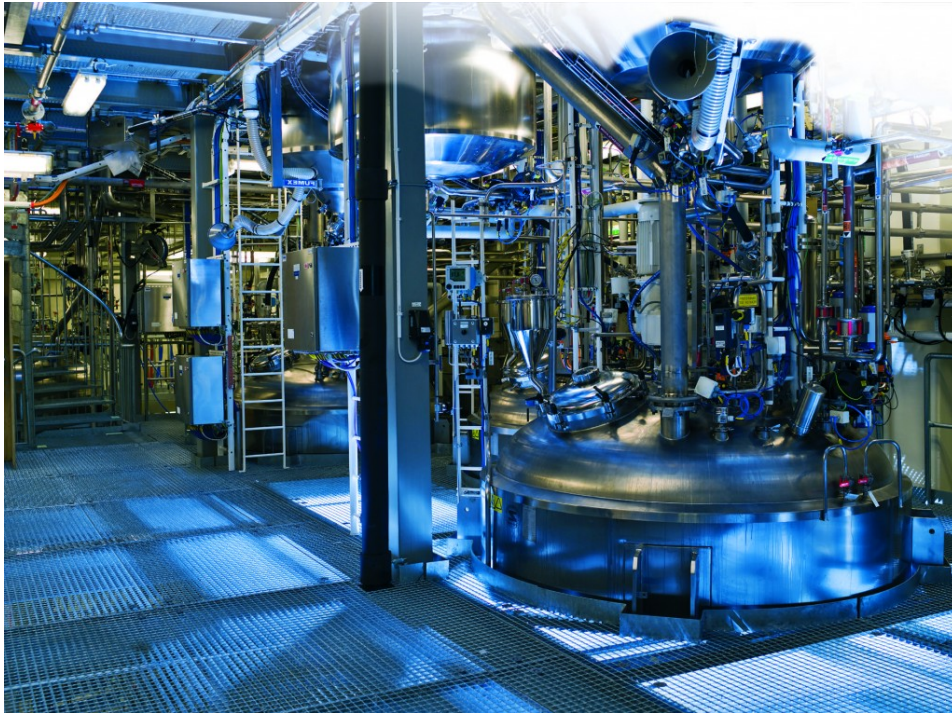




Håll Nollan Lärande olycksutredningar enligt HOP (Human & Organizational Performance)

30th October 2019

Joel Péclard
joel.peclard@briab.se
073-35 244 81



Olycksutredning HOP

October 29, 2019

2

HOP är en filosofi som man började arbeta med på global nivå inom GE. På siten i Uppsala är det tydligaste uttrycket av detta att vi jobbar med lärande team i samband med händelser.



*Kompis med:
New View Safety
Safety-II
Safety Differently*

HOP

Human & Organizational Performance

Faktiskt ett helt annat sätt att se på olyckor,
säkerhet och hur saker blir gjorda!



Olycksutredning HOP

October 29, 2019

3

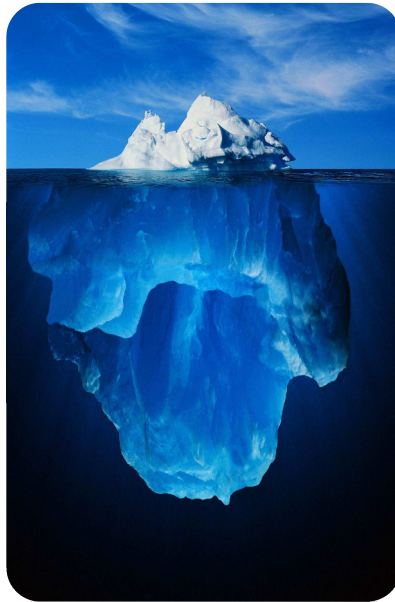
HOP är en filosofi som man började arbeta med på global nivå inom GE. På siten i Uppsala är det tydligaste uttrycket av detta att vi jobbar med lärande team i samband med händelser.



Människor
gör misstag

Att klandra
löser ingenting

Ständigt lärande
är ett måste



[Det här fotot](#) av Okänd författare licensieras enligt [CC BY-NC-ND](#)

Sammanhanget
påverkar beteendet

Det spelar stor roll
hur vi reagerar på
händelser



HOP brukar beskrivas kring 5 huvudprinciper. De verktyg och metoder vi använder, det som syns på isberget, är egentligen inte det viktiga. Det är de underliggande antagandena om olyckor och säkerhet som är det viktiga.



Vilken är den viktigaste frågan i en olycksundersökning?

1. Vem f***n?
2. Hur i h****e?



Att undersöka är att fråga och därför är det intressant att fråga vilken fråga som är den viktigaste. Det är viktigt att försätta sig i ett genuint nyfiket tillstånd när man utreder olyckor. Indignation eller ilska, hur rättmätig den än känns, bör hanteras så att det inte påverkar utredningen. Att ha ett skeptiskt förhållningssätt där man avvaktar med omdömen är mycket viktigt.



Varför kändes det **rätt** att göra som du gjorde, **där och då?**



Den viktigaste frågan att ställa vid en olycksundersökning. Denna bild skulle kunna vara den enda bilden i världens kortaste kurs i olycksutredning. Det handlar om att hitta det som kallas lokal rationalitet. Förutom i fall av rena sabotage, vilka är extremt sällsynta, så har yrkespersoner som är inblandade i en olycka mycket goda skäl att agera som de gör. Om en olycksutredning kommer fram till att "den mänskliga faktorn var orsaken" så har man gjort en värdelös utredning. Ingenting i systemet behöver nämligen förändras då, vi behöver bara ersätta eller utbilda personen som gjorde fel. Det leder inte till något lärande på systemnivå. Att förstå varför det bedömdes som vettigt av de inblandade att göra som de gjorde synliggör problem djupare i systemet.



Helt klart
säkert att
arbeta

Gråzonen
Oklar tolkning av
vad som är
säkert eller inte

Helt klart
inte säkert
att arbeta

Yrkespersoner upptäcker
vad som är säkert under
arbetets gång

Översatt från Conklin, 2012



Rutiner, systembeskrivningar och regler är aldrig heltäckande. Hålen fylls alltid i av medarbetare som situationsanpassar och uppfinner lösningar. Det är så vi över huvud taget får någonting gjort. Vad som är säkert eller inte är inte solklart under arbetets gång. Det läget som är helt klart säkert kommer att uppfattas som överdrivet försiktigt och inte särskilt produktivt.

I det normala arbetet förekommer avvikelser från rutiner, flexibel tillämpning av regler och situationsanpassning. Detta leder nästan alltid till ett lyckat resultat – och ingen detaljstuderar arbetet då! Vi ser ingen anledning att undersöka normalt, framgångsrikt arbete.



Helt klart
säkert att
arbeta

Helt klart
inte säkert
att arbeta

Efter en händelse är det solklart var gränsen gick

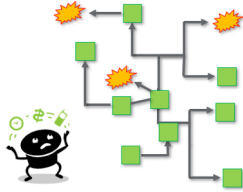
Översatt från Conklin, 2012



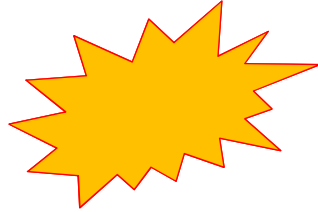
Efter en händelse är det solklart var gränsen mellan säkert och osäkert gick. Vi undersöker saken, eftersom det nu känns motiverat, och kan konstatera att alla element i normalt arbete förekommer: avvikelser från rutiner, flexibel tillämpning av regler och situationsanpassning. Vi lockas att dra slutsatsen att dessa element har ett kausalt förhållande till utfallet, alltså att de har orsakat olyckan. Och vi tror dessutom att det måste finnas en moralisk proportionalitet mellan konsekvensen och det som gjordes innan olyckan. Om något dåligt hände måste det föregåtts av något lika dåligt! Men orsaker är betydligt mer komplicerade än så, och vi har betydligt mindre kontroll och förmåga att förutse än vi tror. Att vi gång på gång gör analysen att avsteget från rutinen ledde till olyckan gör att vi skapar en sanning som förstärker det synsättet.



Varje händelse har tre delar



Sammanhanget



Konsekvensen



Förståelsen i
efterhand



Vid all olycksundersökning är det viktigt att tänka på att det finns tre delar av händelsen. Att göra en prydlig tidslinje i efterhand är inte fel, men vi måste komma ihåg att de signaler, tecken och bevis vi sitter på i efterhand inte nödvändigtvis var tillgängliga för de som var inblandade i olyckan. Framförallt vet vi i efterhand om konsekvensen av det som hände. Detta är mycket viktigt att komma ihåg – kännedom om konsekvensen förändrar allt. I de allra flesta fall föregås olyckan av normalt arbete där de inblandade inte på något sätt kan förutse vad som ska hända.

Människans kognitiva förmåga är gjord för att överleva och fortplanta – inte för att se "verkligheten". Det innebär att det ligger inbyggt i hårdvaran att sälla informationen väldigt hårt. Information som i efterhand bedöms viktig har ofta av väldigt naturliga skäl inte funnits i de inblandades medvetande. Det vi inte vet finns inte!



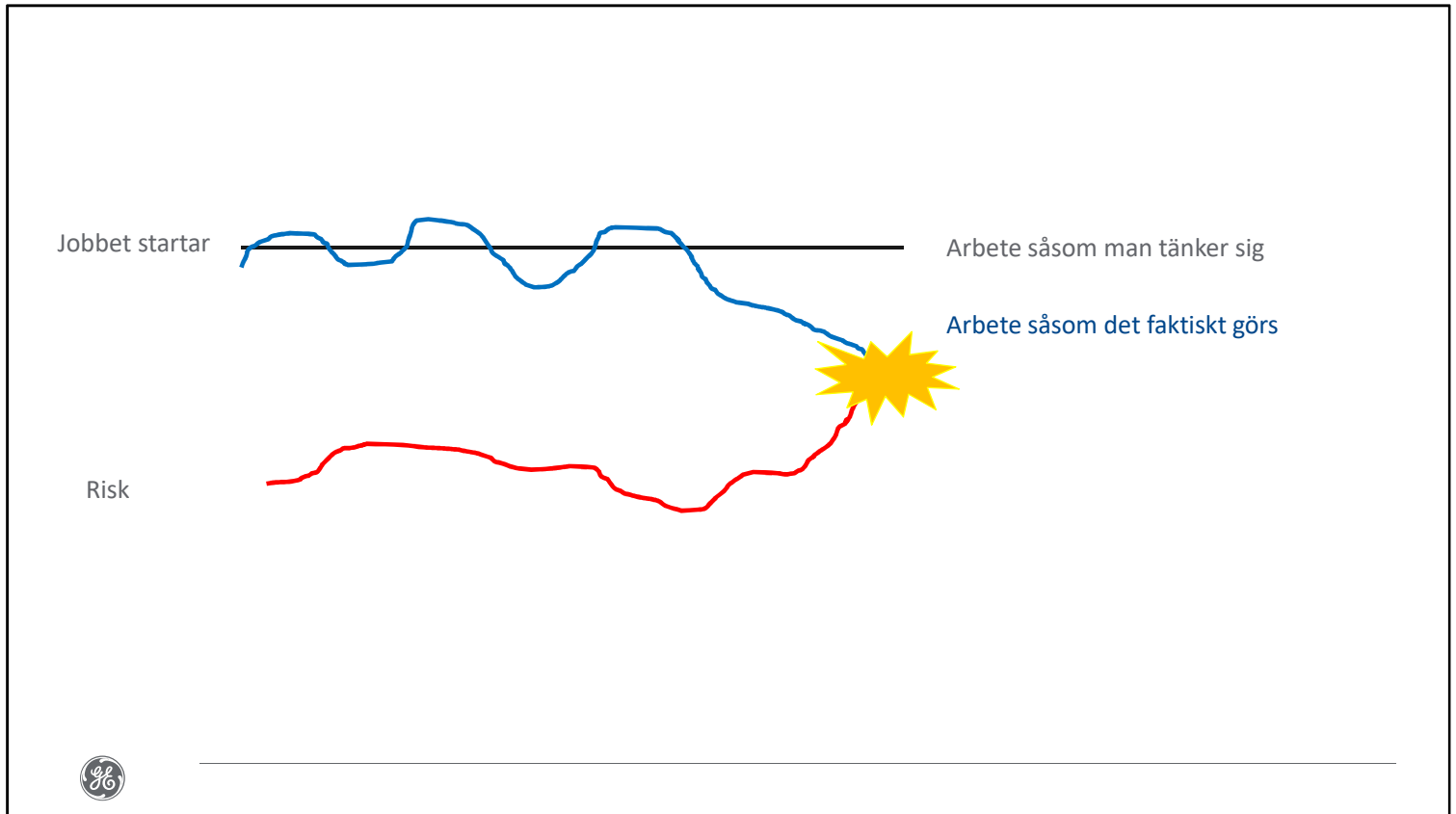
Yrkesfolk är precis så försiktiga de
behöver vara,
utan att vara *för* försiktiga, så att de kan
få något gjort.

Översatt från Conklin, 2012



Det här är en mening med mycket innebörd.

Vi säger ibland Säkerheten Först, men inget system och ingen organisation existerar i sig för att vara säkert i första hand. I första hand ska något åstadkommas, och säkerhet kan i bästa fall komma på en delad förstaplats. Säkerhetsarbete behöver däremot inte alltid vara ett nollsummespel – att lära av hur man åstadkommer önskat resultat är både bra för säkerheten och för produktiviteten.



En viktig anledning till att vi behöver arbeta aktivt med operativt lärande – våra skyddsåtgärder finns på den blå linjen, det är där de fungerar och fallerar.

Den svarta linjen symboliserar arbete så som det föreställs (ofta av ledningen) och planeras. Den blå linjen representerar arbete såsom det faktiskt görs. Notera att det både presterar under och över den planerade nivån.

För att bibehålla och förbättra det skydd vi har på plats för att skydda mot farliga saker krävs att vi har en ständigt pågående dialog om arbete såsom det faktiskt görs och inte fastnar på arbete såsom man tänker sig det.



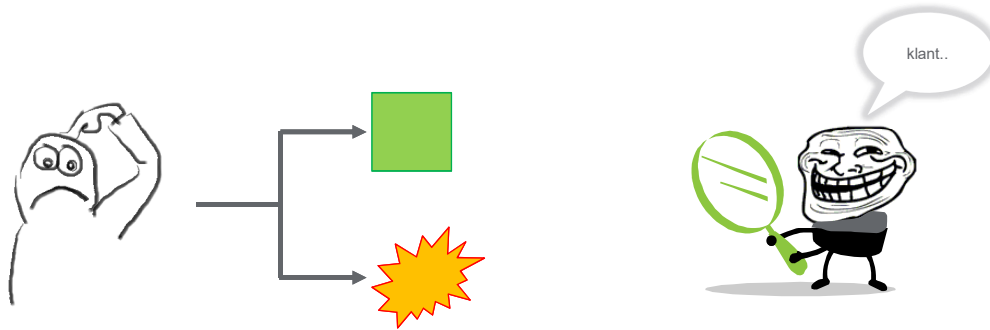
vi förbereder oss för att **misslyckas**
på ett **säkert sätt**



Säkerhet är svårt att hantera om det definieras som frånvaron av olyckor. Säkerhet kan ses som närvaron av förmåga istället. Närvaron av förmåga att misslyckas på ett säkert sätt. Jämför t.ex. med vägtrafiken där den stadiga minskningen av döda och allvarligt skadade inte beror på kampanjer för säkrare körning. Det beror till allra största delen av att man vänt på steken och byggt bilar utifrån premisen att de kommer att krocka. Detta är en grundsten i vägtrafikens nollvision. Det är inte fenomenet olyckor som är i fokus – det är skadeverkningarna.

Närvaron av förmåga handlar till stora delar om närvaron av skydd, t.ex. fallskydd, säkerhetszoner, PPE, vakter, kommunikationsmetoder mm.

Det är populärt med STOP Work-regler, att man när som helst ska kunna stoppa arbetet om det inte är säkert. Det är svårt att tillämpa och det är bättre att tänka START Work – vilket skydd/vilken förmåga behöver vara på plats innan vi påbörjar det här arbetet?



(Efter Dekker, 2002)

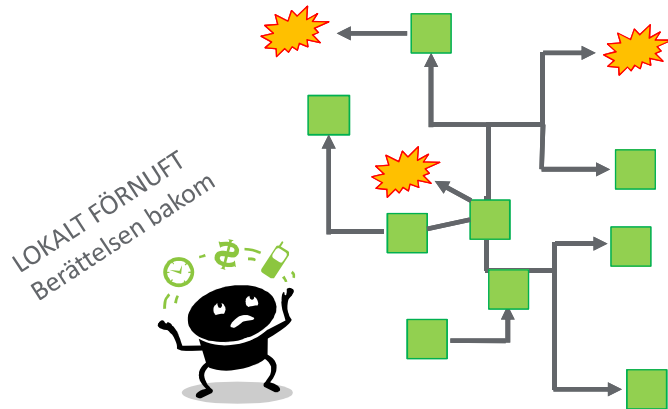


Vi vill gärna hitta en enkel orsak till att det gått snett. Att skylla på en individ gör att det som var en komplicerad situation betraktas som ett enkelt val.

Klander tar fokus från förbättring och förhindrar att du får tillgång till den djupare berättelsen bakom.



KOMPLEXITET & OFÖRUTSÄGBARHET



(Efter Dekker, 2002)



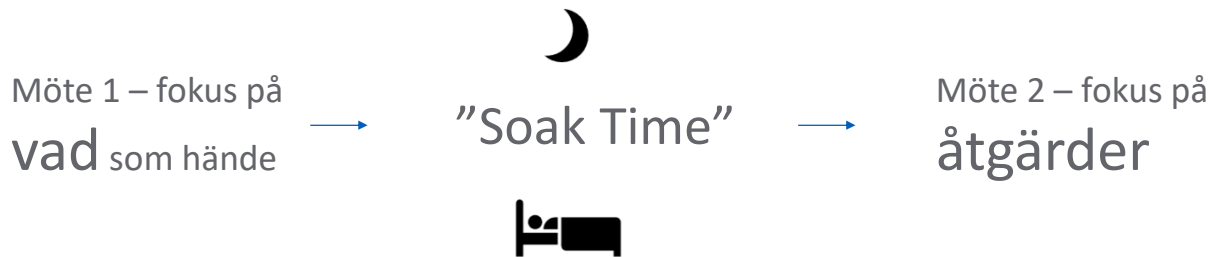
Det finns i princip alltid en berättelse bakom ett fel. Det finns ett lokalt förnuft – det som gjordes var förnuftigt för den som gjorde det där och då.



Lärande Team

- Personal nära händelsen/vittnen
- Systemägare (chef)
- Sakkunniga om arbetsmoment, utrustning mm.
- Sakkunnig olycksutredning

Lättare att få den
bakomliggande
historien när
personalen är
utbildad i HOP



Vi jobbar med lärande team på GE Healthcare i Uppsala. Personer som kan bidra till utredningen med olika kompetens är med. Vi har lärt oss att det blir bättre om man har ett första möte som fokuserar på vad som hände innan man börjar diskutera åtgärder. Det krävs aktiv moderering för att detta ska funka, folk är ofta väldigt angelägna om att komma med lösningar. Men fokus på händelseförloppet tenderar att ge en bättre beskrivning av vad som hände.

Det är lättare att genomföra utredningar där personalen har fått utbildning i lärande händelseutredningar. Där vet personalen att t.ex. berättelser om svårigheter att tillämpa regler inte kommer att användas mot dem.

