

Säkerhetskultur och händelserapportering

- en studie av SITA och hur de kan förbättras inom dessa områden

Emma Bengtsson

Evelin Härefors

Lund, Sverige, 2010

Titel/Title

Säkerhetskultur och händelserapportering - en studie av SITA och hur de kan förbättras inom dessa områden

Safety culture and incident reporting - a study of SITA and how they can improve in these areas

Författare/Authors

Emma Bengtsson
Evelin Härefors

Handledare/Supervisor

Åsa Ek, Ergonomi och aerosolteknologi, LTH
Kristian Ram, SITA

Antal sidor/Number of pages

131

Sökord

Implementera, olyckskategorisering, ledningssystem, lärande, rapportering, riskhantering, säkerhetskultur, SITA

Keywords

Accident statistics, implementation, learning, management system, reporting, risk management, safety culture, SITA

ISRN

LUTMDN/TMAT-5140-SE
EAT 2010

©Copyright: Ergonomi och aerosolteknik, Lunds tekniska högskola, Lunds universitet, Lund, 2010.

Ergonomi och aerosolteknik
Lunds tekniska högskola
Lunds universitet
Box 118
221 00 Lund

Telefon 046-222 80 16
Fax 046-222 44 31

Ergonomics and Aerosol Technology
Faculty of Engineering
Lund University
P.O. Box 118
SE-221 00 Lund
Sweden

Telephone +46 46 222 80 16
Fax +46 46 222 44 31

Sammanfattning

SITA är ett av Sveriges ledande avfallshanteringsföretag och bedriver verksamhet på 60 lokalkontor. Företaget ingår i den franska koncernen Suez Environment. Verksamheten i Sverige sysslar med att samla in nästan all typ av avfall samt att återvinna det. Denna typ av verksamhet innebär att de anställda dagligen utsätts för en hel del risker. SITA har i dagsläget problem med att veta hur de ska hantera dessa risker och därmed upprätta en god arbetsmiljö för sina anställda.

Syftet med detta arbete är att hjälpa SITA samt skapa förutsättningar för att öka säkerheten. Detta görs genom att besvara de övergripande frågorna:

- **Hur kan SITA förbättra sitt säkerhetsarbete och olycksförebyggande arbete?**
- **Hur ser säkerhetskulturen på SITA ut och hur kan den förbättras?**

Arbetet började med en omfattande litteraturstudie där områden som riskhantering, olycks- och tillbudsrapporter, säkerhetskultur, rapportering, ledningssystem och implementering av nya arbetsätt studerades. För att kunna besvara frågeställningarna genomfördes en enkätstudie och en intervjustudie med anställda på SITA. Dessutom har de händelserapporter gällande avvikelser, tillbud och olyckor som rapporterats i deras interna system från åren 2008-2009 analyserats för att finna trender i var händelser sker. För att kunna genomföra detta krävdes att definitionerna för avvikelse, tillbud och olycka omdefinierades eftersom de befintliga inte använts på ett konsekvent sätt i rapporteringen. Detta resulterade i en orsakskategorisering som är tänkt att kunna hjälpa SITA i att prioritera åtgärder för förbättringsarbete. Den orsakskategori som blev störst för alla typer av händelser var *Handhavandefel*. För att ytterligare ta reda på orsakerna gjordes även en underkategorisering av orsakskategorierna. Det fanns olika orsaker till handhavandefel, men framför allt visades att säkerhetsrutiner inte efterföljs eller helt saknas. Resultaten från 125 enkäter och 20 intervjuer är många. Framför allt så jämfördes anställdas svar med examensarbetets teoretiska förankring och utifrån det analyserades frågeställningarna. Denna analys resulterade i följande förslag på förbättringsåtgärder inom SITA:

- Införa någon typ av **ledningssystem** för säkerhet vilket framförallt kan bidra med tydligare målsättningar och bättre kontroller.
- Se till att **implementeringar** går stegvis och att så många anställda som möjligt får chans att diskutera och vara delaktiga i beslut som innebär förändring.
- Se till att resurser **prioriteras** för att minska avvikelser, tillbud och olyckor i främst kategorin handhavandefel.
- Inom hela SITA börja använda de **definitioner** som föreslagits och använts i denna rapport vad gäller avvikelse, tillbud och olycka.
- Sätta upp **mål** för rapporteringen. En rekommendation är att förhindra att tillbud i framtiden blir olyckor och därmed börja utvärdera rapporterna i enlighet med den kategorisering och underkategorisering som presenterats i denna rapport.
- Bättre **kommunikationsutbyte** inom och mellan avdelningar och regioner.
- Bättre och ökad **feedback** till anställda.
- Se till att alla genomgår **säkerhetsintroduktionen**.

Utifrån den använda mognhetsmodellen för säkerhetskultur (SCMM) för värderades SITA till nivån *hanterande*.

Abstract

SITA is one of Sweden's leading waste management companies and operates in 60 local offices. The company is a part of the French group Suez Environment. SITA recycles and collects nearly all types of waste. These activities mean that the employees are exposed daily to many risks. SITA has difficulty managing these risks and establishing a good working environment for the employees shown in increased number of work related accidents and incidents. The purpose of this thesis is to help SITA to create conditions to increase safety. This is done by answering the following overall questions:

- **How can SITA improve their safety and accident prevention work?**
- **What is the safety culture at SITA and how can it be improved?**

The work began with an extensive literature study, where risk management, safety culture, reporting, management systems and implementation of new working methods were studied. In order to answer the questions above, a survey was conducted and interviews were held with a number of employees at SITA. In addition, the incident reports regarding incidents and accidents reported in SITA's internal system from the years 2008 and 2009 have been analyzed to find trends considering the causes for their work related occurrences. This resulted in a causal categorization which is intended to help SITA in prioritizing actions for improvement. In order to find these categories it was important that the definitions were distinct considering failures, near misses and accidents. These are not used consistently in the reporting system today. *Operating errors* is the causal category which resulted as the largest category for all types of events. To identify the reasons even more, further categorization of causal categories was done. This result showed that safety procedures are not followed or just missing.

Many results could be found from 125 questionnaires and 20 interviews. What the staff responded was compared to the thesis theoretical foundation and based on the analyzed questions. This analysis resulted in the following suggestions for improvement at SITA:

- Establish some type of **management system** which is particularly capable of providing clearer objectives and a better controlling system.
- Ensure that **implementation** is separated in phases and that as many employees as possible have the chance to be involved in decisions involving change.
- Ensure that the resources are **prioritized** to reduce failures, near misses and accidents in the category of *Operating errors*.
- Start using the **definitions** used in this thesis in terms of failures, near misses and accidents.
- Set a **target** for their reporting system. One recommendation is to prevent near misses which will become accidents in the future and thus begin assessing the reports in accordance with the categorization and the further categorization presented in this thesis.
- Better **communication** exchange within and between regions and local offices.
- Improve and increase **feedback** to all employees.
- Ensure that all employees will take part in the **safety introduction**.

Based on the used safety culture maturity model (SCMM) SITA's safety culture is valued as *managing*.

Förord

Detta arbete har varit väldigt roligt och givande att genomföra men utan hjälp från några speciella personer hade detta inte varit möjligt.

Vi vill därför börja med att tacka alla de anställda inom SITA som hjälpt oss med att genomföra intervjuerna och enkätundersökningen. Här vill vi rikta ett särskilt tack till de som deltog i enkätundersökningen eller ställde upp på att bli intervjuade.

Dessutom vill vi passa på att tacka vår handledare på SITA, Kristian Ram, för all snabb respons och den behjälplighet som han bidragit med under arbetets gång.

Stort tack till Åsa Ek för all tid och vägledning.

Till er andra, trevlig läsning!

Lund, 2010

Emma Bengtsson

Evelin Härefors

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.2	Syfte och mål.....	1
1.3	Frågeställningar.....	2
1.4	Begränsningar.....	2
1.5	Avgränsningar.....	2
2	Metod.....	3
2.1	Litteraturstudier.....	3
2.2	Studie av SITAs rapporteringssystem och tillhörande definitioner.....	3
2.3	Sammanställning och kategorisering av SITAs olycksrapporter.....	3
2.4	Intervjuer och enkätundersökning.....	4
2.5	Reliabilitet.....	6
2.6	Validitet.....	6
2.7	Representativt urval.....	7
3	Organisationen - SITA Sverige.....	9
3.1	Ägare.....	9
3.2	Organisationsstruktur.....	9
3.3	Verksamhet.....	10
4	Riskhantering.....	11
4.1	Risk.....	11
4.2	Riskhanteringsprocessen.....	11
4.2.1	Riskanalys.....	11
4.2.2	Riskvärdering.....	13
4.2.3	Riskreduktion.....	13
4.3	Arbetsmiljölagen.....	13
5	Säkerhetskultur.....	14
5.1	En god säkerhetskultur.....	14
5.1.1	Rapporterande kultur.....	15
5.1.2	Lärande kultur.....	21
5.1.3	Flexibel kultur.....	22
5.1.4	Rättvis kultur.....	22
6	Mäta säkerhetskulturen hos en organisation.....	23

6.1	Frågeformulär av Ek.....	23
6.2	Safety Culture Maturity Model (SCMM).....	23
6.3	Använd metod.....	25
7	Förändringsarbete i en organisation.....	27
7.1	Implementering.....	27
7.2	Lärande	27
7.3	Ledning.....	27
7.4	Uppnå målen.....	28
7.5	Ledningssystem	28
7.5.1	PDCA- cykeln.....	28
7.5.2	Effektiviteten hos ett ledningssystem.....	29
7.5.3	Ledningssystem för riskhantering.....	29
8	Säkerhetsarbetet inom SITA	30
8.1	Systematiskt arbetsmiljöarbete	30
8.2	Rapporteringssystem.....	30
8.3	Arbetsplatsträffar	31
8.4	Introduktion för nyanställda	31
8.5	Säkerhetsblad.....	32
8.6	Skyddsronder	32
8.7	Månadskontroll	32
8.8	Fordonstillsyn.....	32
8.9	Skyddsombud.....	32
8.10	Internrevision	32
8.11	Externrevision	32
8.12	Koncernavtal med grundläggande principer för hälsa och säkerhet	32
8.13	Andra krav från GDF Suez- koncernen.....	33
9	Definitioner.....	34
9.1	SITAs definitioner	34
9.2	Använda definitioner	34
10	Resultat - Olycksstatistik inom SITA	35
10.1	Orsakskategorisering av avvikelser, tillbud och olyckor	35
10.2	Underkategorier gällande orsaker.....	37
10.3	Fördelning av underkategori gällande orsaker till olyckor	38
10.3.1	Brist hos kund	38

10.3.2	Brist på egen fastighet	38
10.3.3	Handhavandefel.....	38
10.3.4	Fel på utrustning.....	39
10.3.5	Övriga.....	39
10.4	Fördelning av underkategorier gällande orsaker till tillbud.....	39
10.4.1	Brist hos kund	40
10.4.2	Brist på egen fastighet	40
10.4.3	Handhavandefel.....	40
10.4.4	Fel på utrustning.....	41
10.4.5	Övriga.....	41
10.5	Fördelning av underkategorier gällande orsaker till avvikelse	41
10.5.1	Brist hos kund	41
10.5.2	Brist på egen fastighet	42
10.5.3	Handhavandefel.....	42
10.5.4	Fel på utrustning.....	42
10.5.5	Övriga.....	43
11	Resultat - Regionskillnader	44
11.1	Skillnader mellan år 2008 och 2009	44
11.2	Genomsnittligt antal rapporter för båda åren	44
12	Resultat - Enkäter	45
12.1	Säkerhetskulturen	45
12.2	Skillnader och likheter mellan studerade avdelningar	46
12.3	Skillnader och likheter mellan chefer och kollektiva.....	46
12.4	Arbetsituation.....	46
12.4.1	Trivsel.....	47
12.4.2	Utrustning i arbetet	47
12.4.3	Stress.....	47
12.5	Flexibilitet.....	47
12.6	Kommunikation.....	47
12.7	Rapportering	47
12.7.1	Rapporteringssystemet.....	47
12.7.2	Kring rapporteringen.....	48
12.7.3	Anonymitet.....	49
12.7.4	Öka rapporteringen	50

12.8	Rättvisa i organisationen	50
12.9	Lärande i organisationen	51
12.10	Beteenden som påverkar säkerheten	51
12.10.1	Säkerhetsrutiner	51
12.10.2	Säkerhetsutbildning	51
12.11	Attityder till säkerheten.....	52
12.12	Uppfattning om säkerhet.....	52
12.13	Möjligheter inom säkerhet	52
13	Resultat - Intervjuer	53
13.1	Säkerhetskultur	53
13.2	Arbetsituation.....	53
13.3	Flexibilitet.....	54
13.4	Kommunikation.....	54
13.4.1	Ledning.....	54
13.4.2	Mellan avdelningar och regioner.....	55
13.4.3	Intranätet	55
13.4.4	Arbetsplatsträff (APT)	55
13.5	Rapportering	55
13.6	Rättvisa i organisationen	56
13.7	Lärande i organisationen	57
13.8	Beteenden som påverkar säkerheten.....	57
13.9	Attityder till säkerheten.....	58
13.10	Uppfattning om säkerhet.....	58
13.11	Möjligheter inom säkerhet	58
14	Diskussion	59
14.1	Säkerhetskultur och SCMM.....	59
14.2	Arbetsituation.....	60
14.3	Flexibilitet.....	61
14.4	Kommunikation.....	62
14.5	Rapportering	63
14.5.1	Jämförelse mellan SITAs rapportering och teorin	63
14.5.2	Orsakskategoriseringen.....	65
14.5.3	Regionskillnader	68
14.5.4	Tydliga mål med rapporteringssystemet	70

14.6	Rättvisa i organisationen	71
14.7	Lärande i organisationen	71
14.8	Beteenden som påverkar säkerheten.....	72
14.9	Attityder till säkerheten.....	72
14.10	Uppfattning om säkerhet.....	73
14.11	Möjligheter inom säkerhet	74
14.12	Ansvar	74
15	Åtgärdsförslag.....	75
15.1	Viktigaste åtgärderna	75
15.2	Ledningssystem	75
15.3	Implementering.....	75
15.4	Prioritera rätt	76
15.5	Definitioner	76
15.6	Rapportering	76
15.6.1	Kategorisera	77
15.7	Kommunikationsutbyte	77
15.8	Feedback.....	77
15.9	Säkerhetsintroduktion	77
15.10	Ledningen	78
15.11	Förbättrad säkerhetskultur med hjälp av SCMM	78
15.12	Krav på kunder	78
16	Referenser	79
	Bilaga A. Lathund Orsakskategorisering.....	82
	Bilaga B. Intervjumall Tjänstemän	83
	Bilaga C. Enkätfrågor om Arbete och Säkerhet på SITA	87
	Bilaga D. Skärmdump av händelserapport.....	90
	Bilaga E. Säkerhetsintroduktion	91
	Bilaga F. Checklistor för kontroll av fordon och internrevision samt GDF SUEZs koncernavtal för säkerhet och hälsa i arbetet.	95
	Bilaga G. Tabell över enkätresultat.....	108
	Bilaga H. Säkerhetsfaktorerna för de olika avdelningarna.....	112

1 INLEDNING

Detta arbete utgör examensarbete vid Riskhanteringsprogrammet och omfattar 30 högskolepoäng. Uppdragsgivaren är SITA Sverige AB och arbetet har genomförts vid Lunds Tekniska Högskola.

1.1 Bakgrund

SITA Sverige bedriver verksamhet inom avfallshantering samt återvinning och ingår i det franska miljöföretaget Suez Environment. Verksamheten i Sverige ser till att hämta och ta hand om avfall för att på bästa sätt värna om miljön. Man tar hand om allt från metallskrot till farligt avfall från både privatpersoner, företag och kommuner. SITA har även andra verksamheter som exempelvis miljökonsultation, slamsugning och marksanering. På grund av denna bredd varierar arbetsuppgifterna för personalen beroende på vad de jobbar med. (SITA, 2010) SITA har i dagsläget problem med ett ökat antal olyckor som leder till sjukfrånvaro och företaget vet inte hur de ska förändra denna negativa trend.

Ett av SITAs problem vad gäller olyckor är att när en olycka väl inträffar leder det i många fall till långa sjukskrivningar. Det finns teorier om hur problem, liknande dem som SITA har, påverkas av den säkerhetskultur som råder i företaget. En förbättring av denna kultur skulle kunna innebära färre antal olyckor och därmed en säkrare arbetsmiljö.

SITA har idag ett otydligt system för rapportering av avvikelser, tillbud och olyckor vilket gör att det finns en potential för förbättrad rapportering och därmed ett förbättrat lärande i verksamheten. Det förbättrade lärandet kan leda till ett bättre olycksförebyggande arbete och ett minskat antal olyckor.

I teorin nämns ofta fyra underliggande kulturer; rapporterande, lärande, rättvis och flexibel för att en organisation ska kunna uppnå en god säkerhetskultur (Reason, 1997). För att kunna bedöma en organisations säkerhetskultur och genom det förstå var bristerna finns behöver kulturen mätas eller utvärderas på något sätt. Utvärderingsmetoderna som används är många och i rapporten används en kombination av Eks (2006) metod och Safety Culture Maturity Model (SCMM) av Fleming (2001).

Enligt svensk lagstiftning har arbetsgivaren skyldighet att förebygga olyckor eller ohälsa (Arbetsmiljöverket, 2010). Om det finns faktorer i organisationen som kan leda till olyckor eller ohälsa ska dessa faktorer hanteras så att riskerna blir försumbara. Inom SITA finns en medvetenhet om riskerna i arbetsmiljön, förknippat med deras grundläggande verksamhet och de har skyldighet att arbeta förebyggande för att minska dessa. Ett sådant arbete kan utföras som en riskhanteringsprocess vilken består av riskanalys, riskvärdering och riskreduktion (IEC, 1995).

1.2 Syfte och mål

Arbetets syfte och mål är att skapa förutsättningar för att öka säkerheten för anställda inom SITA Sverige. Förändringar som kan bli aktuella är till exempel att säkerhetskulturen utvecklas vilket skulle

kunna följas av ett förbättrat säkerhetstänk hos personalen, ett förändrat händelserapporteringssystem, nya arbetsrutiner och nya tydliga definitioner av vad en olycka eller ett tillbud är. En annan del av arbetet består i att skapa förutsättningar för att förbättra olycksstatistiken och minska antalet olyckor. Detta genom att ta hänsyn till de anställdas åsikter utifrån intervjuer och enkätundersökningar som kommer att genomföras. För att komplettera dessa kvalitativa och kvantitativa studier finns tidigare olycksstatistik från SITA samt litteratur till förfogande. Detta ska resultera i eventuella förslag på hur förbättringar kan förverkligas.

1.3 Frågeställningar

För att nå de ovan uppsatta målen har följande frågeställningar ställts upp.

Hur kan SITA förbättra sitt säkerhetsarbete och olycksförebyggande arbete?

- Vad kan utläsas från olycksstatistiken idag?
- Vilka likheter och skillnader kan utläsas mellan olika regioners rapportering och olycksstatistik?
- Förslag på hur förbättringsarbete ska prioriteras för att minska antalet olyckor.

- Används samma definitioner och syn på vad en olycka, tillbud eller avvikelse är inom hela SITA?
- Hur bör händelserapportering fungera och på vilket sätt skiljer sig SITAs rapportering från teorin?
- Hur kan man få anställda att rapportera mera?
- Vad är de anställdas inställning till händelserapporteringen samt en förbättring av den?

- Vilken säkerhetsutbildning får nyanställda och hur ser uppföljningen ut?
- Kan säkerhetsutbildningen förbättras och i så fall hur?

Hur ser säkerhetskulturen inom SITA ut och hur kan den förbättras?

- Hur ser säkerhetskulturen ut inom SITA idag?
- Hur kan SITA förändra sin säkerhetskultur för att skapa en större medvetenhet för de risker som finns?
- Skillnader och likheter mellan de studerade avdelningarna?
- Hur kan SITA arbeta långsiktigt med sin säkerhetskultur?

1.4 Begränsningar

Arbetet riktar sig till hela SITA Sverige men på grund av arbetets omfattning kommer intervju- och enkätstudier inte att kunna genomföras på alla avdelningar.

1.5 Avgränsningar

Arbetet kommer inte att resultera i några tekniska lösningar för att minska antalet olyckor. Detta överläts till SITA.

2 METOD

I detta kapitel presenteras de metoder som använts för att genomföra arbetet och kunna besvara ställda frågeställningar.

2.1 Litteraturstudier

I början av arbetet lades grunden för projektet då litteratur inom risk- och säkerhetsområdet studerades. Litteraturen valdes så att de uppsatta frågeställningarna skulle innefattas. Den studerade litteraturen visade på teorier som sedan jämfördes med hur det ser ut på SITA. Under tiden litteraturstudien pågick studerades också information om SITA som företag för att få en tydligare bild över deras verksamhet. Detta gjordes på SITAs kontor i Malmö. För att lära mer om hur en vetenskaplig rapport bör skrivas och hur dessa sedan publiceras studerades även litteratur i skrivmetodik. Framför allt lästes boken *How to write and publish a scientific paper* av Robert A. Day. För att kunna kvalitetssäkra resultaten av intervjuerna genomfördes även en litteraturstudie i intervjuteknik. Inom detta område studerades främst boken *Den kvalitativa forskningsintervjun* av Steinar Kvale. Då det blev aktuellt att sammanställa en enkät och genomföra enkätstudie studerades boken *Enkäten i praktiken* av Göran Ejlertsson.

2.2 Studie av SITAs rapporteringssystem och tillhörande definitioner

Funktionaliteten hos SITAs befintliga händelserapporteringssystem undersöktes genom att studera hur de befintliga verktygen fungerar. Denna studie genomfördes på SITAs kontor i Malmö.

SITA har sedan tidigare definitioner på vad de betraktar som tillbud och arbetsskada. Dessa valdes som definitioner även i denna rapport, dock med förändringen att arbetsskada benämns som olycka istället. Definitionen för avvikelse (vilken rekommenderas införas i SITAs system) presenteras i rapporten och formulerades genom diskussion samt genom att undersöka hur andra utformat den.

2.3 Sammanställning och kategorisering av SITAs olycksrapporter

De olycksrapporter som finns registrerade i SITAs händelserapporteringssystem sammanställdes och kategoriserades för att få en övergripande bild av vilka problem som finns i verksamheten. Denna kategorisering utfördes genom att gå igenom de rapporter som finns registrerade i SITAs rapporteringssystem från åren 2008-2009. Sjukfrånvarostatistik inom SITA från samma tidsperiod användes också då ett flertal av dessa sjukfrånvarotillfällen inte fanns registrerade i rapporteringssystemet. Alla dessa rapporter delades in i tre typer av händelser; avvikelse, tillbud eller olycka enligt de definitioner som presenteras i den här rapporten. Rapporterna hade sedan innan en typbeteckning men denna var inte konsekvent och med tanke på de tydligare definitionerna (som utformats i arbetet) gjordes förändringar i rapporternas typbeteckningar. Vid den fortsatta kategoriseringen kvarstod denna indelning av avvikelse, tillbud eller olycka. Efter att ha studerat händelserapporterna och dess orsaker blev resultatet att de tre typerna av rapporter kunde kategoriseras i följande fem kategorier; *Brist hos kund*, *Brist på egen fastighet*, *Handhavandefel*, *Fel på utrustning* samt *Övrigt*. Kategorierna är ett resultat av vad som visade sig vara de vanligaste orsakerna till negativa händelser. Dessa togs

fram för att hjälpa SITA med prioriteringar vid framtida förbättringsarbete. Dessa fem kategorier är ett viktigt resultat då de även fortsättningsvis kan användas i SITAs system. För att få en uppfattning om hur stor andel varje orsakskategori har till SITAs händelser beräknades procentuella fördelningar mellan de fem kategorierna inom var och en av typerna avvikelse, tillbud eller olycka. De kategorier som efter fördelningen visade sig innefatta störst andel av rapporterna utvärderades och presenteras i större utsträckning i rapporten. För att ytterligare förtydliga de bidragande orsakerna genomfördes en kategorisering med ett antal underkategorier inom varje orsakskategori. Dessa underkategorier gjordes mer specifika än orsakskategorierna. För underkategoriseringen presenteras resultatet även här i procentuella fördelningar inom varje kategori eftersom andelarna varierade mellan både typer (avvikelse, tillbud eller olycka) och orsakskategorier. Dessa fördelningar betraktades också som ett resultat då de bland annat visade på möjligheten att kategorisera. Då kategorisering och underkategorisering var klar följde en diskussion kring vilka orsaker som visade sig vara vanligast och inom vilka områden som åtgärder bör vidtas för att på bästa sätt lyckas minska antalet olyckor. Orsakskategoriseringen i sin helhet finns att överblicka i Bilaga A.

För att undersöka om det fanns skillnader mellan olika regioner (Nord, Mellan, Öst och Syd) när det gäller vad som rapporteras och hur mycket som rapporteras, delades rapporterna upp efter respektive region. Därefter sorterades rapporterna efter avvikelse, tillbud eller olycka. För att kunna jämföra om det fanns skillnader mellan åren 2008 och 2009 gjordes även denna indelning. Eftersom regionerna har olika antal anställda krävde jämförelsen att resultaten presenterades som antal rapporter per anställd. Anställningsunderlag togs fram av SITAs personalavdelning. Siffrorna som personalavdelningen tog fram var gällande för 1 december år 2008 respektive 2009. Med detta material jämfördes sedan hur de olika regionernas rapportering förändrats mellan åren samt hur uppdelningen ser ut för de olika regionerna vad gäller mängd olyckor, tillbud och avvikelser som rapporteras. Den sista jämförelsen utfördes med genomsnittliga siffror från de två studerade åren. Ett genomsnitt beräknades även för antalet anställda.

2.4 Intervjuer och enkätundersökning

Utifrån den information och teori som fanns tillgänglig kring området säkerhetskultur och säkerhetsarbete sammanställdes en intervjumall. Denna kan betraktas vara semi- strukturerad, då en mängd frågor inom åtta olika områden formulerades och gav ett bra stöd vid intervjuerna. Dessa områden återkom i enkäten för att underlätta jämförelse mellan intervjuerna och enkätundersökningen. Totalt genomfördes 20 intervjuer, se Tabell 1 och 2 för uppdelningen mellan avdelningar och tjänster.

Tabell 1. Antal intervjuer inom respektive tjänst.

Tjänst	Antal
Avdelning - Driftledare	6
Avdelning - Säljare	1
Avdelning - Administratör	4
Avdelning - Kollektiv	4
Regionalt	2
Centralt	3

Tabell 2. Antal intervjuer inom respektive avdelning.

Avdelning	Antal
Hagby (Stockholm)	7
Malmö	3
Örnsköldsvik	1
Sundsvall	1
Saltsjö-Boo	1
Förslöv	2
Regionalt	2
Centralt	3

Intervjuerna genomfördes på plats på avdelningarna Malmö, Hagby (Stockholm) samt Förslöv. Resterade intervjuer fick, på grund av avståndet och problem med att få till flera intervjuer under samma dag, hållas på telefon. Denna avvägning gjordes då det var viktigt att intervjuerna genomfördes med stor täckning över landet och inte enbart i den närmsta regionen. I valet av intervjuerpersoner spelade inte bara den geografiska placeringen roll, utan även deras tjänst. En stor bredd av SITAs personal och ledning på olika positioner täcktes in då de 20 intervjuerna genomfördes. Främst var det tjänstemän och personal från ledningen som intervjuades. Detta eftersom problem med kollektivs arbetstider gjorde det svårt att genomföra intervjuer. Kollektivanställdas åsikter beslutades därför istället att läggas större vikt vid i den mer omfattande enkätundersökningen. Intervjuerna inriktades på arbetsplatsens säkerhetskultur, bland annat om deras uppfattning om ledningens säkerhetsarbete i organisationen. Det togs även upp hur de ser på en förändring av dagens säkerhetsarbete och hur de tror att en sådan förändring i så fall skulle kunna genomföras, för exempel på intervjumall (tjänstemän) se Bilaga B.

Enkätundersökningen pågick samtidigt som intervjuerna genomfördes. Huvudsyftet med enkätundersökningen var att få in åsikter från fler anställda än de som intervjuades, främst kollektivanställda, och att få ett mer kvantitativt mått på hur säkerhetskulturen inom SITA ser ut, se Bilaga C. Enkätundersökningen utformades med Eks mall som bas (Ek, 2006) men för att anpassa frågorna till SITAs verksamhet gjordes vissa förändringar i enkäten. Vilket innebar att en del frågor togs bort eller omformulerades.

Denna enkät spreds på olika sätt inom ett antal avdelningar över hela Sverige, se Tabell 3. I vissa fall delades den ut under arbetsplatsträffar då alla närvarande fyllde i. I andra fall delades den ut bland personalen, utskriven eller via e-post, och skickades sedan in var för sig eller samlat via post. I samtliga fall kontaktades avdelningschefen för att utföra enkäten på sin avdelning. Även regioncheferna kontaktades med förhoppningen att det skulle ge större genomslagskraft.

Intervjuerna sammanställdes därefter genom en genomgång av allt material, för att sedan ta fram återkommande kommentarer och andra åsikter som uttrycktes inom de olika ämnesområden (arbetsituation, flexibilitet, kommunikation i arbetet, rapportering, rättvisa i organisationen, lärande i organisationen, beteenden som påverkar säkerheten, attityder till säkerheten och uppfattning om säkerheten) som även enkäten bygger på. Enkätundersökningen sammanställdes i Excel där resultaten, i form av bland annat tabeller och diagram, kunde presenteras. Resultaten från intervjuer och enkäter samt den uppfattning som gavs under besök på tre olika avdelningar jämfördes med teorin inom det studerade området.

Tabell 3. Antal enkäter från deltagande avdelningar.

Avdelning	Antal
Laholm	6
Helsingborg	1
Tomelilla	6
Varberg- Falkenberg	23
Fyrbodals	9
Ulricehamn	9
Örebro	10
Vänersborg	1
Söderköping	1
Jönköping	5
Hagby (Stockholm)	39
Mora	10
Norrköping	1
Annan	2
Regionalt	1
Centralt	1

Denna jämförelse resulterade i förbättringar som företaget kan genomföra för att minska antalet olyckor och stärka deras säkerhetskultur. Resultatet från enkäten och intervjuerna värderades också för att få en uppfattning om vilken nivå SITAs säkerhetskultur är på idag. Detta gjordes dels för att få reda på just vilken nivå i mognadsmodellen SCMM de ligger på och dels för att lättare kunna säga vilket som är nästa steg i utvecklingen av kulturen. Enkäterna och intervjuerna gav också värdefull information om hur de anställda ser på säkerhetsarbetet och hur de upplever att en förändring kan genomföras. Denna information värderades också för att få fram bästa möjliga åtgärder till förändring.

Då resultatet från enkäten skulle tolkas valdes en skala mellan 1-5 som representerade de fem olika svarsalternativ som fanns i de flesta frågorna. En femma betecknade det bästa svaret utifrån om företaget kan anses ha en god säkerhetskultur. Utifrån detta kunde sedan medelvärde för varje fråga tas fram samt medelvärde för varje ämnesområde.

Efter att resultaten tagits fram och dess reliabilitet, validitet samt representativitet kontrollerats genomfördes en diskussion kring resultaten. Denna diskussion resulterade sedan i de åtgärdsförslag som presenteras sist i denna rapport.

2.5 Reliabilitet

Då arbetets resultat till stor del grundar sig på intervjuer och en enkätundersökning är det viktigt att kunna säkerställa de resultat som presenteras. Reliabiliteten anger tillförlitligheten i utförda mätningar. Den visar på likheterna mellan de observerade och de verkliga värdena. Ett sätt att visa detta är med hjälp av korrelationen mellan dessa två värden. En stor reliabilitet tyder på lite fel, vilket i sin tur tyder på exakthet i undersökningen. Då reliabiliteten för en undersökning är känd kan denna även appliceras på individnivå så att exaktheten i individens svar kan bestämmas. (Hammond et al., 2006)

2.6 Validitet

Validitet är ett mått på hur väl man mäter det man faktiskt vill mäta. Det är möjligt att en undersökning har en hög reliabilitet, alltså tillförlitligheten i mätningarna är god men det måste inte betyda att validiteten är god eftersom det inte med säkerhet visar att mätningen mätt det den är tänkt att göra.

I denna rapport används redan validerade metoder för att utvärdera säkerhetskulturen, därför görs ingen vidare analys av validiteten. Validiteten kan också stärkas då två olika metoder vars resultat liknar varandra används, exempelvis intervjuer och enkätundersökning, vilket var fallet i denna studie. (Hammond et al., 2006)

2.7 Representativt urval

Då en undersökning görs inom ett urval av en stor grupp individer är det viktigt för resultatet att urvalet är representativt. Detta betyder att den utvalda gruppen bör vara lik den totala gruppen i viktiga avseenden för undersökningen. Först då kan resultaten kring exempelvis egenskaper eller åsikter generaliseras från urvalet till totala gruppen. (Nationalencyklopedin, 2010)

Den enkätundersökning som genomförts på ett antal avdelningar inom SITA leder till ett resultat som i denna rapport används för att bland annat jämföra säkerhetskulturen mellan dessa. Då hela verksamhetens åsikter och svar utvärderas används alla, även de avdelningar som endast skickat en enkät. Då avdelningarna ska jämföras är det endast de avdelningar där fem eller fler anställda svarat som finns med i jämförelsen. Detta på grund av att resultaten bör vara representativa för hela avdelningen.

Tabell 5. Representativitet (svarsfrekvens) på de olika avdelningarna.

Avdelning	Antal enkäter	Antal anställda	Representativitet (%)
Laholm	6	16	38
Helsingborg	1	47	
Tomelilla	6	7	86
Varberg- Falkenberg	23	33	70
Fyrbodals	9	13	69
Ulricehamn	9	11	82
Örebro	10	25	40
Vänersborg	1	8	
Söderköping	1	18	
Jönköping	5	12	42
Hagby (Stockholm)	39	55	71
Mora	10	14	71
Norrköping	1	53	
Annan	2		
Regionalt	1		
Centralt	1		
Totalt	125	1163	11

Totalt svarade 125 anställda på enkäten vilket är 11 % av SITAs totala personal, se Tabell 5. Representativiteten är mycket bättre inom de utvalda avdelningarna där Laholm har lägst representativitet med 38 %. Dock har de flesta andra nästan den dubbla, cirka 70 %, vilket kan betraktas vara representativt för avdelningen. Siffran med antalet anställda innefattar även de som inte är fast anställda vilka kanske inte heller ska läggas för stor vikt vid. De personer som intervjuats har valts ut utan inblandning av anställda inom SITA. De har istället valts ut på grund av deras tjänst i företaget. Där emot bör det uppmärksammas att enkäter skickats till ett stort antal avdelningar över hela Sverige, men att det i vissa fall varit frivilligt att delta. Då enkätens insamlingsperiod sammanfallit med avdelningars arbetsplatsträffar har dessa genomförts på plats med alla anställda. I de fall då enkäten endast delats ut för att sedan skickas in personligen finns det risk för att de som är mest säkerhetsmedvetna svarat i större utsträckning. Detta kan då ha medverkat till ett missvisande resultat. Det är tro-

ligt att dessa säkerhetsmedvetna personer ger en sämre helhetssyn på säkerhetskulturen än vad verkligheten visar då de är mer kritiska.

Dessutom är det oklart hur många som är kollektiva och hur många som är tjänstemän. Enkäten är framförallt till för att få de kollektivs syn på säkerheten och i det avseendet kanske representativiteten är högre men detta kommer inte att utredas närmare.

3 ORGANISATIONEN - SITA SVERIGE

Detta kapitel består av en presentation av SITAs styrning och organisation.

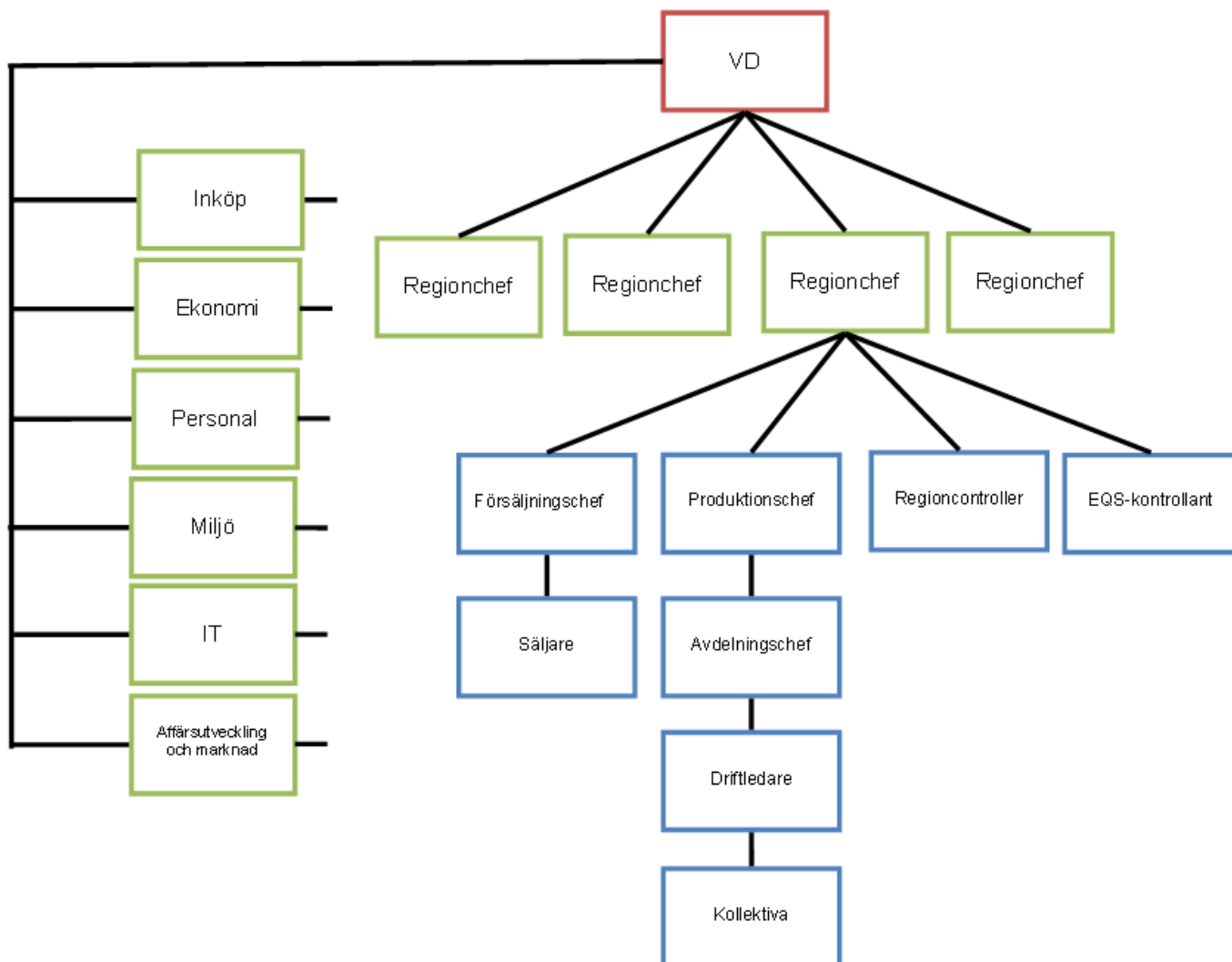
3.1 Ägare

SITA ägs av Suez Environment som är ett börsnoterat franskt företag. Suez har drygt 60 000 medarbetare runt om i världen, men den största delen av verksamheten finns i Europa. De är ett miljöföretag som arbetar med framförallt vattenrening och avfallshantering. Suez är världsledande inom dessa områden. (SITA, 2010)

Suez i sin tur ägs av GDF Suez- koncernen. GDF Suez:s krav på sina företag inom bland annat säkerhet, hälsa och miljö är höga och lika för alla.

3.2 Organisationsstruktur

I Figur 1 presenteras den organisationsstruktur som råder inom SITA.



Figur1. Organisationsstrukturen inom SITA Sverige.

De funktioner som presenteras utöver de som är intressanta för detta projekt och som nämns i rapporten är de avdelningar som finns förutom själva driften. Dessa funktioner ingår i all övrig verksamhet. Under verkställande direktören finns regioncheferna och under alla dessa finns de positioner som presenteras under en av regioncheferna i figuren. Figuren är inte fullständig men skapar en uppfattning om var de olika positionerna som benämns i rapporten finns.

3.3 Verksamhet

Företaget är miljöcertifierat enligt ISO 14001, kvalitetscertifierade enligt ISO 9001 samt utför ett systematiskt arbetsmiljöarbete enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2001:2.

SITA har 1100 anställda i Sverige, utspridda på 60 avdelningar, för att på olika sätt ta hand om avfall. Det kan vara all sorts avfall, från hushållssopor och skrot till farligt avfall. Det varierar vilka tjänster de olika avdelningarna kan utföra. En stor del handlar om hämtning av avfall hos privatpersoner, företag och kommuner. SITA har även ett antal deponier där de själva hanterar avfallet och i andra fall lämnar de det vidare. En stor bredd av kompetens och arbetsuppgifter i företaget följer då det även finns möjlighet för miljökonsultation, slamsugning samt marksanering. Arbetsmiljön varierar naturligtvis med skiftande arbetsuppgifter mellan exempelvis tjänstemän och kollektiva.

SITA Sverige har ett flertal dotterbolag, bland annat SITA Finland och SITA Allren, vilket medför en bred kompetens inom organisationen. (SITA, 2010)

4 RISKHANTERING

Risker finns överallt och riskhantering handlar inte om att eliminera risker, vilket i princip är omöjligt. Det handlar istället om att skapa förutsättningar för att minska konsekvenserna av en olycka, att hindra en olycka från att inträffa genom att inse att risken finns och på så sätt hantera risken eller på annat sätt minska risken genom en effektiv riskhantering. Detta görs genom ett förebyggande riskhanteringsarbete.

4.1 Risk

Begreppet risk definieras på många olika sätt. Ett vanligt sätt att definiera risk är en kvantitativ definition där risk innebär svaret på följande tre frågor:

- **Vad** kan hända?
 - Hur **sannolikt** är det?
 - Om det händer, vad blir **konsekvensen**?
- (Kaplan och Garrick, 1981)

Denna definition av risk är en teknisk definition och har valts att användas i detta arbete. Det finns dock flera forskare som påpekar brister i en teknisk definition eftersom att den ger en tämligen okomplicerad bild av vad risk är. En socialkonstruktivistisk definition av risk innefattar också människors riskperception (uppfattning av risk), exempel på en sådan definition är:

”...possibility that human actions or events lead to consequences that have an impact on what humans value.” (Renn, 1998).

Denna typ av definition tar hänsyn till faktorer som till exempel att människor accepterar risker olika beroende på om de är frivilliga eller ofrivilliga (Renn, 1998). Något som kan vara viktigt att ha med sig även om den mer tekniska definitionen används i det här arbetet.

4.2 Riskhanteringsprocessen

Riskhanteringsprocessen kan delas in i tre delar; riskanalys, riskvärdering och riskreduktion. Figur 2 visar riskhanteringsprocessen så som *International Electrotechnical Commission* (IEC) definierar den (IEC, 1995).

4.2.1 Riskanalys

Riskanalysen är den del av riskhanteringsprocessen där riskerna identifieras. Detta är en viktig del eftersom de risker som inte identifieras inte heller kommer att analyseras senare i processen. På detta sätt blir identifieringen av riskerna en avgränsning i analysen. Målsättningarna med identifieringen är många men de huvudsakliga målen är att identifieringen ska vara **fullständig** (alla risker ska identifieras), den ska vara **kunskapsbaserad** (identifiera risker från tidigare händelser till exempel genom rapporteringssystem) och **multidisciplinär** (erfarenheter från flera håll skall beaktas). (Davids-

son et al., 2003) Det finns flera sätt att dela upp risker på, bland annat kategoriserar IEC (1995) riskerna i fem grupper efter konsekvens:

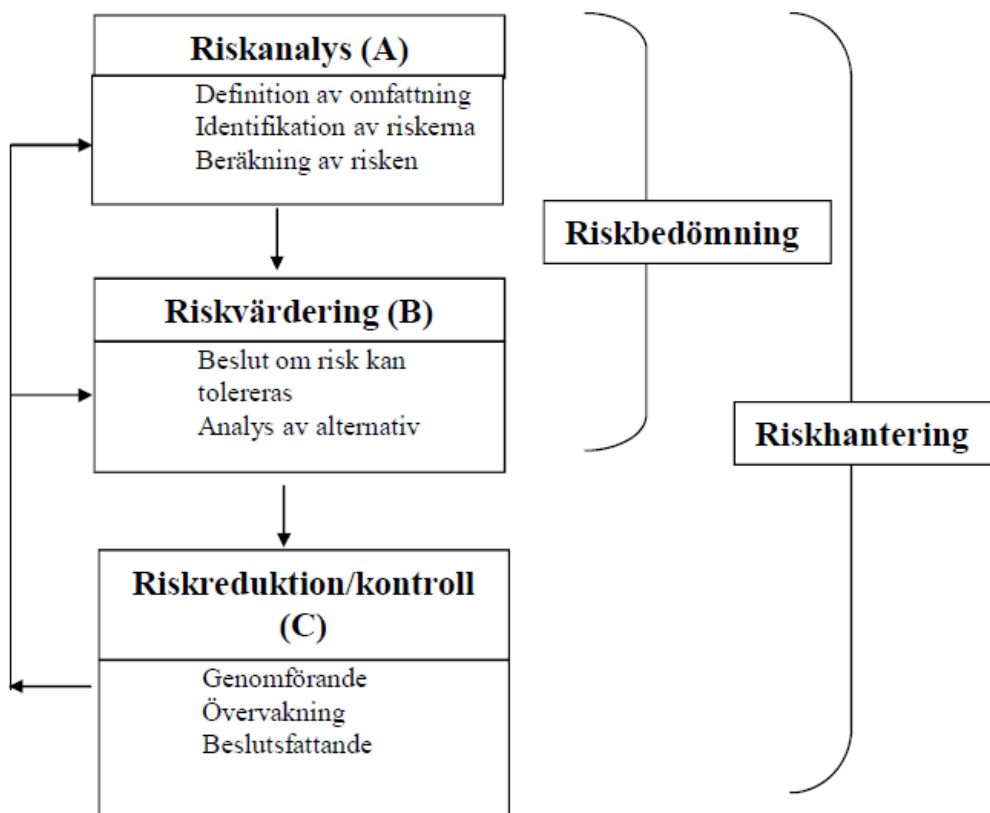
- **Individuella risker** - påverkan på en individ
- **Yrkesmässiga risker** - påverkan på arbetare
- **Samhällsrisker** - generell påverkan på allmänheten
- **Egendoms- och ekonomiska risker** - skada på fysiska objekt etc.
- **Miljörisker** - påverkan på land, vatten och mark etc.

IEC (1995) delar också upp riskerna i fyra huvudkategorier efter riskkälla:

- Naturrelaterade riskkällor
- Teknologiska riskkällor
- Sociala riskkällor
- Livsstilsrelaterade riskkällor

I detta arbete görs en analys av händelserapporterna inom SITA och denna analys resulterar i orsaker till olyckor. Ovanstående grupper skulle också kunna användas för att identifiera risker på SITA. Det är dock vanligt att större företag gör sina egna indelningar (Davidsson et al., 2003).

Efter identifiering bedöms sannolikhet och konsekvens och därefter kan en risk bestämmas. För att genomföra en riskanalys finns flera olika metoder, både kvantitativa och kvalitativa. Målet med riskanalysen är att skapa en grund för att kunna fatta beslut om risk.



Figur 2. Riskhanteringsprocessen (IEC, 1995)

4.2.2 Riskvärdering

I riskvärderingen, som också är en del av riskhanteringsprocessen, bedöms om riskerna kan accepteras eller om det finns alternativ som är bättre (alternativ som innebär mindre risk) (IEC, 1995). I Norge finns det exempelvis, riktvärden när det gäller om risk ska accepteras eller ej, så kallade riskkriterier. I Sverige finns det däremot inga sådana kriterier. (Davidsson et al., 2003)

4.2.3 Riskreduktion

Det sista steget i riskhanteringsprocessen är riskreduktionen/-kontrollen. Här genomförs de förändringar som en riskbedömning visat krävs för att uppnå en acceptabel risknivå. I det här steget kontrolleras också om till exempel rutiner som bedömts vara nödvändiga genomförts. (IEC, 1995) Underlag för riskreduktionen kan förutom från riskanalysen fås från rapporteringssystemet eller genom interna eller externa revisioner.

4.3 Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljölagens grundtanke är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att främja en god arbetsmiljö. Lagen är tydlig och direkt med vad den kräver av en arbetsgivare, dock ska avvägning göras beroende på situation. De allmänna skyldigheter som nämns är bland annat att arbetsgivaren är skyldig att arbeta förebyggande med arbetsmiljöfrågor genom det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det ska bedrivas ett kontinuerligt arbete som undersöker riskerna i verksamheten och som sedan följs upp med de eventuella åtgärder som krävs. Lagen säger att åtgärder ska vidtas, om det krävs för att inte olyckor ska ske. Om det inte är möjligt att undanröja risken, ska den minskas. Vidare ska arbetsgivaren se till att arbetstagaren har tillräcklig utbildning för att utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt, samt samarbeta i arbetet med att ta fram åtgärder. Arbetstagaren i sin tur ska underrätta arbetsledaren om något som kan leda till allvarlig fara för liv eller hälsa. Det finns även krav på att arbetstagaren ska delta i de åtgärder som behövs för en god arbetsmiljö. Bland arbetstagarna ska det också finnas skyddsombud som ska företräda de andra och verka för en tillfredsställande arbetsmiljö. (Arbetsmiljöverket, 2010)

5 SÄKERHETSKULTUR

En organisations säkerhetskultur är en del i organisationens kultur. Många forskare har försökt definiera vad en organisationskultur är och åsikterna är många. Ett enkelt sätt att förklara en organisationskultur är genom uttrycket "sättet de arbetar på". Detta kan betraktas som en enkel förklaring och för att få förståelse för begreppet krävs en tydligare definition. Guldenmund (2000) har gjort en sammanställning av vad olika forskare kommit fram till och definierat vissa egenskaper i en organisationskultur. I en organisation finns det flera *aspekter* vad gäller kulturen såsom en säkerhetskultur och en kreativ kultur. En organisationskultur är *stabil* och forskare har funnit en stabilitet hos kulturen på minst fem år. Kulturen är en *konstruktion*, vilket innebär att det är flera variabler som tolkas till en helhet vilket kan skapa oenighet. Detta eftersom denna tolkning kan göras av var och en som undersöker en organisationskultur. Dessutom består en organisationskultur av flera olika *dimensioner och aspekter* vilket även det skapar skilda uppfattningar hos forskare. Däremot är forskarna överens om att en organisationskultur är något som *delas* av en grupp människor och skall ses som en helhet. För att skapa denna helhet menar en del forskare att det inte bara är de delar som utgör kulturen som måste fastställas, utan också de regler som binder dem samman. En organisationskultur utgör *praxis*. Dessa består av normer, regler, värderingar, kommunikationsnätverk och symboler. Dessa praxis är olika svåra att förändra eftersom de finns olika djupt rotade i organisationen. Organisationskulturen är *funktionell* på så sätt att det utgör en referensram för beteende inom organisationen. (Guldenmund, 2000)

Eftersom säkerhetskulturen är en aspekt i organisationskulturen innebär det att säkerhetskulturen också har dessa egenskaper. Sammanfattat kan detta uttryckas som individerna och organisationens bedömningar, beteende och värderingar vad gäller säkerheten.

5.1 En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är något som organisationen ska sträva efter men som de aldrig ska tro sig ha uppnått. Att uppnå en god säkerhetskultur är en ständigt pågående process och de organisationer som tror sig uppnått en god säkerhetskultur har därför med största sannolikhet misstagit sig (Hale, 2000).

I sin strävan efter en god säkerhetskultur är det viktigt för organisationer att undersöka hur säkerhetskulturen ser ut just nu. Detta för att kunna upptäcka var bristerna i kulturen finns. För att skapa sig en uppfattning om detta krävs någon form av mätningar av säkerhetskulturen.

Enligt Reason (1997) är en organisation med god säkerhetskultur en välinformerad organisation. För att en organisation ska uppnå detta krävs fyra underliggande kulturer; *rapporterande, lärande, flexibel och rättvis*. Men bland de forskare och vetenskapsmän som har försökt definiera vad en säkerhetskultur är råder det delade meningar. Flera vetenskapsmän väljer att säga att en organisations säkerhetskultur och dess säkerhetsklimat är samma sak. Medan några anser att säkerhetsklimatet är en följd av en organisations säkerhetskultur (Guldenmund, 2000). I detta arbete görs ingen vidare

utredning av detta utan definitionerna gjorda av Reason (1997) är de som kommer forma det fortsatta arbetet.

5.1.1 Rapportering kultur

Reason (1997) anser att en av de viktigaste principerna för att ha en bra säkerhetskultur inom en organisation är att fortlöpande reflektera över de risker som en organisation lever med och hur dessa hanteras. En del av det arbete som krävs för att följa upp denna princip skulle underlättas av ett rapporteringssystem (Hale, 2000). Ett sådant system ger möjlighet att rapportera de tillbud och olyckor som sker i verksamheten. Dessa kan sedan analyseras för att identifiera eventuella trender som finns och finna tänkbara förändringar för att motverka att den identifierade negativa trenden fortsätter. Målet är att hitta underliggande orsaker till händelser för att komma åt problemen på djupet. (Dunn, 2003)

Det är viktigt att rapporteringssystemet är anpassat för att på bästa sätt underlätta för rapportören. Samtidigt ska informationen från rapporten vara tillräcklig för att kunna analyseras och för att sedan medverka till lärande inom hela organisationen. Detta eftersom rapporterna inte kan förväntas vara en spegel av verkligheten utan de är subjektiva konstruktioner av vad just rapportören uppfattade i stunden. (Gerry et al., 2007)

Det finns ett flertal forskare, Cambraia et al (2010) och Gerry et al (2007), som visat på att antalet olyckor minskar då mängden rapporter om tillbud ökar. Detta eftersom en större mängd rapporter skulle bidra med mer information och möjligheter att identifiera riskområden i verksamheten. Ett tillbud kan betraktas som en indikation på att olyckor är möjliga inom en viss process. Denna koppling kan göras då tillbud ofta har samma orsaker som eventuella olyckor skulle haft. (Cambraia et al., 2010)

5.1.1.1 Hur bör rapporteringen gå till?

För att kunna utforma ett bra händelserapporteringssystem finns det många aspekter att beakta. Reason (1997) talar om fem huvudpunkter för att få en kvalitativ och kvantitativ rapportering;

- Försäkran om att slippa disciplinära åtgärder.
- Anonymitet eller avidentifiering.
- Skilja mellan avdelningen som samlar in, sammanställer och analyserar rapporterna från den auktoritet som kan införa disciplinära åtgärder eller sanktioner.
- Snabb, användbar, tillgänglig och begriplig feedback.
- Det ska vara lätt att skriva rapporten.

5.1.1.2 Försäkran om att slippa disciplinära åtgärder

Det är viktigt att personalen känner sig delaktiga i säkerhetsarbetet på arbetsplatsen för att de ska vilja göra den extra ansträngning som krävs för att rapportera ett observerat tillbud (Cambraia et al., 2010). För att få personalen att rapportera krävs också att de känner en självklarhet i att rapportering av ett misstag inte leder till några disciplinära åtgärder (Reason, 1997). De tillbud och olyckor som sker, sker ofta med inblandning av den mänskliga fel faktorn. För att få personalen att rapportera dessa krävs att det inom företaget finns en uppfattning om att det är mänskligt att fela och att personalen förstår att rapporteringen inte är till för att peka ut någon som skyldig utan för att hitta underliggande orsaker till fel handlingen (Reason, 1997). Det vill säga att arbetet istället fokuseras på

att identifiera eventuella systematiska orsaker som är grunden till inträffade tillbud och olyckor (Cambraia et al., 2010).

Ledningen har ett stort ansvar för att se till och hela tiden visa att det inte är mänskliga fel som eftersöks, utan de negativa trenderna i systemet som kan orsaka allvarliga olyckor. (Dunn, 2003)

5.1.1.3 Anonymitet eller avidentifiering

Som nämnts tidigare är det viktigt att rapporteringen görs så fullständigt som möjligt. För att underlätta detta är det en fördel om rapportören kan vara anonym, vilket skulle kunna öka rapporteringskvaliteten. Om rapportören är helt anonym saknas möjlighet att kontakta rapportören om rapporten kräver komplettering. Istället kan systemet fungera på så sätt att rapportören avidentifieras och vid frågor går det att hitta vem som lämnat rapporten. (Reason, 1997) Dunn (2003) menar att en orsak till utebliven rapportering är att förtroendet för sekretessen är bristfällig. Därför krävs att alla anställda vet om att deras identitet endast kan användas för att klargöra frågor gällande rapporteringen men inte för att de ska kunna stå till svars för uppgifterna som lämnats (Reason, 1997).

5.1.1.4 Skilja mellan avdelningen som analyserar och avdelningen för åtgärder

Meningen med rapporteringen är att det ska fungera som ett verktyg för att hitta negativa trender som bidrar till minskad säkerhet inom verksamheten. Enligt Dunn (2003) ska en inlämnad rapport sedan tas om hand av avdelningschef eller liknande, för att sedan skicka den till säkerhets/riskhanteringsavdelningen. Enligt Reason (1997) är det viktigt att skilja på de som analyserar rapporterna och den avdelning som kan införa disciplinära åtgärder. Han menar att det till och med kan vara bra om en tredje part sköter rapporterna. Om dessa möjligheter saknas är det viktigt att medarbetarna förstår att den avdelning som tar emot rapporterna är helt avskild från företagets operativa avdelning. (Reason, 1997)

5.1.1.5 Snabb, användbar, tillgänglig och begriplig feedback

Vad Reason (1997) hävdar är att främsta anledningen till att rapportering inte genomförs är på grund av att anställda tror att rapportering inte leder till några förändringar. Om en organisation har ett bra system för åtgärder och feedback kommer detta alltså leda till fler rapporteringar. För rapportören kan det också vara intressant att ha möjlighet att följa sitt arbete innan åtgärder genomförs samt hur organisationen arbetar med säkerhetsfrågor som åskådliggörs vid rapportering. (Reason, 1997)

Feedback är alltså en viktig del i rapporteringssystemet eftersom det visar vilka åtgärder som genomförts på grund av rapportering gjord av personalen. Den återkoppling som görs kan ges på regelbundna möten med avdelningsansvariga och/eller personal. Det finns möjlighet att använda en eventuell företagstidning, e-post eller liknande för att sprida de nya kunskaper som erhållits efter analys av rapporteringen. (Ahluwalia och Marriott, 2005) Det är viktigt att det sätt som väljs för informationsspridningen når alla intressenter såsom personal, chefer och underleverantörer. (Cambraia et al., 2010)

Ett annat alternativ för att ge feedback på en inlämnad rapport är genom målinriktade kampanjer som utförs mot en negativ trend av händelser. En sådan kampanj kan även räknas som en åtgärd, men samtidigt är det en sorts återkoppling och utbildning om vilka risker och problem som framkommit vid rapportering. Annan information som bör spridas kan vara en sammanfattning av förra månadens inträffade händelser eller om ledningen kommit överens om en specifik riktlinje för månaden som personalen kan inrikta sig på. (Ahluwalia och Marriott, 2005)

Vid en allvarlig händelse bör denna diskuteras vid ett möte med alla på den berörda avdelningen för att sprida den information och kunskap som finns för att medverka till lärande. Den diskussion som följer kring händelsen, hanteringen kring den samt möjliga åtgärder är viktig och bör ses som ett utbildningstillfälle. Det finns möjlighet att förändra och förbättra för att undvika att en liknande olycka sker igen. Denna direkta kommunikation med personalen är viktig för att få deras syn på händelsen och möjliga förbättringsåtgärder. (Dunn, 2003) Eftersom analys och utvärdering av händelsen sker i efterhand är informationen begränsad till den som observerats vid tillfället. Detta kan innebära att det fokuseras på mänskliga fel och inte de underliggande, mer intressanta orsakerna. En sådan diskussion som nämnts ovan kan vara ett bra sätt att komma åt denna felkälla. (Ahluwalia och Marriott, 2005) De lärdomar och åtgärder som uppkommer är viktiga att föra vidare till ledningen som är en viktig del i lärandet och genomförandet av eventuella förändringar (Dunn, 2003).

Koornneef (2000) menar att det bör vara en tydlig koppling mellan tillbud och olycka och åtgärd för att personalen ska få förståelse för de genomförda förändringarna. Tiden mellan händelse och åtgärd bör röra sig mellan timmar och månader, beroende på verksamhet. (Koornneef, 2000).

Dålig eller sen feedback minskar förtroendet för att rapportering leder till någon form av förbättring. Detta kan tolkas som ointresse hos ledningen och leda till att anställda väljer att inte rapportera. (van der Schaaf et al., 2004)

5.1.1.6 Lätt att skriva rapporten

Rapporteringsystemet ska innehålla information om säkerhetssystemet inom verksamheten. Det kan innefatta bland annat riktlinjer och regler, organisatoriska bestämmelser för rapportering, databas för tidigare rapporteringar samt verktyget som behövs för rapportering. (Gerry et al., 2007)

Många forskares åsikter, om vad en rapport bör innehålla eller fråga efter, pekar åt samma håll. Dunn (2003) anser att rapporten bör svara på fem frågor;

- **Vad?** Beskriv vad som hände i detalj.
- **När?** Ange datum och tid för händelsen.
- **Var?** Beskriv platsen.
- **Vem?** Beskriv vem/vilka som gjorde vad och vem/vilka som bevittnade händelsen.
- **Varför?** Beskriv varför det kunde hända. Vad var det som ledde till händelsen och har det dragits några lärdomar från det redan?

Rapportering ska vara smidig samt enkel att genomföra och såväl själva enkäten som systemet för rapporteringen bör skraddarsys för varje enskild organisation (Reason, 1997). Samtidigt bör den vara kortfattad, optimerad samt kunna göras med liten ansträngning för att rapportören inte ska låta bli att rapportera (Koornneef, 2000). Rapporteringsenkäten kan utformas på flera olika sätt till exempel med ledande frågor, fleralternativs svar eller en enkel checklista med plats för fritext. Denna text kan hjälpa rapportören att förmedla sin bild (Gerry et al., 2007). Det är inte självklart vilken omfattning en rapport ska ha då det ställs krav på hur exakt, detaljerad och fullständig informationen måste vara för att kunna analysera den på ett effektivt sätt (Dunn, 2003). För att underlätta hanteringen är det viktigt för en organisation att i förväg funderar på vad syftet med rapporteringsformulären är och vilka möjligheter som finns för att hantera dem. För att få ett fungerande formulär kan även ett visst mått av empiri och möjlighet att ge feedback på formuläret behövas. (Reason, 1997) Det är också viktigt att försöka undvika åsikter, personliga antaganden och hörsägen vid händelsebeskrivningen i rapporten (Dunn, 2003).

För att öka rapporteringen är det viktigt att underlätta för personalen så långt det går. Om det förväntas vara tidskrävande och jobbigt är det för en tänkbar rapportör enkelt att välja att låta bli. (Dunn, 2003) Ett exempel på detta kan vara rapportering för en person som normalt sett inte arbetar med datorer och rapporteringen sker i ett datoriserat system vilket kan göra rapporteringen extra krävande.

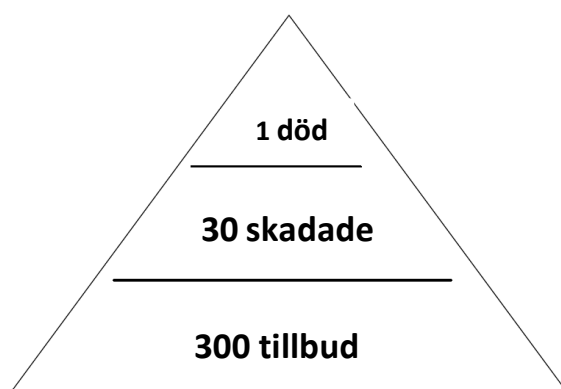
En kompletterande rapport kan följa denna för att ge ytterligare information om detaljer gällande de inblandade, bidragande faktorer och hantering (Dunn, 2003).

5.1.1.7 Isbergsteorin

Denna teori beskriver på ett visuellt sätt hur ett samband mellan antalet inträffade olyckor respektive tillbud kan se ut. Teorin har utarbetats från främst Heinrichs arbete inom arbetsmiljö och hälsa på arbetsplatsen (Renborg et al., 2006). Modellen, som illustreras av ett isberg enligt Figur 3, kan användas inom säkerhetshandling på företag. Utan ett synsätt som i stora drag handlar om olyckor respektive tillbud kan arbetet bli ineffektivt då olyckorna måste ske innan åtgärder sätts in för att förhindra en återkommande händelse (Bird och Germain, 1996).

Isbergsteorin visar att varje olycka endast är toppen av ett isberg som till största delen består av tillbud och mindre skador. I teorin menas att orsakerna till alla tre av dessa händelser är de samma. Detta antagande innebär att en förbättrad säkerhetshandling skulle bli möjlig vid ett förebyggande arbete mot orsakerna som leder till tillbud. Detta skulle då också motverka eventuella olyckor. (Bird och Germain, 1996) På grund av att antalet tillbud förväntas vara stort i jämförelse med antalet olyckor, innebär detta synsätt många möjligheter för ett företag att se trender i var och varför tillbud sker.

Detta förhållande mellan tillbud och olyckor är viktigt att komma ihåg då antagandet bygger en bra grund inför resterande rapport. Det är dock viktigt att använda modellen med försiktighet eftersom en felaktig användning kan innebära onödigt arbete. Det handlar inte om att förebygga alla möjliga orsaker, utan endast de som vid speciella omständigheter har potential att utvecklas till en olycka (Bird och Germain, 1996).



Figur 3. Isbergsteorins triangel. (Renborg et al., 2006)

Det bör också uppmärksammas att isbergmodellens förhållande mellan olyckor och tillbud endast ska betraktas som ett förhållande och inte som exakta antal. Det är även viktigt att poängtera att antalet rapporteringar av olyckor, men kanske främst tillbud, sällan är korrekt utan ligger långt under verklighetens händelser. (Bird och Germain, 1996) För att kunna göra en någorlunda korrekt jämfö-

relse av denna isbergmodell och verkligheten krävs ett stort antal rapporteringar. Utan ett stort antal rapporter kan det vara svårt att få den struktur som visas i Figur 3.

5.1.1.8 Övergripande system

Ett rapporteringssystem bör vara övergripande över hela organisationen. Det finns dock både för- och nackdelar med detta. Ett system med mindre avdelningar skulle göra det lättare för dessa lokala kontor och avdelningar att själva följa upp och se de specifika händelser som bidragit till exempelvis förändrade arbetsrutiner. Närheten gör också att de tydligare ser hur de själva kan bidra till en förändrad arbetsmiljö och tidsperspektivet som nämnts tidigare blir troligtvis kortare vid mindre avdelningar. Det finns dock ett flertal nackdelar med detta lokala system. Det kan medföra att inte värdefull information som eventuellt ges efter en inträffad händelse sprids vidare till andra avdelningar som också kan tänkas ha nytta av denna. Det finns också risk för att vissa tillbud och olyckor ses som enstaka händelser, istället för att ett gemensamt system skulle kunna identifiera trender som finns på ett nationellt eller internationellt plan där eventuellt liknande händelser inträffat. Detta övergripande synsätt är det som numera är störst. (Johnson, 2002)

5.1.1.9 Implementering av rapporteringssystem

Då ett rapporteringssystem ska implementeras i en organisation är det viktigt att viljan kommer uppifrån, en engagerad ledning, för att de anställda sedan ska anamma samma synsätt. (Ahluwalia och Marriott, 2005) Det kommer troligtvis innebära mer arbete för personalen så det är positivt med bra kommunikation för alla parter så att meningen med förändringarna blir tydliga. Det handlar om att få en bättre säkerhet på deras arbetsplats. Personalen bör få reda på vilket sätt de kan dra fördelar av ändrade rutiner. (Koornneef, 2000)

Det krävs utbildning och information för att öka medvetenheten hos personalen om risker i arbetsmiljön. Det kan finnas en ansvarig med kunskap om detta som kan lära ut mer om rapportering och identifiering av tillbud och olyckor.

5.1.1.10 Analys av rapport

Vid analys av en händelserapport bör fokus framförallt ligga på tre frågor (Dunn, 2003);

- **Varför** hände det?
- **Vad** var de bidragande orsakerna?
- **Hur** kan det undvikas i framtiden?

Den analys som bör genomföras syftar alltså till att identifiera bakomliggande orsaker till tillbudet eller olyckan, både vad gäller mänskliga beteenden och det tekniska systemet. Omständigheterna på arbetsplatsen bör också uppmärksammas då eventuellt stress, höga krav eller liknande kan ha påverkat. Ett exempel på övriga omständigheter kan vara då dålig bemanning sannolikt medverkar till underreportering. (Ahluwalia och Marriott, 2005) Då själva rapporteringen ska genomföras är det den person som först bevittnat eller upptäckt felet, eller varit mest delaktig i händelsen, som ska skriva rapporten (Dunn, 2003).

Tidsperspektivet är viktigt att ta hänsyn till. Rapportering ska ske så snart som möjligt efter den inträffade händelsen så att rapportören ges möjlighet att komma ihåg nyanser eller eventuellt viktiga detaljer som annars kan glömmas bort (Dunn, 2003). Om detta inte är fallet vid en rapportering bör hänsyn tas till detta vid analysen. Dessutom är det viktigt att tiden mellan rapportering och uppfölj-

ning, med exempelvis kompletterande information, är så kort som möjligt. Detta medför att rapportörens tolkning av händelsen blir mer trovärdig och lik verkligheten. Det ska dock åter nämnas att inlämnade rapporter är subjektiva tolkningar av verkligheten, beroende på bland annat tidigare erfarenheter. (Johnson, 2002)

5.1.1.11 Varför rapporterar inte alla?

Det inträffar många tillbud i en organisation som inte rapporteras. Detta beror på många olika faktorer, men de vanligaste och mest återkommande orsakerna till detta utöver de aspekter som nämnts tidigare följer nedan;

- Det kan vara svårt att identifiera och förstå vilken sorts händelse som ska rapporteras om inte tillräcklig information och utbildning getts till personalen. Många kan sakna förståelsen för att rapportering om tillbud kan bidra till en ökad säkerhet om detta inte har förklarats. (Dunn, 2003)
- Rapportören anser att den har för lite information för att ge en tillräcklig rapport.
- Acceptans för risker. Inom en yrkeskategori som utövar praktiskt arbete som kan innehålla fler riskabla inslag än de flesta andra yrken, finns det risk för att tillbud och mindre allvarliga olyckor anses vara "en del av jobbet". Detta innebär svårigheter för att kunna få personal att rapportera i någon större grad.
- Problemet hanteras omedelbart på plats. Hjälper dock inte hela systemet, felet kommer troligtvis återkomma vilket motverkar lärande inom organisationen. Då förlorar man chansen att identifiera negativa trender, vilket är det som rekommenderas för att minska antalet olyckor.
- Saknar klara regler för vad som bör göras.
- Misstro mot de som analyserar rapporterna då de antas sakna kunskap om det arbetsområde där olyckan inträffat.
- Vetskap om att rapporten kan skada organisationen i stort, till exempel genom utebliven bonus. (van der Schaaf et al., 2004)

5.1.1.12 Vad finns det för problem?

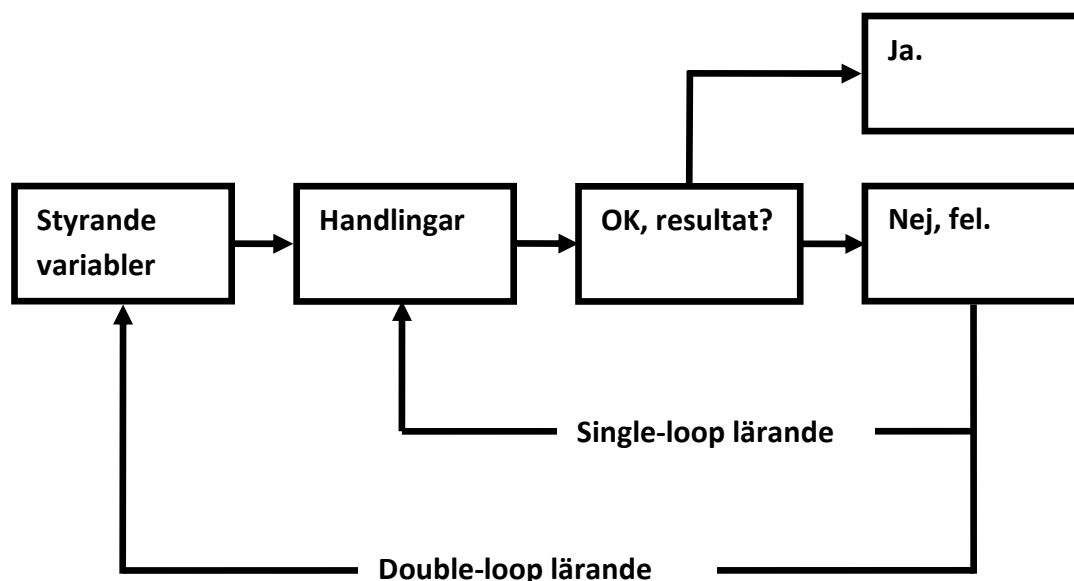
Trots de många fördelar som följer då ett rapporteringssystem införs i en organisation finns det också en del svårigheter som bör beaktas.

Det innebär **stora kostnader** för att upprätta ett rapporteringssystem med alla de delar som behövs inom en organisation. Det arbete som sedan krävs för att använda sig av systemet på bästa sätt och utnyttja dess fördelar är **tidskrävande** och innebär löpande kostnader. Användandet av ett rapporteringssystem innebär risker för att en **straffande kultur** kan uppkomma. Rädslan för disciplinära åtgärder drabbar själva rapporteringen då antalet rapporter riskeras att minska, men även arbetsklimatet i allmänhet kan drabbas negativt. Litteraturen nämner också risker med att systemet bidrar till ett mer **kortsiktigt tänkande**. Detta skulle då motverka rapporteringssystemets syfte som är att identifiera underliggande orsaker. Felkällorna som tillkommer under rapporteringsprocessen är naturligtvis viktiga att beakta. Det är svårt att utifrån den rapportering som sker göra fullständiga utredningar eftersom informationen vid en rapportering inte är komplett. (Ahluwalia och Marriott, 2005)

5.1.2 Lärande kultur

I en organisation med en lärande kultur analyseras inträffade tillbud och olyckor. De lärdomar som analysen ger används och resultaten återkopplas till hela organisationen (Koornneef, 2000). För att möjliggöra en sådan kultur krävs att ledningen i en organisation intresserar sig för säkerhetsfrågor och skapar förutsättningar för att kunna uppfylla alla steg i lärprocessen (Reason, 1997). Organisatoriskt lärande kräver inte bara bestämmelser för att möjliggöra processen för dess enskilda medlemmar utan leder också till förändringar i organisationens rutiner och bevarat lärande från plötsliga händelser (Koornneef, 2000).

Då forskare analyserar lärande brukar de dela upp lärandet i single-loop lärande (SLL) och double-loop lärande (DLL), se Figur 4. SLL innebär att någon upptäcker ett fel, exempelvis ett tillbud, som kan leda till att verksamheten inte fungerar. Den här personen åtgärdar problemet och ändrar sitt beteende för att produktionen inte ska bli störd. I det här fallet har bara individen lärt sig hantera problemet. Med organisatoriskt lärande kan hela organisationen lära sig att hantera problemet som uppstått. För detta krävs att individen rapporterar tillbudet och att detta sedan analyseras och de förändringar som krävs upprättas för hela organisationen, detta kallas för DLL. DLL innebär förändringar i organisationens normer, värderingar och rutiner. Viktigt att påpeka är att lärande inte har skett förrän lösningen på problemet verkligen är implementerad i organisationen. (Koornneef, 2000)



Figur 4. Single- och double-loop lärande.

Vad Reason menar med en lärande kultur är en kultur som arbetar för ständigt lärande, vilket leder till ständiga förbättringar i organisationen (Reason, 1997). En lärande kultur är den subkultur som är enklast att införa men den svåraste att få att fungera. En lärande kultur handlar om att observera, reflektera, skapa (designa och planera) och agera (implementera, förändra). De tre första är relativt enkla att genomföra men det sista steget desto svårare. Återigen, det är framförallt ledningen i en organisation som måste engagera sig och genomföra förändringar som krävs för att motivera arbetet med säkerhetsfrågor i hela verksamheten. (Reason, 1997)

5.1.3 Flexibel kultur

En flexibel kultur handlar om en organisations förmåga att anpassa sig till förändrade förutsättningar. I en organisation som är flexibel tar den/de personer som bäst kan hantera en uppgift under ett krisläge ansvar för den, oavsett vilken position den personen har vid normala förhållanden. Då krisen är över återgår personen och organisationen till sitt tidigare läge. (Reason, 1997)

5.1.4 Rättvis kultur

En rättvis kultur är ett nästintill omöjligt ideal att uppnå och det är svårt att sätta en gräns för vad som är acceptabelt och inte acceptabelt beteende i en organisation. För att uppnå en rättvis kultur är det ändå sådana gränser som måste genomsyra hela organisationen. Reason (1997) menar att alla mänskliga handlingar innefattar tre grundelement:

1. Har ett syfte som anger ett direkt mål och det beteende som krävs för att uppnå detta.
2. De handlingar som detta syfte ledde till - som både kan och inte kan överensstämna med den planerade handlingen.
3. Konsekvenserna av dessa handlingar - kan vara såväl framgångsrika som inte alls framgångsrika.

Handlingar har alltså ett syfte samt mål och handlingarna bygger på en tro att de ska uppfylla dessa. Men denna tro innebär inte att handlingarna alltid behöver vara motiverade vilket gör att alla fysiska handlingar innebär en risk. Om framgångsrika handlingar antas vara handlingar där syftet uppnås innebär det att en framgångsrik handling inte nödvändigtvis måste vara en korrekt handling då den kan vara både vårdslös och försumlig. En vårdslös handling är en handling som är medveten och innebär en oberättigad risk. En försumlig handling däremot är en handling som en "normalförsiktig person" hade förutsett och undvikit. Dessa två typer av handlingar kan vara viktiga att ha med då man talar om en rättvis kultur eftersom en försumlig handling inte innebär ett lika grovt "brott" eller felaktigt agerande som en vårdslös handling. Detta visar också på ett exempel för att kunna upprätta en rättvis kultur är det viktigt att se till helheten av en händelse och inte döma någon direkt. En rättvis kultur handlar helt enkelt om en kultur där mänskliga fel inte bestraffas utan då organisationen uppmuntrar till rapportering. Oavsett om en handling är vårdslös eller försumlig strävar organisationen efter att ta reda på de bakomliggande orsakerna till handlingen. (Reason, 1997)

6 MÄTA SÄKERHETSKULTUREN HOS EN ORGANISATION

Då det talas om säkerhet i organisationer så leder diskussionen ofta till att det krävs en förändring av säkerhetskulturen. Men eftersom kulturen inte går att ta på måste människors inställning samt de faktorer som tidigare diskuterats kunna påverka säkerhetskulturen, på något sätt värderas. Forskarna är inte överens om hur detta görs på bästa sätt. Nedan presenteras två möjliga modeller för att mäta säkerhetskulturen hos en organisation.

6.1 Frågeformulär av Ek

Ek (2006) använder nio aspekter för att bedöma en organisations säkerhetskultur. Dessa aspekter ska bidra med värdefull information som kan hjälpa organisationen för att ytterligare förbättra kulturen. De nio aspekterna är:

- **Arbetsituationen** – upplevelsen av samarbete, stöd, uppskattning av arbete samt inflytande i arbetsituationen.
- **Kommunikation** – Rutiner för kommunikation i det vardagliga arbetet samt vid kriser och olyckor. Rätt personer ska informeras om läget så att beslut kan fattas.
- **Lärande** – vilja att lära av erfarenheter och sedan förbättra.
- **Rapporterande** – rapportering ska ske vid observerat tillbud eller olycka, möjlighet att uttrycka åsikt om säkerhet samt att ledningen uppmärksammar detta.
- **Rättvisa** – uppmuntra rapportering och tydliggöra gränser för vad som är acceptabelt.
- **Flexibilitet** – använda personalens resurser och kunskap att hantera ovanliga situationer.
- **Attityder till säkerhet** – både individens och organisationens attityder måste vara rätt. Tron på att ledningen vill personalens bästa är viktig, till exempel säkra rutiner och arbetsmiljö.
- **Säkerhetsrelaterande beteenden** – gäller både för individen och hela organisationen. Det kan innebära diskussioner om förbättringar för ökad säkerhet eller tillräcklig utbildning för nödsituationer.
- **Riskperception** – tron att arbetet utförs med goda säkerhetsmarginaler.

Dessa aspekter utgör olika delar i en enkät med ett stort antal frågor. Indelningen ska medföra tydlighet för ur vilken synvinkel frågeställningen ska besvaras. Svartalternativen är en skala från 1-5, där fem innebär en bättre säkerhetskultur än de längre nivåerna. Då all personal inom en organisation antogs svara på formuläret bedömdes resultatet vara representativt för personalens uppfattning av säkerhetskulturen. Frågeformulärets resultat kompletterades med intervjuer för att få mer kunskap och eventuellt verkliga exempel som kan ha påverkat personalens uppfattning. Denna kvalitativa information tillsammans med de kvantitativa enkätresultaten antogs ge ett bra och övergripande slutresultat. (Ek, 2006)

6.2 Safety Culture Maturity Model (SCMM)

Denna mognadsmodell har utvecklats för att hjälpa organisationer att fastställa vilken mognadsnivå deras säkerhetskultur befinner sig på samt identifiera de åtgärder som krävs för att nå nästa nivå och

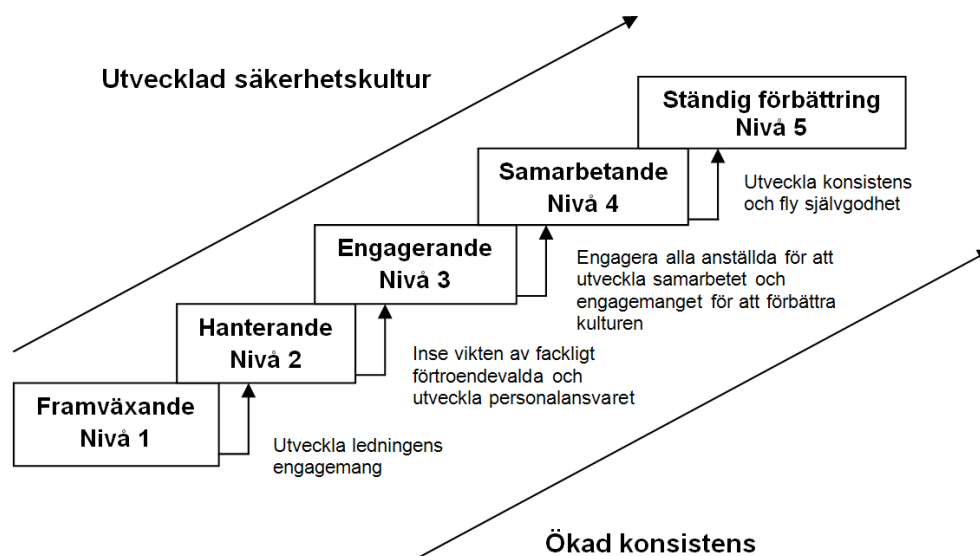
förbättra deras kultur, se Figur 5. Fleming (2001) menar att organisationer som kommit olika långt med sin säkerhetskultur behöver olika sorters åtgärder för att ytterligare utvecklas, utifrån sin nivå. Modellen bör endast användas som ett kvalitativt hjälpmedel. En förbättring av säkerhetskulturen inom en organisation bygger på att det nuvarande arbetet med säkerhet och teknik är tillräckligt effektivt för att inte begränsa kulturella förändringar. Denna modell rekommenderar därför att följande kriterier ska vara uppfyllda;

- En tillräcklig säkerhetshandling
- Tekniska fel bör inte orsaka de flesta olyckor
- Organisationen ska drivas av en vilja att förhindra olyckor och följa regler

För att uppskatta vilken nivå organisationens säkerhetskultur befinner sig på används tio faktorer som uppkommit från både teoretiska och icke teoretiska grunder. För att sedan uppskatta nivån bedöms faktorernas medelvärde ge det mest lämpliga resultatet. De faktorer som ska undersökas är;

- Ledningens engagemang
- Kommunikation
- Produktivitet kontra säkerhet
- Lärande organisation
- Resurser för säkerhetshandling
- Deltagande
- Delade uppfattningar om säkerhet
- Förtroende
- Relationer och tillfredsställelse i arbetet
- Utbildning

Säkerhetskulturen inom en organisation förbättras periodvis steg för steg (se nivåerna nedan) då det positiva förstärks och det negativa avlägsnas. De åtgärder som utförs är beroende av på vilken nivå de befinner sig på för tillfället. Det är viktigt att ingen nivå hoppas över eftersom utvecklingen bygger vidare på det som tidigare nivåer gett.



Figur 5. Mognadsmodell för säkerhetskultur (Fleming, 2001)

Nivå 1 – Framväxande

Säkerhet definieras på denna nivå vara att lagar och föreskrifter följs. De anställda anser sig själva inte ha något ansvar för säkerheten utan förlitar sig på en eventuell säkerhetsavdelning. Många olyckor ses som en del av arbetet och betraktas som oundvikliga. Fackligt förtroendevalda använder sig endast av säkerhetsargument för att driva igenom andra förändringar.

Nivå 2 – Hanterande

Organisationens olycksfrekvens ligger runt genomsnittet för jämförbara verksamheter, men de har fler allvarliga olyckor. Ansvarigas syn på olycksorsaker är osäkra beteenden av anställda, och disciplinära åtgärder kan utfärdas när antalet olyckor ökar. Olyckor anses vara möjliga att förebygga. Tid ges för förebyggande arbete och dålig säkerhet ses som en affärsrisk.

Nivå 3 – Engagerande

Olycksfrekvensen är låg men minskar inte med samma hastighet längre. Ledningen är medveten om att de anställda måste engageras för att säkerheten ska förbättras ytterligare. Ansvariga är medvetna om att bakomliggande orsaker till olyckor kan komma från ledningsbeslut. Det finns förståelse från de flesta anställda att de har ett personligt ansvar samt för ett samarbete med ledningen.

Nivå 4 – Samarbetande

Största delen av de anställda anser att hälsa och säkerhet är viktigt, både moraliskt och ekonomiskt. Ansvariga har nu ökat sin förståelse för hur stor del av de bakomliggande orsakerna som baseras på ledningsbeslut. Det finns ett värde i hur personalen behandlas och att de inte ska kunna drabbas av disciplinära åtgärder och man försöker främja en hälsosam livsstil. Organisationen lägger mer resurser på förebyggande åtgärder än innan och säkerheten utvärderas med hjälp av olika sorters uppgifter.

Nivå 5 – Ständig förbättring

Organisationen har en vilja att förebygga alla olyckor, både på arbetsplatsen och hemma. Ingen allvarlig olycka har inträffat på länge, men det finns ingen känsla av självbelåtenhet utan de arbetar ändå med att öka säkerheten. De arbetar kontinuerligt med riskhantering samt för att bli bättre och bättre. Alla anställda delar uppfattningen om att säkerhet är en del av deras arbete och har förståelse för förebyggande åtgärder. Organisationen anser på denna nivå att det är viktigt att personalen är säkra även i hemmet.

Då modellen applicerats på verkliga organisationer har det bland annat framkommit att uppfattningen gällande säkerhetskulturen bland anställda och ledning skiljer sig åt. Denna skillnad består i att de anställda anger en lägre nivå än ledningen. Fleming (2001) lyfter frågan om vilken grupp som egentligen visar "sanningen".

Modellen bör verifieras ytterligare innan den kan användas fullt ut, men den kan användas för att ge en indikation på var i utvecklingen organisationens säkerhetskultur befinner sig. Dessa resultat kan vara en bra grund för vidare diskussion och förståelse för vikten av säkerhetskultur inom organisationen.

6.3 Använd metod

Vidare i rapporten används Eks (2006) frågeformulär med vissa förändringar. De använda enkätfrågorna finns i Bilaga C. När resultatet från enkäten analyseras kan detta, tillsammans med övrig erhållen information från bland annat intervjuer, sammanställas. Detta totala resultat kan ge en tydlig bild

av på vilken nivå organisationen befinner sig genom att resultatet värderas utifrån vilken nivå i SCMMs mognadsmodell den befinner sig, se Figur 5. Användningen av både frågeformulär och intervjuer kan genomföras då de aspekter och faktorer som modellerna bygger på omfattas i båda dessa.

7 FÖRÄNDRINGSARBETE I EN ORGANISATION

Då en organisation ska genomgå förändringar krävs det inte bara fokus på den praktiska förändringen utan även på själva förändringsprocessen. Det är viktigt att implementeringen av förändringarna görs med planering. Problem som hade kunnat undvikas kan uppstå om inte de anställda har förståelse för varför det som sker verkligen sker.

7.1 Implementering

Det är viktigt att förändringar arbetas in i verksamheten på ett naturligt sätt. Det vardagliga arbetet bör kunna fortlöpa samtidigt som man tar del av eventuell utbildning och information, om nya rutiner till exempel. De bäst lämpade för att implementera och förbättra en verksamhet är de som verkligen arbetar med uppgifterna dagligen. De har lätt att se hur planerade förbättringar kan komma att se ut i verkligheten. (Karakasidis, 1997)

Det kan också vara bra att inte inrikta sig på att implementera förändringarna i hela företaget samtidigt. Istället bör en eller två avdelningar väljas ut för att påbörja processen stegvis. (Karakasidis, 1997) Ett förslag på vilka åtgärder som först ska implementeras är de grundläggande men också de mest kostnadseffektiva. På detta sätt finns det möjlighet att hushålla med resurser tills dess positiva resultat uppnåtts. Personalen får samtidigt möjlighet att förstå hela processen på ett bättre sätt och ge feedback till ansvariga för eventuella förbättringar efter hand. Dessa förbättringar kan då genomföras i liten skala, utan att hela verksamheten är inblandad. Om implementeringen genomförs stegvis finns det också möjlighet att visa på de framsteg och resultat som förändringen bidrar till, vilket kan skapa en större vilja från de anställda att vara med och bidra till förändringen. (Reuterberg och Karlsson, 2010)

Vid en förändring bör det finnas ansvariga på olika nivåer som övergripande kan se hur allt fortlöper. Möten där man följer upp hur processen går kan efter en tid, då allt stabiliserat sig, övergå till främst återkoppling från personal till ansvariga. (Karakasidis, 1997)

7.2 Lärande

Vid en förändring i en organisation är det viktigt att lärandet inte förbises. Det är svårt att från början veta hur förändringen ska genomföras och vilka problem som kan uppkomma under tiden. Därför bör de som dagligen arbetar med det få tycka till och utveckla lärandet ytterligare inom företaget. Om det redan finns en god lärandekultur kommer förändringarna att kunna förbättras ytterligare. (Kenton och Penn, 2008) Karakasidis (1997) anser att ju större de löpande förändringarna blir, desto mer lärande kan organisationen betraktas vara.

7.3 Ledning

Ledningens ansvar vid förändringar är väldigt viktigt. De bör visa att de står bakom beslutet och är ansvariga för att kontinuiteten i verksamheten upprätthålls trots förändringarna. Vid stora förändringar kan i vissa fall företagets tillgångar riskeras. Ledningen bör då ha en omfattande plan som de inblandade i företaget kan se som ett slags skydd om något skulle gå fel. (Karakasidis, 1997)

7.4 Uppnå målen

Om förändringen till slut anses vara lyckad eller inte beror bland annat på hur väl målen har uppfyllts. Dessa kan ha förändrats under förändringens gång, de kanske visade sig vara ouppnåeliga eller mindre viktiga. Omständigheterna kan ha ändrats vilket också påverkar målen. Även personalens uppfattning om förändringen samt hur de genomfört den påverkar hur lyckad förändringen anses ha blivit. (Kenton och Penn, 2008)

7.5 Ledningssystem

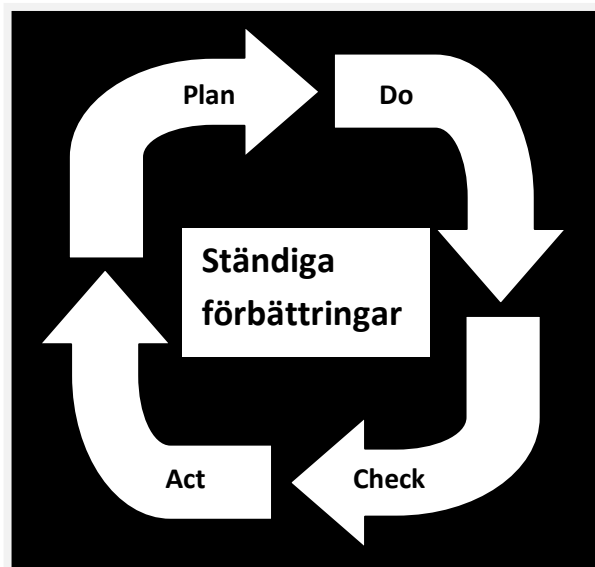
Ett företag kan ha en ständigt lärande process genom användning av ett ledningssystem. Ett ledningssystem kan beskrivas som en organisations sätt att nå uppsatta mål samt arbetet med att ta sig dit. I ett ledningssystem görs detta genom att sätta upp policys med mål, visioner och åtaganden. Dessa ingår sedan i en manual som företaget skapar för att uppfylla policyn. Denna manual innebär vissa arbetssätt och rutiner som blir enklare att följa om de dokumenteras på ett bra sätt. Om de anställda efterlever rutinerna innebär det att företaget får resultat och dokument så att de kan fortsätta utvecklas inom det område som ledningssystemet är inriktat på. Det finns flera olika användningsområden för ledningssystem. SITA använder sig idag av ledningssystem för miljö och kvalitet men det finns även andra användningsområden som till exempel säkerhet och riskhantering. En del företag väljer att ha integrerade ledningssystem där det är vanligt att använda sig av SHM-ledningssystem (säkerhet, hälsa, miljö). Oavsett ledningssystem är det oerhört viktigt att ledningen är aktiv när det handlar om säkerhetsarbetet inom organisationen.

I studier som gjorts vid tillfällen då ett införande av bättre riskhantering misslyckats har de främsta faktorerna varit brist på kunskap, delaktighet och engagemang hos ledningen. Det finns stora möjligheter att påverka och förbättra de anställdas attityder och beteenden när det gäller säkerhet om rätt inställning kommer uppifrån. (Danielsson och Stubbs, 2004)

7.5.1 PDCA- cykeln

Ledningssystem bygger på PDCA- cykeln, se Figur 6. Denna cykel används för att på bästa sätt genomföra en lärandeprocess med ständiga förbättringar i organisationen (Deming, 1993). Cykeln utgår från de fyra grundpelarna; Plan (Planera), Do (Utföra), Check (Kontrollera), Act (Agera). Vid **planering** ska problemen som finns i organisationen identifieras för att företaget sedan ska kunna hitta lösningar till dessa, diskutera vilka förändringar som krävs för att problemen ska kunna hanteras samt vilka mål som arbetet med processen bör ha. En del i detta innebär alltså att göra en riskanalys, se avsnitt 4.2. Därefter följer **utförandet** som ofta handlar om att kommunicera och träna för att implementera förändringarna på bästa sätt. Det är viktigt att resurser finns tillgängliga för genomförandet så att inte processen stoppas upp på grund av det. Det är möjligt att i början testa i mindre skala först för att se om de förändringar som ska genomföras är dyra eller ger stora störningar i de rutiner som finns i verksamheten. **Kontrollen** ska visa om förändringarna genomförs enligt planen samt att de uppsatta målen uppfylls. Om målen inte nås är det viktigt att utvärdera detta och återgå till planeringsstadiet för att börja om. Ett införande av förändringar som inte leder till förbättringar hjälper ingen. Om målen är uppfyllda och processen fungerat är nästa steg att **agera**, vilket innebär att implementera förändringarna i hela verksamheten, sätta upp nya rutiner och göra det nya arbetssättet till en standard (det beror naturligtvis på vilka förändringarna är). Det är också viktigt att summera de erfarenheter som processen bidragit med för att kunna använda dessa vid nästa förbättringscykel.

En av de viktigaste bitarna av PDCA- cykelns koncept är att det är en ständig process. Det handlar inte om att vara nöjd efter *ett* genomfört varv i cykeln. Istället ska en lyckad förändringsprocess motivera till ytterligare en. Det finns inget slut i processen, utan agerandet ska alltid följas av nytt planerande. (Deming, 1993)



Figur 6. PDCA- cykeln för ständiga förbättringar (Deming, 1993).

7.5.2 Effektiviteten hos ett ledningssystem

Ett effektivt ledningssystem innebär ett ledningssystem som uppfyller de mål och policys som finns uppsatta och som samtidigt ger företaget något tillbaka i form av hälsosammare arbetsplats, bättre arbetsgemenskap och ekonomiska besparingar. Det finns regler för vad ett ledningssystem ska innehålla och innebära för företaget, men inga riktlinjer för hur effektivt det ska vara (Ai Lin Teo och Yean Yng Ling, 2006). Därför är det viktigt att uppmärksamma det och att ta reda på om systemet tillför mer än vad det kostar företaget. För att erhålla ett effektivt ledningssystem för riskhantering är det viktigt att systemet tar hänsyn till de risker som finns i organisationen. Demichela et al. (2004) har analyserat hur en välutarbetad riskanalys påverkar säkerhetsledningssystemet på en kemisk anläggning. Slutsatsen av deras rapport är att en väl genomarbetad och korrekt riskanalys är nödvändig för att formulera ett säkerhetsledningssystem som uppfyller målen, speciellt i komplexa organisationer som till exempel återvinningscentraler kan anses vara (Demichela och Romano, 2004).

7.5.3 Ledningssystem för riskhantering

Risk Management ISO 31 000 är en ny ISO- standard som innehåller generella riktlinjer och principer för riskhantering inom alla sorters organisationer. Den är jämförbar med ISO 9001 som gäller för kvalitetsledning. Dock är den inte certifierbar eftersom den inte utgår från krav utan ska enbart ses som en vägledande standard. Då den ska implementeras i en organisation är det dessa riktlinjer och principer som bör följas. Den ska kunna hantera alla sorters risker, oavsett karaktär, eftersom den anses vara övergripande. (Swedish Standards Institute, 2010)

8 SÄKERHETSARBETET INOM SITA

I detta kapitel följer en sammanställning av de förutsättningar som SITA skapat för att hantera sina säkerhetsfrågor och upprätta en god arbetsmiljö.

8.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Detta arbetsmiljöarbete består främst av de återkommande skyddsronder som utförs enligt befintliga checklistor. Sedan hålls skyddskommittémöten där övergripande arbetsmiljöfrågor diskuteras. Dessa möten hålls två gånger om året inom respektive region.

8.2 Rapporteringssystem

I oktober år 2009 fick SITA ett nytt rapporteringssystem som heter Improof vilket går att nå enkelt via startsidan på SITAs intranät. Till grund för rapporteringen har SITA ett sammanställt dokument som de kallar för Händelserapportering. I detta dokument definieras vad som anses vara ett tillbud, olycka samt vilken kategori, större eller mindre, dessa tillhör. De avvikelser som hamnar under kategorin större skall rapporteras. Mindre avvikelser ska hanteras, åtgärdas samt diskuteras på närmast följande arbetsplatsträff (se 8.3) men behöver inte rapporteras. Exempel på mindre händelser är kundklagomål och förhinder att utföra arbete.

Det går inte att vara anonym vid rapportering eftersom systemet bygger på att de kollektivt anställda rapporterar muntligt till en tjänsteman då de råkat ut för ett tillbud eller en olycka. Denna tjänsteman är ofta driftledaren.

Formuläret för händelserapportering ser ut på samma sätt oavsett om det är till exempel ett tillbud eller en olycka som inträffat, se Bilaga D. Formuläret består till största del av fri text där rapportören får förklara vad som har hänt. Utöver denna ruta för fritext finns ett antal övriga rutor som exempelvis vem som rapporterar och vilket datum olyckan eller tillbudet inträffade. Efter att tjänstemannen skickat in rapporten kan denne följa rapporten i systemet. Då rapportören skickar in rapporten får EQS (Environment Quality Safety)-samordnaren denna. Det finns en samordnare i varje region, alltså fyra i Sverige. Efter att EQS-samordnaren läst rapporten, skickas den vidare till den person som ansvarar för att åtgärd vidtas. Hur långt rapporten kommit i detta förlopp går att följa, liksom vilka åtgärder som vidtagits för att hindra att liknande händelser inträffar igen. Alla som har tillgång till intranätet har möjlighet att följa denna process för alla rapporterade händelser.

Systemet är relativt nytt och företaget har inte lanserat systemet i särskilt stor utsträckning än så länge. Idag uppskattar säkerhetsavdelningen att 5 av 10 tjänstemän vet om att systemet finns men de vågar inte säga om alla dessa också skulle tänkas använda det. Att de inte lanserat systemet så stort är ett medvetet val dels för att kunna förbättra systemet innan alltför många rapporter kommer in dels för att de vill införa att Försäkringskassans blankett för arbetsskador fylls i samtidigt. Idag krävs både en rapportering i systemet samt en handskriven blankett till Försäkringskassan. Om rapporteringssystemet även skulle innefatta Försäkringskassans blankett tror de att detta skulle vara ett bra sätt att motivera de anställda att rapportera i det nya systemet.

I det tidigare rapporteringssystemet fanns det även möjlighet att rapportera avvikelser. Under åren 2005-2009 har avvikelserrapporteringen förändrats från år till år. Alltså vad som klassats som avvikelse har förändrats. År 2009 inbegrep avvikelser, olyckor, tillbud, förbättringsförslag, avvikelser och observationer. Från och med i år (2010) finns det inte längre möjlighet att rapportera i det tidigare systemet.

8.3 Arbetsplatsträffar

Idag har alla avdelningar (lokalkontor) skyldighet att en gång per kvartal anordna en arbetsplatsträff som ska protokollföras. Dessa kan utföras för hela avdelningen samtidigt eller delas in i träffar i mindre grupper. Under arbetsplatsträffarna finns det vissa punkter som ska diskuteras;

- **Allmänt** – nyheter, personalförändringar
- **Daglig verksamhet** – verksamhetsförändringar, nya kunder och kontrakt
- **Personal** – semesterplanering
- **Ekonomi** – resultatgenomgång
- **Arbetsmiljö och säkerhet** – större avvikelser, nya rutiner, skyddsronder
- **Kvalitet** – genomgång lokala samt regionala kvalitetsmål, mindre avvikelser
- **Miljö** – genomgång lokala samt regionala miljömål, olyckor
- **Övriga frågor**

8.4 Introduktion för nyanställda

Vid nyanställning ska alla genomgå en introduktionsutbildning tillsammans med den som ansvarar för detta. Denna utbildning ska följa den plan som SITA utvecklat, se Bilaga E. På utbildningsplanen finns en checklista där varje punkt som introduceras ska bockas av, för att ansvarig samt den nyanställde till slut ska skriva under att alla moment har blivit genomgångna. Utbildningen ska innehålla information som handlar om bland annat företagets verksamhet, anställningsvillkor, praktisk information och en punkt som heter *Arbetsmiljö och Säkerhet*. Den utbildning som ska genomföras inom detta område innefattas av att:

- Informera om regler för arbetsmiljö och säkerhet, arbetsmetoder, arbetskläder och skyddsutrustning, hygien, företagshälsovård, skyddsronder och skyddskommitté, rapportering av arbetsskador och tillbud, skyddsföreskrifter och skyddsanordningar, Första hjälpen- utrustning och alkohollås.
- Gå igenom aktuella säkerhetsblad.
- Visa filmen "Säkert! – Om arbetsmiljö och säkerhet i vardagen" som är en informationsfilm om säkerhet.

Under den första tiden som nyanställd ska det också tydliggöras hur arbetsfördelningen ser ut i arbetsgruppen kring den nyanställde. Det är viktigt att veta vilka som är ansvariga för vilka områden samt skyddsombuden och deras funktion. Enligt utbildningsplanen ska uppföljning ske inom de närmsta veckorna efter nyanställning för att ge möjlighet till ytterligare stöd ifall frågor eller andra problem uppstått. Dessutom ska ännu ett uppföljningssamtal genomföras med den nyanställde inom några månader.

8.5 Säkerhetsblad

Vid introduktionen för nyanställda finns det säkerhetsblad inom diverse områden som den nyanställda ska ta del av. Då uppdateringar av säkerhetsbladen görs skall genomgång av dessa uppdateringar hållas på arbetsplatsträffarna.

8.6 Skyddsronder

Skyddsronder ska genomföras minst en gång per år. Detta gäller alla avdelningar och det är avdelningschefen som ansvarar för att dessa genomförs. Det finns flera olika skyddsronder som ska genomföras, till exempel för arbetsställe och fordon, se Bilaga F.

8.7 Månadskontroll

Med start i juni år 2010 ska månadskontroller börja genomföras. Det finns flera olika kontroller som ska utföras, till exempel för arbetsställe och fordon, se Bilaga F.

8.8 Fordonstillsyn

I alla bilar finns det checklistor för den kontroll av fordonen som ska göras dagligen samt veckovis.

8.9 Skyddsombud

Skyddsombud finns på nästan alla avdelningar inom företaget. Det fungerar på så sätt att anställda får anmäla sitt intresse, och om de anses lämpliga blir de valda. I praktiken anses det vara "den som vill blir vald".

8.10 Internrevision

Internrevision görs en gång vart tredje år på respektive avdelning och genomförs av EQS-samordnarna. Även under dessa revisioner finns det checklistor för vad som skall kontrolleras. Dessa inbegriper personal, miljö, kvalitet och arbetsmiljö, cisternkontroll och ekonomi, se Bilaga F.

8.11 Externrevision

Med jämna mellanrum gör även Suez en revision av SITA. De kontrollerar enligt samma checklistor som SITA använder vid internrevision. Varje avvikelse höjer självriskerna på den internförsäkring som finns i koncernen. Åtgärdas någon av avvikelserna sänks alltså självriskerna. De månatliga skyddsronderna som nämndes tidigare är ett exempel på en åtgärd som uppkommit efter Suez revision. Det finns ytterligare avvikelser som de skulle kunna åtgärda för att sänka självriskerna men det är en avvägning som görs av SITA ifall de ska genomföras eller ej.

För att få göra cisternkontroller måste även denna verksamhet revideras. Revisioner görs även på grund av ISO- certifikaten för kvalitet och miljö.

8.12 Koncernavtal med grundläggande principer för hälsa och säkerhet

Detta är ett avtal som gäller alla bolag inom GDF Suez. Meningen med avtalet är att visa att koncernen har en vilja att ta på sig mer ansvar än vad exempelvis lagen kräver. Koncernens ambition är:

Se till att var och en – ledande befattningshavare, chefer och arbetstagare – verkligen engagerar sig i arbetet för såväl sin egen hälsa och säkerhet som för andras.

Hälsa och säkerhet ska vara helt grundläggande för de som ingår i avtalet och enligt det så finns det tre ständiga utmaningar enligt avtalet:

- Bevara integriteten för personer och ägodelar
- Främja livskvaliteten i arbetet
- Förbättra hälsan och säkerheten genom professionalism från alla parter

Avtalet består av två delar, en del med principer och en med stödpunkter. Principerna är följande:

1. Ta hänsyn till riskerna i allt beslutsfattande
2. Alla ska arbeta för att förebygga risksituationer
3. Främja ett gott klimat för tillit och dialog
4. Hierarkisk strukturering av det förebyggande arbetet
5. Inbördes jämförelser, delade erfarenheter och återkoppling
6. Förebyggande åtgärder och skydd för att deras tjänsteleverantörer ska ligga på minst samma nivå som deras arbetstagare
7. Respekt för bestämmelser och interna regler
8. Förberedande inför krishantering

Stödpunkterna innefattar att *chefer och övriga anställda ska vara delaktiga i det förebyggande arbetet, det skall finnas en social dialog samt styrnings- och kommunikationsverktyg*. För mer tydliga förklaringar om vad stödpunkterna och principerna säger se Bilaga F.

8.13 Andra krav från GDF Suez- koncernen

SITA har krav på sig från koncernen gällande säkerhet och hälsa. Kritiken mot dessa är att de uppfattas som höga och inte implementerbara på de relativt små avdelningarna i Sverige.

9 DEFINITIONER

Nedan presenteras de definitioner som SITA använder sig av samt de definitioner som valts för användning i detta arbete.

9.1 SITAs definitioner

Följande definitioner används inom SITA och går att finna på SITAs intranät.

- **Tillbud** - Plötslig eller oförutsedd händelse som hade kunnat leda till olycka.
- **Arbetskada** - Alla olyckor och sjukdomar som uppstått i arbetet. Det kan gälla kroppslig skada men även ohälsa på grund av den psykosociala arbetsmiljön. Även färdolycksfall vid färd till eller från arbetet samt resor i arbetet.

9.2 Använda definitioner

Nedanstående definitioner är de som valts att användas i detta arbete.

- **Avvikelse** - En händelse eller observation som avviker från normal rutin i verksamheten och som skulle kunna medföra risk för skada.
- **Tillbud** - Plötslig eller oförutsedd händelse som hade kunnat leda till arbetskada.
- **Olycka** - Alla arbetsskador och sjukdomar som uppstått i arbetet. Det kan gälla kroppslig skada men även ohälsa på grund av den psykosociala arbetsmiljön. Även färdolycksfall vid färd till eller från arbetet samt resor i arbetet.

Definitionen för avvikelse togs fram för denna rapport eftersom den ansågs tydlig vilket underlättade vid analys av den rapportering som gjorts på SITA åren 2008-2009. Uttrycken tillbud och olycka är däremot definitioner som redan används, förutom att *olycka* istället definieras som *arbetskada* inom SITA.

Dessa val av definitioner har gjorts för att underlätta kategoriseringen av händelserna då gränsen mellan tillbud och olycka blir tydligare då kroppslig eller psykosocial ohälsa krävs för att händelsen ska betraktas som en olycka. Anmärkningsvärt är att med dessa definitioner betraktas allvarliga händelser utan personskador inte som olyckor utan som tillbud.

Idag används definitionerna (som visas i kap 9.1) på ett inkonsekvent sätt. Detta kan bero på att de inte är tillräckligt tydliga vilket försvårar användningen för de anställda. Därför rekommenderas SITA att använda de definitioner som finns i kap 9.2 istället. Denna förändring kommer att kunna förbättra och förtydliga den rapportering som finns i dagsläget.

10 RESULTAT - OLYCKSSTATISTIK INOM SITA

I det här kapitlet presenteras de resultat som tagits fram från tidigare händelserapporteringar. Då händelserapporterna sammanställdes och kategoriserades gav detta ett resultat som visade var förbättringsarbete, för att minska antalet olyckor som sker inom SITA, bör prioriteras.

De rapporter som användes som underlag för att få fram denna kategorisering kommer från SITAs händelserapportering från åren 2008-2009. De orsaks- och underkategorier som blev resultatet presenteras nedan och sammanfattas i Bilaga A.

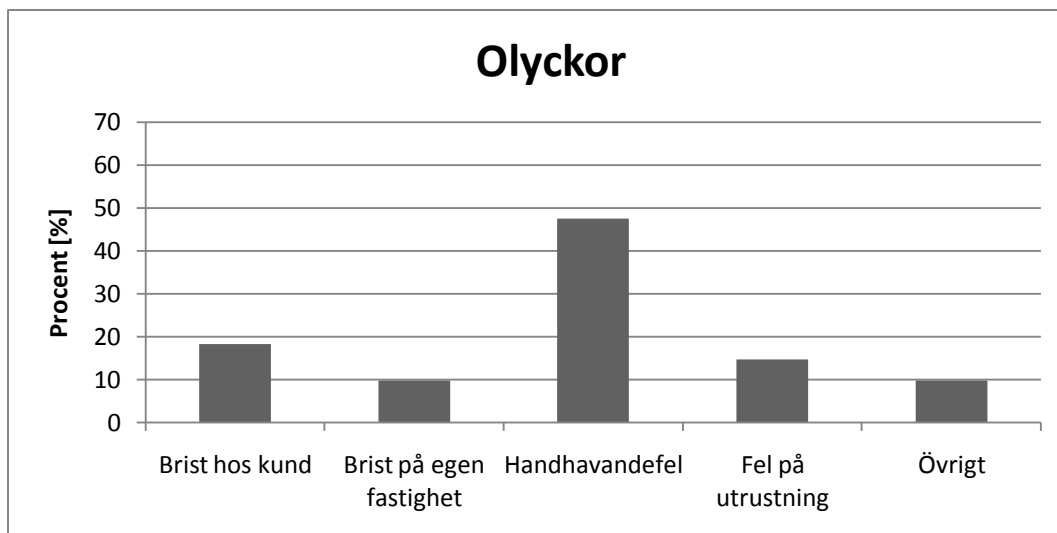
10.1 Orsakskategorisering av avvikelser, tillbud och olyckor

För att kunna urskilja hur en prioritering av företagets resurser bör genomföras kategoriserades rapporterade avvikelser, tillbud och olyckor. Orsakskategoriseringen är ett viktigt resultat i sig eftersom de kategorier som presenteras är en uppdelning av de rapporter som studerats. Vid genomgång av rapporterna kunde fem kategorier av orsaker till händelserna urskiljas. Resultatet så långt medför en tydligare bild av var riskerna i verksamheten finns.

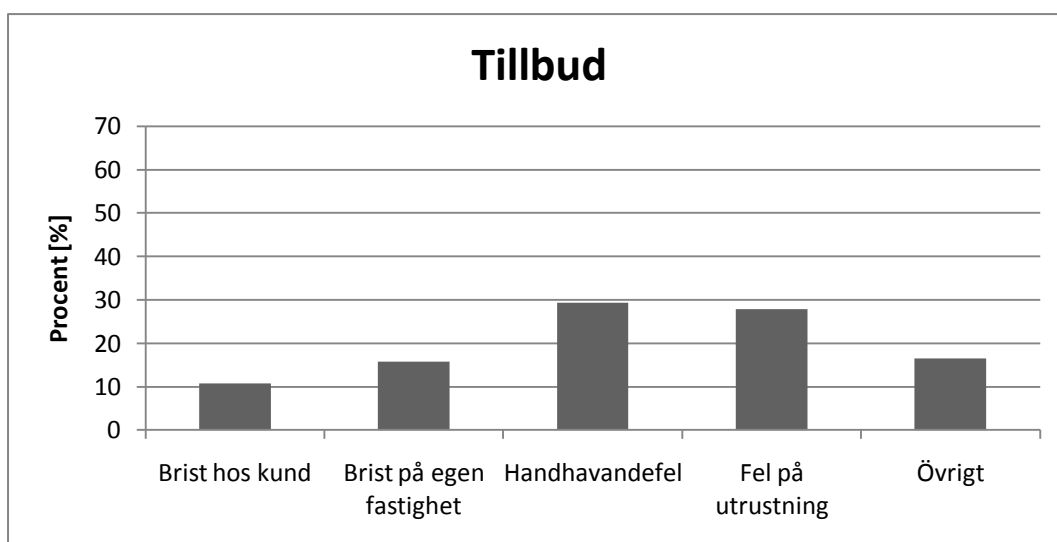
De fem orsakskategorierna är följande;

- **Brist hos kund** - avvikelser, tillbud och olyckor som skett på grund av kunds bristande säkerhetsarbete.
- **Brist på egen fastighet** - då säkerheten på arbetsplatsen inte har varit tillräcklig.
- **Handhavandefel** - handling som inte utförts ”som det är tänkt”, vid brist på säkerhetshantering.
- **Fel på utrustning** - utrustning har varit sönder eller sliten.
- **Övrigt** – händelser som inte innefattas under övriga kategorier.

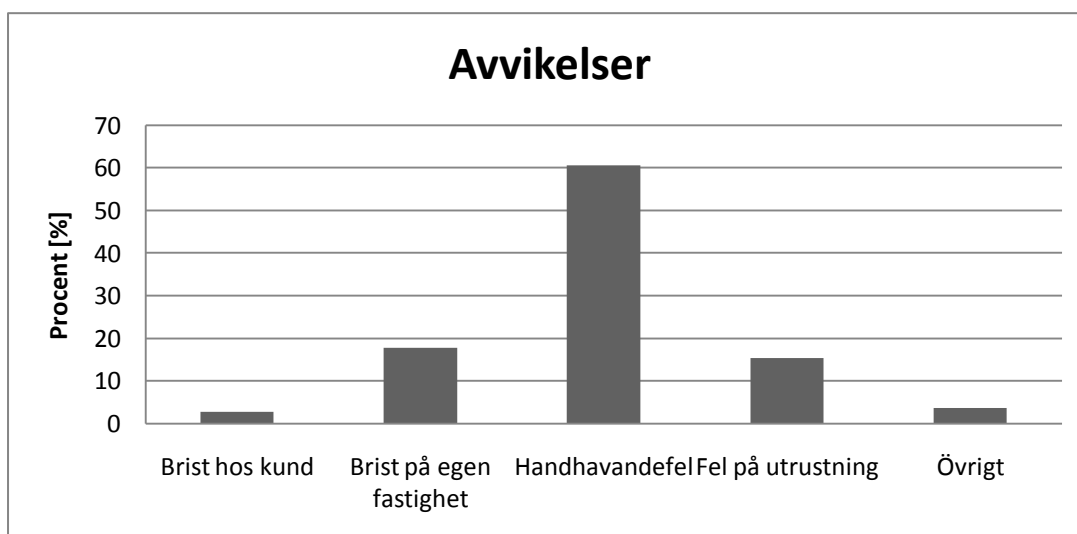
För de tre typerna av händelser; olycka, tillbud samt avvikelse, ges fördelningen inom de fem orsakskategorierna i Figur 7-9.



Figur 7. Procent i respektive orsakskategori av de 82 rapporterade olyckorna.



Figur 8. Procent i respektive orsakskategori av de 140 rapporterade tillbuden.



Figur 9. Procent i respektive orsakskategori av de 332 rapporterade avvikelserna

10.2 Underkategorier gällande orsaker

Rapporterna som studerats har även resulterat i underkategorier till de orsakskategorier som presenterades ovan. Dessa underkategorier har precis som orsakskategorierna tagits fram för att beskriva vilka orsaker de avvikelser, tillbud och olyckor som rapporterats kan ha haft. I detta avsnitt presenteras underkategorierna samt fördelningen som uppkom inom vardera orsakskategorin. Återigen visar resultatet trender för var förbättringsarbetet bör prioriteras. Det gick dock inte att identifiera alla underkategorier för respektive typ (avvikelser, tillbud och olyckor) och därför presenteras endast fördelningen av underkategorierna med störst andelar i varje orsakskategori.

Nedan presenteras underkategorierna som händelserapporterna resulterade i. Detta görs för var och en av orsakskategorierna som nämnts i 10.1.

Brist hos kund

- **Dålig skötsel av underlag och brist i översyn** av kund har medfört fallolyckor på grund av till exempel halka och riskfyllt underlag. Dessa omständigheter ligger i kundens ansvar att åtgärda men i SITAs intresse att påverka.
- **Brist i kommunikation mellan kund och SITA** inbegriper information från båda parter. Kunden har i vissa fall meddelat felaktig information om innehåll, till exempel gällande vilka ämnen SITA ska transportera. Dessutom kan det vara problem som uppkommit då SITA inte varit tillräckligt tydliga med vilka krav de ställer på kunden.
- **Skadegörelse och överfall** innefattar de rapporter där SITAs personal har blivit attackerade eller där SITAs utrustning har blivit förstörd.
- **Övrigt** innehåller rapporterade tillbud där informationen inte varit tillräcklig för att placeras i någon av de andra underkategorierna.

Brist på egen fastighet

- **Bristfällig fastighetsskötsel** innefattar fel som funnits på egen fastighet som till exempel håll i marken, halka eller trasiga handtag.
- **Otillräcklig säkerhetsanordning**, som exempelvis dålig utfart eller dörrspärrar.
- **Brand/Rökutveckling** skiljer sig lite från övriga underkategorier eftersom denna inte säger något om den direkta orsaken till olyckan. Anledningen till att denna underkategori används är att brand eller rökutveckling anses vara tillräckligt viktigt för att orsakerna till detta bör utredas separat.
- **Kundklagomål** är då grannar har klagat på exempelvis buller från SITAs fastigheter och/eller verksamhet.

Handhavandefel

- **Skyddsutrustning används inte**, inte ens då utrustning funnits att tillgå, som andningsskydd, varselkläder och annan utrustning.
- **Säkerhetsrutiner efterföljs inte**, vilket har bidragit till onödiga risker och i värsta fall olyckor.
- **Nedstigning från sopbil** har medfört många snedtramp, fall- och halkolyckor. Det är en relativt specifik underkategori men är ett ständigt återkommande inslag i rapporteringen för olyckor.
- **Handhavandefel/Säkerhetsrutiner saknas**, vilket i vissa fall kan betraktas som "mänskligt fel" eller brist på utbildning för arbetsuppgiften. Alternativt saknas det rutiner i arbetsuppgiften för att klara av att utföra uppgiften på ett säkert sätt.

- **Brist i utbildning** innebär att någon utfört ett arbete utan behörighet. Denna underkategori innehåller också de rapporter som finns angående dokumentation som saknats gällande om personal genomgått introduktion eller andra utbildningar.
- **Fel uppgifter i kontrollblad/förteckningar** innebär att felaktigheter funnits i den dokumentation som finns om säkerhet och arbetsmiljö inom SITA.

Fel på utrustning

- **Sliten/Trasig utrustning** som inte kontrollerats och underhållits tillräckligt. Detta gäller enligt rapporteringen till exempel utrustning som kärlyft, balpress eller trappsteg på bil. Även återkommande problem med containrar uppmärksammas, som fel på inmatning samt öppningsanordning. Utrustning som kontrollerats och där problem varit kända saknar i vissa fall ändå uppföljning och underhållning.
- **Avsaknad av säkerhetsanordning** som bland annat skyltar, spärrar och säkerhetsanordningar på container. Riskerna ökar då vissa arbetsuppgifter kräver riskfyllda åtgärder, exempelvis vid tömning.
- **Utrustningen fungerar inte** som den ska av olika orsaker. Anställda har utsatts för risker då möjligheten funnits att avfall ska falla ut ur container eller liknande. Antingen visar rapporten tydligt av vilken anledning utrustningen inte fungerat (utan att den är direkt sönder eller trasig) eller så finns det inte tillräckligt med information om orsaken.
- **Smuts** innebär att det funnits svårigheter att rengöra utrustningen, vilket har uppmärksamats vid bland annat problem med vågar.

Övrigt

- **Oklara regler och utbildning** av vad som ingår i anställdas arbetsuppgifter. Detta har inneburit att personal utfört arbete som inte funnits i arbetsbeskrivningen och som eventuellt kunnat innebära en högre risk för den anställde samt kollegor.
- **Dålig förebyggande planering** ur risksynpunkt. Bland annat bör hämtställen placeras på säkra ställen för att förebygga eventuella risker i arbetsmiljön.
- **Övriga olyckor** där inte anställda varit vållande som exempelvis trafikolyckor där sopbil blivit påkörd eller andra olycksfall.

10.3 Fördelning av underkategori gällande orsaker till olyckor

Här presenteras fördelningen av underkategorierna i respektive orsakskategori för de rapporterade olyckorna. För den orsakskategori som visade sig vara störst inom olyckor, och som tidigare har presenterats, visas fördelningen i diagram.

10.3.1 Brist hos kund

Underkategorin *Dålig skötsel* är orsak till 67 % av de 15 rapporterade olyckorna medan *Brist i kommunikation* står för resterande 33 %.

10.3.2 Brist på egen fastighet

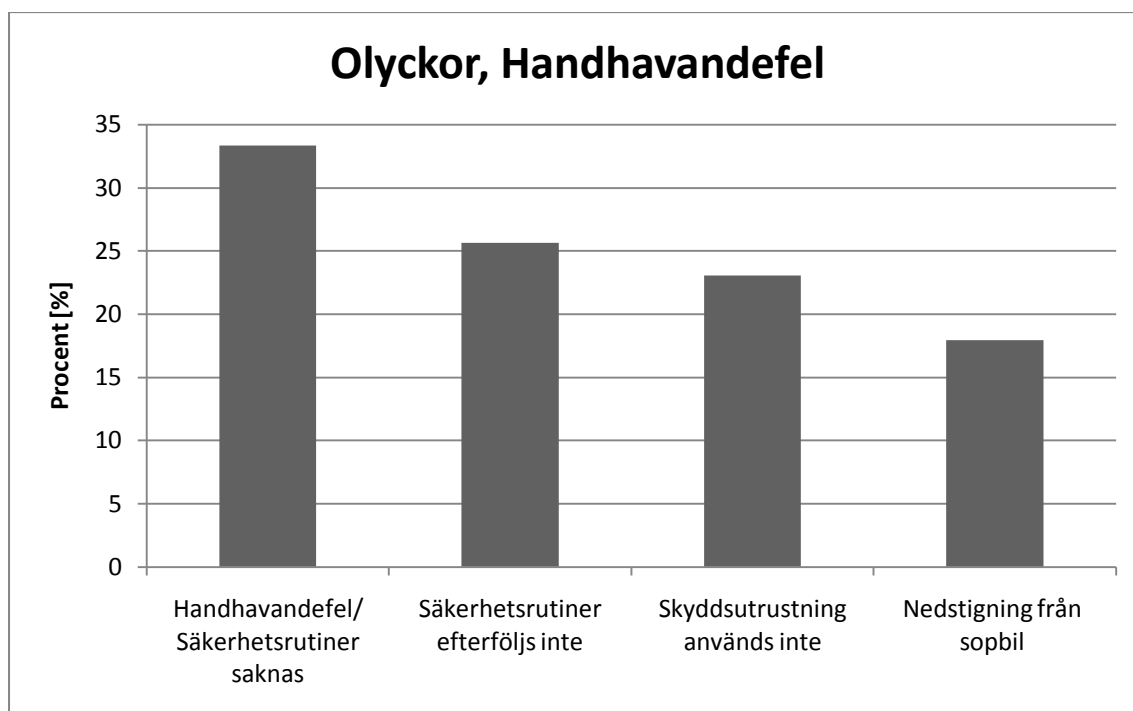
Av de åtta rapporter inom denna kategori beror 75 % på *Bristfällig fastighetsskötsel*. Hälften av dessa beror på direkt halka inom område som inte åtgärdats tillräckligt snabbt.

10.3.3 Handhavandefel

I Figur 10 visas fördelningen av de rapporteringar som fanns i kategorin *Handhavandefel* som var den största orsakskategorin vad gäller olyckor. Den visar att fördelningen mellan underkategorierna var

relativt jämn men att största andelen tillhör *Handhavandefel/Säkerhetsrutiner saknas* vilken står för 33 %. Dessa rapporter innehåller olyckor som beror av bland annat händelser med fallande stegar, klämskador i arbetet och trafikolyckor där SITAs personal varit ansvariga för olyckan. Det finns även en underkategori för de olyckor som orsakats av att säkerhetsrutiner som funnits inte har följts. Detta handlar om att inte tillräckliga försiktighetsåtgärder vidtagits vid bland annat arbete på tak, tunga lyft eller vid körning med bil då inte all anordning tagits ner ordentligt. Det har även slarvats med skyddsutrustning som skyddsskor, varselkläder vid arbete i trafik samt vid rengöringsarbete.

Här visas också att den specifika underkategorin *Nedstigning från sopbil* har en relativt stor andel (18 %) av olyckorna i denna orsakskategori och därför inte bör försummas.



Figur 10. Fördelning av 39 rapporterade olyckor i kategorin Handhavandefel.

10.3.4 Fel på utrustning

Av de 12 rapporter som blev placerade i denna underkategori beror 50 % på *Sliten/Trasig utrustning*. De resterande 50 % fördelades jämnt mellan underkategorierna *Utrustning fungerar inte* och *Avsaknad av säkerhetsanordning*.

10.3.5 Övriga

Denna underkategori var en, redan från början, svårhanterlig kategori. Hälften av rapporterna inom denna kategori är svårdefinierade olyckor. Antalet rapporterade olyckor i denna kategori var åtta stycken vilket inte är så stort i jämförelse med de andra. Då resultatet av kategoriseringen visar att 50 % finns i underkategorin *Övriga olyckor* blir det svårt att dra några slutsatser. Det bör dock tilläggas att 38 % av olyckorna i underkategorin antogs bero på *Dålig förebyggande planering*.

10.4 Fördelning av underkategorier gällande orsaker till tillbud

Fördelningen av underkategorierna i respektive orsakskategori av rapporter gällande tillbud presenteras nedan. För de orsakskategorier som visade sig vara störst inom tillbud och som tidigare har presenterats uppvisas fördelningen i diagram.

10.4.1 Brist hos kund

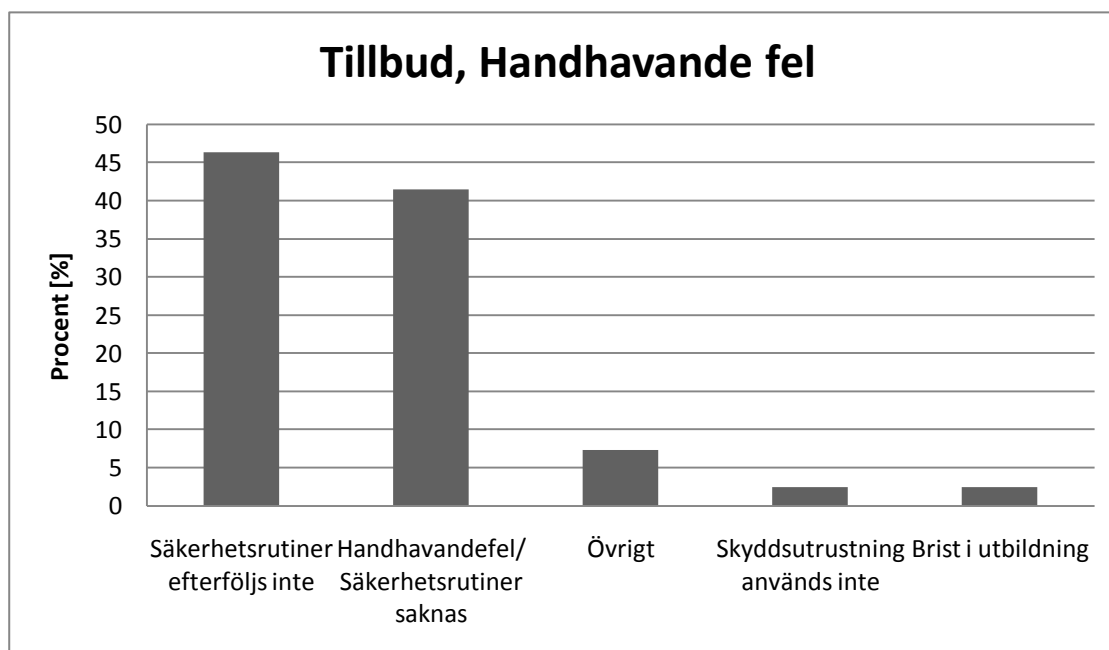
Av de 15 tillbud som rapporterats i denna kategori beror 53 % av tillbuden på *Brist i kommunikation* och 20 % på *Dålig skötsel av underlag* hos kunden. *Skadegörelse och överfall* samt *Övrigt* delar lika på de resterande 27 %.

10.4.2 Brist på egen fastighet

36 tillbud är rapporterade i kategorin varav 41 % i underkategorin *Brand/Rökutveckling*. 27 % av tillbuden beror på *Bristfällig fastighetsskötsel* och 18 % på *Otillräcklig säkerhetsanordning*. Den minsta kategorin är *Kundklagomål*, i vilken det finns tre rapporter (14 %).

10.4.3 Handhavandefel

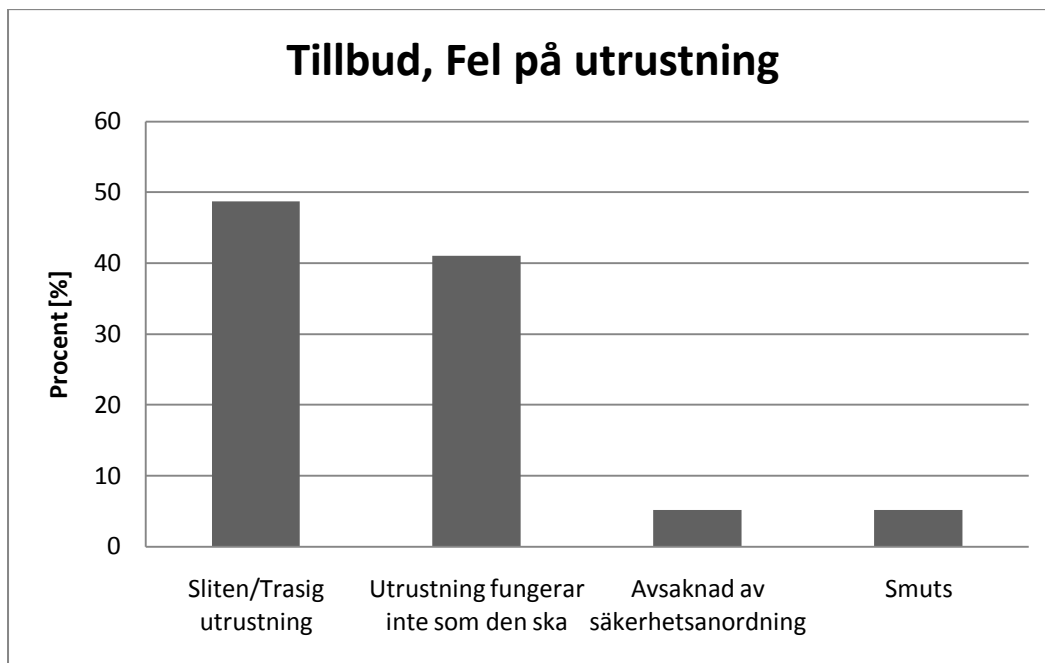
Handhavandefel innehar den största andelen rapporter bland tillbuden, samma som för olyckorna. Fördelningen i underkategorier för dessa tillbud redovisas i Figur 11 och visar ett tydligt resultat. De kategorier inom vilka flest tillbud rapporteras är *Säkerhetsrutiner efterföljs inte* och *Handhavandefel/Säkerhetsrutiner saknas*. De tillbud som medverkar till denna fördelning handlar bland annat om otillräcklig säkerhet vid fysiska lyft, bristfällig täckning av container samt felaktig förvaring och hantering av farliga ämnen. De handhavandefel som finns rapporterade är till stor del trafikolyckor eller förseelser som antas bero på ouppmärksamhet från chaufför. De övriga underkategorierna antas inte ha en stor betydelse i detta fall.



Figur 11. Fördelning av 41 rapporterade tillbud i kategorin Handhavandefel.

10.4.4 Fel på utrustning

Denna kategori var tillsammans med *handhavandefel* den största orsakskategorin då det gäller rapporterade tillbud. De tillbud som hör till denna grupp visar också på en tydlig fördelning mellan underkategorierna, se Figur 12. 49 % av rapporterna berör sliten eller trasig utrustning vilket står för en allmänt sliten containerpark där bland annat nättak och gångjärn lossnat och ett stort antal oljeutsläpp inträffat efter slangbrott på bilar och behållare.



Figur 12. Fördelning av 39 rapporterade tillbud i kategorin Fel på utrustning.

Precis som i beskrivningen för underkategorin *Utrustningen fungerar inte som den ska* handlar det om händelser då den direkta orsaken inte går att utläsa från rapporten, men där det tydligt visats att det är på grund av utrustningen det inträffat. Tillbudet kan handla om att kärl släpper från kärlyft och containrar glider av släp utan känd orsak.

10.4.5 Övriga

Precis som för olyckorna är det svårt att kategorisera tillbudet i denna grupp och fördelningen mellan de olika grupperna är ungefär lika. Flera av tillbudet är trafikolyckor men där inget handhavandefel förekommit, exempelvis möte på smal väg, halka eller situation där SITAs bil blir tvingad att väja för mötande bil. Underkategorin *Övrigt* innehar störst andel av underkategorierna med 43 % medan de övriga delar ungefär lika på resterande delen.

10.5 Fördelning av underkategorier gällande orsaker till avvikelser

Underkategoriseringen av rapporterade avvikelser har gått till på samma sätt som för tillbud och olyckor. Precis som för redovisade olyckor och tillbud är inte alla underkategorier representerade i varje orsakskategori. För den orsakskategori som visade sig vara störst för avvikelser och som tidigare har presenterats uppvisas fördelningen i diagram.

10.5.1 Brist hos kund

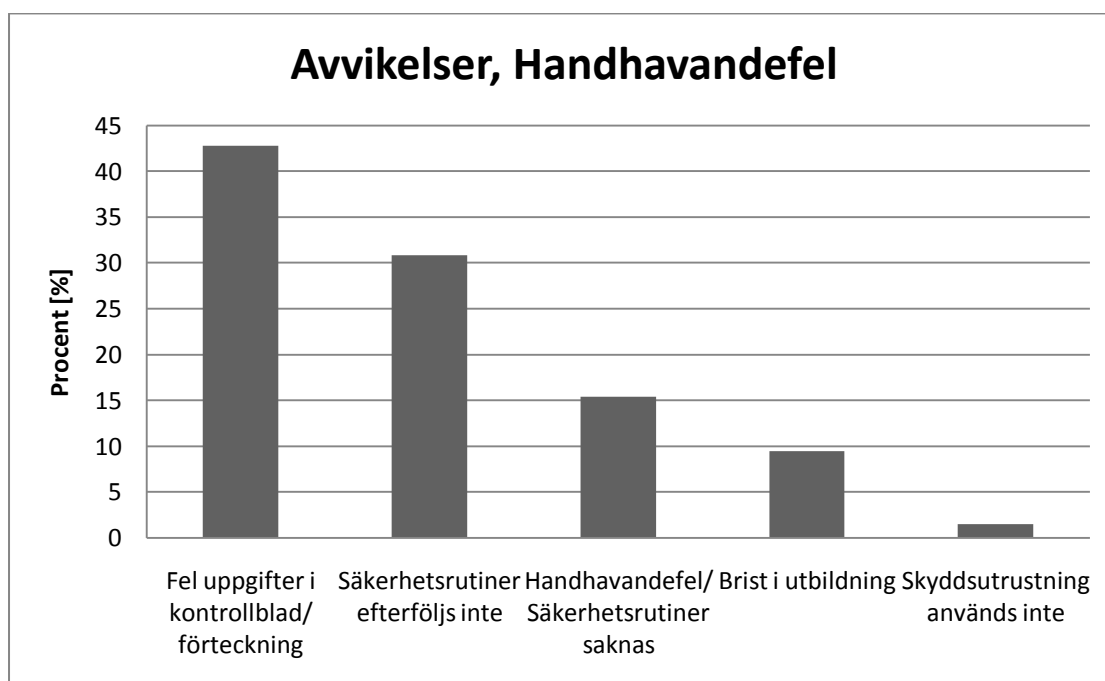
Det finns nio rapporterade avvikelser inom denna kategori, men ett tydligt resultat visar att nästan 90 % beror på *Brist i kommunikation*. Resterande hamnar inom *Dålig skötsel av underlag*.

10.5.2 Brist på egen fastighet

Av totalt 59 rapporter gällande avvikelser handlade 51 % om *Bristfällig fastighetsskötsel*. Sedan följer *Otillräcklig säkerhetsanordning* med 37 %, resterande andelar upptas av avvikelserapporter gällande *Brand/Rökutveckling* samt *Kundklagomål*.

10.5.3 Handhavandefel

Denna kategori innehåller ett stort antal rapporter. Kategoriseringen innehöll svårigheter då många rapporter innehöll knapphändig information och därför ofta var svåra att veta orsaken till. De handlar till stor del om tillstånd som saknas, kontroller som inte fullföljts samt information som inte uppdaterats. Detta visar sig tydligt i Figur 13 där underkategorin *Fel uppgifter i kontrollblad/ förteckning* är den största med nästan hälften av det stora antalet rapporterade avvikelser. Dokument i allmänhet verkar ofta vara dåligt ifyllda, om de ens finns på rätt plats. Många avvikelserapporter uppmärksammar detta problem. Då inte alla arbetsplatsträffar hållits som de ska har detta antagits vara ett handhavandefel med tanke på hur viktiga dessa träffar kan vara för säkerheten. Det finns även rutiner för förvaring och hantering av farliga ämnen som inte efterföljs. Åtgärder som skulle vidtas efter genomförd riskanalys saknas. Skyddsronder genomförs inte, eller om inte annat dåligt utan kontrollbeskrivningar eller dokument. Larmlistor är ofta på fel plats, eller dåligt uppdaterade. *Handhavandefel/Säkerhetsrutiner saknas* handlar exempelvis om kontroller av maskiner, instrument och personlig skyddsutrustning som inte verkar genomföras i tid, vilket visar på brist i rutinerna kring just detta.



Figur 13. Fördelning av 201 rapporterade avvikelser i kategorin Handhavandefel.

Även *Brist i utbildning* och *Dålig användning av skyddsutrustning* är representerade men endast i mindre andelar vilka därför inte presenteras vidare.

10.5.4 Fel på utrustning

De tre kategorierna *Sliten/Trasig utrustning*, *Avsaknad av säkerhetsanordning* och *Utrustning fungerar inte* står nästintill för varsin tredjedel av de 51 rapporterna i denna kategori.

Inom kategorin *Avsaknad av säkerhetsanordning* är det till stor del rapporter om direkta säkerhetsproblem, som att säkerhetsanordningar och hjälpmedel som måste finnas på plats saknas. Om någon av dessa anordningar är trasiga eller tillräckligt slitna för att inte tillhandahålla tillräcklig säkerhet betraktas dessa hamna i gruppen för *Sliten/Trasig utrustning*.

10.5.5 Övriga

Fördelningen av de 19 rapporterna mellan de tre underkategorierna resulterade i att *Dålig förebyggande planering* stod för 42 %, medan *Oklara regler/utbildning* och *Övriga händelser* delar relativt jämnt på resterande andelar.

11 RESULTAT - REGIONSKILLNADER

En utvärdering av SITAs händelserapporter resulterade i en jämförelse mellan hur de olika regionerna (Mellan, Syd, Öst, Nord) inom företaget rapporterar. Alla regioner använder samma system och rutiner, vilket också borde innebära en liknande statistik kring antal rapporter inom avvikelser, tillbud och olyckor. För att kunna genomföra en sådan jämförelse användes det genomsnittliga antalet rapporter per anställd inom respektive region, om inget annat anges.

11.1 Skillnader mellan år 2008 och 2009

I Tabell 6 kan skillnaderna mellan de olika regionernas rapportering observeras. Det är tydligt att region Mellan ligger högt, i jämförelse med de andra regionerna, då antalet rapporter de lämnat in är flera gånger större än de resterandes. Region Syd rapporterar klart lägst antal rapporter per anställd båda åren. Det ska också uppmärksammas att alla regionerna nästan har halverat sin rapportering mellan år 2008 och 2009.

Tabell 6. Antal rapporter per anställd presenterade för respektive region och år.

Region	År 2008	År 2009
Mellan	0,56	0,27
Syd	0,12	0,06
Öst	0,17	0,12
Nord	0,26	0,18

11.2 Genomsnittligt antal rapporter för båda åren

Det som går att utläsa från Tabell 7 är att region Mellan är den enda som överskrider det genomsnittliga antalet rapporter per anställd. Det som bidrar mest till Mellans höga genomsnitt är antalet avvikelserrapporter som ligger långt över de andra regionernas. Värt att notera är också att antalet rapporter angående olyckor är minst för region Mellan. Region Syd ligger väldigt lågt totalt, mycket beroende på det låga antalet avvikelserrapporter per anställd.

Tabell 7. Genomsnittligt antal rapporter per anställd under åren 2008-2009.

Region	Olyckor	Tillbud	Avvikelser	Totalt
Mellan	0,02	0,03	0,36	0,41
Syd	0,03	0,01	0,05	0,09
Öst	0,03	0,02	0,09	0,14
Nord	0,03	0,01	0,18	0,21
Genomsnitt	0,03	0,02	0,17	0,21

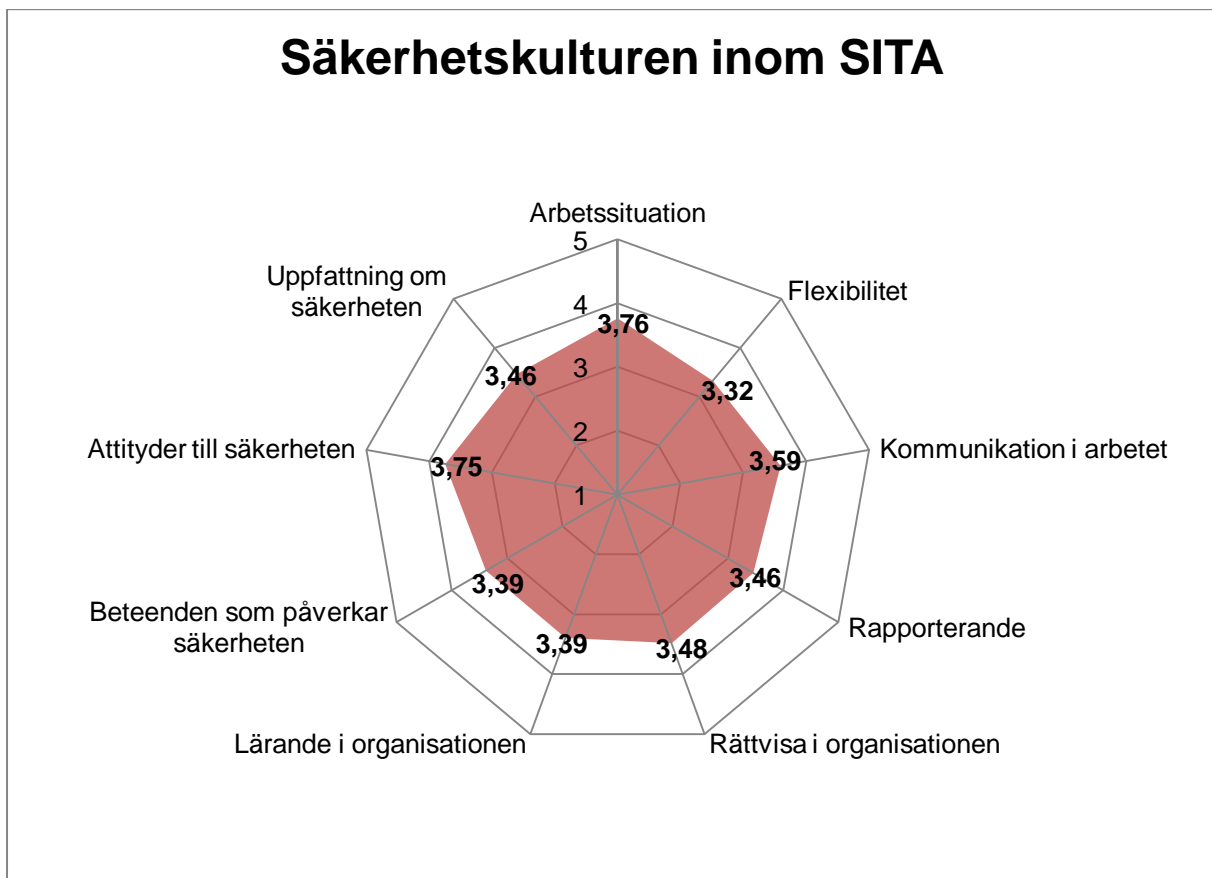
Antalet anställda har vid beräkningar i Tabell 7 antagits till ett genomsnitt från de båda åren.

12 RESULTAT - ENKÄTER

Sammanlagt fyllde 125 anställda i enkäten. På nio av tretton avdelningar var det fler än fem anställda som fyllde i enkäten. Åtta enkäter fylldes i av anställda från andra avdelningar eller har inte angett avdelning, se Tabell 3 i metodavsnittet. Resultaten presenteras som ett värde på en skala 1-5 där fem betraktas som det mest positiva svaret. Nedan presenteras resultaten från enkätundersökningen, först totala säkerhetskulturen inom SITA följt av en jämförelse mellan avdelningarna. Sedan sammanfattas de nio olika områdena som representerar en säkerhetskultur i enkäten: arbetssituation, flexibilitet, kommunikation i arbetet, rapportering, rättvisa i organisationen, lärande i organisationen, beteenden som påverkar säkerheten, attityder till säkerheten och uppfattning om säkerheten. I Bilaga G redovisas resultaten för varje fråga.

12.1 Säkerhetskulturen

Medelvärdena för de nio områdena som har använts för att undersöka säkerhetskulturen i enkäten presenteras i Figur 14.



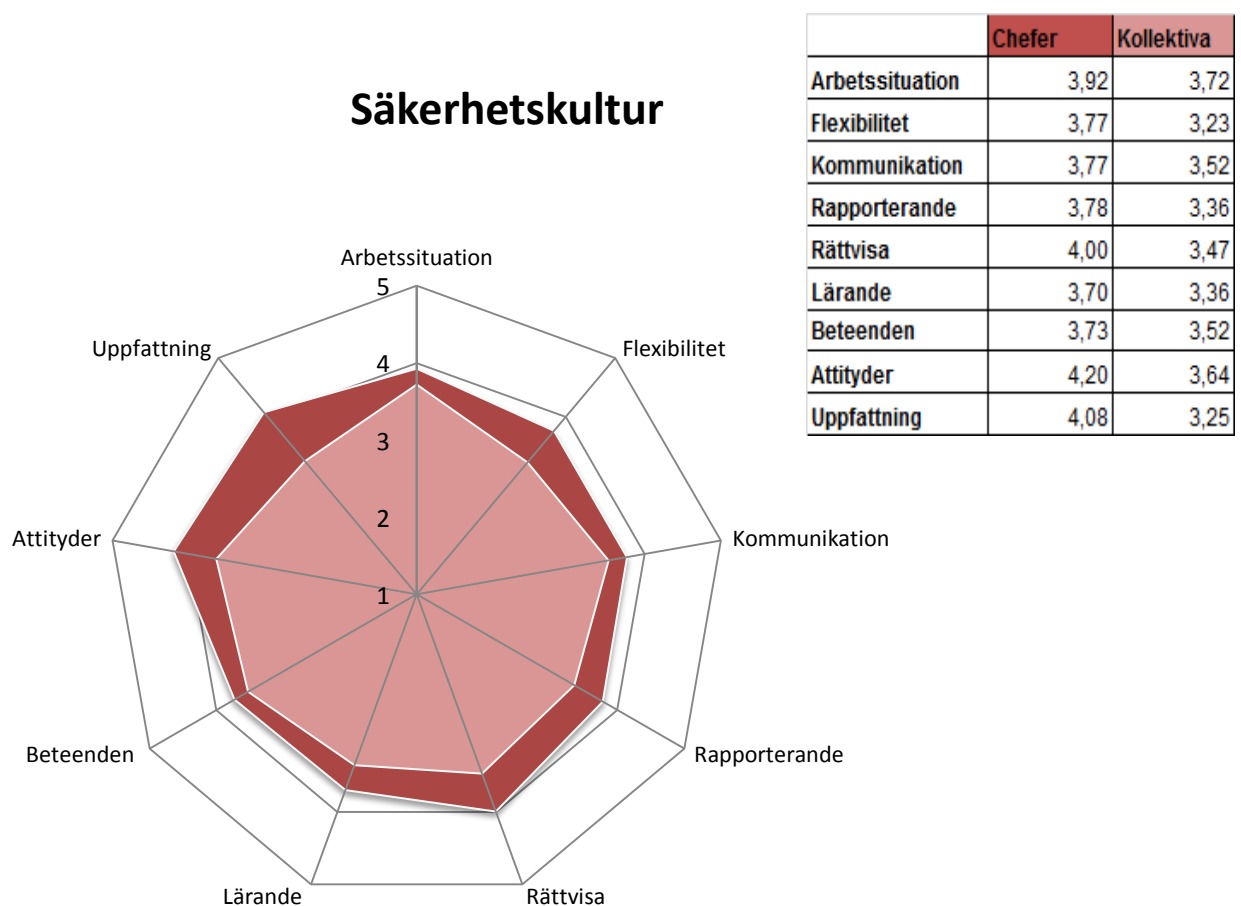
Figur 14. Medelvärde för de nio områden som representerar säkerhetskulturen på en skala mellan 1-5 (5 är det mest positiva svaret).

12.2 Skillnader och likheter mellan studerade avdelningar

I Bilaga H finns diagram över säkerhetskulturen och de olika områdena för respektive avdelning presenterade. Det går att se att de anställda värderar områdena olika på de olika avdelningarna. Det är Jönköping och Tomelilla som ligger bäst till vad gäller deras totala medelvärden. De som har desto mer att arbeta med är Laholm och Hagby (Stockholm) med sämst säkerhetskultur enligt den enkätundersökning som genomförts.

12.3 Skillnader och likheter mellan chefer och kollektiva

Eftersom det är vanligt att chefer inte är av samma uppfattning som de anställda valdes att studera hur medelvärdet för de olika säkerhetskulturområdena skiljer sig mellan de som angett sig vara kollektivanställda och de som leder andras arbete. Resultatet presenteras i Figur 15.



Figur 15. Presentation av skillnader i uppfattning av de olika säkerhetskulturområdena för kollektiva och chefer.

12.4 Arbetsituation

Under denna rubrik i enkäten fanns det sammanlagt 16 frågor som berörde trivseln, utrustningen i arbetet, stress med mera. De resultat som presenteras vidare i detta kapitel gäller hela materialet av data som samlades in i enkätundersökningen.

12.4.1 Trivsel

Enkäten gav väldigt positiva resultat angående trivseln på arbetet då hela 89 % svarade att de trivs ganska eller väldigt bra. Även arbetskamraterna är omtyckta då 94 % anser att de trivs ganska eller väldigt bra med dessa. Resultaten visar också att de anställda känner stöd från sina arbetskamrater i sitt arbete och att samarbetet fungerar bra.

Mer än hälften (60 %) upplever att deras arbete uppskattas ganska eller väldigt mycket.

12.4.2 Utrustning i arbetet

Omkring 80 % tycker att de har tillgång till den utrustning de behöver samt att skicket på denna är ganska eller mycket god.

12.4.3 Stress

Fem av frågorna i enkäten handlade specifikt om stress, se Bilaga C. Sammanlagda medelvärdet av svaren på dessa frågor hamnade på 3,5. Två av dessa frågor handlade om hur ofta den anställda känner sig kroppsligt utmattad respektive stressad under en vanlig arbetsvecka. Resultaten av dessa blev anmärkningsvärda då 20 % svarade ganska eller väldigt ofta. 66 % av de som svarat är stressade ibland eller oftare under en vanlig arbetsvecka. Nästan 90 % uppger att det ibland eller oftare är kaotiskt på arbetsplatsen.

12.5 Flexibilitet

De sex frågor i undersökningen som beskriver flexibiliteten i säkerhetskulturen fick ett medelvärde på 3,3. Det visar sig att ca 80 % skulle påmint en person om en uppgift som inte blivit gjord, men som gränsar till deras egna. Samma andel skulle även ha utfört uppgiften själva om den ej blivit gjord. Detta är ett bra tecken på att man är flexibel inom organisationen. Det är dock mer än 20 % som tycker att det inte är accepterat att föreslå förbättringar som berör någon annans ansvarsområde. När det gäller förbättringsförslag rent allmänt svarade 124 stycken på frågan om de uppmuntras till detta. 44 % menade att de uppmuntrades till detta ganska eller väldigt mycket.

12.6 Kommunikation

Totalt sett gav svaren på de sex frågorna som handlar om kommunikation ett medelvärde på 3,6. Det mest positiva resultatet visar att nästan tre fjärdedelar anser att de får tillräckligt med information för att utföra sitt arbete på ett säkert sätt. Denna information anses av många komma i rimlig tid.

Kommunikationen mellan tjänstemän och kollektiva upplevs av 50 % som bra eller väldigt bra, hela 90 % anser den vara ganska bra eller bättre. Det saknas dock utbildning i hur kommunikationen ska se ut vid olyckssituationer, 22 % menar att utbildningen är knappt eller inte alls tillräcklig.

12.7 Rapportering

Många upplever att informationen som samlas inte är tillräcklig för kontroll av funktionen hos teknisk utrustning (23 %), om arbetsrutiner fungerar (21 %) samt om säkerheten fungerar (18 %). Här följer resultaten från enkätundersökningen för de frågor som berör rapportering.

12.7.1 Rapporteringssystemet

Förbättring av rapporteringssystemet önskas av ca 60 % då dessa svarat att det behöver förbättras lite grand eller mer. Enkätsvaren visar också att ledningen upplevs lyssna på sin anställda när det

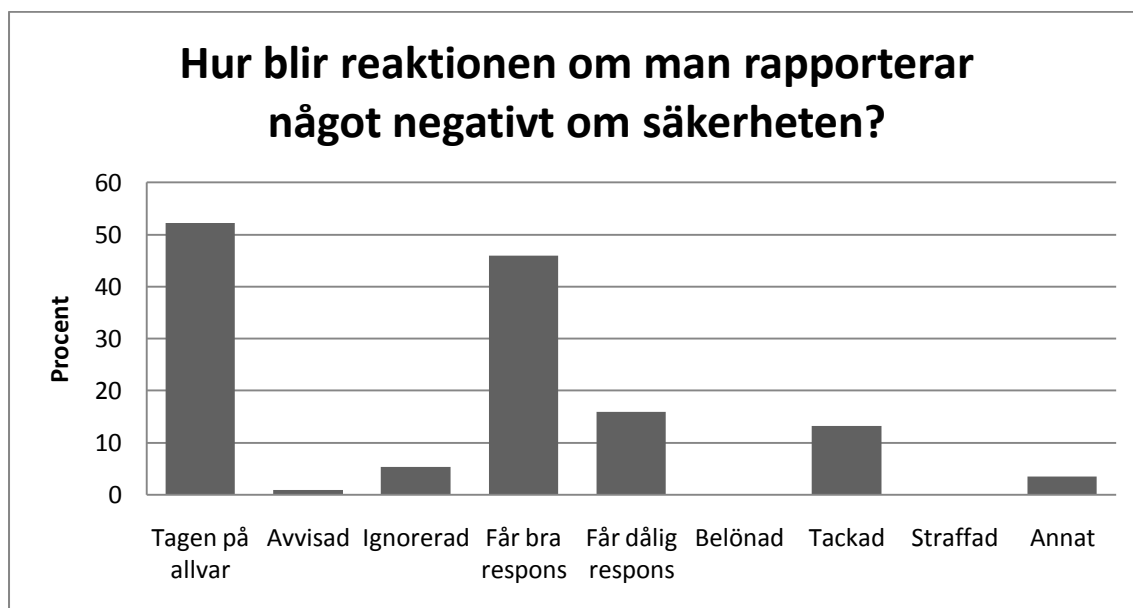
gäller säkerhetsfrågor. Över 90 % svarade kanske, troligen eller absolut på frågan om ledningen lyssnar på sina anställda när det gäller säkerhetsfrågor. 70 % svarade de två sista alternativen.

12.7.2 Kring rapporteringen

Om de anställda skadar sig i arbetet rapporterar nästan 80 % (oftast eller alltid) detta i rapporteringssystemet eller till tjänsteman. I enkäten kom det också fram att 70 % oftast eller alltid rapporterar ett tillbud, det förklaras i frågan att tillbud definieras som *en händelse som kunde ha blivit en skada*.

Detta blir en aning missvisande när resultaten från fråga 40, som handlar om hur många gånger man rapporterat, redovisas. Nästan hälften av alla som svarat har aldrig rapporterat, eller möjligen en gång. Samtidigt har 30 % rapporterat minst fyra gånger.

I Figur 16 presenteras fördelningen över svaren på frågan vilken reaktionen blir om man rapporterar något negativt om säkerheten. På denna fråga fanns möjlighet att fylla i mer än ett alternativ och resultatet som presenteras är i hur många procent av de som svarade som fyllde i varje alternativ. På samma sätt har gjorts för de övriga flervalfrågorna som presenteras som procent i diagram. Resultatet av enkäterna visar tydligt att de anställda anser sig få ett positivt bemötande vid rapportering. Väldigt många har varit konsekventa med deras inställning då det går att se att de som svarat *Tagen på allvar* eller *Bra respons* har svarat båda dessa och eventuellt också *Tackad*, vilket alla är positiva kommentarer. Denna koppling går även att se mellan de negativa svarsalternativen *Ignorerad* och *Får dålig respons*.



Figur 16. Fördelning av svaren på fråga 36.

På fråga 37, *Av vilka anledningar kan du tänka dig att anställda avstår från att rapportera?* svarade 114 stycken. Även på denna fråga var det möjligt att fylla i flera av de alternativ som fanns. Över hälften av de 114 svarade ett eller flera av de tre alternativ som har högst fördelning i Figur 17.



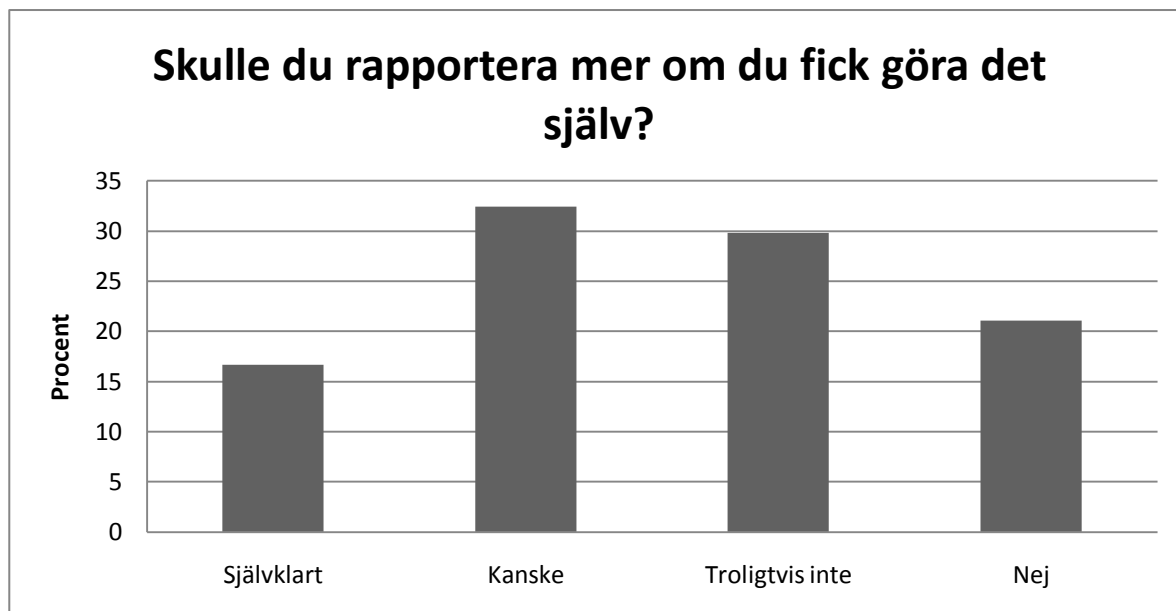
Figur 17. Fördelning av svaren på fråga 37

12.7.3 Anonymitet

Drygt sex procent tror att anställda avstår från att rapportera då det inte kan göras anonymt, se Figur 17. Denna låga andel stämmer överens med svarsresultaten från fråga 39 där det framkommer att 43 % inte tror på en ökning av rapporteringen om det skulle finnas möjlighet att vara anonym. Å andra sidan tror 15 % att rapporteringen skulle öka ganska mycket eller mer om möjligheten fanns. För att få en uppfattning om anställda är medvetna om att denna möjlighet i nuläget inte finns, formulerades även frågan om det finns rutiner för att rapportera anonymt om problem med säkerheten. Här visar det sig att nästan 90 % inte vet om anonymitet är möjligt eller inte. Ett annat intressant resultat är att 7 % har svarat att det går att vara anonym.

12.7.4 Öka rapporteringen

Inom SITA kan inte alla anställda rapportera själva direkt i rapporteringssystemet. I enkäten ställdes fråga 41 om rapporteringen skulle öka om det fanns möjlighet att göra det själv. Resultatet på svaren fördelades enligt figur 18.



Figur 18. Fördelning av svar på fråga 41.

12.8 Rättvisa i organisationen

Enligt teorin är det viktigt att skilja på avdelningen som samlar in rapporter och de som kan införa disciplinära åtgärder. För att undersöka om det finns något som tyder på en rädsla hos anställda för att rapportera formulerades följande fråga *Upplever du att dina kollegor är oroliga för att få skulden för misstag?* Knappt 70 % svarade knappast eller inte alls och endast 7 % anser att det finns en ganska stor rädsla. Ingen svarade väldigt mycket. På frågan om de uppfattar att företaget letar efter en syndabock vid misstag anser 34 % att detta inte alls är fallet och mer än 70 % svarar knappast alls eller inte alls.

Dessutom ser svarsfrekvensen på frågan om det är accepterat att ibland göra misstag ut enligt Tabell 8 vilket tyder på att de flesta anställda anser att det är relativt accepterat att begå misstag.

Tabell 8. Svarsfrekvens på frågan om det är accepterat att ibland göra misstag.

Svarsalternativ	Antal
Inte alls	3
Knappt	9
Ganska	41
Accepterat	49
Helt accepterat	21

På frågan om *de som inte utför sitt arbete på ett säkert sätt brukar bli uppmärksammade* på detta svarar nästan hälften ganska eller väldigt ofta. De som svarat tycker dock inte att de som utför sitt

arbete på ett säkert sätt får tillräckligt med uppmärksamhet, se fråga 48 i Bilaga C och G. Enkäten visar också att man inte får tillräckligt positiv uppmärksamhet när brister i säkerheten påvisas.

12.9 Lärande i organisationen

Resultatet om hur mycket avdelningen lär sig av andra avdelningars erfarenheter är ganska jämnt fördelat från knappast alls till ganska mycket. Medelvärde på frågan är 3,1 och fördelningen ligger en aning förskjuten åt det positiva hållet.

Det framkommer att anställda tycker att det ofta görs förbättringar av brister i arbetet som kan påverka säkerheten. Dessa anses däremot inte komma i rimlig tid. 65 % svarade ibland, sällan eller aldrig. Jönköping som är den avdelning som har högst medelvärde vad gäller lärande har på samma fråga medelvärdet 3,75 jämfört med övriga organisationens medelvärde 3,22. På fråga 62, *När som regel förbättringar i säkerhet görs* svarade 30 % endast eller oftast efter något har hänt, vilket inte är att önska.

Arbetsplatsträffarna är uppskattade då 70 % svarade bra eller mycket bra (se fråga 60, i Bilaga C och G). Det visar sig också att intresse finns för att få feedback efter rapportering då hela 90 % uttrycker det.

12.10 Beteenden som påverkar säkerheten

På frågan om man tycker att anställda generellt sett arbetar på ett säkert sätt svarade 81 % ganska eller väldigt mycket, se fråga 69. Resultatet visar också att det sällan upplevs någon press från arbetskamrater eller ledning att ta genvägar i sitt arbete. Ett mycket positivt resultat är att hela 72 % har svarat att de anser att deras kollegor *inte har någon* eller *knappt någon acceptans* för risker i arbetet.

12.10.1 Säkerhetsrutiner

90 % av 110 som svarade på frågan *Hur ofta gör förhållanden på arbetsplatsen att man inte kan följa säkerhetsreglerna som skall förhindra skador?* svarade ibland, sällan eller aldrig. Av dessa svarade 32 % ibland. För att få en uppfattning om orsakerna till detta ställdes frågan vad orsaken till detta är och resultatet presenteras i Tabell 9. På följdfrågan var det möjligt att ange mer än ett svarsalternativ.

Tabell 9. Svar på frågan om orsaker till varför säkerhetsrutinerna inte kan följas.

Svarsalternativ	Antal
Tidspress	33
Vädret	32
Arbetsbelastningen	26
Arbetsrutiner	18
Arbetstidsschemat	13
Arbetsutrustningen	10
Annat	4
Arbetsgruppens storlek	2
Brand- och säkerhetsutrustningen	0

12.10.2 Säkerhetsutbildning

Den säkerhetsutbildning och uppföljning som ska genomföras får negativa omdömen. 10 % svarar att säkerhetsutbildningen är dålig, och 20 % har aldrig haft någon alls. De är också negativa till uppföljningen som i 30 % av fallen inte genomförts och 15 % anser den vara dålig. Dock ska tilläggas att hälft-

ten tycker den är ganska bra eller bra. Av de som svarat på frågan är det 29 stycken som har börjat på SITA inom de närmsta fem åren. Av dessa är det 31 % som inte har haft någon säkerhetsutbildning alls. 72 % har antingen inte haft någon, tycker den är dålig eller ganska bra. Alltså de tre lägst rankade alternativen i frågan. På frågan om hur uppföljningen ser ut är det två stycken av dessa som inte svarat men fördelningen är liknande.

12.11 Attityder till säkerheten

Fråga 74 utmärker sig eftersom den har medelvärdet 4,3. Alltså, anställda anser verkligen att ledningen arbetar för en god säkerhet. 70 % upplever att deras arbetsledare tycker att säkerhet är en del av det dagliga arbetet. Även anställda anser sig arbeta för detta och känner ett stort (90 %) ansvar för trafiksäkerheten i deras arbete.

Det är väldigt få som varit delaktiga i säkerhetsplanering, mer än hälften svarar med ett av alternativen knappast alls eller inte alls. Det finns en vilja och förståelse att arbeta med säkerheten, till exempel genom att prata om tillbud och genomföra säkerhetsövningar.

12.12 Uppfattning om säkerhet

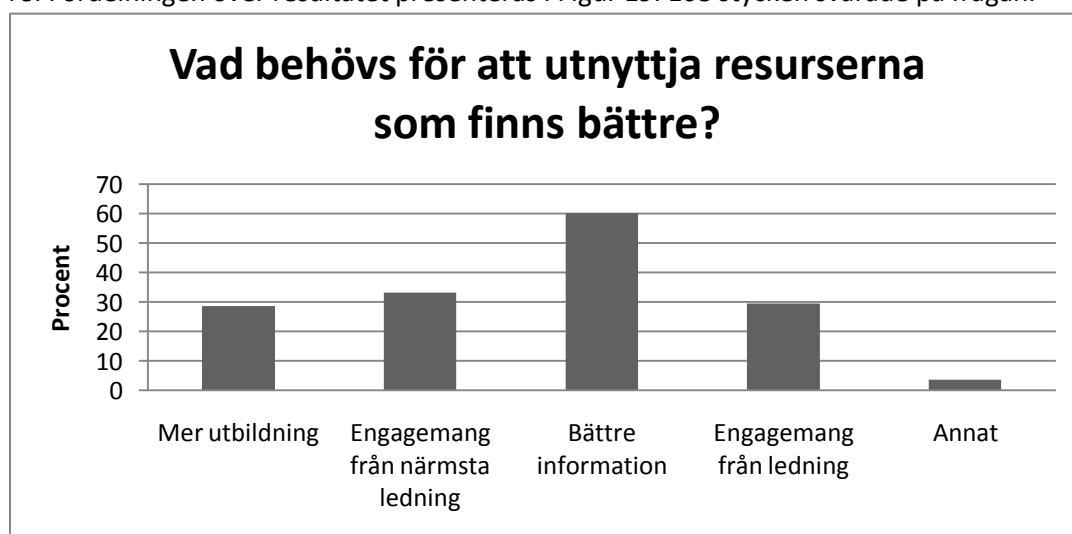
Många tycker att säkerheten i deras arbetsmiljö är bra (56 %). Anmärkningsvärt är att de på nästkommande fråga upplever att det finns stora risker i deras arbeten, både risk för att skada sig själva men också andra. 40 % anser riskerna för sig själva vara ganska stora eller stora och 30 % för att skada andra.

Återigen visar resultaten på de anställdas förtroende för ledningen när det gäller säkerhet. 98 % har svarat att de har lite grand eller mer förtroende för ledningen när det gäller säkerhet. 70 % har svarat ganska stort eller stort förtroende.

De har även uppfattningen att de kan påverka säkerheten i sitt arbete. Närmare 70 % anser sig ha ganska stor eller stor påverkan.

12.13 Möjligheter inom säkerhet

I enkäten ställdes frågan om *vad som behövs för att utnyttja resurserna för förbättrad säkerhet bättre*. Fördelningen över resultatet presenteras i Figur 19. 108 stycken svarade på frågan.



Figur 19. Procent av de som svarade på fråga 87 som svarade respektive alternativ.

13 RESULTAT - INTERVJUER

Intervjuer genomfördes för att komplettera den kvantitativa enkäten på ett kvalitativt sätt. Grunden för dessa intervjuer var ett underlag som bestod av frågor inom de olika områdena i en säkerhetskultur som enkäten också innehöll. En mängd frågor inom dessa områden sammanställdes och gav ett bra intervjuunderlag för att på bästa sätt kunna genomföra intervjuerna och sedan kunna göra en jämförelse med enkäten. Intervjuerna anpassades efter vem som intervjuades men en intervjumall finns i Bilaga B. Totalt genomfördes 20 intervjuer varav 16 stycken var tjänstemän och fyra var kollektivanställda. Dessa personer arbetar på sex olika avdelningar samt regionalt och centralt, se Tabell 1 och 2 i metodavsnittet.

13.1 Säkerhetskultur

Nästan alla uttryckte att SITA har ett bra säkerhetsarbete och att de har förtroende för ledningens arbete med säkerhet. Dessutom tyckte de som arbetat länge på företaget att de märkt att fokus på säkerheten ökat de senaste åren. Av de personer som intervjuades, tillfrågades endast de som har kontakt med SUEZ om de krav som koncernen ställer på SITAs säkerhet. Dessa ansåg att kraven inom miljö och säkerhet från SUEZ överlag är höga. Några menade att kraven ibland är på gränsen till för höga för SITA men samtidigt menade de att det är svårt att kritisera en hög säkerhetsprofil. De ansåg dessutom det vara tydligt att SUEZ verkligen prioriterar säkerheten. Flera av de kollektiva uttryckte samma sak men de såg istället SITAs ledning som kravsättaren. En intervjuad person i ledningen uttryckte att SUEZ tillåter att säkerheten får kosta pengar så länge man kan visa nytta med det man gör. Ekonomin ansågs alltså inte vara ett problem när det gäller säkerhet eftersom den prioriteras högt. Detta är något som går att tolka som att alla anställda inte känner till eller uppfattar på detta sätt. Ett exempel är att en anställd ville ha ny container eftersom den befintliga var bristfällig ur säkerhetssynpunkt. Han hade då frågat driftledaren som sa att de inte hade några fler i garaget och att det heller inte var aktuellt att införskaffa nya.

Från intervjuerna kan det fastslås att SITA behöver fokusera på att få med sig alla anställda att jobba mot samma höga målsättning som ledningen och att få förståelse för förändringar. Ett exempel på dålig information vid förändring är att säkerhetsarbete ansågs vara tidskrävande, tröttsamt och att det går till överdrift när alla nya säkerhetsrutiner ska införas. Detta är tecken på att personalen inte tagit till sig varför förändringarna sker.

13.2 Arbetsituation

Hur människor uppfattar stress är väldigt varierande, vilket märktes bland intervjupersonerna. De allra flesta var överens om att stress ökar riskerna och då framförallt för chaufförerna. Många sa att de själva inte är stressade men att de tror att deras kollegor känner stress. De som ansåg sig själva vara stressade var tjänstemännen, vissa i perioder andra ständigt. Stressbildningen handlar oftast om ökad arbetsbörda men med konstant personalstyrka. Alltså även om de flesta intervjuade svarade att chaufförerna eller kollektiva är mer stressade så svarade ingen av de fyra intervjuade kollektiva att de kände av stressen på jobbet. Många menade att det alltid funnits i avfallschaufförers natur att

vara stressade. Det diskuterades på flera håll ifall detta berodde på betinget och att chaufförerna får sluta när de är klara. Men det var ingen som hade något riktigt bra förslag till hur det skulle gå att minska stressen hos kollektiva. Någon berättade att de under en viss period infört fast arbetstid men att detta istället hade resulterat i att chaufförerna stressade för att hinna sitta i fikarummet och prata med kollegorna innan det blev dags att gå hem.

Det är blandade meningar om ifall kollektiva påverkas av att de jobbar under beting. Att köra på oregerad arbetstid kan skapa stress och alltså öka riskerna. Många trodde att de erfarna inte påverkas av det men antog att det är värre för de som inte jobbat lika länge. En tjänsteman menade att det är viktigt att förmedla att saker inte alltid måste göras snabbt utan att det är viktigare att de görs på ett säkert sätt.

I stort verkade personalen trivas. Nästan hälften av de intervjuade ansåg sig få uppskattning för sitt arbete. Denna uppskattning kommer främst från kunder men också uppifrån genom att man till exempel blir tilldelad nya arbetsuppgifter. Men även om många kände uppskattning tyckte de flesta att det borde förbättras. Det är viktigt att känna sig uppskattad på sitt jobb och det är tydligt att mindre saker som fredagsfika eller biobiljetter efter en tung vinter uppskattas mycket hos de anställda.

De största riskerna i arbetsmiljön ansåg man vara trafiken, det praktiska arbetet med maskiner och tunga lyft samt halkrisken under vinterhalvåret. Den uppföljning som erbjuds efter en olycka är bra eftersom SITA lägger resurser på att den skadade aktiveras så snart som möjligt. De intervjuade menar att företaget följer upp den skadade hela vägen.

När det gäller SITAs säkerhetskrav på kunden så framkom det under intervjuerna att de som sköter kontakten med kund inte aktivt arbetar med att göra klart för kunderna att SITA kräver en viss arbetsmiljö för att deras anställda ska kunna sköta sitt arbete på ett säkert sätt. De tillfrågade sa att de flesta kunder vet vad arbetsmiljölagen säger eller själva ser till att säkerheten hålls på en rimlig nivå. Men det har hänt att SITA tackat nej till kunder för att de inte har kunnat uppvisa tillräckligt goda arbetsförhållanden för deras anställda.

13.3 Flexibilitet

Vid intervjuerna kom nästan entydiga svar om att SITAs organisation är flexibel och anpassningsbar. Det verkar sällan uppkomma problem som inte alla gör sitt bästa för att lösa. Något som skiljde sig åt är hur sårbara vissa avdelningar är då det inte finns personal som kan backa upp varandra vid frånvaro. Detta är dock svårt då mindre avdelningar inte har möjlighet att göra detta på samma sätt som större.

13.4 Kommunikation

Kommunikation är en stor och viktig del inom säkerhetskulturbegreppet och återkommer på många sätt i det vardagliga arbetet. I detta avsnitt presenteras vad som framkommit i intervjuerna om just kommunikation.

13.4.1 Ledning

Många har uppfattningen att ledningen tänker mycket på säkerhet. Vetskapen om ledningens arbete varierar naturligtvis mycket mellan intervjupersonerna. De som är en del av den eller har direkt kontakt ger exempel på hur de jobbar med säkerhet. Resterande tyckte att ledningen är snabba med insatser och verkar ha fokus på säkerhet, eller så saknar man uppfattning om detta. Dessa personer

efterfrågade att få ett ansikte på de som bestämmer och menade att de som sitter på huvudkontoret i Ängelholm sällan visar sig. De tyckte att steget mellan ledning och anställda har blivit lite större de senaste åren. Uppfattningarna skiljer sig åt men något som är klart är att det i många fall saknas förståelse för ledningens förändringar. Någon formulerar det som "vi vill springa och ledningen tycker vi ska gå".

För att förbättra denna kommunikation mellan kollektiva och tjänstemän så tyckte ett flertal personer att det vore bra om alla som jobbar på SITA fick möjlighet att åka med en sopbil. Detta för att öka förståelsen för vad kollektiva gör under dagarna och vad vissa beslut som tas av tjänstemän kan betyda i deras dagliga arbete. Någon menade att för till exempel kundtjänst personal hade en sådan tur kunnat innebära att de kunnat kontrollera hämtställen och på sätt också få en bild över hur platserna ser ut.

13.4.2 Mellan avdelningar och regioner

Många ansåg att kommunikationen mellan avdelningarna borde förbättras. Det förekommer möten mellan exempelvis driftledare inom regionerna. Dessa ansågs vara väldigt utvecklande och givande för de inblandade. De tyckte att det är bra att utbyta information, tips och idéer. En positiv aspekt, med att också ha sådana möten även för driftledarna, som flera av de intervjuade driftledarna talade om är att inte alla behöver göra samma misstag utan att de kan lära av varandra. De personer som intervjuades från kundtjänst ser också positivt på att ha liknande möten. De sa att de i stort sett inte vet något om hur andra avdelningar arbetar.

13.4.3 Intranätet

En stor del av den kommunikation som finns idag inom SITA och som många nämnde är intranätet. Ett flertal menade att det är mycket information på samma plats och att det i vissa fall kan vara lite letande innan de hittar det de söker. Tjänstemännen uppskattade ändå i stor utsträckning den information som finns på intranätet. Inte någon av de kollektiva nämnde något om intranätet och inte heller något om de anslagstavlor där information också går att få. De känner säkerligen till att informationen finns där men verkade inte ha någon daglig rutin att gå igenom denna. En anställd uttryckte att intranätet inte kan ses som en kommunikationskälla utan bör kallas för informationskälla då det endast används för att sprida information.

13.4.4 Arbetsplatsträff (APT)

Arbetsplatsträffarna tycker däremot många är en bra och givande kommunikationsmöjlighet. Men det är delade meningar om vad som är intressant. Många uppskattar (eller skulle uppskatta om de hade det) säkerhetsutbildningar av olika slag, till exempel påverkan på hörsel vid hög ljudnivå. Allmänt verkar externa föreläsare intressera många. Andra föredrar information om hela SITA Sverige och några om deras egen avdelning. Det uttrycktes även att träffarna gäller chaufförerna och att tjänstemännen kan ha sina egna möten för att utbyta relevant information. Men det uppfattas också råda oklarheter kring vilka som skall delta i arbetsplatsträffarna. Att APT ska hållas kvartalsvis efterföljs inte fullt ut på alla avdelningar.

13.5 Rapportering

Begreppen avvikelse, tillbud och olycka kände många igen, men det var få som kunde definiera dem. Osäkerheten fanns mest kring skillnaden mellan tillbud och olycka. Olycka betraktades i de flesta fall som väldigt allvarligt och tillbud som resterande händelser. Exempel om vad ett tillbud är varierade

mycket exempel på vad som nämndes är; en överkörd fot eller ett tappat containerlock/nät. Tillbud rapporteras dock väldigt sällan och de flesta intervjuades definition av detta var väldigt bred. Flera driftledare har endast rapporterat (både avvikelser, tillbud och olycka) 4-5 gånger på fem år. Detta kan vara en orsak till varför de inte ser rapporteringen som tidsödande. Ett flertal anställda har aldrig rapporterat och få vet hur de skulle göra men tror att de skulle kunna läsa sig till det om det blev aktuellt. Anledningen till att få rapportera händelser verkade bero på att de flesta inte riktigt ser vinsterna med ökad rapportering. Ett par stycken uttryckte sig positivt om att rapportera, men ett större antal ser det mest som byråkrati, "en massa papper" och menade att det är smidigare och mer effektivt att lösa problemet på plats. Detta, tillsammans med bristen på feedback, minskar viljan att rapportera och förståelsen för systemet. Det fanns inte något större gehör för att anonymitet skulle öka rapporteringen.

Förfarandet vid rapportering av en olycka brukar ske genom ett samtal direkt till driftledaren för omedelbar hjälp. Vid tillbud meddelar de muntligt vid senare tillfälle. Det är sedan driftledaren som avgör om en rapport skickas in eller inte. Ett par driftledare tog upp att de skriver en rapport som sedan skickas till huvudkontoret i Ängelholm där det skrivs in i systemet. Utifrån intervjuerna är detta generellt den uppfattning som gavs för hur rapporteringen fungerar men det är långt ifrån alla som förklarar det så här tydligt om ens någon. Det fanns också oklarheter om vilket system som används. En orsak till detta kan vara att alla inte gått över till det nya rapporteringssystemet (Improof) ännu.

Av de chaufförer som intervjuades menar de allra flesta att de tröttnar på att lämna avvikelserapporter eftersom att det ändå inte sker någon förändring. Orsakerna till att det inte händer något kan vara många, under intervjuerna har det framkommit att eventuell feedback saknas ibland. Det har inte framkommit om detta beror på att driftledaren inte lämnat den information han/hon har även om det inte skulle innebära förändring. Exempelvis hade SITA i ett fall gjort sitt för att förändring skulle genomföras men för att det skulle ske något nu var kommunen tvungen att agera. Rapporterar inte driftledaren detta till rapportören finns det risk för att man till slut tröttnar på driftledaren eller SITA för att det inte händer något och slutar då att rapportera.

Inom SITA saknas möjlighet att vara anonym vid rapportering. En av de intervjuade menade att det inte heller skulle vara en bra idé att införa denna möjlighet. Han menade att om rapporteringen skulle vara anonym skulle möjligheten att diskutera händelsen med den/de inblandade försvinna.

13.6 Rättvisa i organisationen

Angående rättvisan inom SITA tyckte många att det fungerar bra. Det var bara någon som trodde att det händer att rapport inte skrivs på grund av rädsla för negativa följder. Samma person menade att företaget kan trycka mer på att man inte vill hitta den skyldige för bestraffning, utan att rapporteringen främst finns för att kunna få mer information om inträffade händelser. Andra intervjupersoner nämnde att det finns direkta skriftliga varningar som kan utdelas och menade att detta kan bidra till rädsla för att rapportera.

Det är viktigt att man är tydlig med ansvarsfördelningen. En del anser att varje individ själv har ansvar för sin säkerhet och att reda ut oklarheter. Andra ställer istället höga krav på organisationen. Det är viktigt att ledningen är tydliga med vilket ansvar de antar personalen själva står för. Vid intervjuerna berättade ett flertal att diskussionen vid olycksutredningar ofta handlar om vem som var ansvarig för det som hände. Chefer såg det som att de kollektiva alltid lätt kan skylla på att de inte fått någon information om att de inte får göra på ett visst sätt. Många lägger då skulden på sin chef som borde

varit tydligare. Cheferna i sin tur menar att en diskussion kring hur mycket ansvar anställda själva har för att ta reda på saker och ting borde föras. Finns det en arbetsuppgift som du är osäker på bör du kanske själv vara så handlingskraftig att ta reda på hur du ska göra innan du utför något.

13.7 Lärande i organisationen

Vad gäller lärande är detta ett relativt okänt begrepp bland de intervjuade vilket medförde att svaren varierade. Mindre än hälften svarade positivt på frågan om de tycker att SITA är en lärande organisation. Men intervjupersonerna ansåg att SITA arbetar aktivt i förebyggande syfte men också då en olycka skett. Då en olycka inträffat arbetar de för att det inte ska hända igen samt för att sprida information så att fler än de inblandade lär sig. Genom de arbetsplatsträffar som genomförs en gång i kvartalet inom varje avdelning kan nyttig information spridas både inom, men också mellan, olika avdelningar och regioner vilket innebär möjligheter för ett bra lärande.

Lärande handlar inte bara om att bli informerad om saker som hänt utan det är viktigt att det leder till förbättring. Det råder delade meningar om hur förbättringsidéer tas emot och hur lång tid det kan ta. Vissa var mycket positiva till detta medan andra inte riktigt märkt av förbättringsviljan inom företaget. Att åsikterna gick isär berodde på att vissa ansåg sig vara intresserade av företaget och verksamheten på ett annat sätt. Det fanns de som var väldigt framåt och nytänkande, som ofta kontakta- de chefer och lade fram nya idéer eller åsikter. Dessa personer ansåg att de ofta fick gensvar, annars var det inte omöjligt att kontakta en högre chef. Det nämns exempel på förändringar som skett på grund av lärande både inom organisationen men också från konkurrenter, som nya skyddskläder och blixtljus på maskiner. De flesta menar att förändringarna oftast mottagits bra men att det förekommer att personalen ändå inte följer rutinerna.

13.8 Beteenden som påverkar säkerheten

Säkerhetskulturen påverkas så klart av hur personalens beteenden ser ut. I intervjuerna diskuterades framförallt säkerhetsutbildningen, hur och om den genomförs.

Det främsta problemet vad gäller säkerhetsutbildningen verkar vara att den inte genomförs. Mindre än hälften av intervjupersonerna hade fått en introduktion om säkerhet. Detta berodde enligt dem själva på att de arbetat på samma arbetsplats länge och att säkerhet inte hade lika mycket fokus då de började som nu. En annan orsak som flera tog upp var problemet med att anställningar ofta görs plötsligt och att det inte ges tid för introduktion mer än till själva arbetsuppgifterna. Ett förslag som kom fram under intervjuerna var att introduktionen skulle kunna fungera som uppsamlingar som genomförs med jämna mellanrum. De som diskuterade detta menade att det nog skulle kunna fungera.

De intervjupersoner som ansvarar för introduktionen för nyanställda menar att de har checklistor till hjälp, och att detta är ett bra underlag för dem som påminnelse om vad de ska ta upp. Dock berättar flera att de anpassar introduktionen för vilka arbetsuppgifter som den nyanställde ska ha. Tjänstemän som tillfrågats menar att säkerhetsutbildningen inte är till för dem trots att den ibland anpassas till arbetsmiljön de vistas i. Det ska genomföras en uppföljning ett antal månader efter introduktionen. En av de ansvariga fick frågan om han genomförde dessa vilket han gjorde. Detta planerades in som föreskrifterna säger redan vid första tillfället för att vara säker på att det skulle göras. Om alla gör så här bör vara osagt.

13.9 Attityder till säkerheten

De attityder till säkerheten på SITA som framkommit i intervjuerna visar på blandade åsikter. Intervjupersonerna ansåg att ledningen arbetar för en god säkerhet. SITA anses vilja ligga på en hög säkerhetsnivå men lyckas inte riktigt nå ner och sprida detta mål bland de anställda. Då tjänstemännen inte utsätts för lika stora risker som de kollektiva är det framförallt de senare som uttrycker att de sköter sig själva. De är medvetna om riskerna och arbetar med dem dagligen. De kollektiva uttryckte en negativ inställning till de säkerhetsutbildningar som förekommer (ej introduktion). De menar att det ofta handlar om vardagliga arbetsuppgifter för dem och att det därför sällan tillför något vettigt.

Ansvariga förklarade att de försöker få sin personal att välja den säkraste vägen och inte alltid gå den enklaste eller snabbaste. Men chaufförerna menade att det är svårt att ändra invanda rutiner och att det på grund av detta är svårt att följa vissa säkerhetsrutiner. Andra anledningar till att inte uppsatta säkerhetsrutiner följs sades vara lathet, att de inte förstår meningen med dem eller att det blir svårt att arbeta på ett smidigt sätt om de ska följas. För att genomföra förändringar på ett bra sätt visade det sig att personalen vill vara med och diskutera varför och hur detta ska göras. Det skulle hjälpa personalen att förstå meningen samtidigt som deras egen kunskap om arbetet skulle tillföra bra information till ledningen. I Hagby berättade de att de infört så kallade chaufförsråd där chaufförer och avdelningschef med flera satt ner och diskuterade olika frågor.

13.10 Uppfattning om säkerhet

Personalens uppfattning om säkerhet handlar bland annat om hur de ser på riskerna i sitt eget arbete och vad de kan göra för att påverka detta. Intervjupersonernas åsikter om detta har till viss del presenterats tidigare i detta kapitel. Där redovisas bland annat deras kommentarer kring den totala säkerhetskulturen där de största riskerna i arbetet tas upp samt förtroendet för att ledningen gör det de kan för att hålla säkerheten på en bra nivå.

De anställda uttryckte att säkerhetsarbetet är till för deras skull och ser det inte som en aktion av företaget för att minska utgifterna för exempelvis sjukskrivningar. Det finns också en uppfattning om att verksamheten är förändringsbenägen. Ett bra förslag från personalen kan mycket väl införas. Dock är inte återkopplingen till de som ger förslag tillräckligt bra, vilket innebär att man inte tror att de ens utreds och därför slutar bry sig.

13.11 Möjligheter inom säkerhet

Det som diskuterats inom detta område finns sammanfattat under övriga rubriker i det här kapitlet.

14 DISKUSSION

I det här kapitlet diskuteras de resultat som framkom under intervjuerna och i enkätundersökningen. För att strukturera upp diskussionen följer den i stort sett samma struktur som då resultatet redovisats. Under rubriken rapportering diskuteras också de resultat som kategoriseringen av händelserapporterna resulterade i.

14.1 Säkerhetskultur och SCMM

När det gäller säkerhetskulturen är resultatet från enkätstudien slående. Cheferna skattar kulturen med högre värden än kollektivanställda vad gäller alla områden, se Figur 15. Om det som sades under intervjuerna tolkas in i frågan verkar mycket av arbetet handla om brist i informationsutbyte. De kollektivanställda men också andra anställda som inte kan betraktas som chefer saknar ibland återkoppling eller förståelse för varför förändringar genomförs. Från intervjuerna kan det fastslås att SITA behöver fokusera på att få alla anställda att arbeta mot samma höga målsättning som ledningen jobbar för. Det var alltför återkommande att personal tyckte att ledningen har en hög målsättning vad gäller säkerhet men som ändå inte riktigt förstår meningen med det.

Säkerhetskulturen övergripande över hela SITA visar på ett relativt jämnt fördelat resultat över de olika säkerhetsområdena. SCMM (Safety Culture Maturity Model) är en modell som teorin föreslår kan ge ett mer beskrivande resultat än ett medelvärde, se teorin. För att kunna använda denna modell för att utvärdera SITAs säkerhetskultur krävs att tre kriterier är uppfyllda. Det ska finnas en tillräcklig säkerhetshandling, tekniska fel bör inte orsaka de flesta olyckor samt att organisationen ska drivas av en vilja att förhindra olyckor och (minst) följa regler. Då dessa anses vara uppfyllda inom SITA gör vi ansatsen att medelvärdet från enkätundersökningen kan appliceras på modellen. Detta skulle betyda att SITA betraktas placeras någonstans mellan 3-4, det vill säga någonstans mellan *engagerande* och *samarbetande*. Enligt Fleming (2001) innebär nivån *engagerande* att ledningen är medvetna om att de anställda måste engageras och att beslut de fattar kan påverka säkerheten för de anställda. På nivån ska det också finnas förståelse från de anställda att de har ett personligt ansvar för säkerheten samt för ett samarbete med ledningen. Då en organisation anses vara *samarbetande* har ledningen ökat sin förståelse om hur deras beslut kan medverka till bakomliggande orsaker till olyckor samt arbetar mer förebyggande. Säkerheten bör också utvärderas med hjälp av olika sorters uppgifter. För att värdera var i modellen SITA befinner sig krävs dock mer analys än att enbart låta medelvärdet utvisa det. Det handlar istället om en helhetssyn genom att titta på olika sätt, med intervjuer, enkät samt den övergripande bild som följer en sådan här studie. Med ett sådant övergripande synsätt kan man dock tänka sig att SITA inte kommit riktigt så långt. Problemet verkar i många fall vara att resurser finns men inte hanteras som de skulle kunna. Detta gör att SITA istället kanske inte kommit längre än till nivån *Hanterande*. Detta eftersom modellen kräver att en nivå helt måste uppfyllas för att kunna utveckla och därmed förbättra kulturen ytterligare en nivå. SCMM presenteras i teorin framförallt eftersom modellen kan göra det enklare för företaget att förstå hur deras säkerhetskultur ser ut. Om detta går att bestämma går det också att förstå vad nästa steg i en ytterligare utveckling av kulturen är. För SITAs del skulle de framöver kunna utveckla den använda mogen-

hetsmodellen utifrån hur de vill arbeta med sin säkerhetskultur. Utifrån resultatet från enkäter och intervjuer är det svårt att direkt avgöra på vilken nivå i modellen de befinner sig nu. Det kräver mer analys men här görs en avgränsning för denna rapport och detta lämnas åt SITA att utreda ytterligare.

Rapporteringen skiljer sig åt i regionerna och i resultatet är det tydligt att region Mellan ligger högt, i jämförelse med de andra regionerna. Region Syd rapporterade klart lägst antal rapporter per anställd både år 2008 och 2009. Det som skiljer region Mellan från de övriga regionerna är framförallt att de rapporterat ett stort antal avvikelser. Liknande skillnader finns även mellan olika avdelningar och gäller även säkerhetskulturen i stort. Detta är ett bra tillfälle för avdelningar och regioner att ta till sig dessa skillnader och utnyttja dem för att lära av varandra istället för att öka skillnaderna. Kanske finns det en avdelning som har kommit längre vad gäller ett visst område av säkerhetskultur gentemot en annan avdelning och det finns då möjlighet att ta del av hur den bättre avdelningen arbetar. Detta samarbete är oerhört viktigt och diskuteras vidare under kommunikation senare i detta kapitel.

14.2 Arbetssituation

Arbetssituation är det område inom säkerhetskulturen som har högst medelvärde vilket gör att det inte är detta område som bör prioriteras högst för att förbättra säkerhetskulturen inom SITA. Men eftersom lärande är en ständigt pågående process går det naturligtvis inte att känna sig nöjd med det som finns idag. Att arbetssituationen får bra medelvärde innebär att de flesta anställda trivs på arbetet och med sina arbetskamrater. Vilket de allra flesta uttrycker i såväl enkät som intervju. Detta gäller såväl trivsel med arbetskamrater som att de känner att deras utförda arbete uppskattas. Något som inte får glömmas bort i sammanhanget är att flera anställda under intervjuerna pratade om små saker som visar att företaget uppskattar arbetet som de utför. Det kan vara mindre saker som fre-dagsfika eller liknande som kan betyda mycket för stämningen på arbetsplatsen. Men det är också viktigt att uppmärksamma att ett flertal intervjuer visade att uppskattningen arbetskamrater emellan faktiskt skulle kunna utvecklas ytterligare. Eftersom SITA är ett företag där den största andelen av de anställda är ute och kör eller arbetar praktiskt utsätts de för fler risker än någon som enbart sitter framför en dator. På grund av detta är det också viktigt för säkerheten att arbetssituationen för de anställda är god vilket bland annat innebär att de ska känna stöd från chefer och övriga arbetskamrater.

I enkätundersökningen framkom att det är relativt många som känner sig stressade eller upplever arbetsplatsen som kaotisk ibland eller oftare. Under intervjuerna så uttryckte en mindre andel att de känner så här, de flesta intervjuade är tjänstemän och det var också dessa som menade att det händer att de känner sig stressade. Detta kan bero på att det för de intervjuade var svårare att uttrycka att de känner sig stressade än det var för de som fyllde i enkäten eftersom denna var anonym. Eftersom enkäten har nått ut till fler anställda än de som intervjuats så bör resultatet från enkäten vara det som är mest trovärdigt.

För att ta itu med problemet stress så diskuterades arbetssituationen för kollektiva mycket under intervjuerna. Men det är svårt att veta hur problemet ska hanteras eftersom att arbetsuppgifterna under en dag är begränsade till den runda som ska köras. Men att införa fast arbetstid överallt borde gynna de som är mest stressade. För tjänstemännen var det framförallt att arbetsbelastningen ansågs för stor och att de hade behövt mer resurser för att kunna minska stressen för dem. Detta är ett övervägande som måste göras i varje enskilt fall.

Från enkätundersökningen framkommer att 80 % är nöjda med utrustningen som finns vilket indikerar på att företaget byter ut utrustning som är trasig och så vidare. Samtidigt talades det i intervjuer om att ekonomin i vissa fall begränsar säkerheten eftersom ny utrustning inte köps in. Från ledningens sida framkom i intervjuerna att ekonomin aldrig är en begränsande faktor när det gäller säkerheten. Detta borde innebära att ledningen måste kommunicera tydligare att det är okej att införskaffa ny utrustning om befintlig är utsliten eller sönder. Är det i företaget, som det uttrycktes under intervjuerna, en policy att säkerheten får kosta pengar är det ju viktigt att alla vet om det. Men såklart handlar det alltid om överväganden när det gäller investeringar.

Vad som är något oroväckande är att det under intervjuerna framkommit att SITA låter sina kunder sköta hämtställena relativt fritt. Utifrån olycks kategoriseringen som gjorts tidigare i denna rapport är detta intressant eftersom den näst största andelen av rapporter hamnar i kategorin *Brist hos kund*. Rimligen bör SITA börja ställa högre krav på sina kunder och ifall dessa inte efterföljs kommer SITA inte fullfölja sitt uppdrag. Det har hänt att SITA tackat nej till kunder på grund av bristande säkerhet på platsen men kanske behöver detta ske oftare och toleransnivån sänkas något. Vid intervjuer nämns det att man inte gärna avstår att hämta avfall då detta är en samhällstjänstgöring. Detta gör det desto viktigare att man arbetar mer förebyggande och tar hårdare tag i de som inte fullföljer de uppsatta reglerna från början.

14.3 Flexibilitet

Flexibiliteten är den av de nio områden inom säkerhetskultur som får lägst medelvärde. En anledning skulle kunna vara att det är den svåraste att uppnå då den kräver stor uppmärksamhet från personalen, eller snarare att det är ett arbetssätt som är svårt att ta till sig om inte rätt grund finns. Det är komplicerat att från ledningens sida mäta eller genomföra förändringar som påverkar flexibiliteten. Det är snarare något som följer säkerhetskulturen. Dock kan flexibiliteten ökas, exempelvis genom att arbeta mer med de områden enkäten visade dåliga resultat för. Den fråga som fick sämst, och ett relativt avvikande, resultat var att personalen inte känner att de uppmuntras till att komma med förbättringsförslag. Detta knyter även an till andra områden, därför är det viktigt att känna att organisationen vill utvecklas. Detta kan visas på olika sätt, bland annat genom att direkt uppmuntra personalen att föra fram nya idéer. Det är dock viktigt att ledningen följer upp dessa förslag, och återkopplar så att alla får reda på hur de mottogs och varför de ska gå vidare med det eller inte.

I enkäterna visar det sig att det skiljer mycket mellan tjänstemäns och kollektivs uppfattning av flexibiliteten. Det är svårt att utifrån de resultat som framkommit säga vad detta kan bero på. Men som det står i teorin handlar mycket om flexibiliteten hur företaget kan anpassa sig till oväntade händelser eller krishändelser. En orsak till att tjänstemännen skattar flexibiliteten högre kan därför vara att de har bättre kunskap om hur de ska anpassa sig då något oförutsett inträffar. Därför kanske tydlig information även inom detta område kan rekommenderas.

Den fråga som fick högst medelvärde i resultatet handlade om det är den mest lämpliga personen som löser problemet. Detta kan tänkas vara ganska oväntat, då man skulle kunna antagit att just det utförs i en väldigt flexibel organisation, vilket inte är fallet för SITA enligt enkätundersökningen. Det var positivt att se att det fungerar bra med samarbetet mellan personalen. Enkätresultatet visar, relativt de andra frågorna inom flexibilitet, positiva resultat för hur samarbetet fungerar mellan personalen. Det uttrycks att de ibland gör andras uppgifter som inte blivit gjorda, och samtidigt också talar om det för den som glömt eller av någon annan anledning missat det. Det bör tilläggas att detta

positiva resultat ändå kan betraktas som dåligt jämfört med svarsresultat inom andra områden i enkäten.

14.4 Kommunikation

Utifrån enkäterna gavs ett positivt besked om hur kommunikationen mellan ledning och övriga anställda ser ut. I jämförelse med andra områden ligger kommunikationen något högre. Medelvärdet vad gäller kommunikation skiljer sig inte mycket åt mellan vad chefer och kollektiva svarade, se Figur 15. Men även om differensen mellan kollektiva och tjänstemän när det gäller kommunikation är relativt låg så är differensen mellan dessa högre inom andra områden. Vilket faktiskt kan bero på att kommunikationen är bristfällig. Cheferna kanske är medvetna om vilka resurser som finns men har inte kommunicerat detta tillräckligt väl till de kollektiva. På andra hållet kanske de kollektiva inte kommunicerar till cheferna om att vissa rutiner är svåra att efterfölja för att kunna utföra arbetet på ett effektivt sätt. I intervjuerna framkom en del åsikter som att de kollektiva vill ha ett ansikte på de som bestämmer, mer diskussion innan beslut fattas för att skapa större förståelse för förändringar och att det vore bra om alla anställda någon gång åker med en sopbil. Alla dessa förslag är bra dels ur kommunikationsperspektiv, eftersom det är lättare att kontakta någon man träffat för att man då känner större samhörighet. Dels för att mervärdet av att anställda på olika positioner träffas och utbyter erfarenheter samt idéer är mycket större än att bara kommunikationen förbättras.

För utbyte av information mellan avdelningar och regioner riktar sig frågan kanske framförallt till tjänstemännen. De tjänstemän som sitter på positioner som i dagsläget har utbyte mellan avdelningar eller regioner är mycket positiva till dessa möten. Om det är möjligt finns anledning att tro att även de positioner som idag inte har utbyte med andra regioner eller avdelningar skulle kunna ha stor glädje och nytta av det. De skulle då kunna ta del av hur andra avdelningar arbetar vilket skulle leda till ett mer konsekvent arbetssätt på alla positioner inom SITA. Utifrån de undersökningar som gjorts med inriktning på säkerheten ligger en stor del av problemen i att avdelningarna tolkat rutiner och föreskrifter på sitt eget sätt vilket inte alltid stämmer överens med den bild som kommer från ledningen.

De flesta tjänstemän verkar uppskatta intranätet och all information som finns tillgänglig där. Många tycker att det ibland kan vara svårt att hitta det man söker. Därför bör man eventuellt strukturera upp sidan bättre för att göra det tydligare var informationen finns. En annan utveckling av intranätet skulle kunna vara mer specifika inriktningar för till exempel driftledare där de får den information som är mest relevant för dem. Utifrån den information som framkommit finns det också anledning att tro att kollektiva skulle ha nytta av informationen som finns på intranätet. Nu har de på vissa ställen redan det antingen via en gemensam dator eller på anslagstavlor. Kanske går det ändå att göra detta tydligare genom att de kan ha skyldighet att ta del av den senaste informationen som finns på intranätet.

Arbetsplatsträffarna uppskattas av de allra flesta men såklart finns det personliga åsikter om vad som bör tas upp. En möjlighet för att möta personalen i deras olika viljor kan vara att avdelningschefen, eller annan ansvarig, i större utsträckning frågar sina anställda om vad de vill ha information om. Vissa punkter ska tas upp på mötena men det går ju alltid att ägna mer eller mindre tid åt annat. Eftersom många såg positivt på att ta in externa föreläsare kanske detta är något som bör göras oftare. En extern föreläsare kan ju vara en del i arbetsplatsträffen och komplettera informationen från avdelningschefen.

14.5 Rapportering

Det som framförallt är ett problem vad gäller SITAs rapportering samt orsaker till avvikelser, tillbud och olyckor är att riktlinjer och regler är otydliga, rutiner saknas samt att det finns brister i det nuvarande säkerhetsarrangemanget. Utifrån enkätresultatet anser till exempel många att informationen som samlas in, angående säkerheten på arbetsplatsen, på många sätt är bristfällig. Här följer först en diskussion kring SITAs rapporteringssystem och därefter följer en diskussion kring den kategorisering som rapporterna från åren 2008 och 2009 resulterade i.

14.5.1 Jämförelse mellan SITAs rapportering och teorin

SITAs rapporteringssystem uppfyller på flera sätt det som enligt teorin anses vara ett bra rapporteringssystem men det finns också vissa brister i systemet. I teorin nämndes åtta aspekter som bör uppfyllas för att få en bra rapporteringskultur, dessa jämförs med SITAs rapportering och diskuteras nedan. Därefter följer även några andra viktiga punkter som är värda att diskutera lite extra.

Försäkran om att slippa disciplinära åtgärder: Detta verkar fungera bra. I resultatet visar det sig att en majoritet menar att det är okej att begå misstag och att de inte tror att de finns en rädsla hos kollegorna att få skulden för misstag. Det styrks också genom synen på anonymitet som diskuteras nedan.

Anonymitet eller avidentifiering: Enligt teorin är det viktigt att det finns möjlighet att vara anonym vid rapportering, på SITA saknas denna möjlighet. De flesta som svarat på enkäten eller deltagit i intervju tror inte på en ökning av rapporteringen om det skulle finnas möjlighet att vara anonym. Vad som dock är märkligt är att cirka 90 % inte vet ifall de kan vara anonyma eller ej. Anledningen till detta kan vara att de helt enkelt aldrig har funderat kring det eller känt ett behov av detta. Resultatet vad gäller anonymitet stöds också av resultatet att det inte finns någon större rädsla för disciplinära åtgärder eller rädsla för att begå misstag, läs tidigare i denna diskussion. På grund av detta bör det heller inte vara ett behov att skapa denna möjlighet men eftersom rapporteringen i dagsläget inte fungerar som önskvärt kanske det i framtiden kan bli aktuellt med en sådan funktion.

Skilja mellan avdelningen som samlar in, sammanställer och analyserar rapporterna från den auktoritet som kan införa disciplinära åtgärder eller sanktioner: Det är bara ens närmsta chef som kan införa disciplinära åtgärder. Sammanställning och analys av rapporter sker centralt och alltså finns inget att anmärka på denna punkt.

Snabb, användbar, tillgänglig och begriplig feedback: De tjänstemän som har tillgång till intranätet, alltså också möjlighet att rapportera, kan hela tiden följa vad som sker med rapporten. Till kollektivanställda är feedbacken inte lika lättillgänglig. Det är trots denna relativt höga tillgänglighet inte alls många som rapporterar förutom driftledarna. Troligen har detta att göra med att tjänstemännen inte utsätts för den sorts tillbud och olyckor som idag rapporteras inom SITA. De har tillgång till bra feedback men av det som framkommit vid intervjuer förs denna information inte vidare till rapportören på ett tillfredställande sätt. Då olyckan är framme menar anställda att SITA är snabba med att sprida viktig information via intranätet, dock handlar denna snabbhet endast om tiden nära olyckan. Dessutom framkommer det i resultatet att det främst är feedback på åtgärder som personalen inte får ta del av. För att motivera anställda bör detta absolut förbättras.

Lätt att skriva rapporten: Rapporteringen kan på ett sätt anses lättskriven eftersom att rapporteringen går ut på att skriva fri text om vad som hänt. Samtidigt kan detta försvåra rapportering efter-

som inga (vägledande) frågor finns som kan underlätta för rapportören. Men inga tjänstemän menade att det känns betungande att fylla i en rapport. En risk med att rapporteringen endast sker i frifritt, även om rapporteringen anses lättskriven, är att fokus från de tre viktigaste frågorna, *varför, vad och hur*, försvinner. Om detta fokus försvinner och rapportören inte själv förstår att det är detta som är viktigt så blir ju rapportering i systemet ändå svårt.

Detta visade sig vid kategoriseringen då det i många fall var svårt att dela in rapporterna i de underkategorier som presenteras i resultatet. Underkategorierna var tänkta att representera orsakerna till olyckorna men på grund av den ibland knapphändig rapporteringen var det i vissa fall omöjligt att förstå orsakerna. För att kunna förebygga olyckor är det enligt teorin viktigt att rapporteringen svarar på *varför, vad och hur*. För SITA är detta en utmaning och något som företaget bör trycka på och få de anställda att reflektera över vid rapportering. Som ett exempel var det flera anställda som under intervjuer menade att de känner sig stressade eller tror att deras kollegor gör det ibland samt att de tror att detta ökar riskerna. Utifrån de rapporter som studerats var det svårt att dra slutsatsen att stress varit orsaken till en händelse. Om det då inte står något om stress i rapporten kommer denna risk inte med i riskanalysen och företaget kan inte prioritera resurser för att minska stressen. Eftersom det kan visa sig på många sätt så det är viktigt att poängtera att stress inte helt bortses från att vara en av orsakerna till en händelse. Med allra största sannolikhet finns det andra faktorer (kanske tillsammans med stress) som kan vara underbyggande orsaker till många av händelserna men eftersom rapporterna inte alltid svarar på frågorna *varför, vad och hur* i den utsträckning som bör eftersträvas är det svårt att finna sådana.

Men rapporteringen brister också på denna punkt genom att de som rapporterar inte riktigt verkar överens om definitionerna för olycka, tillbud och avvikelse. Detta återkommer i resultatet från intervjuer där flera av de intervjuade hade svårt att förklara skillnaden mellan de olika begreppen. Då rapporterna studeras visar sig denna problematik kring definitionerna många gånger. Ett återkommande exempel är då två liknande händelser har rapporterats, men den ena som tillbud och den andra som olycka. För att få kontinuitet i rapporteringarna och lättare kunna utvärdera resultatet från dessa bör de gemensamma definitioner som finns, tydligare kommuniceras till de som rapporterar. Dessutom bör det finnas tydliga definitioner för alla typer av händelser som kan rapporteras, förslagsvis de som presenterats och använts i denna rapport. Detta för att inga missförstånd och oklarheter ska uppstå, vilket enligt teorin kan vara en orsak till utebliven rapportering.

Lättheten i rapportering kan också diskuteras utifrån att kollektiva inte själva kan rapportera i systemet. Resultatet från enkäterna visar att cirka 50 % tror att de skulle rapportera mer om de hade möjlighet att göra detta själva. I detta resultat innefattas alla som svarade på enkäten, det vill säga både kollektiva och tjänstemän. Detta resultat kan ge en ledning för företaget om att rapportering kan ökas genom att alla får tillgång till Improof och instrueras i hur de rapporterar i detta system.

Övergripande system: Rapporteringen inom SITA är övergripande över hela organisationen i Sverige. Detta är bra då det ger bra tillfällen att lära av varandra. Det finns visserligen olika områden inom SITA som kanske inte känner att de har något att lära varandra då arbetsuppgifterna skiljer sig mycket åt. Men det finns ändå vinster i ett övergripande system då många orsaker till händelser som sker kan appliceras inom ett brett spektra av områden. Det rapporteringssystem som finns inom SITA är övergripande, men det tar inte bort möjligheten att använda det också inom den egna avdelningen. Det datoriserade systemet möjliggör att få statistik för den egna avdelningen samt själva följa upp

och förkorta tidsperioden mellan händelse, rapportering och eventuell åtgärd. Detta uppföljningsarbete bör utföras på alla avdelningar. Vinsten med att samtidigt se det övergripande är, precis som teorin säger, att det blir möjligt att identifiera trender i en större skala.

En annan vinst med ett övergripande system är att det innebär mer fullständiga riskanalyser då fler rapporter och mer information från ett stort antal avdelningar sammanställs. Genomförande av riskanalyser är ett förebyggande arbete, där det går att identifiera risker genom att använda sig av rapportering. Detta uppfyller behovet av att riskanalysen ska vara kunskapsbaserad. Som teorin visar är det också viktigt att riskanalysen är multidisciplinär, vilket betyder att informationen bör komma från olika avdelningar så att representativiteten är god. Därför är det viktigt att hela SITAs verksamhet gör sitt och rapporterar deras avvikelser, tillbud och olyckor.

Implementering: Inom SITA finns det många bra verktyg som skulle kunna bidra med mycket positivt till organisationen. Rapporteringssystemet är ett exempel på ett sådant. Det nya systemet som införts senaste året har många bra funktioner, är tydligt och ger bra möjligheter för att följa en specifik rapport vilket teorin anser vara bra. Det presenterades inte för hela verksamheten samtidigt för att de ville ha en uppstartsperiod där förbättringar kunde göras smidigt, vilket också stämmer med vad teorin säger om att börja i liten skala. Det är oklart hur detta arbete har fortsatt men klart är att det inte finns någon tydlig rapporteringsväg ännu. Det är viktigt att man hela tiden kontrollerar och följer upp hur en implementeringsprocess fortlöper. Vid en implementering och förändring är det viktigt att kommunikationen fungerar väl mellan avdelningar och regioner så att bästa lärande kan åstadkommas. Om någon avdelning löser ett problem som uppstår kan det vara bra för de andra att få reda på arbetsgången kring lösningen så att inte alla behöver göra misstagen själva.

Orsak till utebliven rapportering: Teorin nämner också andra orsaker till utebliven rapportering än de som diskuterats tidigare i detta kapitel. De handlar om att man som rapportör inte känner att man har tillräcklig information för att lämna en rapport samt att det skulle saknas tillräcklig kunskap hos de som analyserar rapporterna för att förstå problemet. Detta är inget som någon tillfrågad inom SITA hållit med om och det finns därför ingen anledning att tro att detta är ett problem.

Något som bör uppmärksammas är att enkäten visar att 70 % svarat att de rapporterar tillbud. Samtidigt visar resultatet om hur många gånger de rapporterat att mer än hälften aldrig gjort det. Den höga andel som svarat att de rapporterar tillbud kan ifrågasättas. De kan ha hört att detta ska göras många gånger vilket gjort dem väl medvetna om detta. Då frågor om detta sedan ska besvaras väljer man att svara en aning överdrivet för att visa att informationen kommit fram. Dock har inte förståelsen nått fram då inte rutinerna används i verksamheten fullt ut. Det kan också bero på en otydlig definition av begreppet *tillbud*. Det framkom under intervjuerna att många verkar uppfatta tillbud som allvarligare än vad det är. Motsägelserna kan alltså handla om ett missförstånd, de tror att de rapporterar tillbud när de i själva verket missar en stor del av de verkliga tillbud som sker.

14.5.2 Orsakskategoriseringen

Nedan diskuteras de tre främsta orsakskategorierna inom avvikelser, tillbud och olyckor samt en diskussion kring isbergsstrukturen.

14.5.2.1 Handhavandefel

Handhavandefel rapporteras mest både vad gäller avvikelser, tillbud och olyckor. Det är framförallt i underkategorierna *Säkerhetsrutiner efterföljs inte* och *Handhavandefel/Säkerhetsrutiner saknas* som

tillbud och olyckor rapporteras. Detta är intressant eftersom det är något som företaget direkt kan påverka. Det finns uppenbarligen problem med att anställda inte följer säkerhetsrutinerna och SITA har här något att fundera över. I de fall där säkerhetsrutiner saknas är det mindre konstigt att det begås fel och här uppmärksammas brister i uppsatta rutiner. Dessa brister kan kompletteras med hjälp av den rapportering som görs. När det gäller att förebygga säkerhet handlar mycket om vad som ska prioriteras. Med hjälp av det som framkommit från rapporterna, där nästan 90 % av de rapporterade tillbudena i denna underkategori handlar om brister eller avsaknad av säkerhetsrutiner och nästan hälften av de olyckor som inträffar totalt beror på handhavandefel borde det vara enkelt att avgöra var resurserna ska läggas. Det är viktigt att förtydliga att även om vissa rapporter underkategoriserats som rena handhavandefel, kan dess orsaker bero på brist i utbildning eller dålig säkerhetskultur. Det kan bland annat komma från att det i verksamheten finns en brist i förståelsen för säkerhetsåtgärder eller i kunskapen om hur stress kan påverka ens arbete. Vilket i sin tur kan bero på att anställda inte har fått tillräcklig utbildning eller att detta diskuteras alltför sällan inom företaget. Anledningen till att händelserna hamnat i denna underkategori beror på att orsaken inte klarlagts tillräckligt vid rapportering.

När det gäller rapporterade avvikelser är det underkategorin *Fel uppgifter i kontrollblad/förteckning* som rapporterats mest. Dessa kontrollblad är viktiga, bland annat för att se till att säkerheten upprätthålls. För att hantera sådana problem är det viktigt att dokumenten hela tiden uppdateras och att det finns en tydlig struktur för hur detta ska gå till. Det är lätt att prioritera bort liknande åtgärder som känns för byråkratiska eller tidskrävande men då är det istället viktigt att sprida förståelse för de grundläggande bitarna i säkerhetsarbetet.

Övriga underkategorier som står för stora andelar i de respektive orsakskategorierna kan SITA också klart påverka genom att visa vikten av tydliga rutiner och att ta lärdom av den rapportering som görs. Det är viktigt att understryka att det aldrig är fråga om att peka ut individerna som utfört handhavandefelen, till exempel inte använt skyddsutrustning, utan att företaget är ute efter att ta reda på beteenden som finns och förändra dem. För att hela organisationen ska lära sig handlar det snarare om att göra klart för alla anställda vilka beteenden som är acceptabla inom företaget, för att de som grupp ska kunna öka sin säkerhet.

14.5.2.2 Brist hos kund

När det gäller orsakskategorin *Brist hos kund* hamnar denna som nummer två för inträffade olyckor med sina 20 %. Antalet rapporterade avvikelser och tillbud är tillsammans ungefär lika många som antalet olyckor. Det sker troligen många tillbud som skulle bidra med mycket intressant information om de bara rapporterades och analyserades inom SITA. Av underkategorierna är det skötseln på kunders fastigheter som står för störst andel olyckor. SITA skulle kunna minska antalet olyckor genom att i förebyggande syfte informera och ställa krav på sina kunder om vilka säkerhetsregler och rutiner som gäller för att SITAs personal ska utföra sitt arbete. Utifrån tillbudens underkategorier går det att se en brist i den information som ska gå från kund till SITA. Detta kan eventuellt avhjälpas med tydligare rutiner så att kommunikationen förbättras mellan kund och personal. Det är viktigt att informationen som utbyts uppfattas på samma sätt för båda parter.

14.5.2.3 Fel på utrustning

Fel på utrustning är den näst största orsakskategorin av rapporterade tillbud. Här stämmer strukturen relativt bra överens med isbergsmodellen, det vill säga att tillbudena är fler än olyckorna. Mäng-

den tillbudsrapporter angående fel på utrustning är större än inom andra orsakskategorier. Detta kan eventuellt bero på att ett sådant fel mer sällan leder till olyckor än exempelvis handhavandefel och att förhållandet mellan tillbud och olyckor därför ser ut som det gör i denna kategori. Nästan 90 % av tillbudsrapporterna i denna kategori hamnar under *Utrustning fungerar inte* och *Sliten/Trasig utrustning*. För olyckor och avvikelser har fördelningen mellan underkategorierna varit relativt jämn, dock med en viss fördel för *Sliten/Trasig utrustning*. Fokus läggs därför på dessa två grupper. Både *Utrustning fungerar inte* och *Sliten/Trasig utrustning* innebär kontroller och åtgärder som företaget själva har stor möjlighet att utföra. Den första av dessa kan antas vara lite svårare att hantera för företaget men det kan till exempel göras genom bättre kontroller av leverantörer och de nyinköp som gjorts. Här kan rapporteringen hjälpa till genom att SITA kan uppmärksamma när en leverantör eller ett visst märke drabbas av återkommande rapporter och då till exempel avsluta samarbetet eller se till att en förändring genomförs. Problem med sliten utrustning kan åtgärdas genom att utföra de skyddsronder som ska genomföras samt skapa en rutin där det går att kontrollera att ronderna verkligen utförs.

14.5.2.4 Isbergsstrukturen

Utifrån de resultat som framkommit från rapporteringen som gjorts inom SITA år 2008 och 2009 finns det vissa resultat som är värda att diskutera lite närmare. I teorin presenterades isbergsmodellen som visar förhållandet mellan olyckor och tillbud. Om vi antar att avvikelser och tillbud hör till det som i isbergsmodellen kallas för tillbud så är 82 rapporterade olyckor (varav en dödsolycka), 140 rapporterade tillbud och 332 rapporterade avvikelser långt ifrån en isbergsstruktur. Enligt teorin ska förhållandet vara 1 dödsfall, 30 olyckor och 300 tillbud, det vill säga att olyckor antas ske till 10 % av antalet tillbud. I SITAs rapportering är antalet olyckor nästan 20 % av antalet tillbud. Givetvis ska siffrorna i teorin inte betraktas som svarta och vita utan en viss variation kan såklart förekomma i praktiken. Framförallt bör det påpekas att då isbergsstrukturen togs fram studerades ett mycket större antal rapporter än vad som gjorts här och försiktighet med att dra alltför stora slutsatser utifrån dessa resultat bör beaktas. Olyckorna som rapporterats på SITA har ju säkerligen inträffat men vad som däremot är oklart är i vilken utsträckning de olyckor som inträffat har rapporterats. Vid kategoriseringen av rapporterna upptäcktes det att den sjukfrånvarostatistik som fanns (som skickats till Försäkringskassan) inte var helt överensstämmande med SITAs interna system. Det saknades alltså allvarliga arbetsskador/olyckor i den rapportering som används för utvärdering inom företaget. Att ha två parallella system på detta sätt tar extra tid då det innebär dubbelt arbete samt gör det mer komplicerat än det behöver vara. SITAs förhoppning är att Försäkringskassans blankett om arbetsskador och händelserapporteringen snart är samordnade. De anser att detta skulle medföra en stor förbättring för deras rapportering eftersom det skulle göra den mindre tidskrävande, vilket är högst troligt samtidigt som fel liknande de som nämnts ovan kommer att undvikas.

Men det är dock oklart om detta skulle bidra till att ett större antal rapporter lämnas in. Det förekommer visserligen att arbetsskador endast rapporteras till Försäkringskassan, men det sker endast vid ett fåtal av olyckorna. I SITAs fall är det antal tillbud och avvikelser som de behöver öka rapporteringen av. Detta påverkas inte av en samordning av blanketterna. Men samordningen innebär andra positiva följder som till exempel att det sparar arbete för personal, både för den som rapporterar och den som fyller i blanketten samt en förenkling. Detta rapporteringssystem har goda förutsättningar att fungera bra om det förs in på rätt sätt bland personalen. Detta är ett exempel på att SITA redan har bra verktyg inom organisationen, de måste bara lära sig använda det. Det är viktigt att nya system implementeras på rätt sätt så att fördelarna med systemet syns.

Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren arbeta förebyggande med arbetsmiljöfrågor. Detta innebär bland annat att kontinuerligt undersöka riskerna i verksamheten, vilket till exempel kan göras genom rapportering. Eftersom det handlar om ett förebyggande arbete är det viktigt att trycka på att rapporteringen till stor del ska innefatta avvikelser och tillbud. Då inte alla olyckor rapporterats i systemet (se ovan) antas även att många tillbud saknas. Dessa rapporter kan då medverka till mer fullständiga riskanalyser där risker i det dagliga arbetet kan fångas upp som annars inte uppmärksammas. Om riskanalyserna inte görs fullständigt innebär det att vissa risker inte kommer analyseras. De risker som inte analyseras kommer företaget inte heller bli medvetna om och åtgärder för att förebygga dessa kommer inte införas. Det gäller alltså att vara noggrann från början.

När det gäller det höga antalet rapporterade avvikelser, där den allra största delen kategoriserats som *Fel i kontrollblad/förteckningar*, bör vissa aspekter diskuteras närmre. Den del av personalen som har tillgång till dator i sitt arbete har möjlighet att utan större ansträngning skriva en rapport, oavsett avvikelser, tillbud eller olycka. Detta skulle kunna förklara varför en så stor del av avvikelserapporterna handlar om fel i kontorsarbetet. Dessa mindre avvikelser och tillbud rapporteras inte lika lätt av de kollektiva som rapporterar muntligt genom sin chef och som i sin tur behöver skriva rapporten. Då de som rapporterar denna, jämförelsevis, stora mängd avvikelserapporter antas vara tjänstemän som till största delen av arbetstiden befinner sig på ett kontor, kan ytterligare en slutsats dras. Olyckor och tillbud drabbar inte tjänstemännen i samma utsträckning som de kollektiva som rör sig utomhus och utsätts för fler större risker i det dagliga arbetet. Vilket i så fall kan vara en förklaring till varför inte samma skillnader i antal rapporter gäller även för olyckor.

Denna skillnad är en utmaning för SITA att minska, genom att öka den totala rapporteringen. Det finns uppenbarligen stora möjligheter för en bra rapporteringskultur, det gäller dock att öka lärandet och förståelsen inom organisationen. Om fler skulle bli medvetna om hur viktig rapporteringen är och vad den kan göra för att minska riskerna i arbetsmiljön skulle detta innebära stora vinster för SITAs säkerhetsarbete. Ett arbete som måste börja med att öka förståelsen för vad rapporteringen kan ge. Under intervjuerna angavs från flera håll att rapportering av framförallt tillbud eller som de själva sa "mindre saker" lättare fixas på egen hand. Detta är ytterligare en viktig poäng, anställda måste ha fått information och utbildning kring hur de kan identifiera händelser och var gränsen går för vilka som ska rapporteras. För att på ett tydligt sätt förklara vikten och användningen av en bra rapportering kan isbergsteorin användas. Den är visuellt greppbar och då många redan har förståelse av själva isbergsstrukturen är det troligt att detta kan ge en bra förståelse.

14.5.3 Region skillnader

Från de resultat som kom fram under utvärdering av de fyra regionernas rapportering kan nedanstående diskussion presenteras. Det handlar om regionerna Mellan, Syd, Öst och Nord som alla tillhör SITA och har samma regler och rutiner. Därför kan det tänkas vara troligt att resultaten från en utvärdering är relativt lika och utan några större skillnader. Detta verkar dock inte vara fallet inom SITA. Detta bör istället för att ses som något negativt, ses som stora möjligheter att lära sig av de andra regionerna. En region kanske är bra på att rapportera och en annan är bättre inom något annat område. Därför är det viktigt att påpeka att kommunikation och utbyte av information är viktigt i en organisation.

14.5.3.1 Skillnader mellan åren 2008 och 2009

Det är en tydlig skillnad som visas i resultatet angående de olika regionernas rapportering för åren 2008 och 2009. Region Mellan och Syd halverade sin rapportering, medan Öst och Nord minskade med 30 %. Då ingen undersökning gjorts om hur rapporteringen sett ut tidigare år är det svårt att säga om denna minskning är en trend eller inte. Det finns en möjlighet att det av någon anledning är år 2008 som sticker ut från resterande år. Det behöver alltså inte vara en så allvarlig minskning till år 2009 utan snarare en toppnotering året innan. Oavsett vilket är det viktigt för SITA att göra vad man kan för att öka rapporteringen under år 2010 och framåt. Det var uppenbarligen möjligt under 2008, alltså bör det gå att nå denna höga rapportering igen och förhoppningsvis bli ännu bättre. SITA bör uppmärksamma att det kan förekomma en viss minskning under det närmaste året på grund av att det nya rapporteringssystemet införs. Det kan medföra en viss förvirring och osäkerhet i början vilket kan påverka antalet rapporter.

Det är dock svårt att göra avvägningen om en satsning bör inriktas på utvalda regioner, och vilka dessa i så fall bör vara. Att region Mellan och Syd minskade mest kan innebära en dålig trend som kan förvärras om inget görs. Dock ligger ändå Mellan högst i jämförelse med de andras antal rapporteringar. Syd hade lägst antal rapporter redan år 2008 och har därefter minskat ytterligare, vilket kan vara en tydlig anledning för SITA att satsa lite extra inom den regionen. Vad gäller Nord och Öst behöver också de utveckla sin rapportering, både med tanke på att de minskat mycket men samtidigt bör de minst ligga på samma nivå som exempelvis region Mellan. Med samma förutsättningar bör ju alla kunna bli lika bra på att rapportera. Problemet ligger framförallt i att teorin visar på att det bör finnas ett mörkertal i SITAs rapportering, framförallt vad gäller tillbud och avvikelser.

14.5.3.2 Skillnader i rapporteringen för avvikelser, tillbud och olyckor

I resultatet presenteras ett beräknat genomsnitt för antalet rapporter som varje anställd lämnar in, uträknat över alla regionerna inom SITA under år 2008-2009. Den enda region som överskrider detta antal är Mellan. De har till och med en rapportering vars antal ligger på ett värde dubbelt så högt som genomsnittet. Nord ligger på gränsen, och sedan är det en bit ner till både Öst och Syd. I region Mellans höga antal döljer sig ett stort antal avvikelserrapporter. Det är antalet avvikelserrapporter i Mellan som medför de stora skillnaderna mellan denna region och övriga.

Den information som går att få ur Tabell 7, som representerar hela den rapportering som genomförts under dessa två åren, är intressant. Region Mellan har allra flest rapporteringar totalt samt när det gäller avvikelser och tillbud. Deras rapporterade olyckor ligger under genomsnittet vilket kan innebära att de faktiskt lär sig av de som rapporteras vad gäller avvikelser och tillbud och därför inte får lika stor andel olyckor. Denna slutsats bör dock dras med försiktighet eftersom antalet rapporter som granskats är relativt litet. De tre andra regionerna ligger lägre än Mellan totalt, men har fler olyckor rapporterade. Det kan antas att antalet rapporterade olyckor är nära det verkliga antalet, åtminstone i jämförelse med tillbud och avvikelser. Detta eftersom olyckor, vars definition på SITA i nuläget är personskador, också ska rapporteras till Försäkringskassan.

Då teorin menar att det är viktigt att rapportera avvikelser och tillbud för att på bästa sätt kunna förebygga olyckor, är detta också vad denna rapport talar för. I fallet med region Mellan stämmer detta bra. Med ett stort antal rapporterade avvikelser samt högsta antalet tillbudsrapporter kan detta vara en orsak till det låga antalet olyckor. Ett högt antal tillbud kan visserligen betraktas som negativt, men när det gäller rapportering kan det också tyda på förståelse och uppmärksamhet kring des-

sa. På en arbetsplats där inte säkerheten uppmärksammas finns inte ens tanken på tillbud. Ett litet antal rapporterade tillbud kan då tyda på ett större antal icke rapporterade, alltså betyder det inte att det inte förekommer några. Här ska då också kommenteras att region Syd i sin tur har flest antal rapporterade olyckor men minst antal rapporter totalt (avvikelser, tillbud och olyckor). Det skulle alltså vara möjligt att påstå att orsaken till detta är att olyckorna inte förhindras eftersom rapporter om avvikelser och tillbud inte rapporteras. Detta är antagligen inte enda anledningen till att det ser ut som det gör i region Syd. Kanske kan bristande händelserapportering också tyda på att region Syd generellt sett inte har lika hög ambition vad gäller säkerhet som region Mellan. Region Syd skulle kunna lära sig av region Mellans sätt att arbeta. Men man får inte glömma att varken region Mellan, Syd, Öst eller Nord arbetar exemplariskt med sin rapportering utan de förbättringar som tas upp i rapporten kan säkerligen hjälpa alla regionerna.

För regionerna Syd, Öst och Nord är antalet rapporterade tillbud färre än antalet olyckor. Med tanke på det lilla antalet rapporter per region är det dock svårt att göra någon uppskattning om hur väl dessa var för sig bör stämma in på den isbergsstruktur som presenterades i teorin. Antalet avvikelserapporter stämmer dock in i strukturen då de, för alla regioner utom Nord, är fler än både tillbud och olyckor tillsammans.

14.5.4 Tydliga mål med rapporteringssystemet

En av de viktigaste frågorna SITA måste ställa till sig själva är vad deras mål med rapporteringssystemet är. Ett rapporteringssystem kan användas på många olika nivåer, vilka kräver olika mängd arbete. Det är möjligt att nöja sig med att få in rapporter om vad som hänt och sedan lösa dessa problem med direkta åtgärder för varje olycka som rapporteras (till stor del så det fungerar idag). Men det kan innebära stora vinster för både företag och anställda om det finns vilja och kunskap att utvärdera rapporteringen ytterligare, vilket denna rapport rekommenderar. Det skulle kunna medföra ett ökat lärande inom organisationen, vilket bland annat skulle innebära ett bättre förebyggande arbete. I nuläget sker endast en sammanställning av händelserapporteringen inom SITA. Men det finns mycket intressant information bland de rapporter som lämnas in som man kan och bör ta till vara. Dels skulle en utvärdering av sammanställningen kunna ge ett större helhetsperspektiv över vilken typ av olyckor som sker inom företaget. En sådan utvärdering skulle exempelvis kunna likna den kategorisering som genomförts i denna rapport. I vissa enstaka fall har det förekommit förändringar inom SITA då tydliga trender visats i händelserapporteringen. Här finns det stora möjligheter för förbättring. Det är viktigt att man inom SITA bestämmer sig för vad som är händelserapporteringens syfte, vilket antingen skulle kunna vara att fortsätta med att få ut statistik över antal händelser som inträffar eller ta lärdom av det som händer och utvärdera händelserna mer än så.

Idag sammanställs rapporterna så att det går att se till exempel hur många olyckor som skett under en viss månad. Ytterligare statistik som förs är hur många sjukfrånvarodagar man har under en viss månad och hur många sjukfrånvarodagar en specifik olycka gav. Utöver detta förs det ingen mer statistik vilket gör att rapporteringen inte används till lika mycket som den skulle kunna. Bara genom den kategorisering som genomförts i detta arbete framkommer mycket kunskap om vilka de vanligaste orsakerna till händelser som skett inom SITA är. Detta resultat är en vägledning till hur företaget bör prioritera sina åtgärder. Kategoriseringen kan, som tidigare nämnts, vara ett bra sätt för SITA att arbeta mer med sin rapportering i framtiden, om det är denna nivå de vill satsa på.

14.6 Rättvisa i organisationen

Nästa område när det gäller säkerhetskulturen handlar om rättvisa. Då skiljer medelvärdet mellan chefer och kollektiva mer än 0,5 enheter. När det gäller rättvisa är det viktigt att förstå skillnaden mellan vårdslösa och försumliga handlingar, se teorin. Det är viktigt att förutse risker och inte utsätta sig själv eller andra för onödiga sådana. Detta når uppenbarligen inte fram till de anställda i dagsläget.

Utifrån enkätresultatet är det framförallt bristen på beröm som gör att medelvärdet inom detta område sjunker. För att få en god säkerhetskultur är det viktigt att inte bara hitta de tillfällen då anställda begår misstag och genomföra förändringar för att det inte ska hända igen. Det är lika viktigt att uppmärksamma de som agerar för säkerheten på ett bra sätt. Kanske kan detta göras genom att avdelningschefen på något sätt varje månad uppmuntrar någon som har agerat på ett klokt sätt, exempelvis om de rapporterat bra, hjälpt någon annan eller liknande.

Det som diskuterades under intervjuerna gällande ansvar vid olyckor är intressant med tanke på om det ens är relevant, för att öka säkerheten och arbeta förebyggande, att ta reda på vem som är ansvarig. Ur ett rättvist perspektiv så bör SITA arbeta för att göra tydliga riktlinjer över vilket ansvar individen har för att ta reda på säkerhetsrutiner och vilket ansvar chefer eller arbetsledare har för att berätta saker. På ett sätt finns det redan genom exempelvis checklistorna som ska gås igenom vid introduktion. Men kanske behöver det förtydligas ytterligare vad som gäller.

14.7 Lärande i organisationen

Inom SITA är lärande ett av de områden som inte klassas så högt. Men det går också att se att det skiljer mycket mellan de olika avdelningarna. Jönköping har högst medelvärde och för andra avdelningar finns här en stor möjlighet att ta reda på hur de arbetar för att själva kunna höja denna aspekt av säkerhetskulturen. På frågan om feedback och om åtgärder görs inom rimlig tid skiljer sig medelvärdet avsevärt mellan Jönköping och övriga organisationen.

Eftersom det är uppenbart att just feedbacken är ett hinder i lärandet är en enkel åtgärd, för att öka detta i organisationen, att se på vilket sätt Jönköping arbetar. Eftersom 90 % av de anställda menar att de är intresserade av att få feedback är det också viktigt att ta till sig detta resultat och på så sätt visa personalen att man uppmärksammar deras tankar. En förbättring av feedbacken ökar lärandet i stort då det blir en återkoppling i verksamheten som många kan lära sig av. I teorin behandlas single- och double loop- lärande. Eftersom det i intervjuerna framkom att flera inte riktigt ser vinsterna med att rapportera exempelvis tillbud finns det risk för att double loop-lärandet försvinner, vilket man bör sträva efter att behålla eller uppnå i en organisation. För att SITA ska kunna nå dit är det viktigt att anställda får feedback vid rapportering av alla typer av händelser. Detta kan vara ett mål som sätts upp och som senare kontrolleras. Ett hjälpmedel för att få en ständig lärandeprocess och kontroll av om målen uppfylls kan vara att tänka enligt PDCA- cykeln, se teorin.

De som varit riktigt engagerade för att förändra saker menade under intervjuerna att det aldrig är problem att arbeta sig vidare till högre chefer för att få gehör om de inte fick det hos sin närmsta chef. Är det så här SITA vill arbeta, det vill säga att enbart de som skriker högst ska få gehör, tappar de säkerligen många bra idéer på vägen av de som kanske inte är lika framåt. För att kunna uppmuntra dessa personer är det mycket viktigt att feedback kommer på en gång så att de ser att chefen tar till sig det som sägs och att deras åsikter faktiskt kan skapa en förbättring.

Lärandet inom SITA handlar också om kommunikationen och viljan bland ledning och anställda att utvecklas. Eftersom SITAs olika avdelningar till viss del har samma verksamheter innebär detta att kommunikationen mellan dessa är viktig. Att lära sig av sina egna misstag är ett väl använt uttryck. Detta kan man undvika att behöva göra om kommunikationen förbättras. Då skulle förbättringar kunna delges mellan olika avdelningar och problem kunde lösas tidigare. Det finns enligt intervjuerna redan ett samarbete mellan vissa avdelningar och kommunikationen fungerar säkerligen bra på många ställen. Tyvärr är den sämre på många andra och där efterfrågas fler region- eller rikstäckande möten för att kunna skapa kontakter och lära sig av varandra. Det är ett stort antal anställda som arbetar inom mindre avdelningar runt om i Sverige och inte har möjlighet att diskutera problem och frågeställningar med kollegor. För dessa hade det kunnat vara bra med träffar för att de ska kunna förbättra sitt arbete.

14.8 Beteenden som påverkar säkerheten

Beteenden är ett av de områden som klassas som lägst i kulturen. Frågorna i enkäten handlar mycket om introduktion och om vilka risker som accepteras. Det är väldigt positivt att anställda anser att deras kollegor inte accepterar risker i arbetsmiljön vilket visar att de kommit en bit genom att inte bara tycka att vissa risker ingår i arbetet. I intervjuerna däremot ges intrycket att denna inställning finns, en attityd bland de kollektiva att vissa risker finns och det får de leva med. Varför resultaten skiljer sig så mycket åt är oklart så därför lämnas det här och övriga resultat diskuteras mer ingående.

Säkerhetsutbildningen är den del som det råder mest oklarheter kring. Under intervjuerna menade många att på "den tiden" när de anställdes så fanns inget sådant. Ändå har 121 stycken svarat på frågan om vad de tycker om den säkerhetsutbildning de fått genomgå. Alltså går det att säga att frågan är bristfälligt formulerad eftersom tanken med den var att se vad de tyckte om *säkerhetsintroduktionen* när de började. Därför sållades de som blivit anställda de närmsta fem åren ut och det visade sig att hela 31 % av dem inte hade haft någon utbildning alls. Så här kan det inte fortsätta då företaget har en policy som säger att denna introduktion ska ges till alla. Under intervjuerna föreslogs att man kan genomföra uppsamlingsomgångar med alla som anställdes den senaste månaden eller liknande för att vara säkra på att alla får utbildningen. Detta mottogs väl och ansågs vara en god idé, vilket alltså kan tänkas vara ett alternativ för att lösa problemet. Men vad som egentligen är själva problemet är oklart. Under intervjuerna menade många att när de nyanställer så ska dessa personer omgående ut och jobba vilket innebär att säkerhetsintroduktionen inte fullgörs. Så frågan är om problemet är brist i tid eller i rätt prioriteringar. I vilket fall skulle uppsamlingsträffar göra så att introduktionen verkligen ges och det bör vara det viktiga. För att kontrollera att det genomförs skulle ett väl utarbetat ledningssystem som innefattar även detta kunna hjälpa till.

Eftersom säkerhetsintroduktionen utgår ifrån en checklista menade många tjänstemän att den inte gäller dem. Men det handlar om att se riskerna i hela organisationen. Tjänstemännen kanske inte utsätter sig för riskerna själva men de behöver förståelse för vad andra utsätts för, för att kunna fatta kloka beslut. Därför bör det också vara rimligt att skapa en checklista och rutin som anpassas efter de olika tjänstemännens uppdrag som sedan kan användas vid deras introduktion. Eventuellt kan samma checklista användas men med tydliga anmärkningar om vad respektive yrkeskategori behöver.

14.9 Attityder till säkerheten

Attityderna är det område som tillsammans med arbetssituation har de högsta medelvärdena. Det är också det område där differensen mellan chefer och kollektiva är som minst. Mellan avdelningar

skiljer det en hel del och det är återigen Jönköping som har högsta medelvärdet (4,49). Detta innebär ytterligare möjligheter för övriga avdelningar eller centrala delar i organisationen att ta reda på vad det är som görs där men inte på andra ställen för att förbättra sin egen avdelning.

När det gäller resultatet från enkätfrågorna som gäller attityder så anser majoriteten av de tillfrågade att företag såväl som ledning och närmsta chefer arbetar för god säkerhet. De anställda menar att de känner sig både ansvariga för säkerheten och ser det som en del i det dagliga arbetet. Ungefär samma uppfattningar kommer från intervjuerna. En annan intressant aspekt som kom fram ur enkäterna är att mer än hälften menar att de i stort sett aldrig varit med i någon planering vad gäller säkerheten. I intervjuerna framkom att anställda i vissa fall saknar förståelse för varför förändringar gör och att de skulle vilja diskutera förändringar innan de genomförs. Intervjuerna och enkäterna kompletterar varandra i denna fråga och det är uppenbart att det i framtiden bör föras dialoger eller hållas möten där diskussion kan föras. Dels för att skapa större förståelse men också för att kunna få alla anställdas synvinklar på förändringar som ska genomföras. Detta skulle sannerligen kunna skapa större förståelse hos ledningen för vad förändringen innebär eftersom de som berörs av förändringen kan påpeka saker som ledningen kanske inte tänker på. Ledningen skulle i sin tur kunna förklara för de anställda varför och i vilket syfte förändringen genomförs. Ett bra exempel på detta är de chaufförsråd som finns i Hagby. Det är oklart hur dessa fungerar närmare men det visar i alla fall på att det finns möjlighet att genomföra liknande saker.

14.10 Uppfattning om säkerhet

Resultatet 3,46 för uppfattningen om säkerheten för hela organisationen är i närheten av medelvärdet för hela säkerhetskulturen men lägre än några av de andra områdena. Vilket gör att det är ett av de områden som bör prioriteras något högre.

Resultatet visar att de flesta anser att deras arbetsmiljö i dagsläget är god. Från intervjuerna menar många också att det kan bli lite löjligt att ha en utbildning i säkerhet för ett arbetsmoment de gjort tusen gånger tidigare bara för att visa på vilka säkerhetsaspekter de bör uppmärksamma. Trots detta förhållningssätt är det stor andel som menar på att det finns stor risk att de skadar sig själva eller andra i sitt arbete. Detta är motsägelsefullt om det jämförs med frågan där de flesta svarat att de inte accepterar risker i arbetet. Men det visar ju också på att det finns både risker att hantera och förhoppningsvis minska samt en inställning hos anställda att detta inte är acceptabelt. Problemet ligger i att de trots detta anser sig redan nu ha en god arbetsmiljö och intuitivt från intervjuerna ges uppfattning att de känner sig nöjda som det är. För SITAs del handlar nog mycket av arbetet vad gäller detta om att få anställda att förstå att de inte bör bli nöjda utan alltid arbeta för bättre säkerhet.

Något mycket positivt är att alla resultat tyder på att anställda har förtroende för ledningens arbete med säkerhetsfrågor. Detta gör att det finns anledning att tro att de också skulle lita på ledningen om större insatser vad gäller säkerheten skulle göras.

En annan positiv aspekt är att många anser sig kunna påverka säkerheten i sitt arbete. Men från intervjuerna framkom det också åsikter om att även om möjligheten finns så är det vanligt att anställda tröttnar på att lämna in rapporter om saker som bör åtgärdas eftersom de inte får någon respons. Detta har nämnts tidigare och precis som innan borde åtgärden vara att se till att rapportera varför inget händer. Detta är även viktigt då ärendet inte ligger hos SITA längre, personalen är värda en förklaring.

14.11 Möjligheter inom säkerhet

Resultatet visar tydligt att de anställda efterfrågar bättre information för att de resurser som finns ska börja användas mer. Något som diskuterats en hel del tidigare i detta kapitel är bättre kommunikation och tydlighet. Här har vi återigen ett resultat som stödjer detta.

14.12 Ansvar

Resultatet i denna rapport visar att säkerhetsarbetet i många frågor brister i uppföljningen. En orsak till det som framkommit under arbetet är att anställda inte vet vem de skall vända sig till samt att de som kanske har ansvar menar att det är någon över dem som är ansvarig. Det är viktigt att alla vet eller lätt kan ta reda på vem som är ansvarig inom olika områden. Detta förenklar arbetet inom företaget. För att komma åt detta problem kan ett dokument upprättas där det tydligt står vem som ansvarar för vad. Detta är något som förekommer inom andra stora företag. För att detta skall fungera är det viktigt att detta dokument är lättillgängligt och kontinuerligt uppdateras. Exempel på vad som kan stå i ett sådant dokument är vem som är ansvarig för genomförande, kontroll samt uppföljning.

15 ÅTGÄRDSFÖRSLAG

Vad som framkommit i denna rapport är att det finns förbättringsmöjligheter inom säkerhetsarbetet på SITA. Här presenteras de åtgärder där störst fokus bör läggas. Men för att få en större helhet och förståelse för varför dessa åtgärder rekommenderas bör läsaren noggrant gå igenom de resultat och den diskussion som presenterats tidigare i denna rapport. Alla åtgärder som presenteras är enbart förslag som anses bör genomföras. Utifrån resultaten och diskussionen kan SITAs säkerhetskultur och arbetsmiljö med stor sannolikhet förbättras om dessa verkställs. Vad som är viktigt att ha med sig är att åtgärderna inte bara kräver ett införande utan också uppföljning. Det handlar om en ständigt lärande process. Först presenteras de viktigaste åtgärderna i en punktlista och därefter följer en kort beskrivning av var och en av dessa åtgärder. Sist i kapitlet kommer några ytterligare tips på åtgärder som skulle kunna hjälpa SITA i arbetsmiljöarbetet.

15.1 Viktigaste åtgärderna

- Införa någon typ av **ledningssystem** för säkerhet vilket framförallt kan bidra med tydligare målsättningar och bättre kontroller.
- Se till att **implementeringar** går stegvis och att så många anställda som möjligt får chans att diskutera och vara delaktiga i beslut som innebär förändring.
- Se till att resurser **prioriteras** för att minska avvikelser, tillbud och olyckor i kategorin handhavandefel.
- Inom hela SITA börja använda de **definitioner** som använts i denna rapport vad gäller avvikelse, tillbud och olycka.
- Sätta upp **mål** för rapporteringen. En rekommendation är att förhindra att tillbud i framtiden blir olyckor och därmed börja utvärdera rapporterna i enlighet med den kategorisering och underkategorisering som presenterats i denna rapport.
- Bättre **kommunikationsutbyte** inom och mellan avdelningar och regioner.
- Bättre och ökad **feedback** till anställda.
- Se till att alla genomgår **säkerhetsintroduktionen**.

15.2 Ledningssystem

Det har tidigare förekommit att nya system har införts som kunnat bidra med mycket positivt till verksamheten, men implementeringen har inte fungerat tillräckligt bra då det är många som inte använder systemen. Ett ledningssystem kan bidra med tydligare mål som sedan följs upp vilket betyder att målen kontrolleras så att nya förändringarna som innebär förbättringar i arbetsmiljön hela tiden kan införas. Till exempel bör SITA sätta upp mål för det rapporteringssystem som nu införs för att tydliggöra på vilket sätt och i vilken utsträckning det ska hjälpa verksamheten.

15.3 Implementering

För att genomföra förändringar i en organisation krävs förståelse bland personalen. Förståelse får man av **tydlighet i informationen** då det framkommer varför och vad som ska ske. Det är också viktigt att personalen känner att de får vara med och påverka, vilket bör utvecklas ytterligare inom SITA.

En dialog och diskussion med de anställda innan förändringar sker är viktiga för att få dem att känna delaktighet. Samtidigt finns det mycket kunskaper som kan delges mellan personal och ledning. Därför rekommenderas möten liknande chaufförsråd som nämnts tidigare.

Tydlighet i kommunikationen är oerhört viktigt i en stor organisation som SITA då samma information riktas till ett stort antal människor med olika bakgrund och arbetsuppgifter. Det är viktigt att denna då är tydlig så att alla förstår vad och hur informationen berör dem. En stor orsak till tillbud och olyckor är att säkerhetsrutiner saknas eller inte efterföljs. Med tydlig information av vad som gäller för personalen avseende dessa säkerhetsrutiner skulle säkerligen antalet tillbud och olyckor minska.

15.4 Prioritera rätt

Börja arbeta mer förebyggande genom att använda den kategorisering som presenterats i denna rapport samt resultaten från undersökningen om säkerhetskulturen. På så sätt kan resurserna läggas inom rätt områden. Vad gäller kategoriseringen visade denna att kategorin om handhavandefel är störst vilket alltså bör prioriteras.

Säkerhetskulturen visade sig vara sämre inom vissa områden som flexibilitet, beteende samt rapportering. Flexibiliteten kan exempelvis förbättras genom att uppmuntra personal att komma med förbättringsförslag. Om dessa förslag följs av snabb och tydlig feedback så kan det bli bra. Det finns också stora möjligheter att lära av varandra, såväl avdelningar som regioner. Se närmare i rapporten för hur man kan arbeta mer med detta.

15.5 Definitioner

Börja använda de definitioner som presenterats i denna rapport och sprid dessa till alla anställda. Idag brister det i att anställda definierar alla händelserna olika vilket gör att informationen kring vad som är vad är mycket viktig. För att kunna utvärdera rapporteringen är det enklare om begreppen används på ett konsekvent sätt vid rapportering.

15.6 Rapportering

Det allra första som SITA bör göra när det gäller sin rapportering är att bestämma sig för vad de vill ha rapporteringen till. Dessa **mål** är viktiga för att efter hand kunna följa upp och se hur implementeringen fungerar. Därefter bör det som följer här nedan göras, i vilken omfattning SITA väljer att göra det beror självklart på vilka mål de sätter upp. Förslagsvis bör syftet med rapporteringen vara lärande, på så sätt öka säkerheten och minska olyckorna i företaget.

För att kunna öka lärandet måste rapporteringen öka. Det innebär att SITA måste vända trenden sedan den minskande rapporteringen mellan år 2008 och 2009. För att få till en ökad rapportering ligger den viktigaste biten i att få anställda att **förstå vinsterna med rapporteringen** av framförallt tillbud. Förslagsvis kan detta göras genom att förklara isbergmodellens struktur och vilka vinster rapportering av tillbud kan ge.

Men det är också viktigt att inse att verktygen som redan finns på SITA är ganska bra och att problemet ligger i implementeringen. Förslagsvis bör därför någon eller några få avdelningar väljas ut där detta genomförs. På dessa avdelningar bör man då jobba aktivt med att låta de anställda få tydlig information om vad som är en avvikelse, tillbud respektive olycka samt att dessa skall rapporteras. **Tydlig** information skall också ges i hur rapporteringen går till. Sedan kan rapporteringssystemet utvärderas och därefter kan samma process genomföras på ytterligare avdelningar. Detta kommer

kunna ge ett **konsekvent rapportering** i hela företaget och därmed också bättre statistik, liknande resultatet i denna rapport, över vad som händer i organisationen.

En utveckling av händelserapporten kan vara att ge fler ledande frågor istället för fritext. Detta medför en tydligare rapport med rätt information för att kunna analysera den samt att det underlättar för rapportören. Alla anställda bör få information om hur Improof fungerar och att det är där de skall rapportera. Kollektiva bör ha direkt tillgång till systemet men fortfarande ha möjlighet att rapportera till närmsta chef. Detta eftersom resultatet visar att många tror att de skulle rapportera om de skulle kunna göra det själva. Det finns ingen anledning att någon på huvudkontoret skall föra in rapporterna i detta system. I övriga detaljer råds SITA till att ta del av denna rapport och därefter klart utforma hur de vill att rapporteringen skall fungera.

Så länge Försäkringskassans blankett inte automatiskt registreras i Improof skall såklart de som tar del av hur Improof fungerar också känna till vart dessa blanketter finns.

15.6.1 Kategorisera

SITA bör ta del av den kategorisering som gjorts i rapporten och i fortsättningen värdera rapporterna utifrån de kategorier och underkategorier som presenteras i denna rapport. Kategoriseringen är ett resultat av vad som händer i organisationen och om dessa kategorier används kan prioriteringar lättare göras eftersom det tydligt går att se var de flesta händelserna inträffar. Redan efter den genomförda kategoriseringen går det att se inom vilka områden åtgärder för förbättringar bör prioriteras.

15.7 Kommunikationsutbyte

Det finns stora vinster i ett större kommunikationsutbyte, både mellan avdelningar och regioner. Det finns stora möjligheter att öka lärandet inom organisationen jämfört med hur det ser ut idag. Framförallt rekommenderas fler tillfällen för anställda att dela med sig av erfarenheter till andra på samma positioner. Detta gäller speciellt tjänstemän.

De fyra regionerna är bra inom olika områden. Ta vara på dessa styrkor och sprid till de andra, exempelvis region Mellans starka rapportering i förhållande till de andra.

Vad gäller kommunikationen inom avdelningarna är arbetsplatsträffarna en viktig del. Arbeta mer med att lyssna efter vad personalen vill höra och sprida bra tips till andra avdelningar.

Det rekommenderas att strukturera intranätet på ett tydligare sätt för att underlätta för personalen.

15.8 Feedback

Feedbacken måste förbättras. Det är en alltför återkommande brist i nuvarande organisationen. Det är viktigt att detta sprids på ett tydligt sätt och att alla börjar arbeta mer med det. Den tjänsteman som rapporterar kan hela tiden följa rapporten i Improof och veta vad som händer. Denne bör därför också ha skyldighet att föra informationen vidare till den som rapporterat och förklara *vad* som händer, *om* det händer något eller *varför det inte* händer. Om detta blir en rutin kommer det förhoppningsvis att kännas som en självklarhet.

15.9 Säkerhetsintroduktion

Om det inte finns möjlighet att utföra säkerhetsintroduktionen vid nyanställning bör det i så fall genomföras uppsamlingsomgångar för personal inom ett större område. Det är viktigt att alla som

inte fått genomgå denna utbildning får göra det och att det sker löpande kontroller för att detta ska upprätthållas. Men självklart bör företaget eftersträva att introduktionen genomförs innan nyanställda sätts i arbete. Utbildningen bör anpassas efter den tjänst som den nyanställda har, så att det inte känns helt oväsentligt. Här kan även ledningssystemet ha en kontrollerande roll.

15.10 Ledningen

Det finns ett behov att se de som styr mer. De anställda vill kunna förknippa namnen med ansikten vilket bör vara möjligt. De som är i kontakt med specifika avdelningar bör visa sig på dessa med jämna mellanrum, samtidigt som VD eller annan ledningspersonal också bör prioritera besök runt om i Sverige högre.

15.11 Förbättrad säkerhetskultur med hjälp av SCMM

SITA bör använda SCMM (Safety Culture Maturity Model) som ett hjälpmedel för att kunna se vad nästa steg i deras utveckling mot en bättre säkerhetskultur innebär. Dess nivåer och förklaringar ger en bild av hur denna utveckling bör se ut. De kan utveckla modellen för att kunna använda den på ett bättre och mer passande sätt, men funktionen och tydligheten som den medför kan innebära ett bra hjälpmedel för att diskutera kring säkerhetskulturen.

15.12 Krav på kunder

SITA bör ställa högre krav på sina kunder och kontrollera hämtställen i större utsträckning för att minska de tillbud och olyckor som sker ute på plats. En bättre kontakt och mer information till kunderna om vilka krav och regler som finns efterfrågas.

16 REFERENSER

- Ahluwalia, J., & Marriott, L. (2005). Critical incident reporting systems. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine No. 10*, pp 31-37.
- Ai Lin Teo, E. & Yean Yng Ling, F. (2006). Developing a model to measure the effectiveness of safety management systems of construction sites. *Building and Environment, Vol.41, No. 11*, pp 1584-1592.
- Arbetsmiljöverket. (2010). *Arbetsmiljölagen och dess förordning med kommentarer i lydelse den 1 januari 2010*. Stockholm: Arbetsmiljöverkets publikationsservice.
- Bird, F. E., & Germain, G. L. (1996). *Loss Control Management: Practical Loss Control Leadership*. USA: Det Norske Veritas.
- Cambraia, F. B., Saurin, T. A., & Formoso, C. T. (2010). Identification, analysis and dissemination of information on near misses: A case study in the construction industry. *Safety Science*, pp 91-99.
- Danielsson, M., & Stubbs, J. (2004). *Organisational accidents, safety programs and management participation*. Luleå: Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet.
- Davidsson, G., Frantzich, H., Haeffler, L., & Ljungman, B. (2003). *Handbok för Riskanalys*. Karlstad: Räddningsverket.
- Day, R. A. (2006). *How to write and publish a scientific paper*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Demichela, M., Piccinini, N., & Romano, A. (2004). Risk analysis as a basis for safety management. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries, Vol 17, No.3*, pp 179-186.
- Deming, E. W. (1993). *The New Economics: for Industry, Government and Education*. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology, Centre for Advanced Engineering Study.
- Dunn, D. (2003). Incident reports - Their purpose and scope. *AORN Journal Vol. 78 No. 1*, pp 45-66.
- Ejlertsson, G. (1996). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Ek, Å. (2006). *Safety Culture in Sea and Aviation Transport*. Lund: Ergonomics and Aerosol Technology, Department of Design Sciences, Lund University.
- Fleming, M. (2001). *Safety Culture Maturity Model - Prepared by The Keil Centre for the Health and Safety Executive*. Edinburgh: The Keil Centre.

- Gerry, R. M., Rooksby, J., & Smith, A. F. (2007). Incident reporting schemes and the need for a good story. *International Journal of Medical Informatics Vol. 76*, pp 205-211.
- Guldenmund, F. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, pp 215-257.
- Hale, A. R. (2000). Culture's Confusions. *Safety Science Vol. 34*, pp 1-14.
- Hammond, S., Breakwell, G. M., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2006). *Research Methods in Psychology, kap 10*. London: SAGE Publications Ltd.
- IEC. (1995). *International Standard 60300-3-9, Dependability management - Part 3: Application guide - Section 9: Risk analysis of technological systems*. Genève: International Electrotechnical Commission .
- Johnson, C. (2002). Software tools to support incident reporting in safety-critical systems. *Safety Science Vol. 40* , pp 765-780.
- Kaplan, S., & Garrick, B. J. (1981). On The Quantitative Definition of Risk. *Risk Analysis*, Vol 1. No 1, pp 11-27.
- Karakasidis, K. (1997). A project planning process for business continuity. *Industrial Management and Data Systems*, pp 320-326.
- Kenton, B., & Penn, S. (2008). *Change, Conflict and Community: Challenging Thought and Action*. Leeds: Elsevier.
- Koornneef, F. (2000). *Organised Learning from Small-scale Incidents*. Delft: Delft University Press.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Brookfield Vt, Ashgate, Cop.
- Renborg, B., Jonsson, K., Boqvist, K., & Keski-Seppälä, S. (2006). *Hantering av händelser, nära misstag, SKI Rapport 2007:16* . Stockholm: Statens kärnkraftinspektion.
- Renn, O. (1998). The role of riskperception for risk management. *Reliability Engineering and System Safety*, Vol. 5, pp 49-62.
- Reuterberg, A., & Karlsson, J. (2010). *Implementering av BCM*. Lund: Institutionen för Brandteknik och Riskhantering vid Lunds Tekniska Högskola.
- van der Schaaf, T., & Kanse, L. (2004). Biases in incident reporting databases: an empirical study in the chemical process industry. *Safety Science Vol. 42*, pp 57-67.

Elektroniska källor:

- Nationalencyklopedin. (2010). *Nationalencyklopedin*. Hämtat från www.ne.se. den 16 juni 2010
- SITA. (2010). *Sita Sverige*. Hämtat från www.sita.se. den 15 mars 2010

Swedish Standards Institute, S. (2010). *www.sis.se*. Hämtat från
http://www.sis.se/DesktopDefault.aspx?tabName=@DocType_301&Doc_ID=911689 den 20
april 2010

- Brist hos kund:** olyckor och tillbud som skett på grund av kunds bristande säkerhetsarbete.
- **Dålig skötsel av underlag och brist i översyn** av kund har medfört fallolyckor på grund av till exempel halka och riskfylt underlag. Dessa omständigheter ligger i kundens ansvar att åtgärda men i SITAs intresse att påverka.
 - **Brist i kommunikation mellan kund och SITA** innebär information från båda parter. Kunden har i vissa fall meddelat felaktig information om innehåll, till exempel gällande vilka ämnen SITA ska transportera. Dessutom kan det vara problem som uppkommit då SITA inte varit tillräckligt tydliga med deras krav på kunden.
 - **Skadegörelse och överfall** innefattar de rapporter där SITAs personal har blivit attackerade eller där SITAs utrustning har blivit förstörd.
 - **Övrigt** innehåller rapporterade tillbud där informationen inte varit tillräcklig för att placeras i någon av de andra underkategorierna ovan.
- Brist på egen fastighet:** då säkerheten på arbetsplatsen inte har varit tillräcklig och detta har lett till olyckor, tillbud eller avvikelser.
- **Bristfällig fastighetsskötsel** innefattar fel som funnits på egen fastighet som till exempel hål i marken, halka eller trasiga handtag.
 - **Otillräcklig säkerhetsanordning:** som exempelvis dålig utfart eller dörrspärrar.
 - **Brand/Rökutveckling** skiljer sig lite från övriga underkategorier eftersom underkategorin inte säger något om den direkta orsaken till olyckan. Anledningen till att denna underkategori används är att brand eller rökutveckling anses vara tillräckligt viktigt för att orsakerna till detta bör utredas separat.
 - **Kundlagomål** är då grannar har klagat på exempelvis buller från SITAs fastigheter och/eller verksamhet.
- Handhavandefel:** handling som inte utförts "som det är tänkt", vid brist på säkerhetsanordning.
- **Skyddsutrustning används inte,** inte ens då utrustning funnits att tillgå, som andningsskydd, varselkläder och annan utrustning. Dålig användning av detta kan förvärra en skärskada, sprida sjukdomar samt orsaka trafikolyckor.
 - **Säkerhetsrutiner efterföljs inte,** vilket har bidragit till onödiga risker och i värsta fall olyckor.
 - **Nedstigning från sopbil** har medfört många snedtramp, fall- och halkolyckor. Det är en relativt specifik underkategori men är ett ständigt återkommande inslag i rapporteringen för olyckor.
 - **Handhavandefel/Säkerhetsrutiner saknas,** vilket i vissa fall kan betraktas som "mänskligt fel" eller brist på utbildning för arbetsuppgiften. Alternativt saknas det rutiner i arbetsuppgiften för att klara av att utföra uppgiften på ett säkert sätt.
 - **Brist i utbildning** innebär att någon utfört ett arbete utan behörighet. Underkategori innehåller också rapporteringar angående dokumentation som saknats till exempel om personal genomgått introduktion eller andra utbildningar.
 - **Fel uppgifter i kontrollblad/förteckningar** innebär att felaktigheter funnits i den dokumentation som finns om arbetets säkerhet och miljö på SITA.
- Fel på utrustning:** utrustning har varit sönder eller sliten.
- **Sliten/Trasig utrustning** som inte kontrollerats och underhållits tillräckligt. Detta gäller enligt rapporteringen till exempel utrustning som kärlyft, balpress eller trapsteg på bil. Utrustning som kontrollerats och där problem varit kända saknar i vissa fall ändå uppföljning och underhållning.
 - **Avsaknad av säkerhetsanordning** som bland annat skyttar, spärrar och säkerhetsanordningar på containrar. Riskerna ökar då vissa arbetsuppgifter kräver riskfyllda åtgärder, exempelvis vid tömning.
 - **Utrustningen fungerar inte** som den ska av olika orsaker. Anställda har utsatts för risker då möjligheten funnits att avfall kan falla ut ur containrar eller liknande. Antingen visar rapporten tydligt av vilken anledning utrustningen inte fungerat (utan att den är direkt sönder eller trasig) eller så finns det inte tillräckligt med information om orsaken.
 - **Smuts** innebär att det funnits svårigheter att rengöra utrustningen, vilket har uppmärksamats vid bland annat problem med vägar.
- Övrigt:** händelser som inte innefattas under övriga kategorier.
- **Oklara regler och utbildning** av vad som ingår i anställdas arbetsuppgifter. Detta har inneburit att personal utfört arbete som inte funnits i arbetsbeskrivningen och som eventuellt kunnat innebära en högre risk för den anställda samt kollegor.
 - **Dålig förebyggande planering** ur risksynpunkt. Bland annat bör hämtställen placeras på säkra ställen för att förebygga eventuella risker i arbetsmiljön.
 - **Övriga olyckor** där inte anställda varit vållande som exempelvis trafikolyckor där sopbil blivit påkörd eller andra olycksfall.

BILAGA B. INTERVJUMALL TJÄNSTEMÄN

Inledande

Vilka är dina arbetsuppgifter? Speciella ansvarsområden inom säkerhet?

Hur upplever du säkerhetsarbetet på Sita?

Vilken känsla finns det på arbetsplatsen när det gäller säkerhet?

Säkerhetskultur

Hur uppfattar du ledningens syn på säkerhet (såväl ledningen på SITA samt SUEZ)? Finns det ett stöd uppifrån?

Har du förtroende för ledningen och deras syn på säkerhet? Bryr de sig, är det dem som tar initiativ till förändringar eller kommer det från olyckor och anställda?

Hur är snacket mellan personalen om säkerhet? Förekommer det diskussioner kring eventuella upptäckter om saker som bör uppmärksammas (eller sköter man sig själv)(kan du ge exempel)? Om det finns det, händer det att dessa rapporteras eller i alla fall nämns att man kan göra det?

Arbetsituationen/Riskperception

Hur uppfattar du riskerna i ditt arbete? Är det något du tänker på?

Var händer de flesta olyckor och tillbud? I vilka sammanhang? Och vad tror du är de främsta orsakerna? (som en kommentar till kategoriseringen)

Största risken?

Känner du dig stressad på jobbet? Tror du fler av dina kollegor gör det?

Tror du det finns någon skillnaden mellan den stress som kollektivanställda och tjänstemännen upplever?

Hur inverkar eventuell stress på riskerna?

Vilka skulle nackdelarna/fördelarna bli med att upphöra med fria arbetstider, alltså sluta när man är klar? Säkrare arbete eller arga kollegor?

Känner du att ditt arbete blir uppskattat? På vilket sätt?

Upplever du att du blir pushade av ledningen att ta det lugnt om det medför större säkerhet?

Försöker du förmedla till de som är underordnade dig att det är viktigare att saker görs på ett säkert sätt än att det går snabbt? I så fall hur?

Tror du det finns andra sätt eller att du kan göra det tydligare? Hur?

Har du några förslag på hur arbetet kan förändras för att du ska känna ökad säkerhet? Att alla ska känna sig säkrare?

Kommunikation

Finns det i nuläget ett informationsutbyte mellan olika avdelningar/regioner? Hur ser detta ut?

Känner du att ni har något utbyte och kan ta del av förbättringar som andra avdelningar/regioner kanske har genomfört? Görs detta?

Tycker du att en sådan kommunikation saknas eller behöver förbättras?

Hur skulle du förklara kommunikationen mellan ledning och personal idag? Förslag på förbättringar?

Är det en en- eller tvåvägskommunikation?

Underlättar arbetsplatsträffar till kommunikationen? Vad är din syn på dessa? Möjlighet att höra information om företaget, händelser eller annat?

Har du ansvar för arbetsplatsträffarna? Vad tänker du om dem?

Vad skulle du eller dina kollegor efterfråga vid en APT? Vad är intressant för er?

När var du sist på en arbetsplatsträff? Vad tog ni upp då?

Vet du hur kommunikationen ska fungera vid en allvarlig olyckssituation? Ser du till att de som är underordnade dig också har koll på det?

Lärande

Vad anser du vara en lärande organisation?

Känns det som att Sita är det? Ser man kopplingar mellan tidigare problem och förbättringar?

Hur ser ert förbättringsarbete ut? Systematiskt arbetsmiljöarbete, är det något du än inblandad i? Märker du av att det finns?

Om du skulle ha någon förbättringsidé, hur skulle du framföra den?

Har du någon erfarenhet från de kollektivs arbetsuppgifter? Själv kört eller åkt med? Skulle detta vara något utvecklande för att öka förståelsen mellan er?

Rättvisa

Se ovan, till viss del

Flexibilitet

Hur tycker du anpassningen och flexibiliteten allmänt är i företaget? Hur skulle man anpassa sig till en plötslig kris? Finns det en flexibilitet i ansvarsfördelningen?

Vid en kris eller obekant problem, förändras arbetsfördelningen på något sätt?

Om man stöter på problem i arbetet, hur fungerar kommunikationen då? Ringer man då den man vet har kunskapen och informationen direkt, eller går det genom chef/ansvarig/kollegor?

Attityder till säkerhet

Anser du att det finns en grundinställning i företaget att alla kan vara med och påverka?

Tycker man att säkerhet är viktigt?

Har man en vilja att förbättra säkerheten? Hur arbetar du för det?

Hur ser kollektiva/tjänstemän på säkerhetssituationen? Förstår de varandras problem, kanske framförallt – blir de kollektiva förstådda när de beskriver hur situationen verkligen är?

Är ni öppna med kritik (pos/neg) kollegor emellan? Rättar om något inte utförs rätt, säkerhetsmässigt sett?

Vem tror du ledningen lägger skulden på vid en olycka eller tillbud? Ser man bara den anställde, chefen eller sig själv som grunden till problemet?

Är det vanligt att ledningen ger intryck av att uppmärksamma och vara intresserade av säkerheten? Och uppföljning av tillbud och olyckor?

Är det vanligt förekommande att man ser kollegor uppmärksamma risker i arbetet? Leta efter risker?

Om en olycka hänt, frågas det då efter vad som händer och hur, i större utsträckning än varför? Finns det en vilja att hitta underliggande/bidragande orsaker?

Incidentrapportering

Vet du hur du ska rapportera en olycka eller ett tillbud? Har du fått någon introduktion till det?

Uppmanar du kollektiva att rapportera detta till dig?

Känns rapporteringen som ett merarbete för dig?

Även om detta är fallet, är det ändå värt det? (?)

Skulle du uppskatta ifall kollektiva kunde rapportera på egen hand?

Tror du att kollektiva kan klara av att rapportera själva via intranätet och det verktyg som finns där? Eller skulle det innebära minskad rapportering?

Är man som anställd medveten om skillnaderna på olycka, tillbud och avvikelse? Skulle du vilja förklara dessa skillnader i stort?

Informeras ni om att man bör/kan rapportera även tillbud och avvikelser? Så att dessa rapporter sedan kan användas för att förebygga eventuella olyckor. (kanske ledande?)

Anser du det vara möjligt och genomförbart att tillbud skall rapporteras? (finns det förståelse)

Vad skulle krävas för att du skulle rapportera mera? (Kanske först lägga fram att det är viktigt att öka tillbudsrapporteringen, och sen övergå till hur de själva skulle gå tillväga för att göra det.)

Eventuella idéer om hur rapporteringen kan implementeras bättre i verksamheten?

Hur upplever du feedbacken då du lämnar en rapport? (snabb, lättillgänglig, begriplig, användbar) Är du intresserad av att följa upp din rapport?

Tror du att det förekommer att inte allt rapporteras på grund av rädsla för negativa följder? Eller att man inte vill "hänga ut" någon annan som begått ett misstag? Skulle isf ett anonymt system öka rapporteringen?

Har det hänt att du inte rapporterat för att det känns som att du inte har tillräcklig information om situationen? Eller för att du trodde att det ändå inte skulle göra någon skillnad? (kanske uppmanade kollektiv att lösa det på visst sätt istället)

Händer det att du upptäcker ett tillbud och åtgärdar det på egen hand, utan att lämna rapport?

Finns det några problem med det datoriserade system som finns idag?

Känns det tidskrävande att fylla i en rapport? På vilket sätt hade det kunnat göras enklare?

Nämn några anledningar till varför man bör ta sig tid att rapportera? (Anses det som bara tidskrävande, gör man det för ledningen eller finns förståelse för att man själv får det bättre)

Säkerhetsutbildning

Hur fungerade din introduktion? (om det inte var alltför längesen)

Följer du checklistan då det kommer en nyanställd som du ska introducera i verksamheten?

Hur går det till när ni går igenom säkerhetsdatabladen?

Kan säkerhetsutbildningen förbättras? I så fall hur? Har du några förslag på hur det skulle kunna göras?

Koncernen (SUEZ)

hur är förhållandet mellan koncernledning och SITAs ledning?

Hur känner du för koncernens säkerhetsregler?

Är de applicerbara inom den specifika organisationen i Sverige?

Anser du att koncernledningen arbetar för god säkerhet?

Känner du press från koncernledningen att ta genvägar i ditt arbete?

Har du förtroende för koncernledningen när det gäller säkerhet och deras vilja för ert bästa?

BILAGA C. ENKÄTFRÅGOR OM ARBETE OCH SÄKERHET PÅ SITA

Allmän information om dig själv

Hur gammal är du?

Man / Kvinna

Befattning?

Tjänsteman/Kollektivanställd

Leder du andras arbete

Vilken avdelning arbetar du på?

Hur länge har du arbetat på denna avdelning?

Hur länge har du arbetat på SITA?

Din arbetssituation

1. Trivs du med ditt arbete?
2. Trivs du med dina arbetskamrater?
3. Tycker du att du fått tillräckligt med träning i ditt arbete för att kunna utföra detta på ett säkert sätt?
4. Tycker du att du fått träning i hur du skall använda maskinerna/tekniska utrustningar i ditt arbete?
5. Har du tillgång till den utrustning du behöver för att kunna utföra ditt arbete på ett säkert sätt?
6. Allmänt sett, hur upplever du skicket på utrustningen som hanteras i ditt arbete?
7. Under en vanlig arbetsvecka, hur ofta brukar du känna dig kroppsligt utmattad när du arbetar?
8. Under en vanlig arbetsvecka, hur ofta brukar du känna dig psykiskt utmattad när du arbetar?
9. Under en vanlig arbetsvecka, hur ofta känner du dig stressad när du arbetar?
10. Upplever du att du får det stöd du behöver i ditt arbete av din närmaste arbetsledare?
11. Upplever du att du får det stöd du behöver i ditt arbete av dina närmaste arbetskamrater?
12. Hur upplever du samarbetet inom din arbetsgrupp?
13. Anser du att det finns tillräckligt med personal för att kunna utföra arbetet på ett säkert sätt?
14. Uppstår det oklarheter i arbetet pga att man talar olika nationella språk?
15. Händer det att du upplever att det är kaotiskt på din arbetsplats?
16. Upplever du att ditt arbete uppskattas?

Flexibilitet

17. Upplever du att man värdesätter alla anställdas kunskaper och erfarenheter?
18. När det uppstår ett problem, är det då den mest lämpliga personen som får lösa problemet?
19. Är det accepterat att komma med förslag på förändringar av något som berör någon annans ansvarsområde?
20. Om en arbetsuppgift som gränsar till dina egna inte har utförts, talar du om det för den som borde ha gjort den?
21. Om en arbetsuppgift som gränsar till dina egna inte har utförts, gör du den då själv?
22. Upplever du att man uppmuntras till att komma med idéer och förslag till förbättringar vad gäller arbetet?

Kommunikationen i arbetet

23. Får du den information du behöver för att kunna utföra ditt arbete på ett säkert sätt?
24. Kommer den information du behöver i ditt arbete i rätt tid?
25. Får du klara instruktioner av din arbetsledare?
26. Hur tycker du kommunikationen mellan de kollektiva och tjänstemännen fungerar?
27. Tycker du att du fått tillräcklig träning i hur kommunikationen skall fungera vid olycksituationer?
28. Har du klart för dig vem du skall kontakta för att diskutera säkerhetsfrågor?

Rapporterande

29. Är du nöjd med hur du hålls informerad om säkerhetsfrågor som påverkar dig?
30. Hur mycket information får du om incidenter och olyckor som inträffar?
31. Tycker du att det samlas in tillräckligt med information för att kolla om tekniska utrustningar fungerar?
32. Tycker du att det samlas in tillräckligt med information för att kolla om arbetsrutiner fungerar?
33. Tycker du att det samlas in tillräckligt med information för att kolla om säkerheten fungerar?
34. Om du är med om ett tillbud (dvs en händelse som kunde ha blivit en skada) rapporterar du detta då (antingen muntligt eller skriftligt)?
35. Tycker du att rapporteringssystemet behöver förbättras?
Eventuella förslag till förbättringar:
36. Hur blir reaktionen om man rapporterar något negativt om säkerheten?
37. Av vilka anledningar kan du tänka dig att anställda skulle avstå från att rapportera?
38. Finns det rutiner för att rapportera anonymt om problem med säkerheten?
39. Tror du rapporteringen skulle öka om det fanns möjlighet att vara anonym?
40. Hur många gånger har du rapporterat (avvikelse, tillbud eller olycka)?
41. Skulle du rapportera (tillbud och olyckor) i större utsträckning om du fick göra det själv?
42. Tycker du att ledningen på företaget lyssnar på sina anställda angående säkerhetsfrågor?
43. Om du råkar skada dig i arbetet rapporterar du detta då i det interna rapporteringssystemet alternativt till tjänsteman?
44. Hur bedömer du din egen datorkunskap?

Rättvisa i organisationen

45. Upplever du att det är accepterat att man ibland gör misstag i sitt arbete?
46. Upplever du att dina kollegor är oroliga för att få skulden för misstag?
47. Drar du dig för att ta egna initiativ i ditt arbete, pga. av oro för vad som skulle hända om det skulle råka bli fel?
48. Brukar de som utför sitt arbete på ett säkert sätt få erkännande för detta?
49. Brukar de som inte utför sitt arbete på ett säkert sätt bli uppmärksammade på detta?
50. Upplever du att man får beröm om man uppmärksammar brister i säkerheten?
51. Upplever du att man är ute efter att få en syndabock när något går fel i arbetet?
52. Lärande i organisationen
53. Tycker du att alla anställda har en vana att på egen hand titta efter problem som rör arbetets säkerhet?
54. Upplever du att man blir uppmuntrad till att uppmärksamma brister i säkerheten i det dagliga arbetet?
55. Brukar man prata om tillbud som inträffar (dvs händelser som kunde ha blivit skador)?
56. Om man upptäcker brister i arbetet som kan påverka säkerheten, tycker du att man gör förbättringar då?
57. Tycker du att din avdelning lär sig av andra avdelningars erfarenheter?
58. Om man har rapporterat något som berör säkerheten (skriftligt eller muntligt), upplever du att åtgärderna kommer inom rimlig tid?

59. Hur intresserad skulle du vara av att få feedback om du rapporterar ett tillbud eller en olycka (t.ex. information om vilka åtgärder som vidtagits)?
60. Tycker du att ledningen uppmärksammar och tar till sig de problem med säkerheten som uppstår?
61. Vad är din uppfattning om arbetsplatsträffarna (som ska genomföras en gång varje kvartal)?
62. När man gjort förbättringar i säkerheten, upplever du att man följer upp dessa för att se om det egentligen blev bättre?
63. När som regel brukar förbättringar i arbetet och säkerheten göras?

Beteenden som påverkar säkerheten

64. Upplever du att dina arbetskamrater uppmuntrar varandra att arbeta säkert?
65. Anser du att dina kollegor har en acceptans för risker i arbetet?
66. Tycker du att säkerhetsutrustningen är tillräcklig?
67. Vad tycker du om den säkerhetsutbildning du fått genomgå?
68. Hur värderar du uppföljningen som ska ske en tid efter säkerhetsutbildningen?
69. Tycker du att anställda arbetar på ett säkert sätt?
70. Förekommer det att man tar onödiga säkerhetsrisker?
71. Upplever du att säkerhetsreglerna och säkerhetsrutinerna som skall förhindra skador fungerar i praktiken?
72. Känner du press från dina arbetskamrater till att ta genvägar i ditt arbete?
73. Känner du press från ledningen till att ta genvägar i ditt arbete?
74. A) Hur ofta gör förhållandena på arbetsplatsen att man inte kan följa säkerhetsreglerna som skall förhindra skador?
B) Om detta förekommer, vad beror förhållandena på?

Attityder till säkerheten

75. Anser du att ledningen arbetar för en god säkerhet?
76. Anser du att underställda arbetar för en god säkerhet?
77. Hur mycket personligt ansvar känner du för trafiksäkerheten?
78. Hur ofta har du varit med i planeringen för säkerhet? (t ex diskussionsmöten)
79. Upplever du att det är värt tiden att prata om tillbud (dvs händelser som kunde ha blivit skador) för att lära av dem?
80. Tycker du att det är värdefullt med säkerhetsövningar?
81. Upplever du att din arbetsledare tycker att säkerhet är en del av det dagliga arbetet?

Uppfattning om säkerhet


82. Hur bra är säkerheten i din arbetsmiljö?
83. Finns det risk för att du kan skada dig själv i ditt arbete?
84. Hur stort förtroende har du för ledningen när det gäller säkerheten?
85. Upplever du att du kan påverka säkerheten i ditt arbete?
86. Finns det en risk för att ditt arbete kan leda till att andra personer kan komma till skada?

Möjligheter inom säkerhet

87. Det finns stora möjligheter för förbättrad säkerhet i företaget (t.ex. rapporteringssystem, säkerhetsplaner, skyddsronder). Till vilken grad anser du att dessa utnyttjas och genomförs?
88. Vad tror du behövs för att möjligheterna (se ovan) ska användas mer?

Öppen kommentar

BILAGA D. SKÄRMDUMP AV HÄNDELSERAPPORT

 CANEA improof

Kristian Ram
Logga ut ▶
Hjälp ▶

Start Händelserapporter

Rapportera Avbryt

Händelserapport

Titel händelserapport

Beskrivning

Region	Ej angivet	Avdelning	Ej angivet
Händelsedatum			
Meddelat Arbetsmiljöverket (Datum/kontaktperson)			
Meddelat Miljö/Tillsynsmyndighet (Datum/kontaktperson)			
Meddelat Säkerhetsrådgivare (Datum/kontaktperson)			

Direkt åtgärd

Uppgiftslämnare
Kristian Ram/Sweden/SITA/SLE

Bifoga filer

Sökväg

Bläddra...

BILAGA E. SÄKERHETSINTRODUKTION

Introduktion

Introduktion är reglerad i Arbetsmiljölagen (AFS 2001:1 "Systematiskt arbetsmiljöarbete") där det ställs krav på att arbetsgivare ska genomföra introduktion med nyanställd personal.

Med introduktion menas de åtgärder som vidtas för att på bästa sätt få en ny medarbetare att känna sig välkommen och "komma in i företaget". Som ny på jobbet behöver du information om och introduktion till dina nya arbetsuppgifter och medarbetare samt din nya arbetsplats.

Välkomstmapp

Löneadministratörerna skickar hem en Välkomstmapp, innehållande ett välkommbrev, information om SITA, med mera, till den nyanställde så fort de får in ett anställningsavtal alternativt anställningsbevis.

Så tänk på att skicka in dessa i god tid innan anställningen påbörjas!

Ambitionen är att alla nyanställda ska få en Välkomstmapp men då vi har många som arbetar väldigt korta perioder är det svårt att alltid hinna med. Är det någon som inte fått mappen så kontakta berörd löneadministratör.

Informera om risker

Arbetsgivare är skyldig att informera om alla risker som har med arbetet att göra. All nyanställd personal ska av ansvarig chef få en noggrann genomgång av arbetsmiljö och säkerhet samt information om våra ledningssystem.

Kontrollera alltid så att instruktionerna har uppfattats rätt!

Det finns ett utbildningsunderlag för SITAs Arbetsmiljö- och säkerhetsarbete i Overhead-format på intranätet [Informationsmaterial](#).

Kameraövervakning i Region Öst

Då det i region Öst används kameraövervakning vid några kontor och anläggningar måste detta informeras till alla anställda på berörd arbetsplats. Läs mer om vad som gäller i överenskommelserna till höger.

Ansvarig för introduktion

Inom SITA är det din närmsta chef som har ansvaret för att introduktion sker. Det är även din chef som ska formulera ditt personliga Introduktionsprogram.

**När introduktion genomförs ska någon av nedan
mallar/checklistor användas som underlag!
Anpassa dem till aktuell tjänst och person.**

Introduktion för tillsvidareanställd/provanställd

[Tj.män tillsvidare.doc](#)

[Koll tillsvidare.doc](#)

Introduktion för visstidsanställd längre än 6 månader

[Tj.män visstid längre än 6 mån.doc](#)

[Koll visstid längre än 6 mån.doc](#)

Introduktion för visstidsanställd kortare än 6 månader och bemanningsföretag (t.ex. sommarvikariat)

[Tj.män visstid kortare än 6 mån.doc](#)

[Koll visstid kortare än 6 mån.doc](#)

Introduktionsprogrammet ska signeras av både chef och nyanställd!

För tillsvidare-/provanställningar ska kopia på signerat program skickas till berörd löneadministratör.

För visstidsanställningar ska signerat program arkiveras på respektive avdelning.

OBS! Ett absolut krav är att alla ska ha ett anställningsavtal/-bevis innan en anställning påbörjas. Tjänstemän ska även få en Befattningsbeskrivning.

INTRODUKTION TILL GOD ARBETSMILJÖ OCH HÖG SÄKERHET

FRÅN PERSONAL - KVALITET - SÄKERHET



TRYGGHET - ENGAGEMANG - NYTÄNKANDE

SITA SVERIGE ARBEJVAR AKTIVT FÖR EN GOD ARBETSMILJÖ OCH HÖG SÄKERHET. DETTA GÄLLER FÖR ALLA KATEGORIER AV ANSTÄLLDA, PERSONAL FRÅN BEMANNINGSFÖRETAG OCH UNDERENTREPRENÖRER, KUNDER OCH ÖVRIGA SOM BERÖRS AV VÅR VERKSAMHET.

TRIVSEL

Som medarbetare är du SITAs viktigaste resurs. Din och dina arbetskamraters trivsel är betydelsefull. Vi tycker det är viktigt med en stimulerande arbetsmiljö, att våra medarbetare har möjlighet att påverka sin arbetsituation och att utvecklas. Regler och värderingar som gemensam grund, hittar du bland annat i:

- Verksamhetspolicy
- Trafiksäkerhetspolicy
- Alkohol- och drogpolicy
- Förebud mot kränkande särbehandling – mobbning
- Jämställdhetspolicy
- Etska regler
- Regler om rökning

ANSVAR

Arbetsgivaren och arbetstagarerna har ett gemensamt intresse av en bra arbetsmiljö och hög säkerhet. Arbetsgivaren har huvudansvaret för att arbetet bedrivs med rätt utrustning, av personal med rätt kompetens och med rätt information för uppdraget. Arbetstagarerna är skyldiga att följa information och instruktioner.

RISKBEDÖMNINGAR OCH INSTRUKTIONER

Inom SITA genomförs riskbedömningar i samband med projekt som innebär ny teknik, nya arbetsmetoder, vid ombyggnader och omorganisationer, vid skydds- ronder, i den dagliga verksamheten och efter rapporterade brister, händelser och tillbud. Kommentarer: *"Illbud är en händelse som hade kunnat medföra skada "oj stället för oj".*

Generella riskbedömningar för standardtjänster hittar du i säkerhetsblad med arbetsmiljö- och säkerhetsinstruktioner. Berörd personal ska kvittera säkerhetsblad. Din arbetsledare ska se till att du får introduktion och träning samt informera dig om risker, rutiner och instruktioner som är aktuella för ditt arbete.

Inom SITA Sverige arbetar många i miljöer med trafik, maskiner, utrustning och kemikalier. Ota är det som ensamrörare och ute hos kunder. Genom att vara medveten om och bedöma risker samt följa kundernas säkerhetsföreskrifter bidrar du aktivt till en bra arbetsmiljö.

Kontakta arbetsledningen om du känner dig osäker!



KUNSKAP OCH ARBETSTILLSTAND

Många arbetsuppgifter inom SITA kräver särskild behörighet och kompetens, till exempel körkort och yrkeskompetensbevis, ADR-certifikat, truck- och maskinförar-bevis, cisternkontroll, heta arbeten, arbete med gas, hantering av farligt avfall.

Även om du har formell behörighet krävs arbetsstillsånd från din arbetsledning efter bedömning av din kompetens att till exempel hantera tunga fordon och påbyggnader. Ofta skall arbetsstillsånd vara skriftligt, till exempel för att få framföra truck, hantera maskiner och utrustning vid omlastnings- och sorteringsanläggningar, deponier, reningsverk, tankbilsdisk och för heta arbeten.

ARBETSKLÄDER OCH PERSONLIG SKYDDSUTRUSTNING

De arbetskläder som du får, är en del i företagets profil och presenterar dig för kunder och omgivning. De är också anpassade efter de arbetsuppgifter du ska utföra och utgör ett grundläggande skydd. Du ska använda tilldelade arbetskläder och använda personlig skyddsutrustning.

HYGIËN

Många i vårt företag kommer i kontakt med avfall, som i värsta fall kan innebära risk för smitta, kemisk påverkan genom hud, slemhinnor och andningsorgan eller vara allmänt obehagligt också för omgivningen. Därför är det viktigt att du, utöver att använda skyddsutrustning, också är noga med din personliga hygien. Tvätta händerna innan du äter, röker eller smisar liksom vid toalettbesök, duscha och byt kläder innan du går hem efter avslutat arbetspass.

ERGONOMI

Det är viktigt att du från början får information om hur du ska utföra arbetsuppgifter för att undvika belastningsskador i framtiden. Risk för belastningsskador finns både vid fysiskt tungt arbete och vid stillasittande, statiska moment.

GRUNDLÄGGANDE PRAKTISKA ARBETSMILJÖ- OCH SÄKERHETSINSTRUKTIONER

Med hjälp av instruktionsböcker, manualer, säkerhetsblad, rutiner, anvisningar, muntliga instruktioner och din egen erfarenhet, hanterar du arbetsuppgifter. Tänk särskilt på att:

- I trafikmiljö, vid omlastnings- och sorteringsanläggningar, deponier och andra anläggningar ska varselkläder alltid användas.
- Utomstående får bara vistas vid våra anläggningar eller följa med som passagerare efter att arbetsledningen godkänt till exempel arbetsplatsbesök av försäkrad skolelev.
- Kontrollera regelbundet nödstopp och andra säkerhetsanordningar. Röriga delar ska till exempel inte vara åtkomliga under drift.
- Det är absolut förbjudet att åka med utanpå fordon eller maskiner.
- Du får inte egen räkning ta hand om sådant som lämnats som avfall.
- Insamling och hämtning ska ske i färdriktning och på en sida av vägen i taget.
- Bilateral hämtning kan endast beviljas efter arbetsledningens riskbedömning.
- Du får inte medföra hund eller annat husdjur eller röka i gemensamma utrymmen vilket inkluderar alla fordon.
- Stoppa spridning och sanera omgående vid spill och utsläpp. Plocka upp eventuellt spill efter tömning och andra uppdrag

RAPPORTERA ALLTID TILL ARBETSLEDNINGEN

- När arbetet inte kan utföras som planerat
- När du upptäcker risker i arbetsmiljön
- När du får klagomål från kund
- När arbetskadaver och tillbud inträffar
- När utsläpp och spill inträffar
- När utrustning är sliten eller skadad
- När nödstopp och säkerhetsutrustningen inte fungerar
- När du får en god idé som kan förbättra vår verksamhet

MER INFORMATION

Du hittar mer information på ansögestavlan och på intranätet, till exempel om skyddsombud och skyddskommitté. Ta också del av information vid de regelbundna arbetsplatsträffarna och i vår tidning SITAVET som du får hem i brevlådan

OM OLYCKAN ÄR FRAMME, LARMA 112

vidta åtgärd om möjligt. Till exempel ge första hjälpen, påbörja släckning eller förhindra spridning av utsläpp.

SITA SVENSK
TRANSPORTGÄTAN 9
262 71 ÅNGELHOLM
S
FAX 0431-41 06 16
WWW.SITA.SE



KOLLEGOR!

SITA Sverige satsar allt mer resurser för att öka säkerheten inom företaget genom utbildning och information, med förhöjrad utrustning och förändrade arbetssätt. Självklart finns möjligheter till ytterligare förbättringar och vi arbetar hela tiden för att vardagens olika arbetsmoment ska kunna utföras på ett säkert sätt.

Vi uppmanar alla att ta ett personligt ansvar, att se och ta emot information som jobbar säkert. Använd den utrustning som finns och följ de arbetsrutiner som är framtagna. De finns för att skydda dig och din omgivning mot olyckor.

Under introduktionsperioden ska utbildning och träning genomföras, ansvarsover- rätten näringslag samt information och instruktioner förmedlas. Vi ser det som en viktig del i verksamheten att du kommer med synpunkter, förslag och frågor.

Nären Wählund
Verkställande direktör

Henrik Linnarsson
Personal, kvalitets-
och säkerhetschef

Janis Kanyas
Ombud Ledarna

Henrik Linnarsson
Ombud Utmanan

SITA ANSLUTNING, OIK NR 1516 08-8393



**BILAGA F. CHECKLISTOR FÖR KONTROLL AV FORDON OCH INTERNREVISION
SAMT GDF SUEZS KONCERNAVTAL FÖR SÄKERHET OCH HÄLSA I ARBETET.**

SITA Sverige AB Utgåva 2 / Fokus CH 0768
Skapad: 2008-09-30 / ML. Reviderad: 2009-12-29 / KR

SKYDDSROND FORDON Komprimerande, lyftdumper, lastväxlare, frontlastare m fl						
Arbetsställe:		Reg nr:				
Fordonstyp		Deltagare:				
Datum						
Skyddsronnd på fordon ska genomföras minst 1 gång/år.						
Kontroll av	Godkänd	Ej aktuell	Åtgärd/Kommentar	Ansvarig	Klar senast	Åtgärd godkänd
Brister som framkom vid föregående skyddsronnd åtgärdade						
Chassi utvändigt						
Insteg, fall- och halkrisk						
Dörrar						
Rutor						
Belysning						
Speglar						
Däck						
Släpkoppling						
Skötsel						
Hytt invändigt						
Ordning						
Värme, kyla						
Brandsläckare						
Förbandskudde						

6(8)

Kontroll av	Godkänd	Ej aktuell	Åtgärd/Kommentar	Ansvarig	Klar senast	Åtgärd godkänd
Stol, värme, fastsättning, inställning						
Säkerhetsbälte fungerar						
Ingen rökning, hund <i>Anm. Allergisk</i>						
Utrustning						
Brandsläckare <i>Anm. Årligt kontrollerade, plombering intakt.</i>						
Personlig skyddsutrustning <i>Anm. Anpassad efter uppdrag, välskött.</i>						
Övrig utrustning <i>Anm. Anpassad till uppdrag, välskött t ex spårband, nät, verktyg.</i>						
Saneringsutrustning						
Påbyggnad						
Fordonsmonterad kran <i>Anm. Kontroll och besiktning, yrkesbevis och arbetstillstånd förare</i>						
Reglage						
Hydraulik						
Dödmansgrepp						
Säckhiss						
Kärlyft						
In/utlastning						
Frontlastare, lyftarmar synliga sprickor						
Frontlastare, lyftarmar oljeläckage						
Lyftdumper, armar synliga sprickor						
Lyftdumper, oljeläckage cylindrar						
Lyftdumper, lyftplatta nötning sprickor						
Lyftkedjor, synliga skador						
Containerlås						

SITA Sverige AB Utgåva 2 / Fokus CH 0768
 Skapad: 2008-09-30 / ML Reviderad: 2009-12-29 / KR

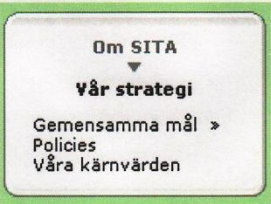
Kontroll av	Godkänd	Ej aktuell	Åtgärd/Kommentar	Ansvarig	Klar senast	Åtgärd godkänd
Krokar						
Spel wiirar						
Släpkoppling						
Stötta till bakstycke <i>Anm. Funglande stötta ska alltid finnas.</i>						
Övrigt						
Fordonspärm: komplett						
Daglig tillsyn och veckotillsyn						
Märkning manöverreglage						
Färdskrivare besiktigad						



CHECKLISTA AC INFÖR INTERNREVISION 2010

Hej!

Snart ska jag komma på besök och genomföra en internrevision på din avdelning. Vid revisionen kommer vi tillsammans att kontrollera efterlevnaden av ett flertal externa och interna krav utifrån en fastställd checklista. Inför revisionen ber jag dig kontrollera att nedanstående krav är uppfyllda.

Krav	Var?
Policys Aktuella versioner av verksamhetspolicyn och trafiksäkerhetspolicyn ska vara uppsatta på anslagstavla.	Intranätet 
Larmlista Aktuell version ska vara uppsatt på anslagstavla samt finnas i fordonspärmarna.	FOKUS dokument CH0327
Medarbetarsamtal Ska genomföras med samtliga anställda. Kollektivs kompetensmatris ska uppdateras i samband med medarbetarsamtal.	Intranätet Personal Handbok A-Ö
Arbetsplatsträffar Fyra protokollförda möten om året.	Intranätet Personal Handbok A-Ö

Tänk på att revisioner är till för att hitta förbättringsmöjligheter och sprida information inom företaget! Försök därför se revisionen som ett utbildningstillfälle.

Med vänlig hälsning
xxxxxxxxxxxxxxxx

EQS-avdelningen

MÅNADSKONTROLL ARBETSSTÄLLE				
Arbetsställe:	Utförd av:			
Datum:				
Komplettera vid behov checklistan med fler kontrollpunkter.				
Kontroll av	God-känd	Brist-fällig	Ej aktuell	Åtgärd / Kommentar
Brandskydd				
Brandslangar funktionsdugliga				
Brandsläckare skyltad, synlig och oanvänd				
Branddörrar fria, funktionsdugliga (släpper från magnet, sluter tätt)				
Brandväggar, utan skador				
Brandlarm fungerar				
Utrymningsvägar fria				
Elektrisk utrustning i bra skick (blinkande lysrör, elkablar etc.)				
Inget brännbart material mindre än 3 meter från elskåp eller maskiner				
Inget brännbart material i elcentral / pannrum / serverrum				
Dörrar till elskåp är stängda				
Inget brännbart material inom 10 meter från byggnader				
Fordon parkeras på mer än 5 meters avstånd från byggnader				
Fordon inomhus parkeras på mer än 5 meters avstånd från brännbart mtrl <i>Anm. Gäller även vid laddning av eltruckar.</i>				
Inget brännbart material under maskiner / fordon				
Lastpallar staplas inte högre än 2,5 m				
Lagring av brännbart material (flis, bränslekross etc) sker enligt lokala regler (t ex höjd och avstånd mellan högar).				
Tillåten förvaringshöjd för sprinklersystemet överskrids inte				
Rökplacy efterlevs				
Arbetsstillstånd utfärdas för heta arbeten. <i>Anm. Instruktioner i blankett "Tillstånd / kontrollista heta arbeten" följs.</i>				
Insamlingsfordon och arbetsmaskiner				
Daglig tillsyn / veckotillsyn utförd				
Backsignal (ljud- och ljussignal) fungerar på arbetsmaskiner				
Kemiska produkter / farligt avfall				
Förvaras inom invallning och i tillräckligt ventilerat utrymme <i>Anm. Var uppmärksam på om det finns risk för att explosiv atmosfär uppstår.</i>				
Förpackningar försedda med etikett / innehållsmärkning				
Absorptionsmedel finns tillgängligt				
Aerosol förvaras i separata behållare				
Brandfarliga produkter förvaras i särskilt skåp (Eco Simplex eller motsvarande).				
Övrigt				
Staket runt anläggningen intakt				
Området är städad				

Slutlig version

**KONCERNAVTAL
OM GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER
FÖR HÄLSA OCH SÄKERHET**

INLEDNING

Undertecknarna av detta avtal avser att fastställa de grundläggande principerna för hälsa och säkerhet i arbetet inom GDF SUEZ:s bolag.

Värderingarna ställer höga krav, kräver engagemang, djärvhet och sammanhållning inom koncernen, både för dess industriella projekt och för dess väg mot hållbar utveckling.

Det är ett avtal som visar koncernens vilja att ta på sig sitt ansvar, som går längre än vad lagen kräver, gentemot de olika aktörerna.

Det kompletteras med en handlingsplan på medellång sikt, som fastställer siffermål och åtgärder, för att införa detta avtal och Koncernregler.

Vår ambition

"Se till att var och en – ledande befattningshavare, chefer och arbetstagare - verkligen engagerar sig i arbetet för såväl sin egen hälsa och säkerhet som för andras."

Koncernens verksamheter är livsavgörande. Hälsa och säkerhet är helt grundläggande för undertecknarna av detta avtal.

Därför måste vi alla svara på tre utmaningar som ständigt finns närvarande:

- Bevara integriteten för personer och ägodelar¹.
- Våra yrken utövas i respekt för människors säkerhet, fysiska och psykiska hälsa. Vår verksamhet får inte ligga till grund för en olycka eller en sjukdom.

Detta berör alla arbetstagare och all inhyrd personal, kunder, partner, tjänsteleverantörer och tredje man.

- Främja livskvaliteten i arbetet
För att skydda hälsan krävs att varje arbetstagare garanteras bästa möjliga arbetsvillkor. Man bör i synnerhet betona vikten av att förebygga riskfaktorer kopplade till:
 - fysikaliska, kemiska och biologiska agenser,
 - muskel- och skelettsjukdomar,
 - psykosociala faktorer².
 - risk för trötthet under vissa arbetsförhållanden, i synnerhet särskilda arbetstider³ och tjänsteresor med bil.
- Förbättra hälsan och säkerheten genom professionalism från alla parter

Hälsa och säkerhet är själva kärnan i kraven på god professionalism. God professionalism kräver kompetens, stringens, ofrånkomliga krav att utföra ett gott arbete, framsynthet och innovation. Den stärker kundernas och samhällets bild av Koncernen och förhöjer våra prestationer. Utbildning för alla spelar en avgörande roll och ska användas fullt ut.

¹ Ägodelar: det rör sig om materiella och immateriella tillgångar som kan förstöras eller skadas som följd av en arbetsolycka eller industriolycka.

² Psykosociala risker: Psykosociala risker på arbetet omfattar ett antal fenomen som uppstår i arbetsmiljön och av arbetsorganisationen. Psykosociala risker refererar till många olika situationer: stress, mobbning, våld, lidande etc..

³ Särskilda arbetstider: skiftarbete, nattarbete, rullande schema, jourtjänstgöring

Förebyggandet av hälso- och säkerhetsrisker bevarar vårt mänskliga kapital, våra materiella och tekniska tillgångar. De senare ska hållas i ett gott funktionsdugligt skick. Att förebygga risker för hälsa och säkerhet bidrar i hög grad till koncernens framgång på alla områden.

KAPITEL 1 - PRINCIPER

Artikel 1.1.: Tillämpningsområde

Detta avtal tillämpas på de europeiska dotterbolag som är fullständigt konsoliderade i GDF SUEZ-koncernens tillämpningsområde, samt på de dotterbolag där koncernen har ett bestämmande inflytande .

Utanför Europa, för dotterbolag som är fullständigt konsoliderade i GDF SUEZ:s tillämpningsområde och för bolag över vilka GDF har ett bestämmande inflytande, ska avtalet även tillämpas såsom ett unilateralt beslut.

För övrigt, ska styrelseledamöterna i bolagen där GDF SUEZ inte har operativ kontroll också främja riktlinjerna som formuleras i detta avtal.

Artikel 1.2.: Principer

En ständig förbättring av resultaten för hälsa och säkerhet i arbetet och industriell säkerhet förutsätter att alla respekterar 8 grundläggande principer.

1. Ta hänsyn till riskerna i allt beslutsfattande

Innan något beslut fattas (projekt, förvärv, investering, drift, viktig organisationsfråga, avtal med en kund...) måste alla risker identifieras och utvärderas så att de kan hanteras korrekt.

Detta hänsynstagande till riskerna ska också vara ett avgörande kriterium som helt integreras i samtliga förfaranden inom Koncernen, och i synnerhet i inköpsförfaranden.

Människors hälsa och säkerhet går före fortsatt drift.

Även resurserna ska stämma överens med kraven på hälsa och säkerhet.

2. Alla ska delta för att förebygga risksituationer

Det förebyggande arbetet grundar sig på det faktum att antalet olyckor, tillbud, störningar och farliga situationer är kopplade till varandra.

Att kartlägga risksituationerna och ta fram förebyggande och korrigerande åtgärder kräver verkligen att ledningen, hälso- och säkerhetsexperten, arbetstagare och deras företrädare i instanserna för personalrepresentation eller fackorganisationer beroende

på land deltar aktivt och att de samarbetar. Målet är att hållbart minska antalet risksituationer och riskfyllt beteende.

Analysen, som de olika aktörerna utför gemensamt, som följd av olyckor, tillbud och farliga situationer, ska lyfta fram och behandla de djupliggande orsakerna, såväl de tekniska, organisationsmässiga, mänskliga som orsaker som rör arbetsmiljön.

3. Främja ett gott klimat för tillit och dialog

Eftersom alla förväntas delta, är det nödvändigt att se till att det finns tillit och möjlighet till dialog, samt att samtliga anställda kopplas in i det riskförebyggande arbetet. Detta gynnar en verklig, gemensam hälso- och säkerhetskultur.

Alla känner sig motiverade om de uppmuntras att ge förslag till förebyggande åtgärder, en pedagogisk ansats används och de får erkännande för sina framgångar.

Råder en sådan anda, kan man gå framåt genom att identifiera misstag. För det mesta beror misstagen på organisationsmässiga eller mänskliga faktorer. För övrigt förbinder sig Koncernen att stödja alla arbetstagare som skulle kunna ifrågasättas juridiskt avseende hälso- och säkerhetsfrågor kopplade till yrkesverksamheten, i samråd med den berörde arbetstagaren.

4. Hierarkisk strukturering av det förebyggande arbetet

Detta engagemang går i denna ordningsföljd ut på att:

- eliminera riskerna vid själva källan,
- minska möjligheterna att den fruktade händelsen ska inträffa genom preventiva åtgärder som avser att minska utsättande för risk till en nivå, som överensstämmer med optimeringsprincipen ALARP, As Low As Reasonably Practicable,
- ta fram kollektiva skyddsanordningar för att minska den potentiella allvarigheten i den fruktade händelsen,
- bära personlig skyddsutrustning.

5. Inbördes jämförelser, delade erfarenheter och återkoppling

Interna och externa jämförelser (benchmarking) samt delade erfarenheter gör det möjligt att upptäcka och dela med sig av god praxis och se till att vår handlingskraft inom det förebyggande området växer. Här tar man särskilt hänsyn till analys av olyckor, tillbud, industriella störningar, farliga situationer samt hälsorisker.

6. Förebyggande åtgärder och skydd för våra tjänsteleverantörer ska ligga på minst samma nivå som för våra arbetstagare.

Tjänsteleverantörer och andra aktörer medverkar till kvaliteten i våra verksamheter och till säkerheten i våra processer. Inom den ramen måste vi tillsammans med dem, skriftligen, ta fram och främja villkor för hälsa och säkerhet som överensstämmer med våra krav och se till att de följs upp.

För att begränsa riskerna bör man i synnerhet se till att begränsa antalet underleverantörsnivåer.

7. Respekt för bestämmelser och interna regler

Att följa lokala bestämmelser är obligatoriskt. Dessutom gäller Koncernens regler för samtliga enheter, var de än finns och oavsett omständigheterna. Reglerna fastställer en miniminivå som ibland kan sträcka sig längre än de lokala bestämmelserna.

Dessa bestämmelser, regler eller tjänsteinstruktioner ska vara kända, förstådda och ska följas av de som ska tillämpa dem.

Fel kan sanktioneras såsom fel, om en djupanalys påvisat att felet gjorts avsiktligt och/eller upprepade gånger.

8. Förberedande inför krishantering

Varje enhet, oavsett storlek, tar tillsammans med arbetstagarrepresentanterna fram en intern nödplan som ser till att driften kan fortsätta, om inte detta ifrågasätter arbetstagarnas hälsa och säkerhet. Planen ska innehålla:

- larm- och evakueringsprocedurer,
- de resurser som krävs för att täcka och klara av alla förutsebara nödsituationer,
- organisation för krishanteringens inklusive en plan för fortsatt verksamhet.

Lämpliga övningar utförs regelbundet för att kontrollera att de interna nödplanerna fortfarande fungerar. Återkoppling från dessa övningar och från reella olyckor och tillbud bidrar till att ständigt förbättra förfarandena.

KAPITEL 2 – STÖDPUNKTER

Det förebyggande arbetet förutsätter att chefer och övriga anställda är delaktiga, att det finns en social dialog, styrnings- och kommunikationsverktyg. Det ska göra så att den gemensamma hälso- och säkerhetskulturen stärks i koncernen.

Artikel 2.1.: Ledarskapets delaktighet

Ledarskapets delaktighet i hälso- och säkerhetsfrågor går i synnerhet ut på att:

- o se till att arbetsmiljön är sund och trygg genom identifiering, utvärdering och kontroll av riskerna,
- o klargöra och formalisera vars och ens roll och ansvar,
- o fördela arbetet med hänsyn till lämplig kompetens och organisation av arbetsbördan,
- o direkt ta på sig det operativa ansvaret för säkerheten med stöd från experterna,
- o ta fram instruktioner, se till att alla får kännedom om dem, se till att alla har förstått dem, och kontrollera, på alla lämpliga sätt, att de tillämpas,
- o utbilda och utveckla kompetenser:
 - hos hierarkin, i ledning av hälso- och säkerhetsarbetet,
 - hos de anställda, i utvärdering av riskerna och tillämpning av åtföljande instruktioner,
- o mobilisera arbetstagarna, individuellt och kollektivt, och göra dem delaktiga i det ständiga förbättringsarbetet.
- o föregå med gott exempel genom sitt uppförande, sin professionalism och sin stringens,
- o visa sitt engagemang genom regelbunden närvaro ute på fältet och bland arbetslagen,
- o avbryta eller stoppa en verksamhet om den inte kan utövas under nödvändiga hälso- och säkerhetsvillkor.
- o Inlemma, vägleda och stödja handikappade arbetstagare och de som kommer tillbaka till sin tjänst efter en olycka eller sjukdom.

Artikel 2.2.: Var och ens delaktighet

Hälsa och säkerhet kräver att alla är delaktiga, vilken post man än har i företaget. Konkret innebär detta att:

- o man förstår och tillämpar regler och instruktioner,
- o man deltar aktivt i utbildningar, för att utveckla sin kompetens i riskbedömning och tillämpning av tillhörande instruktioner,
- o man försäkras sig om att riskerna, som uppstår då man utövar sin verksamhet verkligen har identifierats och bedömts, före varje ingrepp. Vid allvarlig och överhängande fara ska man avbryta sin verksamhet.
- o man är aktivt uppmärksam på sin egen och andras hälsa och säkerhet,
- o man påtalar såväl farliga situationer som god praxis,
- o man ger förslag om förbättringar.

Artikel 2.3: Social dialog

Hälsa och säkerhet är kollektiva frågor om social sammanhållning, som kräver en vilja till dialog och samråd från alla parter sida.

På koncernnivå finns en «Styrgrupp för hälsa och säkerhet i arbetet» som direkt lyder under Koncernens verkställande kommitté (styrelse). Den består av representanter från Ledningen och tio ledamöter från det Europeiska företagsrådet. En gång om året deltar 4 representanter från företag utanför Europa. Styrgruppen har till uppgift att kontrollera att åtaganden och principer i detta avtal, liksom i avtal som slutits på koncernnivå om hälsa och säkerhet följs, samt att föreslå förbättringsåtgärder. Den följer också upp utvecklingen av vår effektivitet i hälso- och säkerhetsfrågor, allt enligt lagens bestämmelser och rekommendationerna från ILO (Internationella Arbetsorganisationen). Ständiga arbetsgrupper för varje verksamhetsområde, samt EWC-arbetsgruppen kommer att följa tillämpningen av avtalet inom koncernbolagen, och kommer att ge förslag till Styrgruppen. Styrgruppen ska redovisa sin verksamhet till EWC varje år, i synnerhet uppföljningen av hur avtalets åtaganden och principer genomförs. EWC kan således garantera att avtalet följs upp och föreslå förbättringsåtgärder.

Inom varje lokal enhet, följer instanserna för arbetsmiljöfrågor resultatutvecklingen för hälsan och säkerheten i arbetet. De består av arbetstagarrepresentanter eller fackorganisationer beroende på land och representanter från ledningarna, och de får de stöd av företagsläkare och experter på arbetsmiljöfrågor. Instanserna medverkar också i arbetet med att peka ut risksituationer, planera och följa upp de förebyggande åtgärderna.

Artikel 2.4.: Styrning och kommunikation

2.4.1 Styrning

I varje enhet, åtar sig koncernen att inrätta ett styrningssystem, vilket grundar sig på de grundläggande principerna, ständig förbättring, utvärdering och hantering av riskerna i verksamheterna. Grunden är social dialog och följande åtgärder:

- o utformning av regler om hälsa och säkerhet på Central, Affärsområdes- och/eller Affärsenhetsnivå,
- o det årliga fastställande av riktlinjer för framstegen samt kvalitativa och kvantitativa mål. Dessa bestämmelser görs genom samråd mellan affärsområdena och Central å ena sidan, mellan affärsenheterna och affärsområdet å andra sidan.
- o en handlingsplan på medellång sikt på minst 3 år, vilken uppdateras årligen,
- o en regelbunden utvärdering av styrningssystemet (självutvärdering, intern och extern granskning) ska garantera att principerna och åtagandena i detta avtal verkligen beaktas,
- o en översyn av riktlinjerna minst en gång om året
- o intern kontroll, i synnerhet med hjälp av GDF SUEZ:s referensverk för hälsa och säkerhet, som det ömsesidiga nätverket för hälsa och säkerhet samt den interna granskningen delat upp i valda aspekter,
- o en årlig utvärdering av chefernas delaktighet i arbetet att förbättra hälsa och säkerhet, och av deras egna och arbetslagens resultat.

2.4.2 Kommunikation och utbyte

Ett system för uppåt- och nedåtgående kommunikation är helt väsentligt. Det avser att främja:

- kunskap:
 - o om vår hälso- och säkerhetspolicy
 - o de uppsatta målen
 - o och våra resultat,
- att man delar med sig av sina erfarenheter samt intern och extern god praxis.

Kommunikationen ska vara transparent, konkret, positiv, medverkande, allt för att förstärka hälso- och säkerhetskulturen. Den ska ge svar på alla Hälso- och säkerhetsfrågor som personalen ställer.

Vi ska dessutom tala om förebyggande av risker med våra kunder, våra tjänsteleverantörer och slutligen även med tredje man som påverkas av våra installationer och verksamheter. Kommunikationen ska utsträckas till samtliga kunder som använder våra produkter och tjänster samt berörda befolkningsgrupper.

BILAGA G. TABELL ÖVER ENKÄTRESULTAT

Nedanstående resultattabell visar SITAs personals svarsresultat i säkerhetskulturerundersökningen. Frågorna redovisas i Bilaga C och svarsalternativen med dess frekvenser kan ses nedan. Resultatsiffrorna visar antalet svar och inom parentes visas andelen av de som svarat på frågan som svarat just det alternativet. Summan blir inte alltid exakt 100 %, detta på grund av avrundning efter genomförd beräkning. Antalet som står längst till höger visar totala antalet svar på respektive fråga.

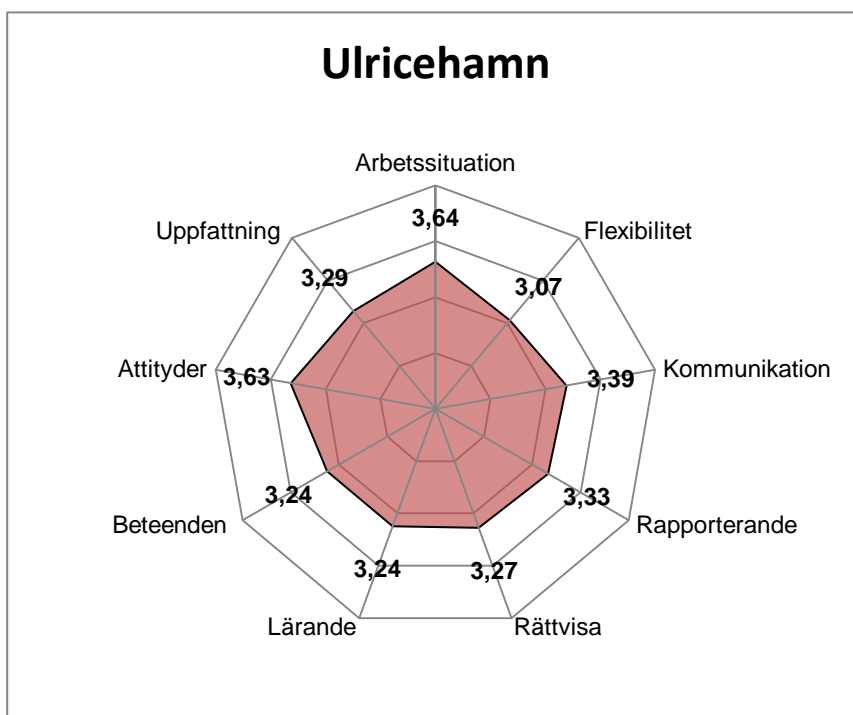
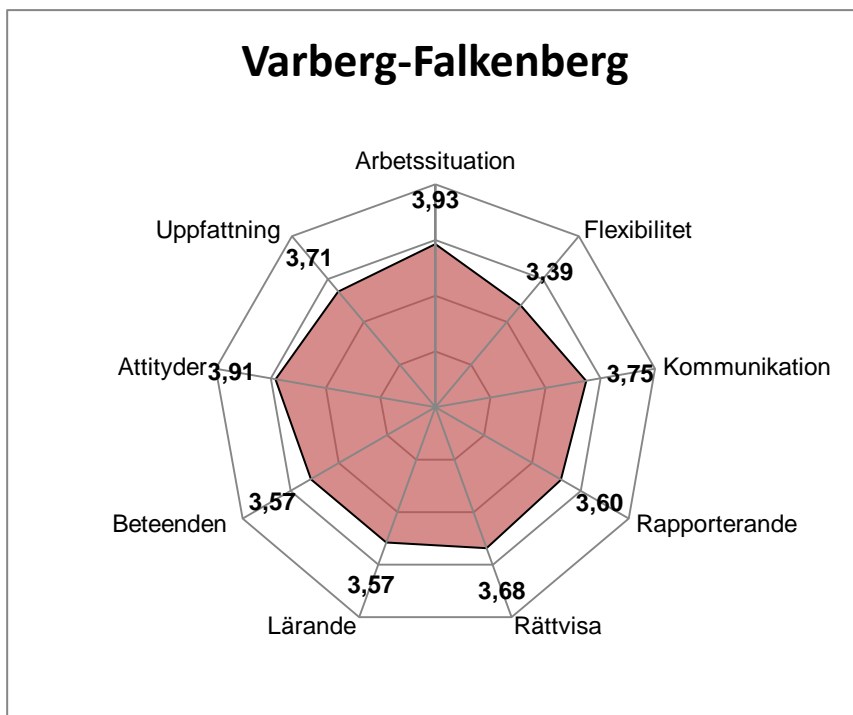
Fråga	1	2	3	4	5	Antal svar
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
1	1(1)	1(1)	11(9)	86(70)	24(20)	123
2	0(0)	0(0)	8(6)	71(57)	46(37)	125
	Inte alls	Knappt	Ganska	Tillräcklig	Fullt	
3	3(2)	10(8)	29(23)	57(46)	26(21)	125
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
4	5(4)	4(3)	33(26)	65(52)	18(14)	125
	Ingen tillgång	Knappast ingen	Liten	Ganska stor	Mycket stor	
5	0(0)	0(0)	15(12)	81(66)	27(22)	123
	Mycket dåligt skick	Dåligt	Ganska dåligt	Ganska gott	Mycket gott	
6	0(0)	6(5)	20(16)	81(65)	17(14)	124
	Väldigt ofta	Ganska ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	
7	3(2)	20(16)	57(46)	32(26)	12(10)	124
8	2(2)	16(13)	50(40)	47(38)	10(8)	125
9	5(4)	19(15)	58(46)	40(32)	3(2)	125
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
10	3(2)	9(7)	40(32)	60(48)	12(10)	124
11	1(1)	5(4)	23(18)	69(55)	27(22)	125
	Väldigt dåligt	Dåligt	Ganska bra	Bra	Väldigt bra	
12	1(1)	3(2)	29(23)	61(49)	30(24)	124
	Inte alls	Knappt	Ganska	Tillräcklig	Fullt	
13	6(5)	12(10)	35(28)	57(46)	15(12)	125
	Väldigt ofta	Ganska ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	
14	1(1)	1(1)	6(5)	25(20)	91(73)	124
15	4(3)	10(8)	46(37)	53(43)	11(9)	124
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
16	1(1)	9(7)	35(28)	64(52)	14(11)	123
17	2(2)	13(10)	47(38)	53(43)	9(7)	124
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta	
18	2(2)	10(8)	40(33)	64(52)	6(5)	122

	Inte alls	Knappt	Ganska	Accepterat	Helt accepterat	
19	5(4)	22(18)	42(34)	44(36)	9(7)	122
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta	
20	3(2)	13(11)	59(49)	35(29)	11(9)	121
21	1(1)	8(7)	64(53)	37(31)	10(8)	120
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
22	6(5)	20(16)	44(35)	42(34)	12(10)	124
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta	
23	0(0)	6(5)	27(22)	74(60)	16(13)	123
24	1(1)	12(10)	37(30)	66(54)	7(6)	123
25	0(0)	11(10)	40(33)	59(49)	10(8)	120
	Väldigt dåligt	Dåligt	Ganska bra	Bra	Väldigt bra	
26	2(2)	11(9)	46(38)	49(40)	13(11)	121
	Inte alls	Knappt	Ganska	Tillräcklig	Fullt	
27	9(7)	18(15)	36(29)	54(44)	6(5)	123
	Inte alls	Knappt	Ganska	Klart	Helt	
28	3(2)	12(10)	26(21)	43(35)	39(32)	123
	Inte/ingen alls	Knappt alls/ingen	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
29	1(1)	8(7)	35(29)	66(55)	11(9)	121
30	4(3)	13(11)	45(38)	46(38)	12(10)	120
	Inte alls	Knappt	Ganska	Tillräcklig	Fullt	
31	3(2)	25(21)	54(45)	37(31)	2(2)	121
32	2(2)	24(20)	51(42)	42(34)	3(2)	122
33	2(2)	20(17)	48(40)	43(36)	8(7)	121
	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid	
34	3(2)	13(11)	21(17)	39(32)	46(38)	122
	Väldigt mycket	Ganska mycket	Lite grand	Knappt alls	Inte alls	
35	6(5)	18(15)	51(43)	30(25)	15(13)	120
	Ingen skillnad	Mycket lite	Lite	Ganska mycket	Mycket	
39	29(24)	22(18)	51(43)	17(14)	1(1)	120
	Aldrig	1 gång	2 gånger	3 gånger	4 eller fler gånger	
40	39(32)	16(13)	22(18)	6(5)	39(32)	122
	Nej, aldrig	Nej, troligen inte	Kanske	Ja, troligen	Ja, absolut	
42	1(1)	6(5)	29(24)	50(41)	36(30)	122
	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid	
43	10(8)	9(8)	9(8)	37(31)	55(46)	120
	Mycket dålig	Dålig	Ganska bra	Bra	Mycket bra	
44	7(6)	37(30)	29(24)	32(26)	18(15)	123
	Inte alls	Knappt alls	Ganska	Accepterat	Helt accepterat	
45	3(2)	9(7)	41(33)	49(40)	21(17)	123
	Väldigt mycket	Ganska mycket	Lite grand	Knappt alls	Inte alls	
46	0(0)	8(7)	32(26)	56(46)	27(22)	123
47	1(1)	5(4)	22(18)	51(41)	45(36)	124
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta	
48	10(8)	27(23)	45(38)	31(26)	6(5)	119

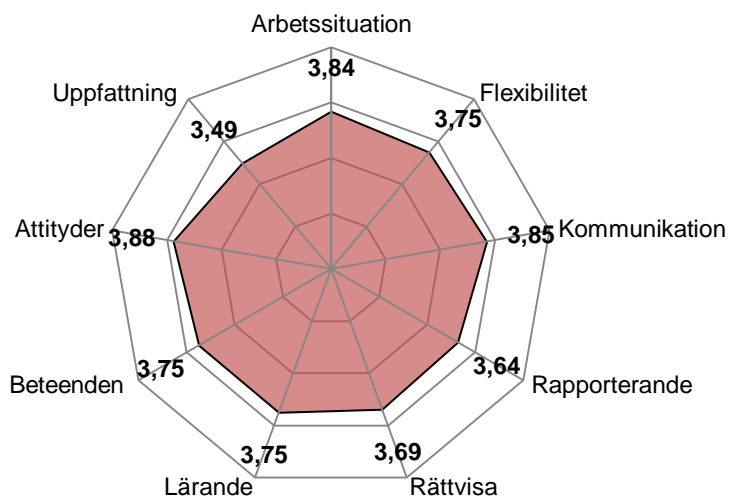
49	4(3)	17(14)	43(36)	44(37)	11(9)	119
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
50	7(6)	25(21)	53(44)	29(24)	6(5)	120
	Väldigt mycket	Ganska mycket	Lite grand	Knappt alls	Inte alls	
51	1(1)	7(6)	26(21)	47(39)	41(34)	122
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
52	2(2)	18(15)	45(37)	50(41)	7(6)	122
53	3(2)	16(13)	51(42)	47(39)	5(4)	122
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta	
54	3(3)	20(17)	50(42)	39(33)	8(7)	120
55	0(0)	8(7)	48(40)	49(41)	15(13)	120
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
56	8(7)	17(15)	47(43)	35(32)	3(3)	110
	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid	
57	1(1)	22(19)	51(43)	36(31)	8(7)	118
	Inte alls	Knappt alls/Inte särskilt	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
58	4(3)	9(7)	24(20)	47(39)	37(31)	121
59	1(1)	7(6)	37(30)	57(47)	20(16)	122
	Har aldrig haft någon	Mycket dålig	Dålig	Ganska bra	Bra/Mycket bra	
60	4(3)	9(7)	24(20)	54(45)	30(25)	121
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta	
61	2(2)	12(10)	49(41)	46(39)	10(8)	119
	Endast efter något hänt	Oftast efter något hänt	Oftast utan något hänt	Utan något hänt	Både innan och efter något hänt	
62	3(3)	31(27)	15(13)	19(17)	46(40)	114
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
63	0(0)	14(12)	38(31)	57(47)	12(10)	121
	Ingen alls	Knappt ingen	Liten	Ganska stor	Stor	
64	1(1)	3(3)	29(25)	74(64)	9(8)	116
	Inte alls	Knappt	Ganska	Tillräcklig	Fullt tillräcklig	
65	1(1)	5(4)	42(35)	60(50)	11(9)	119
	Har inte haft någon	Dålig	Ganska bra	Bra	Mycket bra	
66	23(19)	12(10)	38(31)	41(34)	7(6)	121
67	36(30)	17(14)	32(27)	31(26)	3(3)	119
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
68	0(0)	1(1)	22(18)	88(73)	10(8)	121
	Väldigt ofta	Ganska ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	
69	1(1)	14(11)	49(40)	53(43)	6(5)	123
	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid	
70	0(0)	9(8)	44(37)	63(53)	4(3)	120
	Väldigt ofta	Ganska ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	
71	1(1)	2(2)	15(12)	48(39)	56(46)	122
72	0(0)	5(4)	18(15)	46(38)	53(43)	122
73	3(3)	8(7)	38(32)	55(46)	16(13)	120

	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket/stort	Väldigt mycket/stort	
74	0(0)	3(2)	24(20)	65(54)	29(24)	121
75	0(0)	2(2)	33(28)	69(58)	14(12)	118
76	1(1)	0(0)	7(6)	61(50)	52(43)	121
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta	
77	35(28)	33(27)	31(25)	16(13)	8(7)	123
	Inte alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket	Väldigt mycket	
78	0(0)	8(7)	30(25)	48(39)	36(30)	122
79	0(0)	5(4)	34(28)	55(45)	29(24)	123
80	0(0)	6(5)	29(25)	59(50)	23(20)	117
	Mycket dålig	Dålig	Ganska bra	Bra	Mycket bra	
81	0(0)	3(2)	51(42)	44(36)	24(20)	122
	Stor risk	Ganska stor risk	Liten risk	Knappt ingen risk	Ingen risk alls	
82	6(5)	46(37)	44(36)	18(15)	9(7)	123
	Inte/inget alls	Knappt alls	Lite grand	Ganska mycket/stort	Väldigt mycket/stort	
83	0(0)	2(2)	37(31)	63(52)	19(16)	121
84	2(2)	3(2)	35(28)	55(45)	28(23)	123
	Stor risk	Ganska stor risk	Liten risk	Knappt ingen risk	Ingen risk alls	
85	4(3)	34(28)	47(39)	20(16)	17(14)	122
	Mycket låg grad	Låg grad	Ganska hög grad	Hög grad	Mycket hög grad	
86	2(2)	26(23)	47(41)	34(30)	6(5)	115

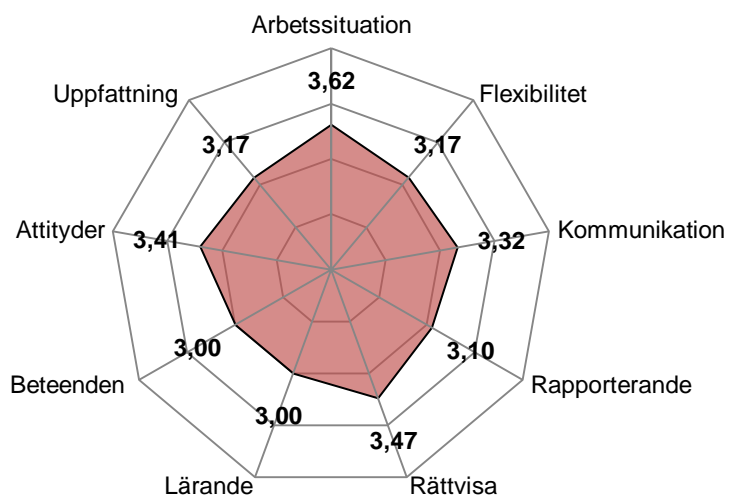
BILAGA H. SÄKERHETSFAKTORERNA FÖR DE OLIKA AVDELNINGARNA



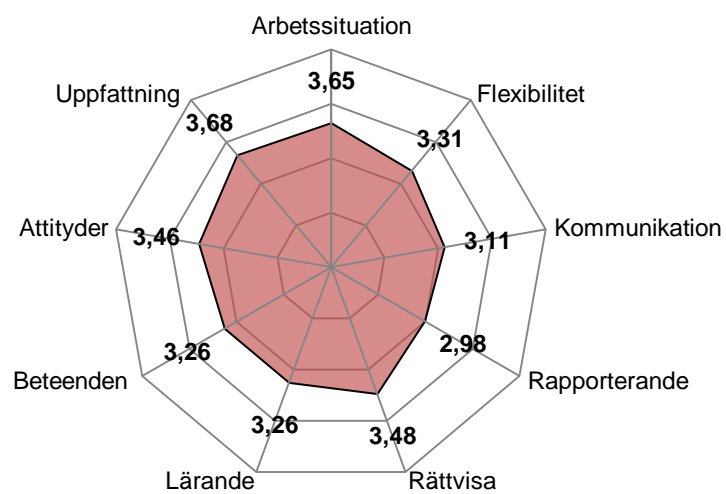
Fyrbodal



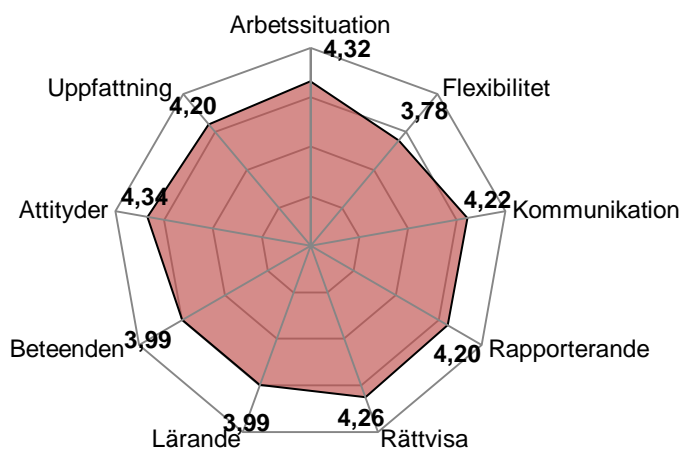
Hagby



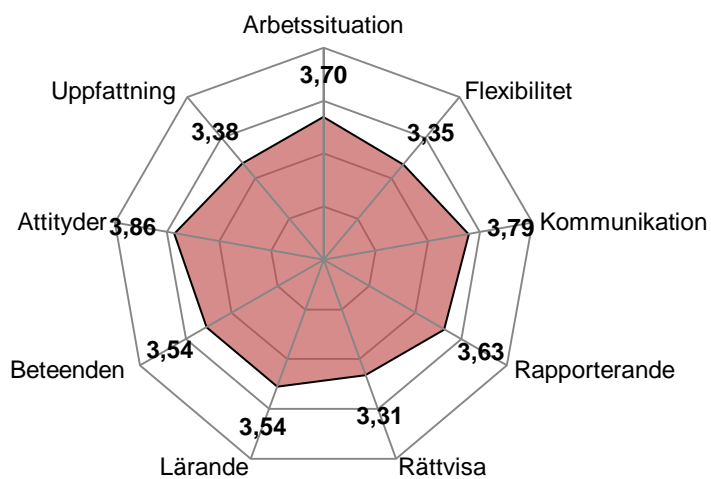
Laholm



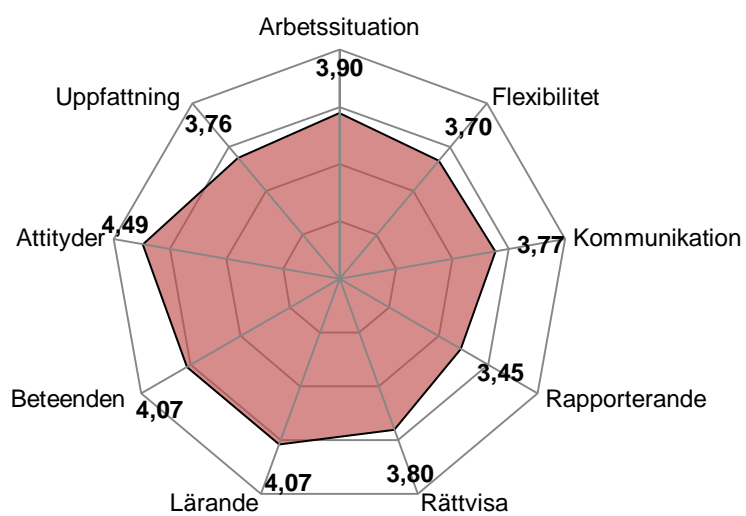
Tomelilla



Mora



Jönköping



Örebro

