# Tillsynsstöd vid granskning av rutiner för lärande från olyckor och tillbud

## Syfte

Tillsynsstödet ska stödja arbetet med att kontrollera och stödja arbetet med att systematiskt följa upp rapporteringen från olyckor och tillbud för att på så sätt minska risken för att en allvarlig kemikalieolycka ska kunna inträffa.

## Avgränsningar

Tillsynsstödet är inte heltäckande inom området. Den berör väldigt lite de olyckor och tillbud som personalen drabbas av då detta i första hand ska fångas av Arbetsmiljöverket i deras tillsyn.

## Lärande från olyckor och tillbud

Att ta tillvara på de erfarenheter som kommer av en olycka eller ett tillbud, eller kanske ännu hellre, incidenter är ett mycket viktigt och kraftfullt redskap i arbetet med att förebygga allvarliga kemikalieolyckor. Det sägs att det går 10 tillbud på varje olycka och att det på varje tillbud går 10 incidenter. Med detta i åtanke är det mycket viktigt att dra lärdom av allt, speciellt av incidenterna som denna gång inte ledde till något tillbud.

Att lära från olyckor, tillbud och incidenter är ett viktigt förhållningssätt i verksamheten och återspeglar till viss del vilken säkerhetskultur som finns inom företaget. Det ger även en viss insikt i hur resultatuppföljningen fungerar och hur redan inträffade och rapporterade avvikelser hanteras.

Sevesoreglerna syftar till att förebygga allvarliga olyckor med stora konsekvenser för människa och miljö. Dessa olyckor sker lyckligtvis relativt sällan vilket dessvärre gör dem svåra att sannolikhetsberäkna. Därför intresserar sig myndigheterna för såväl mindre och mer frekventa olyckor och tillbud som stora okontrollerbara haverier med låg sannolikhet (worst possible case). Verksamhetsutövarens rutiner och systematik för att ta hand om och dra lärdom från de olyckor och tillbud som faktiskt sker är en mycket viktig kugge i detta arbete. Det handlar inte bara om att dra lärdom från den egna verksamheten, det är minst lika viktigt att se vad som händer inom liknande verksamheter och verksamheter som hanterar samma ämnen även om dessa är inom andra branscher.

För att lära mer om detta har MSB gett ut en rapport som heter ”Att lära stort från små incidenter – en handledning med fokus på att utvärdera effektiviteten i lärandet”. Den finns att hämta på MSB’s hemsida.

## Information till handläggare

Tanken med tillsynsstödet är att ni som handläggare själva väljer omfattningen av den information som ni vill skicka ut till verksamhetsutövarna. Vid vissa tillfällen kanske det inte passar att skicka ut materialet alls innan besöket medan det i vissa fall är så att ni vill skicka ut materialet för att verksamhetsutövaren ska hinna förbereda sig ordentligt. I vissa fall kanske det passar bästa att skicka ut materialet innan och dessutom begära att verksamhetsutövaren skickar tillbaka det så att ni som tillsynspersonal hinner förbereda er ordentligt innan besöket.

Till en Sevesoverksamhet där ni bedrivit tillsyn under en längre tid kanske det inte behövs lika ingående information som till en relativt ny verksamhet. Detta får avgöras från fall till fall. Detsamma gäller frågorna. Det är naturligtvis möjligt att plocka bort vissa frågor ur materialet om ni anser att det finns anledning till det vid vissa verksamheter eller besök.

Frågor/kommentarer som är rödmarkerade är tänkta som ett stöd till er som tillsynspersonal. Dessa ska plockas bort innan handläggarstödet skickas ut till verksamhetsutövaren.

Om det finns följdfrågor som inte är rödmarkerade är det upp till er som handläggare att bedöma om ni vill att de är med i det material som ni skickar ut.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Allmänt** | |
| 1.1 Finns det uppgifter i säkerhetslednings-systemet om mål (policy) och allmänna handlingsprinciper för er verksamhet med avseende på anmälan av allvarliga kemikalieolyckor eller olyckstillbud samt undersökning av olyckor och olyckstillbud? Finns det mål för området som går att följa upp och utvärdera? |  |
| **2. Rapportering av avvikelser, tillbud och olyckor** | |
| 2.1 Hur är det dokumenterat hur avvikelser, observationer, tillbud och olycksfall etc. definieras i säkerhetsledningssystemet? |  |
| 2.2 Finns det skriftligt dokumenterade rutiner för hur avvikelser, observationer, tillbud och olyckor etc. ska hanteras i verksamheten? |  |
| 2.3 Hur klargör rutinen att rapportering av  avvikelser, observationer, tillbud och olycksfall eller andra störningar ska gå till? |  |
| 2.4 Klargör rutinerna för hur och till vem intern rapportering av avvikelser, tillbud och olyckor ska ske? |  |
| 2.5 Är det tydligt i dokumentationen vilka händelser som ska rapporteras och vem som ska göra rapporteringen till myndigheterna och vilka myndigheter som är aktuella i olika fall? |  |
| 2.6 Finns lämpliga rapporteringsformat fastställda eller andra system för intern rapportering av avvikelser, tillbud och olyckor?  Om ja, är eventuella blanketter eller system lättillgängliga och enkla att fylla i? |  |
| 2.7 Känner all personal till att det finns rutiner för tillbuds- och olycksfallsrapportering? |  |
| 2.8 Hur uppmuntras personalen att rapportera tillbud? |  |
| 2.9 Förklara hur personalen får återkoppling på rapporterade tillbud. |  |
| 2.10 Kan det förekomma, eller förekommer det administrativa eller psykologiska faktorer vid verksamheten som motverkar avvikelserapportering?  Om så är fallet, hur arbetar företaget för att motverka detta? |  |
| **3. Utredning och åtgärder** | |
| 3.1 Finns det dokumenterat vem som beslutar om att en utredning ska påbörjas efter tillbud eller olycka? |  |
| 3.2 Använder ni generellt någon eller några särskilda metoder eller tekniker vid olycksutredningar?  Hur går ni tillväga? |  |
| 3.3 Är det dokumenterat vilka kompetenser som ingår i gruppen som utreder orsaken till ett allvarligt tillbud eller en olycka?  Beskriv vilka kompetenser som ska vara representerade. |  |
| 3.4 Är det tydligt i organisationen vem som beslutar om och ansvarar för att föreslagna åtgärder vidtas efter ett allvarligt tillbud eller olycka? |  |
| 3.5 Finns det skriftligt dokumenterade rutiner i säkerhetsledningssystemet för intern undersökning/utredning av olyckor och tillbud? |  |
| 3.6 Är det fastslaget på vilka grunder som en utredning ska initieras? |  |
| 3.7 Hur för ni statistik över inträffade olyckor, tillbud och avvikelser? |  |
| **4. Riskbedömning** | |
| 4.1 Finns det tydliga kriterier för att bedöma om en förnyad riskbedömning ska göras av ett visst moment eller process efter ett allvarligt tillbud eller arbetsplatsolycka? |  |
| 4.2 Vilka metoder för riskanalyser används efter ett allvarligt tillbud eller olycka? |  |
| 4.3 När en riskbedömning är avslutad innebär det att någon måste ta ställning till resultatet av riskbedömningen för att undvika att en liknande händelse inträffar igen?    Vem/vilken befattning tar ställning till resultatet? |  |
| 4.4 Att dra slutsatser av inträffade händelser innebär att ta ställning till vilka risker som kan accepteras. Vilka acceptansnivåer används för jämförelse vid analys av inträffade händelser? |  |
| 4.5 Vilka uppgifter används om tillbud och olyckor som underlag vid riskbedömningar? |  |
| 4.6 Hur säkerställs att alla berörda får information om de förändrade arbetsmetoder som riskbedömningen mynnade ut i? |  |
| 4.7 Vilka rutiner och vilken egen kompetens finns för att göra ”mer avancerade riskanalyser” och finns det dokumenterat vilka kompetenser som ska ingå i den arbetsgrupp som gör riskbedömningar? |  |
| 4.8 Har det någon gång analyserats utifrån de teknologiska systemen, de mänskliga aktiviteterna och det organisatoriska sammanhanget (ett MTO-tänk) i samband med utredningen av ett tillbud eller en olycka? |  |
| 4.9 Vilka slutsatser om säkerheten vid verksamheten utifrån sammanställningar och/eller statistik från avvikelserapporteringen har kunnat dras? |  |
| 4.10 Har det någon gång analyserats, inte bara de direkta orsakerna, utan även de bakomliggande orsakerna i samband med utredningen av ett tillbud eller en olycka? |  |
| **5. Externa erfarenheter** | |
| 5.1 Vem ansvarar för att inhämta externa erfarenheter från inträffade avvikelser, tillbud och olycksfall? |  |
| 5.2 Hur säkerställs att erfarenheter från tillbud och olyckor som inträffar inom branschen tillvaratas, när ni utför riskbedömningar på företaget? |  |
| 5.3 Hur sprids resultatet från genomförda utredningar till personalen? |  |
| **6. Entreprenörer** | |
| 6.1 Omfattar rutinerna för avvikelser, tillbud och olyckor även entreprenörer? |  |
| 6.2 Är det tydligt i informationen som ges till entreprenörer att alla avvikelser, tillbud och olycksfall ska rapporteras till företaget. |  |
| 6.3 Är det tydligt för entreprenörer hur rapporteringen ska göras och till vem?  Hur säkerställs att entreprenören uppfattat vad som gäller? |  |
| 6.4 Får entreprenörer återkoppling när de gör en avvikelse-, tillbuds- samt olycksfallsrapportering till företaget?   Hur går det till? |  |
| **7. Övningar** | |
| 7.1 När genomfördes den senaste katastrofövningen med ett eller flera Sevesoämnen inblandade? |  |
| 7.2 Visa hur mycket tid och resurser som avsatts för att planera och genomföra katastrofövningar. |  |
| 7.3 Hur tas resultatet omhand efter en katastrofövning?   Finns rutiner för detta? |  |
| **8. Uppföljning och revision** | |
| 8.1 Hur följs tillämpningen av rutinen för tillbud och olyckor upp? |  |
| 8.2 Vilka åtgärder vidtar ni om det aldrig rapporteras störningar och tillbud från en viss driftenhet eller motsvarande? |  |
| 8.3 Genomgår rutinerna för tillbud och olycksfall återkommande revisioner?  Hur sker dessa, och med vilket intervall? |  |

Detta tillsynsstöd är baserat på tidigare versioner av checklistor som tagits fram av Arbetsmiljöverket och Länsstyrelsen i Jönköpings län.