



uis.no

Camilla Mikkelsen

**Bidrar HMS-rapportering til å
utvikle en god
sikkerhetskultur?**

Masteroppgave 2016

Masteroppgaven er innlevert som del av
Masterstudiet i Risikostyring og Sikkerhetsledelse
ved Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Høst/ Vår 2015-2016

FORFATTER:

Camilla Mikkelsen

VEILEDER:

Førsteamanuensis, Lillian Katarina Stene

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Bidrar HMS-rapportering til å utvikle en god sikkerhetskultur?

EMNEORD/STIKKORD:

HMS-rapportering, Reason, isfjellteorien, pyramide-modellen, sikkerhetsinformasjonssystemet, informerende kultur, rapporterende kultur, organisasjonskultur

SIDETALL: 109 (inkludert litteraturliste og vedlegg)

STAVANGER 23. Mai 2016

DATO/ÅR

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som avsluttende del av masterutdanningen i risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitet i Stavanger. Det har vært noen lærerike år som jeg ikke ville vært foruten.

Først vil jeg takke min veileder, Førsteamanuensis, Lillian Katarina Stene. Tusen hjertelig takk for dine innspill, råd og motivasjon på veien og ikke minst din raske tilbakemelding på spørsmål jeg hadde underveis.

Jeg vil også takke ABB AS OGC for samarbeid og medvirkning. Spesielt takk til mine kolleger for støtte og råd. En stor takk til informantene i ABB AS OGC som har sagt seg villig til å bidra til oppgaven.

Jeg takke dere som har hjulpet meg med å lese korrektur på oppgaven, samt gitt meg konstruktiv tilbakemelding og ikke minst motivasjon underveis. Det har gitt meg mye!

Tilslutt vil jeg takke Mamma og min kjære Thomas for støtte og råd underveis. Dere er de beste!

Oslo

23.05.2016

Camilla Mikkelsen

Sammendrag

Det har i nyere tid blitt et økende krav til HMS-rapportering, dette som et ledd i risiko- og sikkerhetsstyringen til organisasjoner. I denne forbindelse ble følgende problemstilling ble valgt:

«Bidrar HMS- rapportering i til å utvikle en god sikkerhetskultur i ABB AS OGC?»

Selv om denne oppgaven tar for seg ABB, antas problematikken også å være aktuell for andre virksomheter. For å finne svar på problemstillingen ble det utført en spørreundersøkelse i regi av ABB AS OGC. I etterkant av spørreundersøkelsen, ble det utført intervju med seks informanter, fordelt på tre ledere, to ingeniører og en som jobbet med prosjektadministrative oppgaver. Problemstillingen skal studeres ved å ta utgangspunkt i Reason sine fire typologier for den informerende kultur og Westrums rammeverk for nivå av sikkerhetskultur. I tillegg studeres teori som risiko-og sikkerhetsstyring, kultur og ulykkes-teori (organisatoriske ulykker og pyramide-modellen/isfjellteorien). ABB globalt stiller overordnede krav til sikkerhetsstyringen i ABB AS OGC. Heinrich presenterte sin teori om sammenhengen mellom farer, nestenulykker, skader og dødsfall. Denne sammenhengen danner grunnlag for ABB AS OGC sin sikkerhetsstyring i organisasjonen. ABB AS OGC har forbedringspotensialet i forhold til HMS-rapportering spesielt med fokuset på kvalitet fremfor kvantitet. Studien indikerer at ABB AS OGC kan beskrives som en rettferdig, fleksibel og lærende kultur. Organisasjonen kan også beskrives som en proaktiv sikkerhetskultur. HMS-rapportering, slik det gjøres i ABB AS OGC i dag, er med på å utvikle en god sikkerhetskultur. Men de gode rapportene kan risikere å forsvinne i mengden, dette på grunn av kvantitet fokuset. Det er både positivt og negativt ved å ha krav om tre RUH til de ansatte. Positive: folk rapporterer, negative: latterliggjør HMS og kan straffe med mindre lønnsøkning for de ansatte dersom det ikke rapporteres i henhold til krav. Dersom ABB AS OGC fokuserer mer på kvaliteten i det som rapporteres inn, samt også sammenhengen mellom menneske, teknologi og organisatoriske faktorer, kan det føre til at organisasjonen får en sterkere sikkerhetskultur. Bruk av positiv rapportering ble også trukket inn som et forbedringsforslag der hensikten med positivrapportering kan gi læring i det som fungerer bra i organisasjonen.

Definisjoner og forkortelser

Tabell 0-1 Definisjoner

Definisjoner	
Storulykke	En storulykke er definert som en akutt hendelse, for eksempel et større utslipp, en brann eller en eksplosjon, som umiddelbart eller senere medfører flere alvorlige personskader og/eller tap av menneskeliv, alvorlig skade på miljøet og/eller tap av større økonomiske verdier (PTIL, 2016).
LTI	(Eng.: lost time injury) Skade påført under arbeid eller i direkte tilknytning til arbeid og som medfører fravær neste arbeidsdag eller neste skift (iht. arbeidsplan) eller som fører til fravær senere (ABB, <i>HSE Language</i> , intranett).

Tabell 0-2 Forkortelser

Forkortelser	
HMS	Helse, miljø og sikkerhet
KPI	Key performance indicator
LTI	Lost time incident
LTIFR	Lost time incident frequency rate
PTIL	Petroleumstilsynet
RUH	Rapporterte uønskede hendelser
SIS	Sikkerhet Informasjons Systemet
SOT	Sikkerhet observasjonstur
OGC	Oil, gas, chemicals

Tabelloversikt

Tabell 0-1 Definisjoner	5
Tabell 0-2 Forkortelser.....	5
Tabell 2-1 Rapporteringsprosessen fra prosedyrer	15
Tabell 3-1 Hvordan organisatoriske kulturer deler sin informasjon.....	32
Tabell 3-2 Beskrivelse av nivåer av sikkerhetskultur for konkrete organisatoriske aspekter	42

Figuroversikt

Figur 2-1 Organisasjonen i Norge	10
Figur 2-2 Organisasjonen til olje, kjemikalier og gass i ABB	11
Figur 2-3 Pyramide-modellen.....	16
Figur 2-4 Verdier som baserer seg på pyramide-modellen sin teori.....	17
Figur 2-5 Sammenhengen mellom farer og skader med døden til følge.....	17
Figur 3-1 Heinrich sin pyramide-modellen/ isfjellteori	24
Figur 3-2 Sveitserost modellen.....	26
Figur 3-3 komponentene i en informerende kultur	36
Figur 3-4 Teoribidrag for å kunne svare på Problemstillingen	43
Figur 5-1 Arbeidsplassfordeling av de ansatte i undersøkelsen	53
Figur 5-2 Erfaringsfordeling i undersøkelsen.....	54
Figur 6-1 Sikkerhetskultur karakteristika.....	87
Figur 6-2 Hendelse/ ulykkes rapportering.....	88
Figur 6-3 Fare og-farlige handlinger rapportering.....	88
Figur 6-4 Benchmarking, trender og statistikk.....	89
Figur 7-1 Teoribidrag for å svare på problemstillingen for oppgaven.....	90

Innhold

DEFINISJONER OG FORKORTELSER	5
TABELLOVERSIKT.....	6
FIGUROVERSIKT	6
1 INNLEDNING.....	3
1.1 Oppgavens formål og problemstilling.....	6
1.2 Avgrensning i oppgaven.....	6
1.3 Oppgavens oppbygging	8
2 KONTEKST OG BAKGRUNN	9
2.1 ABB i Norge	9
2.2 HMS i ABB AS OGC	11
2.2.1 HMS-manualen og HMS-håndboken	11
2.3 HMS- rapporteringssystemet	12
2.3.1 Når skal det rapporteres?.....	12
2.3.2 Kvalitet og forbedringsrapportering	15
2.3.3 Globale databasen for hendelse rapportering	15
2.3.4 Granskning av hendelser	18
3 TEORI	19
3.1 Risiko og sikkerhet.....	19
3.1.1 Risiko -og sikkerhetsstyring.....	21
3.2 Relevant ulykkes-teori.....	23
3.2.1 Pyramide-modellen (isfjellteorien).....	24
3.2.2 Organisatorisk ulykkes-teori	26
3.3 Kultur og organisasjons kultur.....	27
3.3.1 Kultur	27
3.3.2 Organisasjonskultur	28
3.3.3 Sub-kulturer.....	29
3.4 Sikkerhetskultur	31
3.5 Hva menes med god sikkerhetskultur	33
3.5.1 Den informerende kultur.....	35
3.5.2 Den rapporterende kultur	36
3.5.3 Den rettferdige kultur.....	38
3.5.4 Den fleksible kultur	39

3.5.5	Den lærende kultur	39
3.5.6	Typer sikkerhetskulturer	41
3.6	Konklusjon av teori	43
4	DESIGN OG METODER	44
4.1	Forskningsdesign og strategi	44
4.2	Forskningsprosessen.....	45
4.3	Metodevalg	45
4.4	Datainnsamling	45
4.4.1	Spørreundersøkelse av ansatte.....	46
4.4.2	Svarprosent og spørreundersøkelsens pålitelighet.....	46
4.4.3	Spørreundersøkelsens programvare.....	47
4.4.4	Intervju av utvalgte ansatte	47
4.5	Dataanalysens utfordringer	48
4.5.1	Utfordringer underveis i oppgaven.....	49
4.5.2	Kan man måle sikkerhetskultur?	49
4.6	Validitet og reliabilitet.....	50
5	EMPIRI.....	53
5.1	Spørreundersøkelse i ABB AS OGC	53
5.2	Resultat fra spørreundersøkelsen	54
5.3	Intervju med utvalgte ansatte i ABB AS OGC	63
5.3.1	Oppsummering av empiri.....	75
6	DISKUSJON.....	76
6.1	Den rapporterende kultur.....	76
6.2	Den rettferdige kultur	81
6.3	Den fleksible kultur.....	82
6.4	Den lærende kultur	83
6.5	Den informerende kultur	84
6.5.1	Westrums nivåer av sikkerhetskultur.....	86
6.5.2	Benchmarking, trender og statistikk	89
6.6	Oppsummering.....	89
7	KONKLUSJON	90
7.1	Behov for ny forskning?.....	93
8	REFERANSER	94
	VEDLEGG	97

1 Innledning

Bakgrunnen for denne oppgaven var i en artikkel i Nettavisen med følgende tittel: «*snart må du ha sikker jobbanalyse for å gå på dass*» (Nettavisen, 2015).

Artikkelen tar for seg en oljegründer som mener «... *en overdreven og unødvendig HMS-kultur må ta en stor del av skylden for de enorme HMS-kostnadsøkningene*». Etter som jeg leste nedover i artikkelen og nedover mot kommentarfeltet, var det en rekke påstander for hvorfor HMS-rapporteringssystemet var unødvendig og det var en unødvendig kostnadspost for bedrifter. Dette forklarer oljegründeren med at «... *hver gang det skjer en ulykke, skjer det en regelendring med mer dokumentasjon og mer papirarbeid. Du skal ha sikker jobbanalyse på alt. Du skal snart ha sikker jobbanalyse for å gå på dass. Vi drar det for langt. En må ikke glemme at det er mindre dødsfall i industrien nå enn i forrige århundre*»

Denne artikkelen fikk meg til å tenke igjennom hvor dette HMS-rapporteringsfokuset kommer fra? Hvorfor er det så viktig å rapportere i oljebransjen?

Heinrich (1931) presenterte isfjellteorien i 1931, som raskt ble populær i forskjellige industrier som på tidspunktet kjempet med å håndtere alle ulykkene som industriene den gang bar preg av. Han satte ulykker i sammenheng med nestenulykker og mindre hendelser. Denne sammenhengen kan sies å være et springbrett for rapporteringskulturen som vi kjenner i dag (Rosness, et al., 2010).

Kjernekraftindustrien sammen med fly-industrien var tidlig ute med å forske på sikkerhet og hvordan mennesket forholdt seg til sikkerhet og risiko på arbeidsplassen. Årene 1970-1990 bar preg av en rekke storulykker som har preget sikkerhetstenkingen i nyere tid. Nedenfor er det listet opp noen av disse ulykkene med en kort introduksjon til hva disse handlet om.

- 1976 Serveso Forurensning ulykke i en kjemisk fabrikk i landsbyen Seveso, ved Milano i Nord-Italia. Et ukontrollert utslipp til luft førte til at et område på ca. 1800 hektar ble forurenset med triklorfenol (Kletz, 2009)
- 1978 Tenerife runway En kollisjon mellom to Boeing 747 jumbojetfly på rullebanen på Los Rodeos-flyplassen på Tenerife i Kanariøyene. Til sammen 583 mennesker omkom i ulykken (Weick, 1990).
- 1979 Three Mile Island Reaktorulykke i USA, da pumpene for kjølevannet til en reaktor sviktet. Reaktoren stoppet automatisk, men en del av kjedereaksjonene fortsatte å løpe etter at reaktoren var stanset (SNL, u.d.).
- 1980 Alexander Kjelland Plattformen kantret 27. mars 1980, da ett av dens fem ben ble revet av i høy sjø. 123 mennesker omkom og 89 ble reddet (SNL, u.d.).
- 1984 Bhopal Industriulykke på en sprøytemiddel fabrikk. Midt på natten lekket det ut flere tonn med giftgass ut fra fabrikk. Over en halv million ble eksponert og flere tusen døde (Kletz, 2009).
- 1986 Tsjernobyl Kjernekraftulykke, i Ukraina, gamle Sovjetunionen. Reaktoren var kjørt ned for årlig vedlikehold og var ikke i ordinær drift. Under arbeidet med diverse eksperimenter ble ikke de vanlige sikkerhetsrutinene fulgt, og reaktoren kom ut av kontroll. Byen er i dag ubebodd på grunn av høy radioaktivitet (SNL, u.d.).
- 1986 Challenger Romferge-ulykke i Florida. Eksploderte 73 sekunder etter start fra Kennedy-romsenteret i Florida (Reason, 1997)
- 1988 Piper Alpha Gasslekkasje på produksjonsplattformen Piper Alpha, med påfølgende eksplosjon, 167 mennesker omkom (Kletz, 2009).
- 1998 Longford Gasseksplosjon på Essos anlegg i Longford i Australia. To døde, åtte skadd (Kletz, 2009)
- 2010 BP Macondo En utblåsning, eksplosjoner og brann om bord på den flyttbare innretningen Deepwater Horizon på Macondofeltet i Mexicogulfen. Elleve personer omkom, flere fikk alvorlige skader og innretningen sank etter to døgn. Førte til enorme oljeutslipp (PTIL, 2014).

Ulykkene som er listet over, var i større eller mindre grad med på å påvirke hvordan det jobbes med sikkerhet slik det gjøres i olje- og gassindustrien i dag. Termologien «sikkerhetskultur» sies å ha oppstått etter Tsjernobyl-ulykken. Årsaken til denne ulykken, var blant annet på grunn av en rekke feilhandlinger som kan knyttes til brudd i organisasjonens sikkerhetskultur (Glendon & Stanton, 2000).

Teorier om årsaker til ulykker blir utviklet, og det rettes mye forskning på tema. Tidligere ble sagt at årsaksforhold kunne være:

- Menneskelig feil
- Skjebnen
- Eller at det rett og slett var noen personer som bare var dårlige i jobben

Ettersom forskningen gikk fremover blir årsaksforklaring ikke like entydig som det en gang hadde vært. En fellesnevner for nyere tids teorier er at ulykker kan beskrives som komplekse, der samspillet mellom mennesket, teknologi og organisasjon kommer i fokus og nye modeller for HMS-arbeid utvikles. Sikkerhetsarbeidet får en mer oppmerksomhet og det stilles høyere krav til rapportering. Med dette menes rapporter om uønskede hendelser, nestenulykker, farlig/uønsket handling og ulykke med skade.

Etter hvert som jeg søkte etter informasjon kom jeg over en presentasjon utarbeidet av Stein Haugen, NTNU professor i teknisk sikkerhet. «*Brent barn skyr ilden, men hjelper det å miste hammeren først?*» (Haugen, 2011). Denne presentasjonen forteller blant annet om store organisasjoner som rapporterer mye. Dette gjør disse organisasjonene for å forhindre gjentagelse av uønskede hendelser. Haugen stiller spørsmål rundt dette med årsaks sammenhenger og rapportering.

Høy rapporteringsgrad er kanskje ønskelig men spørsmålet er om de «riktige» rapporteneⁱ kommer til syne og får oppmerksomhet? Forsvinner de riktige rapportene inn i mengden av rapporter, eksempelvis «*tomt for dopapir*», «*lite dessert i kantina*» ...? Hvor er rapportene med erfaringsoverføring? Og hva er de riktige rapportene? Sammenhengen mellom disse spørsmålene og artikkelen kan tenkes å være sikkerhetskultur. Hvilke holdninger mennesket i organisasjonen har til sikkerhet og muligens forståelsen av risiko. Utover i denne oppgaven beskrives sammenhengen mellom sikkerhetskultur og HMS-

ⁱ Riktige rapporter menes med de som forteller om en reell fare for helse, miljø eller sikkerhet.

rapportering. Teorien forteller at god sikkerhetskultur har en rapporterende kultur. Men hva betyr egentlig dette med sikkerhetskultur og hvorfor har vi dette? Og på hvilken måte har dette sammenheng med rapportering? Kan rapportering av manglende dopapir eller manglende lyspærer føre til at vi reduserer antall uønskede hendelser som leder til alvorlig skade eller dødsulykke?

I denne oppgaven har jeg begrenset oppgaven til et casestudie av ABB Norge divisjon OGC (heretter skrevet som ABB AS OGC). Der jeg skal undersøke sammenhengen mellom sikkerhetskultur og HMS-rapportering.

1.1 Oppgavens formål og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å kunne identifisere om HMS-rapportering i ABB AS OGC bidrar til å gi en god sikkerhetskultur. Selv om denne oppgaven tar for seg ABB, antas problematikken også å være aktuell for andre virksomheter.

Problemstillingen er som følger:

«Bidrar HMS- rapportering til å utvikle en god sikkerhetskultur i ABB AS OGC?»

Problemstillingen tar for seg om hvor vidt HMS- rapportering bidrar til å utvikle en god sikkerhetskultur. Dette skal studeres ved å ta utgangspunkt i James Reason (Reason, 1997) sin definisjon av sikkerhetskultur, samt Reason sine teorier og betraktninger rundt rapportering. Westrums nivåer for ulike sikkerhetskulturer blir også trukket inn som teori for å forklare resultatene fra gjennomførte spørreundersøkelse og intervjuer. I tillegg trekkes andre teoretikere inn med sine teoribidrag for å danne et underlag for diskusjonskapittelet.

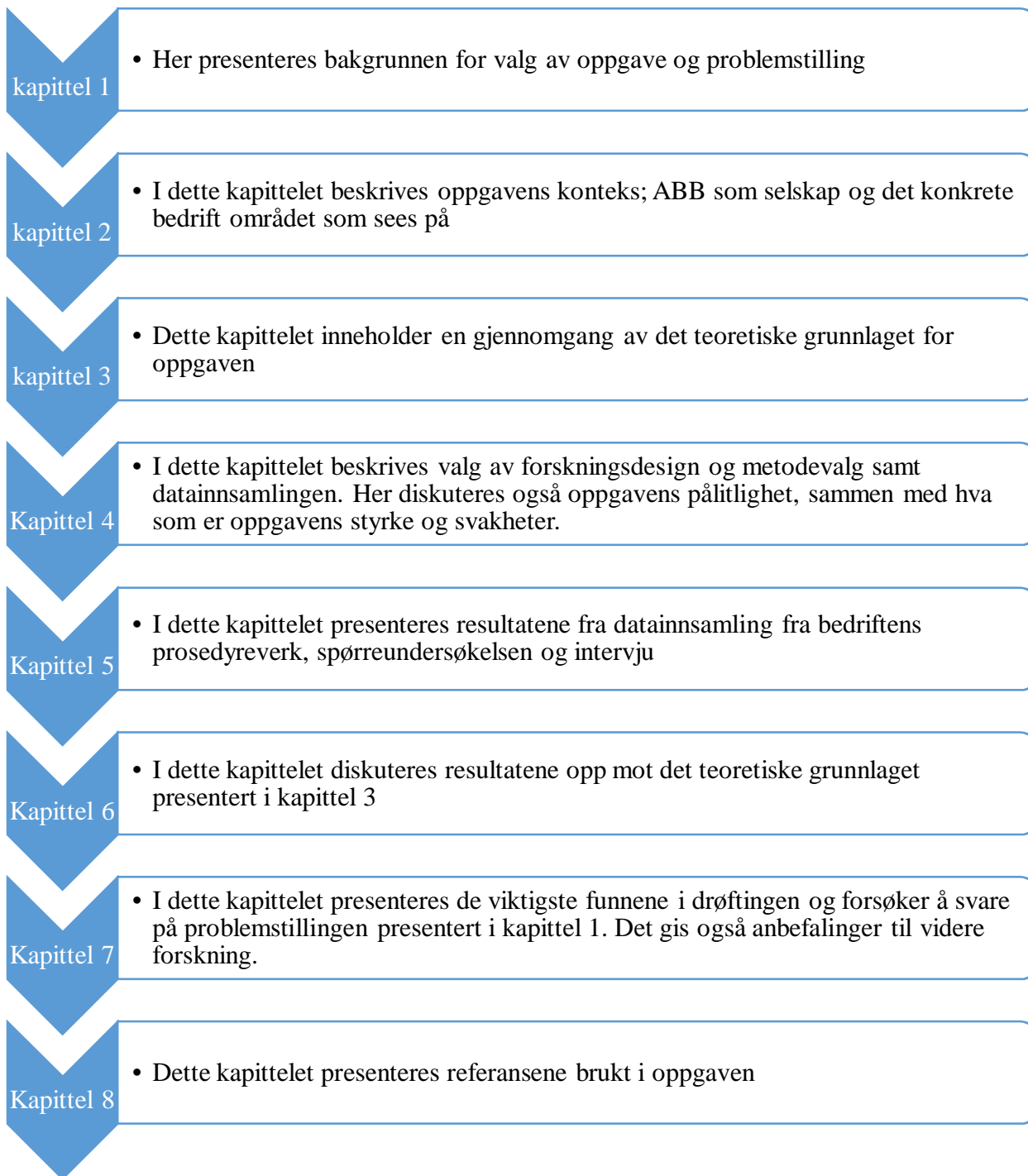
1.2 Avgrensning i oppgaven

Oppgaven omhandler ikke sikkerhetsklima eller sikring (Security) sett i forhold til sikkerhetskultur. Oppgaven går ikke inn i detalj på hva som hemmer rapportering eller hvor vidt rapporteringssystemet som blir benyttet av ABB AS OGC er et godt verktøy eller ikke. Fokuset for denne oppgaven går på menneskene og hvordan HMS-rapporteringssystemet til ABB AS OGC kommuniseres ut i organisasjonen. Kvalitetsrapporteringssystemet blir forklart kort i kontekst og diskutert kort i diskusjonen. Men er ikke en del av empiri. Menneskes feilhandlinger og årsaker presenteres kort i teori

kapittelet men blir ikke tatt videre med i diskusjonen. I neste kapittel presenteres oppgavens oppbygging.

1.3 Oppgavens oppbygging

I dette kapittelet presenteres en oversikt til leseren over oppgavens oppbygning og struktur.



2 Kontekst og bakgrunn

Masteroppgaven baserer seg på ABB AS OGC og deres HMS-rapporteringssystem. I dette kapittelet presenteres ABB som selskap og beskrivelse av selskapets organisasjon

2.1 ABB i Norge

ABB i Norge er en del av ABB gruppen som har sitt hovedkontor i Sveits.

ABB i Norge ble etablert etter en fusjon mellom det multinasjonale svenske ASEA og det sveitsiske Brown Boveri i 1988. Denne fusjonen tok også med seg det norske konsernet EB.

ABB Norge besto etter fusjonen av de tidligere selskapene

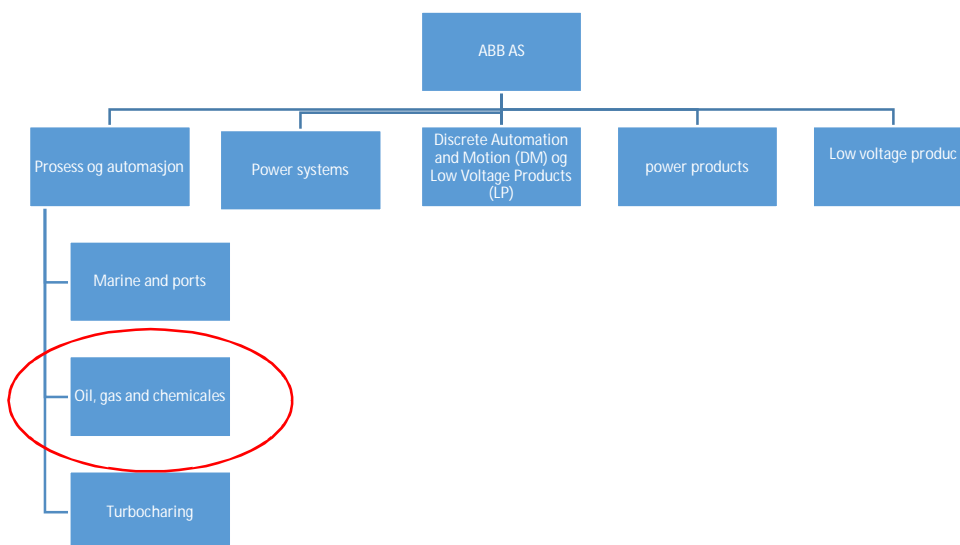
- NEBB
- Elektriske Bureau a.s
- Asea Per Kure AS
- Elektro Union

EB navnet ble beholdt ut i Norge frem til 1993. ABB Norge var på 90-tallet et konsern med stor suksess, der ABB Norge hadde ansvar for ABBs internasjonale olje- og gassvirksomhet, til den alvorlige krisen ved årtusen skiftet, da ABB internasjonalt var nær konkurs. Resultatet av krisen ble å selge ut en rekke virksomheter, et av disse virksomhetene kjenner vi i dag som blant annet Aibel. ABB gjennomgikk en kraftig nedbemanning på 2000-tallet. Fra 2004 mot 2009 snudde det imidlertid for ABB Norge. ABB Norge fikk en jevn vekst i omsetning og resultater, mye takket være kraft systemer (kraftsystemer og distribusjon på land) som omsatte mest i denne perioden. (Christensen & Rinde, 2009).

ABB gruppen består i dag av ca. 120 000 ansatte verden over og av fem divisjoner:

- Discrete Automation and Motion
- Low voltage products
- Power products
- Power systems
- Prosess Automation

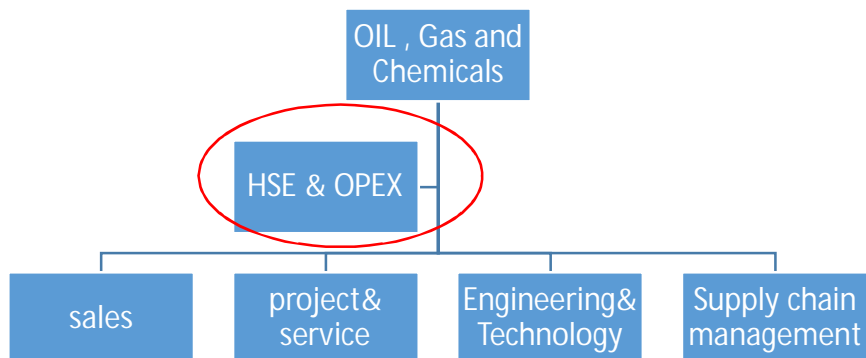
Divisjonene i ABB Norge vises i Figur 2-1.



Figur 2-1 Organisasjonen i Norge

Denne oppgaven tar for seg divisjon prosess og automasjon og bedriftsområde Oil, Gas and Chemicals (OGC). ABB AS OGC består i dag av 1051 ansatte (desember 2015) med fem kunnskapsområder vist i Figur 2-2.

Som navnet tilsier jobber dette bedriftsområdet med industri relatert til olje, gass og kjemikalier, med den større andel rettet mot offshorevirksomhet. Her leveres det produkter, systemer og tjenester utviklet for å optimalisere produktivitet i industrielle prosesser. ABB har flere store prosjekter på sin referanseliste der de blant annet har vært de første i verden til å levere en elektrifiseringsløsning for en offshore produksjonsinnretning.



Figur 2-2 Organisasjonen til olje, kjemikalier og gass i ABB

2.2 HMS i ABB AS OGC

HSE & OPEX består av en HMS-avdeling (HSE) og en kvalitetsavdeling (OPEX). HMS-avdelingen i ABB AS OGC er i all hovedsak lokalisert i Oslo og i Bergen. Det er 10 ansatte i denne avdelingen. Gruppen består av en leder for HMS, som rapporterer til direktøren og en gruppeleder for HMS- og Teknisk Sikkerhet. HMS-avdelingen jobber med HMS på lokasjonene og jobber som HMS-koordinator eller leder i prosjekter. Det er HMS-avdelingen har som oppgave å veilede de ansatte og prosjektledere om HMS-relaterte saker, samt følge opp trender i HMS-rapporteringssystemet. HMS- leder for OGC skal rapportere videre til direktøren og til HMS- direktøren globalt. Det arrangeres også et risiko møte i avdelingen hver måned der trender fra rapporteringssystemet presenteres og noen utvalgte saker presenteres for gruppen.

Oppbygging av system og prosedyrer er i forretningsområdene gjort igjennom styringssystemet, OpeX Navigator. System og prosedyrer er i samsvar med øvrig kvalitets og miljøstyringssystemer til ABB globalt. ABB AS har en felles HMS- håndbok og en felles database for rapportering av uønsket hendelse (RUH).

2.2.1 HMS-manualen og HMS-håndboken

ABB AS OGC sin Helse-, Miljø- og Sikkerhets (HMS) manual gir en overordnet beskrivelse av bedriftens HMS- system. Prosedyrer for de ulike aktivitetene er beskrevet i styringssystemet til ABB AS OGC. HMS- manualen er ABB AS OGC styrende dokument som beskriver de ulike Helse-, Miljø- og Sikkerhet (HMS) aktiviteter som skal utføres for å sikre at HMS- målene nås. Dokumentet gjelder for all ABB AS virksomhet.

Både kontor, anlegg og prosjekter, som omfatter både fast ansatte og innleid personell (HMS- manualen, rev G 2012).

Det er i ABB AS OGC en felles HMS-håndbok som tar for seg sikkerhets aspekter som er viktige både i arbeidstiden og utenfor arbeidstid. Dette med hovedkapittel overskrifter som:

- HMS-arbeid
- Beredskap
- Skadeforebygging
- Spesielle operasjoner og verktøy
- Elektriske installasjoner
- Vern av ytre miljø
- Reiser
- Førstehjelp
- Arbeidsulykker kan unngås

2.3 HMS- rapporteringssystemet

ABB AS OGC benytter et HMS-rapporteringssystem som kalles SynergiTMLife. Dette programmet er utviklet av Det Norske Veritas (DNV). Programmet har vært benyttet til HMS- rapportering i firma siden 2014. Tidligere ble det benyttet et program som heter, Lotus notes 8.5 levert av IBM. Dette programmet er fortsatt tilgjengelig for å hente ut gamle rapporter samt avslutte eventuelle gamle saker.

SynergiTMLife fremstår som en helhetlig HMS-styringssystem for bedriften. Programmet er tilgjengelig på bedriftens interne internettside under HMS- og kvalitet. SynergiTMLife skal være verktøy for rapportering av HMS-hendelser, kvalitetsavvik og forbedringer. Alle ansatte i bedriften skal ha tilgang til å legge saker inn i databasen. I tillegg til denne databasen skal hver ansatt ha mottatt en HMS- håndboken som inneholder notatblokk for HMS- rapportering (RUH).

2.3.1 Når skal det rapporteres?

ABB har en nullskade filosofi og at alle hendelser er betydningsfulle med tanke på erfaringsutveksling. Videre beskrives det i HMS- manualen et krav om to RUH i året pr ansatt (endret til tre i 2016). Det står beskrevet i bedriftens interne nettside under

Synergi™Life at «*Alle uønskede hendelser skal rapporteres, da bidrar du til at gjentagelser ikke skjer*»

Bedriften har beskrevet fire forhold som vil være en gjenstand for å rapportere en HMS-hendelse med påfølgende definisjon.

Farlig/uønsket forhold (RUH):

Ingenting har skjedd, men tingenes tilstand er slik at noe er stor risiko for at noe kan skje. For eksempel oppstikkende jern, usikre utsparinger, en bratt og glatt trapp, eller verktøy som ligger på vippen høyt oppe.

Nestenulykke:

Det gikk bra igjen: Situasjonen er utløst, men ingen ble skadet. For eksempel, gjenstanden faller i bakken uten å skade noen.

Farlig/uønsket handling:

Arbeid som kan resultere i en ulykke. For eksempel hvis noen arbeider i høyden uten sikring, jobber under hengende last eller ikke bruker påbudt verneutstyr, utfører han/hun en farlig handling.

Ulykke med skade:

Gjenstanden faller ned og skader en person. Det farlige forholdet har resultert i en arbeidsulykke

Rapporteringsprosessen har følgende definisjoner som medvirker i prosessenⁱⁱ:

- Den enkelte ansatte:** : Ansatte i virksomheten
- Overordnede** : I fabrikk eller kontor er det nærmeste linjeleder, mens det i et prosjekt er anleggsleder eller prosjektleder.
- Saksbehandler** : Saksbehandler enhet eller personen som er ansvarlig for å følge opp saken, utfører saksbehandlingen og avslutter saken.

ii Fra prosedyre Rapport og oppfølging av RUH og Nestenulykker, rev E.

Tiltaksansvarlig	: Ansvarlig person som beslutter tiltak/aksjoner
Generell klassifisering	: Klassifisering basert på innsamlede data om de prosesser, systemer og utstyr som er involvert.
Tapspotensial	: Evaluere mulige fremtidige risikoer, før og etter tiltak er iverksatt for å redusere risikoen
Årsaker	: Beskrive og velge aktuelle, direkte og underleggende handlinger/ forhold /tilstander
Tiltak	: Aksjoner som enten er av forebyggende, korrigerende eller midlertidig art

Den som rapporterer inn hendelsen må fylle ut følgende punkter:

- Sakstype (HMS- Hendelse: RUH, Nestenulykke, skade)
- Saksbehandler
- Hendelse dato
- Tittel
- Saksbeskrivelser
- Sakskategori

HMS- hendelse er delt inn i 3 kategorier i Synergi™Life.

1. Farlig/uønsket (forhold/handling)
2. Nesten-ulykke
3. Skade

Rapportering gjennomføres i seks steg som tabell under viser i henhold til OGC prosedyrer for rapportering:

Tabell 2-1 Rapporteringsprosessen fra prosedyrer

No.	Utføres av	Aktivitet
1	Den enkelte ansatte	Oppdager farlig/uønskede forhold/hendelse og rapporterer dette ved å skrive en RUH i Synergi TM Life eller i skjemaet «rapport om uønskede forhold/hendelse» og sender den til sin overordnede.
2	Overordnede	Skriver inn hendelsen i Synergi TM Life hvis han/hun mottar skjema «rapport om uønskede forhold/hendelse»
3	Saksbehandler	Saksbehandler kategoriserer hendelsen etter generell klassifisering, tapspotensial, årsaker og tilordner forslag til tiltak som sendes tiltak ansvarlig.
4	Tiltaksansvarlig	Beslutter om eventuell iverksettelse av tiltak, eller avviser/kansellerer forslaget. Beslutningen kan tas i samarbeid med – eller delegeres til andre faginstanser.
5	Saksbehandler	Sjekker at tiltak er tilfredsstillende utført eller avvist/kansellert før han avslutter saken.
6	Saksbehandler	Tilbakemelding til den enkelte ansatte og andre involverte om hvilke tiltak som blir iverksatt skjer automatisk i verktøyet.

Alle RUH og nestenulykker rapporteres inn hver måned til selskapets globale database hendelse rapportering.

2.3.2 Kvalitet og forbedringsrapportering

ABB AS OGC benytter SynergiTMLife til å rapportere avvik samt rapportere inn forbedringssaker. Disse sakene blir behandlet av kvalitetsavdelingen.

2.3.3 Globale databasen for hendelse rapportering

Den globale databasen for hendelse registrering er et verktøy som brukes av ABB globalt og lokalt for å samle inn data for HMS-hendelser og hente inn informasjon om farer(RUH), Sikkerhets Observasjons Tur (SOT) og arbeidede timer. Rapportene blir

sendt inn av hvert bedrifts enhet til den globale databasen. Deretter kan rapporter genereres fra et program som heter *Opex Analyser*.

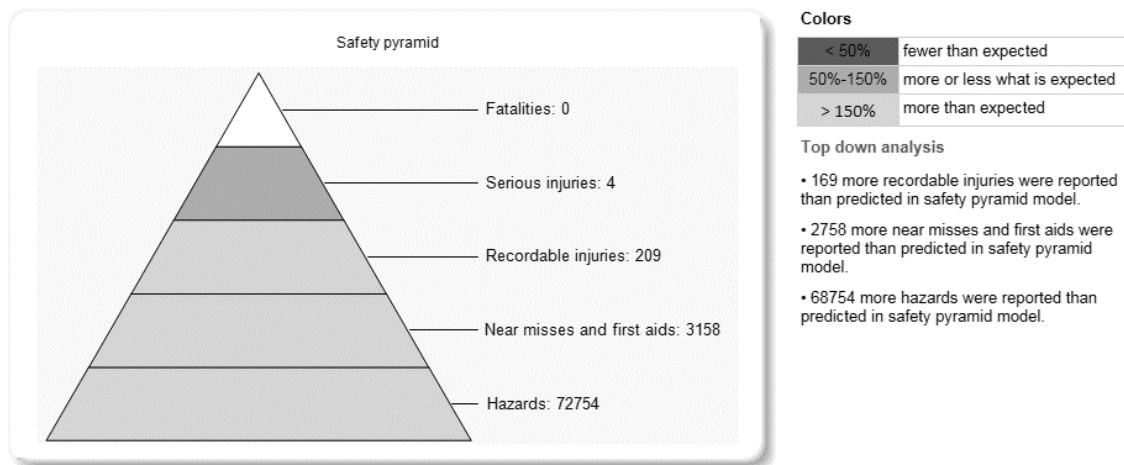
Målet med denne databasen er å benytte denne som hjelp for å etablere hendelses mønster og trender samt identifisere områder hvor tiltak og forbedringer trengs for å minimere antall hendelserⁱⁱⁱ. All innrapporterte RUH rapporteres inn som «hazards» til den globale databasen.

I rapporten som genereres i programmet, står det:

«According to the OHS incidents pyramid model the expectation is that for every fatality there are 30 serious injuries, 300 recordable injuries and 3000 near misses and first aids and 30000 hazards».

Dataene i rapporten vises på følgende måte i den globale databasen, se Figur 2-3 og Figur 2-4

Safety pyramid



Figur 2-3 Pyramide-modellen

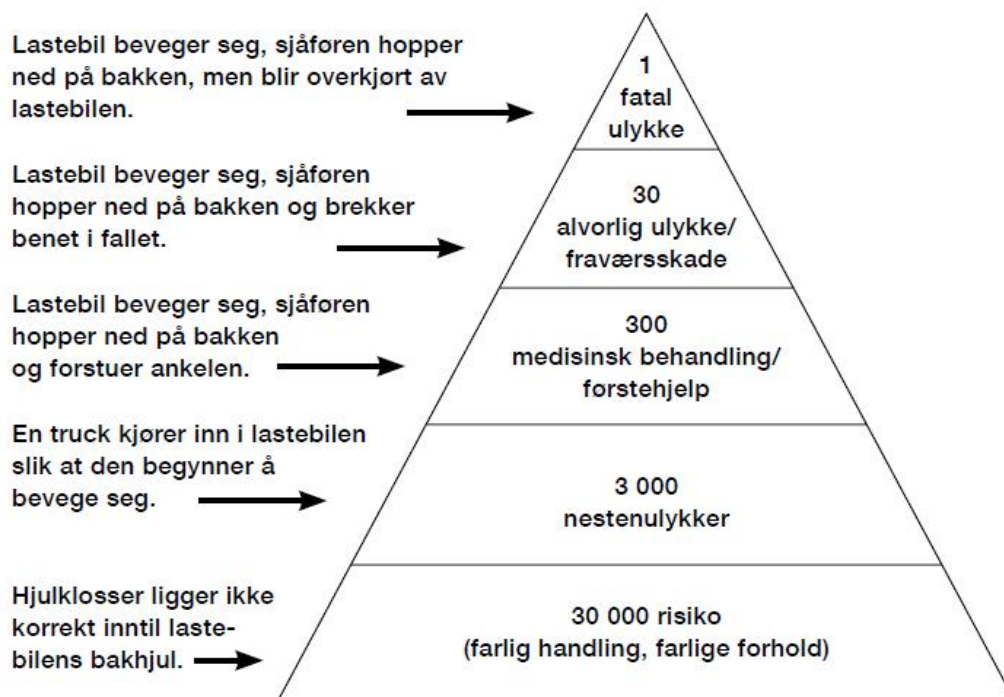
ⁱⁱⁱ Hentet fra selskapets globale side for HMS- «Report Portal»

	Model value*	Number of reported OHS incidents	% of what is expected according to pyramid model
Fatalities	1	0	
Serious injuries	30	1	100%
Recordable injuries	300	45	450%
Near misses and first aids	3000	776	776%
Hazards	30000	30785	3078.5%

* Model values are based on safety pyramid theory showing ratio between different type of incidents.

Figur 2-4 Verdier som baserer seg på pyramide-modellen sin teori.

For å vise sammenhengen mellom farer og skader viser Figur 2-5 under et eksempel. Dette eksemplet er tatt fra en presentasjon om HMS- rapportering og hvorfor rapportering er viktig i ABB.



Figur 2-5 Sammenhengen mellom farer og skader med døden til følge

ABB har fokus på å unngå at arbeidsulykker oppstår. I HMS- håndboken står det at *«ulike statistikker viser sammenhengen mellom alvorlige ulykker og tidligere uønskede hendelser som skadetilfeller i mindre grad. Derfor ved å følge opp hendelser og iverksette korrigerende tiltak , kan hendelser som fører til alvorlige konsekvenser reduseres»*.

2.3.4 Granskning av hendelser

Når det gjelder personskader, skal alle dødsfall/alvorlig skade, skade med fravær, skade medført alternativt arbeid, skade som medfører medisinsk behandling og hendelser som har kommet av kontakt med strøm, granskes^{iv}. Granskningen gjennomføres etter ABB prosedyrer med HMS-representant tilstede. Prosedyrene beskriver at en rapport skal lages og etter den er ferdig skal den distribueres på tvers av organisasjonene for videre læring.

I neste kapittel vil det teoretiske rammeverket bli presentert. Dette vil sammen konteksten danne grunnlaget til spørreundersøkelsen og intervjuguiden.

^{iv} Granskning av HMS- hendelser rev. - 2016

3 Teori

I dette kapittelet presenteres det teoretisk rammeverket for oppgaven. Teorien vil sammen med empirien bidra til å svare på problemstillingen. De teoretiske hovedretningene som skal bidra til å forklare empirien er blant annet, Reason sin teori om den informerende kultur og Westrums nivå for ulike typer sikkerhetskulturer. Reason beskriver i sin teori om den gode sikkerhetskultur og hva som ligger til grunn for at en sikkerhetskultur er god. Denne teorien er også opptatt av hvordan organisasjoner behandler risiko-og sikkerhetsstyring. Som komplementær teori presenteres derfor teorier om risiko og sikkerhetsstyring. For å kunne styre sikkerhet og risiko må det også ligge en teori til grunn for hvordan ulykker oppstår. Derfor presenteres Heinrich sin pyramide-modell samt Reason sin organisasjonsulykke-modell, dette for å gi bidrag til å forklare organisasjonens tanker om ulykkes-sammenhenger. Tilslutt presenteres Westrums ulike nivåer for sikkerhetskultur. Denne teorien benyttes for å kunne gi et slags mål på nivåer av sikkerhetskultur.

3.1 Risiko og sikkerhet

Risiko er et begrep som er avhengig av hvem som vurderer risiko og hva som skal risiko vurderes (Aven, et al., 2014). Risiko begrepet kan også benyttes som et uttrykk for den fare uønskede hendelser representerer for menneske, miljø, økonomi og /eller andre verdier.

Det er flere definisjoner på risiko, for eksempel:

- Sannsynlighet multiplisert med konsekvens (Rausland & Utne, 2009)
- Risiko er kombinasjonen av usikkerhet og konsekvens/utfall av en gitt aktivitet (Aven, 2007)
- Med risiko menes konsekvensene av virksomheten med tilhørende usikkerhet (PTIL, 2016)

Den første definisjonen betyr at risikoen får en tallverdi på hva risikoen er for den gitte fare eller uønskede hendelse, kvantitativ. Den andre definisjonen gir en bredere forståelse av risiko begrepet som kan beskrives kvalitativt. Da den kvalitative uttrykker risiko som kombinasjonen av sannsynlighet med tilstedeværelse av skade og alvorlighetsgraden av den skaden, på denne måten beskrives risikoen med tekst. Denne definisjonen kan også

beskrives kvantitativt, med sannsynlighet som tall-verdi eller frekvens. Felles for alle definisjonene er at risiko handler om fremtiden. Selv om en er uenige i definisjonen på risiko kan dette være en felles trekk for alle definisjonene. Risiko kan uttrykkes som opplev risiko, altså at den risiko person A føler er ikke lik som person B føler. Det kan derfor sies at risiko ikke er en objektiv sak, men en subjektiv mening. Derfor vil en alltid i en risikokartlegging ha en subjektiv mening av hva risikoen er. Dette er også beskrevet som risikopersepsjon (Renn, 2008).

Videre er det et ønske om å kunne kontrollere de risikoene som den enkelte står ovenfor i hverdagen eller en organisasjon. De konsekvensene som en ønsker å unngå, men som ved noen omstendigheter kan utsettes for, kan styres ved å enten minske konsekvensen eller ved å minske sannsynligheten for at den uønskede hendelsen kan oppstå. Dette diskuteres videre i neste kapittel under risikostyring.

Det norske leksikon definerer *sikkerhet* som en tilstand; *fravær av uønskede hendelser eller frihet fra fare og frykt* (SNL, 2015), (Aven, 2007).

Rausland og Utne (Rausland & Utne, 2009, p. 369) definerer *sikkerhet* som: *frihet fra de forhold som kan forårsake død, skade, arbeidsrelatert sykdom, skade eller tap av utstyr eller eiendom, og skade på miljø.*

Det er viktig å skille sikkerhetsbegrepet med det engelske safety og security. «*Safety*» menes med tilfeldige uønskede hendelser, mens «*security*» er vilde handlinger som sabotasje (Rausland & Utne, 2009).

Når det i denne oppgaven snakkes om sikkerhet er det «*safety*» som diskuteres.

Begrepet *sikkerhet* kan beskrives på ulike måter men fellestrekket er at sikkerhet har noe å gjøre med beskyttelse/trygghet av noe fra noe vi ikke vil ha rundt oss. Reason forklarer det på følgende måte:

«*Safety is a term defined more by its absence than its presence*»

Videre delte han «*safety*» begrepet i to:

1. Den negative:

«*Reactive outcome (accident, injuries, loss of assets, environmental damage, near-misses, etc.)*»

2. Den positive:

Relates to the system's intrinsic resistance to operational hazards (proactive process measures) reflect an organizations health, both in regards to productivity and safety

Sikkerhet kan altså forstås både i et reaktivt og et proaktivt perspektiv. Det er det proaktive perspektivet av sikkerhet som beskriver det som skal beskytte mot at farer eller trusler kan oppstå. Det reaktive perspektivet av sikkerhet beskriver det som skjer etter hendelsen har oppstått samt det må til av beskyttelse (sikkerhetsbarrierer) for å dempe konsekvensen av hendelsen. Med å se denne sammenhengen kan det sies at sikkerhet og risiko er nært knyttet til hverandre. Sikkerhet kan da ofte brukes som en motsetning til risiko (negativ risiko). Har du høy sikkerhet har du lav risiko (Rausland & Utne, 2009). Sikkerhet kan derfor forstås som et dynamisk fenomen. Der sikkerheten stadig er i endring grunnet endrede omstendigheter i de teknologiske systemene, menneskelige faktorene og de organisatoriske faktorene samt de grensesnittene som finnes mellom dem. (Aven, et al., 2014)

Begrepet *sikkerhet* brukes som nevnt tidligere ofte om forbyggende tiltak, der hensikten er å redusere sannsynligheten for at noe skal skje, samt redusere konsekvensen ved uønskede hendelser (Aven, et al., 2014). Sikkerhet brukes også i en videre betydning som den evne systemet har til å unngå skader og tap. Sikkerhetsbegrepet har også flere nyanser. For eksempel kan sikkerhet relateres til et teknologisk system, systemer og produkter og omgivelsene generelt, altså det fysiske miljø. Fokuset her vil da være det menneskelige, organisatoriske og teknologiske (MTO) perspektiv.

Videre kan sikkerhet graderes i nivåer, og knyttes til større elementer av samfunnet. Som for eksempel individ, organisasjon og samfunn eller som en del av fasene i en prosess. Sammenhengen mellom disse forskjellige definisjonene av sikkerhet, er at vi kan påvirke sikkerheten gjennom våre handlinger og de valgene vi gjør. (Aven, et al., 2014). Ved å systematisk arbeide med sikkerhet kan man styre sikkerheten i den retningen som man ønsker.

3.1.1 Risiko -og sikkerhetsstyring

Å styre risiko handler om på den ene siden om å få innsikt i risikoforhold, effekt av tiltak, grad av styrbarhet av risiko. På den andre siden benyttes metoder, prosesser og strategier

for å kunne kartlegge og styre disse risikoene (Aven, 2007), (Aven, et al., 2008). I henhold til Norges Lovverk^v stilles det også krav om at alle virksomheter må analysere sin virksomhet for farer og utarbeide planer for å redusere risikoforholdene (Lovdata, 1997). Dette betyr at risikostyring ikke er bare forbeholdt olje -og gass næringen, men det gjelder alle virksomheter i Norge.

Risikostyring blir definert på flere måter.

- *Med risikostyring forstås alle tiltak og aktiviteter som gjøres for å styre risiko* (Aven, 2007)

Formålet med risikostyring er å sikre riktig balanse mellom det å utvikle og skape verdier, og det unngå ulykker, skader og tap (Aven, 2007, p. 15).

- *«Risikostyring handler om å vurdere, prioritere og sette ressurser inn på områdene som gir best gevinst»* (PTIL, u.d.)

For å styre risiko forutsetter det en slags anerkjennelse om at risikoen finnes – og en forståelse av hva risikoen består av. I enhver menneskestyrt aktivitet finnes det en grad av risiko. All innsats for å forhindre at ulykker og uønskede hendelser skal skje, dreier seg om styring av denne risikoen (PTIL, u.d.).

Med dette kan det sies at risikostyring handler om å sørge for at alle mennesker som jobber i en bedrift skal jobbe med minst mulig risiko i sin arbeidshverdag. For å kunne ha en liten risiko i arbeidshverdagen må det settes inn tiltak som har til hensikt å redusere sannsynligheten for at noe uønsket skal skje, eller redusere konsekvensene ved uønskede hendelser.

Styring av sikkerheten i arbeidslivet er grunnet i lover, forskrifter, veiledninger og standarder. Lovene fastsettes av stortinget, der forskriftene har hjemmel i lovene. Både lover og forskrifter er bindene. Selve jobben med å styre sikkerheten er hjemlet i forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter(internkontrollforskriften). Hvilket betyr at det er lovfestet at en bedrift skal ha et HMS-styringssystem.

^v Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter(internkontrollforskriften)

På samme måte som risikostyring, handler sikkerhetsstyring om å styre sikkerheten i den retningen vi ønsker at den skal være. Sikkerhetsstyring defineres som:

«Alle tiltak som iverksettes for å oppnå, opprettholde og videre utvikle et sikkerhetsnivå i overstemmes med definerte mål» (Aven, et al., 2014, p. 67)

Samfunnet kan likt som bedrifter, styre sikkerheten ved å begrense forskjellige aktiviteter. Bedrifter kan for eksempel kreve at de ansatte ikke benytter mobiltelefonen mens de går i produksjonslokale, som et tiltak for at de ansatte skal være oppmerksomme på omgivelsene når de er på jobb. Dette eksemplet er en del av tiltak og prosesser som blir gjort i forbindelse med sikkerhetsstyringen i en bedrift. Sikkerhetsstyring må sees på som en kontinuerlig aktivitet som beveger seg integrert i alt fra prosjekteringsarbeid til den daglige driften. Detaljeringsnivået vil selvsagt være forskjellig fra hvilke del av prosessen en beveger seg i (Aven, et al., 2014).

Det er en rekke teorier om hvordan en best skal styre sikkerhet. Reason vektlegger hvordan mennesket påvirkes av de organisatoriske og fysiske faktorer.

«Workplaces and organizations are easier to manage than the minds of individual workers. You cannot change the human condition, but you can change the conditions under which people work. In short, the solution to most human performance problems are technical rather than psychological» (Reason, 1997)

Risiko og sikkerhet samt styring av dette, blir her satt inn i en organisatorisk og fysisk kontekst.

Men før teorien om kultur og organisasjonskultur diskuteres, presenteres to typer ulykkes-teorier som en kontekst i hvorfor man rapporterer HMS-hendelser og hvorfor kultur er viktig i en sikkerhetsstyrings sammenheng.

3.2 Relevant ulykkes-teori

Hensikten med sikkerhetsarbeid er å unngå ulykker. De ulykkes-teoriene en organisasjon har som grunnstein kan prege HMS-arbeidet til organisasjonen. Det er mange teorier på hvorfor ulykker skjer og hva årsaken til disse er, i denne oppgaven er fokuset rettet mot Reasons teori om organisatoriske ulykker samt Heinrich sin pyramide-modell (isfjellteorien). Pyramide-modellen beskrives her i den sammenheng at ABB benytter

denne for å føre HMS-statistikk for bedriften globalt. Dermed vil denne teorien være en del av denne oppgaven siden denne teorien er en del av deres HMS- rapporteringssystem.

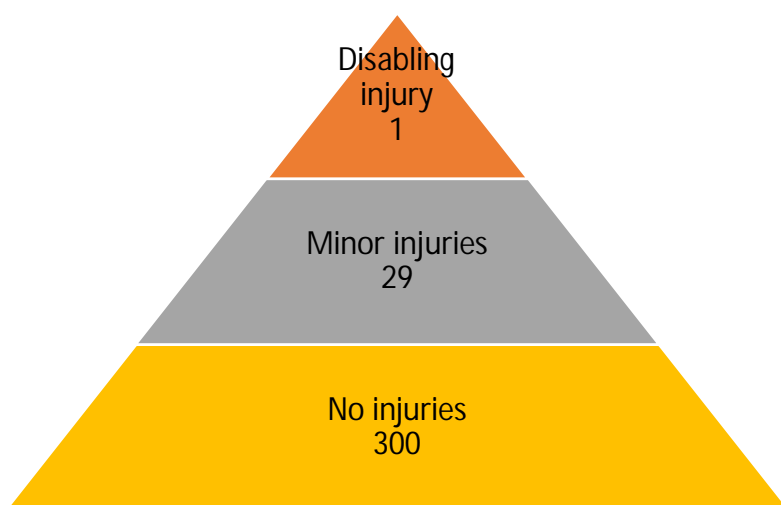
3.2.1 Pyramide-modellen (isfjellteorien)

I 1931 presenterte Herbert W. Heinrich pyramide-modellen (også kalt isfjellteorien) som forklarer hvordan man kan redusere ulykker i industrien. Denne har i ettertid fått en sentral plass i risikostyrings-teori siden første gang den ble introdusert. Teorien sier at hvis du klarer å redusere de små hendelsene og personellsikkerhet på arbeidsplassen, vil de store ulykkene følge etter. (Rosness, et al., 2010), (Devlin, 2012).

Figur 3-1 fremstiller teorien til Heinrich (1931), der han beskriver at for hver stor skade er det 29 mindre skader og 300 ulykker. Disse dataene kom han frem til ved å gjøre analyse av en rekke data som blant annet kom fra:

- Antall skader som gav forsikringskrav
- Mindre ulykker fra forskjellige scenarier relatert til samme aktivitet
- Antall muligheter for at en ulykke kan oppstå (måling av eksponering og ikke frekvensen av nestenulykker)

Forholdstallene som var i Heinrich sin analyse varierte og tallene vekslet i forhold til hvilke aktiviteter som ble studert. Forholdstallene presentert i modellen er derfor et gjennomsnitt over et bredt spekter av forskjellige aktiviteter (Rosness, et al., 2010).



Figur 3-1 Heinrich sin pyramide-modellen/ isfjellteori

Den populære versjonen er at nestenulykker, mindre ulykker og storulykker (inkludert de med mange dødsfall) stammer fra de samme årsaker. Videre, ifølge denne populære versjonen, er forholdene mellom storulykker, mindre ulykker og nestenulykker konstant. Dette innebærer at en forebyggende tiltak som er vellykket reduserer hyppigheten av mindre uhell som vil redusere hyppigheten av store ulykker ved en tilsvarende andel. En annen implikasjon av den populære versjonen er at lave LTI tall kan tas som en troverdig indikator for risikoen for storulykker (Rosness, et al., 2010).

Et viktig oppklaringspunkt med denne teorien er at Heinrich påsto i sin tid aldri at de bakenforliggende årsakene for hver alvorlig ulykke/skade var lik. I følge den originale forklaringen av denne teorien ble det ikke noen sterke påstander gjort i forhold til forholdstallene mellom de mindre og større ulykkene.

Teorien lever godt i mange bedrifter og har hatt sitt virke i over 80 år. Denne modellen har møtt motbør i det siste årene da denne sammenhengen mellom små ulykker og de større ulykkene viser seg statistisk sett å ikke ha den sammenheng Heinrich først tenkte seg. Faktisk er det flere forskere som forkaster denne teorien, for eksempel, BP Macondo ulykken 2010, (se kapittel 1). BP hadde fremdragende utførelse på yrkesrettet HMS men dette hjalp ikke i forhold til å forhindre storulykken som skjedde den 20 april 2010. Derimot mener de at denne teorien misledet ledere til å tro at alt var greit når det i virkeligheten ikke var det (Devlin, 2012).

Om HMS-arbeid hjelper mot storulykke har Haugen følgende sitat (Haugen, 2010):

«På samme måte som det å slå opp en parasoll mot sola og er til hjelp hvis det begynner å regne ... men vi kan ikke bli så opptatt av parasollen at vi ikke ser at grillen er i ferd med å sette fyr på huset»

Sitatet betyr at ved å fokusere på en enkelt ting, kan det hjelpe mot den enkelte hendelsen. Men det er viktig å ikke miste fokus på de andre faktorene rundt, de som kan bidra til en større hendelse. Altså, HMS-arbeid fokuset er bra og det hjelper. Men det er viktig å ikke glemme de andre områdene som er med på å skape et sikkert miljø som kvalitet, prosedyreverk, vedlikehold av utstyr etc.

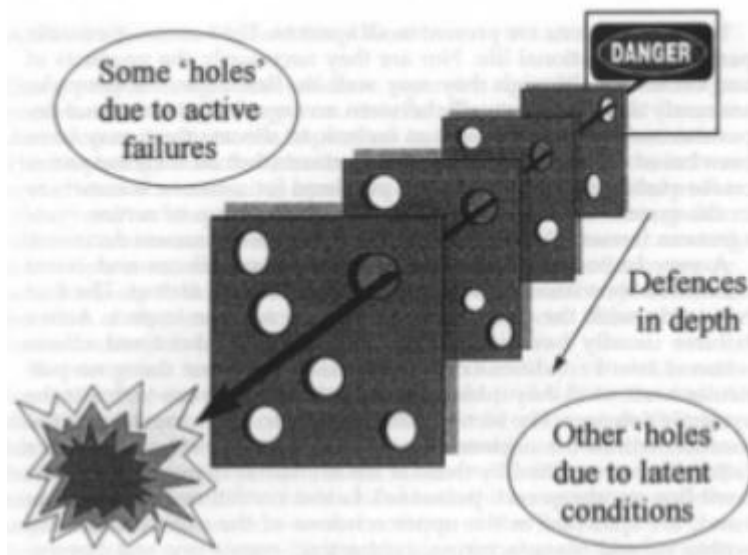
Haugen forteller at en lærdom når det gjelder denne pyramide-modellen er at man bør se på storulykker og arbeidsulykker som to forskjellige fenomener. De må håndteres forskjellig og at det muligens ikke er samme gruppe som skal følge opp de samme

tiltakene (Haugen, 2010). Til sammenlikning mener Reason at årsaken til mindre og større ulykker er ukontrollerte energi utslipp. Der større ulykker vanligvis involverer større mengde energi og at barrierene har feilet og en mindre ulykke kommer av et enkelt brudd på en barriere. Større ulykker kan også ha uventede avhengigheter på barrierene (Rosness, et al., 2010). I Reasons teori er det ikke bare mennesket som er en bidragsfaktor til storulykke men samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon.

3.2.2 Organisatorisk ulykkes-teori

Organisatoriske ulykker betegnes som ulykker som kommer av brudd på de barrierer. Disse barrierene skal være til stede for å unngå fare som kan lede til ulykke.

På denne måten skiller denne teorien seg fra individuelle ulykker der hvor barrierene enten er dårlige eller ikke tilstede. I organisatoriske ulykker finnes barrierer, men de svikter og dermed har ulykken skjedd (Reason, 1997). Sveitserostmodellen (se Figur 3-2) illustrerer barrierer som osteskiver, der alle barrierene til systemene har sine hull (som sveitserosten). Systemene kan være tekniske barrierer men også organisatoriske barrierer. Osteskivene må tenkes å være i bevegelse. Det er når hullene står på rekke (brudd i flere barrierer) at en uønsket hendelse kan oppstå på grunn av de den farlige situasjonen går igjennom barrierene.



Figur 3-2 Sveitserost modellen

Reason sin modell forteller om at for å unngå ulykker må en tenke forsvar i dybden, dette menes tilstrekkelig barrierer (osteskiver). Det er både myke og harde lag med forsvar (barrierer) men det er ingen av disse forsvarslagene som er helt intakte. Det vil være huller som enten er skapt av latente eller aktive feil.

Reason illustrerer i sin modell at for at en ulykke kan inntreffe er det en rekke betingelser som må være på plass for at ulykken kan oppstå. Det er de eksterne påvirkningene som uhell eller naturpåvirkning etc. De latente betingelsene er de teknologiske, administrative eller andre svakheter i det sosio-tekniske system, som har konsekvenser for hvilke barrierer som finnes og hvordan disse fungerer. Huller i disse barrierene kan være: dårlig design, feil under fabrikasjon, vedlikeholds feil, dårlige prosedyrer, mindre adekvate verktøy og utstyr som kan ha blitt brukt i mange år, før en ekstern påvirkning sammen med en aktiv feil oppstår. Noe som gjør at den farlige situasjonen trenger igjennom lagene med barrierer (Reason, 1997). De aktive feilene beskrives som interne system handlinger eller teknisk svikt som utløser en hendelse. Dette er feilhandlinger som er forårsaket av mennesker som er i kontakt med systemet. Disse feilene er utilsiktet og er kjent som forglemmelser, snubler, famling (Reason, 1997). Barrierene har til hensikt å beskytte mot de latente feilene og de aktive feilhandlingene. Når alle disse barrierene svikter inntreffer ulykker

For å kunne diskutere organisatoriske ulykker må også organisatoriske kulturer diskuteres. Som nevnt over er både de organisatoriske og menneskelige faktorene bidragsyttere til de latente og aktive feilene som kan oppstå. De organisatoriske faktorene til en bedrift omfatter; strategi, kommunikasjon, personell allokeringer, prosesser og handlinger. Disse prosessene farges og formes av den korporative kultur, eller av organisasjonens ikke-utalte holdninger eller uskrivende regler (Reason, 1997).

3.3 Kultur og organisasjons kultur

3.3.1 Kultur

Kultur er et begrep som ofte benyttes i ulike sammenhenger. Det kan være vanlig å bruke begrepet kultur om ulike arrangementer for kunst, utstillinger, teaterforestillinger, opera, konserter, arrangementer for barn og ungdom, organisasjonskultur og sikkerhetskultur etc. Begrepet er ikke entydig og er heller ikke et fast rotfeste til et bestemt sted. Kultur beskrives på flere måter:

- *Verdier, skikker, holdninger, normer, kunnskap, væremåte/sedvane, trosforestillinger* (Haukelid, 2007)
- *Mønstre for atferd* (Geertz, 1973)
- *Kultur er ideer, verdier, regler og normer som et menneske overtar fra den foregående generasjonen, og som man forsøker å bringe videre - ofte noe forandret - til neste generasjon.* (ndla, 2016)
- *Culture is what a group learns over a period of time, as that group solves problems of survival in an external environment and its problems of internal interactions* (Schein, 1990)

Begrepet kan dermed tillegges en rekke betydninger, men de ulike forklaringene viser å vektlegge kulturens betydning for identitet og hvilke felles verdier og atferd som er felles for en gruppe mennesker.

3.3.2 Organisasjonskultur

Kultur er ofte uttrykket gjennom språk, historier og myter, men også ritualer og seremonier. Det kan også uttrykkes fysisk gjennom arkitektur og handlinger som gjøres av en gruppe mennesker. Når det gjelder språk kan ulike vokabularer brukes i en organisasjon for å uttrykke og skape forskjellige organisasjonskulturer. Selv slagord kan være viktige for å signalisere hva organisasjonen står for, dersom dette er delt i organisasjonens medlemmer (Alvesson & Sveningsson, 2008). For ABB vil det i forhold til HMS være slagordet «*safety is our first priority*» som skal virke som et middel til kunder og ansatte hvor viktig sikkerhet er for bedriften.

For å kunne si noe mer om hva som kjennetegner en organisasjonskultur, er det relevant å diskutere litt hva en organisasjon er.

En organisasjon omfattes gjerne av et sett av roller som er knyttet sammen og jobber for å fremme ett eller flere formål (SNL, 2016). Det er omdiskutert av forskere om kultur er noe en organisasjon *har*, eller om det er noe en organisasjon *er*. Tidligere ble det lagt trykk på lederes makt til å endre kulturen gjennom å introdusere nye mål og praktiseringer, mens i senere tid har kultur blitt sett på som en global eiendom som går ut i fra de verdier, tro og ideologier organisasjonen har (Reason, 1997).

Westrum hevder at organisasjoner beveger seg i en slags felles rytme. Organisasjonskulturen defineres som en samling av tankemønstre, følelser og atferd som veileder handlingene til organisasjonens medlemmer. Disse mønstrene er produkt av

historikken og erfaringene til organisasjonen over tid. Disse mønstrene er sterkt påvirket av andre kulturer, slik som den nasjonale kulturen samt de regionale forskjellene som finnes (Westrum & Adamski, 2009). Den organisatoriske kulturen mener Westrum har en sterk effekt på den enkelte, men den påvirker heller enn å bestemme den enkeltes handling. En organisasjons sine normer begrenser handlinger enten ved å belønne eller ved å straffe visse handlinger. Det enkelt individ kan bryte disse informative normene og de eksplesitte ploicy'ene. Noen organisasjons kulturer er sterkere enn andre, og vil derfor har en større påvirkning på de ansatte i organisasjonen. For individet, menneske, vil normene begrense seg bare til den grad at organisasjonen kjenner til hva den enkelte gjør, og den enkelte må beslutte om de vil følge normene eller reservere seg fra dem (Westrum & Adamski, 2009). Reason på sin side mener Uttal's (1983) definisjon på organisasjonskultur fanger essensen av det som menes med organisasjonskultur (Reason, 1997):

«Shared values (what is important) and belief's (how things work) that interact with organization's structures and control systems to produce behavioural norms (the way we do things around here)»

Selv om definisjonene presentert over er ulike i form og presisering kan det likevel sammenfattes på en tilnærmet lik måte: Organisasjonskultur handler om manifesterte verdier, normer og meninger som kommer til uttrykk gjennom de organisasjonens medlemmers handlinger og holdninger.

En del av organisasjonskulturen innebærer også sikkerhet. Men det har ikke alltid vært et fokus på sikkerhet. Ordet sikkerhetskultur dukket opp etter Tsjernobyl-ulykken i 1986 (Glendon & Stanton, 2000). Sikkerhetskultur beskrives videre i kapittel 3.4.

Sub-kulturer er ofte en del av organisasjonskulturen. I en stor organisasjon er det ikke uvanlig at det er undergrupper som kan ha sin egen kultur som avviker i større eller mindre grad av selve organisasjonskulturen

3.3.3 Sub-kulturer

Det er som nevnt over sjeldent en enhetlig arbeidsstyrke i en bedrift. Det er ofte en rekke ulike ansatte og stort mangfold i forhold til etnisitet, kjønn, utdanningsbakgrunn, erfaring, arbeidsoppgaver, avdeling og holdninger (Alvesson & Sveningsson, 2008, p. 38).

Disse subkulturene har gjerne en sammenheng ved at organisasjonen vokser og modnes, og gir mulighet for at subkulturer kan oppstå (Westrum & Adamski, 2009, pp. 5-19).

Subkulturer formes gjerne av oppgavene som utføres, der forskjellige oppgaver og bakgrunn fører forskjellige antagelser. I flynæringen har forskning blant annet identifisert subkulturer ved type stilling de ansatte har. Der det har vært distinktive forskjeller i forhold til flyteknikker vs. vedlikeholdsteknikere, mannlige kabinansatte og kvinnelige fly ansatte for å gi noen eksempler (Westrum & Adamski, 2009). ABB kan på samme måte som flynæringen vise til forskjeller i arbeidsområder. Det er ansatte fra forskjellige deler av Norge, samt ansatte fra flere land, forskjellig kjønn, alder, utdanning, erfaring og forretningsområder. Det er et kulturell mangfold i bedriften. På grunn av en gruppes delte historie kan gi en type kultur, kan det innenfor en organisasjon også være mange subkulturer (Schein, 1990). Dersom organisasjonen som en helhet har delte erfaringer kan det gi en total organisasjonskultur. Innunder en gitt enhet det er tendenser for at integrering og konsistens vil være til stede, men det er fullt mulig at andre eksisterende enheter i et større system kan ha kulturer som er uavhengig og til og med være i konflikt med hverandre. Schein fremstiller en hypotese om at kulturer utvikler seg og vokser der to prosesser oppstår på samme tid (Schein, 1990, p. 115).

- Differensiering av ulike subkulturer som vil skape mangfold
- Integrering, eller en tendens der de store forskjellene i kulturene blir mer sammenfallende på grunn av menneskes behov for konsistens

Når en gruppe i organisasjon har mange subkulturer blir utfallet av den totale kulturen meglet frem av påvirkning fra undergruppene. Organisasjonen må dermed enten utvikle særlige tiltak for å pålegge deres overordnede kultur eller godta at den dominerende subkulturen, som kan være bedre rustet for endring av miljøforhold, blir mer innflytelsesrik.

Sammenhengen med subkulturer og sikkerhetskultur, er at de subkulturene som kan oppstå i en organisasjon kan på sin måte påvirke organisasjonens holdninger og utvikling i forhold til sikkerhet. Neste kapittel fører oppgaven videre til sikkerhetskultur.

3.4 Sikkerhetskultur

Hvis du er overbevist om at organisasjonene din har en god sikkerhetskultur tar du sannsynligvis feil (Reason, 1997, p. 220)

Reason forklarer dette med at man, kan sammenlikne sikkerhetskultur med religion. Prosessen er mer viktig enn produktet, belønningen ligger i kampen for å komme dit og ikke så mye av utfallet (Reason, 1997). Med dette passer det å forklare litt mer hva som er prosessen og hva som må til for å få en god sikkerhetskultur. Først kan en starte med hva som er de underliggende faktorene i Norge. Arbeidsmiljø og HMS-arbeid i bedrifter er nedfelt i Norges lover inn under «Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter(internkontrollforskriften)». Forskriften sier at *den som leder virksomheten plikter å sørge for systematisk oppfølging av krav regelverket stiller til HMS- i sin bedrift* (Lovdata, 1997).

Kravet om god sikkerhetskultur er også nedfelt i petroleums-lovverket ved paragraf 15 i «Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften) (Lovdata, u.d.)».

§ 15. God helse-, miljø- og sikkerhetskultur

«En god helse-, miljø- og sikkerhetskultur som omfatter alle faser og aktivitetsområder skal fremmes gjennom kontinuerlig arbeid for å redusere risiko og forbedre helse, miljø og sikkerhet».

Rammeforskriften gjelder for petroleumsvirksomhet og annen virksomhet på landanlegg. Målet med dette er ifølge petroleumstilsynet å sikre en ytterligere forbedring av HMS. Rammeforskriften gjelder alle aktører som deltar i virksomheten. Hvilket da vil sette krav til personell som gjør arbeid på eller for plattformen i større eller mindre grad. Målet med dette er ifølge petroleumstilsynet å sikre en ytterligere forbedring av HMS. Petroleumstilsynet kan virke til å dele Reasons syn om at ulykker kommer ikke av en enkelt manns handling, men ulykker er som regel komplekse hendelser som innebærer at flere barrierer svekkes på en gang (PTIL, 2007).

På et overordnet nivå kan det sies at sikkerhetskultur handler om atferd knyttet til sikkerhet, for eksempel i forhold til informasjon eller objekter. Sikkerhetskultur er også summen av de ansattes kunnskap og motivasjon, holdninger og atferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd (NSM, 2016).

Det kan rettes enighet om at sikkerhetskultur handler om et slags fellesskap og felles verdier i forhold til hvordan en skal forholde seg til sikkerhet.

Pidgeon and O'Leary definerte sikkerhetskultur som nettopp dette (Pidgeon & O'Leary, 1994):

«A set of beliefs, norms, attitudes, roles and social and technical practices within the organization, to conditions considered to be dangerous»

På en annen måte sier Lauder (Lauder, 1993, April)

«Maintained that safety corporate culture requires clear and concise orders, dicipline, attention to all matters affecting safety, effective communications, and clear and firm management ans command structure»

Westrum på sin måte sier at den kritiske funksjonen til organisasjonskultur for sikkerhet er informasjonsflyten. Han definerer tre type klimaer for informasjonsflyten; patologiske, byråkratiske, generative (Westrum & Adamski, 2009).

Tabell 3-1 Hvordan organisatoriske kulturer deler sin informasjon

Patologiske	Byråkratiske	Generative
<ul style="list-style-type: none">• Informasjonen er skjult• «Skyter» budbringeren• Ansvar unngås• Samarbeid frarådes• Feil blir dekket over• Nye ideer blir knust	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon kan bli ignorert• Budbringeren blir tolerert• Ansvar fordeles• Samarbeid tillates men oppmuntres ikke• Organisasjonen er rettferdig og barmhjertig• Nye ideer skaper problemer	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon søkes aktivt• Budbringeren blir trent• Ansvar er felles• Samarbeid belønnes• Feil etterforskes• Nye ideer er velkommen

Westrums tabell for organisasjonskulturer fremstår som intuitivt. Den generative «boksen» fremstår som noe organisasjonen strever for å være. Westrums tabell diskuteres videre i kapittel 3.5.6.

Definisjonene som har blitt presentert over har likheter, og som nevnt tidligere, de spiller på likeverdier og en gruppetilhørighet der gruppen har samme tanke sett for hvordan sikkerhets arbeidet skal foregå og hvordan organisasjonen stiller seg til de ansattes holdninger og hvordan kreativitet blir mottatt.

Lost time injury frequency rate (LTIFR) altså fraværsskader benyttes gjerne av noen organisasjoner som et mål på sikkerhet (Rausland & Utne, 2009). Denne beregnes på følgende måte i ABB:

$$\frac{LTI + \text{antall alvorlige skader} \cdot 200\,000}{\text{antall arbeidstimer}}$$

Denne måles gjerne ut i fra rapportene som sendes inn av den enkelte arbeidstaker. Men er dette et bevis på at firma har en god sikkerhetskultur eller at firmaet er sikkerhetsmessig i rett tilstand? Et eksempel er Longford ulykken i 1998, Det var en gasseksplosjon på et anlegg som resulterte til at to døde og åtte ble skadet. Sikkerhetsfokus var den gang på å få ned tallene for LTIFR. Tilstandsrapporteringen var ikke i fokus og de store farene ved å ha utstyr som ikke var i orden ble neglisjert. Sikkerhetskulturen besto stort sett av å fokusere på individers holdninger og verdier fordi oppfatningen var at menneskelige feilhandlinger er årsaken til ulykker og dermed kan de rette holdninger hindre ulykker (Rausland & Utne, 2009, p. 48).

Dette kapitlet har beskrevet litt om hva som menes med sikkerhetskultur men hva som menes med «god» sikkerhetskultur vil neste kapittel beskrive.

3.5 Hva menes med god sikkerhetskultur

Holdningsskapende arbeid i en organisasjon må involvere ledere og medarbeidere på alle nivå. Gode holdninger til sikkerhet bør kommuniseres og eksemplifiseres av ledere på toppnivå slik at gode holdninger skapes.

En god sikkerhetskultur innebærer også at det er akseptert å rapportere og diskutere feilhandlinger og nestenulykker, også i tilfeller som involverer ledelsen. En felles holdning til at «selv den beste kan feile» og åpenhet omkring uønskede hendelser, er viktig for organisasjonens evne til å lære av tidligere feilhandlinger og dermed kunne iverksette effektive sikkerhetstiltak (Rausland & Utne, 2009).

I arbeid med Sikkerhetskultur har organisasjonspsykologen James Reason utviklet et begrepsapparat som kan hjelpe til med å forklare hva sikkerhetskultur er og hva som er god sikkerhetskultur. Reason hevder at vesentlige kjennetegn på god sikkerhetskultur kan kjennetegnes med fire delelementer. Den er velinformert, den er ofte preget av rapporteringssystemer og oppleves som å fremme rettferdighet, den er også fleksibel og er omstillingsdyktig. Organisasjonen og dens medlemmer lærer også av sine erfaringer. Sammen danner disse den informerende kultur.

Reason forklarte at for å skape en god sikkerhetskultur kan man sammenlikne dette med en motor. Denne motoren driver organisasjonen frem mot et mål om maksimal «helse» på sikkerhet. Uavhengig av lederskapets personlige eller nåværende kommersielle forretningsområde. Denne motoren er sterkt avhengig av en kontinuerlig respekt for potensialet for farer assosiert med organisasjonens aktiviteter. Kort sagt, styrken til denne maskinen er å ikke glemme å være redd for de farer som kan oppstå (Reason, 1997). Et slikt ideal er vanskelig å etterleve i den virkelige verden, men vil likevel være verd å etterstrebe mente Reason.

Reason definerer videre at en god sikkerhetskultur som:

- Har et sikkerhetsinformasjonssystem som samler, analyserer og sprer informasjon fra hendelser og nestenulykker, og ved proaktive sjekkrunder av systemene.
- Har rapporteringskultur der hvor personer er forberedt til å rapportere deres feilhandlinger, feiltagelser og lovbrudd.
- Har en kultur av tillit til at personene er oppmuntret og til og med belønnet til å fremskaffe essensiell sikkerhetsrelatert informasjon, men også der det er klart at linjen mellom akseptabel og uakseptabel oppførsel er trådd over.
- Er fleksible, som betyr mulighetene for å kunne tilpasse seg, rekonfigurere organisasjonenes struktur, i møte med en dynamisk og krevende miljø for oppgaveløsning
- Har en villighet og kompetanse til å ta de rette konklusjonene fra sikkerhetssystemet, og er villig til å implementere reformer når det er nødvendig

Disse kort oppsummerte punktene tilsier at en ønsket sikkerhetskultur oppstår ikke helt ferdig formet i en organisasjon. Det er mange forskjellige typer organisasjoner og det er i mange organisasjoner muligheter for at det er forskjeller i sikkerhetskulturen i selve organisasjonen (Parker, et al., 2005), som for eksempel sub-kulturer nevnt tidligere.

I de påfølgende kapitlene beskrives Reasons (1997) perspektiver på hva som menes med en «god» sikkerhetskultur.

3.5.1 Den informerende kultur

I fravær av dårlige resultater, er den beste metoden muligens den eneste vei, det å samle inn data for å opprettholde en tilstand som er smart og med en slags respektfull skepsis for å samle inn de rette data. Med dette menes å samle inn informasjonen fra sikkerhetsinformasjonssystemet (SIS) som da samler og analyserer, sprer informasjon fra hendelser og nestenulykker (i ABB kontekst, kalt HMS-rapporteringssystem). Den har også en slags proaktiv sykdomssjekk av systemet. Alle disse aktivitetene hører med under den informerende kultur. Denne vil lede og håndtere samt operere systemet med kunnskap om menneskelige, teknologiske, organisatoriske og miljø faktorer for å bestemme sikkerheten som en helhet.

Sikkerhet-informasjonssystemer (SIS) er et system som brukes til å iverksette tiltak til forbedring av enkelt hendelser samt si noe om risiko og sikkerheten. Det kan også si noe om endring i risikobildet, hendelsene kan være en risikoindikator for potensiale for at en ulykke kan oppstå. Reason (1997) identifiserer fire topologier samlet inn under. Figur 3-3 viser disse fire topologiene for sikkerhets kultur. De fire topologiene består av; rapporterende, fleksible, rettferdige og lærende kultur. Sammen virker de på hverandre som en informerende kultur. Altså beskrivelsen på en velfungerende sikkerhetskultur.



Figur 3-3 komponentene i en informerende kultur

For en informerende kultur søker både ledelsen og de ansatte etter tilstrekkelig kunnskap om de menneskelige, teknologiske, organisatoriske og miljø påvirkende faktorer for å bestemme sikkerheten som en helhet. Derfor er det særdeles avhengig av alle ansatte, spesielt de som er i direkte kontakt med potensielle farene, de i den spisse enden sin innsats (Reason, 1997).

For å oppnå dette, er det nødvendig å skape en rapporterings kultur, en organisatorisk klima der folk er forberedt til å rapportere deres feil og nestenulykker. Derfor bringer det oppgaven videre til den rapporterende kultur.

3.5.2 Den rapporterende kultur

Det første steget for å utvikler en god sikkerhetskultur er å skape en rapporterende praksis. Dette innebærer å samle inn historiske data om ulykker så vel som nestenulykker. Hensikten med dette er å kunne danne seg et bilde av risikoforholdene til en organisasjon. Rapportering er en forutsetning for sikkerhetsarbeidet. Alle potensielt uønskede hendelser skal rapporteres. Dette gjelder også om regler må brytes for å utføre arbeidsoppgavene på en sikker måte. Som for eksempel brudd på en prosedyre for å utføre oppgaven på en sikker måte, da prosedyren kunne ha svakheter i forhold til omgivelsene på tidspunktet. Det er viktig at ikke bare faktiske ulykker rapporteres. Man må legge til

rette for at potensielt uønskede hendelser også rapporteres, fordi det ligger like mye læringspotensial i slike hendelser, som faktiske ulykker (Reason, 1997).

En rapporterende kultur er vanskelig å gjennomføre, for ofte vil man selv være involvert i ulykker eller nestenulykker. Av den grunn vil man kunne frykte sanksjoner ved rapportering. Det er også noen motforestillinger for å ha et rapporteringssystem som at det tar tid å skrive rapporter, skepsis og det at enkeltpersoner helst vil glemme at hendelsen har oppstått. Det også det faktumet at følgene for å rapportere kan være usikre.

For å få gode data er det avhengig av kvaliteten på rapportene laget av arbeidstakeren som rapporterte hendelsen (Aven, et al., 2014).

Kvaliteten på rapportene kan være av ulik slag, da det er enkelt personer med forskjellig bakgrunn som lager disse rapporten. Det kan være årsaksforhold som ikke kommer frem, da det kan være at personen som skriver rapporten ikke ser det som viktig, i tillegg så er det flere som ikke tar seg tid til eller ser viktigheten av rapportering. Rapportering oppleves gjerne som synonymt med ekstra arbeid, kostnader og fokus på feil (Reason, 1997). Derfor er det viktig at det er tillitt til systemet.

Reason viser til faktorer som er essensielle for å skape denne tilliten, både for å motivere personer til å rapportere og for å skape et tillitsfullt klima (Reason, 1997, p. 197).

- En forsikring mot disiplinære følger
- Konfidensialitet
- Avskille avdeling som samler inn og analyserer rapportene fra dem som har autoritet fra disiplinære følger
- Hurtig, nyttig, tilgjengelig og tydelig tilbakemelding til dem som rapporterer
- Brukervennligheten for hvordan rapportere

Gevinsten av rapportering er mye informasjon og kunnskap om en virksomhets risiko forhold og hvordan individer oppfatter risiko. Innsamlet og analysert data utgjør et viktig beslutningsgrunnlag for å vurdere tiltak som kan forbedre sikkerheten. For å lykkes med å utvikle en rapporterende kultur, er det hensiktsmessig å sørge for at det kan foregå anonymt og at ansatte er sikret mot disiplinære sanksjoner som en følge av rapporteringen (Reason, 1997). Videre i oppgaven presenteres den rettferdige kultur.

3.5.3 Den rettfærdige kultur

Dersom en rapporteringskultur skal la seg gjennomføre, bør det eksistere rettfærdighet (Reason, 1997).

En rettfærdig kultur avhenger av virksomhetens tilnærming til spørsmålene om skyld og straff. Reason (1997) hevder det er uakseptabelt å straffe alle feilhandlinger uavhengig av de omkringliggende forhold. Det er nødvendig med et trygt miljø som oppmuntrer til, og kanskje også gir belønning for, rapportering av viktig sikkerhetsrelatert informasjon. Samtidig må det ikke gis amnesti ved alle feilhandlinger, da dette undergraver systemet. For å kunne konstruere en rettfærdig kultur bør det settes krav til prinsipper for linjen mellom akseptable og uakseptabel oppførsel. Reason har tre kjerneelementer som involverer menneskelige aktiviteter.

- Intensjonen som fastsetter umiddelbare mål og oppførselen for å oppnå denne.
- Aksjonene eller handlingene tiggert av denne intensjonen, som kan -eller ikke kunne oppfylle målene.
- Konsekvensene av disse handlingene- som kan – eller ikke kunne føre til at ønsket mål oppnås. Vil dermed kunne være suksess eller ikke.

Siden disse elementene, intensjon, handling og konsekvens er et sammensatt bilde av menneskes aktivitet, vil dette si at skyldspørsmålet ikke må forhastes. Det er ofte flere årsaker enn en enkelt handling. Derfor er prinsippet om at selv den beste kan gjøre feil viktig å ha i mente. En virksomhet må være preget av rettfærdighet og tillitt slik at de som informerer om kritikkverdige forhold ikke blir urimelig sanksjonert. Dette må gjelde selv om de selv har vært involvert i ulykken, ettersom erfaring viser at omtrent 90 prosent av alle hendelser karakteriserer menneskelige feil som utilsiktet (Reason, 1997, p. 211)

Spørsmål om å belønne eller straffe blir ofte diskutert når det kommer til å styre en oppførsel i ønsket retning. Belønning som kommer i umiddelbar nærhet etter en hendelse er bevist at gir positiv effekt, mens virkningen av en forsinket belønning er mer tvilsom. Hurtig påfølgende straff, derimot, har en tvilsom virkning på oppførsel, mens resultatet blir negativt ved utsatt respons. Men likevel det bør eksistere en balansegang med hva som er ok og ikke. Med eksempel: de cowboyene og de notoriske regelbryterne som ledelsen er klar over eksisterer men de kommer unna med det gang på gang? Dette kan påvirke moralen til de ansatte (Reason, 1997).

En rettferdig kultur forutsetter derfor at virksomheten klarer å skille mellom ulykker og intenderte avviksbrud. Anonymitet for dem som rapporterer om kritikkverdige forhold kan være en forutsetning for at det lar seg gjøre å skape tillitt og rettferdighet. En måte å gjøre det på kan være at det er uavhengige ledere som er ansvarlige for sikkerhet, og som ikke er involvert i sanksjonering av arbeiderne. For at en organisasjon skal kunne utvikle en rettferdig kultur preget av tillitt, må organisasjonen ha evnen til å se bak de faktiske handlingene. Man må være opptatt av å lete etter bakenforliggende årsaker og innse det at de selv den beste kan gjøre feil.

3.5.4 Den fleksible kultur

Med en fleksibel kultur menes at organisasjonen raskt kan tilpasse seg skiftende omstendigheter. En hierarkisk organisasjon må kunne flate ut ved akutte situasjoner. Det må være tillit til at en har riktig person på riktig sted i tilfeller hvor tiden er en kritisk faktor. Når normaltilstand er gjenopprettet, går organisasjonen tilbake til sitt utgangspunkt (Reason, 1997). En fleksibel og smidig kultur tilpasser seg effektivt til endrede krav fra omgivelsene og har evner til rask tilpassing til ulike situasjoner. Den fleksible kulturen takler både normal og høy arbeidsbelastning uten at det går utover sikkerhet og robustheten til organisasjonen (PTIL, 2007).

I krisesituasjoner er det ofte liten tid til å ta beslutninger. Prinsippet om en fleksibel kultur gjør det mulig at avgjørelser og beslutninger kan fattes av de som har den mest relevante erfaringen uavhengig av deres hierarkiske posisjon (Reason, 1997, p. 218). Det vil i praksis si at man anvender den ekspertisen som finnes, og at en elektriker eller en ingeniør kan stanse en operasjon dersom det er fare for sikkerheten.

Det kan være en utfordring dersom det eksisterer mange ulike subkulturer, som har egne hierarkiske nivå og egne måter å arbeide med sikkerhet på. Noen verdier, holdninger og praksiser blir ofte vurdert som underlegne andre, og regnes som subkulturer. Det kan spesielt være utfordrende for medlemmer av slike subkulturer å ta styringen i kriser. Dette vektlegger viktigheten av å legge til rette for kommunikasjon og kunnskapsoverføring mellom ulike arbeidspraksiser og kulturer for å lære av hverandre.

3.5.5 Den lærende kultur

En lærende kultur er den letteste å konstruere med kanskje den vanskeligste å få til å fungere (Reason, 1997, p. 218)

En lærende kultur handler om hvordan kunnskap og erfaringer kan settes i system og håndteres i det daglige. En lærende HMS- kultur kjennetegnes ved evnen til å oppdage og reagere rasjonelt på faresignaler, også når disse er flertydige eller diffuse. Tidligere granskning har vist at ved større ulykker har det vist seg at noen i organisasjonen kjente til problemene som førte til ulykken, enten som entydig eller flertydig signaler før ulykken oppsto (PTIL, 2007). Å utvikle en lærende kultur er en forutsetning for å unngå at liknende ulykker skjer igjen. Virksomheter må aktivt søke etter feil og læring. Det handler i stor grad om å utvikle en generativ informasjonsflyt i virksomheter, som allerede er beskrevet. Det handler i stor grad om å aktivt søke etter informasjon som kan forbedre sikkerheten (Westrum & Adamski, 2009)

Reason (1997) mener god sikkerhetskultur er sammensatt av flere faktorer. Han sammenlikner dette som sammenkobling av deler til en maskin; «*Selv om den settes sammen betyr ikke dette at maskinen fungerer*». Det er på samme måte med det menneskelige organisatoriske system. Reason mener følgende spørsmål bør stilles til ledelsen (Reason, 1997, p. 220):

- Hvilket styremedlem har ansvar for den organisatoriske sikkerheten- som motsetning til normal helse og sikkerhet arbeid
- Er informasjonen relatert til organisatorisk sikkerhet diskutert på styremøter? - eller på tilsvarende høyt nivå?
- Hvilket system, hvis det finnes, har du for å kalkulere for tap forårsaket av usikre handlinger, hendelse eller ulykker
- Hvem samler inn, analyserer og formidler informasjon relatert til organisatorisk sikkerhet? Hvor mange rapporterings nivå er separert fra direktøren? Hvilket årlig budsjett mottar denne personen? Hvor mange personer må denne personen overvåke`?
- Er sikkerhetsrelaterte ansettelse (HMS-ledere ol.) sett på som en investering (et bra karriere valg) eller er det noe som bedriften ikke ønsker å ha særlig fokus på.
- Hvor mange spesialister har organisasjonen innunder menneskelige og organisatoriske faktorer.
- Hvem bestemmer hvilken disiplinære aksjon som skal tas ut? Er den tiltaltes kolleger eller fagforening involvert i skyld prosessen? Finnes det interne klage prosedyre?

Denne listen er tatt ut i fra Reason (1997) sine syv punkter som en bør spørre ledere i en organisasjon om. Relevansen med listen er å vise at sikkerhetskultur er mer enn noe en kan konstruere og få en sum ut i fra hvor mange systemer man har. Reason (1997) hevder at sikkerhetskultur er derfor noe en kultur er og ikke noe en organisasjon har. Men for å oppnå en er-tilstand, må en har-tilstand skapes. Denne har-tilstanden er det som er presentert over med de fire typologiene. Til slutt for å sitere Reason:

«If you are convinced that your organisation has a good safety culture, you are almost certainly mistaken ... a safety culture is something that is striven for but rarely attained. The virtue – and the reward – lies in the struggle rather than the outcome» (Reason, 1997, p. 220).

Videre presenteres de ulike typer sikkerhetskulturer med ulike nivåer for konkrete organisatoriske aspekter. Her presenteres den «sanne» sikkerhetskulturen, som må oppnås for å være en organisasjon med god sikkerhetskultur

3.5.6 Typer sikkerhetskulturer

Westrum sammen med Reason og Hudson, står sammen om at for å kunne oppnå en «sann» sikkerhetskultur, må et generativt nivå for kultur i henhold til Westrums topologi oppnås. Tabellen under er en del av studie gjort av basert på Westrum, Reason og Hudson der intervjuer ble gjort av 26 olje og gasselskaper der målet var å kunne skape et teori basert rammeverk for at organisasjoner kan forstå sin egen sikkerhetskultur. Rammeverket er skapt for å reflektere over den multi-dimensjonale dynamiske naturen som sikkerhetskultur innehar med typiske beskrivinger av en organisasjons hovedaspekter gitt etter Westrums teori fra 1993^{vi} (Parker, et al., 2005)..

vi Cultures with requisite imagination (1993)

Tabell 3-2 Beskrivelse av nivåer av sikkerhetskultur for konkrete organisatoriske aspekter

	Patologiske	Reaktive	Beregnete	Proaktiv	Generativ
Sikkerhetskultur karakteristika	Hvem bryr seg som sikkerhet så lenge vi ikke blir tatt	Sikkerhet er viktig: vi gjør mye hver gang vi har en ulykke	Vi har systemer på plass for å håndtere alle slags uønskede hendelser	Vi forsøker å forutse sikkerhetsproblemer før de oppstår	HMS er hvordan vi jobber her
Hendelse/ ulykkes rapportering	Mange hendelser blir ikke rapportert. Granskning tar plass bare etter en alvorlig ulykke har oppstått. Analyser tar ikke hensyn til den menneskelige faktoren eller går utover lovens krav	Det er et informerende rapporteringssystem og granskning sikter bare på umiddelbare årsaker, for å dokumentere at en granskning har blitt gjort. Granskningen fokuserer på å finne de skyldige. Det er lite systematisk oppfølging og tidligere hendelser er ikke tatt hensyn til.	Det er prosedyrer og mye data og aksjonspunkter, men muligheter for å adressere de virkelige problemstillingene er ofte manglende. Søken for årsaker er ofte avgrenset de den lokale arbeidsstyrken.	Det er trente granskere med en systematisk oppfølging for å sjekke at endringer har blitt gjort og opprettholdt. Rapporter har blitt sendt til selskapet i bredden for å dele informasjon og for å lære av hendelsen. Det er lite kreativitet i å se for seg de underliggende problemene som kan påvirke bedriften.	Granskning og analyser er drevet av en dyp forståelse av hvordan ulykker oppstår. De virkelige problemene er identifisert ved aggregere informasjon av et bredt spekter av hendelser. Oppfølging er systematisk, for å sjekke at endringer er gjort og vedlikeholdt
Fare og-farlige handlinger rapportering	Det er ingen rapporter	Rapportering er enkel og saklig. Fokuset er å finne hvem eller hva som forårsaket situasjonen. Selskapet sporer ikke tiltakene/aksjonene etter rapportering.	Rapportering følger et ferdig format for kategorisering og dokumentasjon av observasjoner. Det er antall rapporter som teller. Selskapet krever et komplett skjema uten tomme felter.	Rapporteringen ser etter «hvorfor» heller enn «hva» eller «når». Rask innlevering av rapportering er verdsatt og blanke felter kan fylles inn senere. Ledelsen setter rapporterings mål.	Alle ledd aktivt får tilgang til og bruke informasjonen som genereres av rapporter i sitt daglige arbeid
Benchmarking, trender og statistikk	Overholder lovpålagte HMS rapporteringskrav men ingenting ekstra. Benchmarking bare på finans og produksjon.	Forsøker å svare slik andre selskaper gjør og bekymrer seg over hvor mye en ulykke koster og hvordan deres plassering er i « safety league». Statistisk rapportering av umiddelbare årsaker til ulykker.	Benchmarker hendelser og ulykker. Vise mye data publisert i hele organisasjonen. Fokus på aktuelle problemstillinger som kan måles objektivt og oppsummert numerisk	Benchmarker mot andre i samme industri, drevet av ledelsen. Forsøker å være den beste i industrien. Ser etter trender, forstår dem og bruker dem til å lage en strategi. Forklarer funn ved tilsyn.	Benchmarker utenfor industrien, bruker både «harde» og « myke» mål Involverer alle ledd i organisasjonen i å identifisere tiltak for forbedring

3.6 Konklusjon av teori

Teorien som har blitt presentert skal bidra til å kunne svare på hvordan HMS-rapportering bidrar til god sikkerhetskultur, Figur 3-4 viser sammendrag av de ulike teoribidragene som benyttes for å svare på problemstillingen.



Figur 3-4 Teoribidrag for å kunne svare på Problemstillingen

Teoriene er ikke ment som konkurrerende bidrag, men heller komplementære vinklinger. I enkelte tilfeller vil flere av dem til en viss grad overlappe hverandre. Slik som Westrums topologi for den sanne sikkerhetskultur og Reason sine fire punkter for god sikkerhetskultur. Men for å tenke sikkerhet følger også risiko og opplevelse av risiko og sikkerhet. Dette dekker også hvordan risikoen og sikkerheten styres. For å kunne sette sammenhengen mellom risiko, sikkerhet og kultur er det viktig å kunne forklare relevant ulykkes-teori for oppgaven. Dette spesielt siden ABB globalt baserer sin sikkerhetsstyring på isfjellteorien. Diskusjonskapitlet vil diskutere resultatene basert på teori presentert i hele kapittel 3.

For å finne svar på problemstillingen har det blitt benyttet flere metoder. Disse metodene blir presentert i neste kapittel.

4 Design og metoder

I denne delen av oppgaven redegjøres det for valg av forskningsdesign, metodevalg under datainnsamlingen og analyse av disse. Selve forskningsprosessen vil også bli beskrevet her. På denne måten kan leseren kunne ta stilling til vurderingene som er gjort underveis i prosessen. Det er essensielt for forskningens kvalitet at spørsmålene som stilles i oppgaven er pålitelige og gyldige. Formålet med denne oppgaven er å se om HMS-rapportering bidrar til en god sikkerhetskultur for ABB Norge, bedriftsområde OGC, heretter kalt ABB AS OGC. Forskningsdesignet som beskrives i dette kapitlet vil derfor vise hvordan datainnsamlingen og problemstillingen er knyttet sammen. Tilslutt i dette kapitlet diskuteres oppgavens troverdighet (pålitelig og validitet). Samt diskutere de metodiske valgene styrker og svakheter.

4.1 Forskningsdesign og strategi

Forskningsdesign forteller noe om hvordan oppgaven er designet. Med design menes utforming av problemstillingen. Den skal fortelle om sammenhengen mellom problem, data, analyse og tolkning.

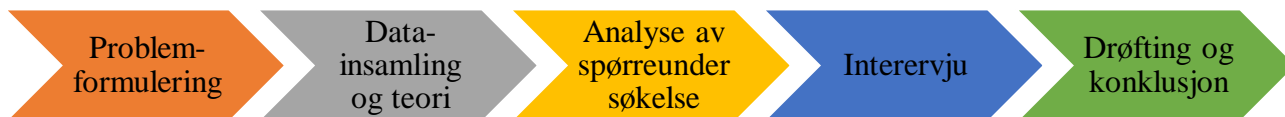
Denne oppgaven er case studie valgt som tilnærming for denne oppgaven. Dette er valgt for å kunne få en systematisk oppfatning og beskrivelse av fenomenet.

For å kunne svare på oppgaven samles det inn data fra ABB AS OGC sitt eget HMS-styringssystem og fra ABB AS OGC sin egen spørreundersøkelse utført i desember 2015. Beskrivelse av bedriftens HMS-system og organisasjon blir beskrevet i kapittel 2. Spørreundersøkelsen vil bli beskrevet i et eget kapittel under metode. Etter data fra spørreundersøkelsen er analysert ble det utført intervju med en brukergruppe for å kunne utfylle spørsmål fra undersøkelsen mer i dybden. Dette blir diskutert under metode for intervju.

Selv om denne oppgaven dreier seg om ABB AS OGC kan likevel resultatene og drøftingene fortelle om HMS-rapportering metoden som benyttes gir en god sikkerhetskultur eller ikke.

4.2 Forskningsprosessen

Forskningsprosessene i denne oppgaven kan illustreres ved hjelp av et flyt-diagram.



For å kunne designe denne oppgaven og få et resultat som forventet, er strategien for gjennomføring av oppgaven som illustrert over. Det første som ble gjort var utarbeide problemformuleringen for å deretter innhente data og teori. Slik at analyse av gjennomført spørreundersøkelse kan gi grunnlag for gode spørsmål i intervjurunden for oppgaven. Tilslutt settes det av tid til diskusjon av resultater samt konkludere/ svare på problemstillingen, dette blir beskrevet i kapittel 6.

4.3 Metodevalg

I dette kapittelet skal det beskrives hvorfor metoden er valgt og hvorfor denne er brukt for å svare på oppgavens problemstilling.

For å kunne svar på problemstillingen i denne oppgaven fokuseres det i hovedsak på en kvantitativ tilnærming. Altså gå ut i bredden, forsøke å finne fellesnevner og dermed kunne finne forklaringer via gjennomsnitt og prosenter.

Kvalitativ prosessen gjennomføres til slutt med en utvalgt brukergruppe beskrevet i kapittel 4.4.1. Dette for å kunne få en dypere forklaring på svarene i spørreundersøkelsen utført tidlig i oppgaven.

Metoden som blir brukt i denne oppgaven kalles derfor en kombinasjon av metoder. Ved å kombinere disse metodene vil oppgaven bli mer nyansert enn den ville vært ved å benytte bare en metode.

4.4 Datainnsamling

For å kunne utarbeide spørreundersøkelse og intervjuguide tilpasset ABB AS OGC, var det viktig å innhente opplysninger fra virksomheten. Det at jeg selv jobber der gjorde at jeg sitter inne med en del opparbeidet kunnskap og muligheten for å gjøre observasjoner

var en klar fordel. Dokumentanalysen faller innunder den kvalitative metoden og benyttes for å kunne svare på problemstillingen. Det er mye statistikk og forskning som gjøres på dette området. Hovedvekten av dokumentasjonen som benyttes består av tekst og derfor formidles dette via tekst.

I arbeidet med å finne relevant dokumentasjon ble det benyttet forskjellige metoder. Det ble tatt ut informasjon fra organisasjonens hovedkontor der bedriftens policy for HMS-arbeid utarbeides, videre ble det søkt informasjon på bedriftsområde (OGC) og deretter på lokasjon Norge. Informasjon om bedriftens historie, dagens aktivitet, organisasjon og størrelse, HMS-verktøy, sikkerhetsinformasjonssystemet (SIS), data for ulike rapporterte saker og mer.

4.4.1 Spørreundersøkelse av ansatte

En spørreundersøkelse er den kvantitative metoden for å kunne samle inn informasjon. Det gir en mulighet til å hente informasjon fra en større gruppe mennesker. Spørsmålene er ferdig formulert og standardiserte. Spørsmålene stilles til respondentene på en slik måte at det gir mest mulig «sann» informasjon om respondentenes sosiale virkelighet. Det som setter begrensningene er forskerens evne til å lage de riktige spørsmålene og respondentenes evne og vilje til å gi de «rette» svarende (Dallan, 2006).

Spørreundersøkelser har som mål i å gi et svar på noe. Avhengig av spørsmålene, vil de svarene som mottas si noe om hvordan en gruppe mennesker føler og mener om en sak. Spørreskjemaene sendes ut til et representert utvalg. Det er ofte slik at i en spørreundersøkelse kan folk ha en tendens til å svare det de tror spørteren ønsker seg, og / eller ha en frykt for å avsløre egne synspunkter i noen saker. Derfor er det hensiktsmessig å føre en anonym undersøkelse (Løvås, 2008). Tidspunkt spørreundersøkelsen blir gitt på vil også påvirke svarene til respondenten. På samme måte har også rekkefølgen spørsmålene bli stilt, ha en virkning på hvordan svarene blir besvart, siden rekkefølgen styrer tankene til respondenten i en grad (Løvås, 2008).

4.4.2 Svarprosent og spørreundersøkelsens pålitelighet

Hvor mange som svarer på spørreundersøkelsen har mye å si for spørreundersøkelsens pålitelighet. Det vil si, hvor mange har svart på undersøkelsen i forhold til den totale populasjonen. I denne oppgaven er den totale populasjonen ABB AS OGC.

For at undersøkelsen skal ha en viss pålitelighet må et gitt antall personer svare for at undersøkelsen skal være «gyldig». Konfidensnivå på 95% forteller oss at det er 95% sannsynlighet for at resultatet representerer det «sanne» gjennomsnitt i ABB AS OGC (Questalyze®, 2016).

4.4.3 Spørreundersøkelsens programvare

Programmet som benyttes i denne undersøkelsen er questback. Questback er et privateid norsk selskap med hovedkontor i Oslo. Dette programmet er tilbyr en online tjeneste og ekspertise for å samle inn og analysere informasjon. Programmet hjelper til med å lage et brukervennlig oppsett for spørreundersøkelsen slik at det skal være enkelt å svare på spørsmålene. Oppsettet som ble brukt av ABB AS OGC beskrives under.

4.4.3.1 Oppsett av undersøkelse

Undersøkelsen ble sendt ut til 1051 personer som jobber i ABB AS OGC. Alle fagdisipliner knyttet til dette bedriftsområde ble forespurt i denne undersøkelsen. Spørreundersøkelsens oppsett presenteres i vedlegg A.

I denne oppgaven vil det ikke være relevant å se på ansattinformasjon, (hvor den ansatte jobber, avdeling, lokasjon, alder). Men derimot er data for miljø den ansatte jobber under tatt med i denne oppgaven. Miljø menes med kontor eller arbeid på anlegg.

4.4.4 Intervju av utvalgte ansatte

Det ble gjennomført fem intervjuer, alle informantene er anonymisert i oppgaven. Informantens rolle i organisasjonen ble grunnlaget for valg av informant. Det ble intervjuet tre som jobber som ledere i organisasjonen, og to informanter som jobber i organisasjonen som ingeniør og en i en administrativ stilling. Det skilles ikke på konsulent og fastansatt i disse intervjuene, da virksomheten ikke skiller på konsulent og fast ansatt med hensyn på HMS. Det var ikke anledning til å få kontakt med noen av de ansatte som er ute på anlegg. Derfor er informantene hovedsakelig lokalisert på kontor.

I forkant av intervjuene ble det sendt ut informasjonsskriv (vedlegg B) til informantene. Her ble generell informasjon gitt til informantene med tilknytning til undersøkelsen.

Intervjuene ble utført etter spørreundersøkelsen med mål om å kunne undersøke nærmere de svarene som hadde høyt antall av nøytral. Det ble også inkludert spørsmål som ikke

var tatt med i spørreundersøkelsen, da disse var basert på Reasons (1997) tilnærming til hva som er god sikkerhetskultur.

Intervjuene ble utført uten bruk av båndopptaker, så alle intervjuene ble gjennomført ved at intervjuer noterte ned det som ble sagt fortløpende. Etter intervjuet ble notatene renskrevet og sendt til informanten for gjennomlesing. Dette er en metode som ikke er like heldig i forhold til oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Da det oppleves som et hinder å fokusere på både skriving og lytte på samme tid.

Intervjuguiden ble utarbeidet med like spørsmål til alle informanter med unntak av ledere som hadde et ekstra spørsmål. Intervjuguiden skal virke som et hjelpemiddel for å huske de temaene som skal tas opp (Dallan, 2006). Derfor var det noen oppfølgingsspørsmål som ikke har blitt spurt til alle informantene. Det hadde relevans med hvilke stilling vedkommende har i organisasjonen.

På grunn av restriksjoner til bruk av tid på intervju, varte intervjuene i snitt 45 minutter. Siden intervjuet er ment som et supplement til spørreundersøkelsen var det nok tid satt av for gjennomføring, sett i forhold til de forberedte spørsmålene (se intervjuguiden, vedlegg B). Resultatene av spørreundersøkelsen blir presentert i første del av kapittel 5 og intervjuene blir presentert i siste del.

4.5 Dataanalysens utfordringer

Utfordringer for denne oppgaven har vært å få høy nok svarprosent for å kunne bruke resultatene fra undersøkelsen. Det ble satt mål mot en minimum svarprosent over hele divisjonen på 30%. Dette målet ble nådd med 31% svarprosent før første purring på undersøkelsen. Undersøkelsen ble sendt ut uken før jul 2015 det betyr at det var allerede mange ansatte som hadde reist på ferie. De ansatte fikk en måned å svare før en ny purring ble sendt ut til deltagerne med frist på tre dager. Etter dette ble resultatene samlet inn og prosessert. Beskrivelse rundt data og svarprosent blir beskrevet i kapittel 5, Resultater.

Det ble også utført intervju av en utvalgt gruppe fra avdelingen i Oslo og Bergen. Oslo og Bergen står for 48,9% av dem som svarte på spørreundersøkelsen. Utfordringene for intervju er på mange måter utfordret på informantens troverdighet. Informanten oppleves ikke som objektiv men subjektiv da spørsmålene rettes mot informantens mening om HMS-rapporteringssystemet. Det er derfor en utfordring å velge informanter i et vidt spekter der målet er å finne fellestrekk som kan støtte opp funnene i spørreundersøkelsen.

4.5.1 utfordringer underveis i oppgaven

Spørreundersøkelsen ble laget i en tidlig fase, dette var en fase der identifisering av relevant teori var også en del av prosessen. Spørreundersøkelsen bærer preg av dette og ville muligens på et senere tidspunkt vært noe annerledes med tanke på spørsmål rettet mot Reasons fire topologier for sikkerhetskultur. Spørreundersøkelsen eies av ABB AS OGC og derfor vil naturligvis også spørsmålene bli stilt med tanke på hva ABB AS OGC ønsker å undersøke for sitt interesseområde.

Intervjuene kunne også med fordel ha vært mer definerte slik at oppfølgingsspørsmål ikke ville være nødvendig, da det kunne være en risiko for at personene som ble intervjuet ikke fikk de samme oppfølgingsspørsmålene.

Når det gjelder datainnsamlingen var det vanskelig å begrense hva som skulle bli med i oppgaven og hva som ikke skulle inkluderes. Det er helt klart mye informasjon å finne hos en organisasjon men ofte kan det være vanskelig å finne alt en søker etter. Derfor kan det naturligvis være emner som har blitt diskutert som muligens kan motbevises i form av prosedyrer og handlingsmønstre i ABB AS OGC. Derfor er det som presenteres i empirien kapittel 5, utvalget som har blitt grunnlaget for diskusjonen i dette kapittelet.

I etterpåklokskapens ånd ville det vært fordel undersøkt ytterligere hvordan bedriften håndterer MTO (menneske teknologi og organisatoriske) problemstillinger i ABB AS OGC.

Problemstillingen tar for seg sikkerhetskultur og HMS-rapportering, men kan sikkerhetskultur måles opp mot HMS-rapportering?

4.5.2 Kan man måle sikkerhetskultur?

I spørsmålet om man kan måle sikkerhetskultur, vil det nok være delte meninger om det er mulig å måle noe som en bedrift er. For å henvise til Reason diskusjon rundt sikkerhetskultur. Men for å være noe, må en organisasjon ha noe. Derfor for å måle sikkerhetskulturen i ABB, benyttes teori om hva en sikkerhetskultur må ha av sikkerhetsinformasjonssystem sammen med observasjon av håndtering og holdninger til systemene som er etablert. Ved å benytte Westrums rammeverk for sikkerhetskultur som bidrag til å forklare empirien kan man på et vis måle graden av god sikkerhetskultur. Ved å benytte en slik fremgangsmåte vil det kunne bidra til å gi svar på oppgavens problemformulering.

4.6 Validitet og reliabilitet

Som nevnt tidligere har jeg i denne oppgaven i samarbeidet med ABB laget en spørreundersøkelse som ble sendt til alle i OGC divisjonen. Siden det er bedriften som eier spørreundersøkelsen og jeg har fått innvilget tilgang til dataene som ansatt i bedriften, søkes det ikke godkjenning til personvernforbundet om denne undersøkelsen.

Det er ikke relevant for denne oppgavene å hente ut personopplysninger om deltageren (alder, stilling og lokasjon). Dette ble derfor ikke tatt med i diskusjon. Men dette har helt klart et etisk perspektiv. Ved å fylle inn personopplysninger som stilling, alder, lokasjon kan det ved noen få tasteklikk være mulig å identifisere personer. Derfor vil det kunne være usikkerheter i om svarene er pålitelige eller om de er skrevet for å «glede» mottaker. Det er også muligheter for å forfalske resultater, med dette menes det at den ansatte gir falske opplysninger om personlig informasjon (alder, stilling og lokasjon) og da kan svare mer ærlig på de spørsmålene som går på det faglige. Det er vanskelig og nærmest umulig å identifisere slike avvik. Derfor må en ta med dette i vurderingene av resultatene. Sammen med er dette er det viktig å se på om svarprosent vil gi et utvalg som vil gi pålitelige svar for oppgaven.

Det viser seg at det er en trend i forskningsmiljøet de siste årene med lave oppslutningstall på spørreundersøkelser jevnt over de fleste fagfelt. Der det før var vanlig med 70% svar fra en utvalg gruppe har det i nyere tid gått ned mot 30 %. Det man da kan spørre seg er om det er slik at alle de utvalgte i undersøkelsen er representative for utvalget, eller er det slik at undersøkelsens budskap ikke kom klart nok frem slik at utvalget ikke så nytten med undersøkelsen (Forskningsrådet, juni 2013).

Siden ABB AS OGC er eier av denne spørreundersøkelsen, vil derfor ikke hele undersøkelsen bli presentert i denne oppgaven. De delene som er relevant for denne oppgaven er beskrevet og vist i vedlegg A.

Når det gjelder intervjuet, ble dette utført noen måneder etter spørreundersøkelsen var ferdig. Spørsmålene ble basert på resultatene fra spørreundersøkelsen og teori. Oppgaven var blitt mer bearbeidet etter spørreundersøkelsen og spørsmål som ikke kom med i spørreundersøkelsen ble inkludert i intervjuguiden. Da spesielt det med storulykke og hvilket forhold organisasjonen har til dette. Reason (1997) snakker om organisatoriske ulykker- storulykker, og sammenhengen med sikkerhetskultur.

I intervjuet ble det valgt ut informanter basert på stilling i selskapet. Det ble valgt ut informanter som intervjuer kjenner fra før igjennom arbeid og det var personer intervjuet som ikke er en del av intervjuers arbeidshverdag.

Det er en del av mennesket å ville strebe etter å gjøre det rette, gir en slags belønnede atferd. Dette kan også føres tilbake til intervjuet, der det er alltid en mulighet for spørsmålene som besvares kan konstrueres for å gi de «rette» svar. I starten av intervjuet ble det presisert at det var ingen rette eller gale svar og i tillegg ble det presisert at intervjuet var konfidensielt.

Likevel, informantene kan påvirkes av forsker, samtidig som forsker kan påvirkes av relasjonene om oppstår i selve datainnsamlingsprosessen (Jacobsen, 2005). Det er en mulighet for at under intervjuet at intervjueren og informanten blir påvirket av hverandre på en slik måte at svarene påvirkes. For å unngå dette er intervjuet utformet slik at intervjuer snakker fritt ut i fra spørsmålene som stilles, uten videre avbrytelser og non-verbal kommunikasjon. Non-verbal kommunikasjon menes med kommunikasjon i form av ansiktsuttrykk eller kroppsholdning som kan si noe om holdninger til svaret som ble gitt.

Det å velge informanter til intervjuet bar preg av tilgjengelighet på personell. Det ble valgt ut to ukjente, som forsker ikke hadde hatt noen relasjon til. Der de fire andre var «kjente» i den forstand at forsker har i jobb sammenheng snakket med vedkommende. Det er både positive og negative opplevelser ved å snakke med ukjente samt med kjente.

Positive med de «ukjente» var at det var lettere å stille de dumme spørsmålene om HMS. Dette var ikke så lett for de «kjente» da disse kjenner til at forsker jobber med HMS til vanlig. Det oppleves ikke som noen fordel eller ulempe i forhold til å få «sannhet» ut av informantene sett i forhold til om det er kjente eller ukjente. Det som kunne spille en rolle var graden av det å «føle» å svare rett. Det var mer preg av å svare for ABB enn for seg selv hos lederne, enn hos dem som jobber som ingeniører og i administrasjonen.

Fem av seks intervjuer ble gjennomført på møterom, en ble gjennomført via telefon og Skype skjermdeling tjeneste. Å utføre telefonintervju var mer krevende på grunn av mangel på non-verbal kommunikasjon. Dette viste seg å være utfordrende i forhold til skriving og i forhold til å lytte. Videosamtale ville være et bedre alternativ.

Intervjuguiden (vedlegg B) ble vist under alle intervjuene og notater ble skrevet inn direkte slik at informanten hele tiden kunne se hva som ble skrevet. Denne metoden ble oppfattet som god av informantene siden de da kunne følge med på hva som eventuelt ville bli sitert. Samt sjekke at det som ble sagt ble dokumentert rett. Det var en klar ulempe av å ikke utføre intervjuet med båndopptager men på grunn av utfordring ved sikker lagring og personanonymitet valgte forsker å ikke benytte dette.

Det var utfordrende under intervjuet å stille spørsmålene på en «ikke-ledende» måte. Fokuset under intervjuet var å spørre hva informantene mente og hvordan de opplevde HMS-rapportering. Dette istedenfor å spørre direkte ja-nei spørsmål som kan virke ledene på sitt vis. Et eksempel på dette kan være:

«Vil manglende anonymitet i synergi påvirke din rapporterings grad?»

Ved å spørre et slikt spørsmål kan dette gi et svar enten ja eller nei, mens andre påvirknings faktorer kan bli «glemt» av informanten.

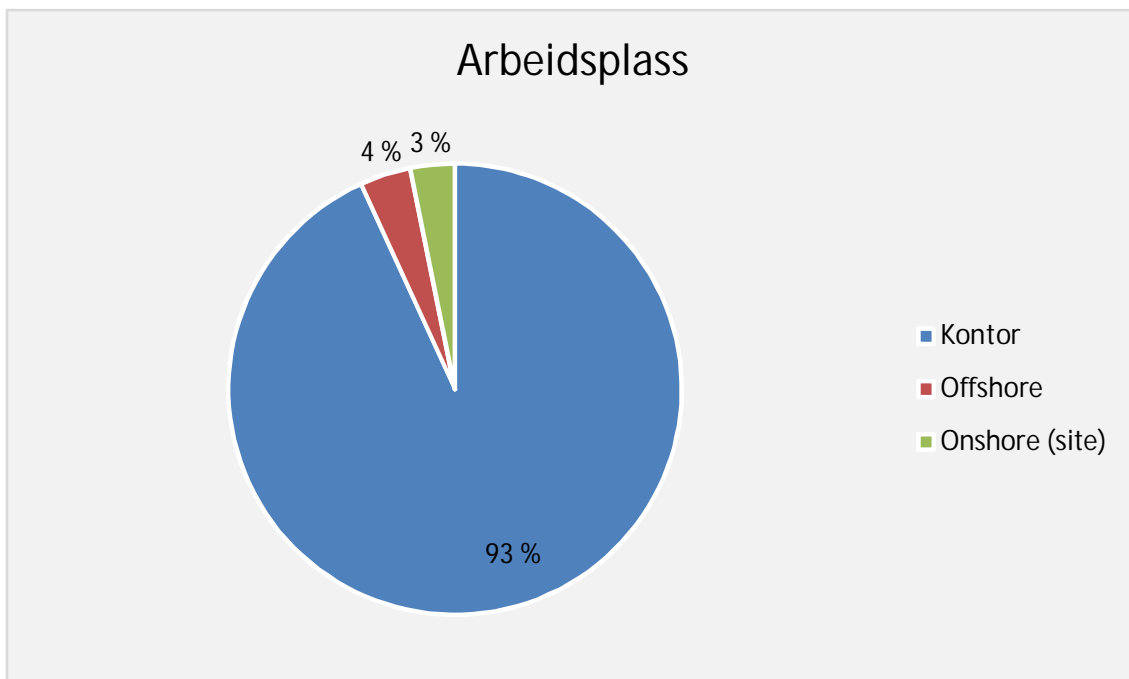
Resultatet av spørreundersøkelsen og intervjuet, presenteres i kapittelet under

5 Empiri

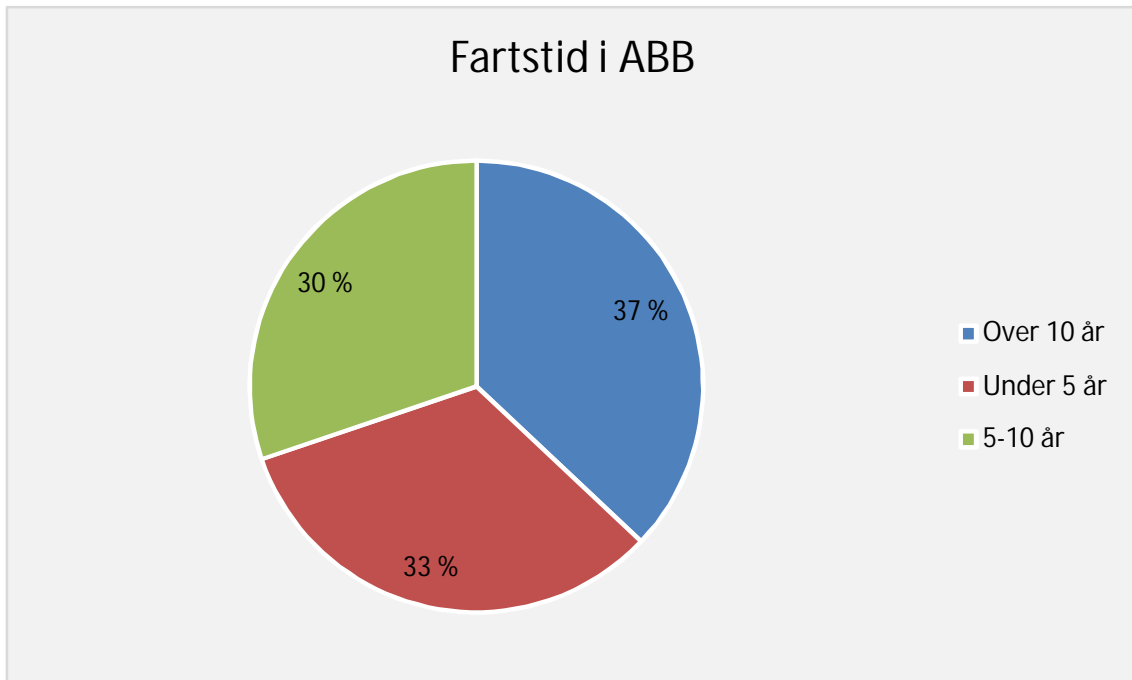
I dette kapitlet blir resultatene fra spørreundersøkelse og intervju med de ansatte presentert.

5.1 Spørreundersøkelse i ABB AS OGC

Det er 1051 ansatte i ABB AS OGC (på tidspunktet undersøkelsen ble distribuert 12.15-01-16) og 470 som svarte, det tilsvarer en svarprosent på 44,7% og da med et konfidensnivå på 95% vil det bety at en feilmargin på $\pm 3,4\%$ kan forventes. Dette betyr at det er 95% sikkert at dersom alle hadde svart på undersøkelsen ville svarene falle innenfor $\pm 3,4\%$ av svarene i denne undersøkelsen. Av dem som svarte var det 93% som jobber i kontor som vanlig arbeidsplass (se figur 5-1). Det var jevnt fordelt mellom arbeidstakerne hvor lenge de har jobbet i firma (se figur 5-2).



Figur 5-1 Arbeidsplassfordeling av de ansatte i undersøkelsen



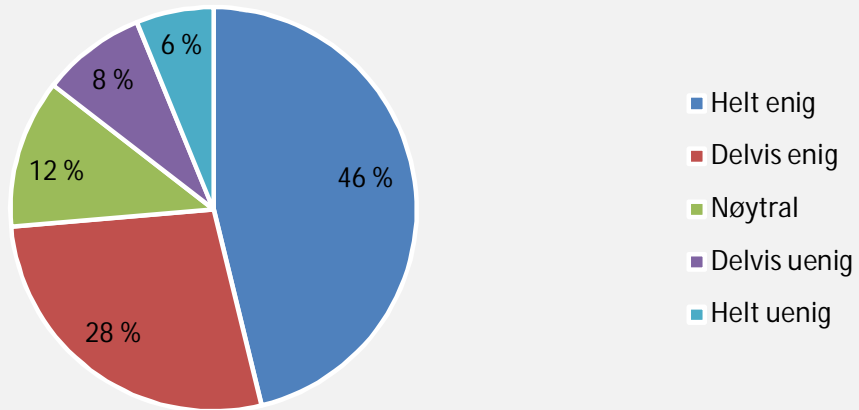
Figur 5-2 Erfaringsfordeling i undersøkelsen

5.2 Resultat fra spørreundersøkelsen

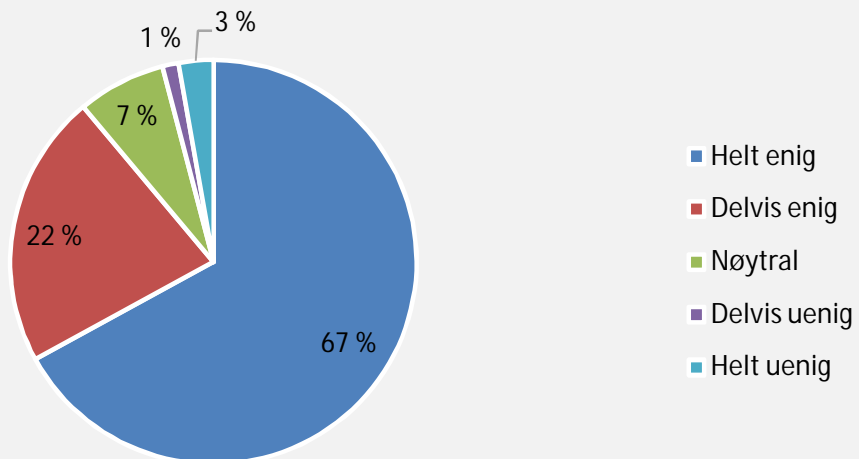
Resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres som diagrammer under, spørsmålene fra spørreundersøkelsen finnes i vedlegg A. Diskusjon om hvordan resultatene kan forstås blir diskutert i diskusjonskapittelet.

Spørsmål 1,2,3 (påstander):

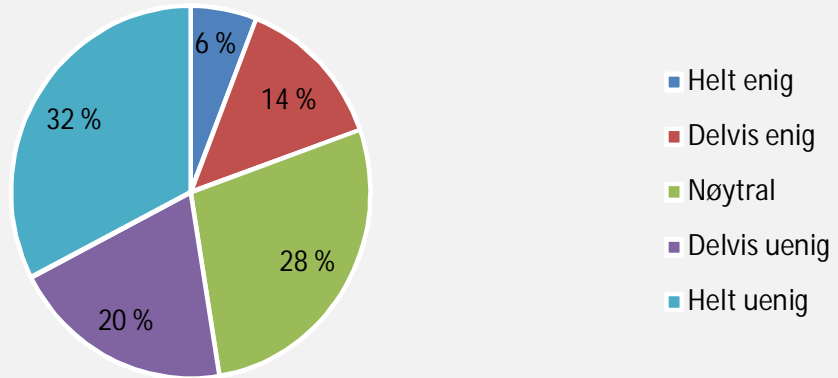
Du har fått opplæring i hvordan det skal rapporteres HMS hendelser (RUH) i ABB



Det er prioritert i din avdeling å rapportere HMS hendelser

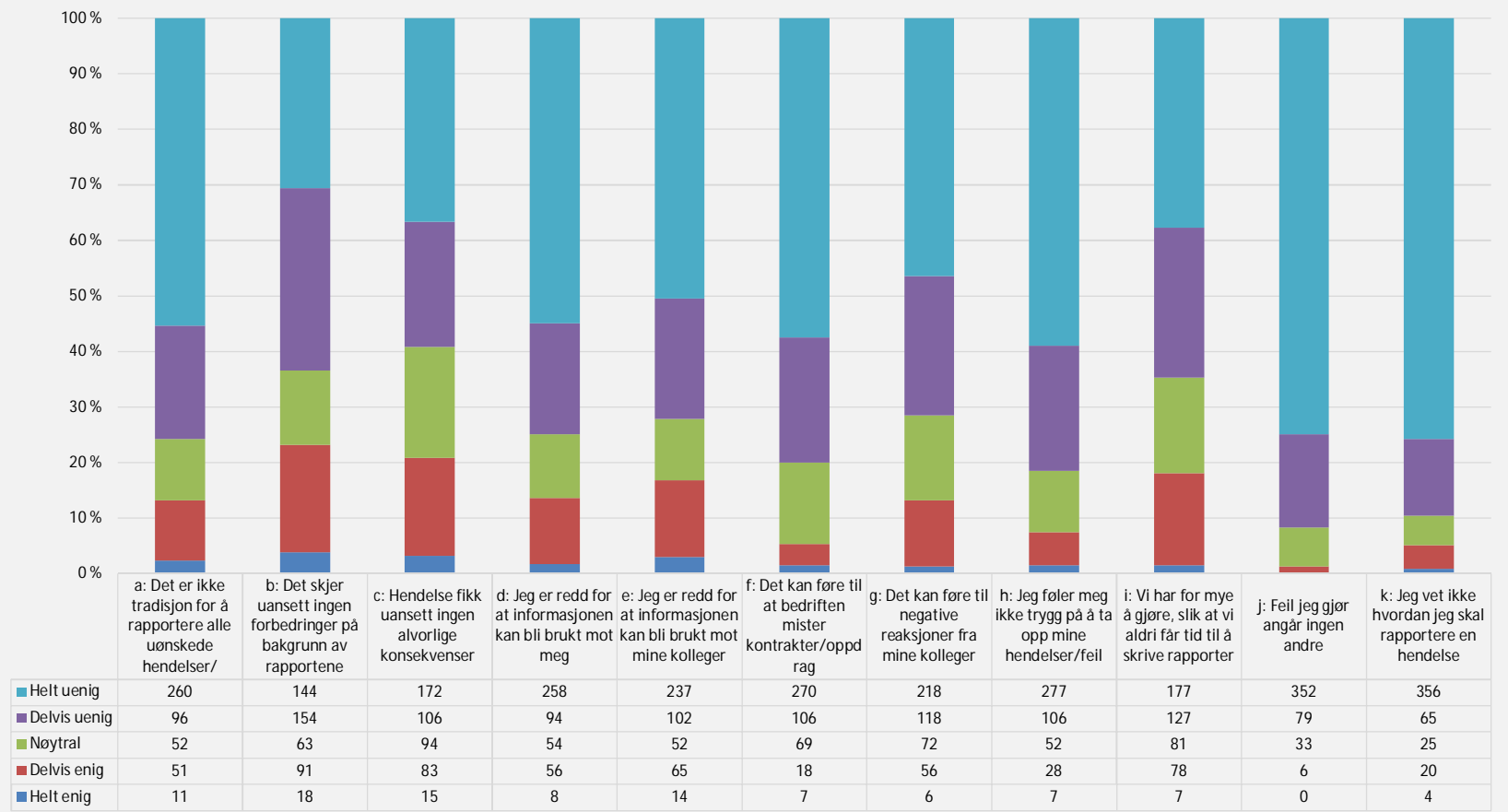


HMS rapporteringsfokus kan hindre deg i å utføre, forsinker eller gjør det vanskelig for jobben din



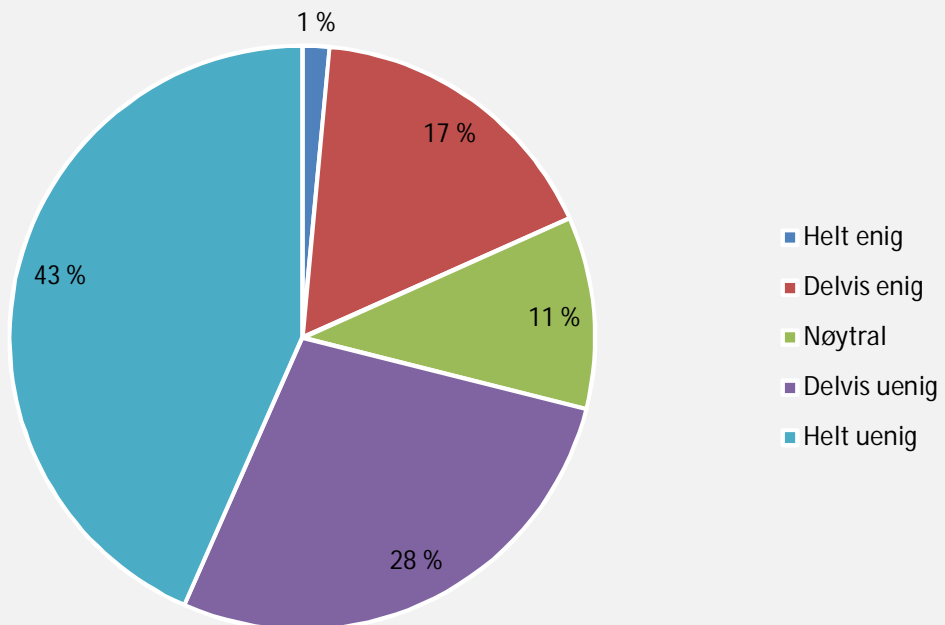
Spørsmål 4:

Se for deg at du er involvert i en HMS hendelse i forbindelse med jobb. Hvilke forhold kan bidra til at du ikke rapporterer hendelsen?

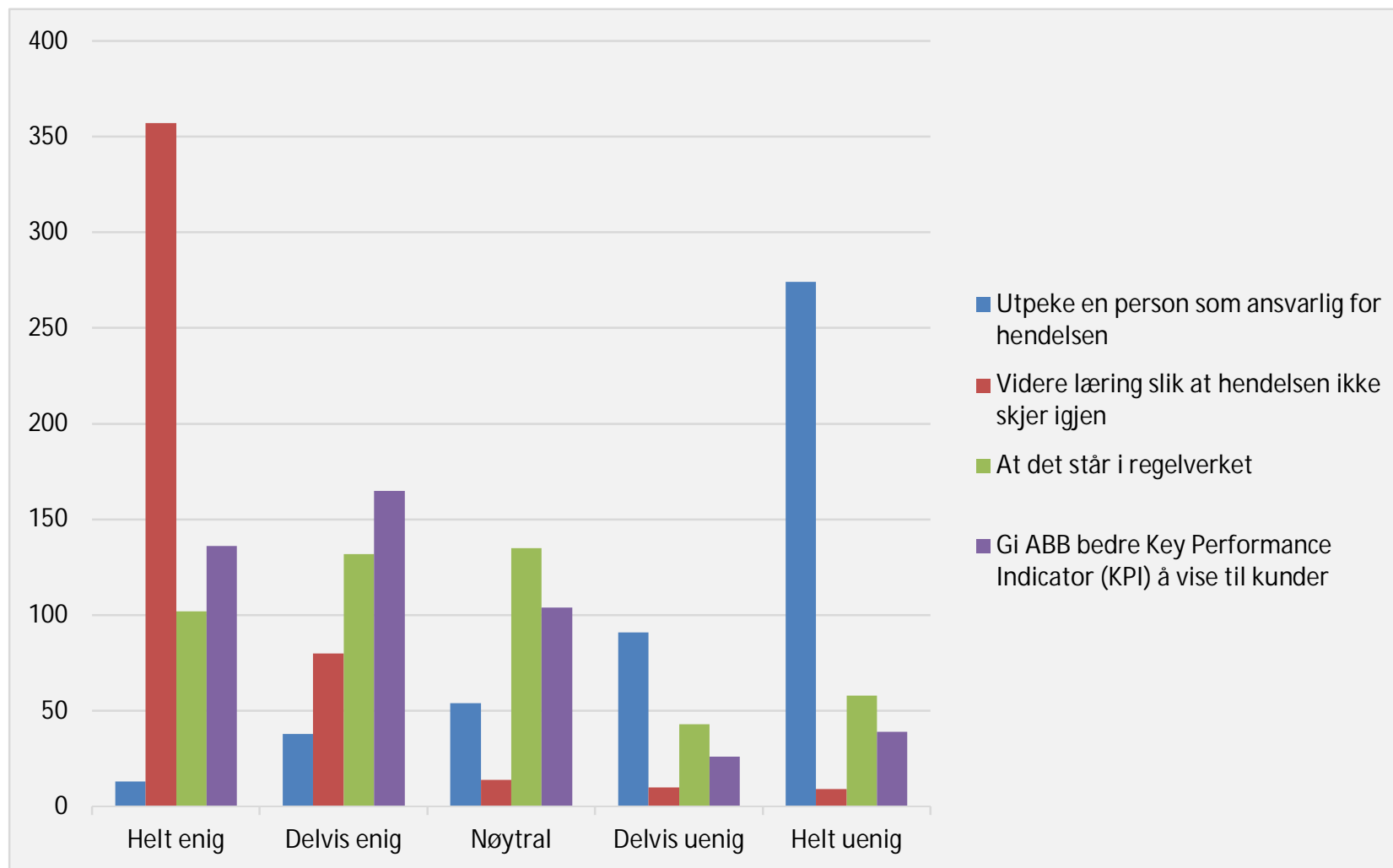


Spørsmål 5:

Du lar være å rapportere fordi det er lettere å fikse saken selv. Og det har ingen hensikt å rapportere når saken allerede er løst

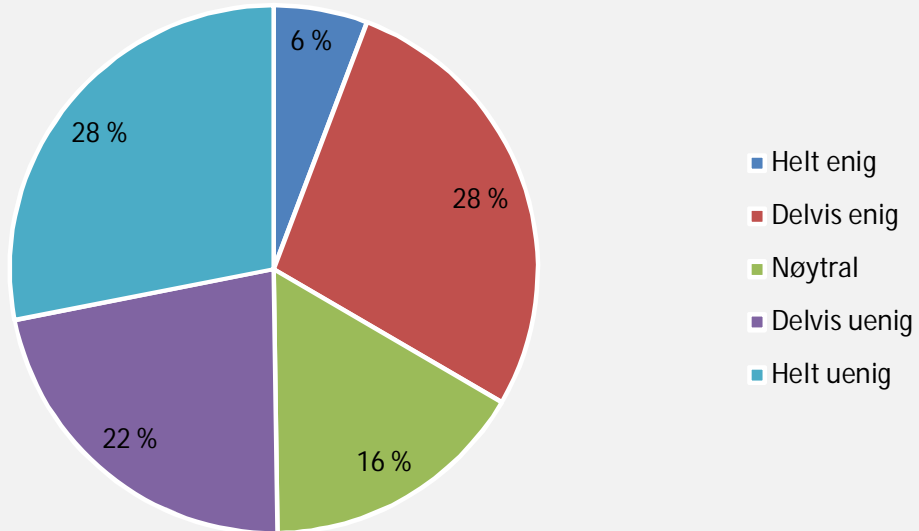


Spørsmål 6: Hva opplever du at hensikten med HMS- rapportering er?

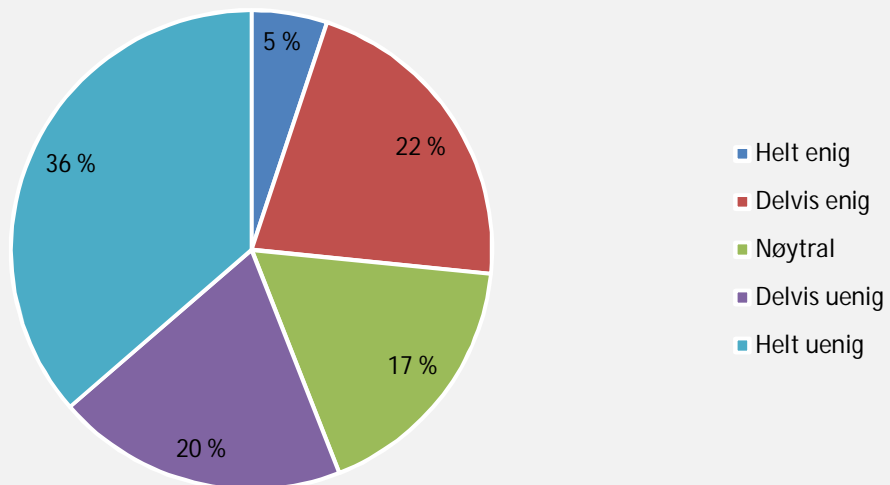


Spørsmål 7 Hvor står du i forhold til følgende påstander om HMS-rapportering?

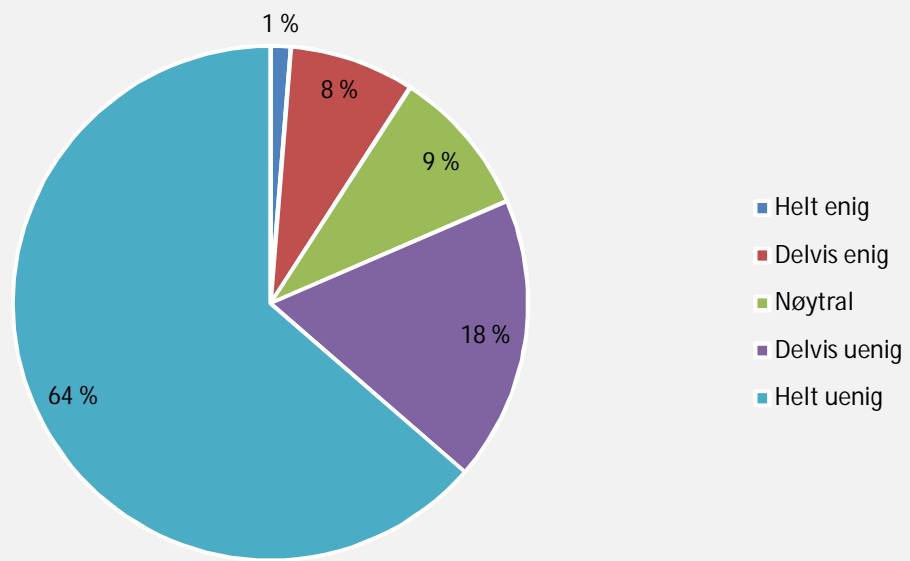
Jeg rapporterer saker bare for å rapportere de to i året



Jeg rapporterer ikke, dette på grunn av at det ikke er noe å rapportere på min arbeidsplass

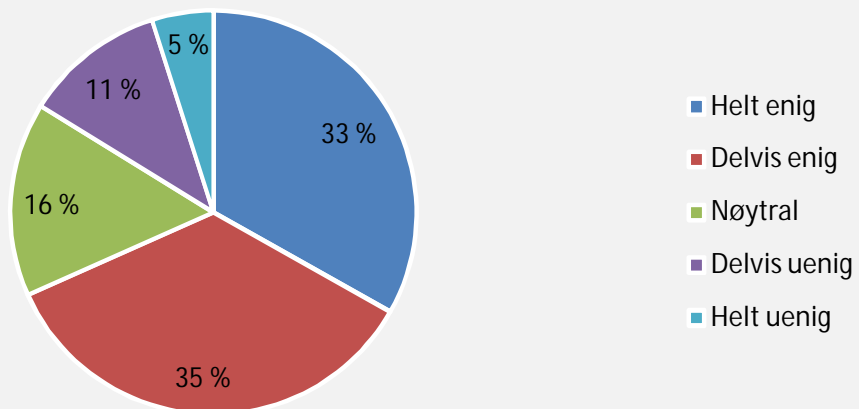


Jeg er usikker på hva som menes med en HMS hendelse

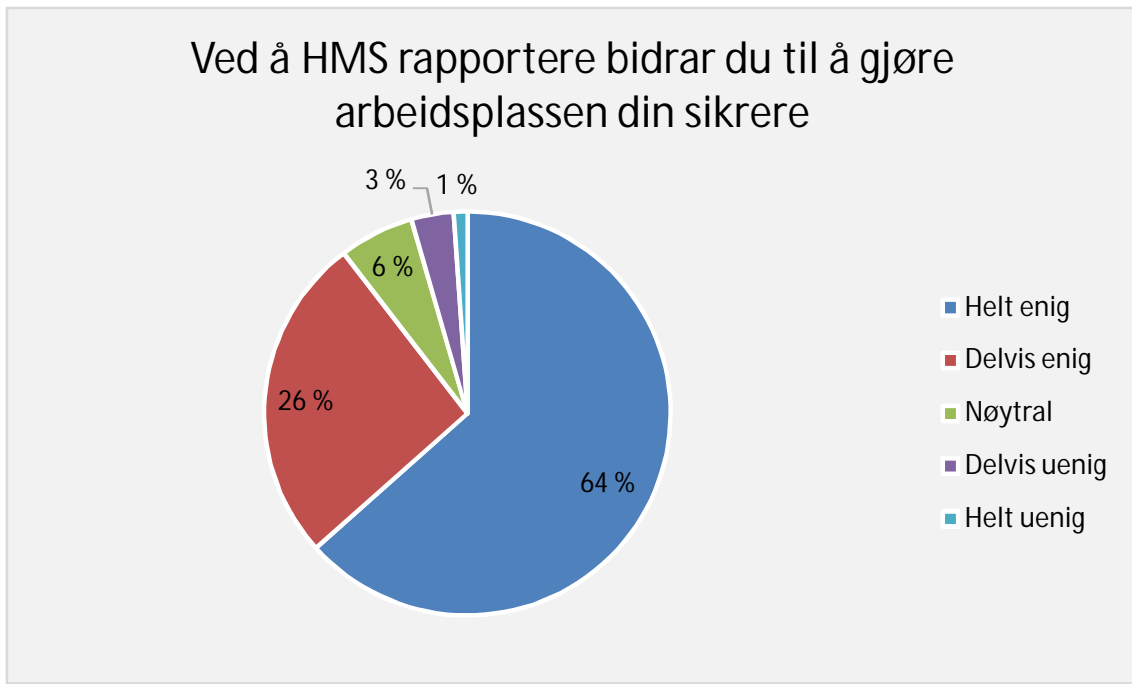


Spørsmål 8:

Når du har rapportert en HMS hendelse, får du tilbakemelding på din rapport



Spørsmål 9



5.3 Intervju med utvalgte ansatte i ABB AS OGC

Bakgrunnsinformasjon:

Det ble intervjuet tre ledere, to ingeniørene og en med administrativ stilling. Vedlegg B presenterer intervjuguiden som ble benyttet under intervjuene. Informantene presenteres nedenfor som person A, B, C, D, E og F. Siden intervjuet ble gjort muntlig uten båndopptaker eller video kan noen av situatene oppleves som noe muntlige og kan derfor oppleves som mindre konsise.

Person	Stilling	Ansvar	Fartstid i ABB	Lokasjon
A	Leder	Personalansvar med over 30 ansatte under seg	Jobbet i ABB i over 20 år	Kontor
B	Leder	Prosjektadministrative oppgaver med mindre enn 5 ansatte under seg.	Jobbet i ABB i mindre enn 5 år, men erfaring fra tidligere arbeidsplasser	Kontor
C	Leder	Personalansvar med rundt 10 ansatte under seg	Jobbet i ABB i mindre enn 5 år. Leder de siste årene.	Kontor
D	Ingeniør	Jobber med tekniske systemer slik som programmering ol.	Jobbet i ABB i mer enn 10 år	Kontor
E	Ingeniør	Ingeniør innen salg, og til dels i prosjekt som Interface ingeniør.	Jobbet i ABB i under fem år men vært i arbeidslivet i rundt 10 år	Kontor
F	Administrasjon	Prosjektkontroller, oppgaver som dokument kontroll, prosjekt sekretær ol.	Jobbet i ABB i mer enn 10 år	Kontor

Hva er ditt forhold til HMS-rapportering i din arbeidsdag

Ledere:

Person A sier at *«det er nå krav om tre RUH i året, dette er nytt krav i år, det skaper jo frustrasjon for dem som jobber på kontor. Det burde være forskjell på anlegg og på kontor, men det kan være vanskelig å gjennomføre»*

Når det gjelder hva lederen tenker om det sier *informanten «Tror en bommer litt og skaper trass blant de ansatte. Vanskelig å motivere, spesielt når man sitter på kontor. På kontor kommer det rare ting, folk blir desperate»* Informanten forklarte videre at det blir en slags konkurranse om å skrive RUH, det blir på en måte latterliggjort. Som et eksempel for en RUH som har blitt skrevet: *«Bjørketrærne utenfor resepsjonen er skjeve»* det blir den samme RUH hvert år: *«Glatt utenfor parkeringsplassen»*

Person A forteller: *«Som leder så slipper man lett unna på grunn av krav om SOT (sikkerhetsobservasjons tur), da finner man gjerne noen RUH»*. Fordi det har blitt omorganisering i bedriften har det ført til at det er flere ansatte som jobber på anlegg, forteller Person A, *«der er det lettere å finne RUH»*.

Person A ville likevel legge trykk på at HMS- rapportering gjør folk oppmerksomme og gjør en god jobb vedrørende dette. Men det viser seg å være vanskelig å skille mellom hva som meldes til vaktmester og hva som er en RUH (Rapportert uønsket hendelse). Informanten ville også nevne at håndteringen av RUH tas seriøst og en eventuell kansellering av en RUH blir gjort grundig. Dette var viktig fordi hvis en ikke gjør det grundig på alle kan man glippe på den ene som er «seriøs». Med seriøs mente person A de som kan påvirke sikkerheten til de ansatte. Som leder er Person A saksbehandler på saker som dekker området Person A leder.

Person B mener det er: *«begrenset antall uønskede hendelser som skjer i kontorlandskapet, men det er viktig å fange opp det som er en hendelse»* Person B sier at *«man rapporterer en del filleting bare for å nå rapporteringsmålet og at dette genererer en del merkelig RUH»* Når det gjelder risiko på jobb sier informanten: *«Den største risiken for dem som jobber i kontor er gjerne reisen til og fra jobb»*. Person B mener det er mer relevant å rette fokus på anlegg og andre leverandører (andre ABB-enheter eller 3. part). Dette fordi potensialet for en uønsket hendelse er større på anlegg, siden man er eksponert

for mer fysisk arbeid. Person B påpeker at i forhold til sikkerhetskultur er det enklere å tenke sikkerhet på jobb enn i hjemmet, dette fordi det er andre risikoer der og det er enklere å gjøre det lettvent og ta en snarvei. *«Sikkerhet er noe man driver med på jobben det»* I og med konsekvensen er det samme for den enkelte er det viktig mener informanten at en drar med seg kulturen hjem.

Person C svarer at i hverdagen brukes HMS-rapportering til å monitorer risk trender i OGC, *«mye blir servert via rapporter laget av andre»*.

Person C mottar også saker som informasjon og opptrer også som en saksbehandler for RUH. Har også mulighet til å nominere andre til saker som kommer inn (RUH).

Som tilleggsinformasjon forteller Person C videre at noen bruker RUH som varsling, og de som trenger informasjon får denne. Person C forteller at *«Dette kan gjøre at en kommer litt bakpå i forhold til saksbehandling av hendelser»*. Person C presiserer videre at varsling skal komme etter, *«Aksjonere så rapporter»*.

Person C forteller videre at i forhold til arbeidshverdagen kan det være vanskelig å rapportere inn saker selv om informanten jobber tett på HMS- rapporteringssystemet. Dette var fordi Person C jobbet på kontor og jobbet ikke aktivt i prosjekter.

Ingeniør:

Person D forteller at det er vanskelig å se etter ting å rapportere. *«Det har blitt et for stort fokus og gjør at en leiter etter ting å rapportere- det er et press etter å rapportere»*. Person D forteller videre at alle skal rapportere antall RUH, og følges ikke dette vil personen få dårlig score på PDA(medarbeidersamtale verktøy der en gir den ansatte en score for prestasjon). Person D forteller videre at dersom en ikke oppnår god score får man ikke lønnsforhøyelse. Person D mener det oppfattes som om *«Det er antallet som teller og ikke hva som rapporteres»*. Som et eksempel på sammenhengen med PDA score og RUH forteller Person D at: *«Hvis en rapporterer en RUH som er viktig (potensiell livstruende skade) bare en så teller det mer at en annen rapporterer en to dorull hendelse eller liknende. Det gis belønning for antall»*

Person D forteller videre om isfjellteorien og sammenhengen med at det må mange RUH'er for å få identifisert alle viktige rapportene. I den siste tiden har antallet økt til to (les: to, person D har ikke fått ordre om å rapportere tre av sin leder på tidspunktet

intervjuet ble holdt) forteller Person D, Person D stiller spørsmål med et glimt av sarkasme «*er det farlig å jobbe her? Siden det forventes at vi rapporterer så mange saker?*» Person D mener kvaliteten går ned på rapportene, med et eksempel på at de rapporterer det er støvete i stedet for å tørke det opp med en gang. Person D opplever at i stedet for å ordne opp i den uønskede hendelsen med en gang, rapporterer de fremfor å ordne opp, slik at den uønskede situasjonen blir værende.

Person E forteller at HMS-rapportering er pålagt og at på grunn av økende fokus har blitt flinkere til å rapportere. «*Jeg har HMS i bakhode selv om jeg jobber på kontor*». Person E gir eksempler på de typiske rapportene som informanten sender inn: Reise på jobben med eksempel: «*noen med burka kom igjennom sikkerhetskontrollen uten å vise ansikt*». Eller på kontoret med eksempel: «*feil på kortlesere med tanke på rømningsvei*», person E forteller at det også rapporteres på arbeidsforhold. Person E sier det er lav terskel for å rapportere og mener det er enkelt å rapportere inn i systemet. Som en forklaring på hvorfor det er en slik lav terskel, mener person E at årsaken er opplæring og bevisstgjøring.

Administrasjon:

Person F forteller at det er pålagt å rapportere RUH (les: HMS- rapportering), men jobber ikke med dette til daglig. Person F forteller at det er krav til rapportering og det fleipes mye om HMS- rapportering. «*Folk leiter etter saker å rapportere, og det ryktes om at noen har lagt inn RUH for å legge inn RUH*». Person F begrunner dette kravet for RUH med at det er krav som ledelsen har satt fra høyere nivå. Person F forteller at RUH som typisk sendes inn, går ofte på renhold siden det går på trivsel, og dette opplever Person F at blir tatt tak i raskt. «*Istedenfor å irritere seg over at man må legge inn RUH er det bedre at en gjør det. Med dette mener jeg at istedenfor å irritere seg over at ting ikke blir vasket, er det bedre å legge inn en RUH på det slik at det blir tatt tak i, det er det systemet er der for*». Person F forteller om et påtrykk i forbindelse med PDA (medarbeidersamtalen nevnt over), men ser ikke på HMS-rapportering som et problem.

Hvordan påvirker kravet om to RUH- hva skjer dersom en ikke rapporterer?

Ledere:

Person A som ble intervjuet forteller for informasjon at det er nytt krav i 2016 om tre RUH per ansatt uavhengig lokasjon. Som svar på spørsmålet mener Person A at: «*det slår negativt på PDA, dersom en ikke når kravet får man negativ score*» Dette forklares med

at denne scoren er knyttet opp mot lønn og hvordan en leverer som ansatt. Person A forteller at dette betyr mye mas på de ansatte informantene har ansvar for.

Person B forteller at det er en fordel med dette kravet fordi det gjør en mer observant. Men ulempen er at det gir unødvendig saksbehandling og en rapporterer «*unødvendig ting*». Person B forteller også om at en får personlige mål i PDA en blir målt på – og når det ikke nås får en minus i evalueringen. «*Det er kvantitet og ikke kvalitet man måler*» - forteller informantene når det er snakk om dette kravet om HMS- rapportering. Person B forteller at «*jeg kan huske en gang jeg har skrevet en god RUH*». Person B forteller videre at denne RUH ble «gitt» i forbindelse med en brannøvelse.

Person C mener at: «*Fokuset er høyere dersom kravet ikke hadde vært der, det gir fokus på sikkerhet eller sikkerhetskultur*». Person C forteller også om at mange har to RUH som mål i sin PDA og at det er litt individuelt sanksjonering hvordan dette påvirker PDA. Noen kan få lavere Score dersom en ikke når målet om to RUH. Person C forteller videre om at målet om to RUH går videre på KPI til ABB AS OGC, og dersom ABB AS OGC ikke når ønsket mål kan det påvirke bonusen til de ansatte som har bonusordninger i sin kontrakt. Person C forteller også om at i 2016 kom det et nytt krav fra ABB globalt om tre RUH i snitt pr ansatt for hver lokasjon.

Ingeniør:

Person D forteller om konsekvenser som lavere PDA score som kan påvirke lønna eller videre karriere i firmaet. Person D forteller at det «*RUH kravet gjør at de ansatte spør i avdelingen om RUH, de leiter etter den ene hendelsen som vi kan rapportere*». Person D forteller om holdninger som «*hvis man ikke rapporterer noe som kunne vært farlig fører det skade på andre, eller nestemann oppdager og rapporterer*»

Person E mener det må krav til for å få folk til å rapportere, «*folk gidder ikke å rapportere hvis det ikke er krav. Folk tror at ingenting kan gå galt på et kontor*». På den andre siden forteller Person E at ulempen med dette kravet er at det «*rapporteres mye tull*». Person E forteller også at kravet påvirker PDA og dersom en ikke rapporterer i forhold til kravet gir det dårlig score i PDA.

Administrasjon:

Person F som jobber innunder administrasjon forteller om at dersom en ikke rapporterer vil det bli notert som en sak i PDA. Det fortelles om en høyt fokus hos lederne.

Person F forteller at den personlige holdningen er at: *«Jeg går ikke å leiter etter ting å legge inn, går ikke å ser etter feil. Ser du noe så legger du inn. Jeg rapporterer bare den ene dersom det er bare en ting å rapportere men kan legge inn en ny RUH på renhold dersom jeg mangler en. Det er viktig for ledelsen å rapportere to».*

Person F forteller om at det skaper irritasjon hver gang det snakkes om RUH. Person F opplever at det er mer aktuelt å skrive RUH for dem som reiser offshore, *«de kan rapportere mye mer, her på kontoret er det ikke så mye..»* som et eksempel forteller Person F *«en kan leite etter en løs ledning for å rapportere denne»*, men stiller spørsmål til om denne letingen er noe en har tid til i hverdagen. Den personlige holdningen er *«ser man så rapporterer man»*.

Hvem har skylda? - Håndtering av skyld-spørsmålet?

Ledere:

Person A som ble intervjuet forteller at *«Pr. definisjon- leder har skylda. Alle RUH går mot leder som stiller lik mot systemet. Står i en prosedyre.»*

Person B forteller at det oppfattes ikke at det i organisasjonen det er mål å peke på den skyldige og har ingen opplevelse at noen har måtte ta ansvar for en feil en mangel. Informanten forteller om at det som oppleves som fokus er at ting skal fikses opp og hindre at ting skjer igjen. Person B mener at det å rapportere en sak ikke burde brukes mot en fordi det er viktig å lære av hendelser. Person B presiserer at det er viktig å hindre gjentagelse og ikke finne den skyldige. Men dersom det skal tas videre må det være en slags grov uaktsomhet som angår integriteten til firmaet. Når det gjelder HMS-rapporteringssystemet kjenner ikke Person B til om systemet tar høyde for skyldspørsmål.

Person C som ble intervjuet forteller at ved en hendelse der en må granske så ser granskeren på systemet og organisasjonen. Person C opplever ikke at granskningen er ute etter enkelt individ. Granskningen har fokus på den lærende organisasjonen, det å minske muligheten for at det skjer igjen. ABB er en lærende organisasjon og ikke ute etter enkelt individ mener informanten. Person C forteller videre at noen bruker HMS- rapporterings systemet for å løfte personlige saker. Dette er saker som navn blir trukket frem. Da kobler saksbehandler inn HR (Human Resources). *«Bare i år har det vært to saker som går på trakassering, mobbing, uthenging»*. På grunn av personvern for den ansatte løftes disse sakene til HR og HR kontakter HMS-hovedkontor (les: Hovedkontoret for ABB AS) der

saken blir evaluert. Person C forteller at synergi (HMS-rapporteringsystemet) er åpen for alle slik at alle kan lære av andre slik at alle kan lese alle sine saker. Person C forteller at det er spesielle tilganger i systemet slik at ikke hvem som helst kan inn å endre på saker som endre tittel og innhold- dette er egen saksgang i ABB. Person C forteller at når det kommer til å lese andre sine saker er dette lov fordi bedriften vi ha det transparent for å kunne trekke ut trender. Det er mulig å søke på hvem som har rapportert hva, dette er mulig for alle. Person C opplever at det kunne vært en fordel med noe personvern, når det kommer til skader, *«da det av og til kan være saker du ikke vil at alle andre kan se selv i jobbsammenheng»*.

Ingeniør:

Person D som ble intervjuet hadde refleksjoner rundt det med anonymisering og kommentarer fra andre. Med eksempel der en hadde skrevet en RUH som andre mente var av dårlig kvalitet (noe som ikke hørte til under RUH kategorien), dette ble kommentert og ble opplevet som uhyggelig. Videre forteller Person D at alle RUH er åpne og kan søkes på av alle ansatte. Informanten forteller at holdningen er å anonymisere personer når en rapporterer men ser ingen regler på dette.

Person E forteller at i denne prosessen er det granskning som kommer først. Person E presiserer at *«det er ikke mitt ansvar eller min jobb å sette skylda på personer»*. Informanten opplever at det som er viktigst er forståelsen av hva som har skjedd og deretter finne ansvarlig personer dersom dette blir aktuelt. Person E opplever ikke noen tanker om å fordele skyld i forbindelse med rapportering. Person E mener det er viktig å ikke legge skyld på noen men heller å avdekke årsaken.

Administrasjon:

Person F i denne kategorien forteller *«ofte ingen person som har skylda. Det er ofte systemene som er årsak. Det varierer gjerne i forhold til rapportene som sendes inn»*. Person F forteller at det i noen tilfeller at det kan være ekkelt å rapportere dersom den som mottar en RUH blir personlig støtt av ulike grunner. Person F forteller om flere som har fått negativ tilbakemelding av saksbehandler for å ha skrevet en RUH. Dette har ført til at noen unngår å legge inn RUH i fare for å støte noen.

Kommunikasjon av HMS- rapportering- hva skjer med rapportene som sendes inn?

Ledere:

Person A som ble intervjuet forteller at rapportene blir håndtert av linjeledere, der saken blir rutet til de ansvarlige for fagområdene. Saksbehandler setter opp tiltak og følger saken opp videre.

Person B forteller at alle sakene blir behandlet seriøst uansett *«hvor tåpelige RUHen er-avslag er også et svar»*

Person C forteller at dersom en RUH ikke har fått tildelt en saksbehandler går den til linjeleder deretter er det linjeleder som må ta saken videre. Dersom ikke dette blir gjennomført vil HMS-avdelingen sette saksbehandler. Når tiltak blir satt vil den som har rapportert inn få beskjed via mail om endringer som for eksempel om saken er lukket. Person C forteller at det er fokus på rask behandling av saker, men at det er avhengig av innhold i RUH for å sette rett tiltak og dette kan ta i noen tilfeller lengre tid. Dette på grunn av ulik grad av kompleksitet i rapporteringene. Person C påpeker at det ikke er at saken som skal lukkes kjapt som er viktigst, men at den blir håndtert. Person C mener at dersom sakene som blir lagt inn blir behandlet alvorlig med meningsfulle tiltak fører dette til at de ansatte vil rapportere igjen.

Ingeniør:

Person D som ble intervjuet forteller at det er forskjeller i hva som skjer med rapportene som sendes inn. Person D forteller at det har tatt et år før det blir lukket mens noen andre blir lukket veldig raskt. Person D får beskjed når den blir lukket via mail, Det hender også at noen rapporter blir lukket og samme rapport blir sendt inn flere ganger fordi saken fortsatt ikke blir fikset. Person E forteller at sakene blir sendt til en koordinator (saksbehandler) som sender sakene til rette personer. Person E forteller videre at dersom en ønsker oppdatering i saken må en aktiv inn i systemet for oppdatering eller vente på mail.

Administrasjon:

Person F som faller inn under kategorien administrasjon forteller at systemene gi beskjed når saken er lukket. Person F er usikker på om det gir bedring om saken er lukket og mener det er mulig at en må legge inn en sak på nytt. Person F sier *«det er vel*

det som er meningen med RUH? At saken en legger inn og som lukkes blir varig bedre, slik at en skal slippe å legge inn saken på nytt»

Hva kan påvirke hvorvidt en rapporterer en sak eller ikke?

Ledere:

Person A som ble intervjuet forteller at det er todelte grunner til at en ikke vil rapportere en sak. Der det på anlegg kan ha eget HMS- system og kan glemme å kopierer saken over i synergi (krav om at alle HMS- saker også blir rapportert inn til ABB systemet (gitt at det er en sak)). Andre eksempler fra anlegg situasjoner er: *«En annen kan ha rapportert nøyaktig den samme saken, synergi brukes ikke, det er "skummel verktøy å bruke" det er for nytt»*. Person A forteller om et eksempel der en ABB ansatt har jobbet i flere år under en operatør som Shell og har derfor ikke forhold til ABB lenger. Dette kan være at personen regner seg selv som *«Shell ansatt»*. Person A forteller videre at på kontor kan det være andre grunner, der Person A eksemplifiserer med at *«Noen er redde for at saken eskaleres- misforstått (dette blir forklart at det ikke blir det og prosedyrene blir forklart til den ansatte)»*. Person A opplever at de ansatte rapporterer det de ser men det er vanskelig å finne noe i et kontormiljø. Person A ser ikke på anonymitet som en sak som påvirker hvorvidt en rapporterer eller ikke.

Person B forteller at en ting som kan påvirke er hvor vidt en har nådd målene om antall RUH eller ikke er dersom målet er nådd vil en kanskje ikke være så opptatt av å rapportere *«Så mål om to RUH kan slå begge veier. Det kan påvirke hvor observant en er- spesielt om målet er nådd»*. Person B mener på den andre siden at dersom en på slutten av året ikke har rapportert nok i forhold til årets mål, kan det føre til at *«en må finne noe for å nå målet»*. Person B spør seg videre om *«hva grensen for en uønsket hendelse er? Hva er en uønsket hendelse og når er en hendelse uønsket?»*. Person B forteller at det er vanskelig å definere hva som menes med en uønsket hendelse. *«Tomt for kaffebønner- er det en hendelse?»*. Person B mener det bør være en kost-nytte verdi i forhold til antall RUH som kommer inn siden saksbehandlingen tar mye tid.

Person C mener at alvorlighetsgraden av en sak er en påvirkende grad i forhold til rapportering. Person C mener at observasjoner over tid kan føre til at det tar lenger tid for rapportering av en sak. Der tid og prioritering kan være en faktor forteller Person C. Et

eksempel på holdninger som påvirker rapportering som Person C kjenner godt til er «noen andre gjør det», «var det nå så alvorlig».

Ingeniør:

Person D mener tiden man har til å registrere hendelsen er en påvirkende faktor. Alvorlighetsgrad påvirker også hvorvidt en registrerer hendelsen i en hektisk hverdag mener informanten. Person D påpeker at også antall er også en faktor. «*Har en registrert de to, er man fornøyd med mindre en alvorlig hendelse oppstår*». Hyppighet blir også nevnt som en faktor med eksempel: «*Feil med nødlys. Er feilen der hver dag en uke så rapporterer man etter hvert*».

Person E som ble intervjuet mener at personlige holdninger er en faktor som påvirker rapporteringsgraden. Person E forteller videre at i sin arbeidsdag er det ingen kolleger som kan skape problemer som kan føre til at en sak ikke blir rapportert, «*vi driver ikke med tungløft eller arbeider på tak*». Person E mener at i et kontormiljø er sakene mer objektive der sakene er ofte en tilstand som må rapporteres. Person E vil likevel presisere at saker som kan påvirke kolleger må rapporteres uansett fordi dersom noen blir sak det er det for sent.

Administrasjon:

Person F mener det kan være at noen kvier seg for å legge inn en sak med grunner som: «*Ligger mange på samme sak eller tema er unødvendig*». Person F presiserer at det pålagt å legge inn saker, men kan være vanskelig å huske å legge inn med en gang. Person F opplever det som «*godt og få det gjort*» når saken er registrert. Person F forteller at «*ingenting som skal hindre at en legger inn en sak, for det er pålagt og da skal en rapportere uansett*».

Hvordan opplever du bedriftens forhold til storulykke?

Ledere- hvordan blir dette kommunisert opp til ledelsen?:

Person A forteller at det er et stort fokus på HMS- rapportering og HMS blir tatt på alvor på anlegg. Person A forteller at «*Alle har lov til å si stop under arbeidet og dette blir godtatt og støttet av ledelsen*». Person A forteller om innflytelse ABB AS OGC ansatte har på storulykke spørsmålet. Det løftes frem punkter som «*levere sikre utstyr, kvalitet, og forberede de ansatte for hvordan håndtere/ jobbe på anlegg*». Person A mener «*Du skal være tøff for å si stopp når det er deadline på anlegg*». Historie om en ansatt som

har gjort dette blir tatt opp og belønnet av ledelsen, forteller Person A. «*Det er et sikkerhetsfokus rettet mot teknisk leder og prosjektleder i prosjekter. Dersom en ikke blir hørt har noen prosjekter en «safety lead ingeniør» som har en mulighet til å kontakte en safety advisor (utenfor prosjektet) og linje leder»*. Person A forteller at de ansatte i FSM (prosjekter som jobber med sikkerhetssystemer) blir trent på å være kritiske. Dette blir bedre og bedre forteller informanten. Videre forteller Person A om prosedyrene for slike prosjekter følges uansett land, selv dem landene som ikke følger sikkerhetsstandarder som brukes i Nordsjøen «*Vi burde vite bedre enn å ikke følge sikkerhetskravene (gjelder prosjekt som ikke har krav om disse standardene)*».

I spørsmålet om hvordan dette blir kommunisert opp til ledelsen forteller Person A «*at mye blir kommunisert via bedriftens safety advisor og kvalitet-personen med ansvar for Tiv sertifikatet (sertifikat som gjelder for sikkerhetssystemene som leveres av ABB)*». Person A forteller samtidig om omorganiseringen som foregår for tiden og mener at det kan gjøre bedriften sårbar siden det er uklart hvem som er ansvarlig for hva i denne forbindelse.

Person B som ble intervjuet forteller at dersom en storulykke oppstår har bedriften beredskapsplaner som håndterer dette. Men Person B har ikke kjennskap til om dette blir trent på i forhold til de større krisene som for eksempel gisseltaking.

Faktorer for hindre storulykke utfører bedriften risikoanalyser som HAZID og WEHRA med eksterne fasilitator med storulykke fokus. Disse analysene følger kontrakt fra kunden forteller Person B. «*Derfor er det ikke sikkert samme analyser utføres under kontrakt som kjøres i for eksempel Midtøsten*».

I spørsmålet om hvordan dette blir kommunisert opp til ledelsen forteller Person B at det ikke har blitt nevnt storulykke i ledelse sammenheng eller risiko- «*ikke fast på agendaen*». Det er ikke vanlig at store risikoer (HMS, safety) blir kommunisert til ledelsen. «*Dersom potensialet er stort kan det bli rapportert opp som en RUH*». Person B føler det mangler en database for HMS- «*lessons learn*» for saker som har blitt ordnet opp i eller som har blitt avverget. Person B mener det ville kunne gi en læringseffekt for andre prosjekter. «*Erfaring er viktig for videre læring*».

Person C forteller at det blir diskutert i forskjellige forumer på et overordnet nivå. Men Person C opplever det som fragmentert på OGC nivå. Person C mener at hovedtyngden kan som jobber med system og design ikke alltid ser påvirkningen de har på sluttkunden.

Person C forteller at når en ingeniør er ute på anlegg og jobber på et sikkerhetssystem kan kanskje ikke se helheten av hva deres inngripen på systemet har på anlegget på et senere tidspunkt. Person C mener at det kunne vært mer fokus på dette i hele verdikjeden til bedriften. Person C forteller at organisasjonen har et HMS-fokus på dette og jobber målbevisst for at de enkelte ansatte skal forstå hvilke påvirkning de har til storulykke. Person C forteller at det er krav fra kunden som gjør at dette har fått ekstra krav på risiko og kvalitet samt HMS.

I spørsmålet om hvordan dette blir kommunisert opp til ledelsen forteller Person C at beste praksis blir trukket frem fra prosjekter som bemerker seg. Kundens spesifikke ønske eller følelse om mangler i forhold barrierestyring blir også tatt opp i ledelsen. Person C forteller at alle HMS-revisjoner blir også tatt opp i ledelsen for OGC Norge.

Ingeniør:

Person D om ble intervjuet forteller at det er FS (functional safety (egne prosedyrer for sikkerhetssystem prosjekter)) som styrer kvalitet i arbeidet som leveres, «*God kvalitet gjør det ofte sikrere*». Videre forteller Person D at i slike prosjekter er det prosjekt leder som har ansvaret for dette mens ingeniørene gjør det tekniske- «*hvordan FS blir håndtert er avhengig av personer*».

Person E som blir intervjuet mener at organisasjonen gjør en god jobb i arbeid med HMS- og føler at det er inkluderende. Person E opplever at HMS kommer før profitt i organisasjonens verdier. I forhold til «*lessons learn*» er det lett å finne informasjon på intranett forteller Person E. Det er ikke møtt holdninger på å skjule hendelser, Person E opplever organisasjonen som en åpne kultur i forhold til dette. I forhold til storulykke og arbeid med å hindre dette forteller Person E at det ikke er noen direkte arbeid med dette i hverdagen men i rollen som Person E har i prosjekt, delegerer informant informasjon til tredjepart som omhandler sikkerhet i design.

Administrasjon:

Person F i denne kategorien forteller at det er stort fokus på HMS i ABB med både kurs i sikkerhet og førstehjelp. Person F forteller at som i en administrativ rolle er det viktig med kontroll av dokumenter. «*Det er høyt fokus på å jobbe i rett revisjon*» - Person F forteller om historier der feil tegningsrevisjon har blitt sendt offshore og har ført til feil på utstyr, lekkasjer, eller utilsiktet nedstengning av plattform som et eksempel. Person F

forteller at det er fokus på kommunikasjon mellom kunde og ABB i forhold til revisjoner av dokumenter eller tegninger.

5.3.1 Oppsummering av empiri

Gjennomgangen av resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene skaper et grunnlag for å besvare problemstillingen som ble presentert i kapittel 1, og dernest komme frem til en konklusjon på problemstillingen. I neste kapittel vil resultatene bli drøftet med bakgrunns teori som ble gjort rede for i kapittel 3.

6 Diskusjon

I dette kapitlet skal empirien sees opp mot teorien introdusert tidligere i oppgaven.

For å svare på problemstillingen:

«Bidrar HMS- rapportering i til å utvikle en god sikkerhetskultur i ABB AS OGC?»

vil jeg benytte Westrums nivåer for sikkerhetskultur samt Reasons fire topologier for god sikkerhetskultur, den informerende kultur med følgende overskrift:

- Rapporterende kultur
- Rettferdig kultur
- Fleksible kultur
- Lærende kultur

Den informerende kultur diskuteres til slutt, før drøftingen av Westrums nivåer for sikkerhetskultur, med følgende tema:

- Sikkerhetskultur karakteristika
- Hendelse/ulykkes rapportering
- Fare- og farlige handlinger rapportering
- Benchmarking, trender og statistikk

Under hver overskrift vil jeg bruke teorien til å forstå og forklare funnene mine. Annen litteratur som presentert i kapittel 3 ansees som komplementær.

6.1 Den rapporterende kultur

Sikkerhetsinformasjonssystemet (SIS) er en del av ABB AS OGC sin daglige risikostyring og sikkerhetsstyring i organisasjonen. Risiko -og sikkerhetsstyringen i ABB AS OGC med hensyn på HMS-rapporteringssystemet drives av de innrapporterte data den enkelte ansatte melder inn. Det som rapporteres inn skal ifølge HMS-styringssystemet være farlig/uønsket (forhold/handling) som forkortes til RUH. Det krav i ABB AS OGC at alle skal rapportere et gitt antall RUH pr år, hvor måltallet blir definert av ledelsen. Da spørreundersøkelsen ble sendt ut var dette kravet to i året, mens da intervjuene ble gjennomført hadde dette kravet økt til tre.

Å styre risiko forutsetter at det finnes en anerkjennelse at risikoen finnes og en forståelse av hva risikoen består av I enhver menneske styrt aktivitet finnes det en grad av risiko. (PTIL, 2016).

I ABB AS OGC viser empirien at 7% jobber på anlegg mens 93% jobber på kontor. Dette resultatet gjør at fokuset rettes mot de som jobber i ABB AS OGC på kontor. I spørreundersøkelsen svarer 64% at ved å rapportere HMS-hendelser bidrar man til å gjøre arbeidsplassen sikrere, mens 10 % svarer *nøytral, delvis uenig* eller *helt uenig* på spørsmålet. Dette vitner om at det er en stor enighet at det å rapportere HMS-hendelser oppleves av de ansatte som et tiltak for å gjøre arbeidsplassen sikrere. Hva deltagerne i spørreundersøkelsen mener med «sikrere» kan variere fra respondent til respondent. Aven forklarer begrepet risikopersepsjon på en slik måte at den opplevde risiko kan være forskjellig fra person til person (Aven, 2007). Annerkjennelsen av den risikoen som finnes kan derfor være personavhengig og hva risikoen på arbeidsplassen består av vil derfor også være individuelt. Dette vil si, at hva den enkelte ansatte ser på som en risiko i sin hverdag kan oppleves som noe helt annet for en annen ansatt. Derfor kan det forklare hvorfor noen rapporterer flere saker enn andre. Det kan også fortelle noe om graden av risikoen den enkelte føler i sin arbeidsdag. Intervjuene avdekket likevel at noen av de sakene som rapporteres, ikke har så mye med sikkerhet å gjøre, og at de ansatte kan være bevisste på dette forholdet. Sikkerhet kan beskrives som det som skal beskytte noe for farer og trusler. I følge Rausland, (Rausland & Utne, 2009) kan sikkerhet også sees i sammenheng med risiko, høy risiko gir lav sikkerhet. Det kan forstås som at organisasjonen har høy sikkerhet siden risikoen for arbeidsplassen oppfattes som lav av de ansatte.

I intervjuet ble eksempler tatt frem, for å understreke saker nevnt som typisk rapporters

- *Manglende rengjøring på kontor*
- *Bjørketrærne utenfor resesjonen er skjeve*

Det kan selvsagt diskuteres at dette var en enkelt individs utsagn og representerer ikke nødvendigvis majoriteten. Men likevel så er dette kjent hos lederne, at det kommer en del useriøse rapporter inn. Kan dette forstås som at det er lav risiko på arbeidsplassen, siden det kommer ikke-sikkerhetsrelaterte saker inn i SIS, og ledere godtar rapporter som ikke representerer en sikkerhet relatert hendelse. Eller kan det ha med risikopersepsjon å gjøre?

Eller manglete forståelse av hvordan systemet fungerer. Det er ikke identifisert tiltak fra ledelsen i forhold til å unngå de rapportene som ikke går på sikkerhet.

Spørreundersøkelsen viser at 74% er helt eller delvis enig i at de har fått opplæring i hvordan de skal rapportere HMS- hendelser (RUH). Dette kan tyde på en opplevelse av en god HMS-opplæring i organisasjonen. Så derfor burde det ligge til rette for rapporter som kan påvirke helsen, miljøet eller sikkerheten. Men dette forteller ikke noe om hvilke opplæring de ansatte har i forhold til hva hensikten med HMS- rapportering er og hva som menes med en HMS- hendelse.

Dersom organisasjonens ledelse fremmer at det er antall som er viktig og ikke innhold, kan dette være med å prege hva som rapporteres inn. Sikkerhetskulturen til en organisasjon består av faktorer som:

- Leders normer,
- De ansattes normer,
- Engasjement og
- Holdningene til ledere og ansatte.

På bakgrunn av dette kan det stilles spørsmål om hvis organisasjonen fremmer holdninger om hva som skal rapporteres inn og hva som er den bakenforliggende hensikten med rapportering, «*hva er en HMS- hendelse*», kan dette føre til at de ansattes holdninger for HMS- rapportering og engasjement for å skrive de gode rapportene blir fremmet?

Empirien viser at det også er fokus på de gode rapportene. Intervjuene gjort av lederne forteller at alle rapportene blir håndtert på samme måte og seriøsitet, slik at dersom det kommer en «alvorlig» rapport blir den håndtert med samme seriøsitet.

Ved utsagnet «*jeg rapporterer saker bare for å rapportere de to i året*», svarte 34% seg helt enig/delvis enig i denne påstanden, mens 50% sa seg ikke helt uenige/delvis uenig i påstanden. Det at de ansatte rapporterer for å rapportere etter krav om RUH, kan forklares med sikkerhetskulturens normer og verdier som forventes å følges av majoriteten og ledelsen. Det kan også indikere et skille i organisasjonen i forhold til årsak til rapportering. Intervjuene kunne vise en draging i retning i «enig» delen av spørreundersøkelsen. Eksempelvis stiller Person A seg kritisk til kravet om RUH og viser til «*rare*» RUH på grunn av folk blir desperate. Dette ble også nevnt i de andre intervjuene, der det blir tatt opp det å finne RUH og «*konkurransen*» om å finne nok

RUH. I påstanden «*jeg rapporterer ikke, dette på grunn av det ikke er noe å rapportere på min arbeidsplass*» svarer 27% seg helt enig/delvis enig i denne påstanden, og 56% er helt uenig/delvis uenig i denne påstanden. Dette viser at av de som svarte på undersøkelsen er det litt over halvparten som mener de rapporterer fordi det er noe å rapportere. Person A forteller at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er vaktmester oppgaver og hva som er HMS-hendelse (en farlig tilstand, RUH). Dette kan forklares med at typiske «vaktmesteroppgaver» godtas som en HMS-hendelse i organisasjonen.

Flere av intervjuobjektene opplyste også om at dersom en ikke rapporterer det antall mål RUH i året kunne det påvirke videre karriere og lønn. Det ble også informert om at dersom bedriften ikke nådde bedriftens mål om antall rapporterte RUH, kunne det også påvirke bonusordningene til dem som får det.

Reason diskuterer hvordan belønning og straff i forhold til endring av atferd virker. Belønning som kommer umiddelbart vises å gi mere av det ønskede resultatet enn straff. Derfor er det verdt å spørre seg om kanskje en belønning når de gode rapportene kommer inn, gir økende rapportering av de «gode» rapportene (de rapporter som forteller noe om helse, miljø eller sikkerhet)?

HMS-rapportene som blir identifisert av de ansatte blir rapportert inn i form av tall inn til den globale databasene ABB AS OGC blir målt i antall rapporter som blir sendt inn. Det virker å være et stort fokus på statistikk, der LTIFR er i fokus opp til ledelse, også sammenhengen mellom innrapporterte RUH, førstehjelpsskader og dødsulykker (pyramide-modellen) står i fokus. Som nevnt i kapittel 3.4 kan en spørre seg om denne type rapportering er adekvat for å «måle» at bedriften er sikker. Reason (2013) trekker frem Longford ulykken der LTIFR var lavt, og bedriften hadde god statistikk på slike data, likevel skjedde ulykken. Det vil derfor være nyttig å skille de individuelle og organisatoriske ulykkene ved ulike sett med årsakssammenhenger. Der som nevnt tidligere i kapittel 3.6, organisatoriske ulykker oppstår av en sammensetning av sammenkoblede feil av flere barrierer. Individuelle ulykker på den andre siden, involverer feil av personlig beskyttelse mot skade, hvor disse skadene kan både være mentalt og fysiske. Likheter for disse ulykkene er kommersielle påtrykk, inadekvate ressurser og en inadekvat sikkerhetskultur (Reason, 2013).

Datainnsamlingen gjort i forbindelse med konteksten viser at forbindelsen mellom kvalitetsavvik og HMS-rapportering ikke er synlig. HMS-hendelser følges opp av HMS-avdelingen, mens kvalitet følges opp av kvalitetsavdelingen. Det har ikke blitt identifisert noen grensesnitt mellom disse i prosedyrene. Intervjuene identifiserte ingen sammenheng mellom kvalitetsavvik og HMS-rapportering. Likevel ble det nevnt av person F at i den administrative rollen, er det viktig å ha kontroll på dokument revisjoner. Dette fordi tegninger som håndteres og som sendes til kunden eller til utførende ledd i bedriften kan påvirke produksjon og sikkerheten offshore. De andre intervjuene personene tok ikke opp en slik sammenheng. Dette kan være at spørsmålene stilt under intervjuet ikke tok tema opp eksplisitt. Dette kan likevel vitne om at sammenhengen mellom menneske, teknologi og organisatoriske feil, ikke har like stort i fokus i hele organisasjonen. HMS-rapportering bidrar på sin måte til å skape gode holdninger og en årvåkenhet i forhold til HMS.

De ansatte i ABB AS OGC indikerer i spørreundersøkelsen og i intervjuene at det er et fokus på HMS-rapportering. ABB globalt har en felles plattform for hvordan hendelser skal rapporteres og rapporter fra alle bedrift-enheter kan tas ut fra rapporterings portalen. Dette fokuset kan forklares med «pyramide-modellen» til Heinrich. I ABBs globale database for ulykkes registrering kan rapporter tas ut ved hjelp av *Opex Analyser*. Rapportene som tas ut viser sammenhengen mellom antall registrerte «hazards» (farlige tilstander) og dødsfall ut i fra teorien om pyramide-modellen. Rapportene analyserer også hvordan tilstanden til organisasjonen er i henhold til pyramide-modellen, der forventingen beskrevet i modellen, er at for hver dødsfall er det 30 alvorlige skader, 300 skader, 3000 nesten hendelser og 30000 farlige tilstander. Det kan være vanskelig å forstå sammenhengen dersom «manglende rengjøring» og «manglende kaffebønner i kaffe maskina» er en del av denne sammenhengen som rapporteres inn. Reason (1997) forteller at denne teorien kan si mer om de individuelle ulykkene enn de organisatoriske. Reason sin sveitserost (Figur 3-2) er ikke presentert i ABB AS OGC sin modell for HMS-rapportering. Dette kan forklares som nevnt tidligere med at modellen for årsaker til ulykker følger Heinrich sin pyramide-modell. Dette kan fortelle om et høyere fokus på det menneskelige fremfor det teknologiske og det organisatoriske.

(Haugen, 2010) Setter det på spissen med dette sitatet:

«På samme måte som det å slå opp en parasoll mot sola og er til hjelp hvis det begynner å regne ... men vi kan ikke bli så opptatt av parasollen at vi ikke ser at grillen er i ferd med å sette fyr på huset»

Dette det betyr at dersom bedriften har fokus på antall rapporter, kan man miste fokus på de andre faktorene som er med på å danne en organisatorisk ulykke. Dette siden både menneske, teknologi og organisasjon faktorer/systemer bør være intakte for at barrierene skal hindrer en hendelse fra å oppstå. For at HMS-rapporteringen skal kunne si noe om risikobildet vil det være viktig med kvalitet i det som skrives og fokuset på kvantitet bør på det beste likestilles med kvalitet.

6.2 Den rettfærdige kultur

Den rettfærdige kultur handler om organisasjons tilnærming til skyld. For at et rapporterende system skal fungere må det finnes rettfærdighet. I spørreundersøkelsen spørsmål 4, ble påstand *om forhold som kan bidra til at du ikke rapporterer hendelsen*, var disse punktene påstander knyttet til skyld:

- *Jeg er redd for at informasjonen kan bli brukt mot mine kolleger*
- *Jeg er redd for at informasjonen kan bli brukt mot meg*
- *Det kan føre til negative reaksjoner fra mine kolleger*
- *Jeg føler meg ikke trygg på å ta opp mine hendelser/feil*

Resultatet fra spørreundersøkelsen vist i kronologisk rekkefølge viser at majoriteten var uenig i dette. Under 20 % var helt enig eller delvis enig i alle påstandene som er beskrevet over. Det vitner om at de som jobber i ABB AS OGC er trygge på å rapportere saker uten at det vil gi negative følger for den som rapporterer. Spørsmål 6 bekrefter dette når det stilles spørsmål med hensikten med HMS- rapportering. Der det «å utpeke en person som ansvarlig for hendelsen» viser til at majoriteten (77%) er helt uenig eller delvis uenig i den påstanden. Intervjuene forteller også at det er ingen følelse av en «skyld» kultur i organisasjonen. Intervju personene forteller alle om en opplevelse av at det er videre læring om er fokuset og ikke det å fordele skyld.

Det ble også reflektert i intervjuene det med anonymitet. Synergi kan leses av alle og det er mulig å søke på personer for å få opp hvilke saker de personene har rapportert inn. Årsaken til dette forklares av Person C med at dette systemet er åpent for å sikre videre læring. De andre personene som ble intervjuet forklarer det samme at det oppleves ikke som et mål å peke ut en skyldig men å lære av hendelsene som er inne. Person F forteller også at det ikke er person men systemene som har skylda.

Intervjuene eller ved innsamling av data har ikke identifisert noen prosedyre for skyldfordeling. Men det blir fortalt at alvorlighetsgraden av en hendelse kan gjøre at en sak får følger (Person B) og blir tatt opp som brudd på integriteten til ABB AS OGC.

Synergi som et HMS- rapporteringssystem er som sagt over, åpent for alle å lese men det kan virke som det ikke skal ha noen innflytelse på om de ansatte rapporterer. Spørreundersøkelsen og intervjuene er klare på at skyldfordeling er et ikke-tema i ABB AS OGC. Men likevel forteller Person F at det kan noen ganger være tilfeller der en ikke vil rapportere fordi en får krasse tilbakemeldinger fra dem som er ansvarlig for å rette opp sakene som rapporteres. Dersom Synergi hadde vært anonym så ville ikke dette kanskje vært tilfelle. Person D forteller om kolleger som kan gjøre narr av sakene som rapporteres inn, dette fordi kolleger mener det ikke hører inn under RUH kategorien. Dette kan være et argument for å anonymisere HMS- rapporteringssystemet. På en slik måte at det er bare noen som kjenner til hva saken handler om. Reason (1997) forteller at *en rettferdig kultur forutsetter derfor at virksomheten klarer å skille mellom ulykker og intenderte avviksbrud. Anonymitet for dem som rapporterer om kritikkverdige forhold kan være en forutsetning for at det lar seg gjøre å skape tillitt og rettferdighet.*

Derfor kan det gi gevinst til ABB AS OGC å anonymisere navnene dette siden hendelsene bør stå i sentrum og ikke hvem som har rapportert. Person C forteller om rapporter som kan være direkte mobbing i rapporteringssystemet. Slike saker blir sendt videre til HR (Human Resources) for videre behandling, saken skal da behandles videre hos ABB AS, HMS- hovedkontor. Funn fra intervjuene og spørreundersøkelsen kan tolkes som at det er en tillitt til at rapportering er der for å skape læring og ikke en skyldfordeling. Både ledere, ingeniører og administrasjons arbeidere har den samme opplevelsen av skyldfordelings spørsmålet. Reason mener at *for å skape den rettferdige kultur så må det finnes tillitt og ha en evne til å se de bakenforliggende årsakene.*

Funnene kan derfor forklares som at det eksisterer en rettferdig kultur i ABB AS OGC med fokus på årsak og ikke på jakt etter en syndebykk.

6.3 Den fleksible kultur

Intervjuet med Person A belyste tema som er viktig i forhold til hvordan organisasjonen holdninger til HMS vs. kostnad og tidsbruk. Det ble fortalt i intervjuet med person A at det eksisterer holdning i ABB AS OGC om at dersom en ser at jobben bør stoppes så er

det fullt muligheter til det. Historien person A forteller om i intervjuet, handler om en ansatt som skal gjøre en jobb på et sikkerhetssystem ute på en plattform, på grunn av forsinkelser får ikke den ansatte startet med arbeidet før kvelden er nær. Den ansatte hadde jobbet i over tolv timer og var sliten. Den ansatte avlyste jobben den kvelden og planla jobben heller dagen etter. Dette ble godt mottatt i ledelsen og ble løftet frem som en god sak fortalte person A. Prinsippet om fleksibel kultur, forteller om nettopp slike situasjoner. Der det er mulig å ta beslutninger og avgjørelser uavhengig den hierarkiske posisjonene.

Dette peker på at det eksisterer en tillit til systemet og dette kan vise til at de ansatte har tillit til organisasjonen og tør å heve stemmen dersom det er tvil om at jobben kan utføres på en sikker måte. Om de ansatte tør å si stopp i en kontorhverdag, der det jobbes med sikkerhetskritiske dokumenter er ikke identifisert.

6.4 Den lærende kultur

For at de ansatte kan ha mulighet til å hente ut læring av tidligere hendelser er Synergi åpent med navn på ansatte. Her kan man søke på saker selv og høste læring. Dette kan fungere bra dersom de ansatte har fått informasjon i hvordan hente ut saker fra Synergi. Om dette er gjort er ikke identifisert i empirien.

Hver måned kommer det en mail fra direktøren i ABB AS OGC med blant annet link til informasjon om HMS og trender i forhold til RUH og informasjon om særlige saker som skal løftes for videre læring ut i organisasjonen.

Spørsmål 6 i spørreundersøkelsen stiller spørsmål hva hensikten med HMS- rapportering er, da svarene som er delvis enig og helt enig kan beskrives i denne rekkefølge:

- Videre læring slik at hendelsen ikke skjer igjen
- Gi ABB bedre Key Performance Indicator (KPI) å vise til kunder
- At det står i regelverket
- Utpeke en person som ansvarlig for hendelsen

Dette kan tolkes som at majoriteten opplever at videre læring av tidligere hendelser er den høyst prioriterte hensikten med HMS rapportering deretter er neste prioritet å gi god KPI til organisasjonen.

Dette resultatet kan også vises til i intervjuene der samtlige personer som ble intervjuet nevner dette med læring av hendelser. Det er også identifisert at det i prosedyrer for granskning skal rapportene distribueres ut i organisasjonen for videre læring. Det er ikke sett på bedriftens prosedyrer for formidling av disse læringene fra ulykker.

Det fortelles av person B at det savnes en *læringsdatabase for HMS av saker som har blitt avverget og ordnet opp i, da dette kan gi læringseffekt til andre prosjekter*. Person E forteller i forhold til videre læring *så har intranett informasjon tilgjengelig*. Det kan ha med søken etter informasjon som avgjør om de ansatte får med seg disse læringseffektene. Tilgjengelighet, fokus i ledergruppe og videre ned i organisasjonen er viktig for å få et slikt system til å fungere, sammen med holdningen til de ansatte med lederne om ønske om videre læring. ABB AS OGC har fokus på dette i sine prosedyrer og holdning hos de ansatte. Men som Reason forteller:

Det er lett å konstruere et system for læring av hendelser men å få det til å fungere er ikke like lett (Reason, 1997).

Westrum forteller at det må en generativ informasjonsflyt til i organisasjonen for å kunne skape en god lærings kultur (Westrum & Adamski, 2009). I følge prosedyrer skal det eksistere en slik informasjonsflyt.

Empirien viser at det er et fokus på å rapportere uønskede hendelser i organisasjonen, slik at det kan høstes læring av hendelser som har oppstått.

Positiv rapportering blir ikke nevnt i verken prosedyrer eller i intervjuene. Positiv rapportering kan fortelle om de sakene som går bra, slik at læring kan høstes av det som fungerer i organisasjonen. Denne type positiv rapportering som en del av kravet om HMS-rapportering, kan være et mulig tiltak for å få de gode rapportene som fremmer læring.

6.5 Den informerende kultur

Det er vanskelig å unngå at sub-kulturer slår rot, organisasjoner som denne oppgaven studerer har ofte flere typer modeller for hvordan de ansatte jobber sammen i hverdagen. ABB er et globalt firma som har flere enheter der enhetene styres ut i fra gitte retningslinjer gitt fra hovedkontoret. Videre er det delt opp i virksomhets-områder og videre ned i mindre avdelinger. Avdelingene vil også i perioder jobbe sammen i prosjekt. Derfor er det viktig å merke seg at det kan være variasjoner i hva slags holdninger som

eksisterer i firmaet. Intervjuene og spørreundersøkelsen indikerer at opplevelsen av rapporteringssystemet er forskjellig. Funn i intervjuene viste at det eksisterer en slags belønning og straff for kravet om rapportere inn hendelser. Intervjuene forteller om at dersom de ansatte ikke rapporterer inn kravene om tre RUH (tidligere to) så kan det påvirke lønnen til de ansatte samt enkelte mottar bonus dersom avdelingen OGC når KPI for RUH totalt. Dette funnet kan forstås som at ABB AS OGC ønsker å oppnå kvantitet fremfor kvalitet.

«*Manglende kaffebønner i kaffemaskina*», som Person B gir som et eksempel som en kontor HMS- hendelse, vil være en del av ABB AS OGC statistikk for RUH rapportert inn til ledelsen globalt. Det kan diskuteres om hvordan slike rapporter er med på å gjøre organisasjonen sikrere? Spesielt dersom organisasjonen benytter pyramide-modellen som en begrunnelse for å rapportere et viss antall i året. Pyramide-modellen forteller som nevnt om at for hver hendelse som er utrygg (fare) er det et forholdstall mellom nesten hendelser, førstehjelpsskader, større skader og dødsfall. Derfor ved å forhindre de mindre hendelsene vil en kunne forhindre de større skadene. Men hvordan kan manglende doruller og kaffebønner være en del av disse farene som rapporteres inn? Hvordan kan disse forhindre nesten-hendelser eller dødsfall? Det kan diskuteres om lønn og bonusordningene gjør at de ansatte ikke fokuserer på det faktiske budskapet i denne teorien representerer. Pyramide-modellen har liten vitenskapelig støtte fra forskningsmiljøet (Rosness, et al., 2010). Beviset om denne sammenhengen har noen huller, som for eksempel det at kvantiteten i rapporteringen prioriteres fremfor kvaliteten. Derfor kan det diskuteres om rapporteringen i ABB AS OGC kan forstås i forhold til pyramide-modellens prinsipp. Dette siden alt som havner i RUH kategorien rapporteres inn som en «hazard» til den globale databasen. Det menneskelige, teknologiske og organisatoriske årsakssammenhenger tas ikke opp i HMS- rapporteringssystemet til ABB AS OGC.

Det ble sagt i intervjuet at etter årets krav var nådd så var det ikke lenger like stort personlig fokus på å rapportere. Men på den andre siden ble det også sagt at dersom en ikke har dette kravet så vil ikke folk rapportere inn saker. Må man tåle doruller for å få de gode rapportene inn?

I spørsmål 7, viser majoriteten (65%) at de vet hva som menes med en HMS- hendelse, mens 19 % sier seg uenig i dette. Kan dette forklare at det kommer inn saker som ikke er HMS- relatert blir lagt inn på grunn av manglende forståelse i definisjon av HMS-

hendelse? Videre, på siste påstand om tilbakemelding på rapportene så viser det seg at de fleste er fornøyd med tilbakemeldingen, noe som også intervjuene bekrefter. Dette av både saksbehandlere og dem som har en «vanlig» rolle i HMS- rapportering systemet.

Empirien viser til som nevnt tidligere at majoriteten (90%) mener at ved å rapportere HMS- hendelser så gjør de arbeidsplassen sikrere. Det viser også intervjuene. Men en kan spørre seg om dette betyr at arbeidsplassen er sikrere lokalt? Individuelle ulykker står i fokus når det omtales dette systemet. I ABB sin opplæring av ulykketeori så henvises det til pyramide-modellen/isfjellmodellen. Det er etter denne de får forklart viktigheten med å rapportere. Det vises ikke i prosedyrer eller opplæring hvordan HMS-rapporteringssystemet ser sammenhengen mellom feil i design og feil på utstyr kan føre til feil videre i kjeden. Longford ulykken hadde et stort fokus LTI men ikke like stort fokus på teknologi og organisasjon. Det kan være systemer i ABB som tar dette med i betraktningene men som ikke vises i HMS-rapporteringssystemet. Personene som ble intervjuet kan bekrefte en slik antagelse der det er forskjellig hva forhold de har til storulykke og vitner om at dette nytt i organisasjonen.

Hvordan kan det sies at en organisasjon har en god sikkerhetskultur? Toppledelsen kan ha gode rapporter og statistikk på sikkerhet gjerne målt i LTIF. Dette kan forklares ved at ABB AS OGC og ABB gruppen, har en oppfatning om at menneskelig feilhandlinger er årsaken til ulykker og dermed kan de rette holdninger hindre ulykker.

6.5.1 Westrums nivåer av sikkerhetskultur

I dette del kapittelet skal Tabell 3-2 presentert i kapittel 3.5.6 brukes som teori for å forklare empirien. Denne tabellen presenterer de ulike nivåene, der høyresiden presenterer den gode sikkerhetskulturen mens venstre siden presenterer den mindre gode sikkerhetskulturen (Se, Figur 6-1, Figur 6-2, Figur 6-3, Figur 6-4)

6.5.1.1 Sikkerhetskultur karakteristika

Kultur har ingen klar definisjon, men en felles forståelse er gjerne at kulturen representerer de felles verdier en gruppe mennesker har. Organisasjonskultur forteller om de verdiene og holdningene en organisasjon har.

Spørreundersøkelsen og intervjuene viste til felles holdninger som hvordan skyldspørsmålet ble behandlet i organisasjonen samt viktigheten med å rapportere for å lære av hendelser som har skjedd. Likevel svarte noen i spørreundersøkelsen at de ikke

har tid til å rapportere, og det letes etter saker å rapportere, bare for å rapportere. Der det i noen tilfeller ikke har mye med HMS å gjøre.

Spørreundersøkelsen og intervjuene etterlater et inntrykk av at de ansatte har et ønske om å oppfylle organisasjonens krav. Dette kan være for å være en del av organisasjonskulturen, men det kan også gå på bekostning av HMS-rapporteringens hovedmål, som er å rapportere inn HMS- relaterte farer, nesten hendelser, skader osv. Presset etter å være innenfor organisasjonens verdier kan gjøre at det rapporteres inn saker som nødvendigvis ikke har med sikkerhet å gjøre. Ser man sikkerhetskultur i sammenheng med Schein sin forklaring på sub-kulturer, kan sub-kulturene som kan oppstå i en organisasjon, påvirke organisasjonens holdninger og utvikling i forhold til sikkerhet.

Intervjuene gav informasjon om at kravet om HMS- rapportering fører til at det fleipes mye rundt HMS-rapportering. Likevel i spørreundersøkelsen sier majoriteten at HMS-rapportering har et stort fokus i deres avdeling. Disse forskjellene kan forklares med at noen av de ansatte føler ansvar for HMS- rapportering, mens noen grupper gjør ikke dette. Det kan tyde på at det eksisterer sub kulturer i organisasjonen, hvilket ikke vil være så overraskende i en organisasjon på 1051 ansatte. De ansatte som svarte på spørreundersøkelsen viser at majoriteten av dem som svarte fremstår som opptatt av HMS og er opptatt av at arbeidsplassen er en trygg plass å jobbe på. Et funn fra Intervjuene indikerer også at alle HMS- rapporter blir behandlet seriøst slik at de sakene som har en alvorlighetsgrad blir behandlet på korrekt måte og tiltak blir gjort for å hindre gjentagelse. Dette kan forklares ved at ABB AS OGC er en sikkerhetskultur som er proaktiv. ABB AS OGC viser seg å ha et stort fokus på videre læring og innhenting av data fra hendelser som rapporter fra den globale databasen står i fokus.

Patologiske	Reaktive	Beregnete	Proaktiv	Generativ
Hvem bryr seg som sikkerhet så lenge vi ikke blir tatt	Sikkerhet er viktig: vi gjør mye hver gang vi har en ulykke	Vi har systemer på plass for å håndtere alle slags uønskede hendelser	Vi forsøker å forutse sikkerhetsproblemer før de oppstår	HMS er hvordan vi jobber her

Figur 6-1 Sikkerhetskultur karakteristika

6.5.1.2 *Hendelse/ ulykkes rapportering*

Datainnsamlingen sammen med intervjuet viser til at granskning gjøres i forbindelse med alvorlige ulykker eller hendelser som har ført til personskade. Spørreundersøkelsen og intervjuene gav lite informasjon relatert til videre granskning av alvorlige HMS-

hendelser. Empirien viser til at læring av hendelser, beskrives som den viktigste hensikten for HMS- rapportering. Denne forståelsen av hensikt kan forklares med at ved hendelse og ulykkes rapportering fremstår ABB AS OGC som en proaktiv sikkerhetskultur. Person E forteller at det er lett å høste læring fra hendelser i bedriftens intranett side. Samt de månedlige rapportene fra ABB AS OGC direktøren, støtter denne oppfattelsen om en proaktiv sikkerhetskultur.

Patologiske	Reaktive	Beregnete	Proaktiv	Generativ
Mange hendelser blir ikke rapportert. Granskning tar plass bare etter en alvorlig ulykke har oppstått. Analyser tar ikke hensyn til den menneskelige faktoren eller går utover lovens krav	Det er et informerende rapporteringssystem og granskning sikter bare på umiddelbare årsaker, for å dokumentere at en granskning har blitt gjort. Granskningen fokuserer på å finne de skyldige. Det er lite systematisk oppfølging og tidligere hendelser er ikke tatt hensyn til.	Det er prosedyrer og mye data og aksjonspunkter, men muligheter for å adressere de virkelige problemstillingene er ofte manglende. Søken for årsaker er ofte avgrenset de den lokale arbeidsstyrken.	Det er trente granskere med en systematisk oppfølging for å sjekke at endringer har blitt gjort og opprettholdt. Rapportert har blitt sendt til selskapet i bredden for å dele informasjon og for å lære av hendelsen. Det er lite kreativitet i å se for seg de underliggende problemene som kan påvirke bedriften.	Granskning og analyser er drevet av en dyp forståelse av hvordan ulykker oppstår. De virkelige problemene er identifisert ved aggregere informasjon av et bredt spekter av hendelser. Oppfølging er systematisk, for å sjekke at endringer er gjort og vedlikeholdt

Figur 6-2 Hendelse/ ulykkes rapportering

6.5.1.3 Fare og-farlige handlinger rapportering

Empirien viste at ABB AS OGC er opptatt av rapporteringsmål, og har satt krav til samtlige ansatte uavhengig arbeidsområde, om et minimumskrav om tre RUH i året. Dette kravet kunne påvirke lønnsforhandlinger og i bonusordninger for dem som har det. Intervjuene viser til et høyt fokus på å rapportere saker, men ikke like stort fokus på å rapportere kvalitet i sakene. Prosedyreverket viser til at den som rapporterer inn må levere inn sak der tittel og beskrivelse av hendelsen. Der den som mottar rapporten fyller inn tapspotensial, årsak og tilordner tiltak. Det kan diskuteres om saksbehandler er rett person til å gjøre dette siden denne personen mest sannsynligvis ikke var tilstede under hendelsen. Intervjuene identifiserte et strengt krav om HMS- rapportering, der kvantitet var viktig for å få en god score i bedriften. Både med tanke på lønn og bonusordninger samt gevinsten i å lære av tidligere hendelser. Denne organisasjonstypen sammenfaller med Westrums forklaring på den beregnende sikkerhetskultur vist under i figuren under.

Patologiske	Reaktive	Beregnete	Proaktiv	Generativ
Det er ingen rapporter	Rapportering er enkel og saklig. Fokuset er å finne hvem eller hva som forårsaket situasjonen. Selskapet sporer ikke tiltakene/aksjonene etter rapportering.	Rapportering følger et ferdig format for kategorisering og dokumentasjon av observasjoner. Det er antall rapporter som teller. Selskapet krever et komplett skjema uten tomme felter.	Rapporteringen ser etter «hvorfor» heller enn «hva» eller «når». Rask innlevering av rapportering er verdsatt og blanke felter kan fylles inn senere. Ledelsen setter rapporterings mål.	Alle ledt aktivt får tilgang til og bruke informasjonen som genereres av rapporter i sitt daglige arbeid

Figur 6-3 Fare og-farlige handlinger rapportering

6.5.2 Benchmarking, trender og statistikk

Spørreundersøkelsen viser at KPI er en av de viktigste hensiktene med å rapportere HMS-hendelser. KPI benyttes både internt og eksternt for å vise trender og statistikk i organisasjonen. At dette er viktig kan forklares ved at organisasjonen kan beskrives som en reaktiv sikkerhetskultur, der det er et mål om å være den «beste i klassen» i forhold til de andre konkurrentene i sitt marked og dårlig statistikk ødelegger deres plassering sammenliknet med andre. Trender fra den globale databasen via pyramide-modellen kan ifølge gi indikator på helsen til ABB AS OGC. Denne «helsetesten» kan forklares ved at det kan være en proaktiv sikkerhetskultur tankesett i sentrum. Dette tankesettet kjennetegnes gjerne ved at data er viktig å vise til organisasjonen, der trender og strategi for veien videre er mye i sentrum.

Patologiske	Reaktive	Beregnete	Proaktiv	Generativ
Overholder lovpålagte HMS rapporteringskrav men ingenting ekstra. Benchmarking bare på finans og produksjon.	Forsøker å svare slik andre selskaper gjør og bekymrer seg over hvor mye en ulykke koster og hvordan deres plassering er i «safety league». Statistisk rapportering av umiddelbare årsaker til ulykker.	Benchmarker hendelser og ulykker. Vise mye data publisitet i hele organisasjonen. Fokus på aktuelle problemstillinger som kan måles objektivt og oppsummert numerisk	Benchmarker mot andre i samme industri, drevet av ledelsen. Forsøker å være den beste i industrien. Ser etter trender, forstår dem og bruker dem til å lage en strategi. Forklarer funn ved tilsyn.	Benchmarker utenfor industrien, bruker både «harde» og «myke» mål Involverer alle ledd i organisasjonen i å identifisere tiltak for forbedring

Figur 6-4 Benchmarking, trender og statistikk

6.6 Oppsummering

I dette kapittelet har empirien blitt diskutert ved hjelp av risiko og sikkerhet teori. Deretter har informasjonen som utgjør empirien i kapittel 5 blitt forklart i lys av Reason og Westrum teori for hva som er god sikkerhetskultur.

Det siste avsluttende del i denne oppgaven vil det være en sammenfatning av det som har blitt diskutert i kapittel 6.

7 Konklusjon

«Bidrar HMS-rapportering til å utvikle en god sikkerhetskultur»

Formålet med denne masteroppgaven var å drøfte om HMS-rapportering bidrar til å utvikle en god sikkerhetskultur i ABB AS OGC. Det er gjort ved å undersøke hvordan HMS-rapporteringssystemet fungerer, samt utføre spørreundersøkelse og intervju med de ansatte.

I kapittel 3.6 presenteres Figur 7-1 (også vist som figur 3-4) som teoribidrag for å kunne svare på problemstillingen.



Figur 7-1 Teoribidrag for å svare på problemstillingen for oppgaven

Som figuren viser, innehar alle teoriene momenter som kan bidra til å forklare om HMS-rapportering bidrar til en god sikkerhetskultur i ABB AS OGC.

Sikkerhetskultur, ulykkes-teori, sikkerhet og risiko er også teorier som sammen kan benyttes til å svare på problemstillingen, slik som Figur 7-1 over viser.

Studien viste at risiko-og sikkerhetsstyringen i ABB AS OGC med hensyn på HMS-rapporteringssystemet drives av de innrapporterte data den enkelte ansatte melder inn. De innrapporterte dataene er hjemlet i et krav fra ledelsen om tre RUH i året. Alle dataene som rapporteres inn til ABB AS OGC blir så videre rapportert i en global database. I denne databasen tar selskapet ut trender som forteller noe om risikobilde til en bedrift

enhet, som for eksempel OGC. Spørreundersøkelsen viste at de ansatte er enig om at HMS-rapportering er et tiltak for å gjøre bedriften sikrere.

Det ble også identifisert at dersom den enkelte ansatte når kravet om tre RUH kan det påvirke lønnsstigningen i varierende grad. Det ble også identifisert at det eksisterer bonusordninger der resultatet for organisasjonen totalt innrapportere saker, kan påvirke uttellingen. Dette kunne igjen påvirke rapporteringsgrad til den ansatte ifølge intervjuene. Det kan også svare på hvorfor kvantitet har et så stort fokus i organisasjonen.

Den rapporterende kultur:

Resultatene viser at ABB AS OGCs ansatte er opptatt av å rapportere. Men det er et mål om kvantitet fremfor kvalitet som svekker den gode rapporterende kulturen. Studien viser at kravet om tre RUH gjør at de ansatte kan føle liten mening med rapporteringen siden de jobber i et kontorlandskap. Studien viser også at teorien bak det høye rapporteringskravet er basert på Heinrich sin teori om pyramide-modellen. Studien viser også at alle farer rapporteres inn til den globale databasen, selv dem som ikke går på HMS eller påvirker sikkerheten til den ansatte i noen grad. Dette er ikke i henhold til teorien om pyramide-modellen der den viser sammenhengen mellom like hendelser. Studien viser også at HMS-rapporteringssystemet har et stort fokus for de menneskelige farene, men de teknologiske og organisatoriske farene blir ikke vurdert sammen med dette. Studien viser derfor at ABB AS OGC har et forbedrings potensiale i forbindelse med å sette dette i sammenheng med hverandre. Positiv rapportering er heller ikke en del av rapporterings rutinene og kan med fordel dra nytte av å innføre dette, da positiv rapportering kan også bidra til at organisasjonen lærer av det som fungerer bra i organisasjonen.

Den rettferdige kultur:

Resultatene viser at de ansatte i ABB AS OGC ikke eller i liten grad frykter disiplinær forfølgelse og straff som følge av rapporteringen. Studien viser at det er uklart i prosedyreverket hvordan skyld skal håndteres. Men det er en genuin forståelse i ABB AS OGC at det den enkelte rapporter skal ikke føre til disiplinære forfølgelse. Dette taler for at ABB AS OGC kan beskrives som en rettferdig kultur.

Den fleksible kultur

I spørreundersøkelsen ble ikke spørsmål knyttet til den fleksible kultur tatt opp, men intervjuet avdekket en verdi i selskapet som forteller hvordan ABB AS OGC holdninger er til å si stopp når arbeidet ikke lenger er sikkert. Dette ble fortalt var en norm i ABB AS OGC at dersom arbeidet ikke føles sikkert så har alle rett til å si stopp. Dette kan beskrive ABB AS OGC som en fleksibel kultur.

Den lærende kultur:

Spørreundersøkelsen og intervjuet samt datainnsamlingen viste til tydelig oppmerksomhet rundt læring fra tidligere hendelser. Synergi er åpent og tilgjengelig for alle ansatte. Dette fordi alle har anledning til å søke opp hendelser slik at disse kan benyttes som videre læring. Likevel kan åpenheten i ABB slå to veier. Det er bra å være åpen og fremme god læring, men trenger man navnene på personene for å lære? Når det gjelder organisatorisk læring viser studien at det har forbedringspotensialet med å få læringen ut i organisasjonen. Synergi kan benyttes som et verktøy for å høste ut læring, men bare en liten gruppe benytter dette verktøyet i hverdagen og har erfaring med å ta ut rapporter. ABB AS OGC har systemer som kan forklares med at de kan beskrives som en lærende kultur. ABB AS OGC er ikke en fabrikk eller operatør på en plattform. Men likevel så jobber ABB AS OGC med sikkerhetsfunksjoner som anlegg og plattformer er avhengig av for å unngå en storulykke. Longford ulykken ble nevnt i kapittel 3.4. Denne ulykken er en viktig påminnelse om viktigheten i å se ulykker i en større kontekst. Det å ikke bare se de menneskelige hendelsene men også sammenhengen mellom de menneskelige, teknologiske og organisatoriske faktorene som sammen virker på omgivelsene. Reason(1997) snakker om nettopp dette ved de individuelle ulykkene og de organisatoriske ulykkene. Det er selvsagt viktig å fokusere på de individuelle ulykkene. Men for at arbeidsplassen skal være sikkert både på kontoret og for dem som er sluttbrukere av produktene som utvikles på kontoret. Må organisatoriske ulykke tankegang få en større plass i bedriften.

Westrums nivåer for sikkerhetskultur:

På grunn av det store observerte fokuset på tall og statistikk er det vanskelig å beskrive ABB AS OGC som en generativ sikkerhetskultur ved Westrums nivå. Det generative nivå er den alle organisasjoner strever etter å oppnå men sjeldent klarer. Funn viser at ABB AS OGC beskrives som en proaktive sikkerhetskultur i Westrums nivå for

sikkerhetskultur. Dette vil være en god indikasjon på at ABB AS OGC gjør mye rett i sikkerhetsarbeidet.

Svaret på Problemstillingen:

Bidrar HMS rapportering i til å utvikle en god sikkerhetskultur i ABB AS OGC

ABB AS OGC har forbedringspotensialet i forhold til HMS- rapportering spesielt med fokuset på kvalitet fremfor kvantitet. Studien viser at ABB AS OGC kan beskrives som en rettferdig og lærende kultur. Ut i fra historie fra intervjuet kan det også sies at ABB AS OGC beskrives som en fleksibel kultur. Organisasjonen kan også beskrives som en proaktiv sikkerhetskultur. HMS rapportering, slik det gjøres i ABB AS OGC, er med på å utvikle en god sikkerhetskultur. Men de gode rapportene kan risikere å forsvinne i mengden på grunn av kvantitet fokuset. Dersom ABB AS OGC fokuserer mer på kvaliteten i det som rapporteres inn, samt også sammenhengen mellom menneske, teknologi og organisatoriske faktorer, kan det føre til at organisasjonen får en sterkere sikkerhetskultur.

7.1 Behov for ny forskning?

Det ville være interessant å undersøkt videre hvordan organisasjonen håndterer storulykke i en større kontekst. Dette vil være verdifullt i forhold til hvordan en produktleveranse leverandør virker inn i det store komplekse bilde i organisatorisk ulykkes-teori tankesett.

Det ville også vært interessant å undersøkt hvordan den globale organisasjonen og den sentrale organisasjonen samspiller som en HRO-organisasjon (high reliability organization), da med tanke på storulykke/ organisasjonsulykker og håndtering av dette fra en desentralisert organisasjon perspektiv.

8 Referanser

Alvesson, M. & Sveningsson, S., 2008. *Changing Organizational Culture- Cultural change work progress*. New York: Routledge.

Aven, T., 2007. *Risikostyring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Aven, T. et al., 2014. *Samfunnssikkerhet*. 6 red. Oslo: Universitetsforlaget.

Aven, T., Røed, W. & Wiencke, H. s., 2008. *Risikoanalyse. I*: Oslo: Universitetsforlaget, pp. 13-26.

Christensen, S. A. & Rinde, H., 2009. *Nasjonale utlendinger: ABB i Norge*. s.l.:Gyldendal akademisk .

Dallan, O., 2006. *Metode og opppgaveskriving for studenter*. 3 red. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Devlin, D., 2012. *Killing the pyramid. A new perspective on reducing the risk of major accident*. [Internett]

Available at:

http://www.dnvusa.com/industry/maritime/publicationsanddownloads/publications/updates/cruise/2012/01_2012/Killingthepyramid.asp

Forskningsrådet, juni 2013. *Forskningsrådet- Folk svarer ikke lenger*. [Internett]

Available at:

http://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk_svarer_ikke_lenger/1253986892964

[Funnet 15 11 2015].

Geertz, C., 1973. *The interpretation of cultures selected essays*. New york: Basic Books.

Glendon, A. I. & Stanton, N. A., 2000. Perspectives on safety culture. *Safety science*, Issue 34, pp. 193-204.

Haugen, S., 2010. *Hvordan bruke erfaring fra granskning til å utvikle robuste HMS-systemer*. Trondheim, Safetec, NTNU, pp. 5-6.

Haugen, S., 2011. *Brent barn skyr ilden, men hjelper det å miste hammeren først?*. s.l., NTNU, pp. 1-21.

Haukelid, K., 2007. Theories of (safety) culture revisited- An anthropological approach. *Safety science- Elsevier*, 30 May, pp. 413-426.

Jacobsen, D. I., 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Kletz, T., 2009. *What Went wrong*. 5 red. Oxford: Elsevier Inc.

Lauder, K. J., 1993, April. *A safety culture perspective. Proceeding of the Fligth safety Foundation 38th Annual Corporate Aviation Safety Seminar (pp 11-17)*. Arlington, VA.

- Lovdata, 1997. *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)*. [Internett]
Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>
[Funnet 28 Januar 2016].
- Lovdata, u.d. *Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)*. [Internett]
Available at: <http://lovdata.no/forskrift/2010-02-12-158/§15>
- Løvås, G. g., 2008. *Statistikk for høyskoler og universitet*. 2 red. Oslo: Universitetsforlaget.
- ndla, 2016. *Begrepet kultur*. [Internett]
Available at: <http://ndla.no/nb/node/2460>
- Nettavisen, 2015. *Snart må du ha sikker jobbanalyse for å gå på dass*. [Internett]
Available at: <http://www.nettavisen.no/na24/--snart-ma-du-ha-sikker-jobbanalyse-for-a-ga-pa-dass/8493014.html>
- NSM, 2016. *Nasjonal sikkerhetsmyndighet- Sikkerhetskultur*. [Internett]
Available at: <https://www.nsm.stat.no/tjenester/sikkerhetskultur/>
[Funnet 26 02 2016].
- Parker, D., Lawrie, M. & Hudson, P., 2005. A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Safety Science*, 10 October, Volum 44, pp. 551-562.
- Pidgeon, N. & O'Leary, M., 1994. Organizational safety culture: Implications for aviation practice. I: N. M. & R. F. N. Johnston, red. *Aviation psychology in practice*. Aldershot, England: Avebury Technical, pp. 21-43.
- PTIL, 2007. *HMS og Kultur*. stavanger: Petroleumstilsynet.
- PTIL, 2014. *Deepwater Horizon/Macondo - oppfølging i Ptil*. [Internett]
Available at: <http://www.ptil.no/deepwater-horizon-oppfoelging/category1050.html>
- PTIL, 2016. *Risiko og risikoforståelse*. [Internett]
Available at: <http://www.ptil.no/risiko-og-risikoforstaelse/risiko-og-risikoforstaelse-article9600-823.html>
[Funnet 12 03 2016].
- PTIL, 2016. *Storulykkerisiko*. [Internett]
Available at: <http://www.ptil.no/storulykkerisiko/category839.html>
[Funnet 09 05 2016].
- PTIL, u.d. *Risikostyring*. [Internett]
Available at: <http://www.ptil.no/risikostyring/category838.html>
[Funnet 28 Januar 2016].
- Questalyze®, 2016. *Spørreundersøkelser- kalkulasjon av en spørreundersøkelse's pålitelighet*. [Internett]

Available at: <http://www.spørreundersøkelser.no/index.asp?valg=Kalkulator>
[Funnet 05 03 2016].

Rausland, M. & Utne, I. B., 2009. *Risikoanalyse -teori og metoder*. 1 red. Trondheim: tapir akademisk forlag.

Reason, J., 1997. *Managing the risk of organizational accident*. 1 red. Surry: ashgate.

Reason, J., 2013. *A life In Error, from slips to big mistakes*. 1 red. Surrey: Ashgate Publishing Limited.

Rosness, R. et al., 2010. *Organisational accident and resilient organisations: sex perspectives. revision 2*, s.l.: Sintef technology and society.

Schein, E. H., 1990. Organizational culture. *American Psychologist*, Februar, p. 11.

SNL, 2015. *Store Norske Leksikon -Sikkerhet*. [Internett]
Available at: <https://snl.no/sikkerhet>
[Funnet 28 Januar 2016].

SNL, 2016. *Store Norske Leksikon, Organisasjon*. [Internett]
Available at: <https://snl.no/organisasjon>

SNL, u.d. *Store Norske Leksikon*. [Internett]
Available at: www.snl.no

Weick, K. E., 1990. the vulnerable System: An Analysis of the tenerife Air Disaster. *Journal of Managemenet*, 16(3), pp. 571-593.

Westrum, R. & Adamski, A. J., 2009. Chapter 5. Organizational Factors Associated with Safety and Mission Success in Aviation Environments. I: V. .. D. H. a. D. J. .. G. John A . Wise, red. *Handbook of Aviation Human Factors E.2*. Second Edition red. s.l.:CRC Press.

Vedlegg

Vedlegg A:

- Spørreundersøkelsens informasjonsbrev og spørsmål

Vedlegg B:

- Invitasjonsbrev til fokusgruppen og intervjuguide

Vedlegg

A: Spørreundersøkelse

B: Forespørsel om intervju og intervjuguide

Spørreundersøkelse

Innledning/ følgebrev med informasjon til de ansatte se bilde under:

I vårt arbeide med å utvikle HMS trenger vi din tilbakemelding. Evalueringen er beregnet til noen få minutter. Vi er takknemlige for svar så raskt som mulig.

Hensikten med et HMS styringssystem er å kontrollere HMS risikoen vi eksponeres for. Sentrale elementer i å lykkes med dette, er vår evne til lære av de erfaringer vi gjør oss, og at vi hele tiden evner å forbedre vår HMS prestasjon. Det er derfor viktig for oss å undersøke hvor kjent systemet er i organisasjonen og hvordan du opplever det. Vi er også ute etter å avdekke hvilke elementer som fremmer og hemmer at du rapporterer inn farlige forhold (RUH) gjennom Synergi.

Du kan velge å svare anonymt.

Takk for din deltakelse.

Hiisen HMS avdelingen

- Ansatt informasjon
 - Alder
 - Lokasjon
 - Avdeling
- Del 1
 - Spørsmål om HMS-avdelingen generelt og om tilgjengelighet for de ansatte
- Del 2
 - Spørsmålene som blir behandlet i denne oppgaven. Disse går ut på holdninger til rapporteringer og hvordan den ansatte opplever Bedriftens HMS rapporteringssystem. Det ble laget 9 spørsmål knyttet til dette. Disse ni spørsmålene finnes i tabellen under

Camilla Mikkelsen
VEDLEGG A

	Del 2: spørreundersøkelse RUH rapportering	Enig	Delvis enig	Nøytral	Delvis uenig	Uenig
1	Du har fått opplæring i hvordan det skal rapporteres HMS hendelser (RUH) i ABB					
2	Det er prioritert i din avdeling å rapportere HMS hendelser					
3	HMS rapporteringsfokus kan hindre deg i å utføre, forsinker eller gjør det vanskelig for jobben din					
4	<p>Se for deg at du er involvert i en HMS hendelse i forbindelse med jobb. Hvilke forhold kan bidra til at du ikke rapporterer hendelsen?</p> <p>Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser</p> <p>Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene</p> <p>Hendelsen fikk ingen alvorlige konsekvenser</p> <p>Jeg er redd for at informasjonen kan bli brukt mot meg</p> <p>Jeg er redd for at informasjonen kan bli brukt mot mine kolleger</p> <p>Det kan føre til at bedriften mister kontrakter/oppdrag</p> <p>Det kan føre til negative reaksjoner fra mine kolleger</p> <p>Jeg føler meg ikke trygg på å ta opp mine hendelser/feil</p> <p>Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter</p> <p>Feil jeg gjør, angår ingen andre</p>					

Camilla Mikkelsen
VEDLEGG A

	Jeg vet ikke hvordan jeg skal rapportere en hendelse					
5	Du lar være å rapportere fordi det er lettere å fikse saken selv. Og det har ingen hensikt å rapportere når saken allerede er løst					
6	Hva opplever du at hensikten med HMS rapportering er? Utpeke en person som ansvarlig for hendelsen Videre læring slik at hendelsen ikke skjer igjen At det står i regelverket Gi ABB bedre Key Performance Indicator (KPI) å vise til kunder					
7	Hvor står du i forhold til følgende påstander om HMS rapportering? Jeg rapporterer saker bare for å rapportere de to i året Jeg rapporterer ikke, dette på grunn av at det ikke er noe å rapportere på min arbeidsplass Jeg er usikker på hva som menes med en HMS hendelse					
8	Når du har rapportert en HMS hendelse, får du tilbakemelding på din rapport					
9	Ved å HMS rapportere bidrar du til å gjøre arbeidsplassen din sikrere					

Forespørsel om intervju

Hei

Jeg holder for tiden på med en masteroppgave i risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitetet i Stavanger. Tema for oppgaven er «HMS-rapportering (RUH) og hvor vidt det bidrar til å utvikle en god sikkerhetskultur». I den forbindelse lurer jeg på om det var mulig å kunne få tatt en prat med deg omkring dette tema. Under er det listet opp en del tema jeg tenker vi kan diskutere.

Alle intervjuobjekter vil bli anonymisert i oppgaven (det henvises bare til for eksempel; Leder, prosjekt leder, ingeniør, Administrasjonen etc.)

Tema for diskusjon:

- Opplæring i HMS-rapportering- hvorfor rapporterer vi?
- Hva som typisk rapporteres
- Hva påvirker rapporteringsgrad?
- Hvordan gjør HMS-rapportering arbeidsplassen sikrere for deg og din arbeidsdag
- Tilbakemelding på det som rapporteres
- Storulykke

MVH
Camilla Mikkelsen

Intervjuguide:

Introduksjon

1. Takke for velvilje til å stille på intervju
2. Introdusere meg selv
3. Oppgavens hensikt
4. En er ikke ute etter riktige eller gale svar
5. Intervjuets varighet
6. Intervjuene blir behandlet konfidensielt og vil bli anonymisert
7. Intervjuene blir slettet etter oppgaven er ferdig.
8. Er det i orden at enkelte uttalelser fra intervjuet siteres i oppgaven?
9. Noen spørsmål?

Ansattes bakgrunn:

1. Fartstid i ABB
2. Arbeidsoppgaver/ Stilling

Intervjuet

1. Hva er ditt forhold til HMS-rapportering i din arbeidsdag
2. Hvordan påvirker kravet om to RUH- hva skjer dersom en ikke rapporterer?
3. Hvem har skylda? - Håndtering av skyld-spørsmålet?
4. Kommunikasjon av HMS-rapportering- hva skjer med rapportene som sendes inn?
5. Hva kan påvirke hvorvidt en rapporterer en sak eller ikke?
6. Hvordan opplever du bedriftens forhold til storulykke og arbeid med å forhindre dette?
Ledere: hvordan blir dette kommunisert opp til ledelsen?

En storulykke er definert som en akutt hendelse, for eksempel et større utslipp, en brann eller en eksplosjon, som umiddelbart eller senere medfører flere alvorlige personskader og/eller tap av menneskeliv, alvorlig skade på miljøet og/eller tap av større økonomiske verdier.

Avslutning

1. Informere om videre arbeid og hvordan jeg kan kontaktes