Sikkerhetsstyring, med vekt på betydningen av lederrollen og det å inkludere «skarp ende» i HMS-arbeidet

Eller: La oss se på noen myter om HMS

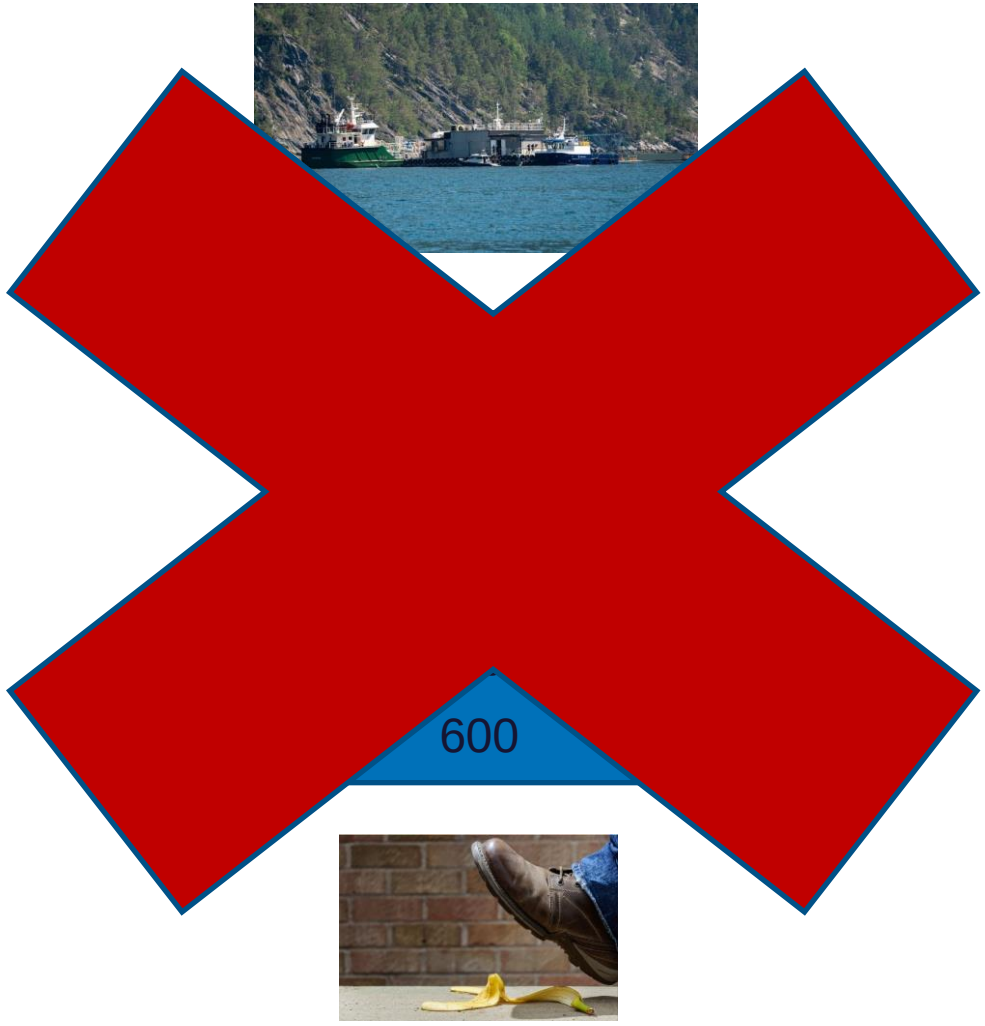
Jens Christen Rolfsen

TÜVRheinland®
safetec

Hva forbinder du med HMS?

- HMS = Pekefinger
- HMS = Sitte inne på kurs
- HMS = Noen som ikke har peiling på drift som kommer og forteller meg hva jeg skal gjøre
- HMS = Det viktigste er å få det dokumentert
- HMS = Ansvaret til verneombudet
- HMS = Hold deg i rekkverket
- HMS = Hjelm og skrittstropp
- HMS = Du må ha 100% fokus!
- HMS = Hvis du følger alle prosedyrene så er du sikker
- HMS = Plunder og heft som kommer i veien for å få jobben gjort
- HMS = Byråkrati

«Dersom vi unngår de små hendelsene, unngår vi de store»



TÜVRheinland®
safetec

«Fravær av hendelser betyr at vi er sikre»



- Bilde: NBC News

TÜVRheinland®
safetec

«Vår største utfordringer er menneskelig svikt”

Helikopterulykken – menneskelig svikt og høyt tidspress

Ulykken med det nye norske redningshelikopteret AW101 i 2017, kom som følge av menneskelig svikt og høyt tidspress.

Gasslekkasjene ved NTNU skyldes ofte menneskelig svikt

- Når det skjer, er det ofte brudd på rutiner, sier hovedverneombud May Grete Sætran.

Nesten alle fødselsskader skyldes menneskelig svikt

Tegn på at barnet ikke har det bra under fødsel blir ikke oppfattet raskt nok, viser ny studie.

Rømming er menneskelig svikt

Hovedårsaken til at oppdrettsfisk rømmer må tilskrives menneskelig svikt. Det er hovedkonklusjonen i en ny rapport om rømming som nettopp er lagt fram.

Innrømmer rutinesvikt etter radioaktivt utslipp

Det gikk 20 timer fra det begynte å lekke ut radioaktivitet ved reaktoren i Halden, til Statens strålevern ble varslet.

Dømt aksjemegler sonet ikke én dag av straffen – politiet innrømmer menneskelig svikt

Ulykkesrapport: Menneskelig svikt var årsaken

Menneskelig svikt var årsaken til dødsulykka ved Langstein i Nord-Trøndelag 16. september, der en lastebilfører ble drept etter at semitraileren han førte veltet.

Overdose på sykehjem: – Dødsfall var menneskelig svikt

– Førerfeil årsak til trikkekollisjon

Menneskelig svikt lå bak en trikkeulykke hvor 18 personer ble skadet, ifølge Havarikommisjonen.

Eldre dame fikk håndsprit i stedet for avføringsmiddel: – Menneskelig svikt

En eldre dame ved et bo- og omsorgssenter i Asker ba i august om medisiner mot magesmerter. Da skjedde glippen.

Ferje med 13 passasjerer grunnstøtte på grunn av menneskelig svikt

Open

Takk til K. Gould, Equinor

TÜVRheinland®
safetec

En historie fra et sykehus

En av 13 pasienter ble skadet under oppholdet

Hva kjennetegnet det som gikk galt?

Menneskelige feil
Retningslinjer ble ikke fulgt
Sammenbrudd i kommunikasjonen
Feilberegninger
Brudd på prosedyrer

Hva kjennetegnet det som gikk bra?

Menneskelige feil
Retningslinjer ble ikke fulgt
Sammenbrudd i kommunikasjonen
Feilberegninger
Brudd på prosedyrer

Hva var forskjellen?

Evne og vilje til å si «stopp»
Tidligere suksess ble ikke tatt som garanti
Verdsettelse av ulike meninger og uenighet
Å holde diskusjonen om risiko i gang

Fem prinsipper for godt sikkerhetsarbeid

1. Det er vanlig å gjøre feil

2. Skyld løser ingenting

3. Læring er nøkkelen til forbedring

4. Omstendigheter former atferd

5. Hvordan ledere responderer betyr mye

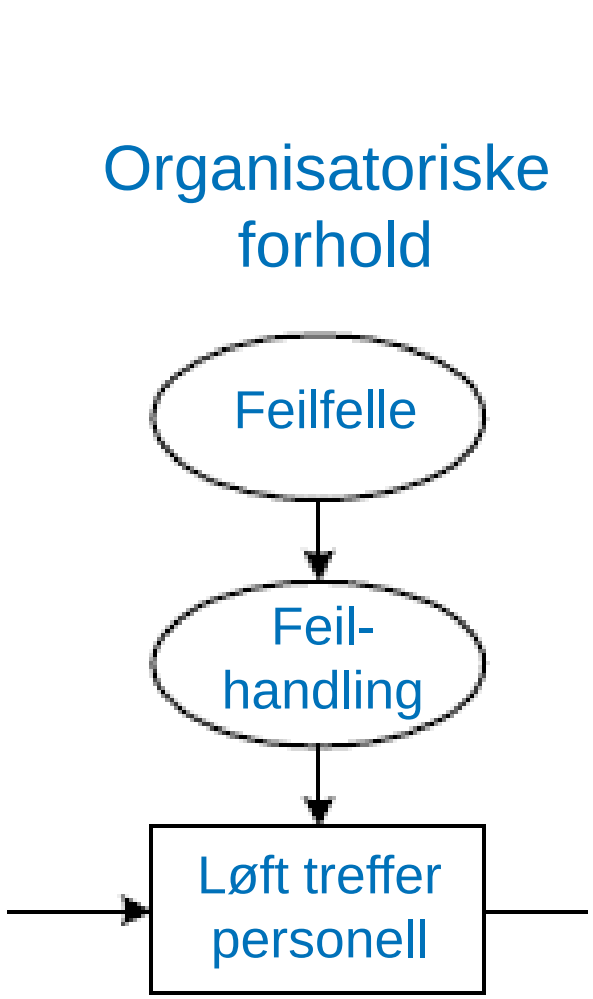


- Bilde: Salmar

TÜVRheinland®
safetec

1. Det er vanlig å gjøre feil

- Alle gjør feil – selv de beste
- Feilhandlinger er sjeldent aktive valg
- Feilhandlinger er ikke en årsak, men et symptom
- Siden feil er vanlige, må vi redusere konsekvensene av dem





TÜVRheinland®
safetec

2. Skyld løser ingenting

- Kan kjennes godt – ellers ingen effekt eller betydning
- Virker demotiverende på de som gjør jobben
- Har liten (eller ingen) forebyggende effekt
- Det er fullt mulig å ha ansvaret uten at det må utløse en straff
- Vi må velge mellom «skyld» og «læring»



TÜVRheinland®
safetec

3. Læring er avgjørende for forbedring

- Læring krever en aktiv innsats
- Vi må først og fremst forstå det komplekse årsaksbildet bak hendelser og ulykker
- Vanligvis er det de som gjør jobben som kan den best
- Det er krevende å omsette kunnskap fra andre lokaliteter og anlegg og over til egen praksis



TÜVRheinland®
safetec

Læring etter hendelser – beste praksis

Du er der

Undersøkelsesrapporten dine gir innsikt i og inkluderer:

1. Feilfeller
2. Organisatoriske faktorer (som skaper feilfeller)
3. Avhengigheter mellom individer og team
4. Implikasjoner av alternative valg
5. Gode beskrivelser som gir leseren god informasjon om konteksten og situasjonen
6. Beskrivelse av hvorfor ansatte, eks ingeniører eller ledere, handlet som de gjorde.
7. Tiltak er hovedsakelig design/prosessfokusert.

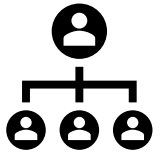
Du er ikke helt der

Undersøkelsesrapporten påstår at:

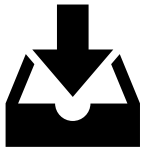
1. Det var én rotårsak
2. Årsaken var:
   - Menneskelig feil
   - Menneskelig atferd
   - Manglende etterlevelse
3. Det blir brukt merkelapper som f.eks.:
   - «Complacency»
   - Uoppmerksomhet
   - Latskap
4. Fokuserer bare på hva personen ikke gjorde, eller hva personen burde ha gjort.
5. Tiltak er i hovedsak atferdsmessige eller administrative.

TÜVRheinland®
safetec

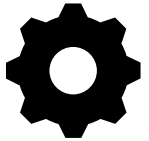
4. Omstendigheter former atferd



- Uklare roller og ansvar
- Målkonflikter
- Dårlig kommunikasjon
- For lav bemanning
- Dårlig ressursstyring
- Arbeidsorganisering



- Ukjente oppgaver
- Uforutsigbare oppgaver
- Komplekse oppgaver
- Dårlig tid
- Repetitive oppgaver



- Feil på utstyr
- Dårlig dokumentasjon
- Uklare instruksjoner
- Uegnet verktøy
- Vanskelig adgang
- Støy, lysforhold, temperatur, luftkvalitet



- Manglende opplæring / kompetanse
- Mangel på erfaring
- Mangel på hvile
- Stress
- Helseproblemer

TÜVRheinland®
safetec

5. Hvordan ledere (og kollegaer) responderer betyr mye!

- Hvordan tar du imot nyheter om hendelser?
- Hvordan tar du imot andre dårlige nyheter?
- Hva skjer i etterkant?

Vi trenger ledere som responderer på feil, feilhandlinger, dårlige nyheter og usikker atferd på en god og konstruktiv måte

- Vis omtanke for de involverte
- Ikke trekk forhastede slutninger om hva som har skjedd
- Forstå hvorfor og hvordan noe har skjedd, fremfor hvem som har gjort det. Fokuser på læring fremfor skyld:
  - Kan du snakke gjennom din opplevelse av det som har skjedd?
  - Hvordan oppfattet du situasjonen før det skjedde?
  - Hvilke forhold påvirket måten jobben ble gjennomført på?

TÜVRheinland®
safetec

Endre måten vi tenker på og snakker på

De som utfører jobben er våre beste kilder til kunnskap

Fra problem

X De som utfører jobben er problemet, de må kontrolleres slik at jobben blir utført på en trygg og sikker måte

X "De følger ikke prosedyrene. De har lav risikoforståelse. De er distrahert"



Til ressurs

✓ De som utfører jobben er en ressurs som bør brukes for å finne ut hvordan jobben kan utføres trygt og sikkert

✓ "De kjenner arbeidsgavene best. De vet hvilke forhold som gjør jobben vanskeligere å utføre, og de vet hvilke forhold som gjør jobben lettere å utføre"

TÜVRheinland®
safetec

Endre måten vi tenker på og snakker på

De som utfører jobben er våre beste kilder til kunnskap

Fra reaktive

X Dårlige avgjørelser fører til feil og ulykker

X Fokus på individet

X Tiltak på individnivå

Adferd, etterlevelse, kontroll



Til proaktive

✓ Betingelser som påvirker valg og handlinger

✓ Fokus på betingelser/omstendigheter

✓ Tiltak på systemnivå

Individuelle, organisatoriske, oppgaverelaterte, tekniske

TÜVRheinland®
safetec

Endre måten vi tenker på og snakker på

De som utfører jobben er våre beste kilder til kunnskap

Fra skyld

X Fokus på individet, skyld og ansvar

X Redusert tillit, og frykt for konsekvenser

X Vi er mindre informert om forhold som krever forbedring



Til læring

✓ Fokus på medvirkende årsaker

✓ Økt tillit og motivasjon styrker viljen til å dele informasjon

✓ Vi er bedre informert om forhold som krever forbedring

TÜVRheinland®
safetec

Vil du vite mer?



- Hør på Elise Midthun fra SINTEF sitt innlegg i morgen
- Ta gjerne kontakt med oss i Safetec!
- Jens.christen.rolfsen@safetec.no

TÜVRheinland®
safetec