *Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework*. *Qual Saf Health Care*, 19(6).
- Pfeiffer, Y., & Wehner, T. (2012). *Incident Reporting Systems in Hospitals: How Does Learning Occur Using this Organisational Instrument?*. In *Human fallibility* (pp. 233-252). Springer, Dordrecht.
- Rydstedt, M. (2018). *Collective Learning in Organizations—Opportunities and Constraints: Case Study of an Avalanche Blocking a Railway Line*. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*.
- Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Pidgeon, N., & O'Leary, M. (2000). *Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail*. *Safety science*, 34(1-3), 15-30.
- Popova-Nowak, I. V., & Cseh, M. (2015). *The Meaning of Organizational Learning: A Meta-Paradigm Perspective*. *Human Resource Development Review*, 14(3), 299-331.
- Raad voor het openbaar bestuur (2012). *Belichaming van de kundige overheid, Over openbaar bestuur, incidentreflexen en risicoaanvaarding*. Geraadpleegd op 8 april 2019, via: [www.rob-rfv.nl/documenten/boekje\\_advies\\_belichaming\\_van\\_de\\_kundige\\_overheid.pdf](http://www.rob-rfv.nl/documenten/boekje_advies_belichaming_van_de_kundige_overheid.pdf).
- Rasmussen, J. (2000). *Human factors in a dynamic information society: where are we heading?*. *Ergonomics*, 43(7), 869-879.
- Rasmussen, H.B., Drupsteen, L., Dyreborg, J., (2013). *Near miss reporting in the Danish oil & gas industry*. *Saf. Sci. Monit.* 17 (2).
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. *Bmj*, 320(7237), 768-770.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*, ISBN 1 84014 104 2.
- Richards, L. (2015). *Handling Qualitative Data: A Practical Guide*. London: Sage Publications.
- Salmon, P. M., Lenné, M. G., Stanton, N. A., Jenkins, D. P., & Walker, G. H. (2010). *Managing error on the open road: The contribution of human error models and methods*. *Safety science*, 48(10), 1225-1235.
- Sanne, J.M., 2008. *Incident reporting or storytelling? Competing schemes in a safety-critical and hazardous work setting*. *Saf. Sci.* 46 (8), 1205–1222
- Schein, E. H. (1991). *What is culture?* Newbury Park, CA: Sage Publicatios, 243-253.
- Schön, D.A. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., Wachter, R. M., & Markowitz, A. J. (2001). *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 43(1), 668.
- Sitkin, S. B. (1996). *Learning through failure: The strategy of small losses*. In M. Cohen & U. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 541–577). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silva, S. A., Carvalho, H., Oliveira, M. J., Fialho, T., Soares, C. G., & Jacinto, C. (2017). *Organizational practices for learning with work accidents throughout their information cycle*. *Safety science*, 99, 102-114.
- Smircich, L. (1983). *Concepts of culture and organizational analysis*. *Administrative science quarterly*, 339-358.
- Smith, W. K., & Lewis, M. W. (2012). *Leadership skills for managing paradoxes*. *Industrial and Organizational Psychology*, 5(2), 227-231.

- Stemn, E., Bofinger, C., Cliff, D., & Hassall, M. E. (2018). *Failure to learn from safety incidents: status, challenges and opportunities*. *Safety science*, 101, 313-325.
- Størseth, F., & Tinmannsvik, R. K. (2012). *The critical re-action: Learning from accidents*. *Safety science*, 50(10), 1977-1982.
- Swieringa, J., & Wierdsma, A. F. M. (1990). *Op weg naar een lerende organisatie: over het leren en opleiden van organisaties*. Wolters Noordhoff.
- Trappenburg, M. (2010). *Incidenten worden niet voorkomen door steeds nieuwe regels. Ze gebeuren gewoon. Wen er maar aan*. Geraadpleegd op 8 april 2019, via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2010/05/15/incidenten-worden-niet-voorkomen-door-steeds-nieuwe-11889621-a628314>
- Trappenburg, M. en Schiffelers, M-J. (2012). *How to Escape the Vicious Circle: The Challenges of the Risk Regulation Reflex*. *European Journal of Risk Regulation*, Vol. 3, pp. 283-291.
- Uijlenbroek, J. (2010). *Gezond omgaan met risico's en incidenten*. Magazine nationale veiligheid en crisisbeheersing, 1.
- Van Dyck, C., Frese, M., Baer, M., & Sonnentag, S. (2005). *Organizational error management culture and its impact on performance: a two-study replication*. *Journal of applied psychology*, 90(6), 1228.
- VGZ (2017). *Maatschappelijk Jaarverslag 2017*.
- Vince, R. (2001). *Power and emotion in organizational learning*. *Human Relations*, 54(10), 1325-1351.
- Visser, M. (2007). *"Deutero-learning in organizations: a review and a reformulation"*. *Academy of Management Review*, Vol. 32 No. 2, pp. 659-67.
- Visser, M. (2003). *"Gregory Bateson on deuteron-learning and double bind: a brief conceptual history"*. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, Vol. 39, pp. 269-78.
- VGZ (2017). *Maatschappelijk Jaarverslag 2017*.
- Weiss, R.S. (1994) *Learning from Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies*. New York: The Free Press.
- \*Dit zijn documenten die zijn aangeleverd vanuit Menzis.

