



SfS BA 
Samarbeid for sikkerhet
i bygg og anlegg

SIKKERHET, LEDERSKAP OG LÆRING

– HOP i praksis



FOTO Moment studio

FORORD

Bygg- og anleggsnæringen er en risikoutsatt næring, og tall fra Arbeidstilsynet viser at vi over tid har vært blant de farligste å jobbe i.

God sikkerhet skapes ikke av én aktør alene, men i samspill mellom alle involverte. Hvert prosjekt er et samarbeid, og sikkerheten påvirkes av hvordan vi samarbeider og avklarer ansvar. Arbeid i høyden, fallende gjenstander, kontakt med elektrisk spenning og samspill mellom menneske og maskin er noen av risikoområder som går igjen i mange prosjekter. Selv om løsningene må tilpasses hvert enkelt prosjekt, er utfordringene ofte de samme. Da kan vi velge å håndtere dem hver for oss – eller sammen og lære av hverandre.

I 2014 ble Charter for en skadefri bygge- og anleggsnæring signert av Arbeids- og inkluderingsministeren, store bygg-herrer og organisasjoner fra arbeidsgiver- og arbeidstaker-siden. I 2019 ble Samarbeid for sikkerhet i bygg og anlegg (SfS BA) etablert som en stiftelse, som en videreføring og styrking av dette samarbeidet.

Vi begynner å se resultater av samarbeidet, og pilene peker forsiktig i riktig retning. Samtidig er det viktig å erkjenne at gode tall ikke nødvendigvis betyr god sikkerhet. Vi kan altså ikke slå oss til ro der vi er nå.

Vi trenger å utfordre måten vi både tenker og jobber med sikkerhet på. En tradisjonell tilnærming til sikkerhet fokuserer ofte på ansattes atferd. HOP fokuserer på situasjonen arbeidet skjer i. Ulykker og alvorlige hendelser har aldri én enkelt årsak, men oppstår gjennom flere forhold som virker sammen. Forholdene som bidrar til ulykker har ofte vært der lenge før det går galt; vi ser det bare ikke før en

hendelse faktisk inntreffer. Derfor må vi bli enda flinkere til å forstå omstendighetene arbeidet foregår i, slik at vi kan bygge kapasitet til å jobbe riktig og sikkert. Skal vi lære, må vi ha åpenhet. Hvordan vi reagerer og følger opp hendelser, er avgjørende for hvilken åpenhet – og dermed læring vi får.

Denne veilederen handler både om hvorfor vi trenger en ny tilnærming til sikkerhet, og om hvordan vi kan gjøre det. I veilederen får du en introduksjon til hva HOP er, og eksempler på både hvordan dere kan komme i gang, og hva dere konkret kan gjøre.

Å jobbe med sikkerhet, lederskap og læring (HOP) krever forankring hos ledelsen, som må erkjenne at gode tall ikke nødvendigvis er det samme som god sikkerhet. Nullvisjonen må handle om å forebygge alvorlige skader, og forutsetter tydelige prioriteringer i det proaktive HMS-arbeidet. Vi trenger forutseende HMS indikatorer som fremmer læring om hva som kan skje, og ikke minst må vi lære av vanlig arbeid – ikke bare etter hendelser.

Skal vi oppnå bedre resultater, kan vi ikke fortsette som før. Vi må tørre å gjøre noe nytt, eller i det minste gjøre ting på en annen måte. Som ofte sitert: Hvis vi gjør det samme om og om igjen, kan vi ikke forvente et annet resultat.

Samarbeid gir bedre læring, bedre løsninger og bedre sikkerhet.

Lykke til med det videre arbeidet!

Lene Jønsson

Daglig leder

Samarbeid for sikkerhet i bygg og anlegg

HUMAN AND ORGANISATIONAL PERFORMANCE (HOP)

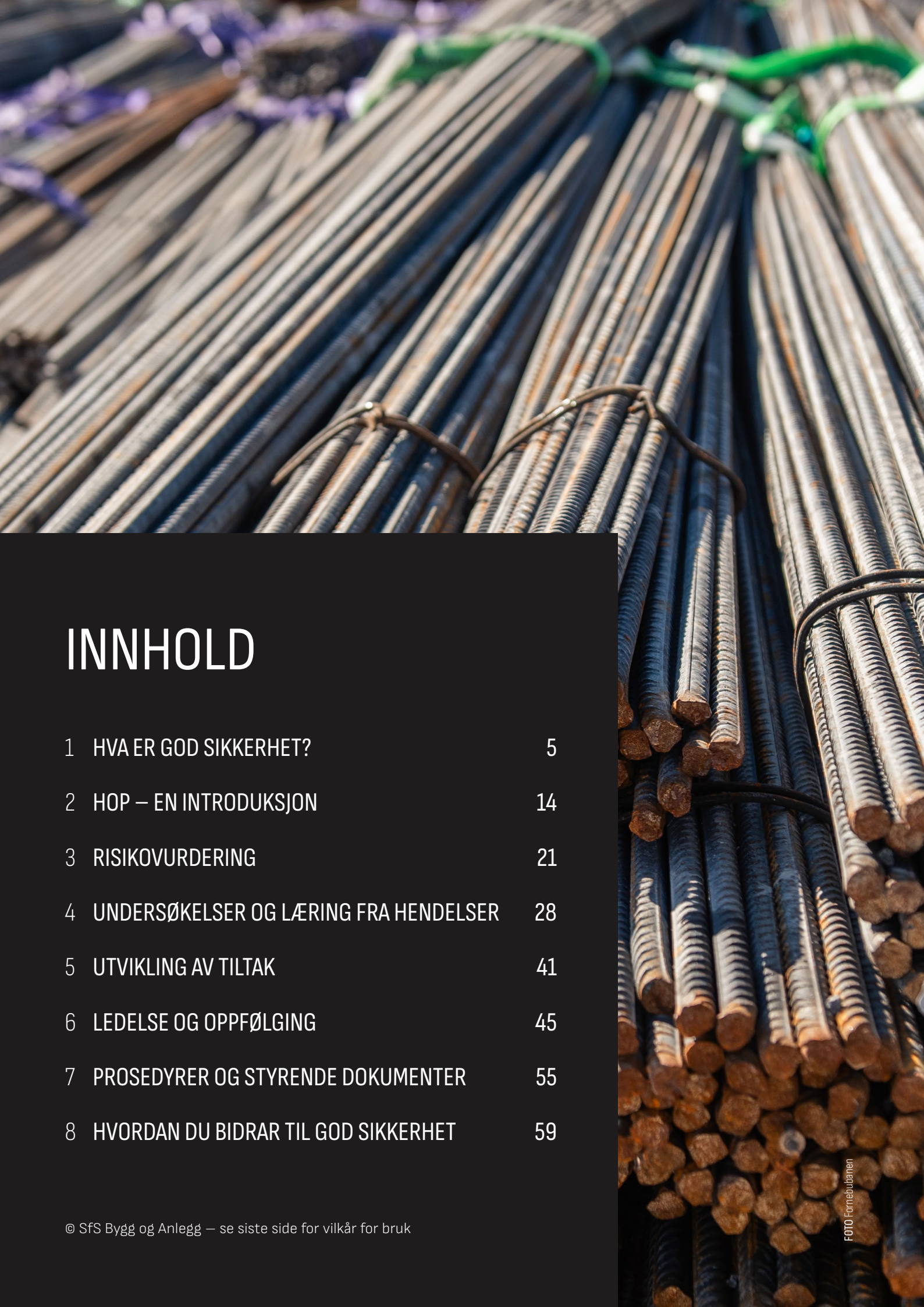
Denne veilederen er primært rettet mot ledere og beslutningstakere hos byggherrer, prosjekterende og entreprenører, som sammen skaper forutsetningene for sikkert arbeid i bygg- og anleggsprosjekter. Veilederen er også relevant for fagansvarlig SHA, HMS-sjef, sikkerhetsleder og sikkerhetsrådgiver. HOP-tilnærmingen bidrar til et felles språk og en felles forståelse av hvordan sikkerhet skapes i praksis, gjennom samspill, planlegging, koordinering og kontinuerlig læring på tvers av roller.

Det idémessige grunnlaget for veilederen er Human and Organisational Performance, eller HOP. Dette er en tilnærming som tar sikte på å forbedre sikkerhet

ved å forstå og forbedre enkeltpersoners og organisasjoners evne til å fungere i komplekse og risikofylte situasjoner. HOP legger vekt på samspillet mellom mennesker, teknologi, oppgaver og organisatoriske forhold for å oppnå trygt og effektivt arbeid.

HOP bygger på ulike sikkerhetsfaglige rammeverk, blant annet human factors, Safety-II og resilience engineering. Formålet med HOP er å gjøre ideene i disse rammeverkene enkle å bruke i praksis. HOP har sin opprinnelse innenfor forskjellige fagområder og bransjer, spesielt luftfart og kjernekraft-industrien. Tilnærmingen brukes i dag av virksomheter i blant annet olje- og gassindustri, maritim sektor, farmasøytisk industri, helsevesenet, forsvarssektoren, og bygg- og anlegg.





INNHold

1	HVA ER GOD SIKKERHET?	5
2	HOP – EN INTRODUKSJON	14
3	RISIKOVURDERING	21
4	UNDERSØKELSER OG LÆRING FRA HENDELSER	28
5	UTVIKLING AV TILTAK	41
6	LEDELSE OG OPPFØLGING	45
7	PROSEDYRER OG STYRENDE DOKUMENTER	55
8	HVORDAN DU BIDRAR TIL GOD SIKKERHET	59

1 HVA ER GOD SIKKERHET?



Fornebubanen er et av Norges mest komplekse prosjekter. Når vi bygger store og teknisk krevende stasjonsanlegg under bakken, oppstår nye sikkerhetsutfordringer. Med opptil 50 meter dype sjakter og trange fjellhaller blir planlegging og koordinering ekstra viktig. God sikkerhet betyr at vi tar oss tid til å gjøre jobben sikkert – ved å forstå de faktiske arbeidsforholdene og bygge kapasitet rundt arbeiderne, slik at de kan gjøre jobben riktig i et krevende miljø.

INGUNN HØGÅSEN, SHA-RÅDGIVER, FORNEBUBANEN

På bygg- og anleggsplasser utføres det sikkerhetskritiske arbeidsoppgaver hver eneste dag. Arbeidet skjer ofte i skiftende omgivelser, med mange aktører samtidig og under rammebetingelser som kan endre seg fra time til time. Noen ganger går det galt.

Antall hendelser i bygg- og anleggsbransjen har gått ned de siste årene, selv om det har vært svingninger underveis. Men frekvens og alvorlighet henger vanligvis ikke sammen. Et lavt antall småskader forteller lite om sannsynligheten for alvorlige hendelser eller dødsulykker. Et mål om bedre sikkerhet, bør derfor starte med spørsmålet «hva mener vi med god sikkerhet?». Mange sidestiller «god sikkerhet» med «lave tall». Her må man både se på hvilke tall man måler, og hvordan man leser disse tallene.



?

Er sikkerhet fravær av hendelser eller er sikkerhet tilstedeværelsen av kapasitet til å forhindre at hendelser skjer?

FOTO Fornebubanen

ET NYTT PERSPEKTIV PÅ NULLVISJONEN

Vi må regne med at krevende situasjoner oppstår, og at mennesker noen ganger gjør feil. Det er derfor urimelig å anta at alle mindre alvorlige personskader kan elimineres fullstendig. En realistisk nullvisjon må likevel ha som mål at alle dødsfall, livsforandrende skader og andre alvorlige utfall skal forhindres. Dette er et ansvar og en forventning til hvordan vi planlegger, leder og gjennomfører arbeidet.

Dette skiftet i perspektiv på nullvisjon har direkte betydning for hvordan vi måler, tolker og prioriterer sikkerhetsarbeidet. Det innebærer et tydelig ansvar hos ledelsen for å rette oppmerksomheten mot forholdene som kan føre til alvorlige hendelser, og for å gi rom til forebyggende arbeid der det har størst effekt.



I Backe retter vi oppmerksomheten mot å unngå alvorlige skader. Det betyr ikke at vi ser mellom fingrene på mindre skader, men at vi gir prosjektorganisasjonene større rom til å prioritere forebyggende arbeid for å unngå alvorlige hendelser. Vi mener det er til det beste for arbeidstakernes sikkerhet.

ASLE RANDEN, ADMINISTRERENDE
DIREKTØR, BACKE ENTREPRENØR

PROAKTIVT SIKKERHETSARBEID KREVER TID OG PRIORITERING

En nullvisjon som bygger på null skader, vil ofte ledsages av mål om få eller ingen personskader (typisk målt gjennom H2). Hvis dette tallet brukes til å sammenligne prosjekter, entreprenører eller faggrupper, kan det føre til underrapportering eller overdrevent fokus på klassifisering.

I tillegg kan det føre til at mye av ledelsens oppmerksomhet rettes mot oppfølging av mindre alvorlige skader – sikkerhetsarbeid som kun er reaktivt. Denne prioriteringen vil ofte gå på bekostning av tid og oppmerksomhet rettet mot forhold som kan føre til alvorlige skader.

Prioritering av proaktivt sikkerhetsarbeid handler ikke bare om å endre tankesett, men også om valg av hva som måles og rapporteres, og hvordan dette gjøres.

H1 viser hvor ofte det oppstår personskader som fører til fravær, sett i forhold til hvor mye arbeid som er utført.

KILDE Arbeidstilsynet





For oss starter det i konkurransegrunnlaget. Vi bruker ikke H-verdier som kvalifikasjonskrav. Det kan oppfordre til underrapportering. Vi legger vekt på åpenhet og tillit. Vi sanksjonerer ikke HMS-avvik med bøter. Ser vi en usikker jobb, sier vi fra og eventuelt stanser arbeidet hvis det er nødvendig. Det skal være trygt å melde fra. Entreprenører som kjenner oss, rapporterer hendelser. Vi opplever god rapporteringsvilje, særlig ved alvorlige hendelser. Læring forutsetter rapportering, og det er ofte vel så mye læring i hendelser der det går bra, som der utfallet er alvorlig skade eller død.

TANJA DUGSTAD, AVDELINGSREKTØR,
SEKSJON FOR SHA OG SERIØSITET,
STATSBYGG

HVA ER GODE INDIKATORER?

Vi kan ikke bare måle hva som har skjedd. Vi må i tillegg måle forhold som sier noe om hva som kan skje fremover. Forutseende indikatorer, som gir tidlige signaler, er en viktig motvekt til reaktive indikatorer som først fanger opp hendelser i etterkant.

I bygg og anlegg har skadestatistikk i mange år vært brukt som den viktigste indikatoren for å vurdere status i sikkerhetsarbeidet. Forutseende indikatorer gir et bedre bilde av hvordan vi faktisk jobber med sikkerhet, ikke bare om det har skjedd ulykker eller ikke. Hensikten er å fange opp forhold som påvirker sikkerheten, slik at tiltak kan iverksettes før disse forholdene fører til skader eller ulykker. Først når man ser forutseende og reaktive indikatorer i sammenheng, får vi et helhetlig bilde av sikkerhetsarbeidet.

KILDE SFS BA veileder «Forutseende HMS indikatorer», 2025.

Veilederen for forutseende HMS indikatorer peker på åtte ulike indikatorer:

- **Leder-engasjement**
- **Arbeidstaker-engasjement**
- **Læring**
- **Proaktivitet i HMS-rapporteringen**
- **HMS i produksjonsplanleggingen**
- **Orden og ryddighet**
- **Samordning**
- **Kompetanse**

Forutseende indikatorer har samtidig klare begrensninger. De varierer i hvor følsomme, krevende, spesifikke, diagnostiske og overførbare de er. De er ofte mer subjektive, og mer manipulerbare, enn reaktive indikatorer. Derfor bør forutseende indikatorer ikke brukes alene, men som et hjelpemiddel for å forstå hvordan det står til med sikkerheten i virksomheten.

KILDE Casper Pilskog Orvik, doktorgradsavhandling (upublisert), NTNU.

EKSEMPEL: Måling av sikkerhetsklima som forutseende indikator

I Statsbygg måles sikkerhetsklima som en forutseende indikator. Undersøkelsen er rettet mot ansatte hos byggherre, prosjekterende, entreprenør, konsulent eller innleid. Deretter spør man om rolle. Spørsmålssettet er basert på en sikkerhetsklimaundersøkelse som opprinnelig bestod av rundt 50 spørsmål, men som nå er redusert til 6 spørsmål. HOP er synlig i flere av dem.



EKSEMPEL: Leders deltakelse på vernerunder som forutseende indikator



Vi prioriterer det vi blir målt på. Derfor har vi forutseende indikatorer som måler i hvilken grad vi gjør de aktivitetene vi mener er de viktigste i sikkerhetsarbeidet. Tydelig ledelse er en av våre hovedstrategier på HMS, og én måte å være en tydelig leder på er å delta på vernerundene. Etter at vi begynte å måle på dette, har vi sett en klar økning i prosjektleders deltakelse. Der deltakelsen ikke er som forventet, gir indikatoren verdifulle diskusjoner om hvordan tydelig ledelse da utøves.

KRISTIN WOLD JENSSEN, HMS-SJEF I BACKE

EKSEMPEL: Andel vernerunder der prosjektleder har deltatt – som indikator på tydelig ledelse

Vernerunde (alle typer)	Antall gjennomførte vernerunder	Antall med prosjektleder til stede	Andel med prosjektleder til stede
TOTAL	56	30	53,6 %

GOD PRAKSIS FOR MÅLING AV SIKKERHET:

- Balanser vektleggingen av reaktive indikatorer (f.eks. H1/H2) med forutseende indikatorer
- Prioriter måling av forhold og hendelser med potensiale for alvorlig skade eller dødsfall
- Unngå å sette mål eller KPIer for H2, men bruk dem som indikatorer
- Unngå å knytte bonuser eller andre økonomiske insentiver til skadetail
- Bruk læringsverdi som kriterie for undersøkelse av hendelser, ikke bare konsekvens
- Fokuser like mye på hva som ligger bak tallene som på selve tallene

SLIK GÅR DERE FREM:

- Identifiser hvilke forhold som kan lede til alvorlige skader eller dødsfall på din arbeidsplass
- Finn ut hvilke måleindikatorer som gir et godt bilde av disse forholdene i dag
- Avklar hvilke hendelser dere bør lære mest av, slik at det blir lettere å se hva som kan gå galt neste gang

SWECO 

GOD SIKKERHET: IKKE BARE FRAVÆR AV HENDELSER, MEN KAPASITET TIL Å JOBBE SIKKERT

Antall skader eller hendelser gir oss et bilde av hva som har skjedd, men det gir oss ikke svaret på hvor vi er sårbare for fremtidige hendelser. «God sikkerhet» handler like mye om vår kapasitet til håndtere forhold og situasjoner som ennå ikke har oppstått.

For å forstå hvordan vi kan tilrettelegge for økt sikkerhet i morgen, må vi være mer proaktive og lære av arbeidet vi utfører hver dag. Vi må identifisere forbedringspunkter og forhold som krever oppmerksomhet og håndtere disse før det skjer en hendelse.



Det som virkelig satte oss i gang med HOP-arbeidet i Fornebubanen, var en hendelse med høyt skadepotensial der vi var heldige og slapp unna med en mindre personskaade. Da innså vi at selv om statistikken vår lå omtrent på snittet i bransjen, hadde vi flere alvorlige tilløp – og at fraværet av alvorlige skader i stor grad skyldtes tilfeldigheter. Vi måtte ta et nytt steg. Dette ble starten på «sikkerhetsløftet» – en strategi forankret i Fornebubanens ledelse og hos entreprenørene, basert på HOP og med arbeidstakeren i sentrum. Målet er å bygge kapasitet rundt fagarbeideren: Hvordan kan vi som arbeidsgivere, byggherre og prosjekterende legge forholdene til rette slik at det blir enklere å ta sikre og gode valg? Dette arbeidet skjer på operativt, taktisk og strategisk nivå, og i et samspill mellom alle aktørene i prosjektet.

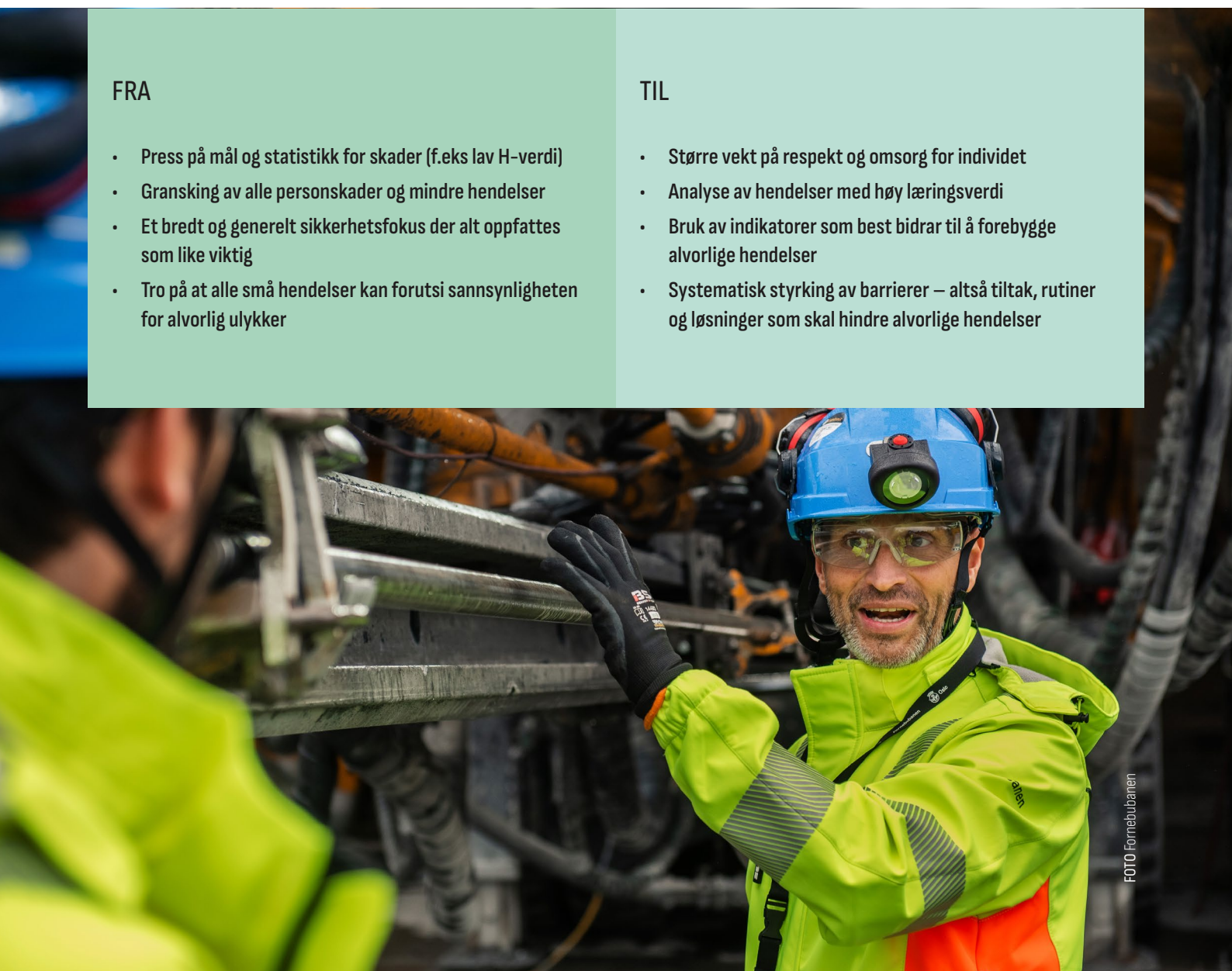
MORTEN HJERPBAKK, FAGANSVARLIG SHA OG BEREDSKAP,
FORNEBUBANEN

FRA

- Press på mål og statistikk for skader (f.eks lav H-verdi)
- Gransking av alle personskader og mindre hendelser
- Et bredt og generelt sikkerhetsfokus der alt oppfattes som like viktig
- Tro på at alle små hendelser kan forutsi sannsynligheten for alvorlig ulykker

TIL

- Større vekt på respekt og omsorg for individet
- Analyse av hendelser med høy læringsverdi
- Bruk av indikatorer som best bidrar til å forebygge alvorlige hendelser
- Systematisk styrking av barrierer – altså tiltak, rutiner og løsninger som skal hindre alvorlige hendelser



NÅR INGENTING SKJER, ER DET MYE SOM SKJER

Alvorlige ulykker på bygg- og anleggsplasser forekommer fortsatt oftere enn vi skulle ønske, til tross for betydelig innsats innen sikkerhetsarbeid. Forholdene som kan føre til slike ulykker, er en del av hverdagen – og det er her vi må rette oppmerksomheten. Det er ofte lite som skiller dager hvor det virkelig går galt, fra dager hvor ingenting går galt. I det daglige påvirkes arbeidet av mange praktiske og organisatoriske forhold som kan gjøre det vanskelig å gjøre jobben slik planer, prosedyrer og regler beskriver.

I mange situasjoner er det ikke mulig å forutse alt. Hva kan gjøre det vanskelig, eller komme i veien for å gjøre jobben trygt og effektivt i dag? Eksempler på dette kan være:

- **Mindre tilgjengelig tid enn nødvendig**
- **Mangel på folk, utstyr eller informasjon**
- **Dårlig vær eller endrede grunnforhold**
- **Arbeidsområdet ser annerledes ut i virkeligheten**
- **Uklare grensesnitt og usikkerhet om hvem som har ansvar for hva**
- **Samtidige aktiviteter**
- **Endringer som påvirker flyt og tidsrammer**

Variasjon i hvordan vi utfører arbeidet er naturlig, og de fleste gangene går dette bra. I noen tilfeller bidrar denne fleksibiliteten til at vi finner bedre løsninger enn det som er beskrevet

i krav og prosedyrer. Andre ganger oppstår det store avvik. Når gapet mellom krav og praksis blir for stort, øker risiko og sannsynlighet for feil.

Rammebetingelser som påvirker arbeidet kan være at man får økt tidspress fordi en kritisk aktivitet må flyttes frem etter forsinkelser i et annet fag, at en kran eller maskin ikke er tilgjengelig når den skulle vært det, eller at et arbeid som er planlagt for et fullt montasjeteam må gjennomføres av færre fordi bemanningen er presset. Det kan også være at underentreprenører jobber tettere oppå hverandre enn planlagt, eller at tegninger og riggplaner ikke samsvarer med faktiske forhold på bygg- og anleggsplassene.

Rammebetingelser påvirker også ledere. For eksempel når fremdrifts-krav endres og skaper press nedover i organisasjonen. Ledere kan oppleve motstridende mål mellom kvalitet, sikkerhet og økonomi. I komplekse prosjekter kan det være krevende å få oversikt over samtidige aktiviteter, grensesnitt og risiko, og beslutninger tas ofte med ufullstendig informasjon under høyt tidspress.

FEILHANDLINGER

Alle gjør feil. Ikke fordi vi ønsker å gjøre feil og skade oss selv eller andre, men fordi det er vanlig. Vi må anta at de fleste ønsker å gjøre en god jobb i henhold til det som forventes av dem. I praksis kan dette være utfordrende. Våre valg og handlinger påvirkes av systemene og forholdene rundt oss. For å håndtere utfordrende forhold, må vi først forstå dem.



At vi ser på feil som vanlig, og ofte som et resultat av komplekse årsaksforhold betyr ikke at vi fjerner ansvarlighet. Vi har alle et ansvar for sikkerhet og for å gjøre det vi kan for at arbeidet og omgivelsene våre skal være sikre (se mer om dette i kapittel 6). Vi skal si ifra om utfordringer eller problemer i arbeidet vårt, og at vi må følge opp slik at forbedringer blir utført. Vi må håndtere forhold som gjør det vanskeligere å jobbe sikkert og i tråd med krav og prosedyrer, og samtidig styrke systemene våre slik at det blir lettere å utføre arbeidet sikkert.

Vi kan anta at de fleste som skal gjøre en jobb ønsker å jobbe sikkert, men at forhold rundt jobben kan gjøre dette vanskelig. Vi må derfor forstå disse forholdene for å kunne gjøre arbeidet tryggere.

LÆRE AV VANLIG ARBEID

Å lære fra hendelser er viktig. Like viktig er det å lære av det vanlige arbeidet før en hendelse inntreffer. Dette handler om å reflektere over det folk gjør som en del av jobben i hverdagen. De fleste jobbene vi gjør går som regel bra. Her ligger det et stort potensial for læring.

Forhold som blir synlige etter en hendelse, har ofte vært til stede i det vanlige arbeidet (før hendelsen) også. Hvis vi blir gode på å lære fra vanlig arbeid, kan vi håndtere disse forholdene og bidra til å forhindre uønskede hendelser. Samtidig er vi i det daglige gjerne mest opptatt av å planlegge og gjennomføre oppgaver, ikke av å stoppe opp og se tilbake på det vi nettopp har gjort. Derfor krever denne formen for læring både vilje og prioritering.

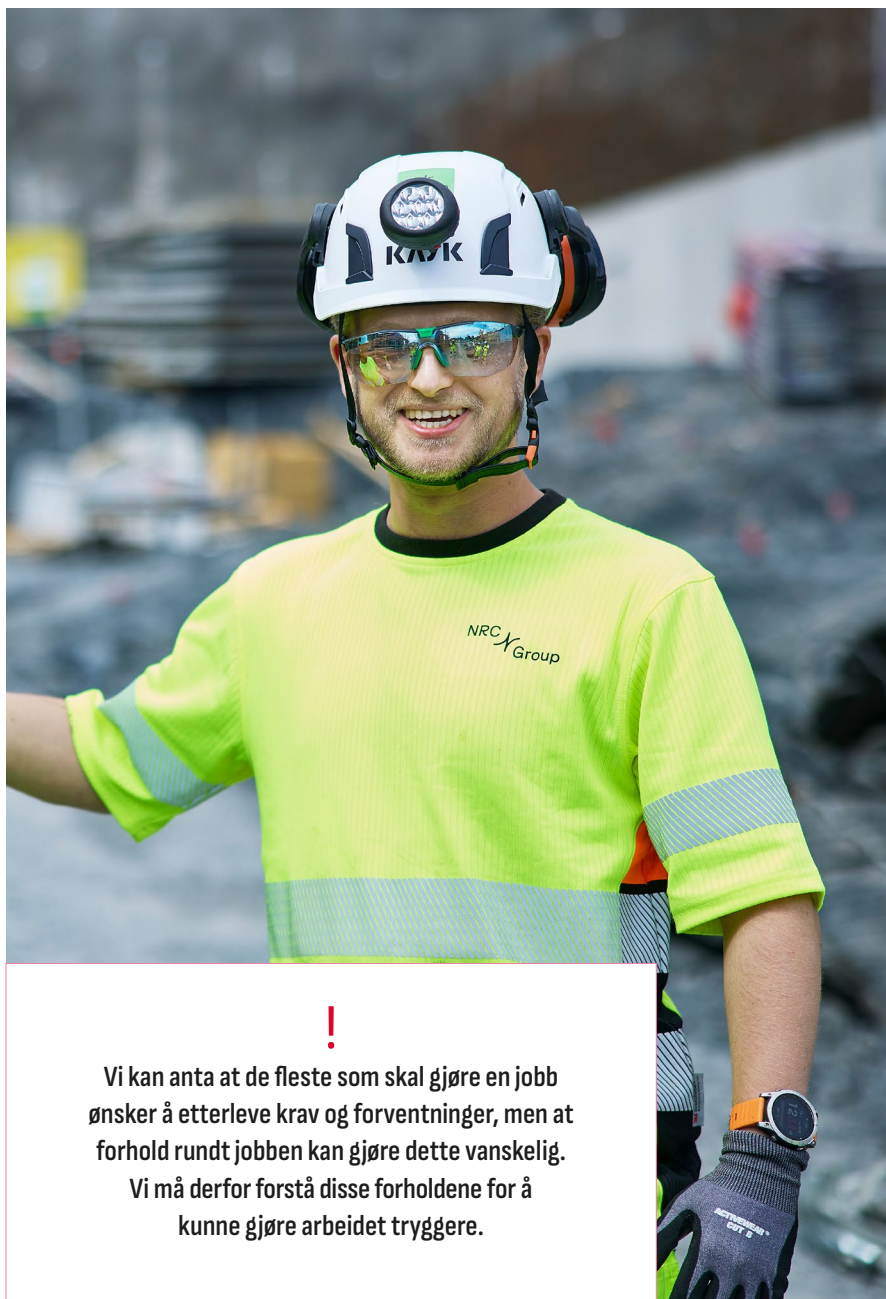


FOTO NRC Group

!

Vi kan anta at de fleste som skal gjøre en jobb ønsker å etterleve krav og forventninger, men at forhold rundt jobben kan gjøre dette vanskelig. Vi må derfor forstå disse forholdene for å kunne gjøre arbeidet tryggere.



Suksess

Feil

SIKKERHET SOM KAPASITET

For å jobbe sikkert trenger både byggherrer, prosjekterende og entreprenører tilstrekkelig kapasitet. Det innebærer at hver av aktørene har nødvendig kompetanse, tid og ressurser til å gjennomføre oppgavene på en trygg og effektiv måte. Mangler én av disse forutsetningene, blir det vanskelig å utføre arbeidet på en forsvarlig måte.

Når noen gjør en feil, må vi ha sikkerhetstiltak og tilstrekkelige barrierer på plass for å håndtere situasjonen best mulig. Målet er å bygge robuste systemer som både reduserer sannsynligheten for feil og tar høyde for at feil vil skje. Dette innebærer også å begrense konsekvensene når feil oppstår.

Eksempler på kapasitet handler om hvordan ulike aktører legger til rette for sikker jobbutførelse i praksis. For byggherren innebærer dette å sette av tilstrekkelig tid til grundig prosjektering, sikre god koordinering mellom aktørene og tydelig avklare grensesnitt. Prosjekterende bidrar ved å utvikle praktiske og gjennomførbare løsninger, og ved å ta hensyn til risiko som kan oppstå i utførelsesfasen. Entreprenørene må ha riktig bemaning, tilgang til egnet utstyr og tilstrekkelig tid til planlegging, følge opp risikovurderinger fra byggherre og prosjekterende, og kontinuerlig identifisere og håndtere nye farer i arbeidet.



I vår bransje er det urealistisk å tro at vi kan unngå alle hendelser. Folk kommer til å gjøre feil. Derimot tror vi det er mulig å unngå alvorlige konsekvenser av hendelser.

PEER CHRISTIAN ANDERSSSEN,
DIREKTØR FOR HMS OG KVALITET,
SKANSKA NORGE

EKSEMPLER PÅ SIKKERHET SOM KAPASITET

- Skape et miljø der ansatte føler seg trygge på å snakke, dele ideer og ta risiko – uten frykt for konsekvenser.
- Gjøre det enkelt å jobbe sikkert (enklere prosedyrer, instruksjoner og dokumentasjon).
- Gi ansatte muligheter til å styrke kunnskap og lære nye ferdigheter.
- Oppmuntre til autonomi og beslutningsmyndighet på riktig nivå og fremme en følelse av eierskap og ansvar.
- Sikre felles forståelse av mål og klarhet i roller og ansvar.
- Anvende teknologi som er brukervennlig og egnet for oppgaven.
- Nok tid og mennesker til å kvalitetssikre arbeid.

KILDE Acosta, M. (2024). SAFETY CAPACITY: Leadership Practices for Failing Safely. Independently published.



2 HOP – EN INTRODUKSJON

HOP-PRINSIPPENE

1. Det er vanlig å gjøre feil
2. Skyld løser ingenting
3. Læring er avgjørende for forbedring
4. Omstendighetene former atferd
5. Hvordan vi responderer betyr mye



Human and Organisational Performance (HOP) er en måte å se på arbeidet i bygg- og anleggsprosjekter, med fokus på hvordan systemer, rammebetingelser, planforutsetninger, og organisering påvirker våre valg, handlinger og muligheten til å lykkes med oppgavene.

HOP-tilnærmingen hjelper oss å finne nye løsninger og skape bedre resultater ved å bygge videre på det vi allerede gjør, men med et nytt perspektiv.

Tradisjonelt har vi sett på og forklart sikkerhet med et fokus på mennesker og deres atferd: en feil er et resultat av mangel på etterlevelse eller manglende kvalitet i arbeidet. Problemet med dette er at det setter noen begrensninger for hvilken læring vi får ut og hvilke forbedringer som gjøres i etterkant. Siden fokus og tiltak er på personnivå, risikerer vi at de samme feilene skjer om igjen når andre mennesker skal gjøre den samme oppgaven under tilsvarende arbeidsforhold.

Vi må skape varig endring og forbedre sikkerheten ved å forbedre arbeidet – ikke rette oppmerksomheten mot den som utfører det («fiks arbeidet, ikke arbeideren»). De som utfører arbeidet er eksperter på jobben sin. De er ressurser som kan hjelpe oss å forstå utfordringer og finne gode løsninger på problemene.

HOP bruker en systemtilnærming til sikkerhet, der vi ser på hvilke forhold som påvirker menneskers valg og handlinger, og hva vi kan lære av dette for å skape forbedring. På denne måten kan vi sette inn tiltak som gjør arbeidet tryggere for alle som skal gjøre den samme oppgaven i fremtiden.



Ingen revolusjon – heller en evolusjon. For modne organisasjoner med etablert sikkerhetskultur fungerer HOP som en effektforsterker: Den revitaliserer og forsterker prinsipper med nytt språk og perspektiv som gjør oss enda bedre.

OLAV AUNE, DIREKTØR HMS I AF-GRUPPEN

HVA ER ANNERLEDES MED HOP?

I bygg- og anleggsprosjekter har det tradisjonelt vært mye oppmerksomhet rettet mot enkeltpersoners atferd; om de følger prosedyrer, bruker utstyr og verneutstyr riktig, og om de tar riktige valg. Med HOP retter vi større oppmerksomhet mot situasjonen arbeidet faktisk skjer i. Arbeidet kan påvirkes av tidspress, språkutfordringer, koordinering mellom fag, tilgjengelig plass, utstyr, rigg, grensesnitt og hvorvidt man har oppdaterte tegninger. Dette er eksempler på rammebetingelser og forutsetninger som i stor grad påvirker hvordan jobben blir utført.

De som skal utføre en jobb må ha forutsetninger for å gjøre jobben på en god måte. Samtidig må vi også forutsette at jobben kan gjøres bedre. Det er alltid rom for læring og forbedring. Det er i tillegg viktig at det som gjøres har en verdi, og at verdien er tydelig for den som skal gjøre det. Det handler ikke bare om å følge et krav, men om hva man forsøker å oppnå ved å jobbe slik det er beskrevet i kravet.



FOTO NRC Group



Vi knytter de fem HOP-prinsippene til verktøyene vi allerede bruker. Det er en langsiktig prosess, men prinsippene gir oss et nytt blikk på arbeidet vårt. De treffer mye av styringshjulet, hjelper oss å se helheten og gir et bedre grunnlag for læring og forbedring i hverdagen.

TROND ARNE SØRLI, HMS-SJEF I Ø.M. FJELD



HOP-PRINSIPPENE

HOP-tilnærmingen bygger på fem prinsipper. De hjelper oss å forstå hvordan jobben gjøres i praksis, hvordan feil oppstår og hvordan vi kan lære og forbedre oss.

1. Det er vanlig å gjøre feil
2. Skyld løser ingenting
3. Læring er avgjørende for forbedring
4. Omstendigheter former atferd
5. Hvordan vi responderer betyr mye

KILDE Conklin, T (2019). The 5 Principles of Human Performance – A Contemporary Update of the Building Blocks of Human Performance for the New View of Safety, PreAccident Media.



Disse prinsippene forteller oss ikke hvordan vi skal jobbe sikkert, det er det kravene i styringssystemet vårt som gjør – det er de som definerer det vi mener er god praksis. Det disse prinsippene gjør er å fortelle oss hvordan vi kan lære for å bli bedre.

KRISTIAN GOULD, SPESIALIST MENNESKELIGE FAKTORER OG ORGANISATORISK SIKKERHET I EQUINOR ASA



PRINSIPP 1: DET ER VANLIG Å GJØRE FEIL

Hvordan tilnærmer vi oss menneskelige feil i vår virksomhet?

Det er vanlig å gjøre feil. Vi gjør alle feil. Selv den dyktigste leder og den mest erfarne ansatte tar av og til dårlige beslutninger. Sett i ettertid kan det virke åpenbart at vurderingene som ble gjort var feil, men vi gjør ikke feil med vilje. Variasjon, usikkerheter og uforutsette ting gjør at valg som virker riktige i situasjonen ikke alltid gir det resultatet vi har sett for oss. Når andre gjør feil, vil det første instinktet vårt ofte være å knytte det til individuelle egenskaper, f.eks. manglende kompetanse eller dårlige holdninger. I de fleste tilfeller har forholdene og omstendighetene i situasjonen langt mer å si. Feil og mangel på etterlevelse er normalt ikke årsaken til hendelser, men symptomer på underliggende problemer.

En tømrer arbeider i et område der deler av rekkverket mangler. Når vi ser situasjonen isolert, er det lett å tolke dette som uoppmerksomhet fra tømreren. Ved nærmere gjennomgang viser det seg imidlertid at rekkverket tidligere samme dag ble endret av et annet arbeidslag i forbindelse med inntransport av materialer.

I en arbeidshverdag med mange parallelle aktiviteter er det ikke realistisk å forvente at enkeltpersoner skal oppdage slike endringer. Situasjonen handler derfor ikke om tømreren, men om endringer som ikke fanges opp og håndteres gjennom samordning, rutiner, planer eller midlertidige sikringstiltak.

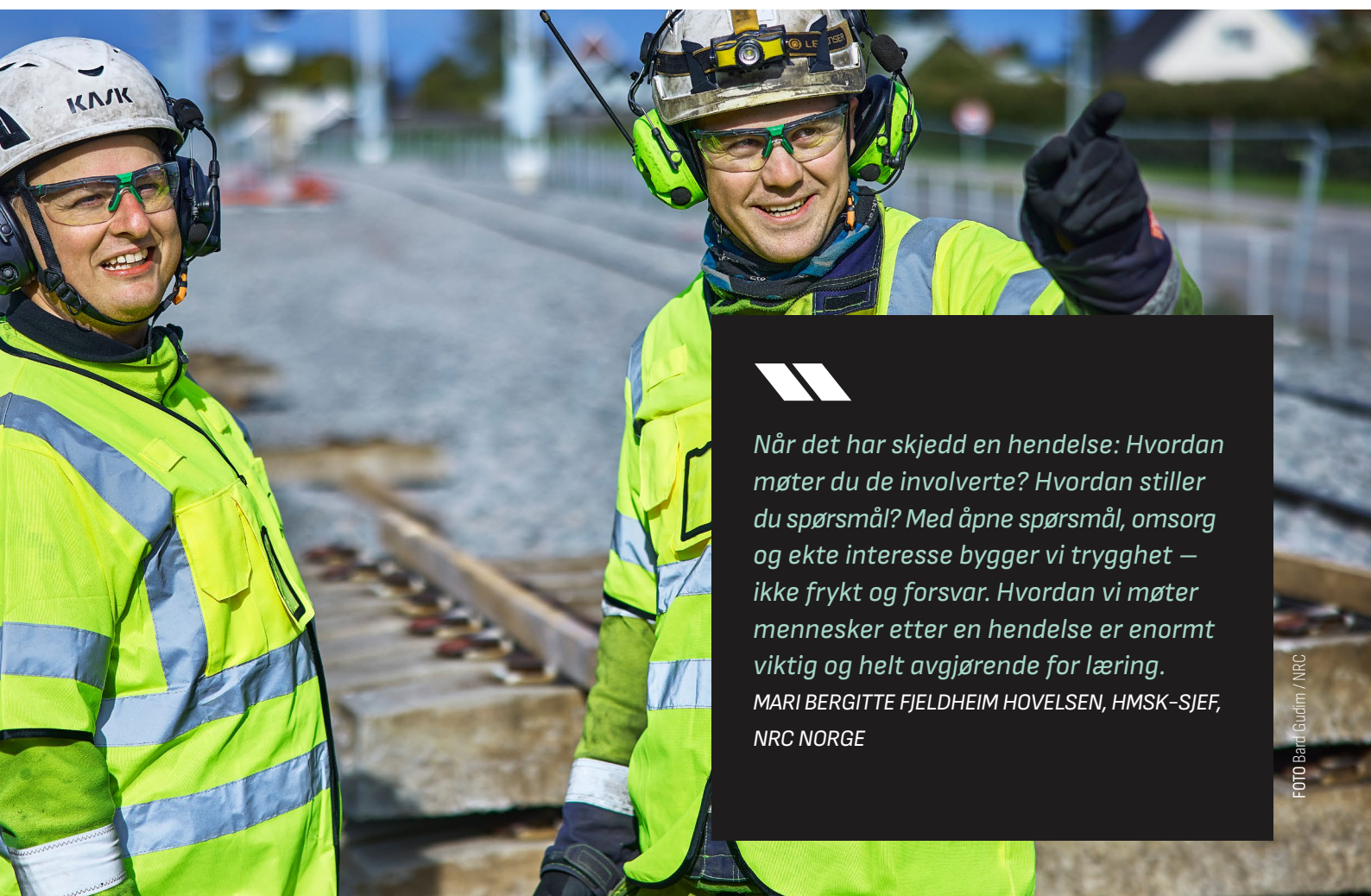
PRINSIPP 2: SKYLD LØSER INGENTING

Hvordan behandler vi individer når det skjer feil i våre prosjekter?

Å holde folk ansvarlige er i noen tilfeller nødvendig, for eksempel i situasjoner som krever rettslig behandling, eller ved bevisste brudd på sikkerhetsregler eller grov uaktsomhet. Samtidig er det lite hensiktsmessig som respons på menneskelige feil, særlig når målet er læring og forbedring. Skyld fører til mindre trygghet og tillit, og kan gjøre at folk lar være å fortelle om ting av frykt for negative reaksjoner eller konsekvenser. Da mister vi innsikt i forhold som faktisk trenger forbedring, enten det gjelder usikre arbeidsforhold eller uheldig praksis. Forhold vi ikke kjenner til kan vi heller ikke gjøre noe med. Derfor er det avgjørende at slike forhold blir meldt og gjort synlige, slik at vi kan lære av dem og gjøre arbeidet tryggere.

Det er viktig å merke seg at skyld ikke er det samme som straff. Skyld er ofte subjektivt, og handler i stor grad om fortellingen om hva som har gått galt. Denne fortellingen vil ofte dreie seg om hvem som var involvert, hva som var mangelfullt, og hva de heller burde ha gjort. Språket vi bruker sier mye om hvor vi plasserer skyld. Når vi snakker om «manglende risikoforståelse», «mangelfull lederoppfølging», eller «mangelfull presisjon» etter hendelser, kommuniserer vi at det er enkeltpersoner som har skylden.

Dersom en leveranse blir satt av i feil sone, er det lett å anta at sjåføren ikke har forholdt seg til korrekt leveranseinformasjon. En slik antakelse gjør at fokuset raskt rettes mot individet og plassering av skyld, fremfor en åpen og undersøkende tilnærming til hvorfor leveransen faktisk ble satt av der den ble. Ved nærmere gjennomgang viser det seg at både riggplan og skilting var utdatert som følge av endringer i området. Når informasjonen på byggeplassen ikke samsvarer med virkeligheten, blir det lett å gjøre feil – også for erfarne folk. Først når vi flytter fokus fra skyld til forholdene som påvirket situasjonen, får vi innsikt som kan brukes til å forbedre arbeidet neste gang.



Når det har skjedd en hendelse: Hvordan møter du de involverte? Hvordan stiller du spørsmål? Med åpne spørsmål, omsorg og ekte interesse bygger vi trygghet – ikke frykt og forsvar. Hvordan vi møter mennesker etter en hendelse er enormt viktig og helt avgjørende for læring.

MARI BERGITTE FJELDHEIM HOVELSEN, HMSK-SJEF,
NRC NORGE



PRINSIPP 3: LÆRING ER AVGJØRENDE FOR FORBEDRING

På hvilken måte legger vi til rette for læring i våre prosjekter?

Hva skjer når vi flytter fokuset fra hvem til hva og hvordan? Læring er avgjørende for vår evne til å bli bedre. Fremfor å fokusere på individet og hva som ble gjort feil, er det et stort potensial i å forstå de omstendighetene som påvirker hvordan arbeidet gjennomføres, og som skaper variasjon. For å lære må vi forstå hvordan krav, planer og prosedyrer omsettes til handling der jobben gjøres. Hva gjør arbeidet krevende? Hva øker risikoen for feil? Og hvordan kan dette håndteres bedre? Slik læring må vi ikke bare hente fra hendelser, men også fra det daglige arbeidet som vanligvis går bra – det vi kaller vanlig arbeid.

Dersom et arbeidslag ikke kommer i gang med arbeidet fordi en leveranse kommer i feil rekkefølge, kan det først se ut som en bestillingsfeil. En nærmere gjennomgang viser imidlertid at informasjon mellom leverandør, riggplan og fremdrift ikke var samstemt. Dette viser at læring handler om å forstå både hvordan arbeidet faktisk utføres, og hvilke omstendigheter som påvirker utførelsen.



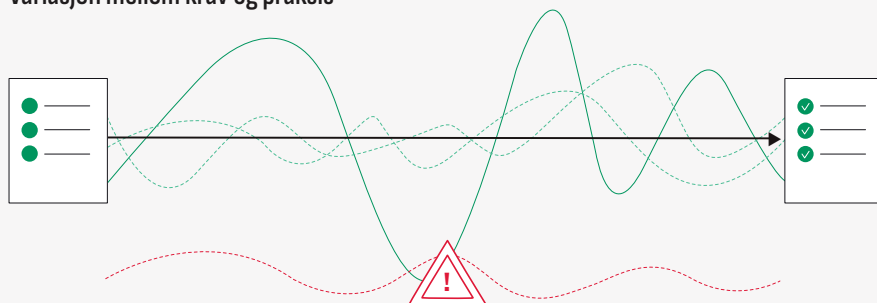
PRINSIPP 4: OMSTENDIGHETER FORMER ATFERD

På hvilken måte tar vi høyde for omstendighetene folk jobber under når vi skal forstå hvordan oppgaver blir løst i våre prosjekter?

Uansett hvor godt vi planlegger og forbereder en jobb, vil det alltid oppstå større eller mindre avvik fra det vi så for oss; kart og terreng stemmer aldri helt. I våre prosjekter møter de som skal gjøre jobben et arbeidsmiljø som endrer seg fra dag til dag. Vær og grunnforhold, endringer i rigg og logistikk, samtidige aktiviteter og planer som ikke alltid er oppdatert, påvirker hvordan arbeidet faktisk gjennomføres. Slike omstendigheter kan skape det vi kaller feilfeller; situasjoner der det blir vanskelig å utføre jobben slik den er planlagt og står beskrevet. Vi gjør justeringer for å løse oppgaven på den måten vi mener er best. Variasjon i hvordan vi løser jobben er naturlig. Noen ganger fører det til noe positivt fordi vi løser jobben på en bedre og sikrere måte enn beskrevet i krav og prosedyrer. Andre ganger gjør vi tilpasninger som leder til større avvik og en mindre sikker utførelse. Når forskjellen mellom krav og praksis blir for stor, øker risikoen for at det skal skje en feil eller hendelse.

Noen ganger gjør forholdene på arbeidss stedet det vanskelig å følge prosedyren slik den er beskrevet. Det kan være trangt å komme til, eller at riktig utstyr ikke er tilgjengelig. Da justerer folk måten jobben løses på. Dette viser hvordan omstendighetene former atferd i praksis.

Variasjon mellom krav og praksis



Forhold som gjør jobben vanskelig og som øker sannsynligheten for å gjøre feil kaller vi feilfeller. Vi må forstå hvordan arbeidet faktisk foregår, hvilke feilfeller som er til stede og skaper variasjon, og hvordan vi kan redusere forskjellen som oppstår mellom krav og praksis.



PRINSIPP 5: HVORDAN VI RESPONDERER BETYR MYE

Hvordan tar vi imot og responderer på dårlige nyheter hos oss?

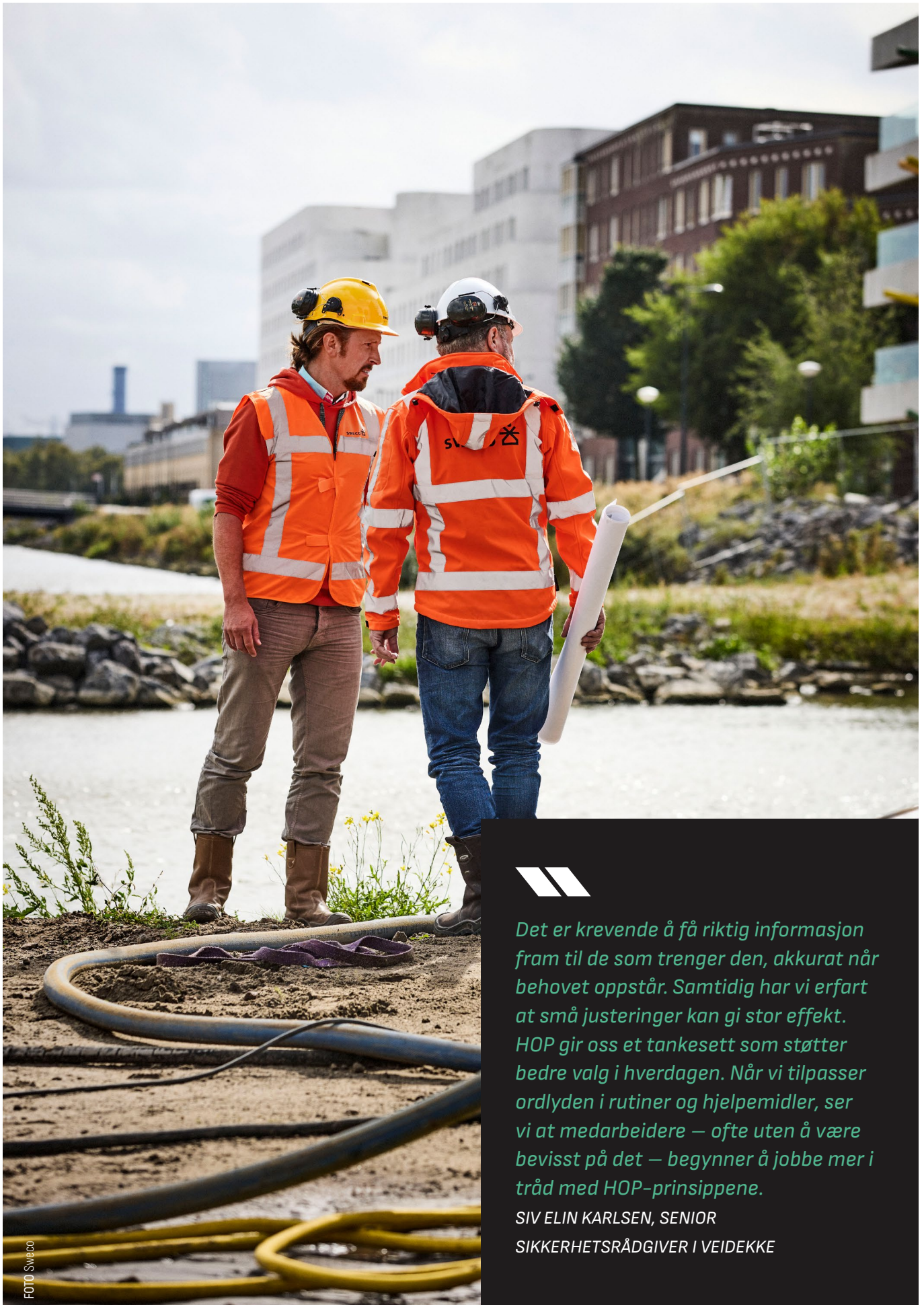
Hvordan vi responderer på dårlige nyheter, om det er ledere, kollegaer eller andre i organisasjonen, er avgjørende for tillit. Tillit tar lang tid å bygge opp og kort tid å bryte ned. Det handler både om hva vi sier og om hva vi gjør. Når noen har gjort en feil, er det stor forskjell på å bli møtt med «Nei, hvorfor gjorde du det?!» og å bli møtt med «Hva kan jeg gjøre for å hjelpe?».

For å få innsikt i forhold som krever forbedring må vi bygge tillit. Det innebærer å respondere konstruktivt på avvik og uønskede situasjoner og å fokusere på læring fremfor skyld. Å respondere konstruktivt er å vise omtanke, empati og nysgjerrighet. Vi må stille åpne spørsmål som gjør folk trygge på å gi ærlige beskrivelser av sine erfaringer og opplevelser. Å bli møtt med omtanke og et ønske om å forstå hva som har ført til en feil fremmer motivasjonen og viljen til å dele.

HVIS VI AKSEPTERER GAP MELLOM PROSEDYRE OG PRAKSIS, BETYR DET AT DET ER GREIT Å IKKE FØLGE KRAV OG PROSEDYRER?

Det vil alltid være en ulikhet mellom hvordan vi tenker at arbeid utføres (krav, prosedyrer, instruksjoner) og hvordan det gjennomføres i praksis. Dette betyr ikke at det er greit å la være å følge regler, krav og prosedyrer. Vi må spørre «Hva er det som gjør jobben vanskelig?», og forsøke å avdekke om det faktisk er mulig for de som gjør jobben å følge regler, krav og prosedyrer. Vi ønsker et skifte fra «Følg reglene, hvis ikke blir du straffet» til «Følg reglene, og hvis det ikke er mulig, så si i fra».





Det er krevende å få riktig informasjon fram til de som trenger den, akkurat når behovet oppstår. Samtidig har vi erfart at små justeringer kan gi stor effekt. HOP gir oss et tankesett som støtter bedre valg i hverdagen. Når vi tilpasser ordlyden i rutiner og hjelpemidler, ser vi at medarbeidere – ofte uten å være bevisst på det – begynner å jobbe mer i tråd med HOP-prinsippene.

SIV ELIN KARLSEN, SENIOR
SIKKERHETSRÅDGIVER I VEIDEKKE



3 RISIKOVURDERING

I bygg- og anleggsprosjekter har vi ansvar for å gjennomføre risiko-vurderinger i alle faser: fra tidlig planlegging, prosjektering og anskaffelser, via utførelse og ferdigstillelse, og videre i drift og forvaltning etter overlevering av bygg eller anlegg.

Risikovurdering er derfor ikke bare noe som skjer ute i felt, og det er heller ikke kun de som utfører jobben som skal identifisere og håndtere risiko. Det er et felles ansvar mellom byggherre, prosjekterende og entreprenører, og kvaliteten på risiko-vurderingene påvirkes av beslutninger som tas tidlig i prosjektet og på flere nivåer.

Byggherren vurderer risiko på et overordnet nivå ved å sikre gode rammebetingelser for prosjektet, slik som realistisk fremdrift, avklarte grensesnitt, tilstrekkelig tid og nødvendig kompetanse og kapasitet hos prosjekterende og utførende. Byggherren skal i tillegg identifisere, synliggjøre og videreføre risikoforhold i prosjektering og utførelse.

Prosjekterende vurderer risiko gjennom valg av løsninger og utførelsesmetoder, og skal sikre praktisk gjennomførbarhet, stabilitet, adkomst, hensiktsmessige montasjemetoder og grensesnitt mellom fag. De skal beskrive og overføre risiko som ikke lar seg redusere eller fjerne gjennom prosjektering.

Entreprenører gjennomfører risiko-vurderinger i planlegging av aktiviteter, i koordinering av samtidige arbeider, og i den praktiske utførelsen ute i felt. Dette inkluderer planlagte vurderinger som sikker jobbanalyse (SJA), daglige vurderinger og løpende beslutninger basert på faktiske og varierende arbeidsforhold.

I bygg- og anleggsprosjekter er risiko dynamisk, og endrer seg etter hvert som arbeid og fremdrift utvikler seg.



Risikovurderinger kan fort bli en pliktøvelse, som bare må gjøres før prosjektet kan gå i gang. De tradisjonelle ledeordene begrenser fantasien og dialogen, og vi ender opp med en sjekkliste over verneutstyr og kompetansekrav. Men ved å stille andre typer spørsmål som åpner for mer dialog og refleksjon, ser vi at den kreative bekymringen blir større. Det blir gode samtaler, og vi får bedre innsikt i forhold som kan påvirke sikkerheten.

ELISE MIDTHUN, HMS-SJEF I SINTEF

Det kan være krevende å besvare spørsmålene som brukes i risiko-vurderinger, spesielt i komplekse situasjoner med mange aktører og høy grad av samtidighet. Derfor må risikovurdering være mer enn en sjekklisterøvelse. Det krever refleksjon rundt hvordan oppgaven faktisk skal løses, praktiske forhold, hva som kan gjøre jobben vanskelig, og hvor det er lett å gjøre feil.

Håndtering av risiko handler om å redusere usikkerhet knyttet til å nå målene for det som skal utføres, inkludert en sikker gjennomføring (Provan, D., 2022. A Field Guide to Safety Professional Practice. Safety Futures.).

FOR Å OPPNÅ DETTE ER DET AVGJØRENDE HVILKE SPØRSMÅL VI STILLER.

Hvilke spørsmål gir best innsikt i hva som kan gjøre arbeidet krevende, hvilke forhold som øker risikoen for feil, og hvilke situasjoner som skaper usikkerhet?

Når vi er nysgjerrige og stiller åpne spørsmål, gir vi rom for at erfaringer, bekymringer og tilpasninger i arbeidet faktisk kommer frem. Det skaper trygghet og gir et bedre grunnlag for å forstå risiko i praksis.



Bygg- og anleggsplasser er i konstant endring; folk, fag, vær, språk og arbeidsmetoder skifter hele tiden. Risikoen står derfor aldri stille, og dette gjør planlegging, koordinering og oppfølging krevende. Ved å bruke HOP-tankegangen i risikovurderingene og spørre: Hva skal til for å gjøre jobben riktig? – ser vi at resultatet blir at vi samtidig ivaretar sikkerhet, helse og kvalitet, og ikke minst fremdrift og kostnader.

MORTEN HJERPBAKK, FAGANSVARLIG SHA OG BEREDSKAP, FORNEBUBANEN

TRADISJONELLE SPØRSMÅL I EN OPERATIV RISIKOVURDERING:

- Hva går jobben ut på?
- Hvem er ansvarlig?
- Hvilke risikoer er knyttet til jobben?
- Hvilke tiltak er satt for å redusere risiko?
- Har personell tilstrekkelig opplæring, kompetanse og erfaring?
- Har vi nødvendig verktøy og verneutstyr?

HOP-BASERTE SPØRSMÅL I EN RISIKOVURDERING

- Hva kan gjøre denne jobben vanskelig?
- Hva kan gå galt?
- Hvor kan det være enkelt å gjøre feil?
- Hvilke krav eller prosedyrer er relevante? Er det noe som er uklart?
- Finnes det omstendigheter eller forhold som kan gjøre kravene eller prosedyrene vanskelige å følge?
- Er det noen endringer som må tas i betraktning?
- Hva trenger du for å sikre at denne jobben går bra?



FOTO Tor Kleiven / Skanska

FORSKJELLEN MELLOM FARER OG FEILFELLER

For å kunne gjøre gode risikovurderinger er det viktig å kjenne til forskjellen mellom farer og feilfeller. Dette gjelder hele verdikjeden i bygg- og anleggsprosjekter – fra byggherre og prosjekterende, via entreprenører, til de som utfører arbeidet.

FARER

er forhold i arbeidssituasjonen som kan føre til skade eller tap for mennesker, miljø eller materielle verdier dersom de ikke håndteres. I bygg- og anleggsprosjekter oppstår slike farer ofte i forbindelse med fysisk arbeid, bruk av maskiner og kjøretøy, eller når arbeid, omgivelser og samhandling endrer seg underveis i prosjektet.

Samarbeid for sikkerhet i bygg og anlegg (SfS BA) har identifisert seks prioriterte og typiske farer som det er særlig viktig å være oppmerksom på i bygg- og anleggsprosjekter:

- Konflikt menneske – maskin
- Fall fra høyde
- Fallende gjenstander
- Kontakt med elektrisk spenning
- Konstruksjonssvikt
- Eksplosjon

FEILFELLER

er forhold som gjør det vanskeligere å jobbe sikkert og som øker sannsynligheten for feil. Ved å identifisere og forstå feilfeller kan vi jobbe sikrere og forhindre hendelser. Typiske feilfeller kan blant annet være:

- Endringer som ikke er godt nok kommunisert
- Flere aktiviteter som pågår samtidig
- Uklare roller og ansvar mellom fag
- Utstyr som mangler eller ikke er tilgjengelig
- Tidspress som påvirker utførelsen av jobben
- Vær og føreforhold som endrer arbeidsforholdene



KATEGORIER AV FEILFELLER

Vi kan dele inn feilfellene i fire ulike kategorier: organisatoriske feilfeller, oppgavemessige feilfeller, tekniske feilfeller, og individuelle feilfeller. Vi har en tendens til å fokusere på individnivået, men for å legge til rette for sikker jobbutførelse må vi også forstå systemet rundt menneskene.

EKSEMPEL på feilfeller



ORGANISATORISKE FEILFELLER

- Uklare roller og ansvar
- Oppgavekonflikter
- Problemer med kommunikasjon/samarbeid
- Bemanning og ressursstyring
- Organisering av arbeid (f.eks. arbeidsmengde og planlegging)



OPPGAVEMESSIGE FEILFELLER

- Ukjente oppgaver
- Uforutsigbare oppgaver
- Komplekse oppgaver
- Dårlig tid
- Trivielle eller repetitive oppgaver



TEKNISKE FEILFELLER

- Feil på utstyr eller systemer
- Mangler i dokumentasjon (f.eks. ufullstendig, feil, utdatert)
- Uklare instruksjoner, merking eller signaler
- Uegnet verktøy
- Dårlig tilkomst
- Støy, lysforhold, temperatur, luftkvalitet



INDIVIDUELLE FEILFELLER

- Formell opplæring
- Erfaringsnivå
- Hvile
- Helseutfordringer
- Stress
- Lese- og skrivevansker
- Språkbarrierer

HVORDAN KAN VI IDENTIFISERE FEILFELLER?

For å forstå og identifisere feilfeller, må vi snakke om jobben, stille hverandre åpne spørsmål og observere arbeidet i felt.

SITUASJONER SOM ØKER SANNSYNLIGHETEN FOR Å GJØRE FEIL

Det kan oppstå situasjoner i tilknytning til arbeid som øker sannsynligheten for feil og feilhandlinger. Her er eksempler på områder det kan være fornuftig å være spesielt oppmerksom på i risiko-vurderinger:

- Oppgaver der det er lett å gjøre feil
- Når arbeidet er vanskelig å gjennomføre eller tar vesentlig mer tid enn planlagt
- Uvanlige, sjeldne, ukjente eller nye situasjoner
- Kjedelige, trivielle eller gjentakende handlinger
- Systemer og utstyr som er lite brukervennlige
- Oppgaver der det ikke er tilstrekkelig med tid tilgjengelig
- Oppgaver som er komplekse eller vanskelig å forstå
- Uklare skilt, signaler eller instruksjoner
- Vanskelig fysisk arbeidsmiljø (støy, varme, trange forhold, belysning, ventilasjon, tilgang)
- Situasjoner med potensiale for avbrytelser eller distraksjoner
- Situasjoner som innebærer multitasking
- Når riktig verktøy ikke er tilgjengelig eller ikke kan brukes
- Når arbeidet er avhengig av god kommunikasjon med kolleger, ledelse og/eller leverandører

KILDE Energy Institute: Task improvement process.

EKSEMPLER PÅ SPØRSMÅL VI KAN STILLE:

- Hvilke erfaringer har vi fra denne type jobb fra før?
- Hva er vanlige type utfordringer i denne type jobb?
- Er kravene til jobben enkle å etterleve? (Hvis nei, hvorfor ikke?)
- Er det noe ved jobben som er nytt, ukjent eller uforutsigbart?
- Er det en spesiell del av jobben der det kan være lett å gjøre feil?

KILDE Always safe.no; Q2 2022/2023. Identifisere og forstå feilfeller.



Dette eksemplet tar utgangspunkt i en sikker jobbanalyse (SJA), med særlig fokus på dem som skal utføre arbeidet. De fleste SJA-maler beskriver hva som skal gjøres, hvilke farer og risikoer man bør være oppmerksom på, og hvilke tiltak som kan redusere risiko. Feilfeller er derimot sjelden en del av SJA, selv om de ofte har stor betydning for hvordan jobben faktisk blir utført. Å ta dette med gir derfor et klart bedre grunnlag for sikker gjennomføring.

Feilfeller kan med fordel også inngå som en naturlig del av risiko-vurderinger generelt, ikke bare i SJA slik det er vist i eksempelet.



FOTO Skanska

Deloppgaver**Potensielle farer****Potensielle feilfeller****Tiltak****Eks. farer**

Arbeid i høyden
Fallende gjenstander
Løft og hengende last
Grøfter og rasfare
Blindsoner
Klemfare
Støy

**Eks. feilfeller**

Tidspress
Samtidige aktiviteter
Bemannig
Tilkomst
Riktig verktøy ikke
tilgjengelig
Dårlig adkomst

Eksempler på spørsmål som kan stilles i strategiske og operasjonelle samtaler for å identifisere risiko.

STRATEGISKE SAMTALER – BESLUTNINGER SOM PÅVIRKER ARBEIDET

Tar de strategiske beslutningene dine hensyn til:

1. Forskjeller
Hvordan kan beslutningene vi tar påvirke sikkerheten i hele verdikjeden?
2. Vanskelighet
Hvordan vil endringene vi gjør i dag gjøre det vanskeligere for folk å utføre arbeidet sitt på en trygg måte?
3. Fare
Hvilke nye eller økte sikkerhetsrisikoer vil denne beslutningen eller planen skape?
4. Gir det mening
I hvilken grad gir denne beslutningen eller planen mening med tanke på andres evne til å jobbe sikkert?

OPERASJONELLE SAMTALER – DET SOM SKJER UTE I ARBEIDET

Tar de operative samtalene dine hensyn til:

1. Forskjeller
Hva har endret seg i arbeidet som kan øke risikoen?
2. Vanskelighet
Hvilke uvanlige eller krevende oppgaver eller prosesser inngår i arbeidet ditt?
3. Fare
Hva er de risikofulle oppgavene, prosessene, situasjonene eller farene i dette arbeidet?
4. Gir det mening
Hvilke situasjoner, oppgaver eller prosesser jobber du med som du ikke forstår eller ikke gir mening med tanke på sikker utførelse?

KILDE ABB – 4D spørsmål: Differences, Difficulty, Danger, Does it make sense.



4 UNDERSØKELSER OG LÆRING FRA HENDELSER

Når en hendelse oppstår, har vi et ansvar for å lære av den for å hindre at det skjer igjen. Hvor godt vi lykkes med dette styres av hvordan vi gjennomfører lærings- og undersøkelsesprosesser. Etter en hendelse kan det være lett å legge skylden på enkeltpersonene som har vært involvert og fokusere på de mest åpenbare eller direkte årsaksforholdene. Eksempler på dette er når vi bruker forklaringer som mangel på etterlevelse, manglende risikoforståelse, uforsiktig eller uoppmerksom. Problemet er at læringen ofte stopper her og tiltakene som foreslås er gjerne på individnivå. Det hindrer oss i å lære om viktige bakenforliggende årsaker. Vi er vant med å fokusere på den enkelte som gjør jobben og ikke like mye på omstendighetene rundt som har påvirket arbeidet. Eksempelvis mange samtidige aktiviteter på liten flate, arbeid tett på andre fag med hyppige avbrudd, utydelige grensesnitt, eller andre forhold som skifter daglig.

Ingen ønsker å skade seg selv eller andre med vilje. Menneskelige feil eller mangel på etterlevelse er som regel tegn på underliggende problemer og feilfeller som påvirker måten arbeidet gjennomføres på.



Kunne jeg gjort det samme under lignende forhold?

(I mange tilfeller er svaret på det spørsmålet ja.)

Måten vi undersøker en hendelse på har mye å si for den læringen vi får. Forstår vi godt nok hva som påvirket valgene og handlingene som ledet til en hendelse? Hvis vi ikke avdekker og håndterer disse forholdene, risikerer vi at en annen person gjør samme feil senere.

TILNÆRMING TIL MENNESKELIG FEIL

Vår holdning til de som utfører arbeidet påvirker hva vi legger merke til, og hvordan vi tolker hendelser. Hvordan ser dere på menneskelige feil og manglende etterlevelse i din virksomhet?

Menneskelig feil og manglende etterlevelse er årsaken til hendelser



Fokus på personer og deres valg og handlinger

Menneskelig feil og manglende etterlevelse er tegn på underliggende problemer



Fokus på hva som påvirker valg og handlinger

For å lære mer fra hendelser, er det viktig å huske følgende:

1. De involverte er viktige kilder for å forstå hva som skjedde og hvilke forhold som påvirket de valgene som ble tatt.
2. Mange jobber involverer flere personer og miljøer på forskjellige nivåer, noe som betyr at hendelser ofte har komplekse årsaksforhold og sjelden én enkelt rotårsak.
3. Vi må sørge for at de involverte som deler sine erfaringer føler seg trygge nok til å dele åpent. Fokuset må ligge på læring, ikke på skyld.

FOKUS PÅ LÆRING FREMFOR SKYLD

Når vi fokuserer på enkeltpersoners valg og handlinger, og på å tildele skyld, svekker vi tilliten mellom ansatte og ledere. Dette kan føre til at folk blir redde for å melde fra om feil og mangler, og vi kan miste verdifull innsikt i hva som gjør arbeidet vanskelig og som kan øke risiko for feil og hendelser.



Når noe går galt, er vi ikke først og fremst ute etter hvem som har gjort feil, men hvorfor det var mulig å gjøre feil. Læring skjer når vi forstår systemet, ikke når vi leter etter syndebukker.

IRENE LYSEBO SVEVA, HMSK DIREKTØR I HÆHRE

Vi må skape et trygt miljø hvor de involverte føler seg komfortable med å dele sine tanker og erfaringer. På den måten kan vi få innsikt i hva som gikk galt, hvordan det skjedde og hva vi kan gjøre for å unngå lignende situasjoner i fremtiden.

Har vår virksomhet en kultur som legger skylden på enkeltpersoner, eller en kultur som legger vekt på læring og forbedring?

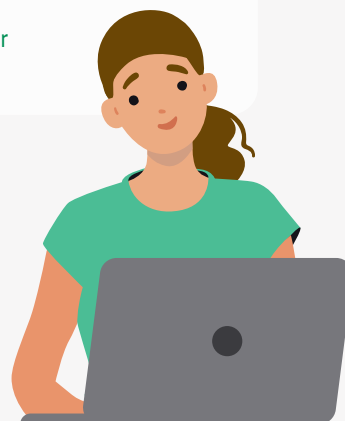
Fra skyld

Fokus på enkeltpersoners valg og handlinger
Svekket tillit: folk sier ikke fra
Ledere får ikke vite
Feilfeller blir ikke håndtert
Feil og hendelser skjer



Til læring

Fokus på hva som påvirker valg og handlinger
Økt tillit: flere sier fra
Ledere kjenner til hva som må endres
Feilfeller blir håndtert
Færre feil og hendelser



SPØRSMÅL SOM GIR INNSIKT

Spørsmålene vi stiller påvirker hvilken innsikt vi får. God innsikt er viktig for å lære om årsaksforhold og forhindre lignende hendelser i fremtiden. Hvilket spørsmål tenker du gir best innsikt:

1. **Hvorfor gjorde du det?**
2. **Kan du beskrive hva som skjedde?**

Når vi stiller «Hvorfor»-spørsmål etter en hendelse kan det oppleves anklagende og gjøre at mottakeren føler et behov for å forklare og beskytte seg selv. Da svarer man ofte ikke helt ærlig, men prøver kanskje å svare det man tror er riktig eller akseptabelt å si, og som kan redusere sannsynligheten for mulige negative konsekvenser for seg selv eller andre rundt seg.

For å få en bedre forståelse av situasjonen er det viktig å stille åpne spørsmål om hvilke omstendigheter som har påvirket valg og handlinger underveis, og som oppfordrer til ærlige beskrivelser av egne erfaringer og opplevelser i situasjonen. Dette skaper trygghet og tillit, og bidrar til at man deler mer informasjon. Nedenfor er en liste med spørsmål som kan være nyttige å stille for å få innsikt om både individuelle forhold og systemforhold.

HVORDAN KAN VI FORSTÅ HVA SOM LIGGER BAK BESLUTNINGER OG HANDLINGER?

INDIVIDUELLE FORHOLD

Rasjonalitet

- Hva var målet?
- Hva var viktigst?
- Hva var oppfatningen av situasjonen?
- Hvordan så man for seg at beslutningene/handlingene ville gi ønsket resultat?

Kunnskap og antagelser

- Hva visste man om situasjonen?
- Hva hadde man erfart tidligere?
- Hva var normal praksis?

SYSTEMFORHOLD

Ressurser

- Hvilket utstyr var tilgjengelig?
- Hvilken informasjon var tilgjengelig?
- Hvor mye tid var tilgjengelig?
- Hvor mye personell og kompetanse var tilgjengelig?

Motivasjon

- Hva var fordelene med å gjøre oppgaven på denne måten?
- Hva var alternative måter å gjøre oppgaven på?
- Hva ville skjedd hvis oppgaven ble gjort slik?
- Hvilke økonomiske (eller andre) incentiver hadde betydning?

Struktur

- Hva var planlagt?
- Hva var relevante krav?
- Hvor godt passet kravene til situasjonen?
- Hva var normal variasjon i måten kravene ble omsatt til praksis?
- Hva var typiske årsaker til denne variasjonen?

Forventninger

- Hva var forventningene fra ledelsen?
- Hvordan var forventningene kommunisert?
- Hva oppstod av eventuelle uventede forhold?

GOD PRAKSIS FOR UNDERSØKELSER SOM FREMMER LÆRING

- **Vi unngår å dømme andre.** Vi forstår at alle prøver og ønsker å gjøre sitt beste og å komme trygt hjem.
- **Vi setter oss selv inn i situasjonen.** Kunne jeg eller noen andre i den samme situasjonen tatt samme beslutning?
- **Vi forstår «hvorfor».** Vi undersøker hvordan hendelsen skjedde og hva som påvirket ulike valg og handlinger.
- **Vi unngår etterpåklokskap.** Med hele bildet og det endelige utfallet (hendelsen) er det lett å se tilbake og påpeke feil. Informasjon som blir klar og tydelig i etterkant, var sannsynligvis ikke tilgjengelig der og da.
- **Vi ser etter normalisering av atferd.** Vi undersøker om hendelsen har skjedd før og om dette er en atferd som har blitt normalisert i gruppen eller på arbeidsplassen.
- **Vi identifiserer feilfeller.** Vi undersøker og identifiserer hvilke forhold som bidro til å gjøre jobben vanskelig og økte sannsynligheten for å gjøre feil.
- **Vi inkluderer de skadde/involverte.** I stedet for å bare forholde oss til utsagn og beskrivelser fra de involverte etter hendelsen, involverer vi dem aktivt i utredningen av hendelsen. Vi spør hva de tenkte underveis, hvilket mulighetsrom de hadde og hvilke forbedringsmuligheter de ser.
- **Vi sikrer at årsaker på systemnivå identifiseres.** Vi stiller aktivt spørsmål om hvordan systemene rundt jobben satt de involverte opp for feil, til de underliggende årsakene blir avdekket. Vi stopper ikke ved svar som f.eks. menneskelige feil, manglende etterlevelse, eller manglende risikoforståelse.
- **Vi identifiserer korrektive tiltak.** Vi identifiserer tiltak på så høyt nivå som mulig i tiltakshierarkiet, og beskriver konkret hvilke handlinger som må til for å sikre iverksettelse og implementering.

KILDE Kormaz, S. & Donnelly, J. (2018, 22.–25.04). Don't investigate – Learn. Ask How! 2018 Spring Meeting and 14th Global Congress on Prices Safety, Orlando, Florida.



HVORDAN SIKRE ET GODT GRUNNLAG FOR Å LÆRE?

Et godt læringsark eller en god rapport gir en tydelig og detaljert beskrivelse av hendelsen, slik at andre kan forstå hva som har skjedd og hvilke forhold som bidro. Beskrivelsene baserer seg på dialog med de involverte, hvor man prøver å forstå situasjonen og bakgrunnen for valgene som ble tatt. Fokuset bør være på å identifisere flere bakenforliggende årsaker og

foreslå forbedringstiltak på systemnivå, fremfor å plassere ansvar hos enkeltpersoner.

Samtidig er det ikke tilstrekkelig å bare utarbeide og dele et læringsark eller en rapport. For at læring faktisk skal skje, må innholdet tas videre og bearbeides i fellesskap. Det innebærer at de involverte, og gjerne hele arbeidslaget og relevante deler av organisasjonen, også på tvers av

roller og beslutningsnivåer, får anledning til å reflektere over det som har skjedd, stille spørsmål og dele egne erfaringer. Der det er relevant, bør slik refleksjon også omfatte samspill mellom ulike aktører, for eksempel mellom entreprenør, prosjekterende og byggherre. Læring oppstår først når ny innsikt omsettes i praksis, og når forbedringstiltak blir gjennomført, fulgt opp i det daglige arbeidet.

For å lage et godt læringsark eller en god rapport, bør du:

- Fokusere på feilfeller som bidro til hendelsen
- Gi detaljerte beskrivelser som gir leseren god forståelse av situasjonen og konteksten
- Se på forholdet mellom enkeltpersoner og lag/team
- Foreslå tiltak på systemnivå

Det bør unngås å:

- Fokusere på en enkelt rotårsak
- Årsaker som fokuserer på menneskelig feil eller mangel på etterlevelse
- Bruke dømmende språk, som uforsiktig, ufokusert, lat eller manglende risikoforståelse
- Fokusere på hva personer ikke gjorde eller burde ha gjort
- Foreslå tiltak på individnivå



FOTO Skanska Norge



Forbedring handler om historiene vi forteller



KILDE John Wilkes, 2023 – Safety II Practical Applications Conference.

HENDELSER KAN BESKRIVES PÅ ULIKE MÅTER

«Han var uoppmerksom» forteller en annen historie enn «det var en uoversiktlig situasjon». Historien vi forteller har stor betydning for hva vi lærer, og ikke minst hvordan vi forsøker å forbedre sikkerhet. Hvis vi har et tankesett som antar at folk ikke bryr seg nok om å følge regler, vil vi ofte stille spørsmål som «ble kravene våre fulgt?». Da ender historien raskt opp med å handle om hvilke feil som ble gjort, hvilke krav som ble brutt, og hva man burde gjort annerledes. Læringen vil derfor

bli at folk ikke har brydd seg nok, som igjen vil forsterke det eksisterende tankesettet.

Tiltakene rettes dermed ofte mot økt etterlevelse, for eksempel ved å forvente at folk skal være mer oppmerksomme, bry seg mer eller følge regler bedre. På engelsk omtales dette ofte som «name, blame, shame and retrain» – en tilnærming der man identifiserer enkeltpersoner, plasserer skyld, utleverer dem og forsøker å løse problemet gjennom ny opplæring.

En alternativ tilnærming er å anta at folk vanligvis ønsker å gjøre sitt beste, og at deres beslutninger og handlinger var logiske for dem i situasjonen de stod i. Da bør vi heller stille spørsmål som «hva gjorde jobben vanskelig?» og «hva var vanlig?». Fortellingen vil da være rettet mot hvordan situasjonen så ut for de involverte, og hvorfor det ga mening å gjøre som de gjorde. Læringen vil handle om forholdene som gjorde arbeidet utrygt, og hva som kan gjøres for å forbedre dette.



FOTO Fornebuporten

SPRÅK I UNDERSØKELSER OG LÆRING ETTER HENDELSER

Språket vi bruker når vi undersøker og beskriver hendelser, har stor betydning for hva vi lærer – og hvilke tiltak vi ender opp med. Ordvalg og formuleringer kan enten rette oppmerksomheten mot skyld og enkeltpersoner, eller åpne for forståelse av omstendigheter, systemer og bakenforliggende forhold.

I en HOP-tilnærming er målet å beskrive hva som faktisk skjedde, i hvilken kontekst det skjedde, og hvorfor handlinger og beslutninger ga mening der og da. Eksempelene under viser hvordan dette kan gjøres i praksis, og hvordan små språklige justeringer kan gi stor forskjell i læring og forbedring.

Den Danske Maritime Havarikommisjon (DMAIB) viser hvordan en konklusjon kan formuleres uten å peke på menneskelige feil.

«Rather than pointing to the crewmembers' abilities and will to follow procedures, the DMAIB suggests taking a critical look at the performance of the procedures as a tool for supporting work in a dynamic environment. I.e. having more attention on the quality of the procedures' ability to bridge the gap between how work is prescribed and how work can be done in a dynamic work environment.»

KILDE Danish Maritime Accident Investigation Board (DMAIB; 2023), Nord Magic – Marine accident report on occupational accident, s. 38.



LÆR AV HENDELSEN

Eksempel: Mal for læring av hendelser (LAH)

I Veidekke er malen for læring av hendelser endret slik at ledetekstene legger mer til rette for læring og mindre vekt på skyld, samt et tydeligere fokus på systemet rundt arbeidet fremfor på enkeltpersoner.

Beskrivelse*

[Beskrivelse]

Hendelsessted*

[Hendelsessted]

Hendelsens potensiale*

[Alvorlighetsgrad]

Skadeomfang/konsekvens*

[Skadeomfang]

Direkte utløsende årsaker

FØR:

Forhold og/eller handling som utløser hendelsen. Som regel noe du kan observere (ta bilde av), og satt sammen av både en handling og en teknisk svikt/feil

ETTER:

«Beskriv konkrete / observerbare faktorer/ forhold / handlinger som utløser hendelsen, uten å tilskrive skyld. Ofte er dette en kombinasjon mellom forhold/handling og en teknisk svikt/feil»

Barrierer som fungerte

FØR:

Barrierer som fungerte og bidro til at omfang/konsekvens ikke ble forverret

ETTER:

«Beskriv faktorer/forhold/handlinger (barrierer) som fungerte og bidro til å minimere / ikke forverre omfang/konsekvens»

Bakenforliggende årsaker

FØR:

Beskriv sviktende og/eller manglende barrierer med bakenforliggende årsaker knyttet til menneskelig, teknisk og organisatoriske forhold (MTO). Bruk «hvorfor-hvorfor»-metodikk

ETTER:

«Beskriv faktorer/forhold/handlinger som bidro til hendelsen (menneskelig, teknisk og organisatoriske forhold – MTO). Hvordan arbeidsforhold, systemer og beslutningsprosesser påvirket situasjonen og hvordan enkelt betingelser medførte at hendelsen inntraff. Utforsk hva som skjedde og hvorfor, uten å lete etter person-feil eller enkeltpersoners ansvar.»

Tiltak/læring

FØR:

Beskriv læring og tiltak? Tiltak skal knyttes til årsaksforholdene slik at de kan forhindre at lignende hendelser inntreffer igjen. Utløsende og alle MTO årsaker bør ha et eller felles tiltak.

ETTER:

«Foreslå tiltak som styrker arbeidsforholdene, systemer og beslutningsprosesser, slik at det blir enklere å gjøre jobben sikkert og riktig. Alle årsaksforhold bør ha tiltak som fungerer i praksis og som bidrar til læring og forbedring..»

Kontaktinformasjon

[Navn]

[e-mail]

[Tlf]

Bildetekst

Bildetekst

Distrikt*

Hendelsesdato*

EKSEMPEL: Læringsark før og etter HOP

Backe har endret tidligere læringsark til tydeligere HOP-orientert språk. Ord som «mangelfull» eller «manglende» ble erstattet med beskrivelser av arbeidsforhold, rammebetingelser og systemfaktorer. Tiltakshierarkiet ble brukt som ramme for å definere konkrete læringspunkter.

HVA SKJEDDE?

Tre Peri-gitterbokser stablet oppå hverandre ble løftet i ett hiv, huket i den nederste boksen. Da hivet skal plasseres på bil støter det mot annen last på planet slik at hivet får ubalanse. De to øverste gitterboksene velter ut og treffer arbeidstaker som **går** på bakken noen meter fra lastebilen. Arbeidstaker får hjernerystelse og noen skrammer, men hendelsen kunne potensielt resultert i en dødsulykke.

Før HOP**HVORFOR SKJEDDE DET?**

- Arbeidstaker som hadde bidratt under løfteoperasjonen oppholdt seg i faresonen nært bilen, og hadde ikke oppmerksomheten rettet mot det som foregikk
- De to øverste gitterboksene løsnet da hivet fikk en skjevbelastning og kjettingen ikke lenger hang stramt
- Kranfører så ikke at hivet dultet borti noe, og fikk ikke beskjed om å stanse låring i tide. Det var uklart hvem som var signalgiver

HVA KAN VI LÆRE?

- Ingen skal oppholde seg i faresonen når det lastes eller losses. Dette gjelder også de som er involvert i operasjonen.
- Det er kun tillatt å løfte én gitterboks om gangen
- Anhuking skal alltid gjøres slik at ingen kan utsettes for fare dersom lasten kommer borti noe
- Kranfører skal til enhver tid vite hvem som er signalgiver

Etter HOP**HVORFOR SKJEDDE DET?**

- Det var svært smalt der lastebilen stod plassert, og personer som skulle gå fra anleggsområdet til brakka måtte passere tett inntil siden av bilen
- Lastesonen var ikke avspærret eller sikret på annen måte under løftet
- De to øverste gitterboksene løsnet da hivet fikk en skjevbelastning og kjettingen ikke lenger hang stramt
- Fra kranførers vinkel var det ikke mulig å se at hivet dultet borti noe. Det var ulike signalgivere for ulike deler av løftet uten at det var tydelig avklart når rollen byttet fra den ene til den andre

HVA KAN VI LÆRE?

- Last- og lossesoner må så langt det er mulig plasseres i områder hvor det er mulig å holde god avstand, fortrinnsvis på steder hvor få trenger å passere
- Dersom lasting og lossing i ferdselssoner ikke kan unngås bør logistikk planlegges slik at større løfteoperasjoner foregår i perioder med minst mulig passeringer
- Det er kun tillatt å løfte én gitterboks om gangen
- Anhuking skal alltid gjøres slik at ingen kan utsettes for fare dersom lasten kommer borti noe
- Det skal være tydelig avklart på forhånd hvem som er signalgiver for hver deloperasjon i et løft
- Faresone rundt løft skal alltid være sikret

1. Fjern

2. Begrens

3. Beskytt

EKSEMPEL: Læring etter hendelser

I ABB har alle avdelinger gjennomført «Safety Circle» for å hente ut læring etter hendelser. Her tas det utgangspunkt i en konkret hendelse og samlingene varer om lag 45 minutter. De gjennomføres enten fysisk eller digitalt, og involverer ansatte i alle avdelinger. Hver hendelse belyser flere involverte funksjoner, noe som gjør at deltakerne ofte kjenner seg igjen i deler av hendelsesforløpet. Dette skaper gode samtaler om hvordan arbeid faktisk utføres, og hvordan ulike roller påvirker hverandre.



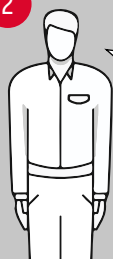
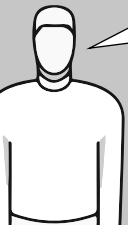
Mange forteller at de gjennom diskusjonene har blitt mer bevisste på hvilken påvirkning de har på andre, og hvor viktig det er med godt samarbeid på tvers. Vi har fått tilbakemeldinger på at dette har vært en øyeåpner for mange

TORIL AATLAND, LEDER FOR HMS OG BÆREKRAFT I ABB

SAFETY CIRCLE

HVA SKJEDDE?

Nedenfor deler ulike kollegaer i ABB sine erfaringer knyttet til en hendelse. Gå gjennom hver av dem i rekkefølge, og svar deretter på spørsmålene.

1 Sandra – Tekniker «Det var et kraftig elektrisk støt – jeg har brannår langs hele armen. Jeg hastet for å få jobben gjort, men jeg brukte det nye verktøyet slik jeg ble fortalt. Ingen sa at det krevde en annen teknikk enn det gamle.» 	2 Olav – Kunde «Jeg fortalte ABB at dette prosjektet hadde en stram frist. Jeg gjorde det klart at tidsrammen ikke var forhandlingsbar hvis de ønsket oppdraget.» 	3 Linda – Salgssjef «Jeg sjekket ikke med teamet om kundens tidsfrist var realistisk. Men det var en langvarig kunde som vi måtte holde fornøyd.» 
6 Robert – Kollega «Jeg ga ikke Sandra en skikkelig overlevering av jobben fordi John hastet meg videre til neste oppgave. Hvis jeg hadde hatt mer tid, ville jeg ha fortalt henne om problemene jeg hadde hatt med det nye verktøyet.» 	4 Geir – Innkjøpsansvarlig «Det kom en forespørsel om å kjøpe inn et nytt verktøy. Jeg klarte å finne et mye billigere ett. Jeg forsto ikke at et annet verktøy ville endre hvordan jobben måtte gjøres.» 	5 Kari – Ingeniør «Jeg oppdaterte sikkerhetsprosedyren for det elektriske arbeidet da jeg oppdaget en mer effektiv måte å gjøre det på. Jeg var ikke klar over at verktøyet som ble brukt hadde blitt endret.» 
	7 Kai – Teamleder «Jeg byttet Sandra inn på jobben i siste liten. Jeg hadde ikke nok folk på vakt, så jeg ba Sarah få det gjort så fort som mulig siden vi lå bak planen.» 	8 Ahmed – Kollega «Sandra så ikke helt ut som hun visste hva hun gjorde. Hun hadde fått opplæringen, men det var lenge siden. Hun jobbet på det elektriske panelet da det kom et stort lysglimt, og hun ble kastet over gulvet.» 



EKSEMPLER PÅ SPØRSMÅL SOM DISKUTERES

- Hva bidro til hendelsen?
- Hvordan kunne planlegging med sikkerhet i fokus ha forhindret denne hendelsen og hjulpet oss å ta bedre vare på folkene våre?
- Er det noen som har et eksempel på en hendelse eller nestenulykke de har vært involvert i, som skyldtes at sikkerhet ikke ble tatt hensyn til i planleggingsfasen?

LÆRINGSGRUPPER

Tradisjonelle metoder for gransking baserer seg ofte på rotårsaksanalyse, som for eksempel «5 Why»-metoden. Dette er i stor grad en lineær tilnærming som fokuserer på å kartlegge hendelsesforløpet og analysere årsakssammenhenger. En sentral kilde til innsikt er gjerne intervjuer med de involverte. Imidlertid fanger denne tilnærmingen ofte ikke opp kompleksiteten og dynamikken i de systemene og det daglige arbeidet som de involverte må håndtere.

KILDE Robbins, T. m.fl. (2021). Evaluation of Learning Teams Versus Root Cause Analysis for Incident Investigation in a Large United Kingdom National Health Service Hospital.

Stadig flere benytter læringsgrupper («learning teams») som et alternativ eller supplement til tradisjonell undersøkelsesmetodikk. Kort fortalt er det en gruppeprosess for å generere innsikt og løsninger. Metoden er særlig egnet til læring etter operasjonelle hendelser, men kan også brukes til proaktiv læring.

Læringsgrupper er en relativt enkel og lite tidkrevende metode, men krever god forankring, forberedelse og fasilitering. Siden den gjennomføres som en gruppeprosess, er den spesielt avhengig av trygghet i gruppen. Siden den har som mål å forstå hvordan arbeid «egentlig» gjøres, må det være mulig å dele informasjon som potensielt kan reflektere negativt på den ansatte.

Stegene i en læringsgruppe er beskrevet på neste side. Normalt gjennomføres de over totalt 2–3 dager.



LÆRINGSGRUPPER FOKUSERER SÆRLIG PÅ:

- Å forstå hvordan arbeidet faktisk utføres
- Normal variasjon i arbeidet, og hva som skaper denne
- Hvordan ansatte tilpasser seg for å få oppgaver utført
- Hva som bidrar til at ting går dårlig, men også hva som bidrar til at ting går bra

1. FORBEREDE

- **Definere omfang (scope):** Ikke for bredt, ikke for smalt. Fokuser på et spesifikt problem eller område.
- **Samle de riktige menneskene:** Omtrent 5–7 personer som er nærmest arbeidet. Dette inkluderer de som utfører oppgavene, og gjerne noen med et utenfraperspektiv.

2. ØKT 1: LÆRE OM HVA SOM ER NORMALT

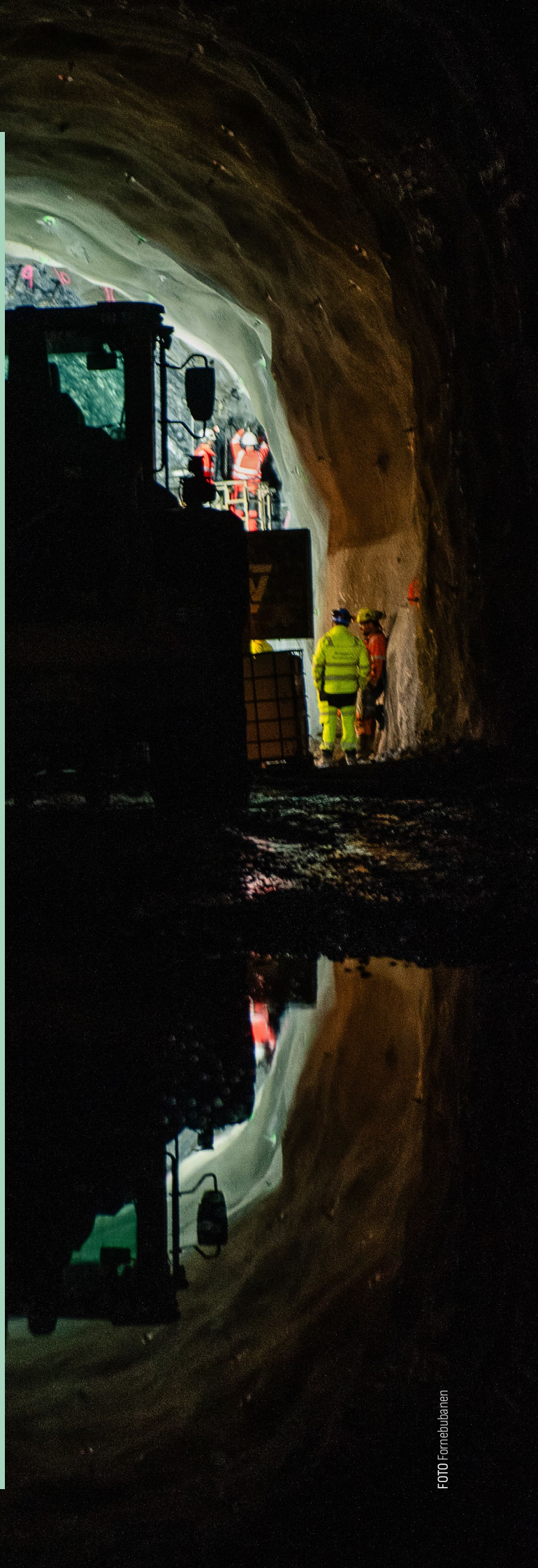
- **Gruppen lærer om hvordan arbeidet normalt utføres:** Hvordan utføres arbeidet i virkeligheten, sammenlignet med hvordan det er beskrevet i prosedyrer og krav?
- **Gruppen diskuterer forhold som kan påvirke arbeidet:** Hvilke faktorer (tidspress, ressurser, arbeidsmiljø osv.) kan føre til avvik fra prosedyrer? Hvor kan det oppstå uforutsigbarhet, målkonflikter eller andre utfordringer?

3. ØKT 2: LÆRE FRA HENDELSEN

- **Hva var forholdene som førte til hendelsen?** Hvilke faktorer spilte inn? (Tidspress, arbeidsmiljø, utstyr, kommunikasjon osv.).
- **Hvilke andre nesten-ulykker har skjedd?** Finnes det lignende situasjoner eller hendelser som kunne gitt samme resultat?
- **Hva fungerte bra? Hva feilet eller gikk galt?** Identifiser både positive og negative faktorer.
- **Hvor ellers kan en lignende hendelse skje?** Kan dette skje i andre deler av virksomheten?
- **Hvordan ga handlingene eller manglende handlinger til de involverte mening i deres kontekst?** Hva var deres forståelse, motivasjon og forutsetninger?
- **Hvem bør dette deles med?** Sørg for at viktig informasjon når frem til de riktige personene.

4. ØKT 3: IDÉMYLDRING OG PRIORITERING

- **Feilfeller og latente forhold identifiseres:** Hvilke faktorer i systemet kan øke risikoen for feil? Hvordan kan eksisterende barrierer forbedres?
- **Løsninger gruppen kan kontrollere:** Hvilke konkrete tiltak kan gruppen selv iverksette for å redusere risiko og forhindre feil?
- **Gruppen blir enige om hva som skal forbedres først:** Prioriter de viktigste tiltakene basert på effekt og gjennomførbarhet.



5 UTVIKLING AV TILTAK

Når vi lærer fra vanlig arbeid,

uønskede hendelser og situasjoner der det nesten gikk galt, kan vi få innsikt i forhold som gjør arbeidet vanskelig og øker risikoen for feil. For at denne innsikten skal føre til varig forbedring, må den omsettes til konkrete tiltak som faktisk endrer hvordan arbeidet utføres i praksis.

Tiltakene bør rettes mot forholdene

som påvirker arbeidshverdagen — ikke mot den enkelte som var involvert i en hendelse. Erfaring viser at tiltak som primært retter seg mot individet, som påminnelser, opplæring eller krav om skjerpet etterlevelse, sjelden er tilstrekkelige alene. Når rammebetingelser, arbeidsforhold og samhandling er de samme, kan andre gjøre de samme feilene. Derfor bør tiltak i størst mulig grad rette seg mot å redusere eller fjerne farekilder eller feilfeller som kommer i veien for å jobbe sikkert.

Lederes ansvar er avgjørende

for at tiltak faktisk gir effekt. Det innebærer å prioritere hvilke tiltak som skal gjennomføres, sikre tydelig eierskap, og følge opp at tiltakene blir implementert og fungerer som forventet. Ledere må i tillegg sørge for at læring og tiltak deles på tvers av prosjekter og arbeidslag, slik at erfaringer fra både hendelser og vanlig arbeid brukes aktivt til forbedring.



Start der konsekvensene er størst

Start med de jobbene som har størst potensiale for skade eller tap, eller jobber der enkelthandlinger kan føre til store konsekvenser.

Ta umiddelbart tak i de farekildene som er mest sannsynlige, og som kan ha alvorlige konsekvenser.

Tiltak som er enkle, raske og rimelige er det ingen grunn til å vente med



Involver de som gjør jobben

Still åpne spørsmål om arbeidet og systemene for å identifisere forhold som gir variasjon i hvordan jobben gjøres og som gjør arbeidet vanskelig.

Vi kan ikke ordne opp i det vi ikke vet om.

De som gjør jobben er ekspertene, de vet hva som gjør jobben vanskelig og hva som kan gjøre den lettere — involver dem i identifisering, utvikling og implementering av tiltak.



Se etter samspillet mellom forhold

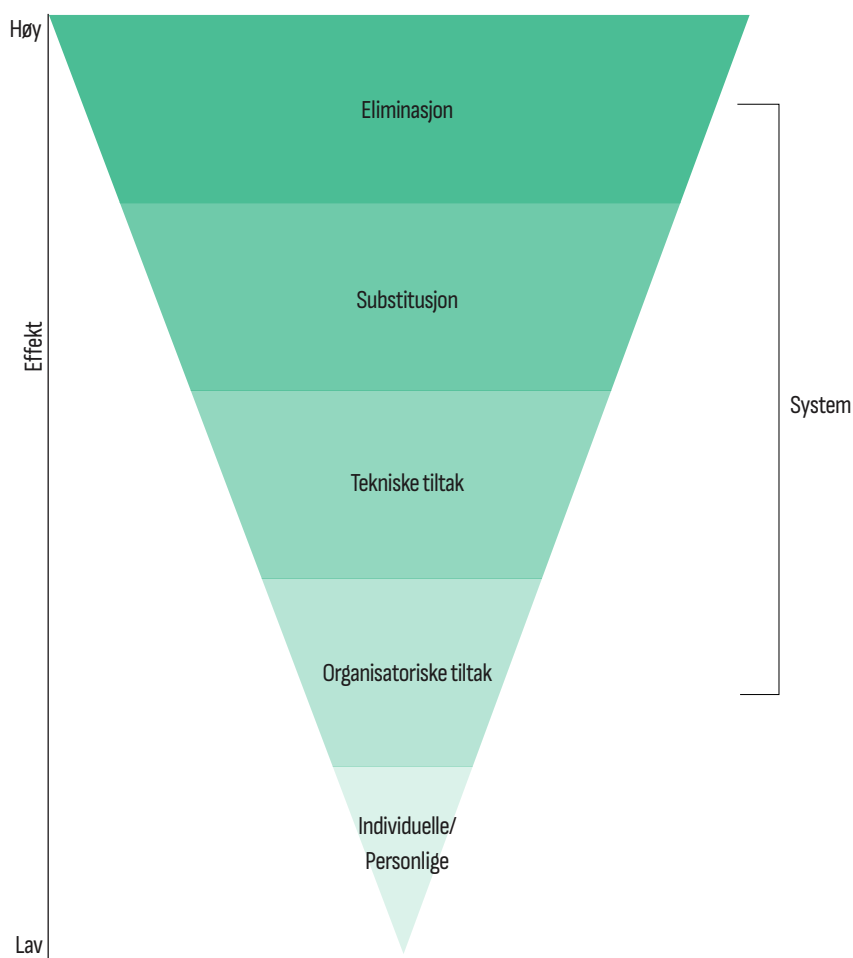
Se på forhold og systemer som påvirker hvordan arbeidet utføres og identifiser hvilke forhold (feilfeller) som kan føre til feilhandlinger.

Hendelser kan sjelden forklares med én rotårsak. I stedet er det ofte komplekse årsaksforhold og ulike forhold som har virket sammen.

God utvikling av tiltak anerkjenner at det ikke er én rotårsak og har som mål å svare ut alle disse ulike forholdene (f.eks. hvordan arbeidet planlegges og organiseres, hvilke forberedelser vi gjør og hvordan, hvordan prosedyrene er utformet, hvilket utstyr som brukes, utforming av arbeidsplassen m.m.).

EFFEKTIV BRUK AV TILTAKSHIERARKIET

Når vi har identifisert hvilke forhold som krever forbedring må vi prioritere og utforme de rette tiltakene. Ved å bruke tiltakshierarkiet kan vi utvikle og implementere tiltak med mest mulig effekt på risiko (veid opp mot kostnadsrammene). For å fjerne risikoen for feil er det mest effektivt å gjøre endringer og forbedringer på systemnivå. Tiltak på individnivå (personlig) er mindre effektivt og mer sårbare for feil og feilhandlinger.

**System**

Effekt	Høy	Eliminasjon	Ved eliminasjon fjernes farlige eller utfordrende forhold gjennom endring i design, teknologi, utstyr og metoder, slik at de ikke kan føre til skader eller alvorlige hendelser.
		Substitusjon	Ved substitusjon bytter vi ut materialer, utstyr, systemer eller metoder som gjør arbeidet vanskelig med tryggere versjoner som reduserer sannsynlighet for feil eller feilhandlinger og/eller minimerer potensielle konsekvenser.
		Tekniske tiltak	Tekniske tiltak innebærer å kontrollere eller begrense farlige eller utfordrende forhold slik at ansatte ikke kan komme i kontakt med kilden eller er beskyttet ved en eventuell eksponering.
		Organisatoriske tiltak	Organisatoriske tiltak handler om å tilrettelegge arbeidet på en god måte. Det betyr å sikre nok tid, riktig kompetanse, nødvendige ressurser og tydelig organisering, slik at jobben kan utføres trygt i praksis.
	Lav	Individuelle/Personlige	Tiltak på individuelle/personlige nivå handler om personlig verneutstyr for å beskytte mot eller redusere eksponering, belastning og skade. Tiltak på dette nivået gir lavest beskyttelse og er mest utsatt for feil og feilhandlinger.

EKSEMPEL: Sikker håndtering og montasje av veggelementer med risiko for velt og fallende last.

Høy	Eliminasjon	Løfte veggelementer direkte fra bil til montasjeposisjon, slik at mellomlagring på byggeplass unngås.
	Substitusjon	Erstatte lagring på A-bukker med bakkebasert og sikret lagring når mellomlagring er nødvendig, da A-bukker er sårbare for ujevnt eller svakt underlag.
Effekt	Tekniske tiltak	Bruke godkjente løftepunkter og løfteutstyr, sikre stabilt og plant underlag, og etablere fysisk avsperring rundt montasjesonen.
	Organisatoriske tiltak	Riggplan som angir plassering av lossesoner, lagringsområder og løftesoner, samt tydelig rollefordeling og SJA før montasje.
Lav	Individuelle/ Personlige	Personlig verneutstyr (hjelmer, hansker, vernesko, fallsikring ved behov) og opplæring i anhuking, kommunikasjon og trygg ferdsel i montasjesonen.



Som byggherre har vi ansvar for å synliggjøre risiko og beskrive nødvendige tiltak under utførelse. Et område som må styrkes, er forebygging av langsiktige helseskader som utvikles over tid. Vi informerer nå tydeligere om risiko, for eksempel knyttet til kvartseksponering, og stiller krav om tekniske tiltak som skal fjerne eller redusere støv. Slike systemtiltak er mer effektive enn personlig verneutstyr, selv om dette også kan være nødvendig i enkelte situasjoner.

KJELL INGE DAVIK, DIVISJONSDIREKTØR
UTBYGGING, STATENS VEGVESEN





FOTO Fornebubanen

Eksempel: For å redusere klem- og kuttskader i elektrikerarbeid innføres det et tiltak om at det må anvendes tykkere og mer slitesterke hansker under arbeidsutførelse. Samtidig innebærer elektrikerarbeid mye finmotorikk, som betyr at jobben ikke lar seg gjøre på en god måte med de nye hanskene. Mange velger derfor å ta av seg hanskene når de skal utføre jobben sin.

PERSONLIG VERNEUTSTYR (PVU) SOM TILTAK:

Personlig verneutstyr (PVU) kan ofte fremstå som en rimelig og enkel måte å håndtere fare på selv om det også kan medføre behov for ressurser til opplæring og vedlikehold. Fokus på kostnader, enkelhet og rask implementering kan føre til at vi gjør tiltak på det minst effektive nivået i tiltakshierarkiet, uten at vi først gjør en grundig vurdering av om det finnes bedre måter å beskytte ansatte på.

Beskyttelsen verneutstyr gir kan variere mye mellom personer og mellom ulike typer situasjoner. God beskyttelse krever ofte god kompetanse hos den enkelte. Dermed kan skader og hendelser fortsette å skje hvis det ikke settes inn tiltak som adresserer farlige og utfordrende forhold direkte. Selv om PVU kan minimere risikoen i visse arbeidsoppgaver, kan det i noen tilfeller også påvirke vår evne til å gjennomføre jobben gjennom dårligere syn, lukt, hørsel og følsomhet.

ANSVAR OG OPPGAVEFORDELING

Utvikling av tiltak krever at vi setter av tid, gjør prioriteringer og tar beslutninger. For å sikre at læring tas videre og at tiltak utvikles og iverksettes, er det viktig å sikre klar og tydelig rolleavklaring og oppgavefordeling. Det er viktig å løfte tiltakene så høyt i tiltakshierarkiet som det er mulig og hensiktsmessig å gjøre, og være sikker på at rolle- og oppgavefordeling blir gjennomført. Tenk gjennom:

- Hvem trenger informasjon?
- Hvem må handle og hvordan?
- Hvordan kan dere sjekke om tiltak har blitt gjennomført og om det har hatt den ønskede effekten?

Vurder alltid mulige risiko og konsekvenser av nye tiltak før og etter implementering.

6 LEDELSE OG OPPFØLGING

I dette kapitlet brukes begrepet «leder» om alle som har ansvar for å påvirke rammer, prioriteringer og arbeidsforhold – fra toppledelsen til BAS og arbeidsledere. Lederansvaret utøves på ulike nivåer i organisasjonen, og hvordan det praktiseres vil variere med rolle, ansvar og påvirkningskraft.

Ledelsesoppfølging handler om å ha et systemperspektiv på sikkerhetsarbeid. I stedet for å bare se på hva folk gjør (individfokus), forsøker vi å forstå de forholdene som påvirker det de gjør (systemfokus). Hva er det som kan gjøre arbeidet vanskelig å utføre, og hvordan kan vi identifisere og håndtere disse forholdene? For å svare på dette kreves det at ledere er til stede der arbeidet utføres,

snakker med dem som gjør jobben og stiller spørsmål som kan gi nødvendig innsikt og forståelse. Det finnes ikke én enkelt lederstil som er best for å skape god sikkerhet. Noen ganger må man være tydeligere på forventninger, andre ganger være en god rollemodell, og i noen situasjoner må man være mer empatisk og vise forståelse.



Ledere har et ekstra ansvar for å følge opp ansatte, vurdere forbedringsmuligheter og tiltak, og tilrettelegge for at ansatte kan utføre jobben sin på best mulig måte. Det er de som gjør jobben som er eksperter på den, og som sitter på den innsikten vi trenger for å kunne skape forbedring og bedre forutsetninger for sikker utførelse.

Det er verdt å merke seg at «å bygge kapasitet» ikke bare handler om forhold som koster penger – f.eks. utstyr, folk eller opplæring. Ledere kan også bygge kapasitet i en organisasjon gjennom å:

- Fremme koordinering og kommunikasjon innad og mellom avdelinger
- Legge til rette for bygging av nettverk og relasjoner mellom ansatte
- Dyrke åpenhet og nysgjerrighet
- Stimulere til kritisk tenking gjennom å utfordre antagelser og se etter bedre alternativer
- Bygge robusthet til å håndtere motgang

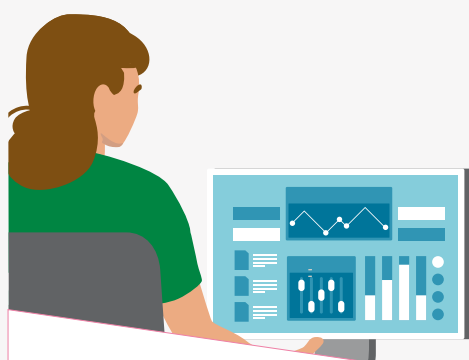
HVORDAN LÆRE FRA DE SOM GJØR JOB BEN?

Å være til stede der arbeidet utføres er avgjørende for å lære fra de som gjør jobben, men hva dette innebærer varierer med lederrollen. For ledere tett på produksjonen handler det ofte om fysisk tilstedeværelse i felt. For ledere høyere i organisasjonen handler det om å etablere strukturer og arenaer som løfter innsikt fra de som gjør jobben, og om å etterspørre informasjon som gir et realistisk bilde av arbeidshverdagen.

Når ledere observerer arbeidet og omstendighetene rundt, og gjennomfører samtaler i felt, får de en dypere forståelse av hvordan arbeidet faktisk utføres og hva som kan gjøre det vanskelig. Slike samtaler gir ofte annen og mer relevant innsikt enn det som kommer frem i planlegging eller i etterkant av utført arbeid.

Det er ofte de som står nærmest arbeidet som vet best hvor problemene er. For dem blir målkonflikter, uforutsigbarhet og utrygge arbeidsforhold konkrete og detaljrike.

Paradokset er at de som utfører jobben ofte har de dårligste forutsetningene for å kunne gjøre noe med problemene. For ledere høyere oppe i organisasjonen vil arbeidet fremstå som mer abstrakt. Det er vanlig å se på tall knyttet til f.eks. produksjon, bemanning og hendelser. Ledere har imidlertid større forutsetninger for å kunne gjøre noe med forholdene som gjør arbeidet trygt eller utrygt. Derfor er det viktig å få løftet informasjon fra de som kjenner problemene best, til de som har mulighet til å gjøre noe med dem.



Beslutningsmyndighet og påvirkningskraft

BYGGHERRE
(oppdragsgiver)

PROSJEKTERENDE
(arkitekter og rådgivere)

**ARBEIDSGIVER/
ENTREPRENØR**
(hoved- og
underentreprenører)

ARBEIDSLEDER
(bas/formann)
OG ARBEIDSLAG

**UTFØRENDE
PERSONELL**

Å være til stede der jobben utføres kan oppleves som utfordrende for ledere i en travelt hverdag. Dette henger både sammen med hvordan ledere prioriterer tiden sin, og med hvordan systemet legger til rette for faktisk tilstedeværelse. Når handlingsrommet er begrenset, blir det desto viktigere å styrke kvaliteten på samhandlingen med dem som utfører arbeidet.

For å lykkes med å lære fra dem som gjør jobben og få innsikt i arbeidet deres må du:

- 1. BYGGE RELASJONER TIL DE SOM GJØR JOBBEN**
- 2. FORSTÅ HVA SOM KAN GJØRE DET VANSKELIG Å JOBBE SIKKERT**
- 3. RESPONDERE PÅ EN KONSTRUKTIV OG GOD MÅTE**



1. BYGGE RELASJONER TIL DE SOM GJØR JOBBEN

For å få nødvendig innsikt i arbeidet, trenger vi ærlige svar fra dem som gjør jobben. Dette forutsetter tillit og psykologisk trygghet, og bygges gjennom systematisk arbeid for å sikre at de som gjør jobben opplever:

- 1. Å FØLE SEG INKLUDERT, AKSEPTERT OG AT DET ER TRYGT Å VÆRE SEG SELV.**
 - Se og møt den enkelte der personen er, gi anerkjennelse for innsatsen og jobben de gjør.
 - Still spørsmål om hva slags støtte de trenger i arbeidet sitt. Husk: Spør dobbelt så mye som du forteller.
- 2. AT DET ER TRYGT, GIVENDE OG MOTIVERENDE Å LÆRE.**
 - Vis nysgjerrighet og lærevilje ved å stille åpne spørsmål om læring og læringsmuligheter, og jobb med å innarbeide dette i hverdagen i arbeidslagene.
 - Vis at feil er naturlig gjennom å dele dine egne feil og feilhandlinger, og hvilken læring du tok ut fra dette.
- 3. AT DET ER TRYGT Å BIDRA OG Å UTFORDRE TINGENES TILSTAND GJENNOM Å STILLE SPØRSMÅL, BRUKE OG UTVIKLE EGNE FERDIGHETER, OG Å PRØVE OG FEILE.**
 - Ta imot nye ideer og tanker, kritiske røster, og andre perspektiver med åpenhet, nysgjerrighet og konstruktivitet fremfor kritikk.
 - Gå fra å fortelle til å spørre, og etterspør konkrete bidrag, innspill og tanker fra dem rundt deg.
 - Bidra til å lete etter og utfordre det som kan være overflødig, utdatert, vanskelig å forstå eller lite brukervennlig.

KILDE Clark, T.R. (2020). The Four Stages of Psychological Safety: Behavioural Guide. LeaderFactor.



2. FORSTÅ HVA SOM KAN GJØRE DET VANSKELIG Å JOBBE SIKKERT

Det er de som gjør jobben som kan den best, og for å få en dypere forståelse for arbeidet er det viktig at ledere anerkjenner at du ikke sitter på alle svarene. Dette betyr at du må stille spørsmål om arbeidet du selv ikke vet svaret på, og at du lytter til det du blir fortalt.

Hvordan du velger å stille spørsmål er avgjørende for de svarene du får. Med tillit og psykologisk trygghet som fundament, vil effekten av spørsmålene være større. Åpne spørsmål virker bedre enn lukkede ja/nei spørsmål. Eksempler på spørsmål du kan stille:

- Kan du beskrive stegene i arbeidsoppgaven for meg?
- Hva gjør dette steget vanskelig å utføre?
- Hva kan komme i veien for å utføre oppgaven sikkert og effektivt?
- Hva trenger du for å lykkes med å gjennomføre oppgaven på en god måte?
- Hvordan kan jeg støtte deg i å gjøre denne oppgaven enklere og sikrere?
- Hvor er det lett å gjøre feil?
- Hvordan løser du oppgaven når det ikke er mulig å gjøre det som beskrevet i krav eller prosedyrer?
- Hvordan tenker du at denne arbeidsprosessen kunne vært forbedret?

Etter at vi har stilt spørsmål, er det viktig at vi lytter. Hvis vi ikke lytter godt, kan vi gå glipp av viktig informasjon. Aktiv lytting handler om å vise interesse og forsøke å forstå den andres perspektiv. Det innebærer blant annet å:

- **Å bekrefte det du har hørt:** Gjengi med egne ord hva du har forstått, for eksempel: «Det jeg hører deg si er ...» eller «Mener du at ...?»
- **Skape klarhet:** Stille oppfølgingsspørsmål for å få bedre forståelse av handlingene, vurderingene eller omstendighetene. Bruk åpne spørsmål.
- **Gi tilbakemelding:** Dele egne tanker eller refleksjoner på en åpen og nøytral måte. Hvordan du responderer har betydning for videre dialog og tillit.



3. RESPONDERE PÅ EN KONSTRUKTIV OG GOD MÅTE

Mennesker gjør feil. For å skape forbedringer som reduserer sannsynligheten for fremtidige feil og som minimerer konsekvensene av de feilene som skjer, er vi avhengige av å forstå hva som har skjedd slik at vi kan sette riktige og gode tiltak med varig effekt. For å lykkes med dette trenger vi ledere som responderer på feil, feilhandlinger, dårlige nyheter og usikker atferd på en god og konstruktiv måte.

Både situasjonen og hvem som er involvert påvirker hva som er den beste og mest hensiktsmessige måten å respondere på, men i de fleste tilfeller er det viktig å være bevisst på å:

1. Vise omtanke for de involverte ved å spørre hvordan det går og om det er noe du kan gjøre for å hjelpe eller lette situasjonen; «Hvordan går det med deg?» «Hva kan jeg gjøre for å hjelpe?».
2. Ikke trekke forhastede konklusjoner om hva som har skjedd. Det er sannsynligvis mange ulike forhold som har påvirket og bidratt til at utfallet ble som det ble, og vi må forstå både de direkte og de underliggende omstendighetene.
3. Forstå hvorfor og hvordan noe har skjedd, fremfor hvem som har gjort det. Fokuser på læring fremfor skyld. Still spørsmål som:
 - a. Kan du snakke igjennom din opplevelse av hva som har skjedd?
 - b. Hvordan oppfattet du situasjonen før det skjedde?
 - c. Hvilke forhold påvirket måten det ble gjennomført på?

FASILITERINGSTEKNIKK – FÅ DET BESTE UT AV SAMTALEN

Sikkerheten i arbeidet vårt avhenger av en felles forståelse av jobben, omstendighetene og risikoene vi står overfor — enten vi gjennomfører en risikovurdering, utarbeider prosedyrer eller utvikler styrende dokumentasjon.

KILDE Bitar, F. BP (2017).

For å skaffe alle viktige og nødvendige perspektiver kan det være nyttig å:

- **Involvere personer** med variert bakgrunn, kompetanse og erfaring som vil gi relevante innspill og perspektiver for det som skal diskuteres.
- **Sette av nok tid** til at alle i rommet får dele sine tanker, innspill og erfaringer.
- **Stille åpne spørsmål** og følge opp med flere spørsmål for å forstå hva som ligger bak det som blir sagt.
- **Ta en runde rundt bordet**, eller invitere direkte de som ikke har delt sine tanker. Det kan være nyttig å sette av et par minutter til individuell refleksjon før deling i plenum, slik at alle får tid til å tenke seg om.
- **Være nysgjerrig** på andres synspunkter, erfaringer, tanker og meninger.
- **Gjenta din oppfatning** av hva som har blitt sagt og stille spørsmål for å se om dere har felles forståelse.
- **Oppfordre til å ytre synspunkter**, utfordringer eller uenighet.
- **Holde fokus på målet med samtalen** eller diskusjonen, og invitere deltakerne til å foreslå løsninger som tar hensyn til flere behov eller perspektiver.
- **Etablere trygghet i rommet** for å være ærlig og si sin mening.

Disse rådene vil skape mer åpne diskusjonsprosesser og få flere perspektiver på bordet.

HVORDAN UTNYTTER DU DE SITUASJONENE DER DU HAR STOR PÅVIRKNINGSKRAFT?

Som leder vil du møte situasjoner i hverdagen der du har stor påvirkningskraft og som gir deg mulighet til å vise hva slags leder du er. På engelsk kalles dette «moments of high influence», øyeblikk der du har stor innflytelse eller påvirkningskraft.

Hvordan du velger å respondere i slike situasjoner vil være avgjørende for resultatene du oppnår. En positiv tilnærming øker tillit og endringsvillighet hos de du ønsker å nå, mens negativ tilnærming vil redusere tillit og øke motstand.

NEGATIV TILNÆRMING

- «Jeg forventer at du følger reglene»
- «Dette er en enkel jobb»
- «Dette burde du vite»
- «Du burde...»
- «Hvorfor kan du ikke bare...»
- «Jeg har ikke tid nå...»

POSITIV TILNÆRMING

- «Kan du hjelpe meg?»
- «Hva tenker du om dette?»
- «Hvilke alternativer ser du?»
- «Hva er dine tanker om hvordan vi kan løse dette?»



Eksempler på situasjoner der du har høy påvirkningskraft:

- Noen har sin første dag på jobb
- Nesten-ulykke eller en situasjon der noen skader seg
- Noen bryter en regel eller prosedyre
- Du mottar et forslag for å forbedre sikkerhet
- Du håndterer en krise eller alvorlig situasjon
- Du skal lansere en ny strategi eller omorganiseringsplan som blir møtt med motstand

?

Tenk på din egen hverdag som leder og en situasjon der du har hatt stor påvirkningskraft. Hvordan valgte du å håndtere denne?

I MØTE MED ANSATTE, HUSK AT:

- Folk gjør feil
- Handlingene folk gjør ga som regel mening der og da
- Feil er stort sett en følge av underliggende forhold og systemer
- Å forstå hvorfor feil skjer kan hjelpe oss med å forebygge dem og rette dem opp
- Arbeidssted, verktøy og aktiviteter kan designes for å redusere feil og håndtere risiko på en bedre måte
- Ledere kan forme forholdene som påvirker hva folk gjør
- Det har betydning hvordan ledere responderer når ting går galt. Bruk muligheten til å lære

KILDE Ministry of Defence (2020). Safety leadership guide: How listening and learning are our best defence.



EKSEMPEL: Statsbygg – Sikkerhetssamtalen

I Statsbygg bruker ledere sikkerhetssamtalen som en fremgangsmåte for å snakke åpent om sikkerhet ved arbeid på byggeplass. Den dekker hva ledere bør tenke på før de tar kontakt med arbeidere. De tenker på forhånd gjennom hva de ønsker å oppnå med samtalen, fokuserer på det som kan forbedres fremfor feil, og bruker åpne spørsmål aktivt.

SIKKERHETSSAMTALEN

Start med å presentere deg selv. Still åpne spørsmål, se eksempler under.

1. Hva jobber du med?
2. Hvordan skal du utføre denne jobben?
3. Hva kan gå galt?
4. Hvilke tiltak må du iverksette slik at det ikke skjer noe galt?

Hvis du vurderer alt som OK: takk for samtalen og gå videre.

Hvis du er usikker, still flere spørsmål, eller søk råd hos andre.

Hvis du mener det er umiddelbar fare for liv og helse, stans arbeidene!

Fareområdene under er de mest kritiske på bygge- og anleggsplasser. Felles for dem er at de kan utløse mye energi og forårsake alvorlige skader og dødsfall. Har vi kontroll på risikoen knyttet til disse fareområdene, vil vi unngå de mest alvorlige hendelsene.



Eksplisjon



Fallende gjenstander



Kontakt med elektrisk spenning



Konflikt menneske og maskin



Fall fra høyde



Konstruksjons-svikt

Skann QR-koden og les mer:





Hva bør du tenke gjennom før, underveis og etter du har besøkt en byggeplass?

KILDE Statsbygg



FØR BESØK PÅ BYGGEPLASS

- **Kompetanse:** Sørg for å ha oppfriskede kurs
- **Verneutstyr:** Sjekk at du får nødvendig verneutstyr på plassen
- **Snakk med prosjektleder** om HMS og SHA arbeidet
- **Snakk med anleggsledelsen** om HMS og SHA arbeidet
- Sørg for å få informasjon om sikkerhetsrutinene før befarig



UNDERVEIS – SIKKERHETSSAMTALEN

Befaringen

- Løft blikket
- Vær nysgjerrig
- Still spørsmål

Sikkerhetssamtalen

1. Observer utførelsen av arbeid
 - Arbeidsstillinger / gjennomføring av arbeidet / bruk av verneutstyr
2. Ta kontakt med person (-er) du ønsker å snakke med
 - Introduser deg selv
3. Snakk om arbeidet, still åpne spørsmål om farer og bli enig om eventuelle tiltak hvis det er nødvendig



ETTER BEFARINGEN

Debrief

- Ta en kort prat med deltakerne etter befaringen
- Del observasjoner og erfaringer
- Hvis det var avvik; fokuser på forutsetninger og tilrettelegging for sikkert arbeid, fremfor adferd

Oppfølging

- Ta kontakt med prosjektleder, anleggsledelsen/koordinator dersom det skal registreres noen RUHer
- Ta deg tid til å høre om dette ble utbedret i etterkant

HVORFOR ER DET VIKTIG Å HA EN RETTFERDIGHETSKULTUR?

En tilnærming basert på HOP anerkjenner at feil er uunngåelige og ofte oppstår som et resultat av situasjonelle faktorer. Dette fritar imidlertid ikke enkeltpersoner fra ansvar. Vi ønsker ikke en skyldkultur, men å fremme en rettferdighetskultur.

En rettferdighetskultur (engelsk: «Just culture») danner grunnlaget for godt sikkerhetsarbeid i enhver organisasjon. I en slik kultur blir ikke ansatte straffet for handlinger, unnlater eller beslutninger som er i samsvar med deres erfaring og opplæring. Dette betyr at det er rom for menneskelige feil. Hensikten er å skape et miljø der alle føler seg trygge på å rapportere feil, slik at man kan lære av dem og forbedre sikkerheten. Grov uaktsomhet, forsettlig overtredder og destruktive handlinger tolereres imidlertid ikke.

En rettferdighetskultur fremmer åpenhet og læring, og bidrar til et mer effektivt sikkerhetsarbeid. Det hjelper oss å forstå hva som ligger bak regelbrudd, men også hvor vi bør iverksette tiltak.

KILDE Luftfartstilsynet. Just culture – rapportering.



SPØRSMÅL SOM BØR STILLES NÅR KRAV ER BRUTT:

1. Begynn med å identifisere hvilke krav man vurderer mot. Ble det gitt klare forventninger til kravene?
2. Forstå omstendighetene. Hadde man forutsetninger for å møte kravene? Var forventninger og krav forstått?
3. Ble det forsøkt å jobbe i henhold til krav, men allikevel gjort feil?
4. Ble oppgaven utført som instruert eller under innflytelse fra en leder eller annen kollega? Hadde ledere sett at arbeidet ble gjort på denne måten uten at noe ble sagt?
5. Er det tegn som tyder på at dette har vært sedvane eller normal praksis hos andre også?
6. Var det en situasjon med klare målkonflikter eller dilemmaer? Hva ville det medført å gjøre oppgaven på en annen måte?
7. Var det en bevisst feilhandling eller sabotasje? Var grovt uaktsomme handlinger (f.eks. rus) involvert? Har det vært gjentatte forhold?

HVA KAN GJØRE RETTFERDIGHETSKULTUR KREVENDE?

Noen ganger kan det være krevende å praktisere en rettferdighetskultur. Det kan spesielt være utfordrende å skille mellom akseptable feil, uaktsomhet og hensynsløs oppførsel. Flytkart og andre former for «rettferdighetskultur-algoritmer» bør derfor brukes med varsomhet. Et godt utgangspunkt er å starte med Eurocontrol sine prinsipper:

- 1. Rapportering uten frykt:** Alle skal føle seg trygge på å si ifra og rapportere om situasjoner, forhold, hendelser, uhell eller ulykker uten frykt for urettferdig, uberettiget eller urimelig skyld eller straff.
- 2. Støtt involverte personer:** Organisasjonen må støtte personer som er involvert i eller berørt av ulykker. Dette er førsteprioritet etter en uønsket hendelse.
- 3. Ikke aksepter uakseptabel oppførsel:** Grov uaktsomhet og forsettlig uredelighet er svært sjeldent, men kan ikke tolereres.
- 4. Ta et systemperspektiv:** Sikkerhet må vurderes ut ifra det totale systemet, slik som mål, krav, ressurser, arbeidsmiljø og begrensninger, og ikke kun se på individer, deler, hendelser eller utfall isolert. Omstendigheter former adferd.
- 5. Gjør det enkelt å gjøre de riktige tingene:** Å forbedre sikkerheten betyr å utforme arbeidsmetoder som gjør det enkelt å gjøre det riktige og vanskelig å gjøre feil.

KILDE Just culture manifesto. Skybrary Aviation Safety.



7 PROSEDYRER OG STYRENDE DOKUMENTER

Når det oppstår hendelser eller feil, kan det være fristende å introdusere nye instruksjoner eller prosedyrer, endre eksisterende eller øke fokuset på etterlevelse. Imidlertid bør virksomheter ikke bare fokusere på etterlevelse, men også på å forstå gapet mellom prosedyrer og praksis. Hvor oppstår det gap? Hvilke forhold er det som skaper disse gapene? Og hva kan vi gjøre for å adressere disse forholdene, slik at vi får redusert gapene?



FOTO Kicki Nilsson / AF Gruppen

Eksempler på sitater som illustrerer hvorfor etterlevelse noen ganger kan være krevende i prosjekter:

«Det er så komplisert språk.
Vi må gjette hva som
egentlig menes»

«Instruksen sier vi skal bruke et
bestemt utstyr, men det er ikke
alltid tilgjengelig»

«Prosedyren sier at det skal
være på en bestemt måte,
men de som skrev den har
aldri kjent på tidspresset vi
jobber under»

«Instruksen sier én ting, men
når tempoet øker må vi løse
det der og da»

«De som skrev dette har aldri
stått i en montasjesone»

«Vi prøver å følge instruksen
alltid, men arbeidsområdet
endrer seg og gjør
det vanskelig»



FOTO Bard Gudim / NRC Group

HVORDAN SER DIN VIRKSOMHET PÅ PROSEDYRER OG ETTERLEVELSE?

Nedenfor er en tabell som viser to forskjellige tilnærminger for å vurdere etterlevelse av prosedyrer. Tilnærmingen er i stor grad basert på hvordan man ser på forholdet mellom det som står på papiret versus det som skjer i virkeligheten når en jobb skal utføres.

Tradisjonell tilnærming	Tilnærming basert på HOP
Prosedyrer viser den beste og sikreste måten å utføre aktiviteter på.	Prosedyrer kan umulig spesifisere alle mulige forhold og ta høyde for alle eventualiteter.
Etterlevelse av prosedyrer garanterer sikkerhet. For eksempel kan en leder tenke: Hvis alle utførende følger prosedyrene til enhver tid, vil vi ikke få noen hendelser. Hvis det har vært en hendelse betyr det at minst én prosedyre ble brutt minst én gang av minst én utførende.	Etterlevelse av prosedyrer kan ikke garantere sikkerhet. Det er mange andre forhold som må være til stede for at det skal skje en hendelse.
For å få bedre sikkerhet må folk kjenne til og følge prosedyrene. Ved feil/feil-handlinger implementeres flere prosedyrer for å gjøre aktiviteten tryggere.	For å forbedre sikkerheten er det flere ulike elementer som må på plass. Prosedyrer er bare ett av verktøyene.
Prosedyrer skal alltid følges til punkt og prikke.	Utførende opplever flere eksempler på målkonflikt, situasjoner der etterlevelse kan påvirke evnen til å levere innenfor fristen, føre til produksjonstopp, skade utstyr eller potensielt føre til katastrofale utfall.
Det er hovedsakelig personell i den spisse enden som forårsaker hendelser gjennom mangel på etterlevelse.	Personell i den spisse enden er bare en av flere grupper som over tid bidrar til farlige situasjoner. Andre grupper inkluderer ingeniører, planleggere, ledere m.fl.

VERKTØY: Forbedring av prosedyrer

Dette verktøyet hjelper deg å vurdere og forbedre prosedyrer og annen dokumentasjon slik at det blir lettere å forstå og anvende for de som skal bruke dem.

Verktøyet hjelper deg å forstå hvordan arbeidet faktisk gjøres (work-as-done) og å forbedre dokumentene sammen med de som utfører jobben. Hensikten er å forstå hvilke forhold som hjelper eller hindrer folk i å lykkes.

Bruk verktøyet når du:

- vil lære fra vanlig arbeid – både det som fungerer og det som er vanskelig
- vil sjekke hvor godt en prosedyre eller dokument støtter jobben i praksis
- vil forbedre planlegging, logistikk og rammebetingelser
- ønsker en trygg, åpen samtale om hva som påvirker hvordan arbeidet foregår



Slik gjør du det

1

Velg hvilket dokument du vil jobbe med

Det bør være et dokument som:

- brukes i sikkerhetskritisk arbeid, arbeid med høy risiko eller der dere har hatt høy frekvens av hendelser dere ønsker å forebygge
- brukes i arbeid som er viktig, krevende eller ofte preget av variasjon
- arbeidslaget selv ønsker å forbedre

2

Gå gjennom de viktigste stegene

Gå gjennom stegene sammen. Hvis dokumentasjonen er omfattende, fokuser på de stegene som har størst konsekvenser ved feil, eller som ofte må tilpasses for å få god flyt og gjennomføring i arbeidet.

Spør:

- Hvor oppstår det ulike tolkninger av det som er beskrevet?
- Hvor må dere oftest 'løse ting underveis' for at dette skal fungere?
- Hvor er det lett å gjøre feil?

Dette hjelper dere å prioritere hvor dere vil bruke tiden.

3

Gå gjennom jobben steg for steg

Når du går gjennom jobben bør det være så tett på praksis som mulig.

- Gå gjerne **ut i felt** og vis hvordan jobben faktisk utføres, inkludert tilpasninger, variasjoner og «måter vi får det til på».
- Hvis dere går gjennom jobben **inne i brakka** e.l., er det viktig å bruke tegninger, modell eller bim for å simulere utførelsen. Dere kan også bruke bilder eller illustrasjoner fra avviksmeldinger, rapporter e.l.

Ta gjerne med flere fag der det er relevant. Kommunikasjon og samhandling mellom ulike fag kan noen ganger skape utfordringer eller misforståelser.

Hvis det er et stort dokument, kan dere velge ut de stegene med stor variasjon og/eller der det er vesentlige konsekvensene om feil skjer.

For hvert steg, stiller dere spørsmål:

- Hva gjør dette steget vanskelig i praksis?
- Hva må være på plass for at dette skal gå bra?
- Hvordan løser dere jobben når forholdene er krevende?
- Hva gjør at dette ofte går bra?

Nyttige oppfølgingsspørsmål:

- Kan du si litt mer om det?
- Hvordan gjør dere dette i praksis?
- Hva pleier å skape utfordringer her?
- Hva skulle du ønske var annerledes?

4

Skriv ned læringspunkter og forbedringsbehov

Noter de viktigste punktene som har kommet frem i gjennomgangen.

- Forhold som gjør arbeidet vanskelig (f. eks. plass, tid, logistikk, vær, utstyr, ansvar, koordinering)
- Hva folk gjør for å få arbeidet til å flyte og få jobben gjort (work-as-done)
- Forslag til forbedringer fra arbeidslaget
- Strukturelle og organisatoriske forhold som bør forbedres

5

Følg opp

Følg opp med tiltak.

- Tiltak: Hva må gjøres?
- Ansvar: Hvem skal gjøre det?
- Prosess: Hvordan skal det gjøres?
- Tidslinje: Når skal det være klart?

Gi tydelig tilbakemelding til laget. Dette bygger tillit og øker læring og engasjement. **Fortell:**

- Hva som blir endret
- Hva som må avklares videre
- Hva som ikke blir endret, og hvorfor

8 HVORDAN DU BIDRAR TIL GOD SIKKERHET

I bygg og anlegg har byggherren, prosjekterende og arbeidsgiver (entreprenør) alle plikter for å «verne arbeidstakere mot farer ved at det tas hensyn til sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på bygg- eller anleggsplasser i forbindelse med planlegging, prosjektering og utførelse av bygg- eller anleggsarbeider» (Byggherreforskriften §1).

GOD SIKKERHET STARTER MED TYDELIG LEDERFORANKRING

Ledelsen har ansvar for å definere hva sikkerhet betyr i egen virksomhet, hvorfor det er viktig, og hvordan det skal prioriteres i praksis. Dette innebærer å avklare mål, forventninger og rammer for sikkerhetsarbeidet, og å sikre at organisasjonen og prosjektene er rigget med riktig kompetanse, kapasitet og beslutningsmyndighet.

Når disse rammene er tydelige, skapes forutsigbar styring og bedre forutsetninger for at sikkerhet faktisk ivaretas i hverdagen – på tvers av roller, fag og prosjekter.



Ulike aktører har ulike roller og påvirkningsmuligheter, men alle bidrar til helheten. I et HOP-perspektiv handler ansvar om hvilke valg vi tar, hvilke rammer vi setter, og hvordan disse påvirker arbeidet i praksis.

Byggherren har det overordnede ansvaret for å sikre at prosjektet planlegges og samordnes slik at det er mulig å utføre arbeidet sikkert. I et HOP-perspektiv handler dette om å skape rammer som støtter trygg praksis i virkeligheten: nok tid, god informasjon, tydelige forventninger og god koordinering mellom aktørene.

Prosjekterende (arkitekter og rådgivende ingeniører) har ansvar for å designe sikkerhet inn i løsningene. Valgene som gjøres i prosjekteringen skal redusere risiko før arbeidet når byggeplassen. I et HOP-perspektiv betyr dette at prosjekterende tar utgangspunkt i hvordan arbeidet faktisk foregår, ikke bare hvordan det er tenkt. Det innebærer å ta høyde for variasjon, praktiske begrensninger og usikkerhet, og å utforme løsninger som gjør det vanskeligere å gjøre feil, og enklere å gjøre ting riktig.

Entreprenørene har ansvar for å organisere og lede arbeidet slik at de som utfører jobben har forutsetningene de trenger for å lykkes. I et HOP-perspektiv handler dette om å sikre tid, utstyr, kompetanse og informasjon, og om å invitere arbeidstakere til å dele erfaringer fra vanlig arbeid. Fokus ligger på å bygge kapasitet, ikke bare å kontrollere etterlevelse.

HOP-prinsippene hjelper oss å se våre valg, handlinger og måten vi lærer på fra et nytt perspektiv. Vi skal fikse arbeidet, ikke de som gjør jobben. Ved å fjerne hindringer og gjøre jobben enklere å utføre, gir vi de som gjør arbeidet et bedre utgangspunkt for å løse jobben på en effektiv og sikker måte.



Sikkerhet skapes ikke ved å skyldforskyve når noe går galt, men gjennom å forstå omgivelsene og betingelsene arbeidet utføres under. Når byggherre har satt realistiske rammer, de prosjekterende designer for hvordan arbeidet faktisk utføres, og entreprenører sikrer riktig utstyr og utførelseskompetanse, kjenner alle sitt ansvar, og vi bygger sikkerhet sammen. Vi må slutte å «fikse» arbeideren, og heller samarbeide om å fikse arbeidet, avdekke feilfeller og gjøre det lett å gjøre rett.

PETTER BERG-WOLLAN, PRINCIPAL RISK & SAFETY ADVISOR, SWECO

Vi må skifte fokus fra hvem til hva. I stedet for å rette søkelyset på enkeltpersoner og hva de har eller ikke har gjort, må vi heller vende oppmerksomheten mot omstendighetene som påvirker utførelsen av arbeidet.

HVA BETYR DETTE FOR HVORDAN VI JOBBER MED SIKKERHET?

I denne veilederen har vi forsøkt å understreke viktigheten av å ta en proaktiv tilnærming til sikkerhet. På et overordnet nivå betyr det at vi må bli bedre på å identifisere forbedringspunkter og forhold som krever vår oppmerksomhet og håndtere disse før det skjer en hendelse.

Hvilke jobber har vi hos oss som innebærer størst risiko for liv og helse og hvilke feilfeller gjør disse jobbene vanskelig i dag?

Det er ingen rett linje fra planer, krav og prosedyrer til det arbeidet som utføres i praksis. Det er ikke ledere eller de som har en HMS-rolle som kan jobben best, men de som faktisk gjør den. Derfor må vi være til stede der arbeidet gjøres, og vi må være nysgjerrige. Det er viktig å selv observere jobben og de omstendighetene som omgir den. På denne måten kan vi få en dypere forståelse av hvordan arbeidet faktisk blir utført og hva som kan gjøre arbeidet vanskelig.

Vi må bli bedre på å stille gode spørsmål og lytte til de som gjør jobben. På den måten får vi et bedre utgangspunkt for å identifisere og håndtere utfordringer knyttet til arbeidet. Dette hjelper oss å arbeide mer målrettet med sikkerhet der det vil ha størst effekt.



Vi har stor tro på at når ledere og verneombud på prosjekt går foran sammen, skulder ved skulder, bidrar dette til erfaringsutveksling og læring. Samtidig sender det et tydelig signal til alle andre om at vi står i dette sammen som et team.

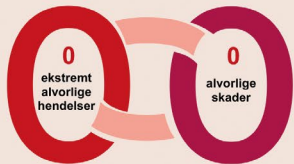
PEER CHRISTIAN ANDERSSSEN, DIREKTØR FOR HMS OG KVALITET, SKANSKA NORGE

EKSEMPEL: Slik kan et selskap gjøre HOP konkret for hele organisasjonen

Flere virksomheter i bransjen jobber nå med å integrere HOP-prinsippene både på strategisk og operativt nivå. Et eksempel er Veidekke, som har utviklet en én-siders HMS-avtale. Dokumentet fungerer som et felles veikart for sikkerhetsarbeidet og viser hvordan HOP-prinsipper kan oversettes til tydelige forventninger og handlinger.

Hensikten er å skape en felles forståelse av hva som bygger sikkerhet i praksis og hvilke handlinger som har størst effekt på å redusere risiko for alvorlige hendelser

Veidekke

VEIDEKKES HMS-AVTALE	
 Ingen skal risikere liv eller helse på Veidekkes arbeidsplasser Overordnet HMS-mål - 0 ekstremt alvorlige hendelser og 0 alvorlige skader	
Strategi Veidekkes systematiske HMS-arbeid skal styrke vår sikkerhetskultur gjennom ledelse, risikostyring og læring, hvor vi bygger en sikkerhetskultur med robuste barrierer som retter fokus på systemene og forholdene som påvirker menneskelig atferd.	
Prinsipper • Likeverdig og respekt: Vi bryr oss og tar vare på hverandre - vi er forbilder innen HMS • Si ifra og stans: Vi har rett og plikt til å varsle om farlige forhold og avbryter arbeid ved behov • Proaktiv forebygging: Vi planlegger arbeidet og reduserer risiko - vi etterlever lover og regler • Tilstrekkelig kapasitet: Sikre tid, bemanning, kompetanse og støtte før og under arbeid • Læring uten skyld: Lære av både vanlig arbeid og hendelser med forbedring som mål • Forstå variasjon: Redusere gapet mellom krav og faktisk praksis • Barrieretenkning: Prioritere systemer og barrierer som reduserer konsekvenser • Tilstedeværende ledelse: Ledelsen er synlig i produksjon og følger opp læring og tiltak	
Handlinger Linjeledere • Tilrettelegge for sikkerhet og mestring Du skaper forutsetninger og legger til rette for at medarbeidere kan utføre jobben sikkert og kunne feile i trygge omgivelser • Forstå variasjon Du kjenner og forstår hvordan arbeidet praktisk foregår, og er oppmerksom på forskjeller mellom krav og praksis. Du fanger opp avvik og bidrar til forbedring • Læringsfokus Du ser verdien av læring i hverdagen og legger til rette for at erfaringer deles og brukes til utvikling • Adferd Du bruker et lederspråk som sikrer at en ikke fordeler skyld, men retter oppmerksomheten mot systemer, rammer og organisering – slik at det er trygt å si ifra • Operativ ledelse Du er synlige og til stede i produksjonen og kommuniserer viktigheten av læring, forebygging og for barrierer som fungerer • Arbeidsmiljø Du bidrar aktivt til et godt arbeidsmiljø preget av respekt, inkludering og nulltoleranse for mobbing og trakassering	Handlinger Alle • Rett kompetanse Vi utfører kun arbeid vi er opplært for; bruker sikkert utstyr og nødvendig verneutstyr, og kjenner og etterlever lover, regler og interne krav • Atferd i risikosoner Vi sikrer etablerte barrierer og følger regler på stedet: ✓ alltid sikring ved arbeid i høyden ✓ øyekontakt med maskinfører ✓ respektere avsperringer ✓ unngå opphold under hengende last ✓ bruk mobil/nettbrett på sikre steder • Rapportering Vi bruker vår rett og plikt til å stanse arbeid og varsle leder/verneombud umiddelbart ved fare og rapporterer HMS-avvik for å lære og ivareta sikkerhetstilstanden • Læring Vi deler beste praksis og lærer av både vanlig arbeid og hendelser. Vi sier ifra om gap mellom krav og praksis og foreslår realistiske tiltak for forbedring • Orden Vi bidrar til ekstrem ryddighet • Omsorg og sikkerhet i hverdagen Vi bryr oss om hverandre, behandler alle likeverdig og med respekt, og tar jevnlig sikkerhetssamtaler
Samhandling Disse forventningene gjelder alle som jobber i eller for Veidekke Gjentatte og alvorlige brudd på avtalen kan få konsekvenser for arbeids- eller kontraktsforhold	

Ulike roller har ulike bidrag til sikkerhetsarbeidet. **For deg som har en rolle som fagansvarlig SHA, HMS-sjef, sikkerhetsleder eller sikkerhetsrådgiver,** handler dette særlig om å bygge ferdigheter for å kunne:

- **Forutse:** Få innsikt om fremtidige driftsbetingelser i selskapet du jobber, slik at dere kan revidere risikomodeller og gjennomføre mottiltak.
- **Involvere:** Få med partene på arbeidsplassen, som tillitsvalgte og verneombud, i arbeidet.
- **Respondere:** Sikre nødvendig kapasitet til å håndtere endringer som påvirker organisasjonen og den enkelte.
- **Synkronisere:** Koordinere informasjonsflyt og handlinger. Sørg for at informasjon går fra de som har forståelse og kunnskap til de som tar beslutninger og skal støtte.
- **Proaktivt lære:** Jakte på svakheter, ulike forståelser, målkonflikter og behov for omprioriteringer.

KILDE Provan, D. (2022). A Field Guide to Safety Professional Practice. Safety Futures.



FOTO Jannik Fagerhol / NRG

Utgangspunktet for denne veilederen er at vi ikke trenger mer HMS-arbeid, men heller bedre HMS-arbeid. HOP gir oss et godt startpunkt for å lykkes med dette. **Lykke til!**

Publisert av Samarbeid for sikkerhet i bygg og anlegg (SfS BA)

Januar 2026

*Opprinnelig utviklet og publisert av Norsk Industri.***Produsert av** BehaviorLab**Illustrasjoner** BehaviorLab**Redaksjonskomité:**

Lene Jønsson, SfS BA

Kristian Gould, Equinor

Keith Munkejord, BehaviorLab

Arbeidsgruppe:

Kristin Wold Jenssen, Backe Entreprenør

Siv Elin Karlsen, Veidekke

Hege Tunesvik, Veidekke

Irene Lysbo Sveva, Hæhre

Tanja Dugstad, Statsbygg

Ingunn Høgåsen, Fornebubanen

Morten Hjerbakk, Fornebubanen

Petter Berg Wollan, Sweco

Kontakt

Lene Jønsson

Daglig leder**Telefon:** 930 96 184**E-post:** lj@sfsba.no

Samarbeid for Sikkerhet i bygg og anlegg

c/o EBA

Postboks 5485 Majorstuen

0305 Oslo

Referansegruppe:

Olav Aune, AF gruppen

Anders Bentzrød, Fornebubanen

Peer Christian Anderssen, Skanska

Jens Christen Rolfsen, Safetec

Bente Ulfseth, Statens Vegvesen

Asbjørn Nilsen Aadnevig, Nye Veier

Arne Opdahl, Nye Veier

Bård Dybsjord, Oslobygg KF

Thomas Rustestuen, Oslobygg KF

Mari Hovelsen, NRC Group

Jøran Baann, Mesta

Anders Fylling, Statsbygg

Trond Sørli, Ø.M. Fjeld AS

Rebekka Smeland, Contur

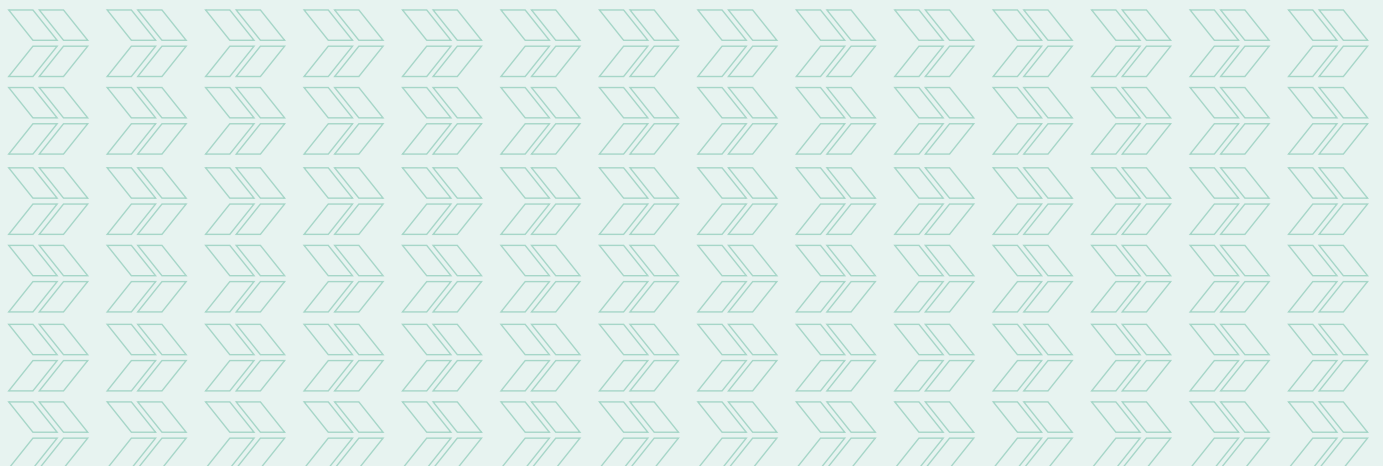
Per Krister Lilleås, BaneNor

Jon Terje Gilhuus, BaneNor

Kirsten Helgesen, BaneNor

© 2026 Samarbeid for sikkerhet i bygg og anlegg (SfS BA).

Innholdet i denne veilederen er beskyttet av åndsverkloven. Opphavsretten innehas av SfS Bygg og Anlegg. Det er tillatt å sitere fra veilederen i samsvar med god skikk og i den utstrekning formålet betinger, forutsatt at kilde oppgis tydelig. All annen form for kopiering, distribusjon, endring eller kommersiell utnyttelse av tekst, bilder eller annet materiale krever skriftlig forhåndssamtykke fra SfS Bygg og Anlegg.





Sikkerhet, lederskap og læring
– HOP i praksis

UTGAVE 1 2026 / Bygg og anlegg

