



Universitetet
i Stavanger

DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram/spesialisering:

Industriell Økonomi

Vårsemesteret, 2010

Åpen

Forfatter: Marit Kvamme

.....
(signatur forfatter)

Fagansvarlig: Lasse B. Andersen

Tittel på masteroppgaven:

Kultur for hendelsesrapportering i norsk teknisk produksjonsindustri

Engelsk tittel:

Incident reporting culture in Norwegian technical production industry

Studiepoeng: 30sp

Emneord:

Rapporteringskultur
Sikkerhetskultur
Organisatorisk læring

Sidetall: 92

+ vedlegg/annet: 3

Stavanger, 15. juni 2010
dato/år



Universitetet
i Stavanger

Kultur for
hendelsesrapportering i
norsk teknisk
produksjonsindustri

Masteroppgave, Universitet i Stavanger,
Industriell økonomi

Marit Kvamme
15.06.2010

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik prosess på flere områder. Jeg har lært mye om hendelsesrapportering i produksjonsindustrien og det har gitt en mersmak som gjør at jeg ønsker å jobbe med dette i fremtiden. Jeg har lært mye om meg selv og min måte å jobbe selvstendig, strukturert og effektivt på. Å samle og fordøye mye ny kunnskap på relativt kort tid og ha evnen til å forstå og å bruke den i mitt eget arbeid har vært en utfordrende prosess, men jeg er fornøyd med måten jeg taklet utfordringen på. Jeg har også lært mye om det å skrive en oppgave og å formulere meg faglig og presist.

Jeg vil gjerne gi min veileder Lasse B. Andersen en stor takk for god veiledning og gode refleksjoner rundt tema i oppgaven min. Jeg har fått jevnlig veiledning gjennom hele prosessen. Lasse er flink til å motivere underveis i prosessen slik at studenten utnytter sitt potensial fullt ut og oppnår sine målsettinger!

Jeg vil takke Rolls-Royce Marine Engines Bergen, ved Hans Aakre, for at jeg fikk gjennomføre en analyse av rapporteringskulturen ved fem avdelinger der.

Takk til alle som gjorde det mulig å gjennomføre undersøkelsen!

Jeg vil gi min far, Jan Yngve Kvamme, en stor takk for mange gode diskusjoner og refleksjoner rundt temaet hendelsesrapportering. Gjennom hele prosessen har han jevnlig lest gjennom oppgaven min og gitt meg gode innspill, noe jeg er veldig takknemmelig for!

Jeg vil gjerne takke min kjæreste og min familie som har støttet meg gjennom alle fem år som student. De har entusiastisk delt gleder og frustrasjoner med meg.

Jeg setter stor pris på dere alle!

Marit Kvamme

15.juni 2010, Universitetet i Stavanger

Sammendrag

Rapporteringskultur er en svært viktig del av en organisasjons sikkerhetskultur. Vi har ikke klart å finne en definisjon av rapporteringskultur i litteraturen og ønsket derfor å bidra med en omforent terminologi ved å definere rapporteringskultur: *"Felles verdier, normer og holdninger knyttet til rapportering av uønskede hendelser. En god rapporteringskultur bygger på gjensidig tillit og rettferdighet, der alle medvirker til organisatorisk læring"*. Definisjonen bygger på viktige elementer i en sikkerhetskultur samt faktorer som påvirker en rapporteringskultur.

Vi har vurdert viktigheten av en god rapporteringskultur i forhold til organisatorisk læring. Man lærer best av egne feil. Med et godt system for hendelsesrapportering kan farlige situasjoner, nesten-ulykker og ulykker avdekkes. Man kan identifisere de grunnleggende årsakene og iverksette korrekte tiltak. Vi mener rapportering av uønskede hendelser er den beste metoden for å oppnå organisatorisk læring på.

Vi har kartlagt hvilke lovverker som er gjeldene for hendelsesrapportering i produksjonsindustrien i Norge. I følge arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften har arbeidsgiver og arbeidstaker rettigheter og plikter knyttet til selskapets HMS(Helse, miljø og sikkerhet) arbeid. Myndighetene setter krav til dokumentasjon i forhold til selskapets systematiske HMS arbeid. De fleste selskaper har egne prosedyrer i tillegg til HMS kravene fra myndighetene. Rolls-Royce plc har utarbeidet egne prosedyrer for hendelsesrapportering. Vi synes prosedyren er utførlig og den legger vekt på mange av de kritiske faktorene vi har belyst som viktige for å oppnå en god rapporteringskultur.

Oppgaven omfatter en analyse av rapporteringskulturen i fem avdelinger ved Rolls-Royce Marine Engines Bergen (RRMEB). Metoden som er benyttet i analysen er spørreundersøkelse. Undersøkelsen avdekket at de fleste operatørene så viktigheten med hendelsesrapportering for organisatorisk læring, noe som er svært positivt. Rapporteringsraten er noe lav i forhold til hvor mange som svarer at de synes hendelsesrapportering er viktig. Gode forutsetninger og god kultur for hendelsesrapportering er viktig, og for RRMEB er tilbakemelding og opplæring de faktorene med størst forbedringspotensial. Vi konkluderer med at de avdelingene ved RRMEB som deltok i undersøkelsen har relativt god rapporteringskultur.

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1. INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN	7
1.2 MÅLSETTING.....	8
1.3 OMFANG.....	8
1.4 DEFINISJONER OG FORKORTELSER	9
KAPITTEL 2. REGELVERK FOR HENDELSERAPPORTERING	12
2.1 NASJONALT REGELVERK FOR HENDELSERAPPORTERING.....	12
2.1.1 <i>Arbeidsmiljøloven</i>	13
2.1.2 <i>Internkontrollforskriften</i>	14
2.2 INTERNE OG LOKALE RETNINGSLINJER OG PROSEDYRER	15
KAPITTEL 3. RAPPORTERINGSKULTUR	22
3.1 RAPPORTERINGSKULTUR – EN DEL AV SIKKERHETSKULTUREN I EN ORGANISASJON.....	22
3.1.1 <i>Faktorer som påvirker rapporteringskultur</i>	28
3.1.2 <i>Økonomiske og teknologiske faktorerers innvirkning på Rapporteringssystemer og rapporteringskultur</i>	35
3.2 DEFINISJON AV RAPPORTERINGSKULTUR.....	43
3.3 RAPPORTERINGSKULTUR SOM UTGANGSPUNKT FOR ORGANISATORISK LÆRING	47
3.3.1 <i>Hvordan bruke hendelsesrapportering til å oppnå organisatorisk læring</i>	47
KAPITTEL 4. ANALYSE AV RAPPORTERINGSKULTUR I ROLLS-ROYCE MARINE ENGINES BERGEN	54
4.1 ROLLS-ROYCE MARINE ENGINES-BERGEN (RRMEB).....	54
4.2 METODE.....	56
4.3 FORUNDERSØKELSE.....	58
4.4 BEGRENSNINGER.....	60
4.5 GJENNOMFØRING AV ANALYSE	60
4.6 RESULTAT OG DISKUSJON.....	61
4.6.1 <i>Resultat fra undersøkelsen for operatører</i>	63
4.6.1 <i>Resultat fra undersøkelsen for avdelingsledere</i>	76
4.7 ANBEFALTE FORBEDRINGSTILTAK	79
KAPITTEL 5. KONKLUSJON/DISKUSJON	85
LITTERATURLISTE	90
VEDLEGG	92

Figurliste

FIGUR 1 SYSTAMETISK HMS ARBEID (INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN (B)).....	13
FIGUR 2 DE VIKTIGSTE UNDERGRUPPENE TIL SIKKERHETSKULTUR (REASON OG HOBBS 2003).	24
FIGUR 3 MODELL FOR SAMMENHENG MELLOM SIKKERHETSKULTUR OG ANDRE FORHOLD	25
FIGUR 4 REVIDERT MODELL FOR SAMMENHENGENE MELLOM SIKKERHETSKULTUR OG ANDRE FORHOLD.....	27
FIGUR 5 VIKTIGE FAKTORER SOM PÅVIRKER EN RAPPORTERINGSKULTUR.....	32
FIGUR 6 DET ER VIKTIG Å RAPPORTERE ALLE UØNSKEDE HENDELSER SLIK AT KORREKTE TILTAK KAN IVERKSETTES. (LUND 2010).....	41
FIGUR 7 SYSTEMATISK HMS ARBEID (INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN (B)).....	48
FIGUR 8 EN ILLUSTRASJON AV ARGYRIS (1999) SINGLE- OG DOUBLE-LOOP KONSEPT. .	49
FIGUR 9 STRUKTUR FOR RAPPORTERING AV TAPSHENDELSER (ANDERSEN, NÆSS, TUNGLAND 2010).....	51
FIGUR 10 DESIGNKRITERIER FOR Å OPPNÅ ALL RELEVANT INFORMASJON (ANDERSEN, NÆSS, TUNGLAND 2010).....	52
FIGUR 11 ET UTVALG AV RRMEB-MOTORER (PERSONLIG KOMMUNIKASJON, AAKRE, H. 14.MAI 2010).....	54
FIGUR 12 RRMEB, HORDVIKNESET (PERSONLIG KOMMUNIKASJON, AAKRE, H., RRMEB 14.MAI 2010).....	55
FIGUR 13 HMS PRIS, RRMEB (PERSONLIG KOMMUNIKASJON, AAKRE, H., RRMEB, 14.MAI 2010).	56
FIGUR 14 ILLUSTRERER I HVILKEN GRAD DE ANSATTE FØLER DET ER VIKTIG MED HENDELSERAPPORTERING, DELT I FIRE KATEGORIER.	64
FIGUR 15 ILLUSTRERER I HVILKEN GRAD DE ANSATTE FØLER DET ER VIKTIG MED HENDELSERAPPORTERING.	64
FIGUR 16 HVOR OFTE OPERATØRENE SKRIVER TILLØPSRAPPORTER NÅR DE OPPDAGER ET TILLØP, DELT I FIRE KATEGORIER.....	66
FIGUR 17 ILLUSTRERER HVOR OFTE OPERATØRENE SKRIVER TILLØPSRAPPORTER NÅR DE OPPDAGER ET TILLØP.	66
FIGUR 18 ILLUSTRERER HVOR GODT OPERATØRENE SYNES DET ER TILRETTELAGT FOR Å SKRIVE TILLØPSRAPPORTER, DELT I FIRE KATEGORIER.....	68
FIGUR 19 ILLUSTRERER HVOR GODT OPERATØRENE SYNES DET ER TILRETTELAGT FOR Å SKRIVE TILLØPSRAPPORTER.....	69

FIGUR 20 ILLUSTRERER HVOR FORNØYD OPERATØRENE ER MED TILBAKEMELDING PÅ INNLEVERTE TILLØPSRAPPORTER, DELT I FIRE KATEGORIER.	71
FIGUR 21 ILLUSTRERER HVOR FORNØYD OPERATØRENE ER MED TILBAKEMELDING PÅ INNLEVERTE TILLØPSRAPPORTER.	71
FIGUR 22 ILLUSTRERER HVOR VIKTIG OPERATØRENE SYNES DET ER MED BELØNNING FOR Å LEVERE TILLØPSRAPPORTER, DELT I FIRE KATEGORIER.	73
FIGUR 23 ILLUSTRERER HVOR VIKTIG OPERATØRENE SYNES DET ER MED BELØNNING FOR Å LEVERE TILLØPSRAPPORTER.....	73

Tabelliste

TABELL 1 "MULIGHETER FOR FORBEDRING" ER KATEGORISERT BASERT PÅ VERST TENKELIG POTENSIELT UTFALL (HSE STANDARD AND GUIDELINE ROLLS-ROYCE PLC, 2009).....	19
TABELL 2 OVERSIKT OVER ANTALL ANSATTE OG SVARPROSENT PÅ UNDERSØKELSEN FOR OPERATØRER.	62
TABELL 3 VISER HVILKE FAKTORER OPERATØRENE SELV MENER SKAL TIL FOR AT DE SKAL SKRIVE FLERE RAPPORTER.....	75
TABELL 4 RESULTATER I SPØRSMÅL 1. SVARALTERNATIV: 1 = UVIKTIG, 5 = SVÆRT VIKTIG.....	76
TABELL 5 RESULTATER I SPØRSMÅL 2. SVARALTERNATIV: 1 = ALDRI, 5 = ALLTID.	77
TABELL 6 RESULTATER I SPØRSMÅL 3. SVARALTERNATIV: 1 = SVÆRT DÅRLIG, 5 = SVÆRT GODT.....	77
TABELL 7 RESULTATER I SPØRSMÅL 4. SVARALTERNATIV: 1 = ALDRI, 5 = ALLTID.	78
TABELL 8 RESULTATER I SPØRSMÅL 5. SVARALTERNATIV: 1 = SVÆRT DÅRLIG, 5 = SVÆRT GODT.....	78

KAPITTEL 1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

”Ulykken skjedde uten forvarsel”. Dette er det en ofte hører eller leser etter en ulykke har skjedd. Det er bare delvis riktig da realitetene ofte er at en ikke er i stand til å se forvarslene. En ulykke oppstår ofte som følge av at flere barrierer svikter samtidig. Kombinasjonen av de barrierene som svikter og fører til en ulykke er ofte unik og til en viss grad uforutsigbar, men individuelle feil er sjelden unike. Derfor er det viktig å fange opp alle små og store uønskede hendelser (se definisjon i kapittel 1.4) og rapportere dem inn til bedriftens ledelse. De siste tiårene ser vi en økende grad av hendelsesrapportering i norsk teknisk produksjonsindustri. Selskaper/bedrifter får stadig bedre systemer for å rapportere og behandle uønskede hendelser. Å rapportere nesten-hendelser og farlige situasjoner er vel så viktig som å rapportere oppståtte hendelser. Ved å analysere hendelsesrapportene vil en kunne kartlegge *hvilke situasjoner og hendelser* som kan oppstå, *når, hvor og hvordan* de vil oppstå, man kan se *sammenhenger mellom barrierer* og predikere *mulige konsekvenser*. Dette gjør at sannsynligheten er større for at selskapet iverksetter korrekte forebyggende tiltak for å hindre hendelsen i å oppstå og/eller at konsekvensene blir minimale. Erfaringene kan også brukes i lignende situasjoner.

En god rapporteringskultur som leverer gode rapporter er selve grunnmuren i kartleggingen av uønskede hendelser. Det er ikke enkelt å konstruere en god rapporteringskultur. Rapporteringskultur er en viktig del av sikkerhetskulturen i en organisasjon, og blir påvirket av mange ulike faktorer. En god rapporteringskultur har også en viktig betydning i forhold til organisatorisk læring.

Hendelsesrapportering har mange interessenter. Den viktigste interessenten er arbeideren og miljøet i og rundt bedriften, den/de som fysisk kan bli påvirket/skadet dersom en hendelse oppstår. Andre interessenter er ledere og eiere. Ledere kan bli stilt ansvarlige for hendelser som oppstår, noe som kan virke negativt på den enkeltes leders karriere. Eiere kan få økonomiske konsekvenser ved eventuelle erstatningskrav, bøter for uansvarlig drift, til og med fengselstraff

for de mest alvorlige tilfellene. Samfunnet er også interessenter, negative hendelser hos en bedrift kan føre til negativ omtale av bedriften, som igjen kan føre til tap av kunder og således et økonomisk tap (omdømmerisiko). Tap av kunder kan føre til tap av arbeidsoppgaver i den enkelte bedrift, som igjen kan føre til tap av arbeidsplasser i lokalsamfunnet. Nabolaget og miljøet rundt er interessenter når det gjelder forhold som er til belastning for omgivelsene til bedriften, slik som utslipp, støy, stor trafikk eller enkelt hendelser som fysisk påvirker områdene rundt bedriften.

1.2 MÅLSETTING

- Kartlegge regelverkskrav i forhold til hendelsesrapportering i norsk teknisk produksjonsindustri
- Bidra til omforent terminologi ved å etablere en definisjon på rapporteringskultur
- Vurdere viktigheten av en god rapporteringskultur som utgangspunkt for organisatorisk læring
- Analysere rapporteringskulturen i fem avdelinger ved Rolls-Royce Marine Engines Bergen, og anbefale forbedringstiltak

1.3 OMFANG

Denne oppgaven vil ta for seg kultur for hendelsesrapportering i norsk teknisk produksjonsindustri, ikke i andre typer industrier eller i andre land. Systemer for hendelsesrapportering vil kun bli beskrevet der det er relevant for å beskrive kultur for hendelsesrapportering. Omfanget av oppgaven inkluderer en analyse av rapporteringskulturen ved Rolls-Royce Marine Engines Bergen. For å gjøre bedriftens tap av arbeidstid minst mulig, relatert til denne undersøkelsen, ble det valgt ut fem avdelinger som skulle delta. Dette utgjør omtrent 50 % av arbeidsstokken i produksjonen.

1.4 DEFINISJONER OG FORKORTELSER

Følgende definisjoner er benyttet i oppgaven

(i kapittel 2.2 benyttes Rolls-Royce plc sine definisjoner)

Sikkerhetskultur:

Sikkerhetskulturen i en organisasjon er produktet av både individuell og felles verdier, holdninger, oppfatning, kompetanse og adferdsmønster som avgjør en organisasjons forpliktelse til stil og ferdigheter for helse og sikkerhetsledelse. (Lee 1996)

Avvik:

En hendelse eller en tilstand som avviker fra den standard en feilfri eller planlagt systemprosess har (Kjellèn 2000).

Ulykke:

"En sekvens av logiske og kronologisk relaterte avvikende begivenheter som involverer en hendelse som resulterer i skade på personell, miljø eller materielle verdier" (Kjellèn 2000)

Nesten ulykke:

"En sekvens av logiske og kronologisk relaterte avvikende begivenheter som involverer en hendelse som under andre omstendigheter kan resultere i skade på personell, miljø eller materielle verdier" (Kjellèn 2000).

Farlig situasjon:

Enhver situasjon hvor en tilstand eller handling som ikke er i henhold til lover, forskrifter og/eller prosedyrer, er tilstede, kan oppstå eller har oppstått (Personlig kommunikasjon Kvamme, J.Y. 16.mai 2010).

Uønsket hendelse:

I denne oppgaven benyttes "uønsket hendelse" og "hendelse" som et felles begrep for "ulykke", "nesten ulykke" og "farlige situasjoner".

Rolls-Royce sine definisjoner:

Nesten-ulykke:

”en nesten-ulykke er en hendelse med potensial for skade på menneske, eiendom eller andre materielle tap som ikke resulterte i noen av utfallene i dette eksempelet. Dette gjelder arbeid både i og utenfor lokasjonen. Det er viktig å merke seg at nesten ulykker ikke er begrenset til produksjonsmiljø, og kan også oppstå i et kontormiljø” (HSE Standard and Guideline Rolls-Royce plc, 2009).

Uønskede omstendigheter (usikker handling og forhold):

”Er et sett av forhold eller omstendigheter som potensielt kan føre til en ulykke. Uønskede omstendigheter kan deles inn i usikker handling eller usikre forhold. Mange usikre forhold oppstår som følge av usikker handling eller oppførsel” (HSE Standard and Guideline Rolls-Royce plc, 2009).

Tilløp: Rolls-Royce Marine Engines Bergen bruker *tilløp* som en fellesbetegnelse på nesten-ulykke og uønskede omstendigheter, og hendelsesrapportering benevnes da med *tilløpsrapportering* i kapittel 4.

”Mulighet for forbedring” er et uttrykk Rolls-Royce plc bruker i sin prosedyre for HMS rapportering av nesten uhell, usikker handling/forhold, samt muligheter for forbedring. De bruker uttrykket ”muligheter for forbedring” som en felles betegnelse for dette. Bedriften mener noen ansatte vil føle seg mer komfortable med denne terminologien og at det vil motivere de til å rapportere hendelser og situasjoner med fokus på å forbedre arbeidsforhold istedenfor å rapportere kollegaer som arbeider på en risikabel måte (HSE Standard and Guideline Rolls-Royce plc, 2009).

Forkortelser

- HMS Helse Miljø og Sikkerhet
- AML Arbeidsmiljøloven
- AMU Arbeidsmiljøutvalget
- HSE Health Safety and Environment
- RR Rolls-Royce plc (plc = public limited company)
- RRMEB Rolls-Royce Marine Engines-Bergen
- LT Luftfartstilsynet

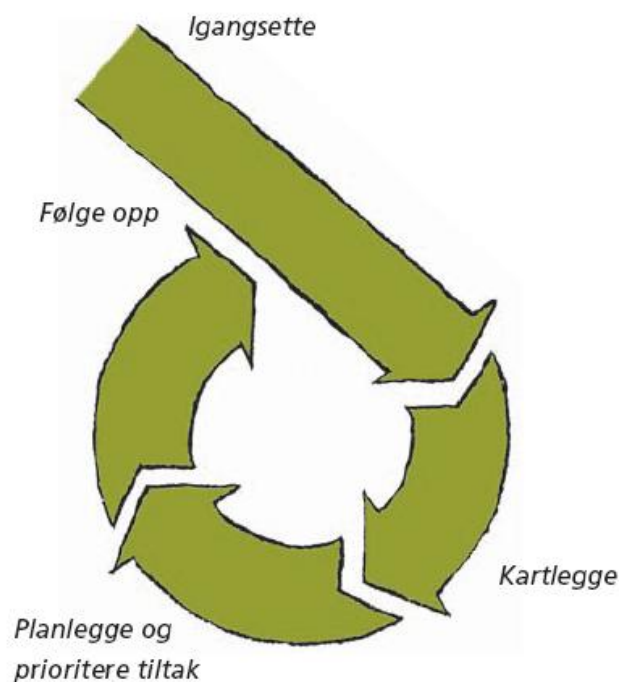
KAPITTEL 2. REGELVERK FOR HENDELSESRAPPORTERING

I Norge har vi krav til hendelsesrapportering, både i arbeidsmiljøloven og i internkontrollforskriften. I tillegg til nasjonale krav har de fleste selskaper utarbeidet egne prosedyrer der en tar hensyn til selskapets egen sikkerhetsprofil. Mange selskaper stiller krav til god sikkerhetsprofil hos sine underleverandører. For å være konkurransedyktige har mange selskaper derfor en strengere sikkerhetsprofil enn det nasjonale lovverk krever. I tillegg til nasjonale og internasjonale krav har Rolls-Royce plc en egen sikkerhetspolicy som ligger til grunn i de prosedyrene Rolls-Royce Marine Engines Bergen forholder seg til.

2.1 NASJONALT REGELVERK FOR HENDELSESRAPPORTERING.

Nasjonalt regelverk for hendelsesrapportering i norsk teknisk produksjonsindustri finnes i arbeidsmiljøloven og i internkontrollforskriften. Arbeidsmiljøloven har som formål å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet, sikre arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Arbeidsmiljøloven beskriver hvilke plikter arbeidsgiver og arbeidstaker har for å sørge for et godt arbeidsmiljø. Den setter og krav til bedriften når det gjelder verneombud, arbeidsmiljøutvalg og eventuelt bedriftshelsetjeneste. Arbeidsmiljøloven gjelder for alle arbeidstakere (Arbeidsdepartementet).

Internkontrollforskriften er forskriften om systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid i virksomheter. Formålet med internkontrollforskriften er at "gjennom krav om systematisk gjennomføring av tiltak, skal denne forskrift fremme et forbedringsarbeid i virksomhetene innen arbeidsmiljø og sikkerhet, forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjenester, vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall slik at målene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen oppnås" (Internkontrollforskriften (a) §1-1)



FIGUR 1 SYSTAMETISK HMS ARBEID (INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN (B)).

2.1.1 ARBEIDSMILJØLOVEN

Arbeidsmiljøloven er lov om arbeidstid, stillingsvern og arbeidsmiljø. Lover knyttet til hendelsesrapportering i norsk teknisk produksjonsindustri finner vi i §2-3(2), §2-4, §2-5 og §3-1.

I følge AML skal arbeidstaker medvirke til å hindre ulykker og skader. Arbeidstaker skal underrette arbeidsgiver og verneombud (om nødvendig andre arbeidstakere) dersom en oppdager en farlig situasjon og en ikke har mulighet til å rette på den selv. Arbeidstaker skal avbryte arbeidet dersom det utgjør en fare for liv og helse. Dersom arbeidstaker observerer trakassering og/eller diskriminering på arbeidsplassen skal den umiddelbart rapportere dette. Arbeidstaker skal melde fra om arbeidsrelatert skade eller sykdom. Dette er svært viktig i det forebyggende arbeidet. Arbeidstaker skal rette seg etter påbud fra Arbeidstilsynet (AML. §2-3 (2)).

Arbeidstaker har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i bedriften, også til tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter. Arbeidstakers

fremgangsmåte ved varsling skal være forsvarlig, og den har rett til å varsle i samsvar med varslingsplikt og å benytte seg av virksomhetens rutiner ved varsling. Det er arbeidsgiver som har bevisføringsplikt for at varsling er skjedd i strid med §2-4 (1) og (2), (AML. §2-4).

Arbeidstaker er vernet mot gjengjeldelse ved varsling. Det er forbudt å gjengjelde mot arbeidstaker som varsler i samsvar med § 2-4. Dersom arbeidsgiver gir grunn til å tro at det har blitt utført gjengjeldelse, er det arbeidsgivers plikt å sannsynliggjøre noe annet. Dersom arbeidstaker er utsatt for gjengjeldelse har den rett til å kreve oppreisning uten hensyn til arbeidsgivers skyld (AML. §2-5).

AML setter krav til systematisk HMS arbeid. Arbeidsgiver skal sørge for at det blir utført systematisk HMS arbeid på alle plan i virksomheten, dette gjøres i samarbeid med arbeidstaker og deres tillitsvalgte. Arbeidsgiver skal sette mål for HMS arbeidet, de skal ha oversikt over hvordan oppgaver, ansvar og myndighet i forhold til HMS er fordelt. De skal kartlegge farlige forhold, vurdere risikoen av de og iverksette tiltak for å redusere denne risikoen. Arbeidsgiver skal iverksette rutiner for å avdekke, forebygge og rette opp overtredelse av krav fastsatt eller i medhold av AML. En skal systematisk arbeide for å forebygge og følge opp sykefravær. Arbeidsgiver skal ha løpende kontroll med arbeidsmiljø og arbeidstakers helse når risikoforholdene tilsier det. De skal også foreta systematisk overvåkning av HMS arbeidet og sikre at det fungerer som forutsatt. Departementet kan gi nærmere bestemmelser, de kan for eksempel gi krav til dokumentasjon av HMS arbeid (AML. § 3-1).

2.1.2 INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art; størrelse, aktivitet og risikoforhold. Internkontroll innebærer at virksomheten skal sørge for at aktuelle lover og forskrifter i HMS lovgivningen er tilgjengelig, og at de har oversikt over de krav som er spesielt viktig for virksomheten. De skal sørge for at arbeidstakere har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter om HMS arbeidet og at de blir informert om endringer. De skal sørge for at arbeidstakerne medvirker til samlet kunnskap og at erfaring utnyttes. Følgende punkter skal virksomheten dokumentere skriftlig. Mål for HMS, oversikt over ansvars-, oppgave, og myndighetsfordeling i HMS

arbeidet. Virksomheten skal kartlegge farer, vurdere risiko og utarbeide planer og tiltak for å redusere risikoen. De skal iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av HMS lovgivningen. De skal systematisk overvåke internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt.

Virksomhetens størrelse, art, risikoforhold og aktiviteter avgjør i hvilket omfang det skal dokumenteres. Instruksjer, tillatelser, kompetansebevis og sertifikater er eksempler på hva som skal inngå (Internkontrollforskriften (a) §5).

2.2 INTERNE OG LOKALE RETNINGSLINJER OG PROSEDYRER

Når Rolls-Royce plc definerer HMS kulturen i et segment definerer de den først og fremst ved å se på frekvensen av sikker adferd hver dag. Sikker adferd er blant annet å rapportere nesten ulykke, usikker adferd, usikre forhold og å rapportere muligheter for forbedring. Rolls Royce plc bruker "muligheter for forbedring" som en fellesbetegnelse. Dette gjør de fordi mange ansatte føler seg mer komfortable med den betegnelsen, og det oppmuntrer de ansatte til å rapportere hendelser og situasjoner når det settes fokus på å forbedre arbeidsforhold i stedet for å informere om kollegaer som jobber på en usikker måte (HSE Standard and Guideline Rolls-Royce plc, 2009).

Direktør og toppledelse

Skal sørge for at selskapet/lokasjonene har egnet system til å kunne implementere HMS standarden i deres selskap/lokasjon.

Ledere og arbeidsledere

Ledere og arbeidsledere har et stort ansvar når det gjelder HMS arbeid. I følge Rolls-Royce plc sin egen standard og retningslinjer skal de kommunisere både viktigheten av og fordelene ved å rapportere "muligheter for forbedring" ut til alle sine ansatte. De skal oppmuntre og motivere alle til å være årvåken for "muligheter for forbedring" og rapportere umiddelbart til sin nærmeste overordnede. Ledere skal gi alle myndighet til å kreve stans i en aktivitet dersom de er usikker i forhold til HMS knyttet til aktiviteten. De skal delta på HMS inspeksjoner med fokus på å

identifisere "muligheter for forbedring", samt engasjere sine ansatte i dette arbeidet. Dersom en oppdager en "mulighet for forbedring" ved rutinemessig inspeksjon av arbeidsplassen skal lederen kontrollere at den er rapportert og at rapporten blir slutført. Ledere skal alltid reagere umiddelbart dersom de observerer en "mulighet for forbedring". De skal legge til rette for rapportering ved å ha rapporteringsskjema på alle HMS tavlene. På HMS tavlene skal ledelsen også gi tilbakemelding på rapporter og tiltak som er gjort i forhold til "muligheter for forbedring" og hvordan en ligger an i forhold til de rapporteringsmålene en har satt seg. Lederne skal kategorisere innrapporterte skjema og identifisere tiltak som er nødvendig for å hindre gjentakelse eller eskalering. De skal undersøke "muligheter for forbedring" på et detaljnivå som samsvarer med den potensielle konsekvensen, den nærmeste og underliggende årsaken må bli klart identifisert. Rapportene skal gjennomgås på ledermøte og relevant informasjon skal publiseres på HMS tavlene samt kommuniseres på avdelingsmøter. Rapportene skal sendes HMS-avdelingen for gjennomgåelse og analyse. Det skal settes mål for rapportering og en skal overvåke ytelsen. En skal regelmessig kontrollere statistikk og grad av rapportering og dette skal være tema på HMS- og ledelsesmøter.

Arbeidstakere

Arbeidstakerne skal rapportere all "mulighet for forbedring" ved hjelp av rapporteringssystemet på avdelingen. Dersom en aktivitet eller et arbeidsforhold utgjør en risiko knyttet til HMS skal den stoppes umiddelbart eller om mulig gjøre øyeblikkelige tiltak for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå.

Helse-, miljø- og sikkerhetspersonell

HMS personell skal sammen med ledelsen være pådrivere i arbeidet med å vise viktigheten av rapportering av "muligheter for forbedring" og å slutføre disse rapportene. De skal aktivt være med å legge til rette for rapportering, etterforskning og registrering av "muligheter for forbedring". De skal alltid umiddelbart ta tak i "muligheter for forbedring" som de observerer. HMS personell skal bistå lederteamet ved inspeksjonsrunder. Periodevis skal de lage til øvingsoppgaver som går på å observere og iverksette tiltak. Ved behov skal de

bistå ledere med profesjonell støtte i forbindelse med rapportering av "muligheter for forbedring", dette gjelder både i etterforskningen og i implementering av tiltak. En skal overvåke de tiltak som er satt i verk og effekten av risikokontrollmålene. Rapportene som kommer inn skal kategoriseres og legges i databasen, og månedlig skal de rapportere videre til felles HMS gruppe. Periodevis skal en analysere de innrapporterte hendelsene for å se om det er spesifikke områder eller aktiviteter som trenger bedre oppfølging. Det skal regelmessig rapporteres til felles HMS utvalg og ledermøter. En skal også kontrollere at rapporter med tilhørende tiltak blir publisert på HMS tavlene i bedriften.

Utvikle en kultur som oppmuntrer til rapportering

Rolls-Royce plc har utarbeidet retningslinjer for hvordan en kan kommunisere viktigheten av rapportering og oppmuntre de ansatte til å la rapportering bli en del av deres dagligdagse ansvar. For at de ansatte skal kunne rapportere, forutsetter det at de er informert om hvilke farer og risikoer som kan oppstå i deres arbeidsmiljø, de må vite hvilke konsekvenser det får dersom noe skulle gå galt, og de må vite hva minimum krav til sikkerhet/standard er for å kunne utføre et arbeid. Faktorer som kan demotivere rapportering av "muligheter for forbedring" er dersom de ansatte er redde for å få skyld i noe som har skjedd, eller de føler ubehag ved å rapportere om situasjoner der medarbeidere er involvert og de er redde for hvilke konsekvenser det vil få for deres arbeid når eventuelle tiltak er iverksatt. For å motivere de ansatte til å rapportere er det viktig at rapporteringssystemet er enkelt i bruk og lett tilgjengelig. Det er viktig at det blir synliggjort hva som er rapportert inn og hvilke tiltak det har ført til. Å reagere hurtig for å implementere tiltak for å hindre eskalering eller gjentakelse er også viktig for de ansatte. Dersom en oppdager at nesten ulykker eller uakseptable forhold aksepteres, er det viktig å konfrontere de ansatte med det. Det er viktig å verdsette rapportering, og en skal ikke straffe den/de som innrapporterer dersom det ikke er helt klart at vedkommende bevisst har motsatt seg de forskrifter og/eller sikkerhetsprosedyrer som er påbudt. Det er viktig for motivasjonen å sette seg mål for rapportering, og at en overvåker rapporteringsinnsatsen i bedriften. Det er viktig å støtte opp om sine medarbeidere dersom de stopper en

aktivitet fordi de føler det ikke er ansvarlig å gjennomføre aktiviteten med de faremomenter de observerer.

Identifisering, rapportering og analysering

Rolls-Royce plc krever at enhver lokasjon i selskapet skal implementere et effektivt system for identifisering, rapportering og analysering av alle "muligheter for forbedring" før de eskalerer til tapshendelser. Rolls-Royce plc har utarbeidet retningslinjer for dette arbeidet, men presiserer at dersom avdelingen allerede har et velfungerende system så skal en opprettholde det og eventuelt supplere med de retningslinjene som er gitt i "Standard and guidelines". Retningslinjene baserer seg i korte trekk på å legge til rette for rapportering, motivere til rapportering og støtte ledere som skal analysere og iverksette tiltak. Dette er også samsvarende med ansvarsområdet til ledere og HMS personell.

Forebygging av eskalering eller gjentakelse

På hvilket nivå bedriftens ledelse skal involveres, og nødvendigheten for etterforskning, skal stå i forhold til verst tenkelig potensielt utfall av hendelsen. Retningslinjer for hvordan en kategoriserer verst tenkelig potensielt utfall mot "muligheter for forbedring" er vist i tabell 1.

Worst Credible Potential Outcome				
People	Assets	Environment	Business Impact	Category of "opportunity for improvement"
<i>Multiple fatalities</i>	<i>Extensive damage</i>	<i>Significant harm</i>	<i>Major and long-term impact</i>	5
<i>Single fatality</i>	<i>Major damage</i>	<i>Moderate, long-term harm</i>	<i>Possible long-term impact</i>	4
<i>Major Injury</i>	<i>Localised damage</i>	<i>Moderate, short-term harm</i>	<i>Significant short-term impact</i>	3
<i>Lost time injury</i>	<i>Minor damage</i>	<i>Low impact, little harm</i>	<i>May have some short-term impact</i>	2
<i>First aid injury or no injury</i>	<i>No damage</i>	<i>No impact</i>	<i>No impact</i>	1

TABELL 1 "MULIGHETER FOR FORBEDRING" ER KATEGORISERT BASERT PÅ VERST TENKELIG POTENSIELT UTFALL (HSE STANDARD AND GUIDELINE ROLLS-ROYCE PLC, 2009).

Med en gang en "mulighet for forbedring" er observert eller rapportert er det viktig å gjøre en hensiktsmessig og tidsriktig handling, slik at en oppnår kontroll over situasjonen før det oppstår en ulykke eller et tap. Dersom en leder observerer en "mulighet for forbedring" i kategori 1 (se tabell 1), for eksempel en ansatt som ikke bruker øyevern der dette er påbudt, så skal lederen ta dette direkte opp med vedkommende. Dette for å gjøre operatøren oppmerksom på at dette er en "mulighet for forbedring" og at vedkommende skal skjønne viktigheten av å bruke øyevern. Deretter skal dette rapporteres som "mulighet for forbedring". Dersom "mulighet for forbedring" har kategori 2-5 (se tabell 1) skal det foretas en grundig etterforskning for å avdekke umiddelbar og underliggende årsak og en skal finne tiltak som skal hindre eskalering eller gjentakelse. Tiltakene skal deretter revideres og evalueres sammen med ledergruppen. Relevant informasjon skal kommuniseres ut til operatørene via HMS tavlene.

Det er viktig å erkjenne at menneskelig feil/forsømmelse kan bidra til observert "mulighet for forbedring". Her skiller Rolls-Royce plc mellom menneskelig feil og menneskelig brudd/overtredelse. Menneskelig feil defineres som uforsettlig oppførsel som innebærer kunnskapsbaserte feil som at en for

eksempel er uoppmerksom eller glemmer noe, eller at en misoppfatter regler og prosedyrer. Menneskelig overtredelse defineres som at en bevisst ikke følger de fastsatte regler og prosedyrer og HMS tiltak. Noen ganger fører dette til at en må endre arbeidsutforming, arbeidsprosedyrer og/eller arbeidsmiljø. Det kan for eksempel være at en operatør ikke bruker hørselsbeskyttelse i område der det er påbudt. Det kan være flere grunner til det avviket. Operatøren motarbeider bevisst regelverk for bruk av verneutstyr (her hørselvern), de er ukomfortable i arbeidssituasjonen eller operatøren har rett og slett glemt å ta de på seg. De tre situasjonene her krever ulike tiltak, i den første situasjon trengs det holdningsendringer, i den andre situasjon trenger en å tilby operatøren en annen form for hørselsbeskyttelse og i den tredje situasjon trenger operatøren en påminnelse.

Gjøre en umiddelbar handling for å gjøre et område trygt eller redusere risikoen til et akseptabelt nivå

Alle som er involvert i en nesten ulykke eller observerer en usikker handling eller forhold skal umiddelbart gjøre tiltak som gjør området/handlingen trygt, eller redusere risikoen til et akseptabelt nivå. Det er da viktig å stille spørsmål ved observert risikofylt oppførsel. Dersom det er et klart brudd på gjeldene regler er det viktig å diskutere omstendighetene med de som er involvert i handlingen slik at en kan forklare reglene. Samtidig er det viktig at lederen lytter til operatørene når de forklarer hvorfor de ikke fulgte reglene, fordi det kan være underliggende årsaker som også må gjøres noe med.

Gi tilbakemelding

Ledere skal gi tilbakemelding på de tiltakene som er innført. Dette engasjerer og motiverer operatørene til å fortsette å rapportere "muligheter for forbedring. Tilbakemelding kan gis direkte til vedkommende som rapporterte, i avdelingsmøter og på HMS tavlene.

Definisjoner

- Nesten ulykke: ” en nesten ulykke er en hendelse med potensiale for skade på menneske, eiendom eller andre materielle tap som ikke resulterte i noen av utfallene i dette eksempelet. Dette gjelder arbeid både i og utenfor lokasjonen. Det er viktig å merke seg at nesten ulykker ikke er begrenset til produksjonsmiljø, og kan også oppstå i et kontormiljø”.
- Uønskede omstendigheter (usikker handling og forhold): ”Er et sett av forhold eller omstendigheter som potensielt kan føre til en ulykke. Uønskede omstendigheter kan deles inn i usikker handling eller usikre forhold. Mange usikre forhold oppstår som følge av usikker handling eller oppførsel”.

(HSE Standard and Guideline Rolls-Royce, 2009)

KAPITTEL 3. RAPPORTERINGSKULTUR

*”Vi har ansvar
ikke bare for det vi gjør
men også for det
vi unnlater å gjøre.”
Richard Whately*

3.1 RAPPORTERINGSKULTUR – EN DEL AV SIKKERHETSKULTUREN I EN ORGANISASJON

Rapporteringskultur er en del av sikkerhetskulturen i en organisasjon. I litteraturen er det mange definisjoner på sikkerhetskultur, men vi har ikke klart å finne en definisjon på rapporteringskultur. For å komme frem til en god definisjon på rapporteringskultur vil vi se på ulike definisjoner av sikkerhetskultur for så å trekke ut faktorer som også er viktige for å få en god rapporteringskultur. En kan begynne med å definere *kultur*. Kultur er definert på mange måter, men i denne sammenheng tenker vi gjerne på kultur som tilhørighet til noe, felles verdier og normer og hvilke holdninger gruppen har. Kultur omhandler også lover og regler, økonomi og teknologi.

Videre kan vi definere sikkerhetskultur, her er det tatt med et utvalg av gode, men ulike definisjoner. Bate (1992) og Thompson *et al* (1996) definerer sikkerhetskultur ut fra to aspekt: hva en organisasjon *er* (tro, verdier og handlinger) og hva en organisasjon *har* (struktur, metoder, kontroll, policy). Uttal (1983) definerer sikkerhetskultur som: ”delte verdier (hva som er viktig) og tro (hvordan ting fungerer) som samhandler med organisasjonens struktur og kontrollsystemer for å oppnå normer for adferd (slik gjør vi det her)”. Cox and Cox (1991) definerer den slik: ”Sikkerhetskultur gjenspeiler holdninger, tro, oppfatning og verdier som de ansatte deler i relasjon til sikkerhet”. Lee (1996) mener sikkerhetskulturen i en organisasjon er produktet av både individuell og felles verdier, holdninger, oppfatning, kompetanse og adferdsmønster som avgjør en organisasjons forpliktelse til stil og ferdigheter for helse og sikkerhetsledelse. Pidgeon (1991) definerer sikkerhetskultur som: ”et sett med tro, normer,

holdninger, regler, og sosiale og tekniske metoder som er interessante for å minimere eksponering av forhold som en betrakter som risikofylt eller skadelig for de ansatte, ledere, kunder og allmennheten ellers”.

Andre har valgt å legge vekt på egenskaper/momenter som de mener bør være tilstede i en god sikkerhetskultur. Pidgeon og O`Leary (1994) påpeker fem aspekter som bør både fremme og gjenspeiles i en god sikkerhetskultur.

- Toppledelsens engasjement knyttet til sikkerhet
- Felles interesse og påpasselighet angående farer, og bekymring for hvordan det påvirker personell
- Realistiske og fleksible normer og regler rundt farer
- Kontinuerlig reflektere over dagens praksis ved overvåkning, analyser og systemer for tilbakemelding (organisatorisk læring)

Reason og Hobbs (2003) har valgt å fokusere på egenskapene til en god sikkerhetskultur. De har trukket frem seks egenskaper ved en sikkerhetskultur de mener er viktige:

- Sikkerhetskultur er drivkraften som skal lede organisasjonen slik at de oppnår sine sikkerhetsmål, uavhengig hvem som besitter lederstolene og kommersielt press.
- Sikkerhetskulturen skal minne de ansatte om at de må respektere de farene som deres arbeid utgjør og at de må forvente at mennesker og maskiner/utstyr kan feile. De ansatte har en felles bevissthet rundt det som kan gå galt.
- En sikkerhetskultur er en informert kultur som vet hvor ”kanten” er uten å måtte falle utfor. Dette er en utfordring for bedrifter med relativt få hendelser.
- Det må være en kultur preget av tillit, slik at de ansatte er villig til å tilstå uhell eller nesten uhell de har gjort. Ved å analysere innrapporterte hendelser kan en få en oversikt over utløsende faktorer til hendelser og således oppnå organisatorisk læring.
- Det er en rettferdighetskultur som har forstått forskjellen på en skyldfri handling og en straffbar handling. Uten en slik kultur er det svært vanskelig/umulig å oppnå en effektiv rapporteringskultur.

- Det er en kultur for læring der en bruker både proaktive og reaktive forhåndsregler til systemforbedringer. En lærende kultur bruker avvik som oppstår mellom en intensjon og en faktisk handling til å vurdere de grunnleggende antagelsene, og har vilje til å endre de dersom de er gale.

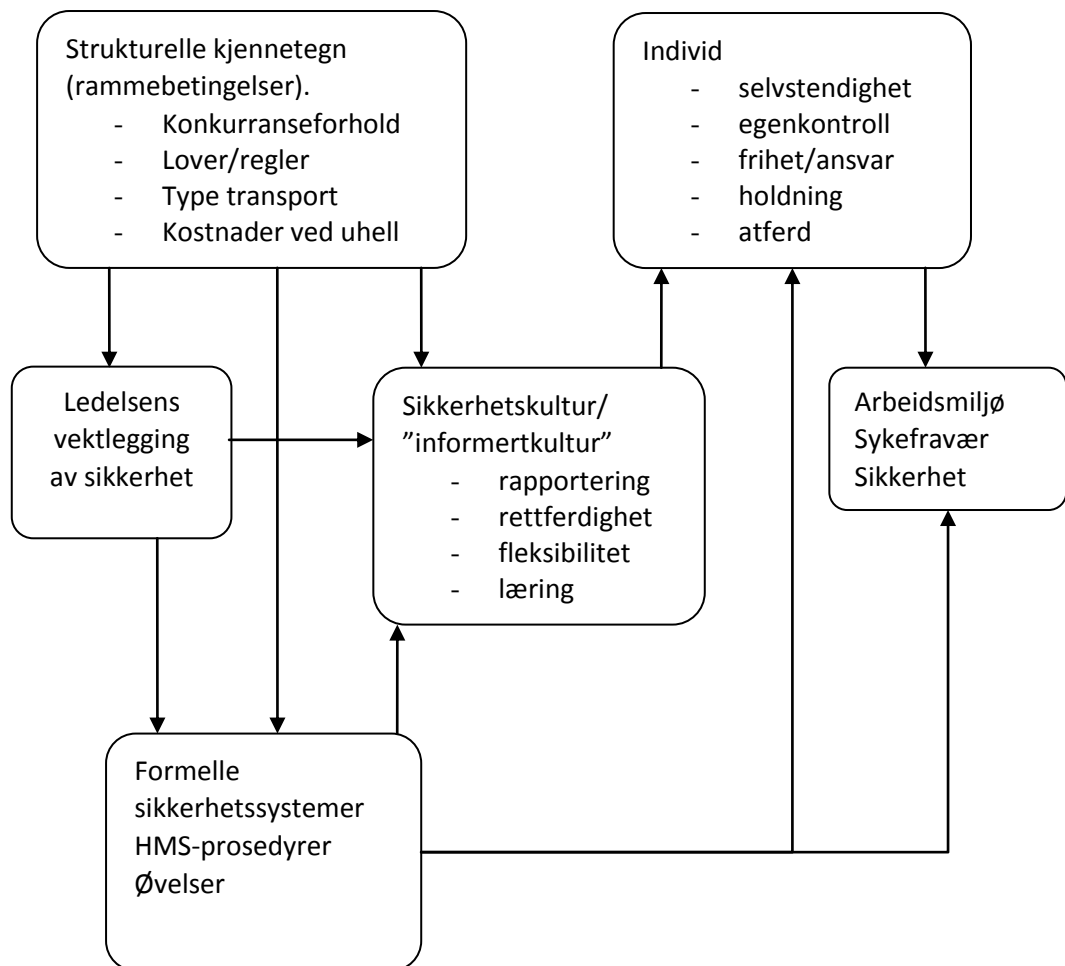
*”En god HMS-kultur kan observeres
i virksomheter som tilrettelegger
for kontinuerlig, kritisk og grundig arbeid
for å forbedre helse, miljø og sikkerhet”
(Petroleumstilsynet)*

Reason og Hobbs (2003) har delt sikkerhetskultur inn i tre hovedkomponenter: rapporteringskultur, rettferdighetskultur og læringskultur. Kort sagt innebærer det at for å ha en god sikkerhetskultur må en ha evnen til organisatorisk læring, for å oppnå organisatorisk læring må en blant annet ha en god rapporteringskultur og for å oppnå en god rapporteringskultur må en ha tillit i organisasjonen, altså en rettferdighetskultur.



FIGUR 2 DE VIKTIGSTE UNDERGRUPPENE TIL SIKKERHETSKULTUR (REASON OG HOBBS 2003).

Torkel Bjørnskau og Frode Longva (2009) har undersøkt sikkerhetskulturen i norske transportselskaper innenfor områdene fly, helikopter, bane og buss. Undersøkelsen er utført som en del av Norges Forskningsråds program "Risiko og sikkerhet i transport". Undersøkelsen vil belyse en del momenter som påvirker sikkerhetskulturen og herunder rapporteringskulturen i transportsektoren i Norge. Bjørnskau og Longva utviklet en modell for hvordan de tror sikkerhetskulturen henger sammen med andre forhold som for eksempel organisasjonsforhold, rammebetingelser, lover, regler og konkurranseforhold. De har antatt at det er en positiv sammenheng mellom god sikkerhetskultur og godt arbeidsmiljø, at sikkerhetskulturen er påvirket av rammebetingelser og hvorvidt formelle sikkerhetsprosedyrer er tilstede eller ikke, og at den påvirkes av den enkelte holdninger og sikkerhetsadferd.



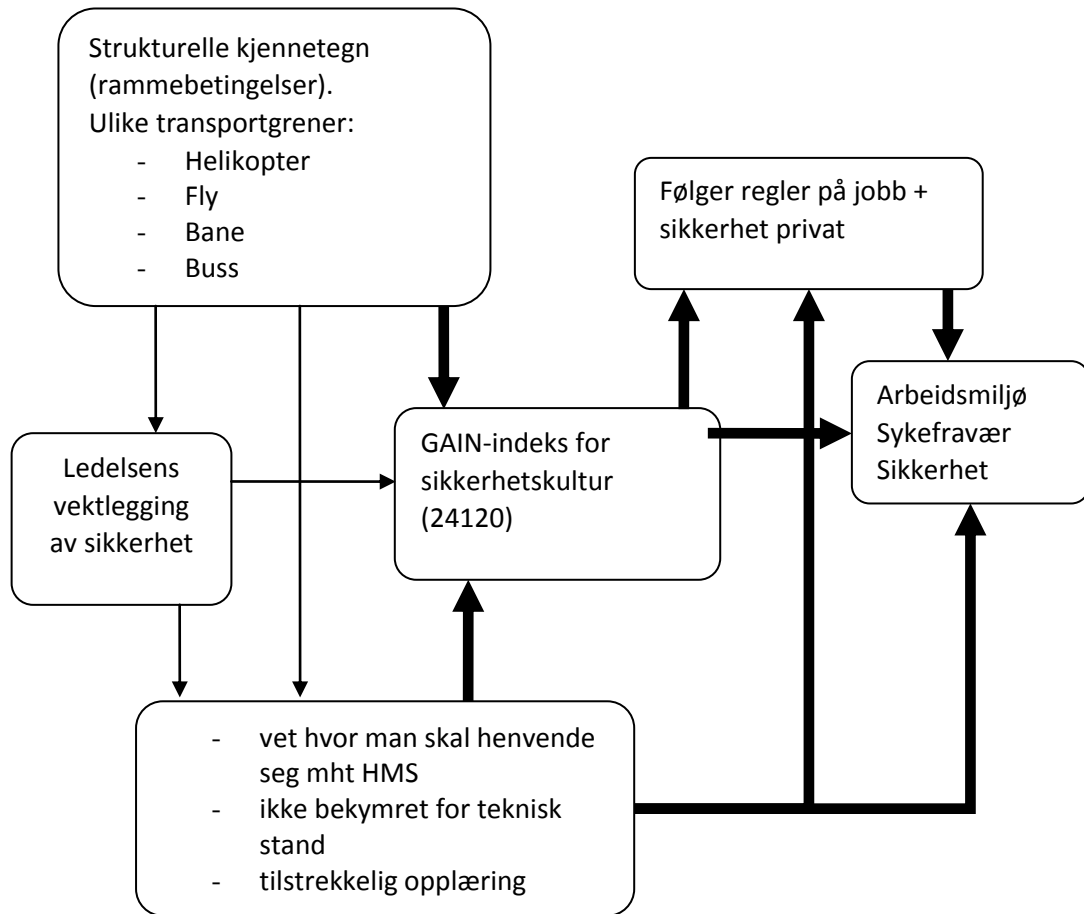
FIGUR 3 MODELL FOR SAMMENHENG MELLOM SIKKERHETSKULTUR OG ANDRE FORHOLD (TORKEL BJØRNSKAU OG FRODE LONGVA 2009).

I hvilken grad ledelsen vektlegger sikkerhet påvirkes av ulike rammebetingelser; type transport(bedrift), konkurranseforhold, kostnader ved uhell, lover og regler. Ledelsens vektlegging av sikkerhet vil videre påvirke de formelle sikkerhetssystemene, HMS prosedyrene og øvelser. Sammen påvirker de sikkerhetskulturen. I begrepet sikkerhetskultur ligger rapportering, rettferdighet, fleksibilitet og læring. De knytter mange av de samme egenskapene til sikkerhetskultur som Reason og Hobbs (2003) gjør. Individet blir påvirket av sikkerhetskulturen, av de formelle sikkerhetssystemene, HMS prosedyrene og øvelser. Individet selv og sikkerhetssystemer/prosedyrer/øvelser påvirker da arbeidsmiljøet, sykefraværet og sikkerheten.

I sin undersøkelse av sikkerhetskultur i transportsektoren tar de opp fem tema:

- Ledelsens innstilling og fokus på sikkerhet
- Ansattes innstilling og fokus på sikkerhet
- Rapporteringskultur og reaksjoner på rapporterte hendelser
- Trening/opplæring i sikkerhetstenkning
- Generelle spørsmål om sikkerhet i den aktuelle organisasjonen

Etter svarene fra undersøkelsen var analysert laget de en revidert modell av sammenhenger mellom sikkerhetskultur og andre forhold. De uthevede pilene er sammenhenger som ble testet og som får støtte i data.



FIGUR 4 REVIDERT MODELL FOR SAMMENHENGENE MELLOM SIKKERHETSKULTUR OG ANDRE FORHOLD (TORKEL BJØRNSKAU OG FRODE LONGVA 2009).
GAIN(global aviation network)-indeksen baseres på et visst antall påstander (x), $24 \leq x \leq 120$.

Undersøkelsen viste at rammebetingelser har en del å si, samtidig blir luftfarten påvirket av internasjonale sikkerhetsbestemmelser. Undersøkelsen viste også at de som mener sikkerhetskulturen er god også i mindre grad bryter lover og regler. Med god sikkerhetskultur menes det at en vet hvor en skal henvende seg med hensyn til HMS, men er ikke bekymret for teknisk stand og en har fått tilstrekkelig opplæring. Det viser også at de som er sikkerhetsorientert på jobb også er det i større grad privat. De som opplevde at de hadde en god sikkerhetskultur på jobb synes også at de hadde godt arbeidsmiljø og de trives med jobben. I undersøkelsen var det tendenser til at det å kjenne til HMS systemene på jobb påvirker trivsel og arbeidsmiljø på en positiv måte. Undersøkelsen viste også klare sammenhenger

mellom sikkerhetskultur og arbeidsrelatert fravær. (Torkel Bjørnskau og Frode Longva 2009)

Det er nå belyst flere ulike definisjoner og egenskaper knyttet til sikkerhetskultur. Hovedinnholdet i de fleste er at i en god sikkerhetskultur må en ha gode og felles verdier, normer og holdninger knyttet til sikkerhet. For å oppnå en god sikkerhetskultur må sikkerheten bli tatt på alvor i alle ledd i bedriften. HMS systemet må være godt kommunisert ut i organisasjonen og nødvendig opplæring må bli gitt. Teknologi og økonomi spiller også en viktig rolle i forhold til sikkerhet. En må ha økonomi til å kunne investere i sikkert utstyr og til å innføre nødvendige sikringstiltak. En trenger god teknologi både i sikkerhetssystemer og for å sikre at utstyret er driftssikkert og trygt i bruk. Dette gjør at de ansatte føler seg tryggere på jobb. I Bjørnskau og Longva sin undersøkelse kommer det frem at de som tenker sikkerhet på jobb i stor grad gjør det på fritiden også. Det kan være et tegn på godt innarbeidede holdninger til sikkerhet og at det ikke bare er en *plikt* i en arbeidssituasjon. I en god sikkerhetskultur er sikkerhet innarbeidet i hver enkelt person på en slik måte at når arbeid og handlinger skal utføres, kommer tanker rundt sikkerhet frem, uten at de trenger noen form for varsel for å tenke sikkerhet. Alle må ta ansvar for egen og andres sikkerhet for å oppnå en god sikkerhetskultur. En god sikkerhetskultur gjenspeiler en organisasjon preget av tillit, rettferdighet, kunnskaper og gode holdninger knyttet til sikkerhet.

3.1.1 FAKTORER SOM PÅVIRKER RAPPORTERINGSKULTUR

Rapporteringskultur påvirkes av mange faktorer både i positiv og negativ retning. Her skal vi fokusere på faktorer som må være tilstede for å bygge opp en god rapporteringskultur. I en god rapporteringskultur bør det være stor takhøyde slik at man kan innrømme egne feil uten å bli latterliggjort eller urettferdig straffet, dette krever gjensidig tillit i bedriften. Det bør være god kommunikasjon både i forkant av en hendelse ved tilrettelegging og opplæring og i etterkant av en hendelse ved etterforskning og tiltak. Det er ikke bare en riktig vei å gå for å oppnå et velfungerende rapporteringssystem og en god rapporteringskultur. Hver bedrift må se på egen situasjon, definere hva de vil oppnå og deretter finne riktig kurs som

fører frem til deres mål. *Dersom ingen vet hvor en skal seile blir ingen vind den rette.*
(ukjent)

Reason og Hobbs (2003) peker på fem momenter som er viktige for å oppnå en god rapporteringskultur:

- Grad av identifisering. Det er flere måter å gjøre dette på, en kan enten ha full anonymitet eller konfidensialitet der kun noen få personer kjenner identiteten. Bakdelen med å ha anonymitet er at en ikke kan få oppklarende informasjon fra den som rapporterte hendelsen.
- Beskyttelse. I noen organisasjoner er det utstedt en erklæring som sier at enhver som rapporterer vil bli gitt delvis straffefrihet med hensyn til disiplinære tiltak. Normalt krever det at rapporten leveres innen en gitt tid etter hendelsen. Det er umulig å gi fullstendig immunitet for straffefrihet. Erfaringer tilsier at begrensede garantier er hensiktsmessig for å få frem mange gode rapporter.
- Separere funksjoner. En organisasjon bør ha en avdeling til å samle inn og analysere rapportene og en annen avdeling som har myndighet til å innføre sanksjoner.
- Tilbakemelding. Det viser seg at rapporteringsraten synker raskt dersom de som rapporterer ikke får tilbakemelding på de innleverte rapportene. Hurtig, brukbar, tilgjengelig og forståelig tilbakemelding er helt avgjørende!
- Enkelt å skrive en rapport. Tidligere var det vanlig å ha skjema med mange kategorier der en må krysse av hvilke hendelse som har oppstått og hvorfor. Erfaring viste ganske raskt at det var behov for å kunne skrive mer fritekst på rapporten, det er da lettere for den som rapporterer å skrive en fullstendig versjon med deres oppfatning og bedømmelse av situasjonen. Fullstendige historier er en god måte å fange opp komplekse samhandlinger mellom ulike faktorer. Slike rapporter krever mer ressurser å gå gjennom, men de som rapporterer foretrekker slike rapporteringsskjema, blant annet fordi de da kan komme med ideer og forslag til hvordan en kan løse problemet.

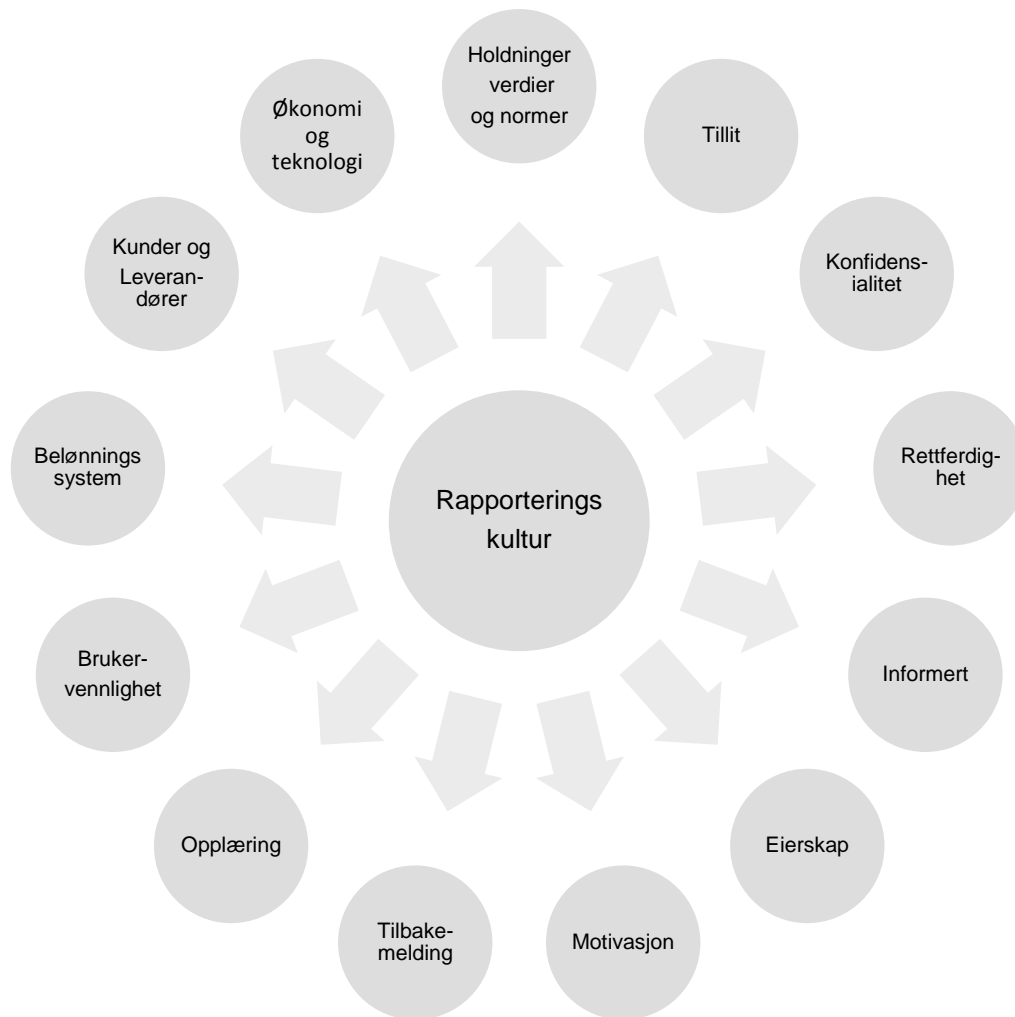
Et eksempel knyttet til det siste punktet er rapportering i banksektoren som for alvor kom med Basel II regelverket i 2006. Dette regelverket oppfordrer på generelt grunnlag til rapportering av tapshendelser. I Basel II regelverket blir det fokusert på å kategorisere hendelsene som oppstår og mindre rom for beskrivelse av hendelsen, slik kan svarene enkelt benyttes i statistiske analyser og kalkulering av operasjonell risiko (Andersen, Næss og Tunglund, 2010). I sin artikkel "Organisational learning in banking through loss event reporting" argumenterer Andersen, Næss og Tunglund (2010) mot bruken av kategorier, og oppfordrer til innføring av et mindre rigid rapporteringsskjema. De mener det viktigste er en god årsaksbeskrivelse for å oppnå best mulig organisatorisk læring.

I artikkelen "Confidential incident reporting system create vital awareness of safety problems" påpeker O'Leary og Chappell (1996) flere faktorer som er essensielle for å oppnå en god rapporteringskultur. *Tillit* er den viktigste faktoren. Dette gjelder spesielt der ansatte er ærlige og innrømmer egne feil. Dersom de ansatte ikke får den tilliten de behøver vil de være selektive i hvilke hendelser/nesten-hendelser de rapporterer inn, samt de vil prøve å dekke over de menneskelige faktorene som spiller inn. Mange trenger tid for å oppnå tillit til organisasjonen/ledelsen, de vil først se at systemet fungerer og tar hensyn til de ansatte. Når en har oppnådd tillit hos de ansatte er det viktig at den blir godt ivaretatt. Et enkelt tilfelle der en som rapporterer får noen form for straff for den rapporten vedkommende skrev, svekker tilliten hos de ansatte og det kan da sette en stopper for gode rapporter. For å oppnå tillit er *konfidensialitet* essensielt. De ansatte må føle seg trygge på at sin egen og involverte kollegaers identitet beskyttes, og at det ikke vil føre til en disiplinærsak som følge av det innrapporterte forholdet. Nest etter tillit er *motivasjon* for å skrive rapporter den viktigste faktoren for å oppnå god rapporteringskultur. For at de ansatte skal skrive rapporter må de se verdien av å gjøre det. De har behov for å vite at de rapportene de leverer blir brukt til å forbedre sikkerheten. En faktor for å oppnå motivasjon er å ha et velfungerende system for *tilbakemelding* til de ansatte på de rapportene som blir levert inn. Det er viktig at rapporteringssystemet er *brukervennlig*. Det må være enkelt å skrive en rapport, så rapporteringsskjemaet må ha et enkelt oppsett. Det kan være vrient å lage et skjema som er perfekt.

O'Leary og Chappell oppfordrer de som utarbeider rapporteringsskjemaet til å være i dialog med brukerne under utarbeidelsen av skjemaet. Dersom skjemaet er for langt tar det for mye tid å fylle det ut, og det kan føre til at noen velger å ikke ta seg tid til det. Dersom skjemaet er for kort kan det være vanskelig å få med all viktig informasjon. Dersom det er mange spesifikke spørsmål vil informasjonen begrense seg ut fra de spørsmålene som stilles. Ved å benytte mer åpne spørsmål vil en få et mer fullstendig årsaks- og hendelsesbilde og en vil da kunne få vite mer om hvilke vurderinger den ansatte gjorde i situasjonen og hvilke avgjørelser og tiltak den gjorde. Åpne skjemaer vil kreve mer ressurser for bearbeiding, men passer godt dersom de ansatte har evne til å uttrykke seg tydelig.

For å oppnå en god rapporteringskultur må de ansatte vite hva og hvordan de skal rapportere. Organisasjonen må definere og klassifisere ulykke, nesten-ulykke og farlig situasjoner, og definisjonene må kommuniseres ut til de ansatte. Fastman og Kaplan (2003) mener klassifisering av hendelser påvirker tilgjengeligheten av informasjon til organisatorisk læring. De begrunner det med at organisasjoner har en tendens til å ignorere hendelser som ikke passer inn i klassifiseringsskjemaer. Til tross for slike begrensninger ser de viktigheten med definering og klassifisering med tanke på sammenligning og måling opp mot andre selskaper, og mot egne resultater over tid. Fastman og Kaplan (2003) diskuterer også viktigheten av å inkludere nesten-ulykke/farlig situasjon i rapporteringsskjemaer. Nesten-ulykke/farlig situasjon oppstår hyppigere enn ulykker, samt det er en viss likhet mellom en nesten-ulykke/farlig situasjon og en ulykke. En kan se på sammenhenger mellom ulike kategorier av feil som kan oppstå, og således få bedre innsyn i eventuelle systemfeil. Nesten-ulykke/farlig situasjon fører ofte med seg mindre konsekvenser for den som rapporterer og en kan da få en mer ærlig og åpen undersøkelse i etterkant, som igjen kan føre til en bedre læringsprosess. De mener at dersom kulturen støtter rapportering, og at klassifiseringsskjemaene ikke er for snever, vil en kunne oppnå en høy rapporteringsrate. Faktorer som påvirker dette er at rapporteringen må være enkel og rapportørene må få jevn tilbakemelding på rapportene, dette for å vise de ansatte at rapportene blir fulgt opp og ikke lagt til side.

Sanne (2008) mener hendelsesrapporteringsskjema kan forebygge ulykker gjennom organisatorisk læring fra hendelser. Han belyser tre faktorer som er viktig for å få hendelsesrapportering til å fungere. De ansatte må få *eierskap* i rapportering, de må vite *hvordan og hvorfor* en bruker rapporteringsskjemaer og de må få *tilbakemelding* på de grunnleggende årsakene til at en hendelse oppsto.



FIGUR 5 VIKTIGE FAKTORER SOM PÅVIRKER EN RAPPORTERINGSKULTUR

Vi ser det er mange faktorer som påvirker rapporteringskulturen i en bedrift. De grunnleggende faktorene er gode holdninger, verdier og normer på alle nivå i bedriften. Bedriften/selskapet må ha dette godt forankret og det må oftest kommuniseres fra toppen og ned. I hvilken grad ledelsen er engasjert i

sikkerhetsspørsmål påvirker hvilket fokus de ansatte har på sikkerhet. Tillit, rettferdighet, anonymitet og beskyttelse er ord vi ser går igjen i litteraturen knyttet til hendelsesrapportering. Mange mener den viktigste faktoren er tillit i bedriften. Ledelsen må stole på at de ansatte rapporterer uønskede hendelser de observerer og de ansatte må ha tillit til ledelsen om at de blir tatt på alvor slik at nødvendige tiltak blir iverksatt for å bedre sikkerheten. I litteraturen diskuteres det hvilken grad av anonymitet det skal være på rapportene. Dersom de er helt anonyme kan en ikke få svar på oppklarende spørsmål i etterkant, men det gir de ansatte en trygghet mot eventuelle sanksjoner. Derfor er det viktig at en har en rettferdig kultur som skiller mellom straffbar handling og skyldfri handling. Det er ulike måter å oppnå en viss grad av anonymitet eller konfidensialitet på, som for eksempel holde adskilt den avdelingen som mottar og behandler rapportene og den avdelingen som har myndighet til å utføre sanksjoner. Vanligvis gjøres dette mellom linjeledelse, personalavdeling og HMS avdeling. Dersom det er en organisasjon preget av tillit og rettferdighet skal det ikke være nødvendig med konfidensialitet eller anonymitet.

En annen viktig faktor for å oppnå en god rapporteringskultur, som Sanne (2008) påpeker, er å gi de ansatte eierskap i rapporteringen. Å utforme et perfekt rapporteringsskjema er ikke enkelt, det er viktig at brukerne av skjemaet får være med i utarbeidelsen av dette. Det gir brukerne et eierskapsforhold til rapporteringsskjemaet og samtidig gir det motivasjon siden de får medvirke til noe som påvirker deres hverdag. I hvilken grad ledelsen er motivert til rapportering påvirker de ansatte i stor grad. Andre faktorer som påvirker motivasjon til rapportering er i hvilken grad de ansatte har forståelse for hvorfor en rapporterer. Det er viktig at de får god opplæring både i å identifisere farer og uønskede hendelser, men også i hvordan de rapporterer og bruker rapporteringsskjemaet. Tilrettelegging for rapportering er viktig. Det må være avsatt tid til å rapportere, det må være et enkelt og brukervennlig rapporteringsskjema med åpne spørsmål slik at en kan få en god forklaring på årsaks- og tiltaksbildet, og det må være lett tilgjengelig. Det kan kreve mye av en person å rapportere, med hensyn til tid, men ikke minst med hensyn til at vedkommende kanskje ærlig og oppriktig beskriver en feil en selv har gjort. Da er det viktig med støtte og forståelse fra kollegaer og

ledelsen. Når en person gir mye av seg selv for å rapportere er det viktig at vedkommende/avdelingen får tilbakemelding på hvilke vurderinger og tiltak som er gjort på det innrapporterte. Får en ikke tilbakemelding faller motivasjonen for rapportering raskt, de ansatte ser ikke nødvendigheten av rapportering når utfall av rapporterte forhold ikke behandles videre og ingen informasjon blir gitt.

I mange bedrifter opererer man med et belønningssystem for rapportering av uønskede hendelser, dette for å øke fokus på rapportering og ønsket adferd. Ulike måter å belønne på:

- belønne den beste rapporten som er levert inn i perioden (det kan være basert på beste beskrivelse, forslag eller type hendelse)
- belønne en tilfeldig utvalgt av de som har levert rapporter i perioden
- belønne den avdelingen med best/flest rapporter
- belønne hele bedriften for et felles godt resultat i forhold til rapporterte hendelser

I litteraturen finner vi lite informasjon om hvilken effekt et slikt system har på rapporteringsraten og kvaliteten på rapportene. Belønning kan være en faktor som kan bidra til å bygge opp en rapporteringskultur, men i en god rapporteringskultur bør rapportering være en naturlig del av arbeidsoppgavene, og en skal ikke måtte belønne de ansatte for at de skal skrive rapporter.

Noen selskaper har en policy som går på at kunder/leverandører skal ha et godt rapporteringssystem, og at de har målsetting for rapportering/oppfølging for en gitt periode. Dette kan føre til økt fokus på rapportering og påvirke rapporteringskulturen i den enkelte bedrift, noe som generelt er positivt. Dersom kunder/leverandører sine krav om antall rapporter er vanskelig å oppnå kan det føre til at det blir skrevet dårligere rapporter (fordi en må skrive mange) eller i verste fall til at de ansatte skaper uønskede situasjoner for å kunne holde rapporteringsraten oppe på et ønsket nivå. Dersom kunder/leverandører krever lav rapporteringsrate (de tror kanskje at da er sikkerheten i selskapet svært bra siden det er få rapporterte hendelser), kan det føre til at de ansatte unnlater å levere viktige rapporter i frykt for å miste kontrakter.

Økonomi og teknologi spiller en rolle i forhold til rapporteringssystem og rapporteringskultur, mer om dette i kapittel 3.1.2.

For å kunne identifisere uønskede hendelser eller sviktende barrierer er det viktig at de ansatte har informasjon og kunnskaper rundt sitt arbeide, sikkerhet knyttet til arbeidet og miljøet rundt, prosedyrer, lover og regler. Dette vil ofte gjøre de ansatte tryggere, selv om de jobber med høyrisikoarbeide. De ansatte er da opplært i å identifisere farer, de kjenner systemet og kan oppfatte systemsvikt, og de har kunnskaper om tiltak de kan igangsette dersom noe skulle oppstå. En kan aldri ha oversikt over alt som skjer, men ved å rapportere uønskede hendelser kan en bidra til å forebygge at slike hendelser ikke oppstår eller gjentar seg.

3.1.2 ØKONOMISKE OG TEKNOLOGISKE FAKTORERS INNVIRKNING PÅ RAPPORTERINGSSYSTEMER OG RAPPORTERINGSKULTUR

Flere av faktorene som er avgjørende for en god rapporteringskultur påvirkes av i hvilken grad et selskap har teknologiske og økonomiske ressurser. For en tid tilbake var det vanlig å kun rapportere faktisk hendelser/ulykker som oppsto. Generelt var det relativt få ulykker i hvert selskap/bedrift, og en fikk derfor lite data knyttet til potensielle hendelser som kunne oppstå. Forebyggende tiltak ble derfor ofte basert på "synsing". Med dagens rapporteringssystemer hvor en også rapporterer nesten-hendelser/ulykker og farlige situasjoner/tilstander oppnår selskapet/bedriften en mye større datamengde som kan legges til grunn i det forebyggende arbeidet. Det er viktig med en god bredde i rapporteringen for å kunne iverksette korrekte tiltak. For å oppnå og opprettholde en god rapporteringskultur er det viktig med et velfungerende rapporteringssystem, men det er også viktig med et godt system for etterforskning av forhold som er rapportert. Ved en god prosess som ser hele situasjonen er sannsynligheten større for at korrekte tiltak iverksettes. Det er kostbart å innføre og opprettholde systemer for rapportering og etterforskning av hendelser, men selskapet/bedriften bør vurdere de kostnadene opp mot alternativkostnaden ved uønskede hendelser.

Teknologi

Et rapporteringssystem må ha en teknologi som gjør det enkelt å bruke. Samtidig er det viktig at systemet behandler informasjonen slik at en får identifisert de grunnleggende og egentlige årsakene. Det er varierende grad av teknologi i

rapporteringssystemer som bedrifter benytter seg av. Teknologi varierer i omfang og kvalitet. Dette er gjerne relatert til størrelse på bedriften, hvilken type aktivitet de har og hvilke krav som stilles til bedriften fra bedriften selv, kunder, samarbeidspartnere ol. Internasjonale selskaper har ofte store og godt utviklede systemer slik at disse kan brukes i alle områder der selskapet har aktivitet. Mindre norske selskaper/bedrifter har kanskje enkle systemer som er tilpasset egen bedrift og aktivitet. I de enkleste rapporteringssystemene blir hendelsen registrert, men systemet fungerer på en slik måte at kun de opplagte årsakene blir identifisert. Da oppnår en ikke god organisatorisk læring fra hendelsesrapportering. Når en bruker et dårlig rapporteringssystem iverksetter en ofte tiltak som enten ikke er nødvendige eller som ikke fungerer optimalt, og de tiltak en burde iverksatt blir kanskje oversett. Dersom tiltak baseres på feil grunnlag kan dette i verste fall føre til at en har korrigert en tilstand et sted, men skapt en ny risiko et annet sted.

Større bedrifter og internasjonale selskaper har ofte et mer sammensatt system for rapportering med innebygde funksjoner for behandling av alle data som ligger i en rapport. Her er et eksempel på hvordan mer avansert rapportering ved bruk av et godt rapporteringssystem kan foregå. I det en uønsket hendelse/tilstand blir observert blir det fylt ut et rapporteringsskjema og levert til sin nærmeste overordnede. Alvorligheten i hendelsen som er rapportert er ofte avgjørende for hvilket nivå i bedriften/selskapet som er ansvarlig for etterforskning og oppfølging. I hvilken grad hendelsen skal etterforskes blir ofte bestemt ut fra hvor alvorlig hendelsen er, om det er en alvorlig sikkerhetsrisiko og/eller det kan være ut fra økonomiske hensyn. Mange selskaper utfører etterforskning ved hjelp av en gruppe bestående av ansatte, avdelingsleder, HMS personer og representant fra de ansatte. Denne gruppen har som oppgave å samle inn alle opplysningene knyttet til hendelsen. Dette kan være samtale med den som har rapportert hendelsen, rapport eller samtale med eventuelle vitner/den som var delaktig i hendelsen og ofte samtale med leder for det området der hendelsen finner sted. For at denne gruppen skal få en så god innsikt i hendelsesforløp som mulig, vil de vanligvis inspisere området, se på faktorer som lys, støy, orden, påbudt verneutstyr/verneinnretning ol. For en del hendelser vil det også være

nødvendig å ha opplysninger om prosedyrer, risikoanalyser og arbeidsinstrukser, slik at en kan danne seg et bilde av i hvilken grad disse er overholdt eller ikke. Alle opplysninger og informasjon blir så lagt til i den aktuelle rapport og for hver kategori en noterer årsaker/faktorer så åpnes en ny underkategori der en må gjøre valg/legge inn utfyllende informasjon basert på det innsamlet materiale. På denne måten får en frem alle medvirkende årsakene og en har til slutt arbeidet seg frem til den (de) grunnleggende årsakene. Et viktig moment i all etterforskning er å så tidlig som mulig å få nok informasjon til å kunne fastslå om hendelsen skyldes feil ved *handling* eller *tilstand*. En må videre vurdere hvilke tiltak som er nødvendig å innføre, ofte ser en at det ikke er entydig hva som er årsak til hendelsen, men at det er flere handlinger/tilstander i kombinasjon som mest sannsynlig utløste hendelsen. I hovedsak er det viktigst å redusere sannsynligheten for at hendelsen oppstår igjen, men det er også viktig å redusere konsekvensen av en slik hendelse dersom den skulle skje igjen. Ved hjelp av verktøy som *Fare og Risiko Kontroll skjema* eller *risiko matriser* vil en kunne vurdere ulike tiltak før en ser hva som er mest hensiktsmessig og effektivt å iverksette.

I de senere år er det satt mer fokus på det som er definert som en farlig situasjon/tilstand. I bedrifter der en har gode rapporteringssystemer og god rapportering, også av farlig situasjon / tilstand, ser en ofte ved analyser av rapportene at mange farlige situasjoner/tilstander har et potensial til å forårsake en hendelse under gitte forutsetninger. Ved da å gjøre tiltak samsvarende med det analysen viser, kan en redusere *sannsynligheten* for en hendelse. Riktig fokus på potensielt farlige situasjoner/tilstander blir ofte avgjørende i det forebyggende arbeidet. Dersom en bare fokuserer på rapportering av hendelser som nesten-ulykker eller ulykker, vil læring og mulighet for tiltak først komme etter at en har hatt en hendelse. I slike situasjoner må en også forholde seg til konsekvensen av en hendelse. Dette argumenterer for at det vil være økonomisk gunstig å prioritere ressurser til rapportering av farlige situasjoner/tilstander og behandling av disse rapportene. Ved behandling av innrapporterte farlige situasjoner/tilstander arbeider vi med tenkte situasjoner som kan oppstå og vi vil således ikke ha kostnader relatert til en konsekvens vi ikke vet omfanget av (Kvamme, J.Y, personlig kommunikasjon, 02.juni 2010).

Økonomi

Utvikling og innføring av et godt rapporteringssystem koster penger. Ikke alle bedrifter har, eller er villige til å prioritere, de ressursene en trenger for å bygge opp og opprettholde et godt rapporteringssystem. Dersom bedriftens økonomi/prioritering tilsier at en kun kan innføre noen tiltak, må en prioritere riktig. I det forebyggende arbeidet er det svært viktig å fokusere mest på tiltak som reduserer sannsynligheten for at hendelsen oppstår, men bedriften bør også bruke ressurser på å redusere konsekvensen dersom en hendelse skulle oppstå. Etter hvert som man får ressurser å bruke bør bedriften begynne å optimalisere arbeidsoperasjoner ved å gjøre operasjonene minst mulig operatørvhengig med tanke på sikkerhet. Systemene bør være automatisert på en slik måte at systemet selv kan avbryte en prosess dersom det er fare for liv eller helse (engineering control).

Det er ikke kun utvikling og innføring som er kostbart ved et rapporteringssystem. Mange selskaper stiller krav til et visst antall rapporter fra hver ansatt gjennom året. En kan anslå hvor lang tid det tar å skrive en rapport og hvor lang tid det tar å behandle rapporten. Alt etter hvilken alvorlighetsgrad hendelsen har vil ressursbruk for behandling og oppfølging variere. Tiltak som må gjøres kan også være kostbare i seg selv. Bedriftsledelsen må gjennomføre en kostnads- og konsekvensanalyse i forhold til kvalitet og brukervennlighet for et godt rapporteringssystem. Bedriften må vurdere hva som er minstekrav til rapporteringssystem og hva som er det optimale rapporteringssystemet for bedriften. Nasjonale regelverk styrer minstekravet til dokumentasjon, det finnes i blant annet internkontrollforskriften hvor det er krav til at bedriften skal dokumentere kartlegging og tiltak for risiko (Internkontrollforskriften (a) §5). Dersom det ikke brukes ressurser på rapportering og rapporteringssystemer vil dette kunne resultere i at kostnader relatert til skadefravær, ulykker, miljøskader, tap av verdier, erstatningskrav, bøter og omdømmerisiko vil vedvare og jamvel kunne øke i omfang. Årsaken til at en kan få økende kostnader er at ved manglende fokus på rapportering av uønskede hendelser vil en ikke klare å holde seg oppe på det sikkerhetsnivået en har i bedriften. Sikkerhetsnivået vil gradvis bli dårligere og

en kan ende opp med en sikkerhetskultur der ” det skjer ikke oss”-prinsippet råder.

Fravær skyldes ikke alltid direkte skade, men gjerne indirekte skade på grunn av utilfredshet eller frykt for sikkerheten på sin arbeidsplass. Omdømmet til bedriften kan skades dersom en ulykke skjer, men hvordan man håndterer ulykken påvirker også omdømmet. Spesielt i bransjer der det er konkurranse om samme varer og tjenester kan dette være spesielt kritisk. For mange kan dårlig omdømme være så alvorlig at bedriften må reorganiseres for å kunne opparbeide seg troverdighet i et marked, noe som i seg selv er svært kostbart. Verst tenkelige utfall kan være konkurs og nedleggelse. Bedriften må vurdere fordelene med et godt system for hendelsesrapportering og behandling av rapportene satt opp mot ulempene ved å ikke innføre slike system.

Refleksjoner rundt den teknologiske utviklingen av rapporteringssystemer

Det eksisterer mye god teknologi som kan brukes for å gjøre et rapporteringssystem enda mer effektivt og brukervennlig. Målet må være å få et *effektivt system, som er enkelt å bruke, som de ansatte ønsker å bruke* og som kan *bearbeide rapporterte data* slik at de *virkelige årsakene* til hendelsen kommer frem. Dette vil også bidra til å gjøre etterarbeid og informasjon til de ansatte bedre. Slik mange rapporteringssystem fungerer i dag går det mye tid til etterarbeid og analyse. En mulighet for videre teknologisk utvikling av et rapporteringssystem/skjema er å legge flere oppgaver på rapportøren slik at rapportøren selv kan gå gjennom en analyseprosess og komme frem til de grunnleggende årsakene. En ønsker at all bevisst og ubevisst informasjon rapportøren besitter, skal komme frem slik at en får et best mulig bilde over situasjonen og kan innføre korrekte tiltak. En slik prosess kan for eksempel gjøres ved hjelp av et dataprogram. Dagens teknologi gjør at mange mobiltelefoner og dataprogrammer har et gjenkjennelsessystem slik at når brukeren skriver et ord, kommer mobilen eller dataprogrammet med forslag til hva en skal gjøre/skrive videre. En del selskaper har også en telefonsvarer som innringeren snakker med, og ved at telefonsvareren identifiserer kritiske ord blir innringeren veiledet frem til rett avdeling/operatør. En versjon av denne teknologien kan brukes i

dataprogrammer som brukes til hendelsesrapportering. Et slikt program kan være bygd opp i menystyrte moduler slik at valg brukeren får etter hvert, avhenger av besvarelser/valg brukeren gjør. Programmet vil inneholde parametere som bestemmer hvilke valg rapportøren får basert på hva rapportøren skriver. Programmet vil da få den informasjonen systemet trenger for å behandle data og beskrive årsakssammenhenger og eventuell svikt i beskyttende barrierer. Systemet vil også kunne beskrive/foreslå tiltak. Lokale forhold er ofte avgjørende for hvilke tiltak som kan iverksettes, så den beste metoden for å iverksette korrekte tiltak er en kombinasjon av hva systemet beskriver og manuell behandling. Det bør i tillegg være mulighet for rapportøren å beskrive hendelsen i fritekst. Et slikt system vil også de fleste ansatte finne enkelt og interessant å bruke, noe som i seg selv er verdifullt.

Selv om et slikt system vil føre til at rapportøren utfører større deler av rapporteringen og identifisering av årsaker, er det viktig prosessen inkluderer arbeidsleder, HMS personer og lignende. En av årsakene til at dagens system er lagt opp med en viss grad av hierarki er at HMS ansvar følger ansvaret i linjen, det er altså et lederansvar. I tillegg er det ønskelig med et så bredt grunnlagsmateriale som mulig når det skal vurderes hvilke tiltak som skal iverksettes. Dette gjelder vitneforklaringer, samtaler med den involverte og medarbeideres og ledes betraktninger rundt de lokale forholdene. Et slikt system vi har i dag kan bidra til å unngå over-/underreaksjoner på situasjonen, noe som ikke er lett å unngå dersom den involverte skulle gå gjennom nesten hele prosessen alene. Det ideelle hadde vært om man hadde utviklet et system hvor all bevisst og ubevisst informasjon fra rapportøren kom frem, samtidig som vitner, avdelingsledere og HMS personell kunne bidra med sin kunnskap og at de sammen kunne finne korrekte tiltak.



FIGUR 6 DET ER VIKTIG Å RAPPORTERE ALLE UØNSKEDE HENDELSER SLIK AT KORREKTE TILTAK KAN IVERKSETTES. (LUND 2010).

Argumentasjon for å innføre et godt rapporteringssystem

Bedriftens rapporteringssystem vil være avgjørende for en rekke andre faktorer som påvirker rapporteringskulturen i bedriften. Ved å ha et enkelt og effektivt rapporteringssystem vil det *bryte ned barrieren* for rapportering. Det er viktig at ansatte *oppfordres* til rapportering og at det blir *avsatt tid* til dette. Alle brukere må få grundig *opplæring* og systemet må være *brukervennlig*. Å oppfylle alle disse momentene på en gang kan være en tidkrevende og kostbar prosess, men vår påstand er at gode systemer for rapportering og oppfølging av rapporter er lønnsomt gjennom redusert tap av tid, personell og verdier. *HMS er ikke nødvendigvis lønnsomt nå, men det blir det*. Mange bedrifter i Norge benytter seg av belønningssystemer for å motivere sine ansatte til å rapportere. Det varierer hvordan en praktiserer dette, men det utgjør uansett en kostnad i større eller mindre grad.

Den beste måten en lærer på er å lære av egne feil. En kan også lære av andres feil dersom forholdene ligger til rette for det. I en bedrift kan en lære av de hendelsene som oppstår i bedriften dersom man registrerer hendelsene og finner

frem til og undersøker de grunnleggende årsakene til at de oppstår. Ved å investere i et godt rapporteringssystem kan bedriften identifisere potensielle hendelser og iverksette korrekte tiltak for å forebygge og forhindre at hendelser oppstår. Slik kan bedriften redusere sannsynligheten for skade på personer, verdier eller miljø, og de kan redusere konsekvensen dersom en hendelse oppstår. Bedriften oppnår en arbeidsplass der de ansatte føler seg trygge og ivaretatt noe som fører til økt trivsel. Bedriften vil også få et godt omdømme ved å sette fokus på sikkerhet, noe som kan være en avgjørende faktor i en kontraktsituasjon. Dersom bedriften velger å innføre et middels rapporteringssystem vil en oppnå en viss grad av organisatorisk læring, men mange hendelser vil ikke bli identifisert og det er ikke alltid korrekte tiltak blir iverksatt. I verste fall fører tiltakene til økt risiko på et annet område. Arbeidsplassen blir litt tryggere, men bedriften vil sannsynligvis ha høyere kostnader på fravær og lignende enn om man hadde investert litt mer og fått et optimalt rapporteringssystem. Dersom bedriften mener at det å innføre et rapporteringssystem er unødvendig eller for kostbart vil de sannsynligvis ha høyere kostnader på andre områder. De ansatte kan føle seg usikker med hensyn til sikkerhet på sin arbeidsplass noe som kan føre til lavere trivsel eller sykemeldinger. Bedriften er mer utsatt for at en alvorlig hendelse oppstår. Dersom en alvorlig hendelse oppstår kan det føre med seg kostnader i form av skadefravær, tap av verdier, erstatning og bøter. Bedriften har kanskje heller ikke et system for å håndtere en uønsket hendelse på en god måte, og sammen kan dette føre til sviktende omdømme for bedriften. Dersom bedriften opererer i et marked med stor konkurranse kan dette være nok til at de mister kontrakter, og får rykte om dårlig sikkerhetskultur. En del bedrifter kan måtte gå til det skrittet å reorganiseres i håp om å kvitte seg med det negative omdømmet. En slik prosess er svært kostbar. Konklusjonen her er at det er mest forsvarlig å innføre et rapporteringssystem. Dersom en ikke har ressurser til å innføre det optimale systemet umiddelbart så anbefaler vi å begynne med de mest kritiske faktorene og bygge opp systemet etter hvert som bedriften får tilgang til mer ressurser. Å neglisjere et rapporteringssystem helt, kan få fatale konsekvenser. Mange store nasjonale og internasjonale selskaper har gode

rapporteringsystemer og gode systemer for oppfølging. Det tyder på at de ser lønnsomheten med hendelsesrapportering.

3.2 DEFINISJON AV RAPPORTERINGSKULTUR

Rapporteringskultur er en svært viktig del av en organisasjons sikkerhetskultur. Mangt er skrevet om sikkerhetskultur og det finnes mange gode definisjoner på hva en god sikkerhetskultur er. Vi har derimot ikke funnet en konkret definisjon på rapporteringskultur i litteraturen. Som grunnlag for å definere en rapporteringskultur bruker vi de ulike definisjonene av sikkerhetskultur, samt faktorer som påvirker rapporteringskultur, se figur 5.

Noen momenter er gjengangere og påvirker rapporteringskulturen i stor grad; felles normer og verdier, holdninger, å være informert, rettferdig, gjensidig tillit, lover og regler. Dette er momenter som også spiller en stor rolle i en god rapporteringskultur. *Felles verdier og normer* er grunnleggende. Akkurat som en god sikkerhetskultur har felles verdier og normer knyttet til sikkerhet, vil en god rapporteringskultur ha felles verdier og normer knyttet til rapportering av uønskede hendelser. Det skal føles som en naturlig del av sitt arbeide å rapportere om uønskede hendelser. En skal kunne ta for gitt at medarbeidere gjensidig tar ansvar for liv og helse ved å rapportere dersom en observerer en uønsket hendelse eller noen som jobber på en risikofylt måte. Slike verdier og normer skal være godt innarbeidet i hver enkelt ansatt slik at rapportering er en naturlig handling og at en ikke må påminnes om det eller belønnes for det. En annen grunnleggende faktor er *holdninger*. Hver enkelts holdninger påvirker andres holdninger. Har bedriftens ledelse gode holdninger når det gjelder rapportering vil dette påvirke de ansattes holdninger. Holdninger må skapes av og kommuniseres ut fra bedriftens ledelse. I de fleste arbeidsmiljø er det flere "ledertyper" som mange lytter til og deres holdninger påvirker kollegaene. For en bedrift er det viktig å legge til rette for at disse ledertypene får de rette holdningene. Disse vil da igjen påvirke miljøet rundt seg. Det hjelper lite med et godt rapporteringssystem dersom en har negative holdninger til rapportering. De neste faktorene vi belyser er med på å skape gode holdninger, verdier og normer. I en god rapporteringskultur er *informasjon* viktig, det å ha god informasjonsflyt er avgjørende. De ansatte må ha informasjon om

jobben de gjør og miljøet de jobber i. De må vite hvilke farer arbeidet medbringer, hvordan en kan beskytte seg mot farer, hvordan en kan identifisere farer eller sviktende barrierer i systemer som skal hindre farer i å eskalere og hvilke tiltak en kan gjøre dersom en situasjon oppstår. For å kunne rapportere en uønsket hendelse må organisasjonen ha klare definisjoner på hva en ulykke, nesten-ulykke og farlig situasjon er og de ansatte må få opplæring i hvordan de identifiseres. De må få opplæring i hva som skal rapporteres og hvordan man gjør det.

"Mennesker ser kun det de er forberedt på å se"

Emerson (1863)

Rettferdighet er viktig for å oppnå en god rapporteringskultur. De ansatte må være trygge på at det skilles mellom en skyldfri handling og en straffbar handling. Er de usikker på dette området kan det være de unnlater å rapportere uønskede hendelser i frykt for hvilke konsekvenser det får for seg og sine medarbeidere. I en kultur som gjenspeiler rettferdighet finner en også *tillit*. De ansatte må ha tillit til ledelsen, dette er helt avgjørende for en god rapporteringskultur. Dette er spesielt viktig der ansatte rapporterer inn hendelser der de selv er skyldig i hendelsen. De må ha tillit til at ledelsen er rettferdig, gir støtte og forståelse, og at en ikke blir uthengt som syndebukk. Ledelsen må ha tillit til at de ansatte rapporterer alle uønskede hendelser på en ærlig og oppriktig måte. For å opprettholde/forbedre rapporteringsraten er det viktig med tilbakemelding på innleverte rapporter. Dette er viktig for å motivere arbeiderne til å levere gode rapporter. De må se at det nytter å rapportere og at sikkerheten bedres. Dersom de har inntrykk av at rapportene forsvinner inn i et "mørkt hull" vil rapporteringsraten synke, de mister tillit til at ledelsen tar de på alvor. En annen viktig motivasjonsfaktor er *medvirkning*. I en god rapporteringskultur er det viktig at alle, både ledere og øvrige ansatte, medvirker i oppbygging og implementering av et rapporteringssystem. De bør også involveres i kartlegging av hvilke forebyggende tiltak som kan iverksettes. Da vil alle føle et eierskap til hendelsesrapportering noe som påvirker holdningene positivt. Medvirkning kan en for eksempel oppnå via verneombud og arbeidsmiljøutvalg i bedriften. *Lover og regler* er fastsatt av

myndighetene og de skal overholdes. De fleste selskaper har egne prosedyrer i tillegg. I hvilken grad dette påvirker rapporteringskulturen eller ei er til en viss grad opp til selskapet/bedriften selv, hvordan de kommuniserer viktigheten av regler og prosedyrer. En del regler og påbud kan virke unødvendig for mange og det er viktig at de ansatte blir forklart hvorfor en har regler og prosedyrer. Når en forstår hvorfor en må følge regler og prosedyrer motiverer det til å overholde de. Dette kan for eksempel gjelde ulike påbud av verneutstyr og hvorfor en skal levere rapporter på uønskede hendelser.

Alle momentene nevnt ovenfor er viktige for å oppnå en god rapporteringskultur. For å komme frem til en kort og presis definisjon på rapporteringskultur må vi identifisere de grunnleggende byggesteinene. Grunnleggende antagelser og tanker er det som styrer et menneske. Hvordan vedkommende tenker i en spesiell situasjon, hvilke holdninger en har til ulike tema, hvordan en reagerer på noe som oppstår osv. I en rapporteringskultur har alle medlemmer tilnærmet like grunnleggende antagelser knyttet til rapportering, de kan være både gode og dårlige. Som nevnt tidligere defineres kultur ut fra blant annet felles normer, verdier og holdninger (grunnleggende antagelser), så i en rapporteringskultur vil det da bety felles verdier, normer og holdninger knyttet til rapportering. Derfor er felles verdier, normer og holdninger helt essensielt i definisjon av rapporteringskultur. Videre må vi vurdere hvilke andre avgjørende faktorer vi må ha i en god rapporteringskultur. For å oppnå god rapportering er utvilsomt tillit en av de viktigste faktorene. En kan selv være involvert i en uønsket hendelse som har oppstått. De fleste mennesker finner det vanskelig å innrømme egne feil. En ærlig og oppriktig rapportering av en hendelse en selv har vært involvert i krever mot. For å oppnå slik rapportering er det viktig at vedkommende har tillit til ledelsen/bedriften; at rapporten blir behandlet på en saklig og rettferdig måte. Med rettferdig mener vi at bedriften/ledelsen skiller mellom en straffbar og en skyldfri handling og at alle blir behandlet med respekt uansett hva de eventuelt har vært involvert i. Videre er det viktig at alle har et eierskapsforhold til rapporteringssystemet, det motiverer til riktig bruk. For å oppnå et eierskapsforhold er det viktig at alle medvirker i alle ledd av prosessen; utvikling, implementering, revidering og etterforskning og tiltak. Dersom alle medvirker til

en god rapporteringskultur medvirker de også til organisatorisk læring og til å gjøre sin egen og andres arbeidssituasjon sikrere.

Vi foreslår følgende definisjon på rapporteringskultur:

Felles verdier, normer og holdninger knyttet til rapportering av uønskede hendelser. En god rapporteringskultur bygger på gjensidig tillit og rettferdighet, der alle medvirker til organisatorisk læring.

3.3 RAPPORTERINGSKULTUR SOM UTGANGSPUNKT FOR ORGANISATORISK LÆRING

*Lærevansker er tragiske for barn,
men de er fatale for en organisasjon.
Som følge av dette,
lever organisasjoner bare halvparten
så lenge som et menneske.
De fleste avgår med døden før de er 40.
P.M. Senge*

Hovedhensikten med hendelsesrapportering er å identifisere potensielle uønskede hendelser slik at man kan iverksette forebyggende tiltak for å unngå at hendelsen oppstår eller gjentar seg. En god rapporteringskultur er helt avgjørende for å oppnå organisatorisk læring. "Organisatorisk læring er en kumulativ, reflekterende mettet prosess og gjennom den vil alle medlemmer av en organisasjon lære å forstå og kontinuerlig gjentolke organisasjonen" (Waring and Glendon 1998). Reason (1997) mener at å konstruere en kultur for læring i en organisasjon er en av de lettest underkulturene å konstruere, men også den vanskeligste å få til å fungere.

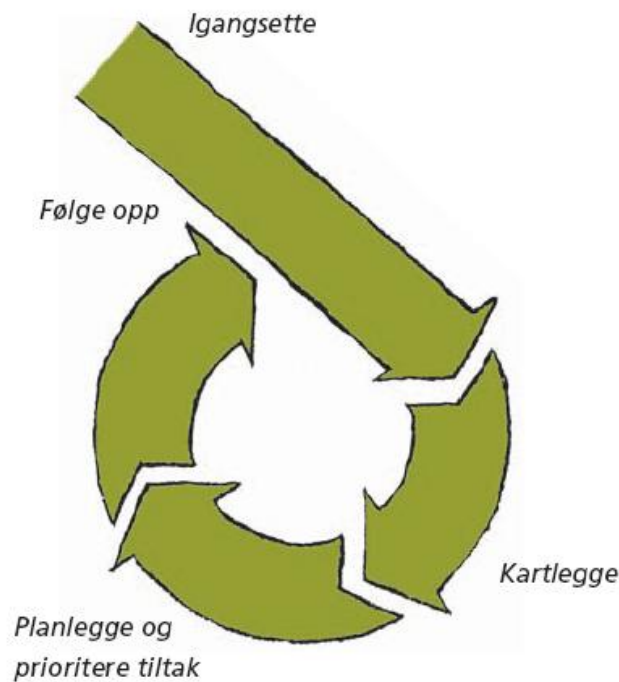
3.3.1 HVORDAN BRUKE HENDELSESRAPPORTERING TIL Å OPPNÅ ORGANISATORISK LÆRING

Det er svært viktig at alle medlemmer av en organisasjon, både ledere og de øvrige ansatte, ser viktigheten av hendelsesrapportering som bakgrunn for organisatorisk læring. Heinrich (1959) var pioner i arbeidet med å sette fokus på lederes (beslutningstakeres) holdninger og fokus på sikkerhet i de beslutningene de tok. Han introduserte en femstegsmodell for å forebygge ulykker på en systematisk måte. Alle fem stegene bør gjennomgås før en avgjørelse blir tatt.

De fem stegene er:

- Innsamling av data rundt ulykker og nesten-ulykker
- Analysere de innsamlede dataene
- Velge ut tiltak
- Implementering
- Evaluering av effekten

Internkontrollforskriften presiserer at alle medlemmer av en organisasjon skal ha en aktiv deltagelse i det systematiske HMS arbeidet, men at lederne sitter med ansvaret. De bruker denne figuren for å vise hvordan et systematisk HMS arbeid kan gjennomføres (Internkontrollforskriften (b)).

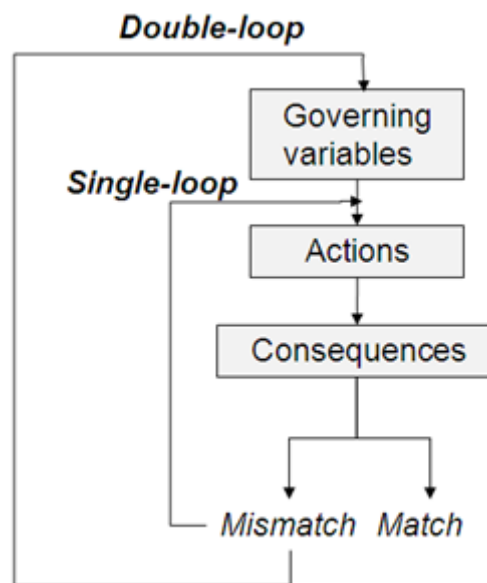


FIGUR 7 SYSTEMATISK HMS ARBEID (INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN (B)).

Denne modellen viser at en må sette klare mål, informere og organisere. Deretter må en kartlegge lover, regler og rutiner som påvirker HMS arbeidet. I kartleggingen kan en også gjennomføre en risikoanalyse for å identifisere potensielle farer. Dersom en har et system for hendelsesrapportering kan en bruke rapportene i kartleggingsarbeidet. En må også lage et godt system for oppbevaring

av dokumenter. Deretter må en planlegge og prioritere hvilke tiltak som skal iverksettes og lage en handlingsplan for gjennomførelsen. Videre må en følge opp de tiltak som ble iverksatt. De tiltakene som ikke fungerer på en tilfredsstillende måte må rettes opp i. Det er viktig å gjøre forbedringsarbeidet til en naturlig del av hverdagen (Internkontrollforskriften (b)).

En annen modell som er mye brukt i forbindelse med organisatorisk læring er Argyris (1999) "single-loop and double-loop"-modell. Den illustrerer viktigheten av å gå dypt nok for å få et helhetlig og korrekt årsaksbilde.



FIGUR 8 EN ILLUSTRASJON AV ARGYRIS (1999) SINGLE- OG DOUBLE-LOOP KONSEPT.

Når en hendelse oppstår er det vanlig å undersøke hvorfor hendelsen oppsto. Ofte gjør en det enkelt og ser kun på de mest åpenbare årsakene til at hendelsen oppsto, noe som ofte fører til at det blir konkludert med en form for menneskelig svikt. Når personfokuset blir det viktige og en er mest opptatt av å gi skyld eller stille noen til ansvar mister en muligheten for organisatorisk læring. Ofte blir det iverksatt lokale tiltak for å reparere den skaden som oppsto. Dette kaller vi en "single-loop". For å oppnå organisatorisk læring må en gå dypere, en må gjøre en "double-loop". En "double-loop" er når man går ytterligere ett steg tilbake og analyser grunnleggende verdier og antagelser. I stedet for å legge ansvaret på menneskelig svikt, så utfordrer man organisasjonens grunnleggende verdier og antagelser. Man

ser på hvordan de grunnleggende verdiene og antagelsene påvirker hendelsen, og hvilke tiltak som kan gjøres med de for å forebygge at slike hendelser oppstår igjen. Når en hendelse oppstår er det ofte en kombinasjon av ulike sviktende barrierer. Ved å kun gjøre lokale endringer der hendelsen oppsto er det større sannsynlighet for at hendelsen skjer igjen, enn om man går i dybden og ser på mulige endringer i rutiner og prosedyrer. En må se på alle barrierene og hvordan de påvirker hverandre.

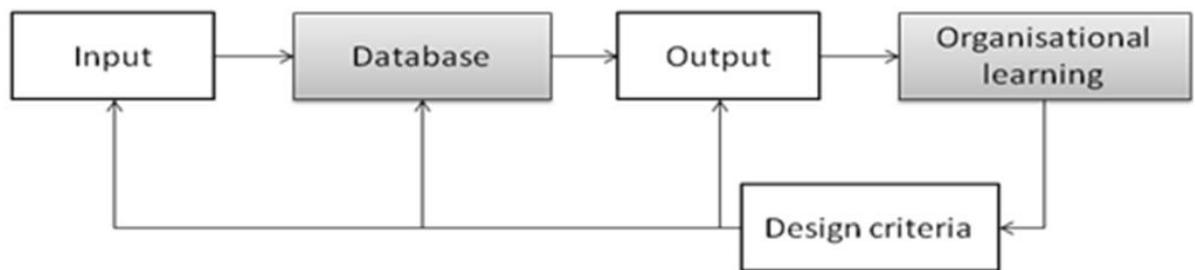
*"To be successful, a system must be built on the knowledge
that valid feedback on human or system failures
is far more important than the allocation of blame"*

O'Leary og Chappell (1996)

Kjellèn (2000) belyser et problem som kan oppstå dersom det er igangsatt tiltak og det ikke fører til ønsket resultat (mismatch). Dersom denne situasjonen fører til at det enten må iverksettes kostbare tiltak, det gir organisasjonen eller lederen et dårlig rykte eller det gjør lederen eller organisasjonen forlegen, er det lett for at det blir en ensidig styring på evaluering- og tiltakssiden. Dersom det har oppstått en hendelse skylder de som etterforsker hendelsen ofte på menneskelig svikt eller på at det er et engangstilfelle, istedenfor å se på eventuelle systemsvikt. På denne måten har de utelatt eller oversett behovet for en grundig gjennomgang av grunnleggende verdier og prosedyrer. Sannsynligheten for at en tilsvarende ulykke oppstår under samme leder anslås ofte som liten. Lederne synes kanskje dette er en rasjonell måte å løse problemet på, men det fører ikke til organisatorisk læring. For at en skal kunne få en fungerende "double-loop" læring må holdningene komme fra toppledelsen og de må skape tillit og takhøyde for å uttrykke meninger og følelser i organisasjonen.

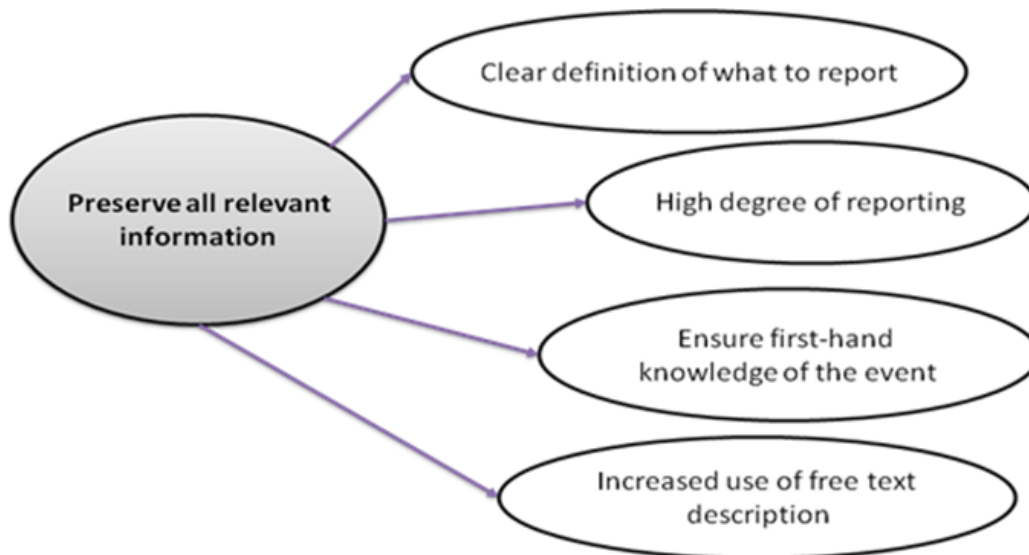
Det er stor variasjon mellom bransjer i forhold til systemer for hendelsesrapportering og organisatorisk læring. Luftfartstilsynet (LT) har en lang historie med rapportering som bakgrunn for organisatorisk læring. I dag forvalter LT et nasjonalt rapporteringssystem for sivil luftfart som omfatter over 4000 rapporter årlig. Dette systemet er bygget på rapporteringsplikt, men

rapporteringsvilje og rapporteringskultur er helt avgjørende for det informasjonsgrunnlaget LT skal bruke til overvåkning/måling og til optimalisering av deres tilsyn med bransjen (Svare, E. *Personlig kommunikasjon* 14.04.2010). I banksektoren er organisatorisk læring fra hendelsesrapportering forholdsvis nytt (2006). I følge Basel II er hensikten med de innrapporterte data å gi bevissthet og forståelse for operasjonelle tap, bruke de til analytiske formål og som inndata for modellering av operasjonell risiko. Andersen, Næss og Tunglund (2010) argumenterer for at organisatorisk læring bør være et av hovedmålene med hendelsesrapportering. Det har laget en struktur for rapportering av tapshendelser.



FIGUR 9 STRUKTUR FOR RAPPORTERING AV TAPSHENDELSER (ANDERSEN, NÆSS, TUNGLAND 2010).

For at hendelsesrapportering skal bidra til organisatorisk læring er det viktig at rapporteringssystemet er designet for å få frem all relevant informasjon rundt hendelsen og at den blir lagret på en hensiktsmessig måte slik at den kan analyseres og således brukes til organisatorisk læring. Denne strukturen viser at designkriteriene blir definert ut fra hvordan man skal oppnå organisatorisk læring. Design kriteriene vil da påvirke inndata, databasen og utdata. Den påvirker inndata på den måten at den definerer hva som skal bli innrapportert, databasen påvirkes i forhold til hvordan en skal sortere og lagre data og design kriteriene påvirker utdata i forhold til hvordan en bearbeider og analyserer data. De trekker frem fire designkriterier som er viktig for å få frem all relevant informasjon gjennom rapporteringssystemet (Andersen, Næss, Tunglund 2010).



FIGUR 10 DESIGNKRITERIER FOR Å OPPNÅ ALL RELEVANT INFORMASJON (ANDERSEN, NÆSS, TUNGLAND 2010).

For å få frem all relevant informasjon må organisasjonen ha klare definisjoner på hva som skal rapporteres, og dette må kommuniseres godt ut til de ansatte. En trenger en høy rapporteringsrate for å kunne avdekke flest mulig potensielle hendelser og systemsvikt. Det er viktig å få førstehåndsinformasjon om hendelsen som oppsto. For å oppnå det må en ha enkle rapporteringsskjemaer lett tilgjengelig. En bør også ha økt bruk av fritekst i rapporteringsskjemaene, dette for å kunne få et bedre årsaksbilde og oversikt over hvordan vedkommende handlet da hendelsen oppsto (Andersen, Næss, Tunglund 2010).

Det er flere måter å oppnå organisatorisk læring på, for eksempel ulike risikoanalyser og rapportering av uønskede hendelser. Det å lære av egne feil er en god egenskap og en effektiv måte å lære på, dersom en gjør det på den riktige måten. Dette gjelder både som privat person og som bedrift. Et eksempel i forhold til privat personer kan være at en person handler på kreditt uten kapital til å gjøre opp for seg når regningen kommer. Dersom vedkommende betaler kredittregningen med et annet kredittkort så får vi en form for "single-loop" læring. Da tar vedkommende den enkleste utvei og løser problemet der og da, men sannsynligheten for å havne i samme situasjon en gang til er meget stor. Dersom vedkommende tar innover seg at den har brukt penger en ikke har, og heller ikke har råd til å bruke, får vi en "double-loop" læring. Vedkommende begynner da å

spare til regningen og endrer holdninger og kjøpsvaner (det grunnleggende tankemønsteret). Da har vedkommende erkjent sitt problem i forhold kjøpsvaner og lærer seg å endre livsstil og sette tæring til næring. I en bedrift er det ikke så enkelt. Det er mange mennesker og systemer involvert, og ofte en stor hierarkisk oppbygning (store bedrifter/selskaper). Kjellen (2000) belyser noen utfordringer knyttet til organisatorisk læring i organisasjoner med stor hierarkisk struktur. I slike organisasjoner er beslutningstakere sjelden i direkte kontakt med konsekvensene av deres avgjørelser/bestemmelser. En annen utfordring er at når en hendelse har oppstått, blir ofte informasjonen knyttet til hendelsen samlet inn av andre enn de som skal bruke/analysere den. Dette fører til at beslutningstaker i mindre grad har mulighet til å motta utfyllende informasjon eller kan tette eventuelle hull i rapporten.

Hendelsesrapportering er svært viktig for organisatorisk læring, da en lærer best av egne feil. En kan også lære av andres feil dersom forholdene ligger til rette for det. Som Reason (1997) sa, så er det den enkleste underkulturen i en sikkerhetskultur å bygge opp, men den vanskeligste til å få til å fungere. Vi tror noen av grunnene til at den er vanskelig å få til å fungere er at en bedrift ofte består av mange ulike mennesker på ulike nivåer i bedriften, og med ulike oppfatninger holdninger og verdier. Vi mener at i hvilken grad bedriften/selskapet har en god rapporteringskultur er avgjørende for å få organisatorisk læring til å fungere i bedriften/selskapet. At de ansatte er involvert i utarbeidelsen av rapporteringsskjema er svært viktig, det er de som er brukerne og derfor er det viktig at de får et eierskapsforhold til rapporteringsskjemaene. Det er også viktig at skjemaene er bygget opp på en slik måte at en får frem den informasjonen en trenger for å lære av hendelser som har oppstått. En bør også inkludere de ansatte i prosessen etter en hendelse, da de ofte har god kjennskap til systemet/arbeidet og kan bidra med gode forslag på hvilke tiltak som bør iverksettes. For å få en god læringseffekt bør en gjøre en "double-loop" når en hendelse oppstår. Det er en tung og krevende prosess, men helt nødvendig. Det er viktig at de ansatte får tilbakemelding på iverksatte tiltak slik at de motiveres til å fortsette å bidra til god sikkerhet på arbeidsplassen.

KAPITTEL 4. ANALYSE AV RAPPORTERINGSKULTUR I ROLLS-ROYCE MARINE ENGINES BERGEN

(I dette kapitlet brukes *tilløpsrapportering* som begrep for rapportering av hendelser, se forklaring kapittel 1.4)

4.1 ROLLS-ROYCE MARINE ENGINES-BERGEN (RRMEB)

Historikk

Bergen Mekaniske Verksteder AS ble etablert i 1855 og var et av Norges fremste skipsverft. I 1943 begynte det å spire en ide om å lage en egen dieselmotor, og den første egenkonstruerte dieselmotoren ble levert til M/S "DRAUPNE" i 1946. Dette var en to-takts dieselmotor med 50hk pr. sylinder. Mangt har skjedd siden den tid; eiere og lokasjon er endret og det er stadig ny utvikling av motorene.



FIGUR 11 ET UTVALG AV RRMEB-MOTORER (PERSONLIG KOMMUNIKASJON, AAKRE, H. 14.MAI 2010).

Nå er motorfabrikken en del av Rolls-Royce plc og har fått navnet Rolls-Royce Marine Engines-Bergen (RRMEB)(1999). Den første gassmotoren ble produsert i 1991 og i dag produseres både gass- og dieselmotorer med ulik ytelse. Produktene er rettet mot Marine og Land. Marine består av motorer som anvendes til fremdrift av skip og generatoranlegg for produksjon av kraft om bord i skip og offshoreinstallasjoner. Land består av motorer for stasjonære kraftstasjoner på land for produksjon av elektrisitet og varme. Fabrikken er nå lokalisert på Hordvikneset nord for Bergen. RRMEB er en dynamisk bedrift og ble som mange

andre bedrifter påvirket av "finanskrisen". I 2005 begynte RRMEB å vokse stort og var på det meste rundt 760 ansatte, med en kapasitet på 240 motorer i året. Per dags dato er det rundt 600 ansatte og det produseres omkring 100 motorer i år. (Personlig kommunikasjon, Varøy, E., RRMEB, 12.mai 2010).



FIGUR 12 RRMEB, HORDVIKNESET (PERSONLIG KOMMUNIKASJON, AAKRE, H., RRMEB 14.MAI 2010).

RRMEB –HMS

RRMEB har ett årsverk som har hovedansvaret for støtte innen HMS til de ansatte og ledelsen. I RRMEB er en svært opptatt av at ansvaret for HMS ligger i linjen, det vil si hos ledere på alle nivå samt hos operatørene. Utover det har hovedverneombud et halvt årsverk. Avdelingsledere har det daglige HMS ansvaret for de ansatte i sin avdeling. Internt i Rolls-Royce plc er RRMEB gode på hendelsesrapportering, men mener selv de kan bli enda bedre. På min forespørsel til RRMEB om å få analysere rapporteringskulturen ved noen av avdelingene i produksjonen kom det svært positiv respons. De mener selv de har en god rapporteringskultur og er gode på rapportering, men ønsker å bruke denne analysen til å se hvordan forholdene ser ut utenfra.

RRMEB har et rapporteringsskjema der alle "tilløp" rapporteres. Med "tilløp" menes uønskede omstendigheter og nesten-ulykke. Ulykker rapporteres på eget skjema, da en trenger mer informasjon og data. Begrepene er kommunisert ut til de ansatte gjennom opplæringstiltak i HMS systemer for nyansatte, samt repetisjonskurs. Rapporteringsskjemaene er tilgjengelig på alle HMS tavlene i de ulike avdelingene, samt elektronisk på datamaskin hos ledere og verneombud.

Eventuelle tilbakemeldinger på innrapporterte hendelser blir publisert på HMS tavlene eller via AMU.

RRMEB har et incentivsystem som fungerer på følgende måte:

- Hver uke trekkes det to kinobilletter til en vilkårlig rapportør
- Hver måned trekkes det en vilkårlig vinner som selv velger gave mellom RR-genser, et gavekort på fotmassasje eller to kinobilletter

Ut over dette deles det ut en pris hvert år (første gang 2009) til en person som har utmerket seg i det daglige HMS arbeidet, dette gjelder både ledere og operatører. Denne prisen er ikke direkte et direkte resultat av tilløpsrapportering, men har ofte en sammenheng (personlig kommunikasjon, Aakre, H., RRMEB, 14.mai 2010).



FIGUR 13 HMS PRIS, RRMEB (PERSONLIG KOMMUNIKASJON, AAKRE, H., RRMEB, 14.MAI 2010).

4.2 METODE

Metoden som er brukt i analysen er spørreundersøkelse. I denne analysen mente vi det var viktig å få med så mange synspunkter som mulig, og med tanke på at masteroppgaven er tidsbegrenset vil vi få bredere representasjon med en spørreundersøkelse enn med intervjuer. Spørreskjemaet er hovedsakelig lagt opp som en kvantitativ undersøkelse, dette for å kunne bruke beskrivende statistikk (diagram, grafer og lignende.)i tolkning av resultater. Ulempen med å velge spørreundersøkelse istedenfor intervju er at man ikke kan stille oppklarende spørsmål. For å kompensere litt for det er det lagt inn et kommentarfelt på hvert spørsmål slik at de deltagerne som føler for det kan komme med en oppklarende

kommentar til sitt svar (i forundersøkelsen kom det fram at det var et klart ønske fra operatørene). Det er også lagt inn et kvalitativt spørsmål på slutten av undersøkelsen der deltagerne selv foreslår hva som kan gjøres for å få en selv skal rapportere oftere. Undersøkelsen er anonym noe vi håper bidrar til oppriktig og ærlig besvarelse.

Analysen består av to undersøkelser, en for operatørene som rapporterer tilløp og en for deres avdelingsledere som mottar rapportene. Grunnen til at vi valgte å gjøre det slik er for å se om svarene til operatørene samsvarer med svarene fra avdelingslederne, eksempelvis dersom operatørene mener de får manglende opplæring og avdelingslederne mener de får god opplæring kan det tyde på mangelfull kommunikasjon og/eller ulik oppfatning av opplæring som er gitt.

Tema i undersøkelsen for operatørene er:

- Egne holdninger til rapportering
- Opplæring og tilrettelegging
- Tilbakemelding på innleverte rapporter
- Hvordan de påvirkes av belønningssystemer
- Hva skal til for at de skal rapportere mer

I undersøkelsen for avdelingslederne er tema følgende:

- Egne holdninger til rapportering
- Slutføringsrate (analyse, tiltak, tilbakemelding)
- Tilrettelegging for operatører
- Tilbakemeldingsrate
- Tilrettelegging for å slutføre rapporter
- Tiltak en kan iverksette for å øke rapporteringsraten

I spørreskjemaet er det fokusert på å konstruere få, men konkrete spørsmål som skal gi oss den informasjonen som trengs for å analysere rapporteringskulturen ved de respektive avdelingene. Begrunnelsen for dette er for det første at oppsettet er enkelt og lite tidkrevende, noe som kan føre til at deltakerne gir gode, gjennomtenkte og ærlige svar. For det andre dersom spørreskjemaet hadde vært svært omfattende hadde det vært mer tidkrevende noe som gir mer tapt arbeidstid for bedriften, og kanskje man da ikke kunne hatt med så mange deltagere. For det

tredje som nevnt tidligere har masteroppgaven et begrenset omfang/tid, så for å kunne utføre gode analyser av resultatene må datamengden begrenses noe. Begrensningene til tross, tror vi at den undersøkelsen som skal gjennomføres vil gi en god dekning og bredde for å kunne vurdere rapporteringskulturen ved de respektive avdelingene (forutsatt at svarprosenten er høy nok).

For å kvalitetssikre undersøkelsen skal det gjennomføres en forundersøkelse. Dette for å se om HMS vokabularet i spørreskjemaet stemmer overens med vokabularet som brukes på RRMEB, og at oppsettet er oversiktlig og forståelig. Det er et faktum at deler av Norges befolkning har lese- og skrivevansker, derfor er det i den grad det er mulig lagt til rette for de. (Noen av disse vurderingene er gjort i samråd med Nilsen, O.B ved Universitet i Stavanger)

4.3 FORUNDERSØKELSE

Det vil bli gjennomført en forundersøkelse hos operatørene for å kvalitetskontrollere spørsmålene og oppsettet i undersøkelsen. Det er mange operatører som er invitert til å delta i selve undersøkelsen og derfor er det viktig at spørsmålene er forståelige, og at ordlyden stemmer overens med det operatørene bruker i sin arbeidshverdag. Det vil ikke bli gjennomført forundersøkelse av avdelingsledernes spørreskjema, da det er få ledere som skal delta i undersøkelsen. Resultatene fra forundersøkelsen med operatørene kan i stor grad benyttes i undersøkelsen for lederne også. Forundersøkelsen ble gjennomført med bred representasjon. Det var åtte personer som deltok i forundersøkelsen, der i blant en lærling, representant fra verneombudet, tillitsvalgt og representanter fra ulike avdelinger. Undersøkelsen hadde i utgangspunktet fem kvantitative spørsmål og et kvalitativt som der de kunne svare med fri tekst hva som skulle til for at de skulle rapportere flere tilløp til ulykker.

Spørsmål til operatører i forundersøkelse

1. I hvilken grad føler du det er viktig med tilløpsrapporter?
2. Hvor ofte skriver du tilløpsrapporter?
3. Hvor godt føler du det er tilrettelagt for å skrive tilløpsrapporter?

4. Hvor viktig synes du belønningssystemer er for at du skal levere tilløpsrapporter?
5. Hvor godt synes du dagens belønningssystem er?
6. Hva kan gjøres for at du skal skrive flere tilløpsrapporter?

I diskusjon med gruppen som gjennomførte forundersøkelsen kom det frem at det var et klart behov for å ha mulighet til å kommentere svarene på de kvantitative spørsmålene. I utgangspunktet var det ikke planlagt, men dette var tydelig viktig for deltagerne. Derfor ble det lagt inn kommentarfelt under hvert spørsmål. Fordelen ved dette er at det kan gi verdifull informasjon i analyse- og tiltaksprosessen. Videre ble det foretatt noen små endringer i spørsmålene for å gjøre de tydeligere. Det var to spørsmål angående belønningssystemer, det ene ble byttet ut med et spørsmål om tilbakemelding, da det var tydelig at operatørene i forundersøkelsen synes dette var et svært viktig tema som de følte ofte var fraværende i bedriften.

Spørsmål til operatører i hovedundersøkelsen

1. I hvilken grad føler du det er viktig med tilløpsrapporter?
2. Når du oppdager et farlig forhold/nesten ulykke/ulykke, hvor ofte skriver du da tilløpsrapporter?
3. Hvor godt føler du det er tilrettelagt for å skrive tilløpsrapporter?
(tilgjengelighet, opplæring og lignende.)
4. I hvilken grad er du fornøyd med tilbakemelding fra ledelsen på tilløpsrapporter du har levert?
5. Hvor viktig synes du belønningssystemer er for at du skal levere tilløpsrapporter?
6. Hva kan gjøres for at du skal skrive flere tilløpsrapporter?
(for eksempel: opplæring, tilrettelegging, belønning, motivasjon, tilbakemelding og lignende).

Deltagerne i forundersøkelsen var svært positive til at det skulle gjennomføres en undersøkelse rundt dette temaet, og de så viktigheten med tilløpsrapportering. I

denne samtalen kom det frem at det er varierende motivasjonsgrad til å levere tilløpsrapporter, mye grunnet manglende eller negativ tilbakemelding på innleverte tilløpsrapporter samt lite tilfredsstillende opplæring. Hvor vidt disse argumentene er dekkende for de avdelingene som er med i undersøkelsen vil vise seg når undersøkelsen skal gjennomføres med samtlige ansatte i avdelingene.

4.4 BEGRENSNINGER

Dersom alle operatørene ved Rolls-Royce Marine Engines Bergen skulle deltatt i undersøkelsen ville det ha ført til svært mye tapt arbeidstid for bedriften. Det ble derfor bestemt, sammen med produksjonsleder og HMS leder ved RRMEB, at analysen skulle gjennomføres på avdeling 822 Logistikk, 823 Delmontering, 824 Hovedmontering, 825 Rør-prefabrikering og 826 Rør-montering. Noen av lærlingene ved de respektive avdelingene deltok også, men de er ansatt på avdeling 840 Lærlinger. Sammen utgjør dette omtrent 50% av operatørene i produksjonen ved RRMEB. Avdelingene er av ulike størrelser, ulikt miljø, de har ulike ledere, de har muligens også ulik kultur i forhold til tilløpsrapportering og de opererer i ulike arbeidsmiljø (luft, lukt, støy etc.). Siden utvalget til undersøkelsen ble redusert til å gjelde omtrent 50% av operatørene så kunne alle operatørene ved de respektive avdelingene gjennomføre undersøkelsen, noe som er viktig for å kunne få et representativt utfall.

4.5 GJENNOMFØRING AV ANALYSE

Fredag 26.03.2010 ble det gjennomført en forundersøkelse med 8 testpersoner. Dette ble gjort for å kvalitetssikre spørsmålene og oppsettet før undersøkelsen ble levert ut til alle deltagerne.

Tirsdag 06.04.2010 ble undersøkelsen gjennomført. Grunnet mangelfull kommunikasjon internt på RRMEB var ikke lederne klar over at de og deres operatører skulle delta i denne undersøkelsen denne dagen. Med god hjelp fra hovedverneombud klarte vi å kommunisere dette ut mot de ansatte og undersøkelsen ble gjennomført. Undersøkelsen ble utvidet med en dag slik at de som jobbet kveldsskift og de som ikke var informert i tide fikk anledning til å delta.

4.6 RESULTAT OG DISKUSJON

I dette kapittelet vil resultatene fra undersøkelsen bli presentert. Diskusjon rundt resultatene vil bli tatt fortløpende.

Tabell 2 illustrerer antall ansatte totalt samt antall ansatte innstemplet på de respektive avdelinger de dagene undersøkelsen ble gjennomført. Den illustrerer også svarprosent på de ulike avdelingene og total svarprosent. Noen av lærlingene som er knyttet til de respektive avdelingene deltok i undersøkelsen. Lærlingene er ansatt på avdeling 840 Lærlinger, og vi har ikke oversikt over hvor mange lærlinger det var på de ulike avdelingene til de gjeldene dager. Lærlingene er derfor tatt bort fra total svarprosent, men lærlingenes synspunkter er svært viktige, og deres besvarelse vil bli vektlagt på samme måte som de ansatte i de andre avdelingene

Det ble en total svarprosent på 63% , der tre av avdelingene hadde meget høy svarprosent! Den største avdelingen, 824, hadde lavest svarprosent på 48%.

Org.enhet	Total	Permittert eller Permisjon	Sum	Innstemplet 6/4 kl 11.00	Innstemplet 7/4 kl 11.00	Innstemplet 6/4 kl 18.00	Innstemplet 7/4 kl 18.00	Gjennomsnitt Innstemplet per dag	Antall besvarte spørreskjema	Svarprosent
Enhet 1	19	2	17	13	13	4	4	17	14	≈ 82 %
Enhet 2	17		17	12	14	3	3	16	8	≈ 50 %
Enhet 3	60	11	49	35	32	18	19	52	25	≈ 48 %
Enhet 4	10	1	9	8	7			7,5	8	≈ 100 % *
Enhet 5	21		21	14	13	3	4	17	14	≈ 82 %
Enhet 6									(6)	
Total	127	14	113	82	79	28	30	109,5	69 (75)	≈ 63 %**

TABELL 2 OVERSIKT OVER ANTALL ANSATTE OG SVARPROSENT PÅ UNDERSØKELSEN FOR OPERATØRER.

**De 8 besvarte spørreskjemaene ble levert inn 06.04.2010 da samtlige på avdelingen var på jobb. Dersom en tar antall besvarte spørreskjemaer i forhold til gjennomsnittlig innstemplet vil vi få en svarprosent på over 100%, noe som ikke er mulig.*

*** Total svarprosent ekskluderer lærlingene, da vi ikke vet hvor mange som var på jobb på de respektive avdelingene til gjeldene tider.*

Kommentarer:

Operatører: Det er en svarprosent på over seksti prosent. Den er noe lavere enn ønsket, men bra. Den tas hensyn til i vurderinger av resultater. Der vi ser at det er stor enighet rundt ett eller to svaralternativer ser vi det som en god representasjon av mengden. Dersom svarene er veldig spredt kan det være vanskelig å trekke en konklusjon som vil være representativ for mengden.

Avdelingsledere: Det var kun to av seks ledere som deltok i undersøkelsen. I hvilken grad lederne var informert om at de også skulle delta i undersøkelsen er noe uklart. Dette er litt lav svarprosent til å vektlegges i stor grad, men resultatet blir tatt med og tatt hensyn til.

4.6.1 RESULTAT FRA UNDERSØKELSEN FOR OPERATØRER

Spørsmål til operatører

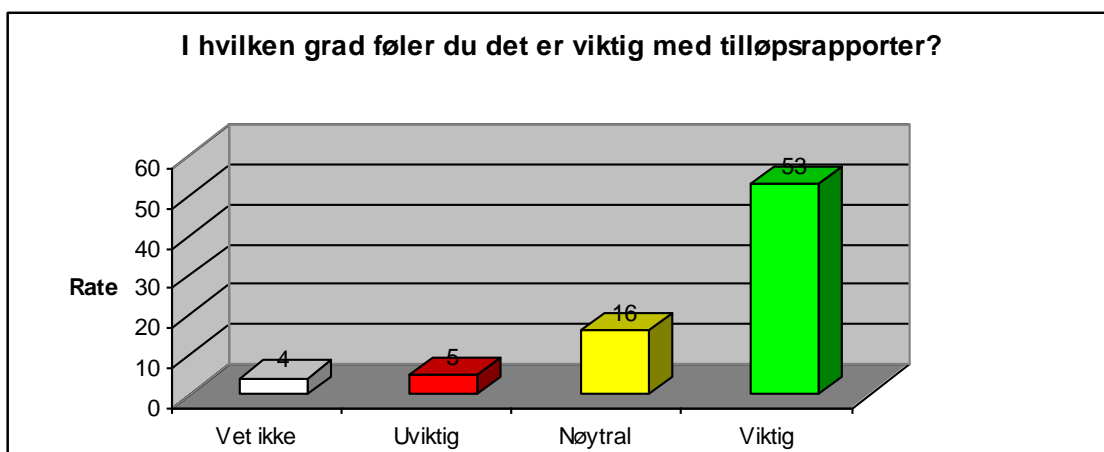
1. I hvilken grad føler du det er viktig med tilløpsrapporter?
2. Når du oppdager et farlig forhold/nesten ulykke/ulykke, hvor ofte skriver du da tilløpsrapporter?
3. Hvor godt føler du det er tilrettelagt for å skrive tilløpsrapporter?
(*tilgjengelighet, opplæring og lignende.*)
4. I hvilken grad er du fornøyd med tilbakemelding fra ledelsen på tilløpsrapporter du har levert?
5. Hvor viktig synes du belønningssystemer er for at du skal levere tilløpsrapporter?
6. Hva kan gjøres for at du skal skrive flere tilløpsrapporter?
(*for eksempel: opplæring, tilrettelegging, belønning, motivasjon, tilbakemelding og lignende.*)

På samtlige kvantitative spørsmål (dvs. utenom nr 6) er det seks svaralternativer; *vet ikke* og 1-5, der 1 er dårligst og 5 er best. Resultatet fra hvert spørsmål vil bli presentert i to søylediagram, med svaralternativer på x-aksen og svarrate på y-aksen (med svarrate menes hvor mange som har krysset av for det respektive svaralternativet). Det første diagrammet deler svaralternativene inn i 4 kategorier: *vet ikke, dårlig, nøytral og god*. *Dårlig* representerer svaralternativ 1 og 2 med fargen rød, *nøytral* representerer svaralternativ 3 med fargen gul, og *god* representerer svaralternativ 4 og 5 med fargen grønn. *Vet ikke* er representert med fargen hvit. Kategori hvit er det vanskelig å gjøre noe med, men vi vil se på eventuelle kommentarer på de besvarelsene der noen har svart *vet ikke* for å få en forståelse av hvorfor noen har valg det svaralternativet. Kategori rød er den mest kritiske kategorien, og her bør det tas en grundig gjennomgang i gjeldene prosedyrer, systemer osv. (gjennomføre en double loop). Rød har et stort forbedringspotensial. Kategori gul er midt på treet, verken god eller dårlig. Ut fra eventuelle kommentarer må en prøve å identifisere hva som fungerer bra og hva som bør forbedres. Gul har også stort forbedringspotensial. Grønn illustrerer at

mye ser ut til å fungere bra. Likevel er det alltid rom for forbedring, og det er viktig å opprettholde den gode standarden og samtidig se på muligheter for forbedring.

Det andre søylediagrammet illustrerer svarrate på de ulike svaralternativene for hver enkelt ansiennitetsgruppe, samt viser den rosa søylen total svarrate. I vedlegg 2 presenteres resultatene i tabellform. I kapittel 4.7 foreslås det forbedringstiltak på områdene der det er forbedringspotensialer.

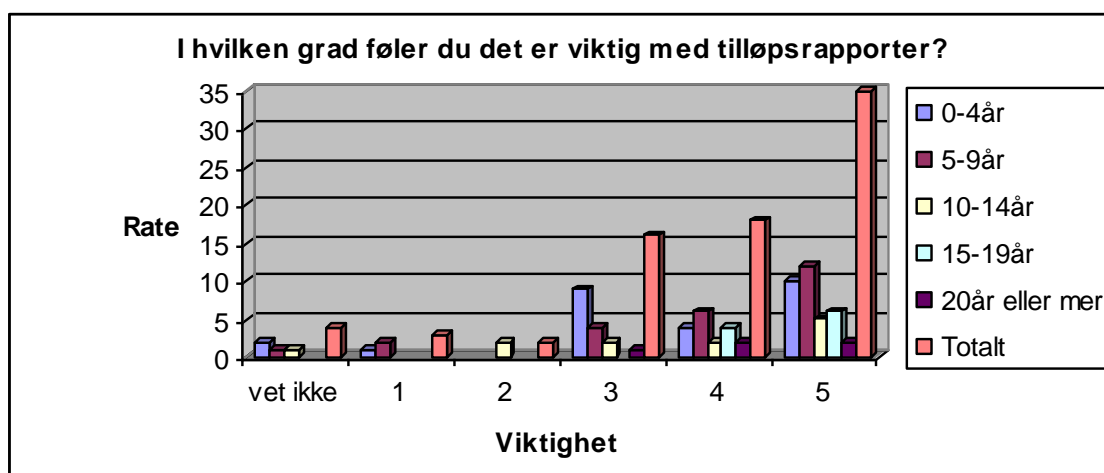
Resultat spørsmål 1. I hvilken grad føler du det er viktig med tilløpsrapporter?



FIGUR 14 ILLUSTRERER I HVILKEN GRAD DE ANSATTE FØLER DET ER VIKTIG MED TILLØPSRAPPORTERING, DELT I FIRE KATEGORIER.

Kategorier:

vet ikke, uviktig = svaralternativ 1 og 2, nøytral = svaralternativ 3, viktig = svaralternativ 4 og 5



FIGUR 15 ILLUSTRERER I HVILKEN GRAD DE ANSATTE FØLER DET ER VIKTIG MED TILLØPSRAPPORTERING.

Figur 15 illustrerer at alle svarkategoriene er benyttet i dette spørsmålet, men det er en klar overvekt på svaralternativ 3, 4 og 5. Figur 14 viser at hele $\approx 68\%$ av deltagerne synes tilløpsrapportering er viktig og $\approx 20\%$ er midt på treet. $\approx 7\%$ synes det er uviktig med tilløpsrapportering og $\approx 5\%$ vet ikke. Av de som svarer *vet ikke* er det vanskelig å vite hva de mener om tilløpsrapportering og hvorfor de har valgt dette svaralternativet. Noen forklaringer på det *kan* være at: 1. de ikke har tatt stilling til spørsmålet, 2. det kan være de ikke bryr seg om tilløpsrapportering eller 3. det kan være de ikke har nok informasjon om hva tilløpsrapportering er og innebærer, slik at de ikke føler seg kompetent til å avgi et svar. Det er svært positivt at grønn er den dominerende fargen i figur 14. Det viser at mange i de deltagende avdelingene på RRMEB synes det er viktig å rapportere tilløp. Det optimale er at alle ser viktigheten med tilløpsrapportering, derfor er det viktig å fortsette å arbeide med å skape gode holdninger knyttet til tilløpsrapportering slik at alle forstår at dette er viktig. I kapittel 4.7 vil det bli foreslått tiltak som kan være med på å skape gode holdninger knyttet til tilløpsrapportering.

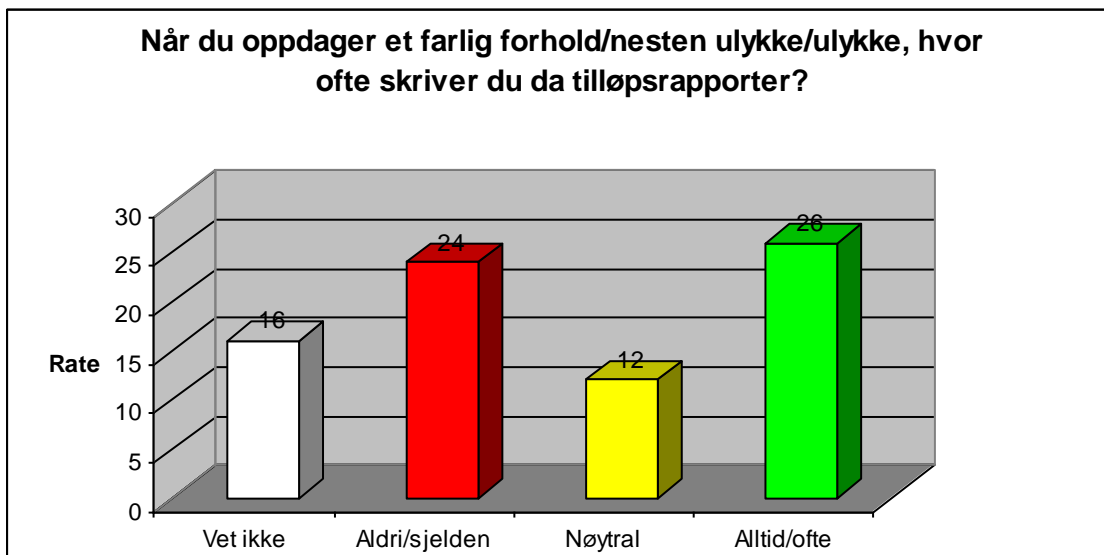
Et utdrag fra kommentarene fra deltagerne i undersøkelsen:

- *Forhindrer flere tilløp*
- *Ved å påpeke tilløp kan en forbedre sikkerheten*
- *En kan kartlegge/overvåke hvor/når et tilløp skjer og hyppighet*
- *Et godt verktøy for å ivareta de ansattes sikkerhet*
- *Viktig*
- *Dersom hendelser ikke blir rapportert kan alvorlige hendelser oppstå*
- *Fører til en sikrere hverdag*

Vi ser av kommentarene at mange forstår at rapportering av tilløp bidrar til organisatorisk læring. Ved å rapportere tilløp kan de bidra til å forbedre egen og kollegaers sikkerhet i en arbeidssituasjon. Det er viktig at de operatørene som skrev disse kommentarene, og de som deler deres synspunkter, aktivt kommuniserer ut sine holdninger og kunnskaper om tilløpsrapportering til sine kollegaer. Når operatører opplever at tilløpsrapporter fører til økt sikkerhet i sin

arbeidssituasjon gjennom organisatorisk læring, vil det bidra til å skape gode holdninger knyttet til tilløpsrapportering

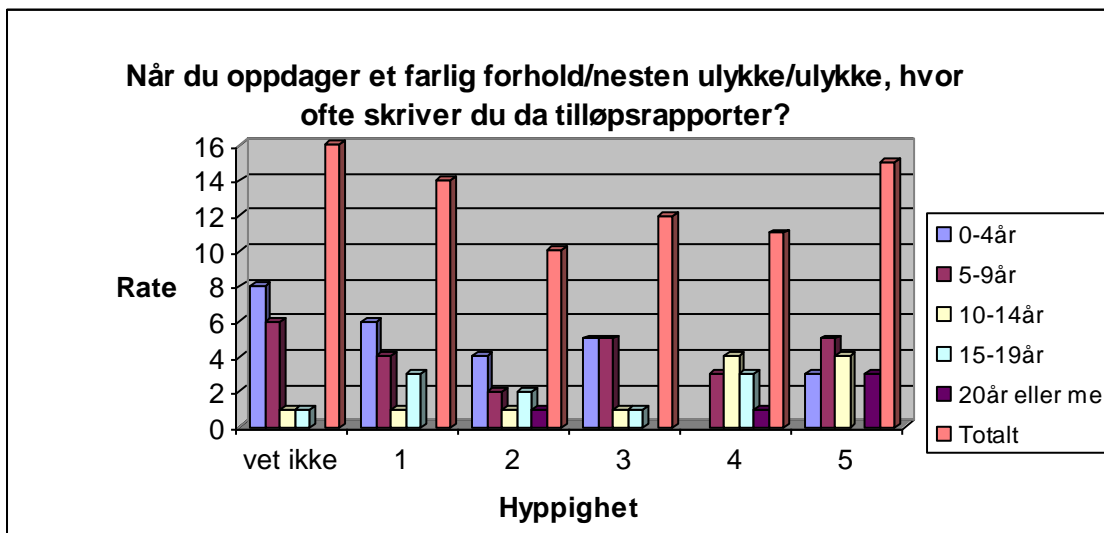
Resultat spørsmål 2. Når du oppdager et farlig forhold/nesten ulykke/ulykke, hvor ofte skriver du da tilløpsrapporter?



FIGUR 16 HVOR OFTE OPERATØRENE SKRIVER TILLØPSRAPPORTER NÅR DE OPPDAGER ET TILLØP, DELT I FIRE KATEGORIER.

Kategorier:

vet ikke, aldri/sjelden = svaralternativ 1 og 2, nøytral = svaralternativ 3, alltid/oftest = svaralternativ 4 og 5



FIGUR 17 ILLUSTRERER HVOR OFTE OPERATØRENE SKRIVER TILLØPSRAPPORTER NÅR DE OPPDAGER ET TILLØP.

Figur 17 viser at svarene er forholdsvis jevnt fordelt på de seks ulike svaralternativene. Når vi studerer figur 16 ser vi at andelen deltagerer som svarer *aldri/sjelden* og *ofte/alltid* er tilnærmet like stor, $\approx 31\%$ mot $\approx 33\%$. $\approx 15\%$ er midt på treet og hele 21% svarer at de ikke vet. Det er viktig at alle tilløp blir rapportert og registrert, derfor er det flott at $\approx 33\%$ svarer at de ofte eller alltid gjør det. Dessverre svarer nesten like mange at de aldri rapporterer tilløp, og vi kan stille oss spørsmålet hvorfor det er slik. Det er spesielt bekymringsverdig da hele $\approx 68\%$ av deltagerne svarer at de synes tilløpsrapportering er viktig og at kun $\approx 7\%$ synes det er uviktig. Vi vil prøve å finne en forklaring på hvorfor en så stor andel synes tilløpsrapportering er viktig, men at de likevel ikke rapporterer tilløp når de oppdager ett. For å oppnå god organisatorisk læring er det viktig at alle tilløp blir rapportert og registrert, så rapporteringsraten bør stige. Det bør settes fokus på å identifisere årsaker til hvorfor noen velger å ikke rapportere tilløp selv om de vet at det er viktig. Det er viktig å iverksette tiltak for å få opp rapporteringsraten både på de som aldri rapporterer og de som av og til rapporterer.

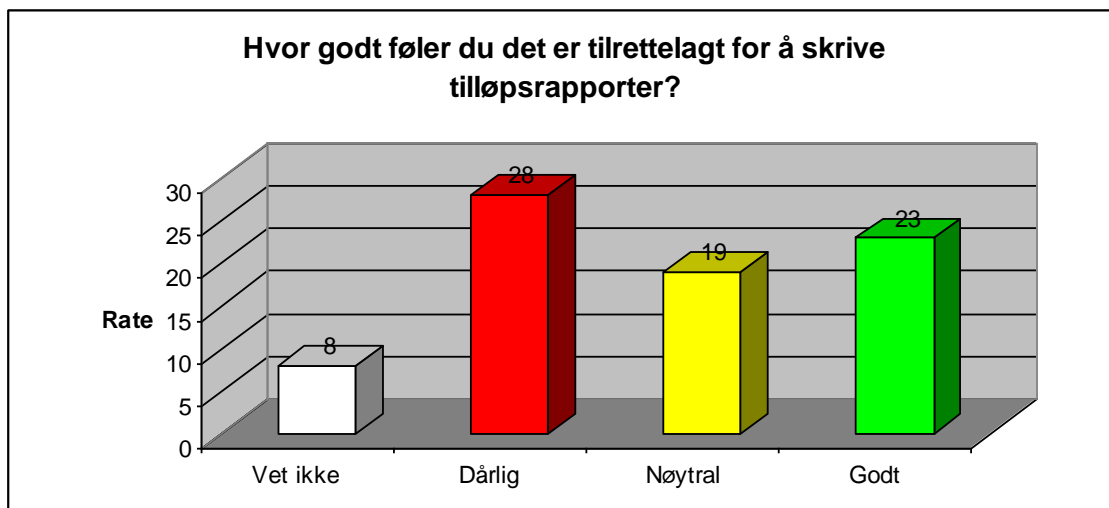
I forundersøkelsen ble det belyst en problemstilling i forhold til dette spørsmålet. Dersom en rapporterer ett tilløp en dag, men det ikke blir iverksatt umiddelbare tiltak, skal en da rapportere det samme tilløpet neste dag, og dagen etter det igjen, helt til tiltak blir iverksatt? Spørsmålet definerte ikke hvorvidt det gjaldt bare nye tilløp eller også situasjoner som beskrevet her. Dette *kan* være en årsak til at noen har svart *ofte* i stedet for *alltid* eller *vet ikke*.

Et utdrag fra kommentarene fra deltagerne i undersøkelsen:

- *Har ikke gjort det enda*
- *Har ikke vert i en situasjon som tilsier at jeg skulle levert en tilløpsrapport*
- *Alltid!*
- *Varies etter farlighetsgrad*
- *Som oftest*
- *Kan bli flinkere*
- *Jeg vet ikke hvordan rapportering fungerer*

På dette spørsmålet var kommentarene veldig varierende. Det varierer fra "har aldri observert et tilløp" til "varierer etter alvorlighetsgrad" til "alltid". Dersom vi tar tak i den første kommentaren her kan vi stille oss spørsmålet hvorfor vedkommende aldri har observert et tilløp før, vedkommende som skrev denne kommentaren har en ansiennitet på over 5 år. Det var bare en person som skrev denne kommentaren så en kan diskutere i hvilken grad den skal vektlegges, vi vet ikke om flere har samme oppfatning. Flere kommenterer at de kan bli flinkere på rapportering og at alvorlighetsgraden avgjør om de rapporterer et tilløp eller ikke. Det kan tyde på at en må gi mer *opplæring* og være tydeligere på *hva som skal rapporteres*. Det er gledelig å se at flere kommenterer at de "som oftest" eller "alltid" gjør det, de har forhåpentligvis sett verdien av organisatorisk læring. Generelt illustrerer resultatet på dette spørsmålet at RRMEB er på riktig vei i forhold til rapportering, men det er fortsatt en del arbeid som gjenstår før en kan si seg fornøyd med rapporteringsraten.

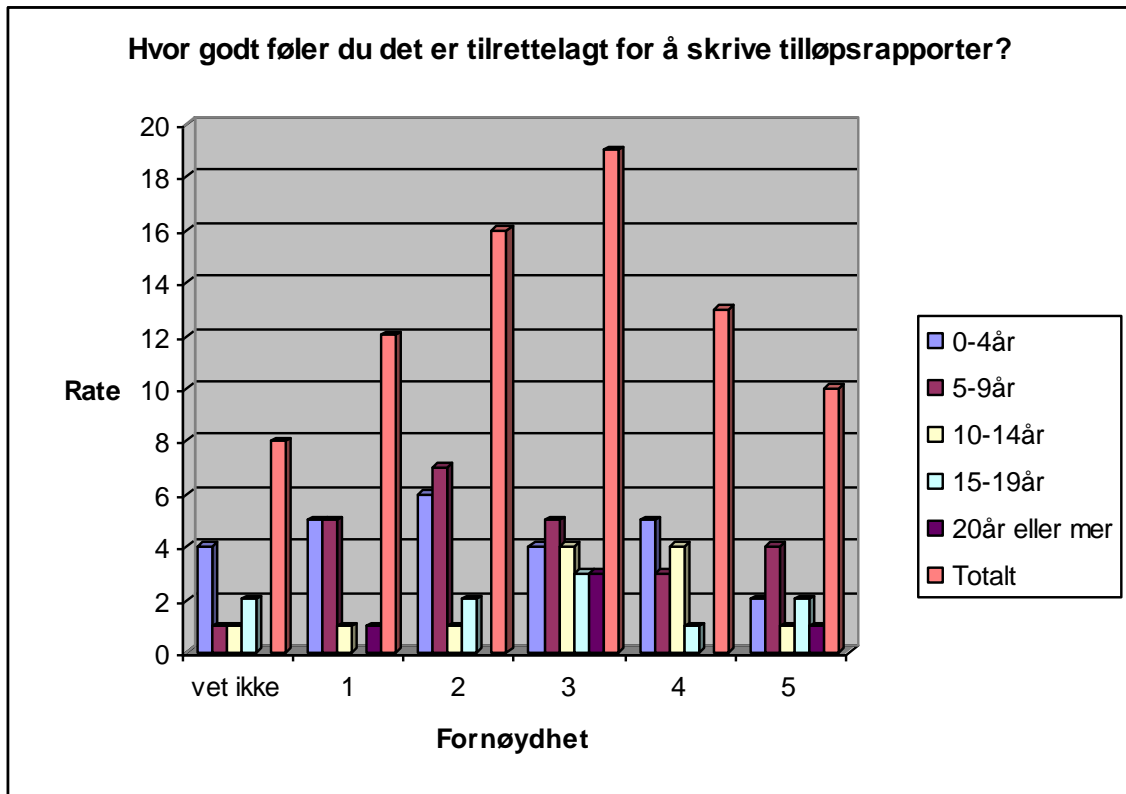
Resultat spørsmål 3. Hvor godt føler du det er tilrettelagt for å skrive tilløpsrapporter?



FIGUR 18 ILLUSTRERER HVOR GODT OPERATØRENE SYNES DET ER TILRETTELAGT FOR Å SKRIVE TILLØPSRAPPORTER, DELT I FIRE KATEGORIER.

kategorier:

vet ikke, *dårlig* = svaralternativ 1 og 2, *nøytral* = svaralternativ 3, *godt* = svaralternativ 4 og 5



FIGUR 19 ILLUSTRERER HVOR GODT OPERATØRENE SYNES DET ER TILRETTELAGT FOR Å SKRIVE TILLØPSRAPPORTER.

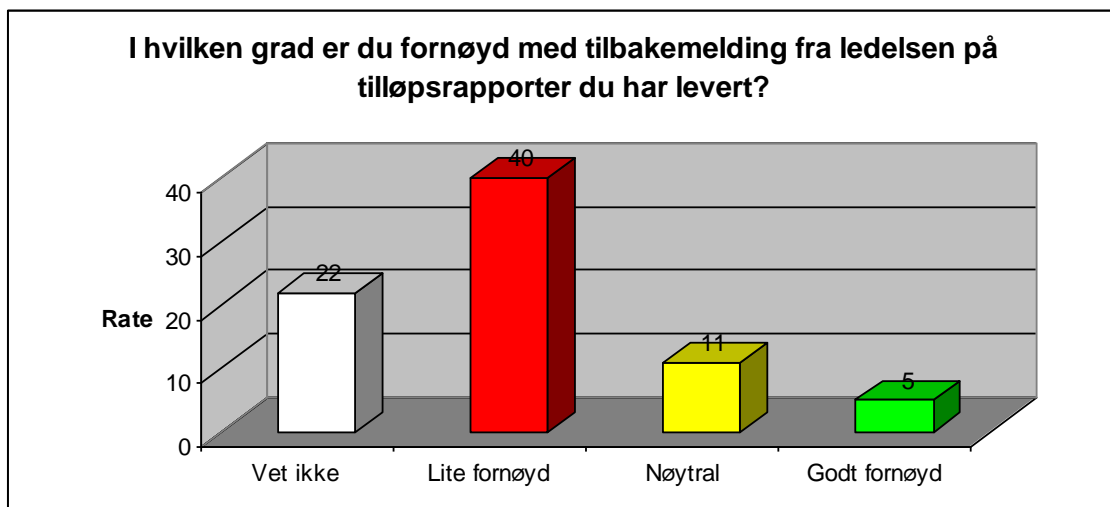
Figur 19 illustrerer at de med lavest ansiennitet (0-9 år) mener det er dårligst tilrettelagt for tilløpsrapportering, denne ansiennitetsgruppen utgjør $\approx 65\%$ av deltagerne i undersøkelsen. Det er usikkert hvor mye ansiennitet har å si i dette tilfellet, og i hvilken grad det bør vektlegges. Hendelsesrapportering er relativt nytt, så når en nærmer seg ni års ansiennitet er det vanskelig å legge skyld på for eksempel manglende opplæring av "nyansatte" (siden det var den gruppen med lavest ansiennitet som følte det var dårligst tilrettelagt). Figur 18 illustrerer at rundt 30% mener det er godt tilrettelagt for tilløpsrapportering, $\approx 24\%$ er midt på treet og hele 36% synes tilretteleggingen er for dårlig. Andelen *vet ikke* kan kanskje forklares med at det er $\approx 18\%$ som sier de aldri har rapportert et tilløp, og noen av de som aldri har rapportert et tilløp har da kanskje ikke grunnlag for å svare på dettes spørsmålet. Det kan også sees på motsatt, at årsaken til at noen aldri har rapportert et tilløp skyldes mangelfull tilrettelegging.

Et utdrag fra kommentarene fra deltagerne i undersøkelsen:

- *Trenger opplæring*
- *Det er god tilgjengelighet*
- *Bedre plass til å skrive egen forklaring*

Det er kommet flere kommentarer til dette spørsmålet, men det er disse tre temaene som går igjen hos de fleste. Vi ser at kommentarene som kom frem her er noen av de faktorene som må være tilstede for å oppnå en god rapporteringskultur. Disse faktorene påpekes av blant andre Reason og Hobbs (2003), O'Leary og Chappell (1996), Andersen, Næss og Tunland (2010) og Sanne (2008). Det er positivt å se at mange mener det er god tilgjengelighet. Ved bedre/mer opplæring ville nok flere operatører rapportert tilløp. Noen er kanskje usikker på hvordan det gjøres og hva som skal rapporteres. Ved å ha mulighet til å skrive mer fritekst vil det kanskje motivere til økt rapporteringsrate fordi en da kan beskrive tilløpet nøyaktig slik en opplevde det, uten å måtte kategorisere det. En kan også komme med forslag til tiltak og på den måten bidra med sin kunnskap. Det er viktig at operatørene får tilstrekkelig opplæring slik at de kan levere gode tilløpsrapporter. Å ha god plass til å skrive en egen forklaring på hendelsesforløpet med eventuelle årsaker og tiltak er viktig for å kunne identifisere de grunnleggende årsakene.

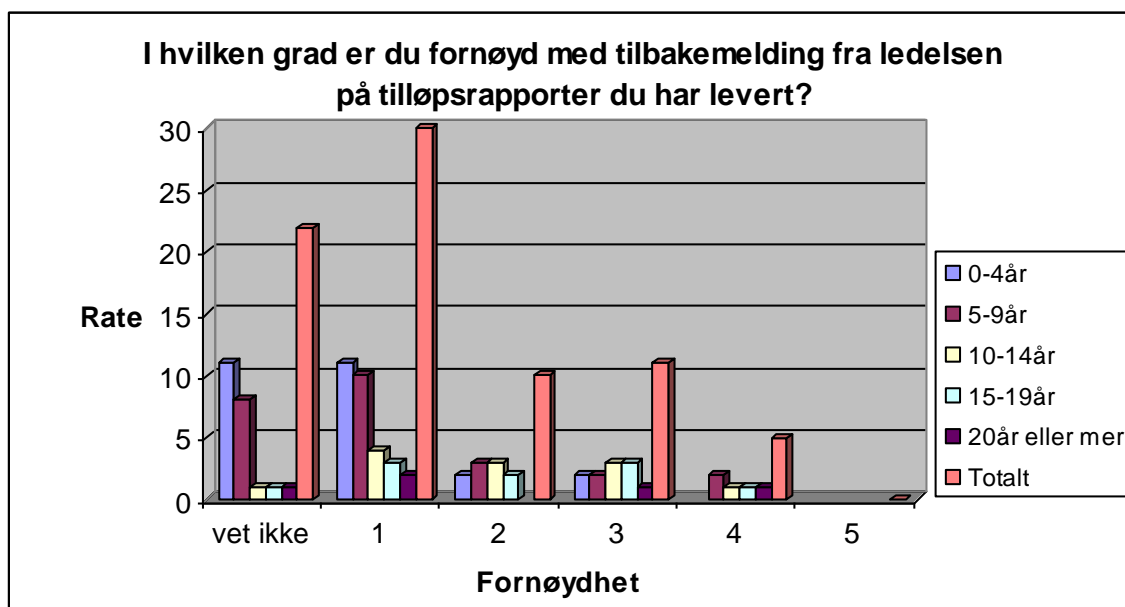
Resultat spørsmål 4. I hvilken grad er du fornøyd med tilbakemelding fra ledelsen på tilløpsrapporter du har levert?



FIGUR 20 ILLUSTRERER HVOR FORNØYD OPERATØRENE ER MED TILBAKEMELDING PÅ INNLEVERTE TILLØPSRAPPORTER, DELT I FIRE KATEGORIER.

kategorier:

vet ikke, lite fornøyd = svaralternativ 1 og 2, nøytral = svaralternativ 3, godt fornøyd = svaralternativ 4 og 5



FIGUR 21 ILLUSTRERER HVOR FORNØYD OPERATØRENE ER MED TILBAKEMELDING PÅ INNLEVERTE TILLØPSRAPPORTER.

Ingen er svært godt fornøyd med tilbakemelding fra ledelsen på tilløpsrapporter de har levert, noen få er godt fornøyd. Mange er lite fornøyd med tilbakemelding. En del vet ikke om de er fornøyd eller ikke. Hvorfor så mange svarer "vet ikke" er

vanskelig å si. Noe av forklaringen kan man få om man ser dette spørsmålet i sammenheng med spørsmål nr.2 der en spør hvor ofte en rapporterer tilløp. På spørsmål 2. svarte $\approx 31\%$ at de sjelden eller aldri har levert en tilløpsrapport, og da har de heller ikke noe godt grunnlag for å svare på dette spørsmålet.

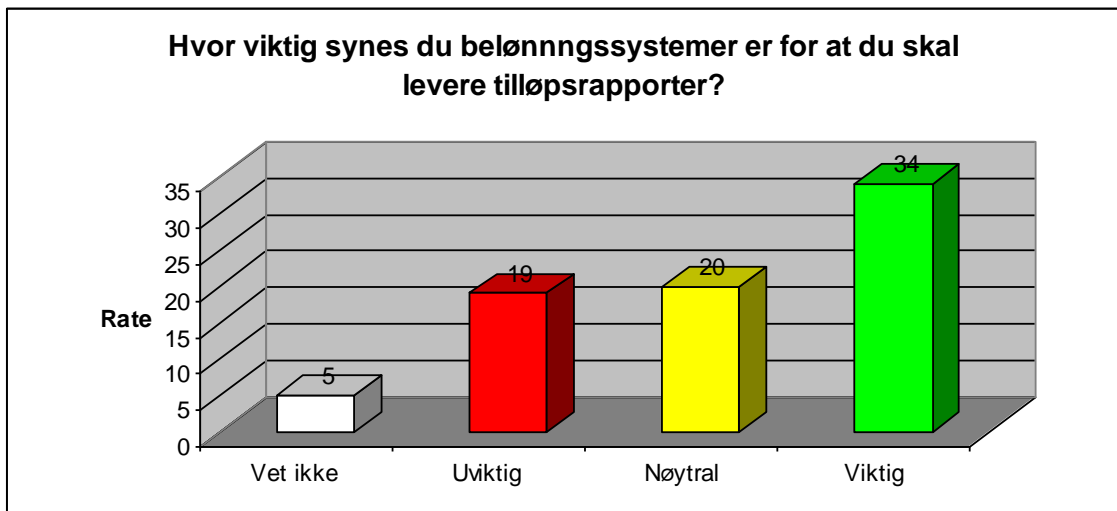
Figur 20 viser at rundt 7% er fornøyd med tilbakemeldingen fra ledelsen, mens $\approx 51\%$ er lite fornøyd. Både Reason og Hobbs (2003), O`Leary og Chappell (1996) og Sanne (2008) nevner tilbakemelding som en viktig faktor for å oppnå en god rapporteringskultur. Tilbakemelding motiverer til å levere flere rapporter. En ser da at rapporteringssystemet fungerer, og at det arbeidet som en legger ned i å skrive en rapport er til nytte, slik at en kan få en sikrere arbeidssituasjon.

Et utdrag fra kommentarene fra deltagerne i undersøkelsen:

- *Tilbakemelding på utbedring, bruk evt. HMS tavlene*
- *Ikke imponert*
- *Jeg får svært god tilbakemelding fra ledelsen*
- *Tiltakene lar vente på seg*
- *Føler det ikke skjer noe*
- *Ledelsen følger ikke opp*
- *Noen saker kommer opp på vernerunder*
- *Kan bli mye bedre på tilbakemelding*

Noen kommenterer at de er fornøyde med tilbakemeldingen fra ledelsen, men hovedtyngden mener at ledelsen må bli flinkere på tilbakemelding. Det er viktig med et velfungerende system for tilbakemelding, og at alle parter vet hvordan det fungerer. Dersom en har et godt system for tilbakemelding vil operatørene se at rapportene de leverer blir tatt hensyn til, og at de er med å bidrar til økt sikkerhet. Mer om dette i kapittel 4.7 Anbefalte forbedringstiltak.

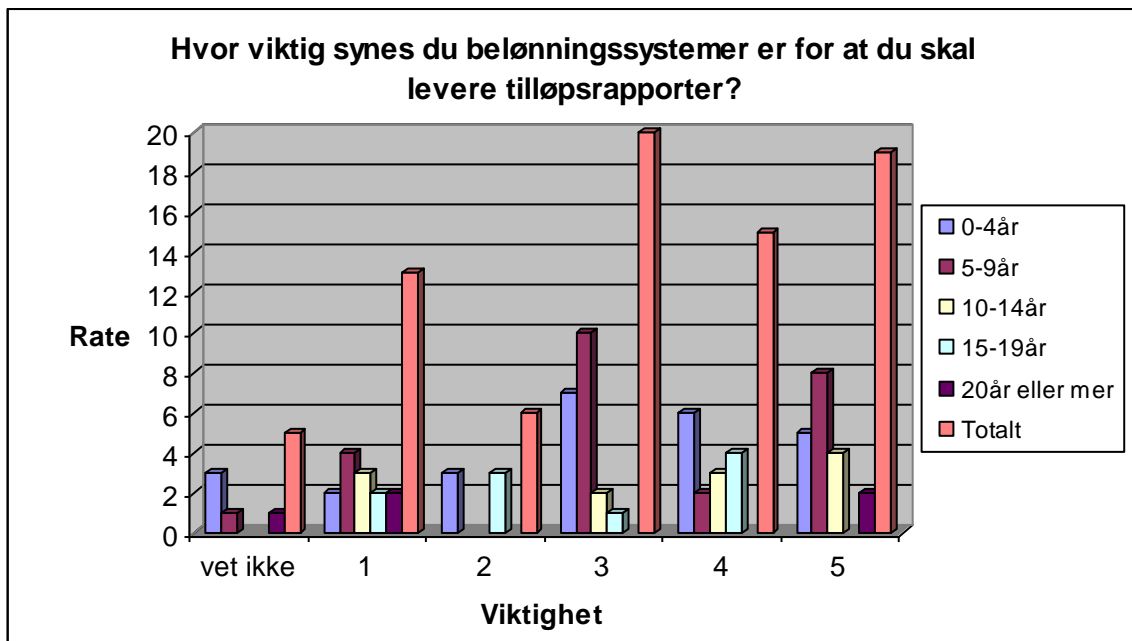
Resultat spørsmål 5. Hvor viktig synes du belønningssystemer er for at du skal levere tilløpsrapporter?



FIGUR 22 ILLUSTRERER HVOR VIKTIG OPERATØRENE SYNES DET ER MED BELØNNING FOR Å LEVERE TILLØPSRAPPORTER, DELT I FIRE KATEGORIER.

kategorier:

vet ikke, uviktig = svaralternativ 1 og 2, nøytral = svaralternativ 3, viktig = svaralternativ i 4 og 5



FIGUR 23 ILLUSTRERER HVOR VIKTIG OPERATØRENE SYNES DET ER MED BELØNNING FOR Å LEVERE TILLØPSRAPPORTER.

Vi ser i figur 23 at det er litt spredt resultat, men at for de fleste er belønning litt viktig eller svært viktig for å levere tilløpsrapporter. Hele $\approx 44\%$ mener det er viktig med belønning for å rapportere tilløp, mens $\approx 24\%$ mener det er uviktig/lite

viktig. For de med ansiennitet opp til 15 år er tendensen størst at man synes belønning er viktig og for de med ansiennitet over 15 år er det omtrent jevnt fordelt. Belønning for å rapportere kan være en motivasjonsfaktor, spesielt for de som kanskje ikke har forstått verdien med organisatorisk læring. For de som ser sammenhengen mellom tilløpsrapportering og organisatorisk læring er kanskje det faktum at en bidrar til å gjøre sin egen arbeidsplass sikrere belønning nok i seg selv.

Et utdrag fra kommentarene fra deltagerne i undersøkelsen:

- *Bør levere rapporter uten å bli belønnet for det*
- *Det er en fin "gulrot"*
- *Belønning må ikke være så stor at det tar fokuset bort fra det som er problemet*
- *En bør kommunisere ut viktigheten av rapportering i stedet for å bruke belønningssystem*

Kommentarene knyttet til dette spørsmålet er delte. Noen mener belønning er en god motivasjon for å levere tilløpsrapporter, men de fleste som har kommentert dette spørsmålet mener rapportering er det viktigste og at det er der fokuset bør ligge. Likevel tyder tallene på at mange synes belønning er viktig for at de skal rapportere tilløp de observerer. Etter hvert som det utvikles en sterkere rapporteringskultur er det mulig tallene vil endre seg til det motsatte. I litteraturen er det skrevet lite om belønningssystemer i forhold til en god rapporteringskultur. Det kan bety at når en oppnår en god rapporteringskultur er det ikke belønning (i form av en gave og lignende) som er viktig, men det faktum at en bidrar til en sikrere arbeidssituasjon for seg selv og sine kollegaer er "belønning" nok.

Resultat spørsmål 6. Hva kan gjøres for at du skal skrive flere tilløpsrapporter?

Kommentar	Rate
Bedre tilbakemelding	25
Bedre opplæring	22
Bedre tilrettelegging	12
Endre belønningssystem	12
Motivasjon	8
Ledelsen må lytte	1
Manglende tillit til ledelsen	1
Manglende informasjon	1
Har aldri oppdaget et tilløp	1

TABELL 3 VISER HVILKE FAKTORER OPERATØRENE SELV MENER SKAL TIL FOR AT DE SKAL SKRIVE FLERE RAPPORTER.

(Hver enkelt deltager kunne nevne så mange faktorer som man ønsket).

Spørsmål 6 var det spørsmålet i undersøkelsen der operatørene kunne skrive fritt hva som skal til for at de skal skrive flere tilløpsrapporter. Vi ser at mange faktorer er de samme som har blitt nevnt som kommentarer i tidligere spørsmål. Flere av faktorene går igjen i litteraturen som viktige faktorer for å oppnå en god rapporteringskultur. Et godt belønningssystem kan være viktig for å bygge opp en rapporteringskultur, men i en *god* rapporteringskultur skal det ikke være nødvendig å bli belønnet for å levere inn tilløpsrapporter. Da skal gode holdninger, verdier og normer føre til at det blir en naturlig del av det ansvaret man har som arbeidstager og kollega.

Motivasjon er nevnt av flere, men det er ikke spesifisert hva de legger i begrepet "motivasjon". Bedre tilbakemelding, bedre opplæring og bedre tilrettelegging kan kanskje være motivasjon nok i seg selv. En annen motivasjonsfaktor kan være at en ser at rapporteringssystemet fungerer og bidrar til en sikrere arbeidssituasjon.

Det er noen kommentarer knyttet til forholdet mellom operatør og leder, det er viktig at det er tillit i det forholdet og at en lytter til hverandre. Ved et eventuelt tillitsbrudd eller om en føler en ikke blir lyttet til, fører ofte til en synkende rapporteringsrate. Å bygge opp tillit er mye vanskeligere enn å bryte den ned.

4.6.1 RESULTAT FRA UNDERSØKELSEN FOR AVDELINGSLEDERE

Spørsmål i undersøkelsen for avdelingsledere var bygd opp som i undersøkelse for operatører med fem kvantitative spørsmål og ett kvalitativt spørsmål. Da det kun var to ledere som deltok i undersøkelsen illustreres resultatene kun i tabell, da diagram ikke vil føre til bedre beskrivelse av resultatene.

1. Hvor viktig synes du det er med tilløpsrapportering?
2. Hvor ofte slutfører du innleverte tilløpsrapporter? (Med slutføring menes det analyse, lagt inn i database, iverksatt eventuelle tiltak og gitt tilbakemelding til operatør om eventuelle tiltak)
3. Hvor godt føler du det er tilrettelagt for operatører å skrive rapporter?
4. Hvor ofte gir du tilbakemelding til operatører som leverer tilløpsrapporter?
5. Hvor godt tilrettelagt er det for deg til å håndtere tilløpsrapporter? (opplæring, tidspress og lignende)
6. Hva kan du gjøre for at det skal bli levert flere tilløpsrapporter?

Resultat spørsmål 1. Hvor viktig synes du det er med tilløpsrapportering?

	Vet ikke	1	2	3	4	5
Ledere						2
Totalt						2

TABELL 4 RESULTATER I SPØRSMÅL 1. SVARALTERNATIV: 1 = UVIKTIG, 5 = SVÆRT VIKTIG.

Tabellen viser klart at de avdelingslederne som deltok i undersøkelsen mener tilløpsrapportering er svært viktig.

Kommentarer:

- *Meget viktig*

- *Viktig at tilløpet løses så langt nede i organisasjonen som mulig*

Den siste kommentaren er et viktig moment. Det er nede i organisasjonen en ofte har mest kunnskap knyttet til de ulike arbeidssituasjonene og arbeidsoppgavene. Likevel er det viktig med et godt samarbeid med de øvrige nivåene i organisasjonen/bedriften for å kunne se på hvordan de grunnleggende antagelsene i organisasjonen/bedriften kan ha bidratt til at et tilløp oppsto. Når et tilløp oppstår er det ofte et resultat av flere sviktende barrierer.

Resultat spørsmål 2. Hvor ofte slutfører du innleverte tilløpsrapporter?

	Vet ikke	1	2	3	4	5
Ledere				1		1
Totalt				1		1

TABELL 5 RESULTATER I SPØRSMÅL 2. SVARALTERNATIV: 1 = ALDRI, 5 = ALLTID.

Her varierer det litt, men med kun $\approx 33\%$ besvarelse i denne undersøkelsen er det vanskelig å si noe om hva som er trenden blant avdelingslederne.

Resultat spørsmål 3. Hvor godt føler du det er tilrettelagt for operatører å skrive rapporter?

	Vet ikke	1	2	3	4	5
Ledere					1	1
Totalt					1	1

TABELL 6 RESULTATER I SPØRSMÅL 3. SVARALTERNATIV: 1 = SVÆRT DÅRLIG, 5 = SVÆRT GODT.

Avdelingslederne som deltok i undersøkelsen er enige om at det er godt tilrettelagt for operatører til å skrive tilløpsrapporter. I undersøkelsen for operatørene var det konkretisert at det herunder lå opplæring og tilgjengelighet. Det var ikke konkretisert i undersøkelsen hos lederne, noe som kan være en svakhet dersom en skal sammenligne avdelingsledernes svar med operatørenes. Grunnet lav svarprosent hos avdelingsledere kan en uansett ikke legge veldig stor vekt på

svarene, da det er vanskelig å vite om resultatet i undersøkelsen er gjeldene for alle avdelingslederne.

Resultat spørsmål 4. Hvor ofte gir du tilbakemelding til operatører som leverer tilløpsrapporter?

	Vet ikke	1	2	3	4	5
Ledere					2	
Totalt					2	

TABELL 7 RESULTATER I SPØRSMÅL 4. SVARALTERNATIV: 1 = ALDRI, 5 = ALLTID.

De avdelingslederne som deltok gir ofte tilbakemelding på tilløpsrapporter, men ikke alltid så her er et forbedringspotensial. Det er viktig å understreke at det må være tilrettelagt for avdelingsledere å følge opp innleverte tilløpsrapporter, herunder tid, et velfungerende system knyttet til registrering, undersøkelse og iverksettelse av tiltak, og eventuelt andre ressurser.

Resultat spørsmål 5. Hvor godt tilrettelagt er det for deg til å håndtere tilløpsrapporter?

	Vet ikke	1	2	3	4	5
Ledere				1		1
Totalt				1		1

TABELL 8 RESULTATER I SPØRSMÅL 5. SVARALTERNATIV: 1 = SVÆRT DÅRLIG, 5 = SVÆRT GODT.

Vi ser det er varierende grad av tilrettelegging for å håndtere tilløpsrapporter. Resultatet viser at det er ulik grad av tilrettelegging for de to avdelingslederne som deltok i undersøkelsen. Det er vanskelig å anslå hvor godt tilrettelagt det er for de resterende fire avdelingslederne, siden det var ulik grad av tilrettelegging for de to avdelingslederne som deltok i undersøkelsen.

6. Hva kan du gjøre for at det skal bli levert flere tilløpsrapporter?

- Gi tilbakemelding
- Gi god oppfølging

Det er positivt å se at de to deltagende avdelingslederne ser noen av de samme kritiske faktorene som ble belyst i undersøkelsen for operatørene, nemlig tilbakemelding og oppfølging. Hovedvekten av operatørene som deltok i undersøkelsen er lite tilfreds med tilbakemelding fra ledelsen, og det er gledelig å se at avdelingslederne selv presiserer at dette må de bli flinkere på. Avdelingslederne svarer på spørsmål 4 at de nesten alltid gir tilbakemelding på innleverte rapporter, og det er positivt at de ser at det likevel er forbedringspotensial.

4.7 ANBEFALTE FORBEDRINGSTILTAK

Det er mye som fungerer bra i forhold til tilløpsrapportering ved RRMEB. De fleste deltagerne i undersøkelsen mente tilløpsrapportering er ganske viktig. I følge resultat i spørsmål 2 for operatører er det en stor andel som sjelden eller aldri rapporterer tilløp de observerer. Målet med de tiltakene som foreslås i dette kapittelet er å øke bevisstheten rundt tilløpsrapportering slik at alle forstår viktigheten av det, og at rapporteringsraten får en positiv utvikling.

Rapporteringskultur kan defineres som: *Felles verdier, normer og holdninger knyttet til rapportering av uønskede hendelser. En god rapporteringskultur bygger på gjensidig tillit og rettferdighet, der all medvirker til organisatorisk læring.* Steg nr 1 for å oppnå en god rapporteringskultur er å bygge felles verdier, normer og holdninger knyttet til tilløpsrapportering. Det er viktig at det er tillit mellom ledere (bedriften) og operatører, det er en avgjørende faktor dersom en ønsker å oppnå en god rapporteringskultur. For å kunne oppnå organisatorisk læring er det viktig at alle bidrar, både ledere og operatører.

I undersøkelsen ville vi belyse en del avgjørende faktorer for en god rapporteringskultur for å se hvor ledere og operatører følte skoen trykket, og om det var konsensus. Det var lav svarprosent på ledere i undersøkelsen, derfor kan det være vanskelig å se om det er konsensus mellom operatørenes og ledernes besvarelse. Undersøkelsen omfattet ikke alle faktorene som er viktig for å oppnå en god rapporteringskultur. De faktorene som ikke ble belyst i undersøkelsen vil vi kommentere på generelt grunnlag, og så er det opp til RRMEB å vurdere i hvilken grad de vil/har behov for å benytte seg av de rådene. Innad i Rolls-Royce plc har

RRMEB en god rapporteringsrate, men vi ser ut fra svarene i spørsmål 2 at rapporteringsraten ideelt sett burde vært mye høyere. Undersøkelsen belyste en del faktorer som påvirker rapporteringskulturen, samt at operatørene og avdelingslederne selv trakk frem faktorer i kommentarene. I tillegg supplerer vi med de faktorene vi finner i figur 5.

Først av alt må RRMEB definere hva de mener er en god rapporteringskultur. Rolls-Royce plc har definert nesten-ulykke og en farlig situasjon. Dette må kommuniseres ut til de ansatte på en god måte slik at de vet hva som skal rapporteres. I følge Rolls-Royce plc sin prosedyre skal de ansatte være informert om hvilke farer og risikoer som kan oppstå i deres arbeidsmiljø og de skal vite minimumskrav til sikkerhet/standard for å kunne utføre et arbeid. I noen tilfeller krever det trening i å se hva en farlig situasjon er eller hva en nesten-ulykke er. Vi anbefaler at alle ansatte gjennomfører et kurs i tilløpsrapportering. Kurset bør inneholde både en teoretisk del og en praktisk del. I den praktiske delen av kurset kan en for eksempel gå gruppevis gjennom produksjonslokalene, og alle må identifisere minst en farlig situasjon. Det kan virke ganske enkelt i teorien, men det å identifisere slike situasjoner i praksis kan være vanskelig og det trengs derfor øvelse. I Rolls-Royce plc sine egne prosedyrer står det at det periodevis skal lages øvingsoppgaver som går ut på å observere og iverksette tiltak. Slike øvingsoppgaver bør gjennomføres for alle. Målet er at alle er årvåken ovenfor tilløp til ulykke, når en vet hva en leter etter er det lettere å finne. Det er også viktig at de operatørene har god kunnskap rundt sin arbeidssituasjon slik at de vet hvilke farer som kan oppstå og hvordan man takler de på en god måte.

Når operatørene vet hva som skal rapporteres og hvordan en kan identifisere slike tilløp er det viktig at det er lagt til rette for rapportering. Det går frem av undersøkelsen at det er veldig ulik oppfatning i hvilken grad det er godt tilrettelagt (herunder opplæring og tilrettelegging). Det kommenteres at det er god tilgjengelighet noe som er svært bra. Det er likevel viktig å sørge for at *alle* vet hvor de finner et rapporteringsskjema, at de vet hvordan det fylles ut og at de vet hvor det skal leveres inn. Denne informasjonen bør inngå i et rapporteringskurs. Det er også kommentert at en ønsker mer fritekst på et tilløpsrapporteringsskjema. Blant andre påpeker Andersen, Næss og Tungland (2010) og O`Leary og Chappell (1996)

at utforming av rapporteringsskjemaet er viktig, og at det bør være god plass for rapportøren å skrive fritekst; hva en tror årsaken er, hvordan en reagerte på hendelsen og hvilke umiddelbare tiltak som ble innført. Med et mer åpent skjema er det lettere å få et klart årsaksbilde av hendelsen. Et slikt rapporteringsskjema krever mer tid til bearbeiding, men en får viktig førstehåndsinformasjon, og det er uvurderlig. RRMEB har et tilløpsskjema med et lite område for fritekst, samt mange avkryssingskategorier for ulike faktorer knyttet til hendelsen, som for eksempel potensielle skade på mennesker, skade på utstyr, bruk av verneutstyr etc., samt årsaker (se vedlegg nr 3). Ofte kan det være vanskelig å alltid finne en kategori som passer godt til det tilløpet en har observert. Som det ble påpekt i kommentarfelt i spørsmål 3, mener vi også at det burde vert bedre plass til å skrive en egen forklaring rundt det observerte tilløpet. De avkryssingsfaktorene som står på skjemaet i dag er viktige momenter, så en kan ha de med, men gi mer rom for forklaring med egne ord. Eventuelt kan man bruke noen av faktorene som "faktorer til å tenke over" når en skriver rapporten, slik at faktorene som belyses hjelper rapportøren å bryte ned årsaksbildet til de grunnleggende årsakene. Dersom RRMEB velger å reformere rapporteringsskjemaet for å gjøre det enda mer brukervennlig, kan det være lurt å sette ned en liten arbeidsgruppe bestående av både ledere, operatører og HMS personale, slik at alle parters synspunkter og behov blir ivaretatt. På denne måten gir en brukerne eierskap i rapporteringsskjemaet, noe som kan være en motivasjonsfaktor for å benytte seg av det.

Tillit er en svært viktig faktor. I undersøkelsen var det ingen spørsmål som gikk direkte på tillit, derfor beskrives denne faktoren på generelt grunnlag. For å levere tilløpsrapporter er det viktig at de ansatte har tillit til ledelsen. Tillit til at de blir rettferdig behandlet. Dersom noen leverer en rapport der en selv er involvert i tilløpet eller ulykken, er det viktig med støtte og tillit fra ledelsen/bedriften. Det må skilles mellom en skyldfri og straffbar handling. Dersom en på noen måte straffer/er negative mot den som rapporter, vil dette kunne ryktes og dermed virke negativt, også på andre ansatte. Det vil føre til at færre rapporterer fordi de ikke har tillit til ledelsen og selv ikke ønsker å bli satt i en slik situasjon. Tillit og rettferdighet er meget viktig for å oppnå en god rapporteringskultur. Det er nok

med ett enkelt tilfelle med urettferdig behandling, så kan en ødelegge store deler av rapporteringskulturen en har bygget opp. Rolls-Royce plc understreker i sin prosedyre viktigheten av å gi tillit, støtte og forståelse til de som rapporterer tilløp.

Når alle har fått opplæring og informasjon, tillit til ledelsen er tilstede og rapporteringsskjemaet er brukervennlig, så vil sannsynligvis flere rapporter bli levert. Da er det viktig å følge opp tilløpsrapportene og gi tilbakemelding på eventuelle tiltak. Inkluder gjerne operatørene i prosessen med å undersøke hva som har skjedd og hvilke tiltak en kan iverksette. Ofte har operatørene svært god kunnskap om det som skjer i sitt arbeidsmiljø og med sine arbeidsoppgaver. Dette fører også til et bedre samarbeid mellom ledelsen og operatørene, noe som gir bedre gjensidig tillit. De fleste operatørene i undersøkelsen ved RRMEB synes tilbakemelding på innleverte tilløpsrapporter er lite tilfredsstillende. Her er det et forbedringspotensial. Rolls-Royce plc presiserer i sin prosedyre viktigheten med tilbakemelding, og foreslår at tilbakemelding gjøres direkte til vedkommende som rapporterte, på avdelingsmøter og ved bruk av HMS tavlene. RRMEB bør gå gjennom rutinene sine for håndtering og tilbakemelding av tilløpsrapporter for å se hvordan de kan forbedres. Når noen bruker av sin arbeidstid til å skrive rapporter og viser at en bryr seg om sin og andres arbeidssituasjon er det viktig at de føler at bedriften tar de på alvor. Ved å gi god tilbakemelding viser en dette. Det er ikke i alle situasjoner en kan iverksette korrekte/optimale tiltak med en gang, men vi mener det er viktig å holde rapportøren/avdelingen løpende orientert i utviklingen, spesielt i kritiske/viktigere saker. Å bruke HMS tavlene kan være en god løsning, tiltak og status bør oppdateres ofte, gjerne ukentlig. Avdelingsmøter bør også ha tilløpsrapporter som fast punkt på agendaen. Sett gjerne ned en arbeidsgruppe med representanter fra alle interessenter og diskuter hvordan en kan gi tilbakemelding på best mulig måte innen for de ressurser en har tilgjengelig. Sannsynligvis vil en da komme opp med et enda bedre system for tilbakemelding som de fleste er fornøyde med og som fungerer optimalt. Uten tilbakemelding og merkbare tiltak kan det føles som at alle rapportene blir liggende uten å bli behandlet. Dette kan virke demotiverende og tilslutt føre til at operatørene slutter å rapportere. Med et godt system for tilbakemelding viser en at rapportering

fungerer og bidrar til organisatorisk læring, og vi mener at da vil rapporteringsraten øke.

På spørsmål seks der en spør hva som skal til for at en skal bli flinkere å rapportere, nevnte mange tilbakemelding, opplæring, tilrettelegging og motivasjon. De tre første faktorene har vi allerede kommentert. *Motivasjon* er helt klart viktig. Deltagerne utdyper ikke hva de mener med motivasjon, men vi skal trekke frem en del faktorer som påvirker motivasjon til rapportering. Motivasjon kan være alt vi har nevnt i dette kapittelet. Dersom en får opplæring og har informasjon om sin arbeidssituasjon motiverer det til rapportering. Dersom rapporteringsskjemaet er brukervennlig og brukerne har eierskap til det, motiverer det til rapportering. Dersom operatørene har tillit til ledelsen, og stoler på at de får rettferdig behandling, motiverer det til rapportering. Dersom det alltid gis tilbakemelding på rapporterer, ser en at systemet virker, og det er en motivasjon i seg selv. Man opplever at den jobben en gjør med å forbedre sikkerheten på jobb er nyttig. Det er også viktig at ledere er motiverte til å gjøre sine oppgaver knyttet til tilløpsrapportering. Det gjelder for eksempel tilrettelegging, opplæring og tilbakemelding fra HMS personell/bedriftens ledelse.

RRMEB har et belønningssystem for å levere rapporter. I følge undersøkelsen viser tallene at belønning for å rapportere tilløp er viktig, men samtidig påpekes det at belønningen ikke må overskygge det som faktisk er viktig, nemlig rapportering av tilløp. Mange kommenterer at de ønsker belønning for at de skal bli flinkere til å rapportere. Vi mener at dersom RRMEB vurderer å endre/forbedre prosedyrer for opplæring og tilbakemelding, inkluderer operatørene i prosessen med utarbeidelsen av et eventuelt nytt rapporteringsskjema, samt inkluderer operatører i undersøkelses- og tiltaksfasen, vil det også være en form for belønning. Fysisk belønning som kinobilletter, genser og lignende kan hjelpe til å *bygge opp* en rapporteringskultur. Når en har oppnådd en god rapporteringskultur tror vi alle ser nytteverdien av rapportering, og det at det bidrar til en sikrere arbeidssituasjon for seg selv og sine kollegaer vil være belønning nok. Så RRMEB kan godt fortsette med sitt belønningssystem, men huske på at belønning i form av ros og positiv tilbakemelding kan være vel så viktig.

For at prosessen for hendelsesrapportering skal fungere optimalt før, under og etter en hendelse, er det to ting som er viktig. Det ene er at forholdene må ligge til rette for rapportering, etterforskning og iverksettelse av tiltak. Det andre er at bedriften må ha en god rapporteringskultur. Alt i alt er det mye som fungerer godt i forhold til tilløpsrapportering på RRMEB, både når det gjelder forutsetninger for rapportering og når det gjelder holdninger til rapportering. Dersom det er gode forutsetninger og gode holdninger i bedriften mener vi det vil føre til økt rapporteringsrate. Ved høyere rapporteringsrate vil bedriften få et bredere spekter av innrapporterte tilløp. Vi mener det vil gi bedriften bedre kunnskaper knyttet til potensielle farer i bedriften og dermed kan bedriften oppnå bedre organisatorisk læring. Vi håper at RRMEB kan dra nytte av de tiltakene vi belyste her for å oppnå enda bedre forutsetninger for rapportering og en bedre rapporteringskultur. Nøkkelfaktorer er å bygge opp *gode holdninger, verdier og normer, god opplæring, et brukervennlig rapporteringssystem, gjensidig tillit, motivasjon og et godt system for tilbakemelding*. Alle må bidra til å bygge opp og opprettholde en god rapporteringskultur. På den måten får en med alle sine interesser og behov, samt et rapporteringssystem som fungerer godt for alle.

KAPITTEL 5. KONKLUSJON/DISKUSJON

I dette kapittelet vil vi presentere en oppsummering av resultatene i oppgaven. Vi konkluderer og reflekterer over resultater og målsetningene for oppgaven (se kapittel 1.2)

Det er nasjonale lover og regler knyttet til rapportering av uønskede hendelser. Hovedsakelig finner vi disse lovene og reglene i arbeidsmiljøloven og i internkontrollforskriften. Lovene inneholder arbeidsgiver og arbeidstakers plikter og rettigheter, samt setter krav til systematisk HMS arbeid ved bedriften. Arbeidstaker skal medvirke til å hindre ulykker og skader, blant annet ved å rapportere om uønskede hendelser. Arbeidsgiver skal sette mål for HMS arbeidet som utføres ved bedriften. Oppgaver, myndighet og ansvar skal være klart fordelt. Farlige forhold skal kartlegges, risiko skal vurderes og nødvendige tiltak skal iverksettes. Arbeidsgiver skal ha løpende kontroll over arbeidstakers arbeidsmiljø og helse når risikoforholdene tilsier det. Lover og forskrifter knyttet til HMS arbeid skal være tilgjengelig, arbeidstakere skal ha tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter om HMS arbeidet, og de skal informeres om endringer. Arbeidstakere skal medvirke til samlet kunnskap og at erfaring utnyttes. Slik vi tolker myndighetene sine lover og regler setter de *krav* og legger *føringer* til hvordan en bedrift skal forholde seg til HMS og hvordan HMS arbeidet utføres. På bakgrunn av hvordan kravene og føringene er formulerte, tolker vi det slik at myndighetene legger mye ansvar på bedriften. Ut fra de lovene og reglene som gjelder må bedriften selv finne en egnet måte å tilfredsstille kravene på. Som eksempel kan vi nevne internkontrollforskriftens §5 punkt 6, som sier at "Virksomheten skal kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko...". Den sier ikke noe om hvordan en skal kartlegge farer og problemer, men mange bedrifter tolker det dit hen at en må rapportere uønskede hendelser for å få en best mulig kartlegging over hvilke farer og problemer som kan oppstå. Vi mener at i de fleste tilfeller er det positivt at myndighetene setter krav og legger føringer, men at det er opp til bedriften å bestemme hvordan de skal løse sine utfordringer på best mulig måte i sin bedrift. Da vi i denne oppgaven har sett at rapportering av uønskede hendelser er svært viktig for å oppnå organisatorisk læring, mener vi at

myndighetene burde satt et minstekrav til hendelsesrapportering i bedriftene, ut fra bedriftens størrelse, aktivitet og risikonivå.

I tillegg til nasjonale regelverk har de fleste selskaper også egne prosedyrer og retningslinjer. RRMEB må ta hensyn både til Norges lover og til Rolls-Royce plc sine interne prosedyrer knyttet til hendelsesrapportering. I følge Rolls-Royce plc sine interne prosedyrer skal ledere og HMS personell kommunisere viktigheten av rapportering ut til de ansatte. De skal motivere og oppmuntre alle til å være årvåken for tilløp, og de ansatte skal umiddelbart rapportere tilløp til sin nærmeste overordnede. Ansatte skal være informert om hvilke farer og risikoer de er utsatt for i deres arbeidsmiljø. Det skal være tilrettelagt for rapportering, ledere skal gi tilbakemelding på tiltak som er gjort, og hvordan bedriften/avdelingen ligger an i forhold til målsetning. Rapportene skal kategoriseres og legges i en database. Alle skal ha rett og plikt til å kreve stans i et arbeid dersom de er usikre på sikkerheten knyttet til arbeidsoppgaven. Rolls-Royce plc skiller mellom menneskelig feil og menneskelig overtredelse/brudd (bevisst handling) i sine prosedyrer, noe vi mener er svært viktig for å oppnå en rettferdighetskultur i bedriften. Vi mener Rolls-Royce plc har gode retningslinjer knyttet til hendelsesrapportering. Vi ser at de i sin prosedyre fokuserer på mange av de samme kritiske faktorene som vi har lagt vekt på som avgjørende faktorer for å oppnå en god rapporteringskultur (se kapittel 3.1.1).

Rapporteringskultur er en del av en sikkerhetskultur i en organisasjon. Vi har ikke klart å finne frem til en definisjon på rapporteringskultur. Vi mener det er viktig å ha en omforent definisjon på rapporteringskultur slik at alle har en felles forståelse for begrepet. Uten en omforent definisjon av rapporteringskultur gir det rom for egne tolkninger av begrepet, noe som kan føre til misforståelser. Vi ønsket derfor å bidra med en omforent terminologi ved å etablere en definisjon av rapporteringskultur. I arbeidet med å definere en rapporteringskultur har vi basert oss på viktige momenter i definisjoner av sikkerhetskultur. Vi har også lagt vekt på hvilke faktorer som påvirker en rapporteringskultur. Vi foreslår følgende definisjon på rapporteringskultur: *Felles verdier, normer og holdninger knyttet til rapportering av uønskede hendelser. En god rapporteringskultur bygger på gjensidig tillit og rettferdighet, der alle medvirker til organisatorisk læring.* Det er

mange faktorer vi mener må være tilstede for å ha en god rapporteringskultur (jfr. figur 5), men i definisjon av rapporteringskultur har vi fokusert på de faktorene vi finner mest kritisk. Vi mener verdier, normer og holdninger er blant de viktigste, fordi de påvirker våre grunnleggende antagelser og tenkning i hvorfor vi gjør noe og hvordan vi gjør det. Tillit og rettferdighet er avgjørende for at rapportørene skal levere ærlige og oppriktige rapporter, selv om de kanskje er involvert i hendelsen. Det er viktig at alle ansatte på alle nivåer i bedriften sammen bidrar til å skape en god rapporteringskultur.

For å oppnå god organisatorisk læring mener vi rapportering av uønskede hendelser er avgjørende. Men lærer best av egne feil. Ved å identifisere, rapportere, analysere og lagre data av uønskede hendelser som oppstår, kan man forebygge at hendelsene gjentar seg. Det er ikke alle uønskede hendelser man kan forhindre eller forebygge, men da gjelder det å sikre seg på andre måter slik at konsekvensen av en eventuell hendelse blir så liten som mulig. Når en skal undersøke og analysere en uønsket hendelse er det viktig at man tar en "double-loop" (Argyris 1999). Det er først når man ser på de grunnleggende byggesteinene i en organisasjon/bedrift at man kan identifisere de opprinnelige årsakene til en hendelse. Slik kan man lære hvordan de ulike faktorene i en bedrift påvirker hverandre, og hvordan de sammen kan føre til at flere barrierer svikter samtidig slik at en uønsket hendelse oppstår. Ved å rapportere alle uønskede hendelser og foreta grundige undersøkelser på alle nivå i organisasjonen vil en kunne avdekke hvilke faktorer som påvirker hverandre, og da innføre tiltak slik at uønskede hendelser ikke oppstår igjen. Rapportering av uønskede hendelser mener vi er den beste måten å oppnå organisatorisk læring på. Det mener vi fordi ved å rapportere alle farlige situasjoner, nesten-ulykker og ulykker vil en klare på identifisere flere potensielle hendelser/hendelser enn ved for eksempel en risikoanalyse. Ved en risikoanalyse bruker man ofte modeller for å anslå hvilke hendelser som kan oppstå og hvilke konsekvenser hendelsene kan få. Ved hendelsesrapportering identifiserer man en del opplagte hendelser, men en kan *også* identifisere hendelser man aldri hadde tenkt kunne oppstå. Vi mener at ved et hendelsesrapporteringssystem får man også avdekket de *ulogiske* og *utenkelige* hendelsene som kan oppstå. Vi synes det er en veldig viktig forskjell som er med på

å gjøre hendelsesrapportering til den viktigste faktoren for å oppnå organisatorisk læring. I hvilken grad man har et *velfungerende rapporteringssystem* og en *god rapporteringskultur* mener vi avgjør hvor god organisatorisk læring en bedrift oppnår.

Vi har undersøkt rapporteringskulturen ved fem avdelinger på RRMEB. Undersøkelsen er basert på vår definisjon av en rapporteringskultur og de faktorene vi har belyst som viktige faktorer for å oppnå en god rapporteringskultur. Metode for analysen var spørreundersøkelser, både operatører og deres avdelingsledere fikk tilbud om å delta i undersøkelsen. Total svarprosent på undersøkelsen hos operatørene var $\approx 63\%$. I undersøkelsen for operatørene ble følgende faktorer belyst: Holdninger til hendelsesrapportering, rapporteringsrate hos hver enkelt, i hvilken grad tilbakemelding er tilfredsstillende, om det er godt nok tilrettelagt for å skrive tilløpsrapporter, hvor viktig de synes det er å få belønning for å levere rapporter og et fritekst spørsmål der de kunne skrive hva de selv mente skulle til for at de skulle bli flinkere til å levere tilløpsrapporter. Det var gledelig å se at de fleste synes rapportering av uønskede hendelser er viktig! Resultatet i spørsmål to for operatører illustrerer at rapporteringsraten ved observerte tilløp er noe lav, spesielt når man ser i forhold til hvor mange som svarte at de så viktigheten med rapportering. I hvilken grad de synes det er godt tilrettelagt (herunder opplæring og tilgjengelighet) for rapportering er meget jevnt fordelt. Ut fra kommentarene kan det tyde på at opplæring er den faktoren som har det beste forbedringspotensialet her. Deltagerne i undersøkelsen mener tilbakemelding på innleverte rapporter er lite tilfredsstillende. Å få tilbakemelding på innleverte rapporter gir motivasjon til økt rapportering da en ser at rapporteringssystemet fungerer og bidrar til en sikrere arbeidsplass. Vi mener derfor at RRMEB bør vurdere hva som kan gjøres for å forbedre dagens tilbakemeldingssystem. Undersøkelsen viste også at flertallet mener belønning er viktig for å skrive tilløpsrapporter. Det var kun 2 av 6 avdelingsledere som deltok i undersøkelsen. I noen spørsmål hadde de delte meninger, men uansett er det vanskelig å vite om deres synspunkter er dekkende for alle avdelingslederne. Av den grunn har vi ikke lagt stor vekt på de svarene, men de er tatt hensyn til. Vi synes at alt i alt tyder det på at rapporteringskulturen

til RRMEB er relativt god. De fleste operatører og ledere forstår viktigheten med rapportering, noe som er svært positivt! Gode holdninger knyttet til rapportering og sikkerhet er steg nr 1 på veien å gå mot en god rapporteringskultur. RRMEB har et forbedringspotensial når det gjelder opplæring og tilbakemelding, men vi mener dette er faktorer som er forholdsvis enkle å endre (i motsetning til personlige faktorer som for eksempel holdninger). Vi tror at dersom RRMEB vurderer forbedringsmuligheter i forhold til rutiner for opplæring og tilbakemelding, jobber for å opprettholde tillit og motivasjon innad i organisasjonen, samt lar ulike interessenter i bedriften delta når eventuelle nye rapporterings- og tilbakemeldingsystemer skal utformes og etableres, vil rapporteringskulturen på RRMEB få en god og fin vekst fremover og bedriften og de ansatte kan gå gode og enda sikrere dager i møte.

LITTERATURLISTE

- Argyris, C. (1999) *On Organizational learning*. Oxford, Blackwell Business .
- Aml. Arbeidstilsynet. *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*
Av 17.juni 2005 nr 62. Tilgjengelig fra <www.lovdata.no> [nedlastet 23. mars 2010].
- Andersen L.B., Næss M.B., Tunglund M. 2010 *Organisational learning in banking through loss event reporting*, publisert ved ESREL 2010 konferansen, Rohdos. September 2010.
- Arbeidsdepartementet. *Arbeidsmiljøloven* [internett]. Tilgjengelig fra <<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/arbeidsmiljo/arbeidsmiljoven.html?id=447107>> [nedlastet 18.mars 2010].
- Bate, P. 1992 The impact of organisational cultures on approaches to organisational problemsolving. In G. Salaman (ed.), *Human Resource Strategies* (London: Sage).
- Emerson R.W. (1863).
- Fastman H.S. og Kaplan B.R. (2003) Organization of event reporting data for sense making and system improvement, *Quality & Safety in Health Care*, 12, side II68.
- HSE Standard and Guideline Rolls-Royce plc, (2009) *Health, Safety and Environmental. Reporting of near misses, unsafe acts and conditions and opportunities for improvement. Standard and guideline.*
- Internkontrollforskriften (a). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter* av 6.desember 1996 nr 1127. Tilgjengelig fra <www.lovdata.no> [nedlastet 23. mars 2010].
- Internkontrollforskriften (b). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.* Tilgjengelig fra <<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=77838>> [Nedlastet 13.mai].
- Kjellèn, U., (2000) *Prevention of Accidents Through Experience Feedback*. London, Taylor & Francis .

- Luftfartstilsynet (04.01.2010) *Premie for god rapportering* [internett]. Tilgjengelig fra <<http://www.luftfartstilsynet.no/nyheter/article20099.ece>> [nedlastet 21. april 2010].
- Lund, B. (2010) *Kontorsmart, Rutetid, nr 2, rute 50*.
- O`Leary M., Chappell S.L. (1996) Confidential incident reporting systems create vital awareness of safety problems, *International Civil Aviation Organization (ICAO)*, 51 (8), side 11-13.
- Petroleumstilsynet (2004) *HMS og kultur* [internett]. Tilgjengelig fra <<http://www.ptil.no/getfile.php/z%20Konvertert/Produkter%20og%20Tjenester/Publikasjoner/Dokumenter/hmskulturnorsk.pdf>> [nedlastet 11. mars 2010].
- Pidgeon, N.F. og O`Leary, M. (1994) Organizational safety culture: implications for aviation practice. In: Johnston, N.A., McDonald, N., Fuller, R. (Eds.), *Aviation Psychology in Practice*. Avebury Technical Press, Aldershot, side 21-43.
- Reason, J. og Hobbs, A. (2003) *Managing Maintenance Error*. England, Ashgate Publishing Company.
- Reason, J. (1997) *Managing the Risks of Organizational Accidents*, England, Ashgate Publishing Limited.
- Reason, J. (1998) Achieving a safe culture: theory and practice. *Work & Stress*, 12(3), side 293-306.
- Reason, J. (2000) Human error: models and management, *BMJ*, 320, side 768-770
- Sanne, J.M., (2008) Incident reporting or storytelling? Competing schemes in a safety-critical and hazardous work setting, *Safety Science*, 46(8), side 1205-1222 .
- Thompson, N., Stradling, S., Murphy, M. og O`Neill, P., (1996) Stress and organisational culture, *British Journal of Social Work*, 26(5), side 647-665.
- Torkel Bjørnskau og Frode Longva (2009) *Sikkerheten pleies bedre i luften enn på bakken* [internett], Samferdsel. Tilgjengelig fra <<http://samferdsel.toi.no/article27710-155.html>> [Nedlastet 15.04.2010].
- Uttal, B. (1983) The corporate culture cultures. *Fortune Magazine* 17.oktober.
- Waring, A.E., og Glendon, A.I. (1998). *Managing risk*. London, Thomson.

Whately R. *SAGT –sitater om helse, miljø og sikkerhet*. Norge, Tiden Norsk Forlag og AOF Norge.

VEDLEGG

Vedlegg 1

Health, Safety and Environmental. Reporting of near misses, unsafe acts and conditions and opportunities for improvement. Standard and guideline.

Vedlegg 2

Tabeller med resultat fra undersøkelsen for operatører

Vedlegg 3

Tilløpsskjema, RRMEB



Rolls-Royce

**HEALTH, SAFETY AND ENVIRONMENTAL
REPORTING OF NEAR MISSES, UNSAFE ACTS
AND CONDITIONS AND OPPORTUNITIES FOR
IMPROVEMENT**

STANDARD AND GUIDELINE

Author: Alan Scobbie	Approved by: David Welsh
------------------------------------	--

**Corporate HS&E
International Series**

CONTENTS

1.0	Introduction	3
2.0	Objective	4
3.0	Scope	4
4.0	Responsibilities.....	4
	4.1 Presidents/ Directors and Senior Managers shall:	4
	4.2 Managers and supervisors shall:	4
	4.3 Employees shall:	5
	4.4 Health, Safety & Environmental professionals shall:	6
5.0	Arrangements.....	6
	5.1 Developing a culture to encourage reporting	8
	5.2 Identifying, reporting and analysing	9
	5.3 Prevention of escalation or recurrence	11
	5.4 Taking immediate action to make an area safe or reduce risk to an acceptable level	13
	5.5 Providing feedback	14
6.0	Definitions.....	15
	6.1 Near miss	15
	6.2 Undesired circumstances (Unsafe acts and conditions)	15
7.0	References.....	17
	Appendix 1. Example of a reporting form.....	18

1.0 Introduction

The HS&E culture of an organisation is defined primarily by the frequency of key day-to-day behaviours. One of these key behaviours is the reporting of near misses, unsafe acts or conditions¹ and opportunities for improvement. **These situations or events can be collectively labelled as ‘opportunities for improvement’ and this term has been used in this document to reduce repetition of ‘near miss and unsafe act or condition’.** In addition, some employees may feel more comfortable with this term and it may encourage them to report events or situations with a view to improving working conditions rather than ‘informing’ on colleagues who are working unsafely.

The development of a culture that supports and values the identification and reporting of ‘opportunities for improvement’ is vital to the delivery of world class HS&E performance. To establish this culture, it is essential that everyone behaves consistently to an agreed standard. In particular people must:

- Look after themselves and those around them;
- Not walk past an unsafe act or condition without taking the appropriate action; and
- Be ready to challenge anybody at any level regarding an unsafe act or condition and stop work if it is considered unsafe to continue.

Reporting and remediation of ‘opportunities for improvement’ is a key element of the Corporate HS&E Management System Standard (MS.01). This process allows the identification and correction of unsafe working practices and workplace conditions before significant loss or injury occurs. In addition to personal injury and ill health, significant losses can include environmental harm and financial costs resulting from business interruption, damage to property, product or equipment and loss of reputation.

There is currently a rising trend in the reporting of ‘opportunities for improvement’ across the Rolls-Royce business. This indicates an improving reporting culture however the reporting performance of different businesses and sites varies widely. Consequently, it is important to improve reporting performance across the Company as today’s near miss or unsafe act or condition could be tomorrow’s lost time injury (LTI) or fatality. With respect to our current activities and performance levels, a ratio of 1 LTI to 200 reported near misses/ unsafe acts or conditions should be used as a guide, but this ratio could be much higher.

The behaviour and actions of managers are crucial to the development of a culture that supports and values the identification and reporting of ‘opportunities for improvement’. Practical guidance on what they can do is provided in this Standard and Guideline.

¹ See section 6 for definitions.

Standards and Guidelines for the reporting and recording of HS&E incidents (HSE IS CCA 02) and for the investigation of HS&E incidents (HSE IS CCA 03) are available, and should be followed in conjunction with this Standard and Guideline.

2.0 Objective

To describe the Company requirements for the identification, reporting, investigation and close-out of 'opportunities for improvement'.

3.0 Scope

This standard applies to all Rolls-Royce plc business activities including off-site work and travel and covers any 'opportunities for improvement' with HS&E implications.

4.0 Responsibilities

4.1 Presidents/ Directors and Senior Managers shall:

Make suitable arrangements to fully implement this standard within their business operation.

4.2 Managers and supervisors shall:

- Communicate the benefits and importance of reporting 'opportunities for improvement';
- Participate in regular formal and informal site HS&E visits/ inspections with a focus on observation of work activities to:
 - Identify opportunities for improvement; and
 - Engage with the workforce;
- Never walk past an 'opportunity for improvement' without taking immediate action;
- Encourage and motivate everyone to be alert to 'opportunities for improvement' and immediately report any significant issues to their line manager;
- Empower everyone to challenge unsafe working conditions and practices and stop any activity if there are HS&E concerns;
- Make forms for reporting 'opportunities for improvement' freely available in their business unit (see Appendix 1 for an example); these forms should be

located on local visual HS&E display boards, as required by international standard HSE-IS-IO.14;

- Categorise the reported 'opportunity for improvement' (see Table 1 for guidance), and identify the actions necessary to prevent a recurrence or escalation;
- For 'opportunities for improvement' in category 2 or above (See Table 1):
 - Investigate the 'opportunity for improvement' to a level of detail appropriate to the potential consequences; the immediate and underlying causes must be clearly identified; and
 - Review these 'opportunities for improvement' at site management team meetings, and communicate relevant information using HS&E display boards and team briefings.
- Facilitate the timely introduction of risk control measures required to prevent a recurrence or escalation of the 'opportunity for improvement' and update existing risk assessments accordingly.
- Arrange for copies of completed 'opportunity for improvement' reports to be sent to the site/ business HS&E professional for review and analysis;
- Set reporting targets and monitor performance;
- Make full use of visual HS&E display boards to provide feedback regarding any action taken in response to an 'opportunity for improvement' and performance against reporting targets;
- Regularly monitor statistics and reporting performance and discuss them at HS&E committee and management meetings;
- Check that any 'opportunities for improvement' identified during routine workplace inspections are recorded and closed-out.

4.3 Employees shall:

- Report all 'opportunities for improvement' using the local reporting system;
- Challenge unsafe acts and conditions and stop work if there are HS&E concerns;
- Where safe and straight-forward to do so, take immediate action to make an area or activity 'safe' or reduce risk to an acceptable level.

4.4 Health, Safety & Environmental professionals shall:

- Champion the importance of 'opportunity for improvement' reporting and closure in their business unit;
- Take an active role in developing and implementing local arrangements for reporting, investigating and recording 'opportunities for improvement';
- Never walk past an 'opportunity for improvement' without taking immediate action;
- Support management team visits/ inspections which are focussed on workforce observation and engagement;
- Periodically initiate 'observational and engagement' exercises;
- Where necessary, provide professional support and advice to a manager who has reported an 'opportunity for improvement';
- Where necessary, assist with the investigation of 'opportunities for improvement' and provide competent advice regarding the precautions required to prevent escalation to a loss event;
- Monitor the timely implementation and effectiveness of risk control measures;
- Check that 'opportunity for improvement' reporting performance and significant corrective actions are included in the business 'HS&E performance visuals board'.
- Confirm the categorisation of reported 'opportunities for improvement' and log them in a dedicated database;
- Report the monthly totals of 'opportunities for improvement' to the Corporate HS&E team using the web-based reporting system;
- Periodically analyse this data to identify and prioritise specific activities or areas where improved control is required; and
- Provide regular updates to the site/ business HS&E committee and management meetings.

5.0 Arrangements

Whilst the application of this standard is a mandatory requirement within Rolls-Royce, the extent of the practical steps to be taken will vary depending on the

nature of the 'opportunity for improvement' (see Table 1). These practical steps are described in the "Guideline" sections that have been included in this standard.

Figure 2 summarises the key steps in the 'opportunity for improvement' reporting and close-out process.

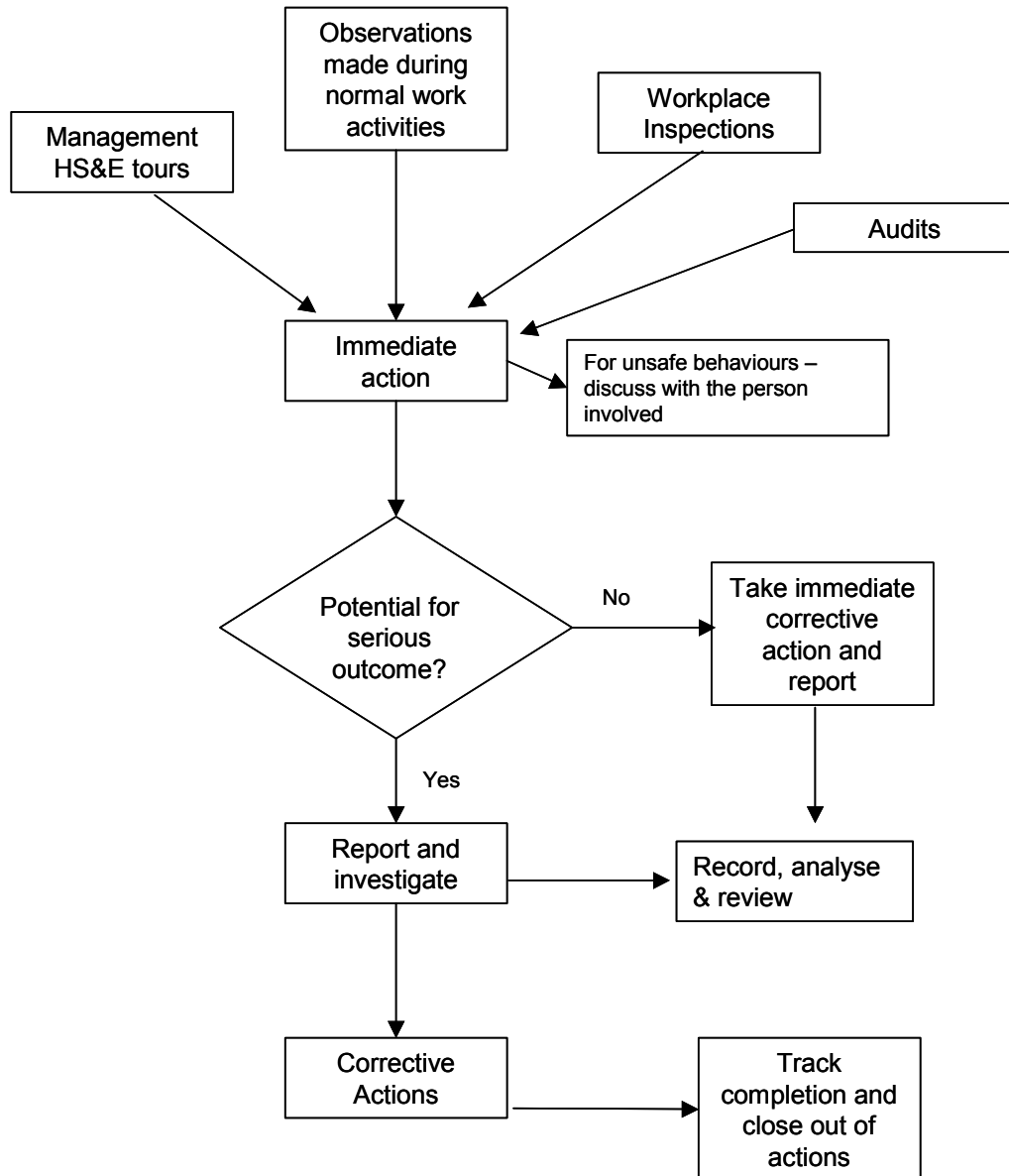


Figure 2 'Opportunity for improvement' identification, reporting, recording and close out process.

5.1 Developing a culture to encourage reporting

To improve identification and reporting performance it is essential to develop a culture that encourages, supports and recognises the benefits of these activities.

Guideline

Maintaining a safe and healthy working environment is everyone's responsibility.

Managers and employees need to be aware of the hazards and risks in their work area, the potential outcomes if control is lost and the minimum standards that are acceptable. Focussed awareness and training programmes may be required to achieve this.

Employees may be discouraged from reporting 'opportunities for improvement' for a variety of reasons including:

- A fear of being blamed for the circumstances or situation they report;
- An unwillingness to 'inform on' colleagues who adopt unsafe working practices; and
- Uncertainty regarding any changes to working practices that may result.

The behaviour of the management team is crucial in overcoming any perceived barriers to 'opportunity for improvement' identification and reporting.

Specific management team actions and behaviours that can encourage and develop a supportive culture which values 'opportunity for improvement' identification and reporting include:

- Being approachable and keeping the reporting system as easy to use and efficient as possible;
- Leading by visible example by reporting and acting upon 'opportunities for improvement' whenever appropriate;
- Working in partnership with workplace safety representatives;
- Acting quickly to implement corrective action to prevent the escalation or recurrence of an 'opportunity for improvement'.
- Providing feedback on the actions taken to prevent the escalation or recurrence of an 'opportunity for improvement'. This could be done during team meetings or directly to the person making the report and using the HS&E visuals notice board.
- Challenging people when it is clear that a near-miss has not been

Guideline (cont)

reported or an unsafe act or condition is being tolerated;

- Recognising and praising 'opportunity for improvement' reports that have been made;
- Avoiding blaming individuals unless there has been a clear and wilful failure to follow established safe working practices;
- Setting targets for identifying and reporting 'opportunities for improvement';
- Actively monitoring identification and reporting performance on a departmental or team basis;
- Where necessary:
 - Protecting people who report sub-standard practices and conditions; and
 - Supporting anyone who stops work because they think it is unsafe to continue;
- Introducing an incentive scheme to encourage reporting. For example, randomly selecting a reported 'opportunity for improvement' to create a 'winner', or selecting on the basis of merit.
- Accepting challenges from employees. For example, regarding personal failures to follow established rules or to wear the required personal protective equipment etc.

5.2 Identifying, reporting and analysing

Each business shall implement an effective system to identify, report and analyse all 'opportunities for improvement' before they escalate to loss events.

If businesses have an effective and well-used reporting system in place, the existing arrangements and procedures should continue, supplemented with any additional requirements described in this Standard and Guideline.

Guideline

The implementation and development of a successful identification and reporting system will depend upon the establishment of the supportive culture described in section 5.1. In addition the following will also be necessary:

- Active encouragement of 'opportunity for improvement' reporting. This expectation should be positively reinforced during team meetings. Awareness should also be maintained through the use of the HS&E visuals notice board and posters;
- The reporting process should be straight-forward and easily accessible. Once an 'opportunity for improvement' has been identified it should be reported and recorded. This can be achieved in a variety of ways including:
 - Informing a local manager or supervisor who should then record the details;
 - A telephone system which records verbal reports that can subsequently be accessed and recorded by a manager;
 - Completing a form and posting it in a collection box (anonymously if necessary);
 - A workplace inspection sheet;
 - E mail.

Local knowledge and the extent of the development of a supportive culture will determine which option or combination of options will be most successful.

For businesses where 'opportunity for improvement' reporting is yet to be established, a sample form that could be used to capture information is included in Appendix 1.

Copying the submitted report to the business HS&E professional opens up an opportunity for dialogue with local managers, and where appropriate, support and assistance during the investigation and close-out of corrective actions.

Identifying unsafe behaviours or conditions

Various opportunities exist to identify unsafe behaviours and unsafe conditions.

These include observations made:

1. By office, shop floor and off-site workers during routine daily activity;
2. By managers and supervisors during routine daily activity;
3. By HS&E advisors or Trade Union Representatives;

Guideline (cont)

4. During workplace inspections completed by managers or safety advisors/ representatives;
5. During HSE tours involving executives/ senior managers; and
6. During formal HS&E audits.

Analysis of 'opportunity for improvement' reports

Analysis of reports provides an opportunity to identify and focus on work activities or processes where additional control is required. For example, this could be work at height, lifting operations, vehicle movements, machinery operation, housekeeping, etc.

This focus can be different to that suggested by the analysis of lost time injuries and provides an important opportunity to prevent 'opportunities for improvement' escalating to loss events.

5.3 Prevention of escalation or recurrence

In many cases immediate action by the person witnessing an 'opportunity for improvement' will prevent escalation of the event or situation.

The extent of the management intervention and if necessary, investigation should be proportional to the worst credible potential outcome that could have occurred. Guidance on the categorisation of the potential outcome of an 'opportunity for improvement' is given in **Table 1**.

Worst Credible Potential Outcome				Category of 'opportunity for improvement'
People	Assets	Environment	Business Impact	
Multiple fatalities	Extensive damage	Significant harm	Major and long-term impact	5
Single fatality	Major damage	Moderate, long-term harm	Possible long-term impact	4
Major injury	Localised damage	Moderate, short-term harm	Significant short-term impact	3
Lost time injury	Minor damage	Low impact, little harm	May have some short-term impact	2
First aid injury or no injury	No damage	No impact	No impact	1

Table 1. 'Opportunity for improvement' categorisation based on the worst credible potential outcome.

Guideline

Once an 'opportunity for improvement' has been observed or reported, it is important that appropriate and timely action is taken and that adequate control of the situation is achieved before an accident or loss occurs.

For example, if a manager or supervisor observes that an employee is not wearing appropriate eye protection, this compliance issue should be discussed with them. This will:

- Identify why the rules are not being followed. If accepted rules are clearly being broken, this should be corrected immediately;
- Confirm if there is an opportunity for improvement; and
- Allow agreement of the required actions.

The observation should then be recorded and reported as an 'opportunity for improvement'.

This type of local intervention and investigation is appropriate for an 'opportunity for improvement' in category 1. It may be necessary to review the relevant risk assessments with regard to the adequacy of the existing control measures. Any action taken to prevent escalation or recurrence should be recorded as required by local procedures.

If the worst credible potential outcome of an 'opportunity for improvement' is 2, 3, 4 or 5 then it should be thoroughly investigated to identify the:

- Immediate and underlying causes; and
- Corrective actions required to prevent escalation or a recurrence.

This process should fully satisfy the requirements of HS&E-IS-CCA.03 – HS&E Incident Investigation – Standard and Guidance.

When the investigation is complete, the findings and corrective actions should be reviewed and evaluated by the business/ site senior management team.

Relevant information should be shared with the workforce using HS&E display boards and team briefings.

Human Failure

It is important to recognise that human failure may have contributed to observed 'opportunities for improvement'.

Human failure (which includes unsafe behaviour) is divided into human error and violations.

Guideline (Cont)

Human error is unintentional behaviour that involves skill based errors (slips of attention and lapses of memory) and mistakes which can be rule or knowledge based.

A violation is a deliberate failure to follow an established rule or safe working practice. Violations can be categorised as 'routine', 'situational' or 'exceptional'.

In some cases, human failure may lead to the need to redesign a process or work environment because error enforcing conditions are present, or there are conflicting goals between work activity and HS&E values.

For example, if a worker fails to wear appropriate hearing protection in a mandatory hearing protection zone, several explanations are possible:

1. If the worker is aware of the requirement to wear hearing protection and appropriate hearing protection is available, additional information, training and supervision may be required to correct this routine violation of established rules;
2. The available protection is uncomfortable, this is a situational violation created by the provision of uncomfortable hearing protection. A management review of the suitability and comfort of hearing protection will be one of the corrective actions required to secure compliance with the established rules.
3. If the worker is aware of the rules and has simply forgotten to wear his hearing protection when they left an office environment, a simple reminder may be all that is required to correct this lapse of memory type error.

A fuller description of the human contribution to incidents and unsafe behaviour and conditions is available in Appendix 2 of HS&E-IS-CCA.03 – HS&E Incident Investigation – Standard and Guidance.

5.4 Taking immediate action to make an area safe or reduce risk to an acceptable level

Anyone involved in a near miss or observing an unsafe act or condition shall take immediate action to "make an area safe", or reduce risk to an acceptable level if it is safe and straight-forward to do so. This will include challenging observed unsafe behaviours.

Once appropriate immediate action has been taken, if necessary, the appropriate level of investigation shall be completed and corrective action taken to prevent an accident or loss event.

In some cases it will be obvious that a clear breach of established rules has taken place. In such cases, in addition to taking immediate action, it is important to discuss the circumstances with the individual/ people concerned so that the reasons for the rule can be explained and emphasised. At the same time, the 'challenger' needs to listen to the reason (s) why the rule was broken as there could be important underlying reasons to understand and improve upon.

Guideline

Examples, where straight-forward immediate action can be taken to make an area safe include:

- Stopping unsafe lifting operations;
- Clearing liquid spills from walking surfaces;
- Switching on an extraction system that is available but not in use;
- Removing unsafe electrical equipment from use;
- Requesting compliance with clearly established PPE requirements;
- Returning stored chemicals to the appropriate bunded area.

5.5 Providing feedback

Managers shall provide effective feedback on the corrective actions taken to prevent an 'opportunity for improvement' escalating or recurring.

Guideline

Third party research has shown that effective feedback regarding the actions taken in response to an 'opportunity for improvement':

- Engages people in the identification and reporting process; and
- Motivates them to continue submitting reports.

Feedback on actions taken in response to an 'opportunity for improvement' report should be provided in the following ways:

- During a team meeting; or
- Individually to the person making the report; and
- On "Health & Safety visuals" notice boards which can also be used to show reporting performance statistics, including patterns and trends.

6.0 Definitions

Collectively near misses, and unsafe acts or conditions (undesired circumstances) have been labelled as 'opportunities for improvement' throughout this document. Specific definitions are as follows.

6.1 Near miss

A **near miss** is an event with the potential for human injury, damage to the environment, property damage or other material loss, which did not result in any of these outcomes in this instance. This includes when working on company business on and off site. It is important to note that near misses are not confined to manufacturing environments and can also occur in an office environment.

6.2 Undesired circumstances (Unsafe acts and conditions)

An **undesired circumstance** is a set of conditions or circumstances that have the potential to cause an accident. Undesired circumstances can be divided into **unsafe acts (behaviour)** or **unsafe conditions**. Many unsafe conditions are preceded by an unsafe act or behaviour.

The relationship between near misses, and unsafe acts (behaviour) & conditions is described in **Table 2**. **To avoid confusion or over-reporting people should report what they observed, or for a near miss, the actual event.**

Near Miss	Unsafe Act (Behaviour)	Resulting Unsafe Condition
A piece of metal is ejected from a lathe, but no-one is injured	Not using the appropriate tool to tighten the chuck of the lathe before use	A component which is not effectively secured in the chuck of the lathe
A drum of oil falls from a fork-lift truck close to a surface water drain but the drum does not leak	Transporting a drum of oil by forklift truck using a pallet but no restraining device	An unstable load on the forklift pallet whilst the forklift truck is moving
A person trips over material left on a walkway, but is uninjured. Note this could be in a manufacturing or office area.	Placing materials or components on a walkway rather than the designated storage area	Materials or components protruding into or obstructing a walkway.
A lifting sling fails during a lifting operation but no one is injured	The safe working load and condition of the sling were not confirmed before the load was lifted	The load has been lifted with a sling which could fail resulting in the load falling
An employee is dazzled by a welding arc but does not suffer an eye injury	Arc welding without a screen to segregate the work area	People working in the area will be exposed to ultra violet light
A small fire begins in a flammable gas storage area, but is quickly extinguished before any damage occurs	Placing combustible material beside a flammable gas cylinder store	Combustible material is stored next to flammable gas cylinders
A heavy work piece rolls off a bench narrowly missing an employee's foot	Placing a work piece on a bench in an unstable position	A person is working close to heavy items that may fall and injure their feet
A heavy item falls from a high shelf in an office storage area, narrowly missing a worker	Placing heavy materials on a high shelf in an unstable position	Unstable materials are stored at height in an area where people work
An temporary office worker experiences minor upper limb discomfort during data input into a database	The manager has not assessed the suitability of the workstation or explained the importance of regular breaks	A workstation that has not been adjusted to suit the requirements of the individual

Table 2. Examples of near misses and how they are linked to unsafe acts (behaviours) and conditions.

7.0 References

Reporting and Recording Health, Safety and Environmental Incidents – Standard and Guideline – HS&E-IS-CCA.02

Health, Safety and Environmental Incident Investigation - Standard and Guidance – HS&E-IS-CCA.03

Tabeller med resultat fra undersøkelsen for operatører

1. I hvilken grad føler du det er viktig med tilløpsrapporter?

Ansiennitet	Vet ikke	1	2	3	4	5
0-4år	2	1		9	4	10
5-9år	1	2		4	6	12
10-14år	1		2	2	2	5
15-19år					4	6
20år eller mer				1	2	2
Totalt	4	3	2	16	18	35

*Resultater fra spørsmål 1. i undersøkelsen for operatørene.
Kategori 1= uviktig, kategori 5= svært viktig*

2. Når du oppdager et farlig forhold/nesten ulykke/ulykke, hvor ofte skriver du da tilløpsrapporter?

Ansiennitet	Vet ikke	1	2	3	4	5
0-4år	8	6	4	5		3
5-9år	6	4	2	5	3	5
10-14år	1	1	1	1	4	4
15-19år	1	3	2	1	3	
20år eller mer			1		1	3
Totalt	16	14	10	12	11	15

*Resultater fra spørsmål 2. i undersøkelsen for operatørene.
Kategori 1= aldri, kategori 5= alltid*

3. Hvor godt føler du det er tilrettelagt for å skrive tilløpsrapporter?

Ansiennitet	Vet ikke	1	2	3	4	5
0-4år	4	5	6	4	5	2
5-9år	1	5	7	5	3	4
10-14år	1	1	1	4	4	1
15-19år	2		2	3	1	2
20år eller mer		1		3		1
Totalt	8	12	16	19	13	10

*Resultater fra spørsmål 3. i undersøkelsen for operatørene.
Kategori 1= svært dårlig, kategori 5= svært godt.*

4. I hvilken grad er du fornøyd med tilbakemelding fra ledelsen på tilløpsrapporter du har levert?

Ansiennitet	Vet ikke	1	2	3	4	5
0-4år	11	11	2	2		
5-9år	8	10	3	2	2	
10-14år	1	4	3	3	1	
15-19år	1	3	2	3	1	
20år eller mer	1	2		1	1	
Totalt	22	30	10	11	5	0

*Resultater fra spørsmål 4. i undersøkelsen for operatørene.
Kategori 1= svært lite, kategori 5= svært godt.*

5. Hvor viktig synes du belønningssystemer er for at du skal levere tilløpsrapporter?

Ansiennitet	Vet ikke	1	2	3	4	5
0-4år	3	2	3	7	6	5
5-9år	1	4		10	2	8
10-14år		3		2	3	4
15-19år		2	3	1	4	
20år eller mer	1	2				2
Totalt	5	13	6	20	15	19

*Resultater fra spørsmål 5. i undersøkelsen for operatørene.
Kategori 1= Uviktig, kategori 5= Svært viktig*



TILLØP TIL ULYKKE - MATERIELL SKADE

TIDSPUNKT:

Dato :

kl.:

Avd.:

STED:

Kort beskrivelse av hendelsen / forholdet:

Kunne ført til personskade?

Ja

Nei

Materiell skade

Ja

Nei

Tiltak for å hindre gjentakelse?

Ja

Nei

Forelå krav om verneutstyr?

Ja

Nei

Burde verneutstyr vært benyttet?

Ja

Nei

Ble verneutstyr benyttet?

Ja

Nei

Hvilke tiltak foreslås ?

ÅRSAK

Farlige forhold:

1

Dårlig vernet/skjermet

2

Dårlig verktøy

3

Dårlig belysning

4

Mangelfullt personlig verneutstyr

5

Glatt underlag/gulv

6

Handlet feil / menneskelig svikt

Melders underskrift:

Dato: