

1998:1

Öka säkerheten med hjälp av olycksfall

– ett verktyg för informationshantering och dess tillkomst

*Elisabeth Åberg
Tomas Backström
Marianne Döös*

ARBETSLIVSRAPPORT

ISSN 1401-2928

ENHETEN FÖR ARBETSORGANISATION
ENHETSCHEF: PETER DOCHERTY



Arbetslivsinstitutet

Arbetslivsinstitutet

Centrum för arbetslivsforskning

Arbetslivsinstitutet är nationellt centrum för forskning och utveckling inom arbetsmiljö, arbetsliv och arbetsmarknad. Kunskapsuppbyggnad och kunskapsanvändning genom utbildning, information och dokumentation samt internationellt samarbete är andra viktiga uppgifter för institutet.

Kompetens för forskning, utveckling och utbildning finns inom områden som

- arbetsmarknad och arbetsrätt,
- arbetsorganisation, produktionsteknik och psykosocial arbetsmiljö,
- ergonomi,
- arbetsmiljöteknik och belastningsskador,
- arbetsmedicin, allergi, påverkan på nervsystemet,
- kemiska riskfaktorer och toxikologi.

Totalt arbetar omkring 470 personer vid institutet, varav 350 med forskning. Forskning och utbildning sker i samarbete med universitet och högskolor.

Arbetslivsrapporterna är utgivna av Arbetslivsinstitutet.
Ytterligare exemplar kan beställas från:

Förlagstjänst
Arbetslivsinstitutet
171 84 Solna

Tel: 08-730 98 00, Fax: 08-730 98 88

Arbetskyddsstyrelsens tryckeri 1998
ISSN 1401-2928

Förord

Inom projektet "Enkla-hantering - dokumenterar olycksfallsproblemet, ger företaget underlag till handlingsplaner och möjligheter att utvärdera åtgärder" har syftet varit att genom metodutveckling åstadkomma effektivare sätt att hantera olycksfallsproblemet inom företag och andra verksamheter.

Formulärskonstruktion, datainsamling, bearbetning, analys och återrapportering har till helt övervägande del genomförts av Elisabeth Åberg. Projektledarna Tomas Backström och Marianne Döös har förutom under planering samt utveckling av blankett och sammanställningar, haft sin roll i bakgrunden. Projektet har utförts i samarbete med Arvid Lindén vid Arbets- och skyddsstyrelsens Informationssystem om arbetsskador (ISA). För finansieringen har Arbetsmiljöfonden/Rådet för arbetslivsforskning stått.

Forskargruppen är mycket tacksam för de deltagande företagens insats i Enkla-projektet. Trots att stora organisationsförändringar pågått under perioden på alla håll, har de överenskomna åtagandena i projektet fullföljts. Samarbetet har gett oss många lärorika erfarenheter och utan tvekan bidragit med kunskaper, som finns i denna rapports beskrivning av Enkla-hantering. Den arbetsinsats man lagt ner på projektet har gagnat forskningen och förhoppningsvis även varit kostnadseffektiv för företagen själva.

Stockholm i januari 1998

Elisabeth Åberg

Tomas Backström

Marianne Döös

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	6
Del 1. HANTERA OLYCKSFALLSRISKER MED ENKLA	8
Utredningsblanketten	8
Utredningsarbetet	9
Administration av blanketten	9
Handledning till Enklas olycksfallshantering.....	12
Utformning och innehåll av sammanställningar av olycksfall	13
Problemets storlek – Sammanställning A	14
Olycksfallens när, var och hur – Sammanställning B	16
Korta beskrivningar – Sammanställning C	19
Arbetsprocedurer	20
Del 2. FORSKNINGSPROJEKTET SOM UTVECKLAT ENKLA	21
Utgångspunkter för projektet	21
Målet med Enkla-hanteringen	23
Projektets genomförande	24
Medverkande företag.....	24
Sågen	24
Bygget	25
Sjukhuset	26
Första prototypen till Enkla	27
Informationsuttag	27
Kartläggning av informationsbehov	27
Intervjuer före provperioden vid projektets början	28
Provperiod	28
Intervjuer efter provperioden vid projektets slut vid Sågen och Bygget	30
Erfarenheter från Sågen och Bygget av prov med Enkla- hanteringen	30
Vilka gjorde utredningarna, och vilka borde?	30
Hur var det att utreda enligt Enkla-blanketten?	31
Outnyttjade möjligheter	31
Fördelar och nackdelar	32
Omdömen om sammanställningarna	32
Förändringar i olycksfallsarbetet i samband med Enkla- hanteringen	34
Förändringar i informationen om företagets olycksfallsproblem	34
Förändringar i olycksfallssituationen	35
Åtgärdsförslag.....	35
Diskussion	37
Olika förfaringssätt	37
Informationsåterföring	38
Positiva reaktioner	39
Två viktiga lärdomar	39
Tecken som tyder på att Enklas grundidé fungerar	39
Idéer till förändringar som provperioden givit upphov till.....	40
Slutlig kommentar	40
Litteraturreferenser	41
Bilaga 1. Enkla-blankett 1	
Bilaga 2. Enkla-blankett 3	
Bilaga 3. Handledning till blankett 1	
Bilaga 4. Handledning till blankett 3	
Bilaga 5. Kodförteckning 1 – generella koder	
Bilaga 6. Kodförteckning 2 – exempel på kodning för sjukhusverksamhet	

Sammanfattning

Öka säkerheten med hjälp av olycksfall- ett verktyg för informationshantering och dess tillkomst. Åberg E, Backström T, Döös M. Arbetslivsrapport 1998:1. Arbetslivsinstitutet, Enheten för Arbetsorganisation, Solna.

I projektet har den sk Enkla-hanteringen utvecklats – en metod för att hantera information om olycksfall, tillbud och andra felhändelser. Med Enkla kan man utreda händelser och finna dess orsaker, dokumentera och analysera riskerna, ge ansvariga underlag till beslut om förbättringar och handlingsplaner och man kan utvärdera effekten av insatta åtgärder. Enkla-hanteringen är ett verktyg i företagets internkontroll.

Rapporten är uppdelad i två delar. I den första finns allt man behöver för att börja använda Enkla-hanteringen på sitt företag. Här finns en utredningsblankett (som man kan kopiera), anvisningar till ansvariga, kodförteckningar till analysen, förslag på olika sammanställningar för olika ändamål och förslag på arbetsprocedurer.

Den andra delen av rapporten behandlar själva forskningsprojektet, som utvecklat Enkla-hanteringen. Syftet var att skapa ett enkelt verktyg för *insamling* och *användning* av information efter inträffade olycksfall, information avsedd för olika befattningshavare i ett företags beslutshierarki.

I studien ingick tre företag från skilda branscher – ett sågverk, ett byggnadsföretag och ett sjukhus. Efter kartläggning av företagets informationsbehov medelst intervjuer med nyckelpersoner i beslutshierarkin, provades utredningar med hjälp av en blankett för olycksfall och tillbud under ca ett års tid vid de tre företagen. Efter provperioderna följde ytterligare en intervjuomgång med samma personer, dels för att inhämta deras uppfattning om och erfarenheter från utredningarna med hjälp av Enkla, dels för att ge feedback till företagen.

De viktigaste lärdomarna från Enkla-projektet efter samarbetet med medverkande företag är av två slag. För det första har vi sett att Enklas grundidé kan fungera i verkligheten, dvs att man med hjälp av en enkel utredningsblankett kan samla in mer åtgärdsinriktad information än den som fås från arbetsskadeanmälan, och att denna information kan sammanställas på ett sådant sätt att personalkategorier på olika nivåer i företaget anser den som användbar i det förebyggande arbetet. För det andra har vi fått flera idéer till förbättringar av den preliminära version av Enkla-hanteringen, som företagen provade. Dessa idéer finns redovisade i föreliggande rapport.

Summary

Increasing safety through accidents — on a tool for information management and how it was developed. Åberg E, Backström T, Döös M. Worklife Report 1998:1 (in Swedish). Dept of Work Organisation Research, National Institute for Working Life, Solna, Sweden.

The project effected the development of the so-called "Enkla" management tool — a method for handling information about accidents, near-accidents, and other undesired/deviant events. Enkla is used to investigate and find the causes of such events, document and analyze risks, and provide persons responsible with a basis on which to make decisions on improvements and implement action plans. It can also be employed to evaluate the effects of measures taken. Enkla is one of the tools available to organizations/companies for internal control. The aim of the research project, within which Enkla was developed, was to create a simple tool for the *gathering* and *use* of information after an accident had occurred — information intended for various actors within a company's decision hierarchy.

The report is divided into two parts. The first contains everything needed to start using Enkla information management within a company: an investigation form (that can be copied), instructions to persons in charge, a list of codes to be used for analysis, proposals for various data-compilations for different purposes, and suggestions for work procedures.

The second part of the report treats the research project and the development of Enkla. The study encompassed three organizations from different sectors — a sawmill, a construction company, and a hospital. After surveying the information needs of each organization by means of interviews with key persons in its decision hierarchy, trial investigations were conducted over a period of around one year at each of the three companies using a special accident and near-accident investigation form. The trial periods were followed by a further round of interviews with the same persons, both to receive their views and experiences with regard to the Enkla-aided investigations, and to supply feedback to the organizations.

The most important lessons learned from the Enkla project following collaboration with the participating organizations were of two kinds. First, we have seen that the basic idea underlying Enkla can work in practice; i.e. that a simple investigation form can be employed to gather more action-oriented information than that obtained from an occupational-injury report, and that this information can be synthesized in such a manner that groups of personnel at different levels in an organization can see what is utilizable in terms of prevention. Second, we have obtained many ideas for improving the provisional version of Enkla that was tested in these organizations. These ideas are described and discussed in the current report.

De flesta personskador i arbetet orsakas av olycksfall. Årligen inrapporteras ca 75 000 arbetsolycksfall (30 000 med sjukdagar), varav 6 500 särskilt allvarliga (Andersson 1997, Arbetskyddsstyrelsen & Statistiska Centralbyrån 1997). Intentionerna i Arbetsmiljölagen (Arbetskyddsstyrelsen 1997) och föreskriften om internkontroll (Arbetskyddsstyrelsen 1996) kontrasterar mot hur många företag hanterar olycksfallsproblematiken. Återkopplingen av information sker sällan på så sätt att företagen kan använda den i förebyggande syfte. Utformningen av den obligatoriska blanketten för arbetsskadeanmälan ger inte tillräckligt stöd för detta. Den bidrar i huvudsak till sammanställningar om skadad kroppsdel och skadans art, medan inga förberedda klassificeringar finns för ur preventiv synpunkt mer värdefull information rörande arbetsaktiviteter och åtgärder.

Ett företag, som är angeläget att minska olycksfallen, behöver verktyg för att djupare tränga in i sitt olycksfallsproblem. För att bidra till mer effektiv hantering av problemet krävs utveckling av verktyg för återföring av information från inträffade olycksfall till företagets beslutsprocesser.

I detta projekt utvecklades den s k Enkla-hanteringen, ett tillvägagångssätt eller en procedur som dokumenterar olycksfallsproblemet, ger företaget underlag till handlingsplaner och möjlighet att utvärdera effekten av insatta åtgärder. Avsikten var att åstadkomma en enkel hantering för att samla in och sammanställa information om inträffade olycksfall. Sammanställningarna skulle uppfylla de skilda behov av information om olycksfallsproblemet som *olika* beslutsfattare på ett företag har, när de exempelvis ska tilldela resurser, göra prioriteringar, upprätta handlingsplaner, utvärdera insatta åtgärder, besluta om eller konkret genomföra förändringar i produktionssystemet (Backström T, Döös M 1992).

I föreliggande rapport avrapporteras Enkla-projektet. Rapporten består av två delar:

- Första delen riktar sig framför allt till praktiker och framtida utredare av olycksfall. Den beskriver projektets slutprodukt, dvs blankett för inhämtande av data, praktiska råd därvidlag samt sammanställningar för presentation av dessa data för olika hierarkiska nivåer.
- I andra delen beskrivs forskningsprojektet, som utvecklat Enkla: bakgrund, arbetsgång, metoder och empiri. Avslutningsvis redovisas erfarenheter från proven med Enkla-hanteringen på ett sågverk, ett byggnadsföretag och ett sjukhus.

Del 1. HANTERA OLYCKSFALLSRISKER MED ENKLA

Enkla-hanteringens består av tre delar:

- utredningsblanketten
- sammanställningar
- arbetsproceduren

Inträffade olycksfall utreds med hjälp av blanketten, vars uppgifter kodas och bearbetas manuellt eller matas in i något av de två datasystem som i dagsläget är förberedda för Enkla. Datauttag och sammanställningar görs sedan vid lämpliga tillfällen. Utvecklingen av datasystemen, Lisa och MiA (Miljödata 1997; InfoService Sweden AB 1997) och anpassning till Enkla har skett successivt under projektet och pågår fortlöpande.¹

Utredningsblanketten

Enkla-blanketten är förberedd för sammanställningar av information om händelseförlopp och olycksfallsorsaker. Den utgör ett komplement till den obligatoriska arbetsskadeanmälan. För att underlätta för ovana utredare innehåller blanketten mycket vägledande och idégivande text och checklistor. Två versioner användes på försök i medverkande företag. En fråga skiljer dem åt. En tredje mer komplett, men oprövad utredningsblankett, har utarbetats senare. Den innehåller även uppgifter erforderliga för att göra en fullständig ifyllnad av den obligatoriska arbetsskadeanmälan. Vilken Enkla-blankett man väljer att använda är en smaksak, delvis styrt av hur man uppfattar att de passar in med företagets övriga utredningsblanketter och rutiner samt befintligt datasystem för arbetsskador.

Blankett 1: Komplement till arbetsskadeanmälan och avsedd för företag, vilka använder informationssystemet Lisa, där vissa uppgifter redan finns (se bilaga 1).

Blankett 2: Komplement till arbetsskadeanmälan för dem som inte använder informationssystemet Lisa (se sid 10-11).

Blankett 3: Samlar även in den information om olycksfallet, som behövs för att med Enkla-utredningen som utgångspunkt fylla i den obligatoriska arbetsskadeanmälan (se bilaga 2).

Antingen utreder man således olycksfallen med hjälp av Blankett 3 och för därefter över information till den obligatoriska arbetsskadeanmälningsblankett som ska insändas till Försäkringskassan, eller så fyller man på vanligt vis i den obligatoriska blanketten och kompletterar den med någon av Enkla-blanketterna 1 eller 2. Den fråga som skiljer blankett 1 och 2 åt är Fråga 2 på Blankett 2 – Händelsen som gav skadan (se sid 10). Om man använder Lisa-

¹Framhållas bör dock att datasystemen är från forskningsprojektet fristående produkter. Innebörden av detta är att den intresserade användaren själv, i kontakt med resp systemleverantör, har att avgöra systemens kvalitet samt för och nackdelar i förhållande till varandra.

systemet ingår redan denna klassificering bland de förberedda inmatningsprotokollen.

Som stöd till Enklas blanketter finns anvisningar, som bl a kan leda utredaren in på nya tankebanor (anvisningar för blankett 2: se sid 12-13, för blankett 1: se bilaga 3 och för blankett 3: se bilaga 4).

Utredningsarbetet

Utredning av olycksfall och tillbud kan gå till på många olika sätt. Extremerna kan beskrivas enligt följande. Däremellan kan olika tänkbara kombinationer rymmas.

- Utredningen sker på arbetsplatsen, gärna i närvaro av den skadade och närmaste chef. Kompletteringar och kontroll sker sedan centralt.
- Utredningen utförs av en fast utredare eller utredningsgrupp, som utreder alla olycksfall på företaget.

På företag där olycksfallsutredningar inte alltid lett förbättringar, kan det finnas ett motstånd mot att genomföra noggrannare utredningar. Då kan det vara bra om en fast utredare eller utredningsgrupp genomför eller stödjer utredningarna på arbetsplatsen. När arbetstagare och lägre chefer börjar inse de möjligheter till utveckling, som en Enkla-utredning innebär, kan de själva ta över allt större del av ansvaret för utredandet. På sikt kan målsättningen vara att en fast utredare eller utredningsgrupp bara används vid allvarigare olycksfall eller mer komplicerade felhändelser.

Administration av blanketten

För att användbara sammanställningar av den via Enkla-rapporteringen insamlade informationen skall kunna göras, krävs att uppgifterna kodas på ett för företaget meningsfullt sätt. De flesta av frågorna är redan förkodade på blanketten. För de öppna frågorna finns kodnycklar. Kodförteckning 1 (bilaga 5) innehåller grundkoder, vilka huvudsakligen baserar sig på kodningen i det nationella olycksfallsregistret: Informationssystemet för arbets-skador (ISA). Dessa generella koder är användbara för flertalet företag inom skilda branscher (t ex produktions- och byggnadsindustri), men med tiden kan man på företaget utveckla egna mer specifika koder, vilket förbättrar sammanställningarna. För andra verksamheter är de inte tillämpliga i denna utformning utan bör redan från början anpassas till den bransch det gäller och då så nära grundkodningens uppbyggnad som möjligt. Ett exempel på en sådan anpassning framgår av kodförteckning 2 (bilaga 6), som är avsedd för sjukhusverksamhet.

Utredning av olycksfall/tillbud

- ger mer användbar information och statistik
(Komplettering av arbetsskadeanmälan)

- 1 Skadedatum: _____ Arbetsställe: _____
 Avdelning: _____ Skadades befattning: _____
 Skadades namn: _____ Skadades personnr: _____

2 Händelsen som gav skadan. Välj bland de nedanstående:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Skadad av person eller djur | <input type="checkbox"/> ₇ Skadad av något annat i rörelse, t ex maskindel eller flygande och fallande föremål, kast med handhållen maskin |
| <input type="checkbox"/> ₂ Elolycka, brand, explosion, sprängning eller skjutning | <input type="checkbox"/> ₈ Överbelastning av kroppsdel |
| <input type="checkbox"/> ₃ Fall av person, hopp, halkning, snubbling | <input type="checkbox"/> ₉ Hanteringsskada, t ex slant med verktyg/instrument, eller skadade sig på något stillastående, t ex en vass kant |
| <input type="checkbox"/> ₄ Bränn-, frät-, köld-, förgiftningsskada eller syrebrist | <input type="checkbox"/> ₀ Chock, övriga olyckor |
| <input type="checkbox"/> ₅ Feltramp, snedtramp eller spiktramp | |
| <input type="checkbox"/> ₆ Fordonsolycka eller påkörd | |

3 a. Var inträffade olycksfallet/tillbudet? T ex del av byggnad, arbetsplats, vid maskin

b. Vad höll personen på med när olycksfallet inträffade? T ex arbetsuppgift, arbetsmoment

c. Hur gick olycksfallet till (vad gick på tok)?

d. Hur uppstod skadan (vad gjorde personen sig illa på)?

4 Vad var *tillfälligt annorlunda* än det brukar Varför kunde olycksfallet hända? Se vägledn. nedan!

Exempel på avvikelser från hur det brukar vara på arbetsplatsen:

Maskiner, lyfthjälpmiddel, instrument eller redskap, trasiga, upptagna eller inte till hands

Arbetsmaterial av tillfälligt dålig kvalitet, detaljer felaktiga eller försenade

Felmanöver, felbedömning, missförstånd, trötthet, tillfällig funktionsnedsättning, glömt berätta om fel, fel klädsel

Tidspress, ovanligt hög belastning, andra väntar på en, kort om folk, ingen/ovan ersättare, nybörjare, ovanligt mycket att göra, ingen att rådfråga, inte hunnit ta rast, ovanligt mycket övertid

Trasiga eller borttagna tekniska skydd, hjälm borta, skyddsglasögon trasiga, ej använt personlig skyddsutrustning/kläder

Trasig belysning, tillfälligt skymd sikt, ombyggnadsarbete

5 Underlag för beräkning av olycksfallets/tillbudets ekonomiska följd:

Extra arbete med anledning av olycksfallet (administration, möten, utredningar, vikarie)

1. För arbetsledning: _____ tim 2. För arbetstagare: _____ tim

Kostnader för förstörd utrustning och material, åtgärder efter olycksfallet/tillbudet (förbättring, komplettering av skydd), tillfälligt produktionsstillestånd (produktionsbortfall, fasta kostnader för lön och utrustning, avgift för kontraktsbrott, skadestånd, böter) m m _____ kr

Antal sjukdagar totalt _____ dagar

6 Förhållanden som *var som de brukar* men som kan ha påverkat olycksfallet.
Kryssa i *alla* aktuella.

Ange med egna ord vad ni tänker på

₁ Platsen där det hände
t ex belysning, sikt, värme, kyla, buller, arbets-
ställningar, underlagets beskaffenhet, halka,
städning, ordning

₂ Utrustning, kläder
t ex oskyddade maskinrörelser, sliten utrustning,
fel verktyg, hjälpmedel saknas, användning av
personlig skyddsutrustning, olämpliga skor/
kläder/handskar

₃ Arbetsituationen
t ex ständig tidspress, produktionsplanering,
ackordlön, övertid, rutinarbete, inga buffertar,
problem med frånvaro, samarbetsproblem

₄ Förebyggande arbetet
t ex den här risken kunde ha upptäckts och
undanröjts, t ex vid skyddsrondd; underhåll

₅ Säkerhetsklimatet
t ex konflikt produktion-säkerhet, arbets-
/säkerhetsinstruktioner, rutiner för ... saknas,
kunskap om fel rapporteras inte vidare,
rapporterade fel åtgärdas ej

₆ Utbildning och information
t ex person saknade kompetens, information
hade ej nått person, introduktion, internutbild-
ning, arbetsplatsmöten

₇ Annat. Skriv vad!

7 Förslag till åtgärder för att ta bort brister (se fråga 5 o 6) så att liknande olycksfall/
tillbud undviks i framtiden. Ange åtgärderna i klartext!

Beslutat
att genomföra

₁ Tekniska förändringar. Reparera, nyinstallera,
förbättra e d.

₂ Utbildning. T ex kurser åt personalen

₃ Rutiner, instruktioner. T ex nya arbetssätt

₄ Utredning. T ex göra riskanalys, söka åtgärder

₅ Information. T ex berätta något för personalen

₆ Annat. Skriv vad.

₇ Inga åtgärder föreslås. Varför?

Förslag

Ja Nej

Ansvarig för åtgärder och senast klart datum: _____

8 Bedömning av händelsens tänkbara farlighet och allvar:

₁ Oviktig händelse, kan få mindre vikt i skyddsarbetet

₂ Allvarlig händelse

₃ Mycket allvarlig händelse, bör få större vikt än andra olycksfall i skyddsarbetet

9 Deltagit i utredningen:

_____ För företaget

_____ För personal

_____ Den skadade

10 Fylls i senare:

Åtgärder genomförda och kontrollerade: Ja

Signatur: _____

Total kostnad för olycksfallet

Summa kronor _____

Anvisningar till utredaren av olycksfall och tillbud

(Siffrorna hänvisar till frågenummer på Enkla-blanketten)

- **1. Vilka uppgifter ska finnas under "Arbetsställe" respektive "Avdelning"**
Uppgifterna är till för att ange var olyckan inträffade. Där ska stå de namn på delar av företaget ni brukar använda eller vill använda, när ni internt presenterar statistik och kostnader för olycksfallen.

- **4. Undvik att svara "tänkte sig inte för", "slarv" osv.**
Det första många kommer att tänka på är att den skadade gjort fel eller slarvat. Fastnar man där och inte tänker längre, blir det svårt att förebygga liknande händelser. Människor kommer alltid att göra fel och slarva, vad man än säger till dem. Det finns nästan alltid andra avvikelser bakom, som är viktigare när man skall fundera på åtgärder.

- **4, 6, 7. Läs igenom frågornas exempel på svarsförslag – för att få idéer till orsaker man inte tänkt på i första hand.**
Det är viktigt att fundera bakåt i tiden och att gå på djupet. Olyckor har många orsaker och som utredare ska man försöka finna så många påverkande faktorer som möjligt. Ju fler man hittar desto fler möjliga åtgärder finns det. Exemplet täcker inte allt, men är bra att utgå ifrån.

- **6, 7. Skriv en förklaring**
i de fall då föreslagna exempel inte passar för det aktuella olycksfallet och du tvingas välja "Annat".

- **7. Undvik att bara kryssa i "Information", bygg åtgärderna på orsakerna**
Försök komma fram till många åtgärdsförslag. Tekniska förbättringar är mer varaktiga än instruktioner. Åtgärder som gäller hela företaget är ofta bra. De kan förebygga många olycksfall. Klargör vems ansvar det är att genomföra och följa upp föreslagna åtgärder och ange en tidpunkt när det skall vara färdigt.

- **8. Bedömning av händelsens tänkbara allvarlighet/farlighet.**
Tänk på möjliga konsekvenser och sannolikheten för att något liknande skall hända igen.

Får kopieras

Administrativ komplettering av blanketten

(Siffrorna hänvisar till frågenummer på Enkla-blanketten)

Några uppgifter på blanketten sköts ofta bättre centralt och fylls därför inte i av utredaren.

► **3a, b, c, d, 4. Kodning.**

För att sammanställningar av den insamlade informationen skall kunna göras, krävs att uppgifterna kodas. I rapporten "Öka säkerheten med hjälp av olycksfall", bilaga 5 och 6, återfinns kodningslistor.

► **5. Kostnaden för olycksfallet.**

Datorsystem finns, som sköter uträkningen av kostnader (t ex Informationssystemet Lisa). Utifrån svaren på fråga 5 kan man räkna ut kostnaden, om man känner till timkostnaden och försäkringssystemet. Man anger storleken på några konstanter (beroende på löneläge och försäkringssystem) och matar in uppgifterna från punkt 5 på blanketten. Komplettera och sammanställ de beräknade kostnaderna för olycksfallet.

► **8. Bedömning av händelsens tänkbara allvarlighet/farlighet.**

Skyddsingenjör eller motsvarande kan i dialog med utredaren revidera bedömningen.

► **Sammanställ, sprid och använd kunskapen om riskerna! Återrapportera till dem som varit med och gjort olycksfallsutredningen och berätta om åtgärderna ni genomfört! De behöver veta att deras utredning gjort nytta.**

Får kopieras

Utformning och innehåll av sammanställningar av olycksfall

Sammanställningarna ger exempel på hur olycksfallsdata kan sammanställas och presenteras på ett lättfattligt och överskådligt sätt. Det står varje företag fritt att välja de sammanställningar, som man finner av intresse. Möjligheten att göra andra uppdelningar av sina data för att få en bättre anpassning till den egna verksamheten finns även. För *små företag* och/eller företag med få olycksfall är det av mindre intresse med statistiska sammanställningar. De har större nytta av korta sammanfattningar av enskilda olycksfall.

Sammanställningarna, som är av tre typer och oftast i grafisk form, är avsedda för befattningshavare utifrån deras skilda informationsbehov. Skilda informationsbehov kan även föreligga för en och samma befattningshavare beroende på vilken förebyggande uppgift man har för avsikt att utföra. En skyddsingenjör kan exempelvis dra nytta av samtliga tre sammanställningar beroende på aktuell arbetsuppgift.

- A** ► Problemets storlek för personer på ledningsnivå och med överblick över hela verksamheten. Informationen visar på problemets storlek i jämförelse med tidigare år, i jämförelse med branschen samt jämför olika delar av företaget och anger olycksfallens ekonomiska konsekvenser.
- B** ► Olycksfallens när, var och hur för personer med ansvar att leda det praktiska arbetsmiljöarbetet. Gör det möjligt att prioritera det förebyggande arbetet och fundera kring orsaker och åtgärder. Grupper av olycksfall kan väljas ut för vidare utredning. Olycksfallen redovisas på avdelningar, befattningar, typ av händelse, pågående aktivitet då olyckan skedde osv.
- C** ► Korta beskrivningar för personer som skall jobba konkret med åtgärdande och förebyggande som därför behöver mer detaljerad information. Ger underlag för beslut om konkreta förändringar genom en kort och standardiserad beskrivning över varje enskilt olycksfall.

Problemets storlek – Sammanställning A

I sammanställning A ingår följande information:

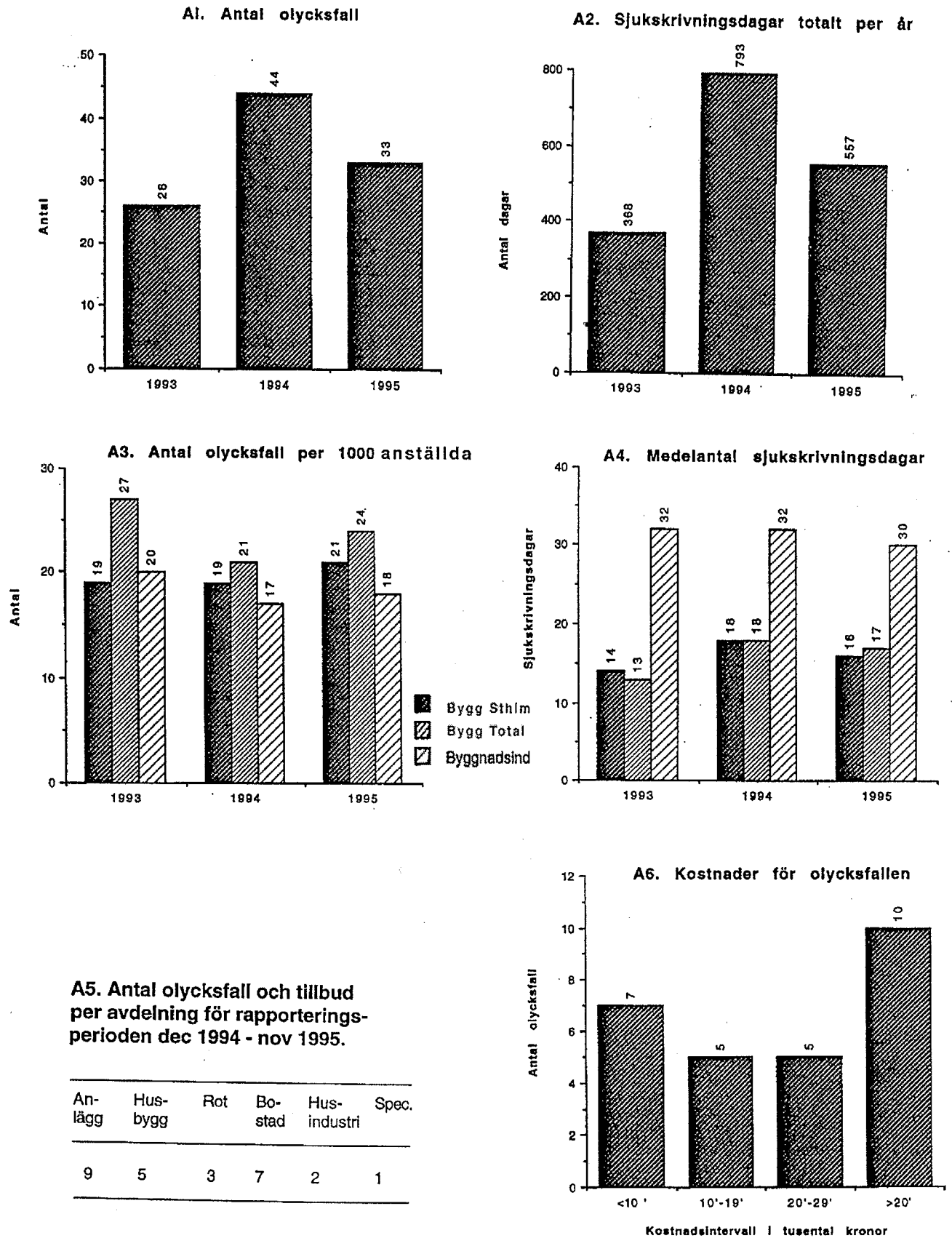
- Antal rapporterade olycksfall och tillbud under de senaste åren (A1)
- Antal sjukskrivningsdagar under de senaste åren (A2)
- Antal olycksfall per 1 000 anställda för olika delar av företaget (A3)
- Medelantal sjukskrivningsdagar för olika delar av företaget (A4)
- Antal olycksfall och tillbud per avdelning och år (A5)
- Kostnader för olycksfall (A6)

Sammanställning A, benämnd "Problemets storlek", är av *övergripande karaktär och avsedd för personer på ledningsnivå och med överblick över hela verksamheten*. Antal rapporterade olycksfall och tillbud (A1) respektive Antal sjukskrivningsdagar (A2) omfattar jämförelser inom företaget. Antal olycksfall per tusen anställda (A3) och Medelantal sjukskrivningsdagar (A4) innehåller jämförelsetal med branschen. Stora företag kan här även brytas ned i dotterbolag, regioner, filialer, avdelningar etc, och på så vis jämförs delar av verksamheten med företaget i stort eller med branschen. Antal olycksfall/tillbud per år och avdelning (A5) visas i tabellform.

En faktor, som väger tungt i många företag, när det gäller att få ned antalet olycksfall, är den kostnad som olycksfallen ibland för med sig. En sammanställning anger olycksfallens ekonomiska konsekvenser per år, uppdelade i antal olycksfall på en skala med skalsteg om 10 000 kr samt en uppgift om totala kostnaden (A6). Här kan man också föra in kostnaden för olika år och härigenom få fram kostnadsutvecklingen för olycksfallen.

I exemplen redovisas uppgift per år. Tidsperiod kan dock varieras beroende på vad man anser lämpligast.

Figur 1. Exempel på sammanställning A från Bygget



Total kostnad: 1 277 400 kronor

Olycksfallens när, var och hur – Sammanställning B

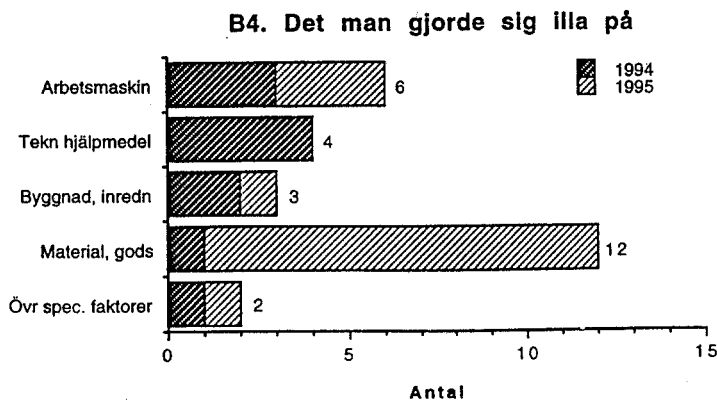
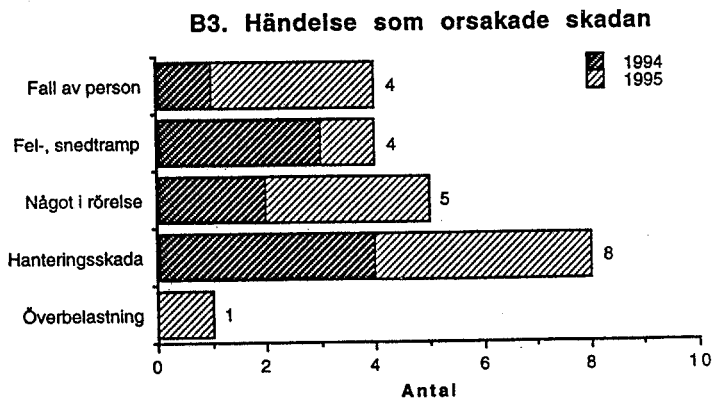
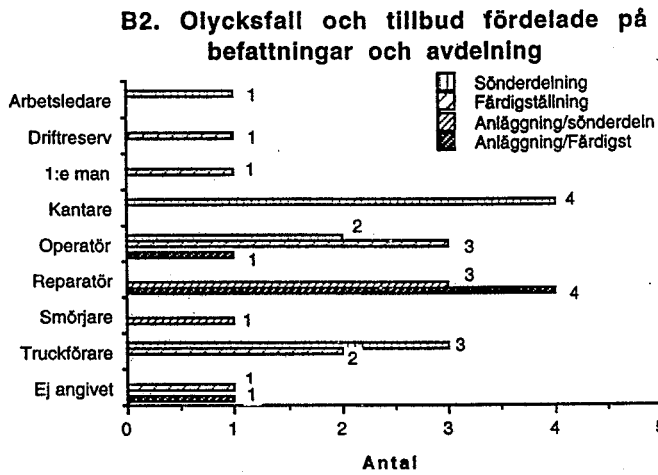
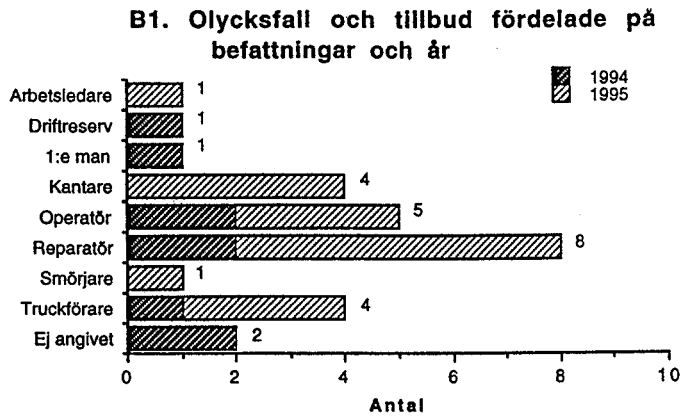
Sammanställning B innehåller:

- Olycksfall och tillbud fördelade på befattningar (B1)
- Olycksfall och tillbud fördelade på befattningar och avdelning (B2)
- Händelse som orsakade skadan (B3)
- Det man gjorde sig illa på (B4)
- Plats där skadan skedde (B5)
- Syssla då skadan inträffade (B6)
- Avvikelser – något som tillfälligt var annorlunda (B7)
- Förhållanden som påverkat (B8)
- Åtgärder (B9)

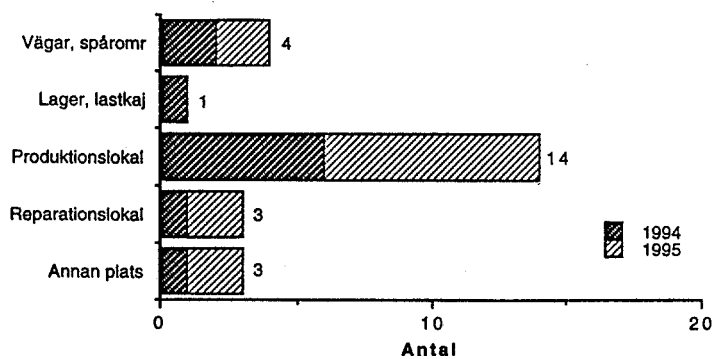
Sammanställning B, "Olycksfallens när, var och hur", går in på vad som var involverat i händelsekedjan. Den är *avsedd för personer på mellannivå* och torde vara av *särskilt intresse för personer i arbetsledande ställning och i skyddsorganisationen*. Sammanställningen gör det möjligt att prioritera det förebyggande arbetet genom att redovisa vilka befattningar (B1) och avdelningar (B2), som är drabbade av olycksfall. Vidare vilken typ av händelse (fall, feltramp, överbelastning av kroppsdel etc) som förorsakade skadan (B3) och hur skadan uppstod, dvs vad man gjorde sig illa på (B4). Den plats (del av byggnad, vid maskin etc), där olycksfallet skedde (B5) redovisas även, liksom vad den skadade var sysselsatt med vid olyckstillfället (B6). Sammanställning B visar också avvikelser, dvs om något tillfälligt var annorlunda än det brukar vara (B7) samt förhållanden, som i och för sig var normala men som kan ha bidragit till att olycksfallet skedde (B8), redovisas. Det sista av diagrammen i sammanställning B innehåller förslag till åtgärder för att undanröja brister, så att liknande olycksfall inte upprepas (B9).

När man valt att prioritera en typ av olycksfall med hjälp av ett diagram i Sammanställning B, kan man sortera fram de olycksfall det gäller och titta på dem med hjälp av sammanställning C, se nedan.

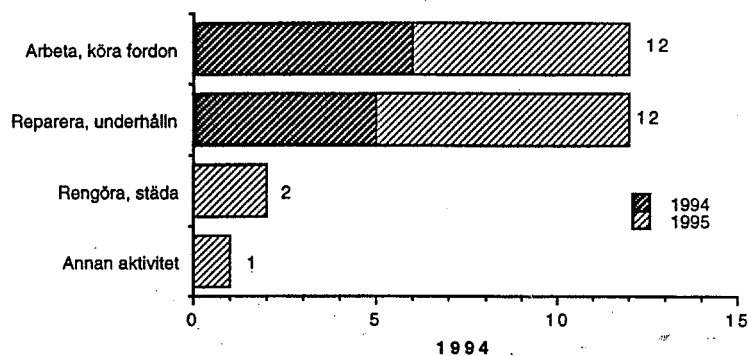
Figur 2. Exempel på sammanställning B från Sågen



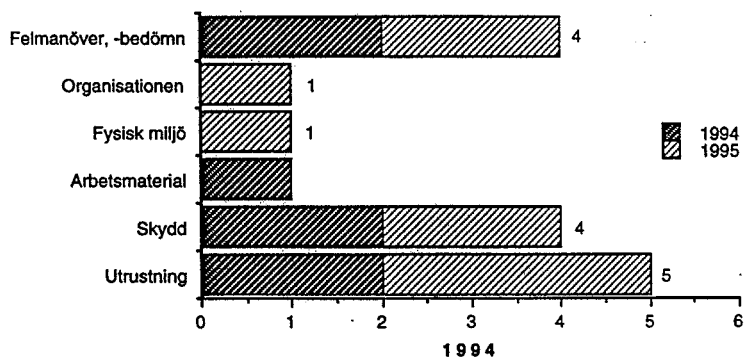
B5. Var skedde olycksfallet?



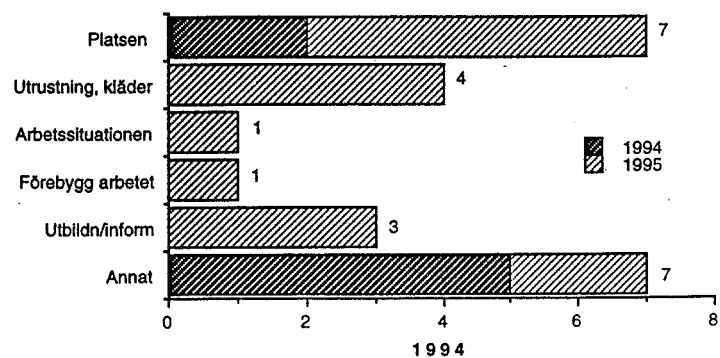
B6. Vad höll man på med?



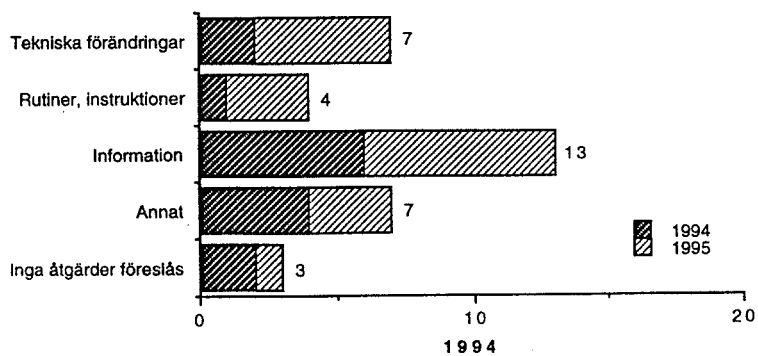
B7. Avvikelser



B8. Normala förhållanden som påverkat



B9. Åtgärder



Korta beskrivningar – Sammanställning C

Den tredje och sista sammanställningen "Korta beskrivningar", kan vara av intresse på olika håll inom företaget men speciellt för dem som har till uppgift att genomföra konkreta förändringar och därför behöver mer detaljerad information, som underlag för beslut om konkreta förändringar. Den utgörs av korta standardiserade beskrivningar över varje enskilt olycksfall/tillbud och innehåller t ex personuppgifter om den skadade, när, var och hur olycksfallet skedde, uppgifter om själva skadan och dess konsekvenser samt åtgärder. Nedan följer ett exempel på en sådan beskrivning från vardera branschen. Namnen är fingerade.

Olycksfall 1994			
Namn: Alvar Andersson	Skadedatum: 940804	Tidpunkt: 10.00	Avdelning: Färdigställning
Befattning: Truckförare	Kön: Man	Ålder: 34 år	År i yrket: 10
Plats: Utlastningskajen	Syssla: Steg ur truck		
Händelse: Steg på underslag	Skadade sig på: Marken		
Avvikelse: Underslag låg på fotsteget			
Förhållanden som påverkat: Underslag låg fel p g a ojämnheter i vägbanan			
Skadad kroppsdel: Hand	Skadans art: Skelettskada		
Kostnad: 6 120 kr	Antal sjukdagar: 7		
Bedömning: Oviktig händelse	Åtgärder: Oförutsägbar händelse		

Olycksfall 1995			
Namn: Bo Bengtsson	Skadedatum: 950720	Tidpunkt: 08.35	Avdelning: Husbyggnad
Befattning: Träarbetare	Kön: Man	Ålder: 38	År i yrket: 18
Plats: Byggarbetsplats	Syssla: Sågade lister		
Händelse: Sågade sig i tummen	Skadade sig på: Sågklingen		
Avvikelse: Två skydd var borttagna			
Förhållanden som påverkat: Tidspress; 5 dgr före besiktning, klingskydd borta			
Skadad kroppsdel: Tumme	Skadans art: Sårskada		
Kostnad: 30 000 kr	Antal sjukdagar: 10		
Bedömning: Allvarlig händelse	Åtgärder: Klingskydd ska vara lättare; information till alla på arbetsplatsen		

Tillbud 1995			
Namn: Caroline Carlsson	Skadedatum: 951115	Tidpunkt: 11.02	Avdelning: Operationsavd.
Befattning: Sjuksköterskestud.	Kön: Kv.	Ålder: 25	År i yrket: 3
Plats: Vid operationsbord	Syssla: Assisterade vid operation		
Händelse: Stack sig i fingret	Skadade sig på: Operationsinstrument		
Avvikelse: Misstänkt skada på något operationsinstrument			
Förhållanden som påverkat: Trångt, dålig arbetsställning. Otillräckligt starka operationshandskar			
Skadad kroppsdel: Höger pekfinger	Skadans art: Sårskada		
Kostnad: 1 000 kr	Antal sjukdagar: 0		
Bedömning: Allvarlig händelse	Åtgärder: Bättre information till stud om risker vid operation		

Arbetsprocedurer

Det viktigaste i arbetsprocessen är att det finns rutiner för hur informationen från inträffade olycksfall och tillbud kommer in i beslutsfattandet, dvs att sammanställningarna kommer till användning. När och hur ofta sammanställningar skall göras (periodvis och/eller inför vissa beslut e dyl, och vilka personer som skall ta del av de olika sammanställningarna måste anpassas till det egna företagets styrning. Detta är en viktig fråga för att olycksfallshanteringen skall komma att fungera. Innan man börjar använda Enkla, måste man ägna tid och kraft åt att besluta om de framtida sammanställningarnas användning.

För att utfallet av en Enkla-utredning skall ge ett lyckat resultat och för att Enkla-hanteringen skall leva vidare och utvecklas, fordras att fyra steg i en arbetsprocess fullföljs, nämligen att

- 1) en utredning kommer till stånd och åtgärdsarbetet startas
- 2) utredningsresultatet tas om hand och sammanställs
- 3) sammanställningarna kommer till praktisk användning
- 4) åtgärder återrapporteras till dem som gjort utredningen.

Del 2. FORSKNINGSPROJEKTET SOM UTVECKLAT ENKLA

Utgångspunkter för projektet

Många års erfarenhet inom olycksfallsområdet har tydliggjort för oss, att problematiken inte kan hanteras enbart med hjälp av nya blanketter. Inte heller datoriserat stöd är tillräckligt för ett lyckat resultat. Det är snarare en kedja som måste fungera; alltifrån själva utredningen och blankettifyllnaden, användande av insamlad information, till att beslut fattas på både kort och lång sikt om åtgärder och handlingsprogram för organisationen.

En fullständig procedur för företagets hantering av olycksfallsinformation har saknats, där olycksfallsutredningar gett ur preventiv synpunkt bra sakinformation och i form av enkla sammanställningar bildat beslutsunderlag, som krävts för att minska olycksfallen. Dvs beslutsunderlag med information om ekonomi, problem-tyngdpunkter och trender, utifrån vilka man kan prioritera, göra handlingsplaner och över tid bedöma om de åtgärder, som man vidtagit, haft effekt eller inte.

Tidigare utredningsmetoder har, såvitt framgått, inte utvecklats utifrån någon kartläggning av vilka skilda informationsbehov, som i sammanhanget viktiga funktioner och yrkeskategorier på företag har, när det gäller olycksfall. Tidigare försök har antingen byggt på arbetsskadeanmälningsblanketten, skapad med andra mål (försäkringstekniska och ge underlag för nationell statistik), eller på utveckling av nya blanketter som inte satts in i sitt organisatoriska sammanhang.²

Det främsta motivet till att utveckla en enkel hanteringsprocedur för att utreda olycksfall och få insamlade data användbara var alltså att det hitintills saknats sådana procedurer. Indikationer på att detta behövs har vi löpande fått, t ex från företag och yrkesinspektioner, som vi haft kontakt eller samarbete med, i samband med undervisning vid Arbetslivsinstitutets företagshälsovårdsutbildningar samt via egen och andras forskning (t ex Döös, Backström & Samuelsson 1994, Sundström-Frisk 1991a, 1991b).

Arbetsolycksfallen är fortfarande ett allvarligt samhälls- och arbetsmiljöproblem, trots att det i dag finns en hel del samlad kunskap om såväl olycksfallens mekanismer och orsaker som åtgärder i förhindrande syfte. Man kan därmed ifrågasätta om den existerande kunskapen kommer till användning, och om den kommer rätt personer till del.

Såväl arbetsmiljölagen (Arbetarskyddsstyrelsen 1997) som föreskriften om internkontroll (Arbetarskyddsstyrelsen 1996) ålägger arbetsgivaren att utreda olycksfall i arbetet. Vikten av att sammanställningarna läggs upp på ett sådant sätt att det går att jämföra skador och tillbud för olika år, betonas lik-

² Många försök har även tidigare gjorts för att göra mer åtgärdsinriktade utredningar av arbetsskador och tillbud, både som kompletteringar till den obligatoriska arbetsskadeanmälan och fristående. Även försök har gjorts att utifrån förändrade arbetsmetoder få företag att hantera olycksfallen bättre med hjälp av den obligatoriska arbetsskadeanmälan. En del av detta finns kortfattat beskrivet i vår forskningsmedelansökan (Backström & Döös, 1992).

som att kunna jämföra skador och tillbud inom olika delar av verksamheten och vid olika arbetsuppgifter (Arbetskyddsstyrelsen, 1996). Att arbetsmiljön dokumenteras och att handlingsplaner upprättas krävs i större utsträckning än tidigare. I och med detta finns ett behov av att nya metoder och instrument utvecklas, som kan underlätta företagens internkontroll och göra det möjligt att utifrån de olycksfall man har arbeta mer effektivt lokalt.

Att dra lärdom av redan inträffade olycksfall är en viktig del i ett effektivt olycksfallsförebyggande arbete. Av erfarenhet vet vi att många stora företag saknar bra och enkla systematiska metoder som hjälpmedel i arbetet. Metoder, som gör det möjligt att upptäcka brister på det enskilda företaget vad gäller t ex teknik och organisation, i syfte att i framtiden minska risken för liknande olycksfall; som visar på problemets tyngdpunkter och ger ett underlag för prioritering av insatser, t ex mot riskfyllda delar av verksamheten eller riskfyllda arbetsuppgifter; som visar kostnader för olycksfall inom olika delar av verksamheten; som visar trender och möjliggör utvärdering av insatta åtgärder.

Inte heller mindre företag har tillgång till bra metoder. Enkla skulle i deras fall sannolikt främst innebära, att enstaka olycksfallsutredningar bidrar med värdefull information för att förhindra upprepningar. Till skillnad från stora och medelstora företag har ett litet företag däremot normalt inte den mängd olycksfall, som gör det intressant att tala om problemets tyngdpunkter resp trender.

Den företagslokala olycksfallshanteringen har många gånger stannat vid att samla arbetsskadeanmälningarna i pärmar. Ökad datoranvändning medför troligen att man i dag i större utsträckning lägger upp dataregister över företagets egna arbetsskador. Därigenom förändras dock inte automatiskt den information och kunskap man får ut på något avgörande sätt. I de företag, där man försökt använda sig av skadeanmälningarna i det förebyggande arbetet, brukar t ex en skyddsingenjör sammanställa någon form av arbetsskadestatistik en à två gånger per år. Koncentrationen ligger då vanligen på information om själva skadan (t ex skadad kroppsdel och skadans omfattning). Ibland görs en uppdelning på veckodag, den skadades ålder eller kön. Man jämför antalet skador år från år och sätter kanske upp som mål att en viss minskning ska ske. Information som t ex baserats på olycksfallets *händelseförlopp* eller på genomförda *åtgärder* vore sannolikt mer effektiv ur preventiv synpunkt men förekommer sällan.

Den koncentration på *skadeinformation*, som ofta framträder i lokal företagsstatistik, är troligen ett resultat av att skadeanmälningsblanketten ger stöd för denna indelning i form av förberedda klassificeringar. Om blanketten gav ett sådant stöd även för frågor, som kan antas vara mer effektiva att arbeta med i preventivt hänseende, så skulle både mer användbar kunskap fås ut av det enskilda olycksfallet och relevant information lättare kunna sammanställas. På företagen finns i allmänhet varken den kompetens eller de resurser som behövs för att bilda klassificeringssystem, som på ett bra sätt utvinnet preventivt viktig information ur de egna skadeanmälningarna. Eftersom detta är naturligt med tanke på att olycksfall på den enskilda arbets-

platsen är en sällsynt företeelse, bör detta så långt möjligt finnas inbyggt i själva utredningsblanketten. Genom att den i sig på ett bättre sätt vägleder den som gör utredningen och ger stöd för att göra sammanställningar i preventivt syfte (genom t ex förberedda koder för sammanställning), ökar företagets möjlighet att lokalt kunna förebygga olycksfall. Med ett stödjande data-system för arbetsskador kan även kodning/klassificering av öppna frågors svar bli möjlig lokalt.

Till skillnad från hur blanketten för den obligatoriska arbetsskadeanmälan är uppbyggd, såg vi det som önskvärt att lägga tyngdpunkten på faktorer som rör själva händelseförloppet, dess möjliga orsaker och påverkande faktorer, liksom på de åtgärder som skulle kunna tänkas vara verksamma i det förebyggande arbetet. Blanketten borde vidare vara kopplad till hur insamlade data kan sammanställas till rapporter och beslutsunderlag som uppfyller olika beslutfattares önskemål.

En kartläggning av vilket informationsbehov, som centrala funktioner och yrkeskategorier på företaget har när det gäller olycksfall, har lagt grunden för utvecklingen av Enkla-blanketten, som åtföljs av en sammanställningsmetod som uppfyller de behov som framkommit i kartläggningen. Blanketten är bara en av länkarna i en lång kedja av aktiviteter som krävs för att förebygga olycksfall. Standardiserade rapportformat behövs t ex, som underlättar data-uttag av relevant information och som kan användas som beslutsunderlag för handlings- och verksamhetsplaner, vid utvärdering av insatta åtgärder eller vid projektering av ny utrustning.

Målet med Enkla-hantering

Avsikten med Enkla-hantering var alltså att åstadkomma en enkel hantering för företag, när det gäller att samla in och sammanställa information om inträffade olycksfall, dvs ett verktyg för att på ett effektivare sätt hantera olycksfallsproblemet. Företag som aktivt försöker arbeta med olycksfallsproblemet har behov av hjälpmedel för att komma underfund med bakomliggande faktorer till olycksfallen. Information som är relevant, när det gäller att förebygga framtida olycksfall, ska vara lätt att sammanställa och bygga på de skilda behov som personer på olika nivåer i företag har. Utredning av ett redan inträffat olycksfall bör därför göras på så sätt, att kunskapen om händelseförlopp och bakomliggande orsaker tas tillvara. Genom Enkla-blanketten har vi försökt fullfölja denna intention och samtidigt hålla oss till en omfattning, som ryms på två A4-sidor, i konflikten mellan att verktyget skulle komma till användning och därmed vara lätt att bruka och att ge nödvändig kunskap och uppgifter. Enkla är designad för att understödja att skadeinformation av god kvalitet kommer till användning. Dess mål är att:

- medverka till att *åtgärderna* efter ett olycksfall *förbättras*, så att likartade olycksfall inte upprepas.
- sammanställning av flera utredningar skall *underlätta upptäckten av företagets tyngdpunkter vad gäller olycksfallsproblemet*, att man får en insikt om de *ekonomiska konsekvenserna* av olycksfallen och att en kunskap

byggs upp om vilka åtgärder som är verksamma för att förebygga en viss typ av olycksfall.

- sammanställningarna ska kunna användas vid speciella tillfällen, t ex då företaget projekterar förändringar i produktionssystemet.
- periodvis utkommande sammanställningar skall underlätta för beslutsfattare att inse att det är irrationellt och ofta olönsamt för företaget att en viss typ olycksfall upprepas år från år.
- underlätta utformningen av handlingsprogram mot dessa olycksfall och göra det möjligt att utvärdera om handlingsprogrammet minskat denna typ av olycksfall eller om ytterligare åtgärder behövs.

Projektets genomförande

En kartläggning av informationsbehovet i företagen gjordes via intervjuer av nyckelpersoner (se nedan). Den låg också till grund för utvecklandet av en prototyp för standardiserade sammanställningar av insamlad information. Samtidigt insamlades fakta om resp företag och dess befintliga olycksfallshandtering. Efter en provperiod, då alla olycksfall och tillbud vid företagen utreddes med hjälp av Enkla-blanketten, intervjuades samma personer om sina erfarenheter av Enkla-hantering. De presenterades då också informationsuttag/sammanställningar, grundade på insamlade data, och ombads säga sin mening om huruvida dessa motsvarade deras önskemål.

I det följande återfinns kortfattade beskrivningar av de i projektet ingående företagen. Vidare redogörs för arbetsgången och utformningen av Enkla-blanketten samt för hur företagens informationsbehov kartlades. Medverkande företag har fått återrapportering genom företagsvisa rapporter (Åberg E, Backström T & Döös M, 1997a, 1997b). Avsnittet avslutas med en redogörelse för de erfarenheter som rönts genom proven med Enkla-hantering och de idéer som den givit upphov till. Företagsbeskrivningen är gjord utifrån intervjuerna vid projektets början och slut.

Medverkande företag

Tre företag, medvetet valda utifrån att de tillhör skilda branscher (tillverkningsindustri, byggnadsindustri och sjukvård) deltog i projektet. Inom tillverkningsindustrin uteslöts verkstadsindustrin, eftersom den varit aktuell i flera av våra andra forskningsprojekt, och vi därmed hade stor erfarenhet från denna bransch. De företag som slutligen kom i fråga var ett sågverk (Sågen) ute i landet, ett byggnadsföretag (Bygget) och ett sjukhus (Sjukhuset) i en storstadsregion. De personalkategorier som intervjuades var i stora drag valda för att återspegla den hierarkiska strukturen (företagsledare, arbetsledare, skyddsombud, skyddsingenjör).

Sågen

– vid projektets start 1995

Sågen ingick tillsammans med tre andra produktionsenheter i en större koncern. Den hade vid tiden för projektets start en årskapacitet på 200 000 m³ sågade trävaror och en omsättning av 200 miljoner kronor. Åren närmast före

hade en omfattande automatisering/datorisering genomförts. Sågen var indelad i fem avdelningar, varav två administrativa (administrativ/personalavdelning och säljadministration) och tre produktionsavdelningar (sönderdelning, färdigställning och anläggning/underhåll).

Sågen leddes av sågverkschefen som ytterst ansvarig. I ledningsgruppen ingick även administrativa och säljadministrative chefen. Antalet anställda var 190 personer, varav 148 kollektivanställda och 14 reserver samt 22 tjänstemän.

– vid provperiodens slut 1995

En omorganisation hade skett inom Sågen med start den 1 februari 1996. En ny sönderdelning togs i bruk med fulla skift samma dag men hade varit under inkörning ett par månader. Det skulle dock dröja en tid innan anläggningen var intrimmad, och full produktion kunde uppnås. Till följd av omorganisationen och den nya effektivare sönderdelningen permitterades vid samma tidpunkt 55 personer.

Omorganisationen bestod även i att ett mellanled mellan platschef och produktionsenheter hade skapats genom inrättandet av en produktionschefsbefattning. Denne hade ansvar för tre övergripande områden, produktion, underhåll och staber. Produktion omfattade två produktionslag, ledda av en produktionsledare vardera. Varje lag var sedan uppdelat på en rådelsgroup och en torrdelsgroup, vilka kunde sägas motsvara tidigare sönderdelning och färdigställning, samt lagergruppen. Inom underhåll fanns likaledes två delar, en för det mekaniska och en för det elektriska. Varje underhållsledare hade mek- och elgrupper för båda produktionslagen. Staberna bestod av sex undergrupper: säljadministrationsgruppen, som tidigare varit en avdelning för sig, samt de nytilkomna produktionsadministration, teknik, systemansvarig, kvalitetscontroller och förebyggande underhåll.

Bygget

– vid projektets start 1994

Vid de inledande diskussionerna om Byggets eventuella deltagande i projektet var företaget indelat i sex regioner, varav en ingick i projektet, och det totala antalet anställda var ca 6 500-7 000 personer. Dessutom förekom verksamhet utanför Sverige. Vid tiden för första intervjuomgångens genomförande hade en omorganisation skett, varvid regioner slagits samman. Regionerna var i sin tur uppdelade i avdelningar. Därunder följde arbetschefsgupper som handhade ett eller flera byggprojekt.

Organisationen var strikt hierarkiskt uppbyggd med en verkställande direktör i spetsen för koncernen. Under honom lydde regionchefer, som i sin tur hade flera avdelningschefer under sig. Dessa var överordnade arbetschefer, vilka i sin tur "chefade" över en eller flera platschefer.

För varje arbetsställe (bygge) fanns en platschef. Denne hade ansvar för såväl personal som ekonomi för bygget. Därefter följde en lika strikt hierarki som högre upp i organisationen med 1:a arbetsledare, 2:a dito, lagarbets-

ledare, delarbetsledare, hjälparbetsledare och längst ned på arbetsledarskalan utsättare.

Byggets verksamhet omfattade tre grenar: Byggnadsarbeten (husbyggnad), anläggningsarbete (vägar, broar m m) och ROT-arbeten³ (reparation och underhåll). Dessutom hade företaget fastigheter i egen regi. På grund av lågkonjunktur omfattade produktionen vid denna tidpunkt nästan uteslutande rotarbeten, vilket medförde att andra riskmoment än tidigare hade kommit med i bilden. Sålunda medförde rivningsarbetena exempelvis att damm och luftföroreningar ökade, medan risken för olycksfall som en följd av arbete på byggnadsställningar minskade.

Vår studie omfattade Byggets alla större arbetsställen inom Stockholmsregionen.

– vid provperiodens slut 1995

En omorganisation skedde den 1 januari 1996. Bygget blev då uppdelat på tre produktorganiserade affärsområden, anläggning, bostad samt hus och industri. Därutöver fanns fastighet och utland. Varje affärsområde var sedan uppdelat i regioner, egentligen motsvarande de tidigare avdelningarna. Antalet regioner varierade inom de olika affärsområdena, eftersom storleken på regionerna var avhängig den ekonomiska omsättningen. Avsikten var att omsättningen skulle vara i ungefär samma storleksklass i alla regioner. De tidigare, över Sverige geografiskt placerade regionerna, fanns inte längre. Stockholm omfattade fem regioner. Omorganisationen innebar här väldigt liten skillnad jämfört med övriga landet, eftersom arbetssättet var ungefär detsamma även tidigare.

Befattningarna hade samma hierarkiska uppbyggnad som förut, även om vissa yrkesbenämningar var anpassade till omorganisationen. I spetsen stod nu en koncernchef, som under sig hade affärsområdeschefer. Därefter följde regionchefer, arbetschefer, platschefer och arbetsledare. Antalet anställda var 1996 omkring 6 500-7 000 personer, detsamma som två år tidigare.

Sjukhuset

– vid projektets start 1995

Huvudman för sjukhuset är Landstinget. Den högsta ledningen för sjukhuset utgjordes av sjukhusdirektören tillsammans med chefsläkaren. En chefsöverläkare fanns för varje klinik. Tidigare titulerades denne klinikchef. På klinikerna fanns även klinikråd, vilka bestod av arbetsledarna på kliniken, dvs överläkare och chefssjuksköterskor. Varje avdelning hade eget budgetansvar.

Arbetsmiljöfrågor togs upp vid arbetsplatsträffar och kunde sedan gå vidare till klinikens beredningsgrupp. I denna fanns representanter för arbetsgivaren och arbetstagarna samt fackliga företrädare från alla fackförbund. Beredningsgrupperna var i stället för skyddskommittéer.

En kraftig besparingsplan hade ålagts sjukhuset. Under 1995 skulle 105 miljoner kronor sparas, vilket förde med sig stängning av vissa avdelningar.

³Reparation Ombyggnad Tillbyggnad (ROT)

– vid provperiodens slut 1995

Vid Sjukhuset företogs av resursskäl inga intervjuer vid projektets slut. Detta beroende på flera faktorer. Sjukhusets anmälningar bestod uteslutande av tillbud, dvs föranledde inte någon sjukskrivning. Detta betydde att de inte fanns registrerade hos Informationssystemet för Arbetsskador (ISA) och att en del nödvändiga uppgifter därför saknades för att göra vissa sammanställningar enligt Enkla-hantering. Som tidigare nämnts är den använda Enkla-blanketten utformad som en komplettering till den obligatoriska arbetsskadeblanketten.

Första prototypen till Enkla

En prototyp till utredningsblankett (se del 1, sid 10-11) utformades i två versioner beroende på att företagen använde olika datoriserade informationssystem. Versionerna skiljer sig åt endast i det avseendet att för användare av arbetsskadesystemet Lisa (Miljödata 1997) utgick frågan om "typ av händelse som gav skadan", eftersom detta system redan innehåller den informationen.

Förutom allmänna uppgifter som skadedatum, befattning och avdelning, personnummer etc innehöll utredningsprototyperna

- händelsen som gav skadan
- plats inom företaget för olycksfallet
- vilket arbete som utfördes
- olycksfallets händelseförlopp
- situationen på arbetsplatsen; fysikaliskt, organisatoriskt och skyddsmässigt.
- eventuella avvikelser – något som tillfälligt var annorlunda vid tidpunkten för olycksfallet
- åtgärder; genomförda och ytterligare önskvärda
- ekonomiska konsekvenser av olycksfallet
- bedömning av händelsens tänkbara farlighet och allvar samt vikt i skyddsarbetet

Den utformade blankettprototypen sändes redan före intervjuerna till respektive kontaktperson vid företagen för synpunkter. Versionerna reviderades därefter med hänsyn tagen till erhållna synpunkter. Blanketterna modifierades för att passa flera branscher.

Informationsuttag

Vid intervjuerna i projektets början presenterades exempel på informationsuttag, grundade på material från ISA, som de intervjuade fick möjlighet att yttra sig om. Sammanställningarna var på tre nivåer, från mer övergripande information för ledningen till detaljuppgifter i det konkreta olycksfallsförebyggande arbetet (se del 1, sid 13-19).

Kartläggning av informationsbehov

Fältarbetet/datainsamlingen i företagen inleddes i och med att intervjuer med ett antal personer företogs. Därpå följde en provperiod med Enkla-blankettens

prototyp under ca ett år, och därefter intervjuades ånyo samma personer som förut (se nedan).

Intervjuer före provperioden vid projektets början

En intervjuguide om ett 30-tal frågor utarbetades, och halvstrukturerade intervjuer med nyckelpersoner (t ex skyddsingenjör, skyddsombud, arbetsledare, produktionsledare, avdelningschefer, företagsledare) på de utvalda företagen företogs. Varje intervju tog drygt en timme i anspråk. Vid intervjuerna deltog två forskare. För att få kontinuitet och likhet var en med vid alla företagen. De övriga forskarna vid ett företag vardera. Under intervjun berördes följande frågor:

- Vilken information om olycksfall som fås och hur den utnyttjas
- Vilka i organisationen som borde nås av information om olycksfall och olycksfallskonsekvenser
- I vilka arbetsuppgifter/sammanhang information från olycksfall är till nytta
- Vilken information man önskar och hur den bör vara utformad
- Vad man tycker om den första prototypen till blankett och de exempel på informationsuttag/sammanställningar som vi presenterar

Därutöver inhämtades allmän information om företaget, fakta om aktuell olycksfallsituation och -hantering, olycksfallspolicy m m.

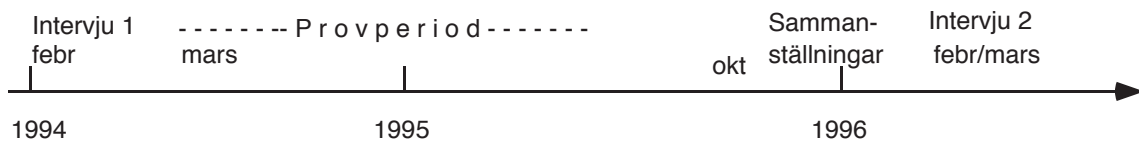
Provperiod

För att bli få underlag till ytterligare anpassning och erfarenhet av hur den utformade blanketten fungerade i praktiken, provades den vid de tre företagen vid inträffade olycksfall och tillbud under ca ett år. Dessförinnan hade kontaktpersonerna fått instruktioner om hur vi önskade att utprovningen skulle gå till, dvs hur de skulle gå till väga. Efter avslutad provperiod avstämde de inkomna Enkla-utredningarna mot de till ISA rapporterade arbetsskadorna. I de fall arbetskadearmängningarna inte motsvarades av någon Enkla-blankett, anmodades företagen att komplettera med sådan.

– vid Sågen

Provperioden vid Sågen ägde rum från mars 1994 till oktober 1995 och innebar, att Enkla-blanketten skulle användas vid utredning av Sågens samtliga olycksfall under perioden (tidsaxel, se figur 3). Med bistånd av vår kontaktperson vid Sågen, en skyddsingenjör, distribuerades blanketten ut i sågverket. Som stöd hade han fått en skriftlig instruktion att delge utredarna vad de speciellt skulle iaktta vid utredningen. Skyddsingenjören vidtalades att inte aktivt delta vid blankettens ifyllande utan att förhålla sig "som vanligt", för att vi skulle få veta hur utredande och rapportering artade sig, när den sköttes på egen hand ute i produktionen. Under provperioden tog vi kontakt med skyddsingenjören med vissa mellanrum för att efterhöra hur rapporteringen förlöpte. Enkla-blanketten blev även införd i Sågverkets skriftliga rutiner för olycksfall och tillbud, som tillämpades från och med 950101: ... "utredningen dokumenteras på

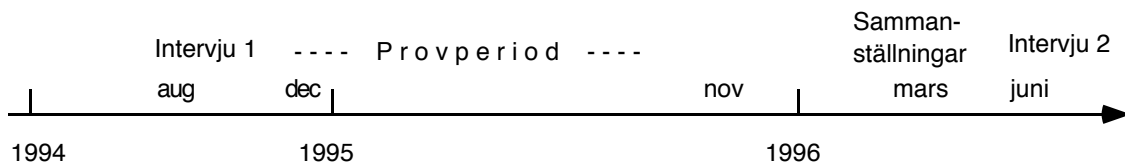
blankett FKF9210 ... och kompletteras alltid med Enkla – blankett B ...". (ur Rapportering av tillbud/olycksfall 1994-12-14).



Figur 3. Tidsaxel för projektperioden vid Sågen.

– vid Bygget

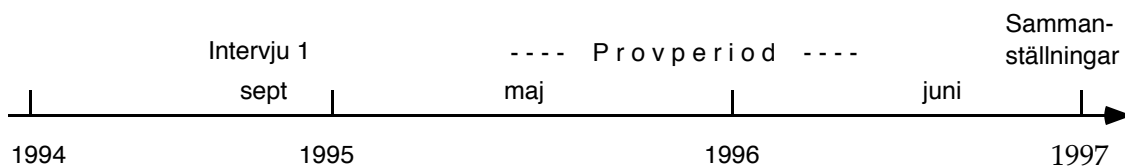
Vid Bygget ägde provperioden rum från december 1994 t o m november 1995 (tidsaxel, se figur 4) och innebar att Enkla-blanketten skulle användas vid utredning av olycksfall vid Byggets arbetsställen inom Stockholmsregionen under perioden. En arbetsmiljösamordnare vid Bygget, som var vår kontaktperson, anmodades att göra ett lämpligt urval av arbetsställen med tanke bl a på storlek, läge och varaktighet. Utredningar har inkommit från ett 20-tal arbetsställen. Liksom vid Sågen efterhörde vi med vissa mellanrum under provperioden hos arbetsmiljösamordnaren hur rapporteringen förlöpte. Arbetsmiljösamordnaren föredrog att själv göra samtliga Enkla-utredningar i dialog med personer på de olycksdrabbade arbetsställena,



Figur 4. Tidsaxel för projektperioden vid Bygget

– vid Sjukhuset

Vid Sjukhuset omfattade provperioden tiden maj 1995- juni 1996 (tidsaxel se fig 5) och involverade fyra avdelningar: centraloperation, blodverksamhet, en medicinavdelning, samt en avdelning vid ortopedien. En sköterska vid företagshälsovården var vår kontaktperson och ombesörjde att Enkla-blanketterna kom ut till de aktuella avdelningarna, där respektive chefssjuksköterska ansvarade för att de blev ifyllda och tillbakasända. Få kontakter togs under provperioden.



Figur 5. Tidsaxel för projektperioden vid Sjukhuset

Intervjuer efter provperioden vid projektets slut vid Sågen och Bygget

Liksom vid det första tillfället följdes en intervjuguide omfattande ett 30-tal frågor. Frågorna var i stort desamma som vid första intervjutillfället men något färre beträffande målsättning och information om olycksfall. I stället ingick ett antal frågor om erfarenheter av Enkla-hanteringens samt om inställning till Enkla-blanketten och de olika typer av sammanställningar som provrapporteringen resulterat i. Intervjuerna gjordes av den forskare som deltog vid samtliga intervjuer i projektets början. Som tidigare nämnts företogs inga intervjuer vid Sjukhuset vid projektets slut.

Erfarenheter från Sågen och Bygget av prov med Enkla-hanteringens

Vid Sågen var man av uppfattningen, att dess medverkan i Enkla-projektet hade bidragit till annorlunda och förbättrad information om olycksfallen, genom att man måste gå djupare för att komma fram till bakomliggande orsaker. Det medförde automatiskt, att problemet analyserades och funderades kring i större utsträckning än vad som gjorts tidigare. Vid Bygget hade några av de intervjuade däremot inte hört talas om Enkla alls under provperioden och inte heller funderat på vad som hade hänt med försöket, efter att det startade.

Vilka gjorde utredningarna, och vilka borde?

Tillvägagångssättet vid utredandet med hjälp av Enkla-blanketten skilde sig åt vid de två företagen. Vid Sågen skedde det ute på arbetsplatserna och följde de vanliga rutinerna för arbetsskadeanmälan/tillbudsrapportering. Arbetsledaren gjorde tillsammans med den skadade personen utredningen. Om skyddsombudet var på plats, fanns även han i regel med. När det uppstod frågor omkring olycksfallet eller vissa uppgifter att komplettera på blanketten, var samråd mellan arbetsledare och skyddsombud ibland nödvändigt.

Vid Bygget gjordes utredningen av arbetsmiljösamordnaren, som åkte ut till arbetsplatsen där olyckan hänt, tillsammans med den skadade och platschefen. Tillvägagångssättet var att arbetsmiljösamordnaren "ledde" det hela och ställde frågorna. Samtidigt kollade han med vad som stod på arbetsskadeanmälan. Till sin ledning hade han även de anvisningar, som vi utarbetat, för att kontaktpersonerna skulle delge utredarna.

I de fall, då olycksfall inrapporterades till ISA inte motsvarades av någon Enkla-utredning, efterfrågade vi i forskargruppen dessa uteblivna utredningar, varefter arbetsmiljösamordnaren tog kontakt med berörda arbetsplatser och i efterhand, så långt det varit möjligt, telefonledes gjorde en Enkla-utredning. I den mån detta inte lyckades, kompletterade han med information från arbetsskadeanmälan.

Den vanligaste uppfattningen bland de intervjuade var, att platschef och/eller arbetsledare, den skadade och skyddsombud borde vara med och utreda. Vid Sågen var det för övrigt dessa som redan under testperioden skötte utredningen. I stället för arbetsledaren ansågs där en förstaman (kollektivanställd, ett mellanting mellan arbetsledare och arbetare) kunna vara med. Andra förslag var arbetsledare och huvudskyddsombud, eller den ska-

dade, arbetsledare och skyddsingenjör. Att vara med och utreda skulle för skyddsombuden kunna vara ett sätt att bli informerade. Vid Bygget, som ibland hade så små arbetsplatser att skyddsombud inte fanns, ansågs att i sådana fall borde i stället huvudskyddsombudet vara med. De som fyllde i arbetsskadeanmälan skulle då samtidigt kunna göra Enkla-utredningen som ett komplement. På större arbetsplatser borde även någon personalansvarig vara med.

Man framhöll det viktiga i att Enkla-utredningen gjordes omedelbart efter att en olycka skett, helst samma dag och där olycksfallet inträffade. Det skulle "ske vid roten" och av dem som arbetade där. Dels för att detaljer om hur olyckshändelsen gick till inte skulle falla i glömska, men också för att anmälan skulle komma in i tid till närmaste skyddskommittésammanträde. En rutin måste tillskapas, som gjorde att anmälan snabbt kom in. Det var viktigt att beskriva händelseförloppet ordentligt, och hur man skulle åtgärda. Efter en olyckshändelse uppstod alltid diskussioner. Det var därför viktigt att få med de synpunkter på åtgärder, som kom fram vid "bodsacket", varför olyckan hände och vad man kunde göra för att det inte skulle upprepas.

Hur var det att utreda enligt Enkla- blanketten?

Det hade inte varit några större problem förknippade med Enkla-utredningen. Blanketten ansågs lättläst, och den myckna hjälptexten hade inte verkat avskräckande. Tvärtom lade den orden i munnen på den som skrev, eftersom det fanns många exempel. I och med att det bara var att kryssa i, gick den delen snabbare att fylla i. Många personer hade svårt för att formulera sig, och det var lättare att kryssa i än att med egna ord uttrycka vad som hade hänt.

Både de som var med om att utreda och de som tog del av blanketten i ett senare skede påpekade, att den ibland inte fylldes i fullständigt, och att den som utredde gjorde det lite enkelt för sig. Somliga frågor hoppades ibland över, förmodligen beroende på att det var svårt att veta; man visste inte vad man skulle skriva. Vid Sågen hände att blanketten skickades tillbaka från administrationen eller företagshälsovården för att kompletteras, när den var ofullständigt ifylld.

Outnyttjade möjligheter

Möjligheten, som Enkla erbjuder att få kunskap om vad olycksfallet/tillbudet kostar företaget, har tagits väl till vara på i det fall, där arbetsmiljösamordnaren varit behjälplig vid utredningen. Den del som skall tjäna som underlag för beräkningen av olycksfallets/tillbudets ekonomiska följd är i förekommande fall noggrant ifylld. Däremot är den delen fragmentariskt ifylld, när blanketten fyllts i självständigt ute på arbetsplatsen.

Ett par möjligheter som Enkla erbjuder har inte utnyttjats till fullo. Bedömning av händelsens tänkbara farlighet har inte fyllts i. Detta kan dock inte lastas utredarna, eftersom de uttryckligen anmodats att inte göra det. Tanken var att man senare, när olycksfallet var avslutat och åtgärdat och totala kostnader var framtagna, administrativt skulle komplettera den detaljen.

Dessutom har inte i något fall angetts datum för, när beslutade åtgärder skall vara åtgärdade.

Ibland har man enligt vår uppfattning, och trots det stöd och de möjligheter som Enkla ger, gjort det lätt för sig vid utredningen. I stället för att gå bakåt i händelsekedjan har man kryssat i "Annat" med kommentaren "slarv" eller "tänkte sig inte för".

Fördelar och nackdelar

Det var många saker, som ansågs bra med blanketten. Blanketten var bra som underlag att jobba utifrån. Frågorna var bra och det var bra med många exempel. Den ledde till systematiskt tänkande och man tvingades att ta ställning till det som inträffat. Ambitionen borde vara att ta reda på vad som har hänt, varför det har hänt, och vad man ska göra för att undvika att samma sak händer igen. Det kommer fram i den här blanketten, ansåg man på Sågen och Bygget.

Vad som även upplevdes som viktigt var att en diskussion ute i organisationen kommer i gång, när det hänt någonting. Enkla-blanketten är ett instrument eller hjälpmedel för att få i gång den diskussionen. Det ska i organisationen finnas en vilja och förutsättning för att utreda tillbud och olycksfall som en naturlig del i jobbet, och man ska jobba med det på rätt sätt.

Någon saknade ett ställe att beskriva händelseförloppet på och tyckte att man fick skriva på så många olika ställen, samt att utrymmet för svar på en del frågor var för knappt.

Man ville gärna fortsätta att använda Enkla-blanketten, i varje fall för tillbud. Det fanns ingen anledning att sluta med den, tyckte man.

Omdömen om sammanställningarna

Sammanställningarna presenterades för de intervjuade på olika sätt vid de två företagen. Vid Sågen hade skyddsingenjören visat ett urval av sammanställningarna vid ett skyddskommittémöte, men för dem av de intervjuade som inte var med i skyddskommittén, var de okända. De intervjuade vid Bygget hade fått sammanställningarna i samband med kallelsen till uppföljningsintervjun. Inga andra i företaget hade fått dem.

Vissa sammanställningar innehöll ny och mer detaljerad information än vad man tidigare fått. Förut hade den varit mer fokuserad på själva skadan. Olycksdrabbade befattningar och avdelningar och vilka händelser, som orsakat skada, kunde man få veta via andra källor. Lisa-systemet tillhandahöll det mesta av innehållet i sammanställningarna. Dock inte i form av stapeldiagram. Vad den skadade gjort sig illa på liksom antal olycksfall, nedbrutet på regioner och avdelningar var nytt. Likaså kostnaderna och de korta beskrivningarna över varje enskilt olycksfall och tillbud. Många ansåg kostnaden viktig, medan den exempelvis för personer vid personalavdelningen på företaget, inte hade någon betydelse. Vid Sågen gjorde någon reflektionen hur viktigt det är att också registrera utrustning, kläder och skodon (vilket finns möjlighet att göra på Enkla-blanketten), i och med att stukningar och vrickningar var bland de vanligaste anledningarna till olycksfall där.

Förutsatt att sammanställningarna var korrekta, dvs att underlaget var ifyllt på rätt sätt, ansågs att de skulle vara till nytta på flera håll inom

företagen: för arbetsmiljögruppen⁴, vid arbetsplatsträffar för att påvisa orsakerna bakom olycksfallet och kanske kunna åstadkomma effektivare lösningar, ute i produktionen, i linjen, eftersom de kan brytas ner på region- och avdelningsnivå och visa hur det ser ut just på den egna avdelningen eller regionen. Vid Bygget föreslogs att sammanställningarna också skulle läggas ut i bodarna, där de säkerligen skulle ge upphov till diskussioner bland de anställda, speciellt med tanke på kostnadsuppgifterna. Endast en person med administrativa uppgifter var av den uppfattningen att han personligen inte skulle ha någon praktisk nytta av sammanställningarna. "Det skulle bara bli ett papper bland andra papper".

Många vid Sågen var intresserade av att erhålla den här typen av sammanställningar, och personer i olika befattningar tyckte att det är en viktig och mycket bra information, som även skulle kunna tänkas ge inspiration till att åtgärda annat. Alla sammanställningarna var bra på sitt sätt, men det gäller dock att plocka bort sådant, som man inte har nytta av. Man hoppades också kunna lägga in underlaget i den egna företagshälsovårdens datasystem, så att man själv skulle kunna producera dem.⁵

Någon tydlig tendens, som bekräftar vår teori om skiftande intresse för sammanställningarna på olika hierarkiska nivåer, har vi dock inte funnit.

Sammanställning A

Omdömet om innehållet i A-sammanställningarna varierade. En del som t ex skyddskommittéledamöter ansåg att jämförelsen med branschen och andra företag är intressant och viktig, då man behöver ha ett mål att sträva mot. Man behöver jämförelse med andra för att inspireras att ta upp kampen om att vara bäst. Andra var mycket negativa till dem och tyckte att jämförelser med andra företag eller med andra delar av företaget inte alltid ger en rättvisande bild, eftersom ju mer noggrant man rapporterar olycksfall och tillbud, desto sämre ligger man till statistiskt.

Sammanställning B

Rapporterna under B ansågs vara bra, speciellt av dem som arbetade med arbetsmiljöfrågor, förutsatt att underlaget var riktigt, dvs man var osäker på om vissa känsliga frågor besvarades ärligt. Här gavs möjlighet att ringa in var problemen finns. Vissa saker var troligen mer intressanta än andra, beroende på var i organisationen man fanns. Sammanställningen över kostnaderna för olycksfallen tyckte många var mycket bra, "någonting som man kan göra något av". Eftersom det var vanligt att inga åtgärder föreslogs, vilket man beklagade, tyckte man det var mycket bra att få det fastslaget i rutan "inga åtgärder föreslås". Åtgärder måste automatiskt fyllas i varje gång något inträffade, ansåg man. En del variabler som t ex platsen för olycksfallet och vad man höll på med borde dock få en finare indelning. Vidare ifrågasattes svarsalternativet "annat", eftersom det var lätt att ta till, om man inte ville göra så mycket. Det betydde ungefär "vet ej".

⁴ Vid Bygget: Regionala arbetsmiljögrupper / arbetsmiljöråd arbetar på avdelningsnivå, förbereder och sänder ärenden vidare till det centrala arbetsmiljörådet.

⁵ Detta är nu gjort hos InfoService som tillhandahåller MiA.

Diagrammet med avvikelser föranledde kommentaren, att mycket få arbetsledare är benägna att uppge att en olyckshändelse beror på organisationen, eftersom det knappast finns någon som erkänner att något är fel med hans organisation – "trots att det många gånger är så". Upphovet till olycksfall och tillbud ansågs många gånger vara en dålig organisation. "Och har vi dålig ledning, dålig planering, dåligt med resurser, dåligt med arbetsledare och för dåligt utbildade så ska man få med det, annars kan man ju aldrig förändra något".

Sammanställning C

Omdömet om denna sammanställning var odelat positivt. Uttrycket "helt perfekt" användes till och med. En värdefull sammanställning som säger mycket och som gör det mer åskådligt än att gå till blanketterna. Den ansågs lättläst och lätt att kunna dela ut och ta del av direkt. Om många olycksfall och tillbud inträffar, är en sådan beskrivning bra att ha för att erinra om hur de ser ut. Den kan dessutom ge en form av historik, när det gäller att gå tillbaka och se vad som hänt. Den kan också vara ett underlag för en eventuell ny investering, för att se vad man skall ta hänsyn till vid investeringen. Namnuppgiften reagerade dock somliga mot och ansåg onödig.

Alla borde vara medvetna om vad olycksfall kostar, och man ansåg därför att sammanställningen också borde gå ut till de skadade, arbetsledare och skyddsombud. Kostnaden styr arbetssätt. Den skulle dessutom bli ett påtryckningsmedel för att man ska åtgärda.

Förändringar i olycksfallsarbetet i samband med Enkla-hanteringen

Vid Sågen trodde man, att Enkla-projektet hade haft en positiv inverkan och att Enkla hade förbättrat innehållet i olycksfallsarbetet. På de ställen, där olycksfall inträffat, hade det varit mer information än vanligt. Enkla-blanketten medförde att det analyserades djupare, och i och med att en massa frågor skulle besvaras, blev man tvingad att tänka till. Även den feedback man fick ute i företaget, i och med att resultatstatistik av rapporteringen redovisades, ansågs positiv. "För det farligaste är att fylla i en massa blanketter, som det inte blir nån återrapportering på."

Vid Bygget hade några förändringar i olycksfallsarbetet inte märkts på någon nivå under den tid som Enkla-projektet pågick.

Förändringar i informationen om företagets olycksfallsproblem

Att försöka utläsa ifall kunskaperna om olycksfall och olycksfallsarbete från det första till det andra intervjutillfället förändrades, var inte särskilt lätt. Vid Sågen försvårades det av, att en ny fabriksavdelning uppfördes och togs i bruk under mellantiden. Vid Bygget komplicerades bedömningen delvis av att de intervjuade fick våra Enkla-sammanställningar samtidigt med kallelsen till uppföljningsintervjuerna, vilket kunde ha bidragit till att friska upp minnet, eftersom flera hänvisade till sammanställningarna vid vissa frågor.

Förändringar i olycksfallssituationen

Vid Bygget hade olycksfallen blivit färre, vilket inte behöver betyda att kunskapen om olycksfall var bättre, utan kan bero på att antalet anställda också var färre. Under de närmast föregående åren hade ingen större förbättring skett procentuellt, ansåg man, men i ett längre tidsperspektiv, fem eller tio år tidigare, var skillnaden betydande.

Somliga hade en teori om att bidragande orsak till att olycksfallen minskat, var att åldersbilden i företaget hade förändrats. Antalet anställda hade kraftigt reducerats och de yngre hade fått sluta, vilket medfört att medelåldern inom byggbranschen totalt låg på ca 48-50 år. Somliga menade att unga bidrar till en ökning av antalet olycksfall, eftersom de har så bråttom och flänger omkring utan eftertanke.

En annan framförd teori var att folk i dag är mer medvetna i sina jobb och har en annan medvetandegrad vad gäller olycksfall, eftersom det mestadels är fråga om äldre, erfarna människor, som både ser och tänker sig noga för innan de handlar.

Det vanligaste olycksfallet var falloolyckor, dvs fall på befintlig nivå eller till lägre höjd. Flera bakomliggande förklaringar till detta fördes fram. En sådan var att de äldre fått överta de "farliga" jobben, som tidigare fallit på ungdomarnas lott, en annan att det huvudsakligen berodde på den typ av produktion som man hade (dvs s k ROT-arbeten; Reparation, Ombyggnad, Tillbyggnad).

Åtgärdsförslag

Forskargruppen anser att förslagen på åtgärder, som angivits på anmälningarna överlag skulle kunna vara av mer konstruktiv och varaktig karaktär. Den i särklass vanligaste åtgärden var information, Då vi själva inte ser information som en särskilt konstruktiv åtgärd på grund av dess ofta begränsade effektivitet och varaktighet, diskuterades detta vid intervjuerna. Det visade sig att information av många anses effektiv, förutsatt att den görs på rätt sätt, dvs skäl skall anges till varför man bör göra så eller så. "Information är a och o". För konstruktiva åtgärdsförslag behövs engagemang och för att skapa sådant är t ex dialoger ute på arbetsplatserna med byggarbetarna viktiga. Den art av information, som föreslagits i utredningarna, förefaller dock mer vara av typen påpekanden och tillsägelser.

Då vi jämförde åtgärdsförslagen efter tillbud och olycksfall vid Sågen, fann vi en tendens till att i högre grad försöka finna mer varaktiga, konstruktiva lösningar efter tillbud (se nedan). Vid olycksfallen var det mer av information = tillsägelser, vilket erfarenhetsmässigt har sämre effekt.

Åtgärdsförslag från tolv olycksfall

- Återgått till sin ordinarie sysselsättning
- Oförutsägbar händelse (inga beslut)
- Går ej att skydda sig (inga beslut)
- Går ej att göra något åt ojämnheten som blir mellan asfaltyta och järnvägsräls

- Mer information om riskerna som finns vid denna arbetsplats
- Muntlig information
- Att tänka sig för (2 st)
- Påpekande - inga lösa föremål
- Iaktta större försiktighet
- Inte slå så hårt men fler slag
- Omarbetade (rutiner, instruktioner)
- Ta ur avskurna bultar
- Vikten av att fixera arbetsstycket

- Kontroll att informationen efterlevs

- Ombyggnation av emballagestället
- Längre sikt: ombyggnad av paketeringen
- Höja skyddsplåt

Åtgärdsförslag tolv tillbud

- Informera personal
- Muntlig information om riskerna
- Muntlig information (2 st)
- Informera
- Att använda hake

- En bärbar varningsskylt arbete pågår att ställa framför det aktuella bordet, gärna tillsammans med blinkande lampa (2 st)
- Se över städrutiner

- Anordna så ej klingor kan startas med valsar uppe
- Tillverkning av ett nytt lock
- Skyddsplåt uppsättes
- Vagnen tagen ur bruk för översyn och reparation (Ett tillbud saknar åtgärdsförslag)

Ingen av de intervjuade tycktes vara medveten om detta förhållande men vid förfrågan varför det förhöll sig så, framkom olika teorier:

- Det faller sig ganska naturligt, för om tillbudet och dess åtgärder sköts bra minimeras risken för olycksfall. Minimeras risken för olycksfall på anläggningen är det inte brister i anläggningen utan slarv som gör att olycksfall inträffar.
- Då tillbud utreds, är den som råkat ut för tillbudet med. Denne är skrämmd och lite småförbannad och brukar ha idéer om vad som skall göras. Tillbudsrapporter skrivs också nästan omedelbart, medan det för olycksfall kan dröja en dag eller fler, vilket gör att man kanske glömmer vissa detaljer.
- Tillbudet har inte någon personlig inblandning på samma sätt som olycksfallen. Då är det kanske mindre kluvet att föreslå genomgripande åtgärder.
- Vid tillbud har man bara en blankett att fylla i (Enkla), vid olycksfall både arbetsskadeanmälan och Enkla. Då kanske det blir arbetsskadeblanketten som styr, och av slentrian fyller man i på ungefär samma sätt.
- Lyckas man få människorna ute i företaget mer engagerade, och ledningen även kan ställa upp med medel, får man också mer genomgripande åtgärdsförslag. (Vår tolkning var att tillbudsrapporten skrevs för att man önskar förändring, olycksfallsrapporten för att man måste.)

➤ Är det kanske när man drar olycksfallen i skyddskommittén, där alla hjärnor finns, som man ska försöka komma med förslag. (Vår tolkning är att utredarna inte anser sig behöva föreslå åtgärder på blanketten vid olycksfall, eftersom man vet att sådana kommer att diskuteras senare. Vilket inte är fallet vid tillbud.

Vid Bygget saknades förslag på åtgärder på blanketten i ca en tredjedel av de rapporterade olycksfallen. I fyra fall var alternativet "Inga åtgärder föreslås" förkryssat, i fem fall fanns ingenting ifyllt. Nedan listas ifrågavarande olycksfall. Vi har inte undersökt vidare vad detta berodde på. Vid både Bygget och Sågen fanns en attityd att vissa olycksfall är omöjliga att förebygga.

<i>Förkryssat alternativ "Inga åtgärder föreslås"</i>	<i>Förslag på åtgärder ej ifyllt</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stötte tand i dörr till personalskåp vid omklädning i manskapsbod ➤ Tittade upp på ett kranlyft och gick in i en ventilationstrumma ➤ Missbedömning av avståndet mellan hand och sågskär vid arbete med sticksåg ➤ Halkade på isfläck vid inhägnande av arbetsplats 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slant med handen vid flyttning av kabel. Arbete på knä vid golvtäckning med masonit ➤ Kran föll omkull vid kraftig blåst ➤ Halkade omkull vid nedstigning från bock utomhus ➤ Slant med morakniv vid rörläggning ➤ Vid flyttning av garderober föll luckorna ned som låg ovanpå

Inom byggbranschen är arbetsplatserna tillfälliga och föränderliga, vilket kan tas som skäl för att inte åtgärda efter olycksfall. De tenderar dock att upprepas, varför man borde ta med sig åtgärder till nästa arbetsplats. Vid flyttning av byggarbetsplatser följer dock inte alltid åtgärderna med, trots att man försöker. När samma typ av arbete senare skall utföras på nästa ställe, glömmer man ofta bort dem. Vid arbete på tak t ex sätter man på det första taket upp skyddsräcken och linor, men på nästa glöms linorna och längre fram även räckena. Somliga åtgärder medför att arbetet går långsammare, och man tar då genvägar.

Diskussion

Olika förfaringssätt

Utredandet med hjälp av Enkla-blanketten kom att ske på skilda sätt på de tre företagen. Vår ursprungliga intention var, att man ute på avdelningarna på egen hand skulle göra utredningen. Efter att ha tagit del av Enkla-utredningarna och sett, att de i vissa avseenden inte var så väl ifyllda, kan man ifrågasätta det föreslagna tillvägagångssättet. Man har bl a inte försökt gå djupare bakåt i händelsekedjan utan hänvisat till slarv eller obetänksamhet som bidragande orsaker. Utan stöd kan det ta lång tid att vänja sig vid en ny blankett och att tänka i andra tankebanor. Detta stöd kan ges på flera sätt. En

möjlighet är att vid introduktionen av det nya utredningsarbetet på företaget, samla de tilltänkta utredarna (t ex arbetsledare på produktionsavdelningar) till en gemensam genomgång. Denna genomgång kan exempelvis hållas av en skyddsingenjör och dels omfatta information om blanketten och vad som efteråt händer med de uppgifter man lämnar på den, dels en eller ett par provutredningar som man får feedback på vad gäller särskilt kritiska delar (som t ex påverkande faktorer och åtgärdsförslag). Andra varianter för att stödja utredandet kan t ex vara att man arbetar parvis eller tillsätter en permanent utredningsgrupp, dvs någon enkel form av haverikommission. För att få tillräckligt genomtänkta olycksfallsutredningar krävs med andra ord oftast något mer än en ny blankett och nya instruktioner. Någon form av sammanhållande ansvar och kunnande behövs som motor och drivkraft. De som ska lämna informationen till utredarna, måste få erfara att deras utredningar leder till att informationen används till förbättringar.

Ett annat tillvägagångssätt var att utredandet, som tidigare nämnts, sköttes av arbetsmiljösamordnaren tillsammans med den skadade och platschefen i efterhand. Anledningen till att det gick till på detta sätt var farhågor inom företaget för att de inte skulle kunna delta i projektet som överenskommet, då sannolikt inte många enkla-utredningar skulle ha kommit tillbaka, om blanketterna lagts ut i arbetsplatsbodarna. För att detta skall lyckas, gällde det att få med platscheferna, och hos dem antogs det vid detta tillfälle finnas en hel del motstånd mot att fylla i en extra blankett, eftersom de hade fullt upp med certifiering, kvalitet och arbetsmiljö. I en framtid däremot ansåg man dock, att ansvaret borde ligga hos arbetsledningen på den lokala arbetsplatsen.

Det negativa ligger i att en tid förflutit sedan olycksfallet skedde, och att det exakta tillvägagångssättet och små men i sammanhanget kanske betydelsefulla detaljer hunnit falla i glömska. Därigenom har man blivit tvungen att gå efter vad som stod på arbetsskadeblanketten, och på så sätt har ingen ny information om olycksfallet tillförts. Kunskapen om den pågående enkla-rapporteringen skulle möjligen ha fått större spridning i organisationen och blivit föremål för diskussioner, om blanketten funnits tillgänglig ute på arbetsplatserna.

Informationsåterföring

Det är troligt, att det tar tid att få ett nytt informationssystem att fungera. Det är kanske inte förrän man fått se, på vilket sätt utredningarna kan utnyttjas i förebyggande syfte, som man förstår en del av utredningens frågor och blir motiverad att lägga ned arbete på dem. Enkla-hanteringens introducerar en feedback loop för verksamheten. Olycksfall ses som icke önskade produkter av verksamheten. Enkla-hanteringens återför information om dessa "outputs" till produktionssystemets "input", och påverkar på så sätt styrningen av verksamheten, så att den blir mer effektiv ur säkerhetssynpunkt. Det finns både en kort loop, som initieras av varje enskild utredning, och en lång loop, som initieras av periodiska sammanställningar av utredningar. För att feedback loopen ska fungera, så måste styrningen påverkas, dvs utredningen eller sammanställningen måste leda till faktiska förbättringar av verksamheten.

Det kan hända, att de inblandade personerna måste få vara med om flera fungerande varv av informationssystemets båda loopar, innan de förstår Enklas systematik och är motiverade att fylla i blanketten fullständigt.

Positiva reaktioner

En av de positiva erfarenheterna från provanvändningen av Enkla-blanketten är, att den mångordiga texten inte har verkat avskräckande utan i stället har uppfattats som stöd. Det var ju också intentionen att hjälptexterna, utan att göra anspråk på att vara uttömmande, skulle bidra till att ge idéer och underlätta till att ge genomtänkta och tillförlitliga svar.

Positivt är också att användandet av Enkla tycks ha medverkat till att starta en process att börja fundera, diskutera och analysera mer runt olycksfallsproblemen. Det är också glädjande att man på båda företagen är intresserad av en fortsatt användning av Enkla-blanketten även efter provperiodens slut.

Två viktiga lärdomar

De viktigaste lärdomarna för Enkla-projektet efter samarbetet med Sågen och Bygget är av två slag. För det första har vi sett att Enklas grundidé kan fungera i verkligheten, dvs att man med hjälp av en enkel utredningsblankett kan samla in mer åtgärdsinriktad information än den som fås från arbetsskadeanmälan, och att denna information kan sammanställas på ett sådant sätt att personalkategorier på olika nivåer i företaget upplever den som användbar i det förebyggande arbetet. För det andra har vi fått flera idéer till förbättringar av den preliminära version av Enkla-hanteringen som företagen provade. Nedan redogörs för en del av dessa idéer.

Vi har också noterat att ifyllandesättet av blanketten kan ha betydelse. Vid Sågen, där personalen var indragen i proceduren på ett annat sätt, har man i allmänhet varit mera medveten om och engagerad i projektet. Det kan också vara en följd av branschen och arbetsplatsens utseende. Sågen är en stationär produktionsanläggning med mestadels fast installation och utrustning, där hela produktionsprocessen oupphörligen repeteras med korta intervaller. Bygget däremot har en produktion som är parallell, och där många moment är desamma och kan sägas upprepas, men som samtidigt är flexibel och individuell och där installation och omgivning inte är fast och statisk. Åtgärder som företas är inte permanenta.

Tecken som tyder på att Enklas grundidé fungerar

Flera personer har vittnat om att blanketten är lätt att fylla i, speciellt genom att det finns förslag som man bara kan kryssa för, då det kan vara svårt och tidskrävande att med egna ord berätta vad som hänt. Detta är en erfarenhet som vi även gjort i ett tidigare projekt, där vi utvecklade den participativa riskanalysmetoden Riv (Backström & Döös 1996, Döös & Backström 1993, 1994). Den person, som vid Bygget faktiskt skötte om ifyllandet av Enkla-blanketten, stötte inte heller på några svårigheter. Bedömningen, att den information man får genom Enkla-blanketten är bra, tyder också på att vår grundidé fungerar, eftersom frågorna uppfattats som väldigt bra, vilket gör det hela effektivt.

Andra bekräftelser från de intervjuade på Enklas grundidé: Möjligheten att få feedback via statistik och grafiska sammanställningar på vad man rapporterat in, gör det meningsfullt att bemöda sig om att fylla i Enkla-blanketten. Intresset av att framdeles erhålla sammanställningar, och åsikten att det är en viktig och bra information för olika befattningsnivåer. Att sammanställningarna kan vara till nytta vid träffar av olika slag för att påvisa orsakerna bakom olycksfallet och därigenom åstadkomma effektivare lösningar.

Idéer till förändringar som provperioden givit upphov till

Vår tanke att man helt på egen hand skulle sköta om ifyllandet av Enkla-blanketten ute på avdelningarna kanske får revideras. Åtminstone när ett företag skall börja använda Enkla, vore det kanske lämpligt att någon person i skyddsorganisationen som t ex skyddsingenjören var med vid utredningar, för att sätta i gång och fördjupa tankeprocessen runt olycksfallets/tillbudets uppkomst.

Vilket som är det lämpligaste tillvägagångssättet för att bedöma händelsens tänkbara farlighet och vikt i skyddsarbetet, kan variera med de lokala och branschmässiga förutsättningarna. Frågan är emellertid, om inte utredarna och de som är med då olycksfallet eller tillbudet inträffar, är de rätta personerna att göra den bedömningen och inte centralt i efterhand. Det kan vara svårt att på avstånd få tillräckligt god kunskap om den aktuella situationen vid olycksfallet för att kunna bilda sig en riktig uppfattning om allvarligheten i själva olycksfallet/tillbudet. Det är inte bara den fysiska skadan och sjukskrivningstidens längd som skall vägas in i bedömningen utan även omgivande omständigheter som t ex hur det ser ut på byggarbetsplatsen. Dessutom frånsäger man sig en del ansvar ute på arbetsplatsen, då man förlitar sig på att någon på kontoret skall göra bedömningen. Å andra sidan behövs ofta en samlad erfarenhet för att kunna göra en för skyddsarbetet relevant bedömning. Denna erfarenhet kan tänkas finnas hos företagets skyddsingenjör (antingen anställd internt eller anlita från extern företagshälsovård). Ett förslag är därför att ge denne möjlighet att i efterhand revidera den bedömning, som gjorts av den ursprunglige utredaren. En dylik revidering bör göras i dialog med utredaren.

Slutlig kommentar

Möjlighet att mata in, lagra och använda information enligt Enkla-blanketten finns nu att tillgå i de två informationssystemen Lisa (Miljödata 1997) respektive MiA (InfoService 1997), vilket gläder oss mycket. Lisa-systemet har i den senaste versionen kompletterats så att Enkla-blanketten finns i systemet och kan fyllas in direkt med datorn. Enkla-blanketten kan skrivas ut: ifylld eller tom. Man får också stöd att göra statistik över Enklas variabler. I MiA-systemet, som är ett ADB-system för hälsa och arbetsmiljö, har i delmodulen "Arbetskadehantering" hela Enkla-blanketten lagts in. Den är där framför allt avsedd att appliceras på tillbud. Information om Enkla finns nu även under ett avsnitt i Chefshandbok Arbetsmiljö, utgiven av Sveriges Verkstadsindustrier (1997).

Litteraturreferenser

- Andersson, Rune, (1997). Olyckorna ska minska. I: Allvarliga arbetsolyckor. *Miljön på jobbet*, s 5, nr 3. Arbetskyddsstyrelsen, Solna.
- Arbetskyddsstyrelsen (1996). *Internkontroll av arbetsmiljön* (AFS 1996:6). Arbetskyddsstyrelsens författningssamling, Stockholm.
- Arbetskyddsstyrelsen (1997). *Arbetsmiljölagstiftningen med korta kommentarer* i lydelse från 1 juli 1997. Stockholm
- Arbetskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån (1997). *Arbetsjukdomar och arbetsolyckor 1995*. Stockholm
- Backström, Tomas och Döös, Marianne (1992). *Enkla-hanteringen* – dokumenterar olycksfallsproblemet, ger företaget underlag till handlingsplaner och möjligheter att utvärdera åtgärder. Forskningsmedelsansökan. Arbetsmiljöinstitutet, Solna.
- Backström T & Döös M (1996). Riv i organisationen. *Arbete Människa Miljö*, s 39-46 nr 1/96.
- Döös M & Backström T (1993). Riskanalys på fabriksgolvet. En riskanalysmetod som hjälp till företag att själva förebygga risker vid datorstyrd produktion. *Arbete Människa Miljö* (1), s 35-44.
- Döös M & Backström T (1994). *Riv. Analys av risker för olycksfall och driftstörningar i automatiserad produktion*. Arbetskyddsnämnden, Stockholm.
- Döös M, Backström T & Samuelsson, Stefan. (1994). Evaluation of a strategy. Preventing accidents with automated machinery through targeted and comprehensive investigations conducted by safety engineers. *Safety Science* (17):187-206.
- InfoService Sweden AB (1997). *MiA. Hälso- och arbetsmiljöinformation*. Delmodul arbetsskadehantering. Degerfors.
- Miljödata (1997). *Lisa Arbetsskadesystem*. Karlskrona.
- Sundström-Frisk, Carin (1991a). Arbetsolycksfallen och den mänskliga faktorn. I Lennerlöf (Red.): *Människan i arbetslivet. Beteendevetenskaplig arbetsmiljöforskning*. s 98-121. Stockholm, Allmänna Förlaget.
- Sundström-Frisk C (1991b). Medicinsk-teknisk apparatur - ett arbetsmiljöproblem? I Hagberg & Lagerström (Red.), *God arbetsmiljö i sjukvården*. Undersökningsrapport 1991:14 (pp. 4-5). Arbetsmiljöinstitutet, Solna.
- Sveriges Verkstadsindustrier – VI (1997). *Chefshandbok Arbetsmiljö*. Stockholm
- Åberg, Elisabeth, Backström T och Döös M (1997a). *Förbättrad hantering av olycksfalls- och tillbudsinformation. Försöksverksamhet vid Sågen*. Företagsrapport nr 1 inom Enkla-projektet. Intern rapport. Arbetslivsinstitutet, Solna.
- Åberg E, Backström T och Döös M (1997b). *Förbättrad hantering av olycksfalls- och tillbudsinformation. Försöksverksamhet vid Bygget*. Företagsrapport nr 2 inom Enkla-projektet. Intern rapport. Arbetslivsinstitutet, Solna.