

Tomasz EWERTOWSKI\*

## DOSKONALENIE SYSTEMU ZGŁASZANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W ORGANIZACJACH W KONTEKŚCIE WDRAŻANIA PRZEZ NIE NORMY ISO 45001:2018

DOI: 10.21008/j.0239-9415.2018.078.02

W artykule przedstawiono podstawowe zagadnienia związane z poprawą skuteczności zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz kulturą sprawiedliwego traktowania w kontekście wdrażania nowej normy ISO 45001:2018 „Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – wymagania z poradnikiem użytkownika”. Organizacja, która chce wprowadzić ww. nową normę potrzebuje efektywnych narzędzi do ulepszenia systemu zgłaszania zagrożeń wynikających z obowiązku badania i wyjaśniania wszystkich zagrożeń w systemie bezpieczeństwa. Rozwiązania takie funkcjonują już od pewnego czasu w lotnictwie i medycynie. Jest to poufny, nieobowiązkowy system raportowania zagrożeń będący uzupełnieniem obowiązkowego systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz model kultury sprawiedliwego traktowania (KST). Kultura sprawiedliwego traktowania opisywana jest jako atmosfera zaufania, w której ludzie są zachęceni do dostarczania informacji związanych z bezpieczeństwem, mając jednocześnie świadomość zachowań akceptowalnych i niedopuszczalnych. Narzędzie to wspiera organizację w radzeniu sobie z problemami obwiniania i karania osób zamieszanych w zdarzenia niepożądane. Ponadto w artykule znajdują się informacje na temat czynników determinujących zwiększenie ilości informacji o zdarzeniach niepożądanych w organizacjach oraz sposoby klasyfikowania działań akceptowalnych i nieakceptowalnych.

**Słowa kluczowe:** systemy zarządzania bezpieczeństwem pracy, kultura bezpieczeństwa, kultura raportowania, kultura sprawiedliwego traktowania

### 1. WPROWADZENIE

Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (International Organization for Standardization – ISO) opublikowała 12 marca br. normę ISO 45001:2018 „Sys-

---

\* Wydział Inżynierii Zarządzania Politechniki Poznańskiej.

temy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – wymagania z poradnikiem użytkownika”. Norma ta zastępuje istniejące standardy w zakresie BHP, takie jak OHSAS 18001:2007 czy prawdopodobnie PN-N-18001:2004. Norma ISO 45001:2018 opiera się na dyrektywach Międzynarodowej Organizacji Pracy. Wdrożenie omawianej normy umożliwia wprowadzenie systemowych rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, prowadzących do zwiększenia skuteczności systemu zarządzania BHP w aspektach: dostosowywanie systemu zarządzania BHP do zmieniającego się otoczenia, identyfikację zarówno ryzyk, jak i szans, zgodność z wymaganiami prawa oraz rozwój przywództwa i współudział pracowników w zarządzaniu BHP. Zarządzanie każdym obszarem działalności organizacji traktowane jest uzyskanie możliwości zastosowania posiadanych zasobów, w celu uzyskania określonych korzyści. W normie ISO 45001:2018 została zastosowana koncepcja struktury nadrzędnej (High Level Structure). Rozwiązanie to zapewnia pełną integrację z innymi systemami zarządzania, takimi jak ISO 9001:2015 i ISO 14001:2015. Po opublikowaniu nowego standardu, poprzedni standard – OHSAS 18001 – będzie obowiązywał przez trzy lata. Po upływie tego okresu certyfikaty OHSAS 18001 stracą ważność. Przedmiotowa norma przynosi szereg zmian i usprawnień związanych z szeroko rozumianym bezpieczeństwem pracy. Do jednych z ważniejszych w aspekcie pozyskiwania informacji o zdarzeniach należą zapisy:

- pkt. 5.1, który stanowi, że **najwyższe kierownictwo zobligowane jest do demonstrowania przywództwa i zobowiązania do respektowania systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy poprzez m.in. rozwój, utrzymanie i promocję kultury bezpieczeństwa w organizacji**, która wspiera uzyskanie zamierzonych wyników systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną oraz poprzez **ochronę pracowników przed ewentualnymi działaniami represyjnymi związanymi ze zgłaszaniem przez nich incydentów, ryzyk, zagrożeń oraz propozycji działań identyfikujących zagrożenia**.
- pkt. 10.2, który stanowi, że **organizacja zobligowana jest do ustanowienia, implementacji oraz utrzymania procesu raportowania, badania przyczyn oraz podejmowania działań naprawczych związanych z wystąpieniem incydentów i niezgodności**. Oznacza to znaczne poszerzenie spektrum zdarzeń do badania i wyjaśniania, które nie tylko skutkowały utratą życia lub uszczerbkiem na zdrowiu pracownika, ale również zdarzeń, które nie kończyły się takimi skutkami (zdarzenia potencjalnie wypadkowe). Można określić, że badanie i wyjaśnianie obejmuje wszystkie zdarzenia niepożądane tj. dotychczasowe wypadki i zdarzenia potencjalnie wypadkowe oraz dodatkowo niezgodności.

Przedmiotowe zmiany dają nadzieję na usprawnienie działań profilaktycznych w organizacji, przez zwiększenie ilości raportów o zdarzeniach niepożądanych, a co za tym idzie możliwości podjęcia skuteczniejszych działań proaktywnych, opartych na udokumentowanych dowodach, w których nacisk położony jest na zapobieganiu wypadkom na podstawie analiz wszystkich stosownych informacji dotyczących bezpieczeństwa, w tym informacji o zdarzeniach niepożądanych.

## 2. ZNACZENIE BADANIA BEZURAZOWYCH ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

Kwestia ważności badań zdarzeń bezurazowych była poruszana przez Herberta Williama Heinricha, wybitnego inżyniera bezpieczeństwa przemysłowego, a następnie poprawiona przez Franka Birda oraz firmę ConocoPhilips Marine. Heinrich zwrócił uwagę na potrzebę wykorzystania informacji związanych ze zdarzeniami bezurazowymi w celu profilaktyki. Wykazał, że każdy wypadek powodujący uraz poprzedza wystąpienie wielu podobnych zdarzeń, które nie powodują urazu. Na podstawie badań stwierdził, że w grupie 330 zdarzeń tego samego rodzaju, 300 nie powoduje urazu, 29 – średnie urazy, a jeden – urazy ciężkie (trójkąt Heinricha). W związku z powyższym Heinrich wykazał niesłuszność teorii opartej na założeniu, że podstawą planowania działań prewencji wypadkowej powinny być wyniki analizy ciężkich wypadków. Najwartościowsze wskazówki do określenia przyczyn wypadków można otrzymać na podstawie analizy najliczniejszej grupy wypadków – wypadków powodujących lekkie urazy, a przede wszystkim zdarzeń niepowodujących urazów. Heinrich wskazał, że niebezpieczne praktyki i warunki, które nie powodują powstania urazu powinny być wykryte i zmienione zanim wystąpią. W prewencji wypadkowej ważna jest potencjalna możliwość spowodowania urazu, a nie rzeczywisty rezultat. Uraz jest wynikiem wypadku, a jego skutki i koszty z nim związane są uzależnione od wielu czynników. Dlatego też, jak twierdził Heinrich należy zapobiegać przede wszystkim przyczynom wydarzeń mogących powodować uraz, a nie urazom (redukcją dotkliwości skutków zdarzeń zajmują się systemy ratownictwa). Doświadczenie potwierdza tezę Heinricha, że wypadki są często poprzedzone incydentami oraz chybieniami/niezgodnościami wskazującymi na istnienie zagrożeń dla bezpieczeństwa. Informacje dotyczące przyczyn tych zdarzeń są zatem ważnym źródłem wiedzy potrzebnej do wykrywania potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa. Ponadto, chociaż zdolność wyciągania wniosków z wypadku ma zasadnicze znaczenie, systemy oparte wyłącznie na reagowaniu uznaje się za mające ograniczone zastosowanie w zakresie dalszej poprawy bezpieczeństwa. Systemy oparte na reagowaniu powinny w związku z tym zostać uzupełnione systemami proaktywnymi, które wykorzystują inne rodzaje informacji dotyczących bezpieczeństwa, aby dokonać skutecznych usprawnień w obszarze bezpieczeństwa. W celu poprawy poziomu bezpieczeństwa należy zgłaszać, gromadzić, przechowywać, wymieniać, udostępniać i analizować stosowne informacje dotyczące bezpieczeństwa oraz podejmować odpowiednie działania w zakresie poprawy bezpieczeństwa na podstawie zgromadzonych informacji. To proaktywne i oparte na dowodach podejście powinno być wdrażane przez organizacje — jako część ich systemu zarządzania bezpieczeństwem. Badania Birda poprawiły proporcje trójkąta pomiędzy już czterema kategoriami tj. wypadki śmiertelne, poważne wypadki, wypadki i incydenty. W 2003 roku firma ConocoPhilips Marine przeprowadziła podobne badania, które ukazały znaczącą różnicę pomiędzy proporcją

zdarzeń śmiertelnych, a niebezpiecznych zachowań. Na każdy wypadek śmiertelny przypada co najmniej 300 000 niebezpiecznych zachowań (nie określonych do tamtej pory w taksonomiach zdarzeń). Na rysunku 1 zobrazowano elementy trójkąta H. W. Heinricha (po lewej) oraz jego modyfikacji wykonanej przez Birda w 1976 r. (środek) oraz firmę ConocoPhilips Marine (2003) ukazujące proporcje pomiędzy skutkami zdarzeń niepożądanych.



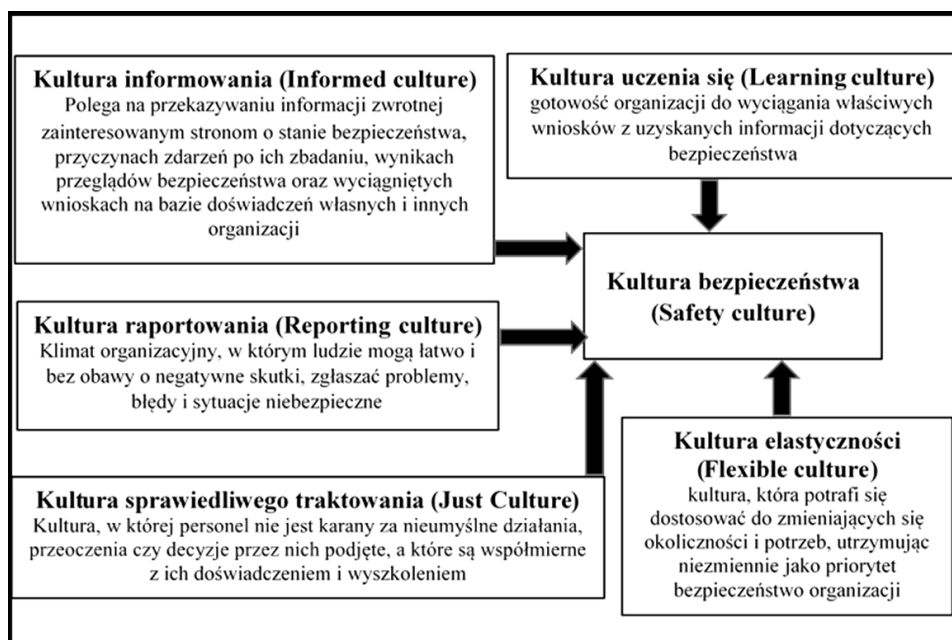
Rys. 1. Trójkąt H.W. Heinricha (po lewej) oraz jego modyfikacje wykonanej przez Birda (środek) oraz firmę ConocoPhilips Marine (po prawej) (na podstawie Heinrich H.W.: Industrial Accidents Prevention, New York, Toronto, London, Mc Graw Hill Book Company 1959)

Opisana realizacja postanowień pkt. 10.2 normy ISO 45001:2018, związanej z szerszą analizą zdarzeń niepożądanych, możliwa będzie tylko wtedy, gdy organizacja będzie posiadać dostęp do informacji ze znacznej ilości występujących zdarzeń. Najważniejszym ich źródłem są raporty pracowników. Jak jednak zmotywować pracowników organizacji do aktywnego i powszechnego raportowania zaobserwowanych niepożądanych zdarzeń, bez obaw o związane z tym faktem potencjalne konsekwencje dla nich. Zgodnie z pkt. 5.1 normy ISO 45001:2018 to najwyższe kierownictwo zobligowane jest do rozwoju, prowadzenia i promocji kultury bezpieczeństwa w organizacji oraz do ochrony pracowników przed ewentualnymi działaniami represyjnymi związanymi ze zgłaszaniem przez nich incydentów, ryzyk, zagrożeń oraz propozycji działań identyfikujących zagrożenia. Należy zadać pytanie, czy pracodawcy wiedzą, jak tego dokonać oraz jakich użyć narzędzi, implementując postanowienia normy ISO 45001:2018.

W sukurs przychodzą przedmiotowe doświadczenia organizacji lotniczych, które zgodnie z przepisami Organizacji Międzynarodowego Lotnictwa Cywilnego (International Civil Aviation Organization, ICAO) oraz Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa Lotniczego (European Aviation Safety Agency, EASA) aktywnie wprowadzają, rozwijają i promują zasady raportowania zdarzeń oraz kulturę bezpieczeństwa w organizacjach.

### 3. KULTURA BEZPIECZEŃSTWA

Kultura bezpieczeństwa to zbiór zasad, według których organizacja postrzega, określa i traktuje bezpieczeństwo. Odzwierciedla ona rzeczywiste zaangażowanie personelu w sprawy bezpieczeństwa na wszystkich poziomach organizacyjnych. Kultura bezpieczeństwa zgodnie ze schematem na rysunku 2 składa się z kultury informowania, raportowania, elastyczności, uczenia się i wreszcie kultury sprawiedliwego traktowania. Kultura raportowania (*reporting culture*) ma ścisły związek z systemem raportowania o zdarzeniach niepożądanych lub niezgodnościach. Charakteryzuje się ją jako klimat organizacyjny, w którym ludzie mogą łatwo i bez obawy o negatywne skutki zgłaszać problemy, błędy i sytuacje niebezpieczne.



Rys. 2. Komponenty kultury bezpieczeństwa na podstawie Jamesa Reasona (1997) (na podstawie *A road map to a just culture: enhancing a safety environment*, GAIN working group, 2004)

Związana jest z faktem, że personel jest świadomy, jakie zdarzenia podlegają zgłaszaniu, zna zasady i reguły raportowania. Wymaga uczciwego i aktywnego udziału wszystkich pracowników. Raportować należy wszystkie niepożądane zdarzenia tj. od wypadków po niebezpieczne zachowania wynikające z obserwacji własnych błędów i jak i informacji wynikających z obserwacji zachowań ryzykownych innych osób zwane bezpieczeństwem behawioralnym (BBS), którego przy-

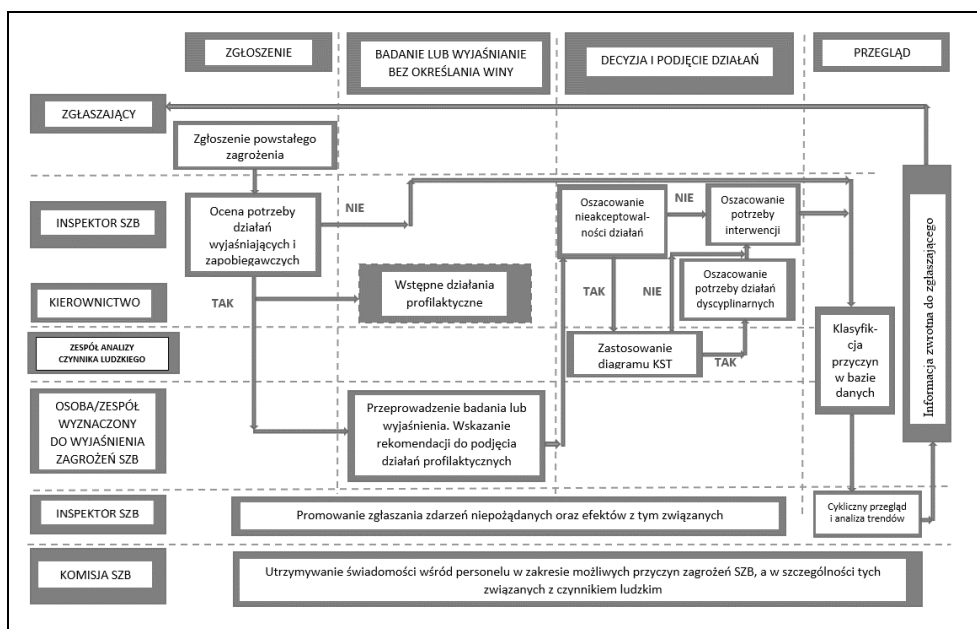
kładem jest audyt behawioralny. Sukces systemu zgłaszania (raportowania) zależy od ciągłego strumienia informacji przekazywanych przez personel organizacji. Kultura elastyczności (*flexible culture*) jest to kultura, która potrafi się dostosować do zmieniających się okoliczności i potrzeb, utrzymując niezmiennie jako priorytet bezpieczeństwo organizacji. Charakteryzuje się tym, że personel czynnie uczestniczy we wprowadzanych zmianach, konsultuje decyzje, wyciąga właściwe wnioski. Pozwala na właściwe zarządzanie bezpieczeństwem podczas wprowadzania zmian. Kultura uczenia się (*learning culture*) jest to gotowość organizacji do wyciągania właściwych wniosków z uzyskanych informacji dotyczących bezpieczeństwa i podjęcie odpowiednich działań na podstawie tych informacji. W jej ramach prowadzone są szkolenia i wydawane biuletyny mające na celu m.in. przekazanie wniosków z prowadzonych badań zdarzeń oraz informowanie o wprowadzanych zmianach. Kultura informowania (*informed culture*) łączy w sobie elementy kultury raportowania, sprawiedliwości, elastyczności i uczenia się. Polega na przekazywaniu informacji zwrotnej zainteresowanym stronom o stanie bezpieczeństwa, przyczynach zdarzeń po ich zbadaniu, wynikach przeglądów bezpieczeństwa oraz wyciągniętych wnioskach na bazie doświadczeń własnych i innych organizacji. Kultura sprawiedliwego traktowania (*just culture*) jest to atmosfera zaufania, w której ludzie są zachęceni, a nawet nagradzani za dostarczanie informacji związanych z bezpieczeństwem, mając świadomość zachowań akceptowalnych i niedopuszczalnych. Jest kulturą, w której personel nie jest karany za nieumyślne działania, przeoczenia czy decyzje przez nich podjęte, a które są współmierne z ich doświadczeniem i wyszkoleniem. Nie jest tolerowane natomiast rażące zaniedbanie, umyślne naruszenie przepisów czy destrukcyjne działanie, obniżające poziom bezpieczeństwa, które podlegają karze, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Elementy powiązane z kulturą bezpieczeństwa to zaangażowanie kierownictwa, otwarta komunikacja oraz skuteczne podejmowanie decyzji rozumiane jako środowisko, w którym okoliczności mające wpływ na bezpieczeństwo są uwzględniane w każdym procesie podejmowania decyzji w organizacji.

#### **4. KULTURA RAPORTOWANIA ORAZ SPRAWIEDLIWEGO TRAKTOWANIA**

Z perspektywy treści wspomnianego pkt. 5.1 normy ISO 45001:2018 kultura raportowania i sprawiedliwego traktowania wydaje się kluczowa dla najwyższego kierownictwa organizacji w zakresie spełnienia wymagań normy dotyczących zapewnienia ochrony pracowników przed ewentualnymi działaniami represyjnymi związanymi ze zgłaszaniem przez nich incydentów, ryzyk, zagrożeń oraz propozycji działań identyfikujących zagrożenia. Wdrożenie zasad kultury sprawiedliwego traktowania w organizacji pozwoli na istnienie ciągłego strumienia informacji

przekazywanych przez personel organizacji i jest niezbędna dla zapewnienia ich ciągłej dostępności. Wykorzystanie tych informacji w celach innych niż związane z bezpieczeństwem może utrudnić ich dostępność w przyszłości, co miałoby niekorzystny wpływ na bezpieczeństwo.

Kultura raportowania związana jest z raportowaniem jak największej liczby zdarzeń niepożądanych przedstawionych na rysunku 1 w zmodyfikowanym trójkącie H.W. Heinricha wykonanym przez firmę ConocoPhilips Marine (od wypadków śmiertelnych do niebezpiecznych zachowań). Aby ten cel osiągnąć, należy oprócz obowiązkowego systemu zgłaszania zdarzeń ustanowić w organizacji poufny, dobrowolny system zgłaszania zagrożeń bezpieczeństwa. System dobrowolnego i poufnego zgłaszania umożliwi zbieranie i analizowanie informacji o zaobserwowanych nieprawidłowościach, które nie wymagają zgłoszenia obowiązkowego, ale które zgłaszający odczuwa jako bieżące lub potencjalne zagrożenie bezpieczeństwa. System ten polega na umożliwieniu zgłaszania zagrożeń bezpieczeństwa w organizacji wskazanymi, dogodnymi dla zgłaszającego środkami komunikacji (e-mail, telefon, skrzynka). Aby zwiększyć zaufanie osób do systemu, obsługę zgłoszeń zdarzeń należy zorganizować w sposób zabezpieczający poufność tożsamości zgłaszającego i innych osób wymienionych w zgłoszeniach zdarzeń. Respektowanie zasady ochrony zgłaszającego zagrożenia bezpieczeństwa deklaruje personel najwyższego szczebla w swojej polityce bezpieczeństwa.



Rys. 3. Proces zarządzania badaniem lub wyjaśnianiem zagrożeń w systemie zarządzania bezpieczeństwem (na podstawie MAA Manual of Air Safety, 2014)

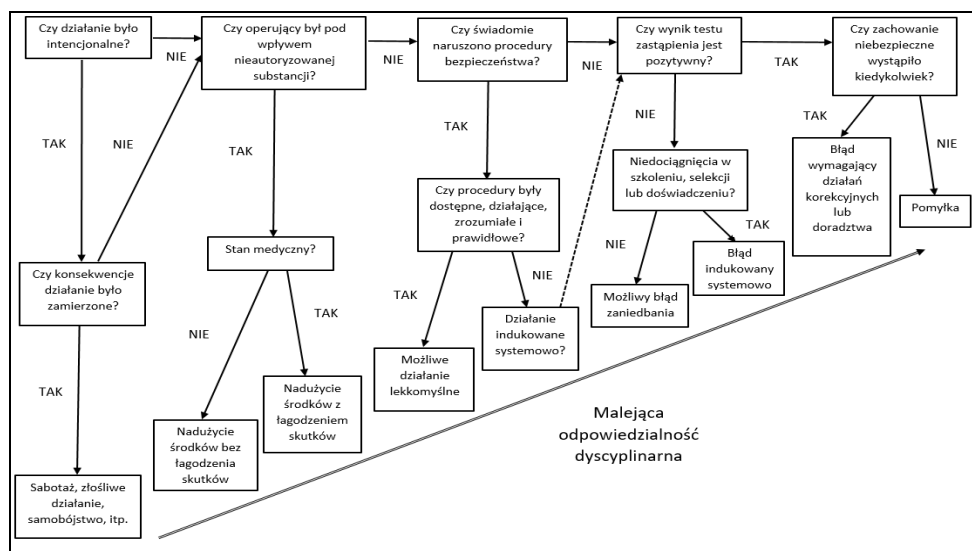
Ważną sprawą w systemie zarządzania bezpieczeństwem (SZB), w procesie doskonalenia systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych w organizacji, jest przekazywanie informacji zwrotnej do zgłaszającego po wyjaśnieniu i podjęciu działań profilaktycznych przez osoby funkcyjne. Fakt ten pokazuje uczestnikom systemu zarządzania bezpieczeństwem sens i wagę przekazywanych przez nich informacji i zachęca te oraz inne osoby do zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Przykład funkcjonowania takiego procesu zarządzania badaniami lub wyjaśnianiem zagrożeń w systemie zarządzania bezpieczeństwem przedstawiono na rysunku 3.

Kultura sprawiedliwego traktowania (KST), która jest jednym z głównych komponentów kultury bezpieczeństwa, stanowi istotny element zarządzania bezpieczeństwem w organizacji. Najtrudniejszym jej aspektem jest określenie granicy pomiędzy zachowaniem dopuszczalnym człowieka a nie do zaakceptowania. Badania w tym zakresie prowadzili między innymi James Reason, których wynikiem jest tzw. model karalności (*culpability model*) zobrazowany na rysunku 4 oraz Patrick Hudson, których wynikiem badań jest tzw. model sprawiedliwego traktowania (*just culture model*). Oba modele składają się z diagramu określającego klasyfikację behawioralną opartą na informacjach uzyskanych w czasie badania zdarzenia niepożądanego i ramy oceny relatywnych poziomów winy i odpowiedzialności przypisanych do tych klasyfikacji behawioralnych zachowań człowieka. Kolejność pytań zaznaczono strzałkami, natomiast w polach wpisano pytania lub rezultaty odpowiedzi na nie. Uwzględniając kolejność pytań i odpowiedzi diagramy wskazują kierunek zmniejszającej się odpowiedzialności za popełnione działania (model Reasona) lub odwrotnie tj. zwiększającej się nieakceptowalności działania ocenianego człowieka (model Hudsona). W modelu Hudsona opisano również w polach pod odpowiednimi kategoriami behawioralnych zachowań człowieka wskazania działań zaradczych ze wskazaniem ich wykonawcy (najwyższe kierownictwo, przełożeni i pracownicy).

W sytuacji wystąpienia w organizacji niepożądanego zdarzenia powstają napięcia pomiędzy wymaganiami bezpieczeństwa i dyscypliną oraz tendencją organizacji do „samoobrony” przez obciążanie odpowiedzialnością personalną „winowajców”. Bezpieczeństwo wymaga ustalenia przyczyn źródłowych zdarzenia w celu zapobiegania jego ponownemu wystąpieniu. Dyscyplina natomiast wymaga ukarania osób, które naruszyły przepisy bez powodu lub konieczności. Starannie zdefiniowana i szeroko rozumiana kultura sprawiedliwego traktowania wytwarza standaryzowane otoczenie, w którym wymaganie szczerości i profesjonalnego zachowania jest połączone z dyscypliną i odpowiedzialnością. W związku z wypadkami i incydentami pojawiają się różne interesy społeczne, jak zapobieganie przyszłym wypadkom oraz sprawne funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości. Wychodzą one poza partykularne interesy zaangażowanych stron. Prawidłowa równowaga pomiędzy wszystkimi interesami jest niezbędna do zagwarantowania ogólnej korzyści społecznej. Dla przykładu wdrożenia w 2002 r. zasad kultury sprawiedliwego traktowania w duńskich organach ruchu lotniczego przyniosło po roku funkcjonowania efekt w postaci 980 raportów w stosunku do 15 w roku poprzedzającym zmiany,



nie ma też dowodów na to, że działania te negatywnie wpłynęły na funkcjonowanie organów wymiaru sprawiedliwości.



Rys. 4. Drzewo decyzyjne modelu karalności (*culpability model*) na podstawie Jamesa Reasona (1997)

(na podstawie *A road map to a just culture: enhancing a safety environment*, GAIN working group, 2004)

W lotnictwie krajów UE zasady kultury sprawiedliwego traktowania wdrożono m.in. postanowieniami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 376/2014 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie zgłaszania i analizy zdarzeń w lotnictwie cywilnym oraz podejmowanych w związku z nimi działań następczych. Na jej podstawie oraz Europejskiej Wspólnej Deklaracji Kultury Sprawiedliwego Traktowania (*European Corporate Just Culture Declaration*) podpisanej w dniu 1 października 2015 r., przez przedstawiciela Komisji Europejskiej panią Violetę BULC – Komisarza ds. transportu oraz reprezentantów środowiska lotniczego, w krajach członkowskich podpisywane są własne deklaracje wdrażania zasady kultury sprawiedliwego traktowania.

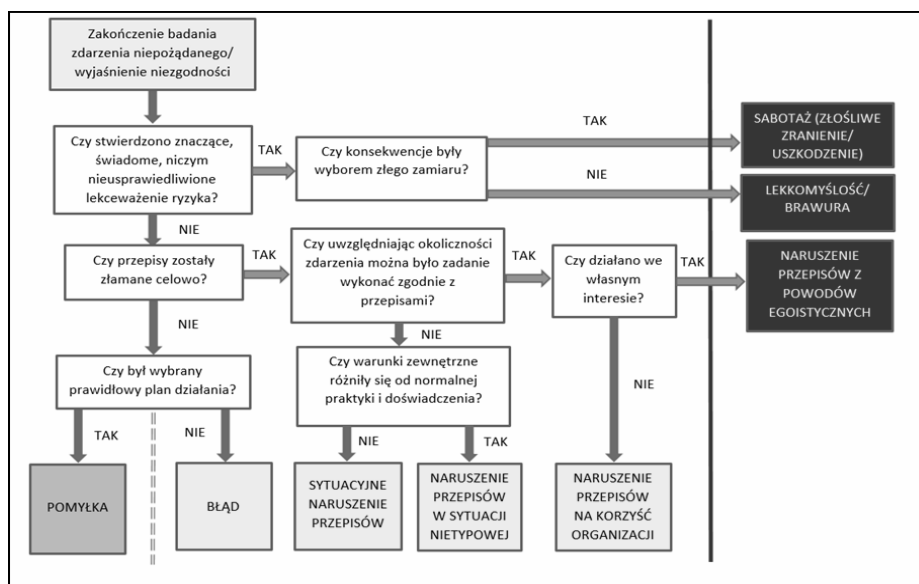
## 5. DIAGRAM/MODEL KULTURY SPRAWIEDLIWEGO TRAKTOWANIA

Ze względu na osobiste doświadczenia autora w artykule przedstawiono przykład konkretnego diagramu kultury sprawiedliwego traktowania wprowadzony przez Urząd Lotnictwa Wojskowego Wielkiej Brytanii (*Military Aviation Authori-*

ty) dokumentem MAA Manual of Air Safety (2014). Na podstawie tych rozwiązań, przy współdziałaniu autora, zostały one wdrożone do użytku w lotnictwie Sił Zbrojnych RP zapisami Instrukcji bezpieczeństwa lotów lotnictwa Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. sygn. Szt. Gen. 1681/2015.

Przedmiotowy diagram KST przypomina bardziej model Reasona niż Hudsona, i jest zobrazowany na rysunku 5. Określa on klasyfikację behawioralną opartą na informacjach uzyskanych w czasie badania zdarzenia i ramy oceny relatywnych poziomów winy i odpowiedzialności przypisanych do tych klasyfikacji behawioralnych. Zastosowanie tego modelu zapewnia bezstronny i uczciwy osąd tego, co jest lub nie jest działaniem akceptowalnym. Przedmiotowa ocena bazuje na kompleksowych i zrozumiałych wnioskach z badania zagrożenia bezpieczeństwa przeprowadzonego przez wyspecjalizowany zespół. Zastosowanie modelu prowadzi do jednej z 8 klasyfikacji behawioralnych rozważanych w 3 następujących kategoriach:

- 1) **niezamierzone działania – niezamierzone konsekwencje.** Jeśli ani działanie ani jego konsekwencje nie były zamierzone przez inicjatorów zdarzenia, uznaje się to za pomyłkę;
- 2) **zamierzone działania – niezamierzone konsekwencje.** Jeśli działanie było zaplanowane w przeciwieństwie do konsekwencji. Ta kategoria zawiera większość klasyfikacji behawioralnych: błąd, zwykłe naruszenie przepisów, naruszenie przepisów w sytuacji niestandardowej, naruszenie przepisów dla korzyści organizacji, naruszenie przepisów z pobudek egoistycznych oraz lekkomyślność;



Rys. 5. Diagram kultury sprawiedliwego traktowania (na podstawie MAA Manual of Air Safety, 2014)

3) **zamierzone działania – zamierzone konsekwencje**. Zarówno działanie jak i jego konsekwencje były planowane. Uznaje się to za złośliwe zranienie/uszkodzenie.

Diagram stosuje się w sytuacji wystąpienia wątpliwości oceny zagrożenia związanego z czynnikiem ludzkim i postrzegania go jako działania nieakceptowalne. Wszystkie przypadki zgłaszanych zagrożeń bezpieczeństwa z udziałem czynnika ludzkiego, w których istnieją takie wątpliwości, powinny być rozpatrywane na wniosek podmiotu badającego/wyjaśniającego incydenty lub niezgodności lub przełożonego operującego (osoby wykonującej umysłowe lub fizyczne działania, które budzą wątpliwości akceptowalności) przez zespół doświadczonych i przeszkolonych specjalistów z danej branży, niezwiązanych zależnością służbową z operującym. Zespół ten zwany „zespołem analizy czynnika ludzkiego”, stanowi swego rodzaju bufor przed ostateczną decyzją przełożonego odpowiedniego poziomu. Standardem powinno być domniemanie niewinności, a postępowanie dyscyplinarne należy stosować jedynie w sytuacjach wyjątkowych.

Procedura postępowania w ramach KST zgodnie ze diagramem powinna być wykorzystana przez wspomniany zespół specjalistów po zakończeniu badania (wyjaśnienia) zagrożenia bezpieczeństwa (na podstawie materiałów z przedmiotowego badania), a przed ewentualnym podjęciem decyzji o wszczęciu postępowania w trybie administracyjnym lub dyscyplinarnym. Decyzję o podjęciu ewentualnych działań administracyjnych lub dyscyplinarnych podejmuje przełożony odpowiedniego poziomu.

Na podstawie zastosowania diagramu KST uzyskujemy jedną z ośmiu następujących klasyfikacji behawioralnych:

- 1) **pomyłka** – jest działaniem niezgodnym z planem. Pomyłki powstają wtedy, gdy operujący robi coś innego niż zamierzał zrobić (pomyłka lub pominięcie) lub nie robi czegoś na skutek problemu z koncentracją lub pamięcią. Przykładami są: błędny odczyt wskaźnika, wyciągnięcie niewłaściwego bezpiecznika lub niewykonanie ostatniej czynności wynikającej z zadania wskutek jego przerwania np. w wyniku zakłócenia lub przekierowania uwagi;
- 2) **błąd** to działanie przebiegające zgodnie z planem, ale plan jest nieodpowiedni dla osiągnięcia zamierzonego celu. Błąd zdarza się, gdy operujący robił to, co zaplanował, ale dla osiągnięcia planowanego celu powinien zrobić zupełnie coś innego (np. użycie nieaktualnej informacji);
- 3) **sytuacyjne naruszenie przepisów** – w niektórych sytuacjach i warunkach występujących w czasie wykonywania zadania rozmyślne nieprzestrzeganie przepisów lub aktywne ich naruszenie jest jedyną drogą do wykonania zadania (np. użycie niewłaściwego wyposażenia, podczas kiedy właściwe oprzyrządowanie jest niesprawne);
- 4) **naruszenie przepisów w sytuacji nietypowej** – ta klasyfikacja bierze pod uwagę takie zdarzenia, w których nieumyślnie nie przestrzegamy przepisów lub je naruszamy w nieprzewidzianych lub nieokreślonych sytuacjach. Nie każda sytuacja może być przewidziana i zaplanowana w nienormalnych/nadzwyczajnych warunkach;

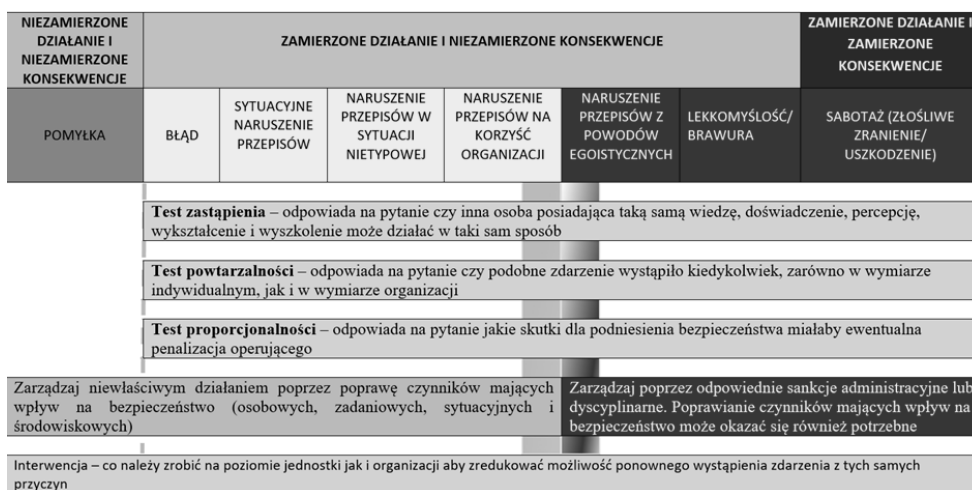
- 5) **naruszenie przepisów na korzyść organizacji** – ta klasyfikacja obejmuje sytuacje w przypadku, gdy kiedykolwiek operujący rozmyślnie łamie przepisy w celu przysporzenia korzyści organizacji. Operujący może wierzyć, że jego działanie będzie dobre dla organizacji dzięki np. redukcji czasu wykonywanego zadania przez pominięcie elementów w zadaniu, które w mniemaniu operującego są zbędne dla osiągnięcia celu określonego przez przełożonych;
- 6) **naruszenie przepisów z powodów egoistycznych** – ta kategoria zajmuje się umyślnym nieprzestrzeganiem przepisów dla osiągnięcia własnych korzyści. Działania typu „pójście na skróty” są podejmowane w celu szybszego wykonania zadania lub obejścia czasochłonnych procedur. Często są one podejmowane pod wpływem emocji, w celu pokonania znużenia zadaniem lub dla pokazania swoich zdolności lub umiejętności. Motywacja do takich zachowań może być wzmacniana lub uzasadniana chęcią wykonania zadania (np. punktualne opuszczenie stanowiska pracy pomimo niezakończenia zadania, użycie nieodpowiednich narzędzi, ponieważ zdobycie właściwych wymaga pewnego wysiłku);
- 7) **lekkość/brawura** – jest to świadome, znaczące i nieusprawiedliwione lekceważenie widocznego ryzyka, ale bez intencji wyrządzenia krzywdy komukolwiek. Niemniej jednak operujący świadomie ignoruje potencjalne konsekwencje swoich działań (np. przyjscie do pracy pod wpływem alkoholu);
- 8) **sabotaż (złośliwe zranienie/uszkodzenie)** – to złośliwe i niczym nieusprawiedliwione spowodowanie szkody fizycznej lub psychicznej osoby albo uszkodzenie lub zniszczenie sprzętu. Dla stwierdzenia czy sabotaż miał miejsce należy określić czy działanie miało te obydwie cechy oraz czy intencją operującego było spowodowanie zranienia/zniszczenia lub przerwania operacji (np. wzniesienia pożaru).

Wspomniany wcześniej zespół doświadczonych i przeszkolonych specjalistów z danej branży, który zrealizuje działania określone diagramem i zakwalifikuje działanie operującego do którejś z kategorii behawioralnych musi jeszcze uwzględnić wykonanie trzech testów zobrazowanych na rysunku 6, w celu podjęcia ostatecznej rekomendacji przełożonemu czy działania operującego były akceptowalne czy nie i jaką interwencję należałoby podjąć, aby zdarzenia te nie powtarzały się w przyszłości.

Są to testy:

- 1) **zastąpienia** – rozważa możliwość analogicznego działania innej osoby o takich samych kompetencjach w podobnych warunkach. Test odpowiada na pytanie czy inna osoba posiadająca taką samą wiedzę, doświadczenie, percepcję, wykształcenie i wyszkolenie może działać w taki sam sposób. W sytuacji wystąpienia tych warunków działanie operującego oceniane będzie w bardziej pozytywnym świetle;
- 2) **powtarzalności** – jest stosowany od czasu, kiedy zdarzenie będące przedmiotem analizy wystąpiło kiedykolwiek, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i w wymiarze organizacji. Stwierdzenie faktu czy zachowania są rutynowe lub czy podobne zdarzenie wystąpiło wcześniej, będzie miało istotne znaczenie dla określenia najbardziej właściwej interwencji;

3) **proporcjonalności** – określa znaczenie, jakie skutki dla podniesienia bezpieczeństwa miałyby ewentualna penalizacja operującego. Służy określeniu surowości kary lub sankcji administracyjnych w odniesieniu ich przełożenia na bezpieczeństwo, chęć wyciągania wniosków i ulepszania zarządzania bezpieczeństwem.



Rys. 6. Diagram analizy wyników badania zdarzeń niepożądanych związanych z wątpliwościami działania akceptowalnego (na podstawie MAA Manual of Air Safety, 2014)

Dopiero tak przeprowadzana analiza ludzkiego działania daje podstawy przejrzystej, sprawiedliwej, spójnej oraz obiektywnej oceny. Kultura sprawiedliwego traktowania wymaga wyznaczenia granicy rozgraniczającej zachowania akceptowalne od nieakceptowalnych przez organizację.

Diagram KST pomaga zarządzającym jak również operującemu w określeniu, jakie zachowania będą podlegały konsekwencjom administracyjnym lub dyscyplinarnym. Znakomitą większość zachowań będzie można rozpatrywać w systemie bezsankcyjnym, wpływając pozytywnie na ogólny poziom bezpieczeństwa. Należy mieć na uwadze, że w nielicznych przypadkach, skutki lub intencje (w szczególności: śmierć, poważne zranienie lub wysokie koszty odszkodowania) mogą wymagać oddzielnych postępowań administracyjnych lub dyscyplinarnych. W celu określenia zakresu interwencji zespół specjalistów, dokonując oceny, ma obowiązek rozważyć, co należy zrobić, aby zredukować prawdopodobieństwo powtórzenia się zdarzenia zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i organizacji. Aby interwencja była skuteczna, w celu zredukowania prawdopodobieństwa powtórzenia się zdarzenia, powinna być właściwa dla typu klasyfikacji behawioralnej określonej przy pomocy diagramu KST. Pomyłki, błędy oraz naruszanie przepisów mają różne podłoże psychologiczne i motywacyjne. Dlatego jest ważne, aby wziąć ten fakt pod

uwagę przy ustalaniu zakresu i rodzaju interwencji. Sugerowane działania interwencyjne podaje tabela 1.

Tabela 1. Propozycje odpowiedniej interwencji w zależności od otrzymanej w ramach KST kategorii behawioralnej

KATEGORIA BEHAVIORALNA ZACHOWANIA	PROPONOWANA INTERWENCJA
POMYŁKA	Dokonać przeglądu kwestii związanych z ludzkim działaniem, szczególnie jeśli pomyłki występują regularnie. Zachęcać personel do raportowania innych potencjalnych pomyłek, prowokacyjnych zadań lub niezgodności.
BŁĄD	Redukować błędy poznawcze poprzez zarządzanie właściwym działaniem i szkolenia. Zachęcać personel do raportowania innych potencjalnych błędów, prowokacyjnych zadań lub niezgodności.
SYTUACYJNE NARUSZENIE PRZEPISÓW	Sprawdzić występowanie błędów systemowych. Zachęcać personel do zgłaszania każdej niebezpiecznej sytuacji. Utrwalać zrozumienie sytuacji akceptowalnych i niedopuszczalnych wśród pracowników i kierownictwa. W razie potrzeby stosować procedury KST i łagodniejsze działania administracyjne mające na celu skorygowanie systemu.
NARUSZENIE PRZEPISÓW W SYTUACJI NIETYPOWEJ	Sprawdzać wyszkolenie personelu pod kątem umiejętności reagowania w sytuacjach nietypowych. W razie potrzeby stosować procedury KST i łagodniejsze działania administracyjne mające na celu skorygowanie systemu.
NARUSZENIE PRZEPISÓW NA KORZYŚĆ ORGANIZACJI	Sprawdzić występowanie błędów systemowych. Utrwalać wśród pracowników i kierownictwa zrozumienie akceptowalnych i niedopuszczalnych zachowań, norm lub oczekiwań, poprzez rozwijanie metod doskonalenia osobistego i zawodowego. W razie potrzeby stosować procedury KST i łagodniejsze działania administracyjne mające na celu skorygowanie systemu.
NARUSZENIE PRZEPISÓW Z POWODÓW EGOISTYCZNYCH	Zarządzać poprzez podejmowanie odpowiednich działań dyscyplinarnych lub administracyjnych. Zastosować indywidualne wsparcie dla personelu biorącego udział w zdarzeniu w celu wyeliminowania złych zachowań. Mogą być potrzebne działania skierowane na wykrycie problemów systemowych.
LEKKOMYŚLIWOŚĆ/ BRAWURA	Zarządzać poprzez podjęcie odpowiednich działań administracyjnych lub dyscyplinarnych. Mogą być potrzebne działania skierowane na wykrycie problemów systemowych.
SABOTAŻ (ZŁOŚLIWE ZRANIENIE/ USZKODZENIE)	Zarządzać poprzez podjęcie odpowiednich działań administracyjnych lub dyscyplinarnych. Istnieje potrzeba zaangażowania organów ścigania. Mogą być potrzebne działania skierowane na wykrycie problemów systemowych.

Na podstawie MAA Manual of Air Safety, 2014

## 6. PODSUMOWANIE

Podsumowując, należy stwierdzić, że zmiany wprowadzone normą ISO 45001:2018 „Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – wymagania z poradnikiem użytkownika” dają nadzieję na usprawnienie działań profilaktycznych w organizacjach, przez zwiększenie liczby raportów o zdarzeniach niepożądanych, a co za tym idzie możliwości podjęcia skuteczniejszych działań proaktywnych, opartych na udokumentowanych dowodach, w których nacisk jest położony na zapobieganiu wypadkom na podstawie analizy wszystkich stosownych informacji dotyczących bezpieczeństwa, w tym informacji o zdarzeniach niepożądanych. Aby te założenia zrealizować, potrzebne jest rozwijanie kultury bezpieczeństwa w organi-

zaczajach oraz jasne określenie granicy pomiędzy działaniami akceptowalnymi, a nieakceptowalnymi, które generują zdarzenia niepożądane w organizacjach. Należy również ulepszać system raportowania, uzupełniając obligatoryjny system zgłoszeniowy o zdarzeniach niepożądanych poufnym systemem dobrowolnym.

Ponadto bardzo ważne są narzędzia pozwalające na stworzeniu atmosfery zaufania i otwartości w raportowaniu zdarzeń niepożądanych. Takie możliwości daje diagram kultury sprawiedliwego traktowania, która gwarantuje sprawiedliwą i obiektywną ocenę zachowań ludzkich w organizacji, wprowadza rozróżnienie pomiędzy błędami popełnianymi przez człowieka a błędami systemowymi i organizacyjnymi oraz pokazuje granice stosowania ewentualnych sankcji administracyjnych czy dyscyplinarnych. Kultura sprawiedliwego traktowania wydaje się ważną propozycją dla najwyższego kierownictwa organizacji w zakresie spełnienia wymagań normy ISO 45001:2018 dotyczących zapewnienia ochrony pracowników przed ewentualnymi działaniami represyjnymi związanymi ze zgłaszaniem przez nich incydentów, ryzyk, zagrożeń oraz propozycji działań identyfikujących zagrożenia. Narzędzie to, ujęte i deklarowane przez najwyższe kierownictwo w polityce bezpieczeństwa organizacji, daje również możliwość zbudowania atmosfery zaufania pomiędzy pracownikami a kierownictwem, co daje gwarancje stałego dopływu nowych informacji o zdarzeniach niepożądanych poprzez obligatoryjny lub dobrowolny system zgłaszania zdarzeń. Aby właściwie wdrożyć przedmiotowe narzędzia w organizacji potrzebne jest fachowe doradztwo oraz gruntowna wiedza w tym zakresie.

## LITERATURA

- ACSNI Human Factors Study Group: Third report – Organizing for safety HSE Books* 1993.
- A road map to a just culture: enhancing a safety environment.* GAIN working group, 2004.
- Górny, A. (2017). Zarządzanie bezpieczeństwem i higiena pracy w doskonaleniu warunków produkcji – implikacyjne aspekty wymagań normy ISO 45001. *Problemy jakości*, 2-8.
- Heinrich, H.W. (1959). *Industrial Accidents Prevention*. New York, Toronto, London, McGraw Hill Book Company.
- ISO 45001:2018. *Occupational health and safety management systems. Requirements with guidance for use.*
- ISO/DIS 45001:2016 vs. OHSAS 18001:2007 matrix, 18001 Academy, 2016.
- ISO 45001 to replace OHSAS 18001 *Opportunities to improve occupational health and safety*, Lloyd's Register LRQA, 2016.
- Military Aviation Authority: Manual of Air Safety*. Bristol, 2014, 32-38.
- Occupational health and safety management, BS OHSAS 18001 moving to ISO 45001, 2014, Report of International Register Certificated Auditors, Chartered Quality Institute, London.
- Reason, J. (1997), *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot.

Regulation (EU) No 376/2014 Of The European Parliament And Of The Council of 3 April 2014 on the reporting, analysis and follow-up of occurrences in civil aviation.

Occupational Safety and Health Organization [https://www.osha.gov/dte/grant\\_materials/fy11/sh-22318-11/Mod\\_3\\_ParticipantManual.pdf](https://www.osha.gov/dte/grant_materials/fy11/sh-22318-11/Mod_3_ParticipantManual.pdf) (24.06.2018).

## **ADVERSE EVENTS REPORTING SYSTEM IMPROVEMENTS IN ORGANISATIONS IN THE CONTEXT OF ISO 45001:2018 STANDARD – IMPLEMENTATION**

### Summary

This article presents basic issues related to effectiveness improvements of adverse events reporting systems and a just culture in the context of ISO 45001:2018 standard – Occupational health and safety management systems implementation. The organizations, that want to implement the new standard, need effective tools to make their reporting systems more effective because of some new requirements of the standard laws. Some proven solution of that have been used for some time past especially in aviation and medicine. It is a confidential, voluntary reporting system as a useful complement to a compulsory reporting system and the just culture. The just culture is described as an atmosphere of trust in which people are encouraged for providing essential safety-related information – but in which they are also clear about where the line must be drawn between acceptable and unacceptable behavior. The tool supports the organizations with handling blame and punishment. In addition, there is information about the factors determining the growth of undesirable occurrence reports number in the organisations and ways to classify the behaviour and attitudes of employees as acceptable or not.

**Keywords:** occupational health and safety management systems, safety culture, reporting culture, just culture