



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# Hendelsesrapportering: nytte eller heft?



Foto: Bjarne Vandeskog (HSH)

Bacheloroppgave utført ved Høgskolen Stord/Haugesund

---

Av: Emil Mustafin, Stig W. Pettersen & André Spångberg

Dette arbeidet er gjennomført som ledd i bachelorprogrammet i økonomi og administrasjon ved Høgskolen Stord/Haugesund og er godkjent som sådan. Godkjennelsen innebærer ikke at HSH inntar ansvar for metodene som er anvendt, resultatene som er fremkommet og konklusjoner og vurderinger i arbeidet.

*Bacheloroppgavens tittel: Hendelsesrapportering: Nytte eller heft?*

*Emil Mustafin*

*Stig W. Pettersen*

*André Spångberg*

---

*(Sign)*

---

*(Sign)*

---

*(Sign)*

Navn på veileder: Lene Jørgensen

---

Gradering: *Offentlig / ~~ikke offentlig~~*.

(Tidsbegrensning på eventuell gradering:) *Graderingen oppheves dato år*

---



## Forord

Oppgaven er vår avsluttende bacheloroppgave innen økonomi- og administrasjonsstudiet ved Høgskolen Stord/Haugesund. I oppgaven vil vi se på hendelsesrapportering og sikkerhetskultur i forbindelse med anker- og løfteoperasjoner offshore.

Vi ønsker å gi en stor takk til følgende:

- Lene Jørgensen – Veileder ved HSH
- Jan Roald Jonassen – Prosjektleder RISKOP
- Kurt Roar Vilhelmsen - UniSea
- Alle informanter (Anonymisert)
- Familie for støtte og korrekturlesning

Emil Mustafin

Stig W. Pettersen

André Spångberg

---

---

---



# *Sammendrag*

---

Hendelsesrapporter har fått en viktig rolle i manges hverdag. Det å rapportere uønskede hendelser har blitt en naturlig del arbeidshverdagen.

I denne oppgaven ser vi på brukbarheten til hendelsesrapportering i forbindelse med anker- og løfteoperasjoner. Vi vil blant annet undersøke hvordan hendelsesrapportering og rederienes sikkerhetskultur påvirker hverandre, og hva medarbeiderne gjør dersom det oppstår situasjoner der prosedyrer er til hinder for å utføre arbeidet.

Vi har analysert 143 hendelsesrapporter fra anker- og løfteoperasjoner og intervjuet ni informanter, derav tre HSEQ-medarbeidere, to kapteiner, tre dekkarbeidere og en systemutvikler.

Analysen avdekket at det å saksbehandle hendelsesrapporter medfører ekstraarbeid, brukervennligheten til hendelsesrapporteringssystem skaper irritasjon og bruk av «no-blame» kultur bør revurderes. Analysen viser også at medarbeidere av og til velger å bryte prosedyrer for å få jobben gjort.

Vår konklusjon er at alle kjennetegnene til en god sikkerhetskultur er til stede i rederiene. Hendelsesrapportene brukes som en del av rederienes målrettede arbeid for å bedre sikkerhet om bord på fartøyene og er en sterk bidragsyter til den gode sikkerhetskulturen.



# Innholdsfortegnelse

1	Forkortelser og definisjoner .....	1
1.1	Forkortelser .....	1
1.2	Definisjoner.....	1
1.3	Fartøyer.....	2
2	Innledning .....	3
2.1	Tema .....	3
2.2	Bakgrunn.....	4
2.3	Formål.....	5
2.4	Problemstilling .....	5
2.5	Avgrensninger .....	6
3	Innføring i sentrale regelverk og teori .....	7
3.1	Regelverk .....	7
3.1.1	IMO og ISM-koden.....	7
3.1.2	Internkontrollforskriften .....	7
3.1.3	G-OMO.....	8
3.1.4	Forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip .....	8
3.2	Hvordan ulykker oppstår .....	8
3.3	Sikkerhetskultur .....	9
3.4	Læring.....	11
3.5	Attribusjonsteori.....	12
3.6	Practical drift.....	13
3.7	Motivasjonsteori.....	13
4	Metode .....	15
4.1	Pålitelighet og gyldighet .....	15
4.2	Hendelsesrapportene.....	15
4.3	Utvalg .....	16
4.4	Personopplysninger .....	19
5	Presentasjon av funn .....	20
5.1	Sikkerhetsobservasjoner .....	20
5.2	Programvaren .....	21
5.3	Hendelsesrapportene.....	21
5.4	Hendelsesrapportene.....	23
5.4.1	Funn i hendelsesrapportene til Rederi 1 .....	23



5.4.2	Funn i hendelsesrapportene til Rederi 2 .....	25
5.4.3	Funn i hendelsesrapportene til Rederi 3 .....	28
5.4.4	Funn i hendelsesrapportene til Rederi 4 .....	30
5.4.5	Funn i hendelsesrapportene til rederiene samlet .....	31
5.5	Intervjuer med rederi 1 og 2.....	35
5.5.1	Rederi 1.....	35
5.5.2	Rederi 2.....	41
5.6	Intervju med UniSea.....	46
6	Analyse.....	50
6.1	Hvilke typer hendelser er registrert .....	50
6.2	Alvorlighetsgrad.....	50
6.3	Aktører.....	50
6.4	Kategorisering .....	53
6.5	Saksgang .....	54
6.6	Årsaker.....	55
6.7	Hvordan medarbeiderne motiveres .....	56
6.8	Tilbakemelding og nytte .....	57
6.9	Sikkerhetskultur .....	59
6.9.1	Rapporterende kultur .....	59
6.9.2	Rettferdig kultur .....	61
6.9.3	Fleksibel kultur .....	61
6.9.4	Lærende kultur .....	62
6.9.5	Oppsummering – Informert kultur .....	62
6.10	Prosedyrer .....	63
7	Konklusjon og anbefalinger .....	65
8	Litteraturliste .....	67
9	Figurliste .....	69
10	Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	70
10.1	Spesielt for dekkarbeidere .....	70
10.2	Spesielt for ledere på fartøy .....	71
10.3	Spesielt for HSEQ medarbeidere på rederiet .....	72
10.4	Spesielt for UniSea.....	73
11	Vedlegg 2 – UniSea hendelsesrapport .....	74
12	Vedlegg 3 – Star IPS hendelsesrapport.....	77



# 1 Forkortelser og definisjoner

Forkortelser og definisjoner som brukes i denne oppgaven er forklart i dette kapittelet.

## 1.1 Forkortelser

**AHTS\*** Ankerhåndterings-fartøy

**G-OMO** Guidelines for Offshore Maritime Operations

**HMS** Helse Miljø og Sikkerhet

**HSEQ\*\*** Health Safety Environmental and Quality

**HSH** Høgskolen Stord Haugesund

**IMO** International Maritime Organization

**ISM-koden** International Management Code for the Safe Operation of Ships and for Pollution Prevention

**PSV\*** Plattform supplyskip

**RISKOP** Risk in Offshore Operations

**ROV** Remotely Operated Vessel

**SUBSEA\*** Konstruksjons- og vedlikeholds-fartøy

\*De ulike fartøytyper er utdypende forklart i avsnitt 1.3

\*\*Rederiene i denne oppgaven bruker HSEQ som navn på sine sikkerhetsavdelinger.

## 1.2 Definisjoner

Nestenulykke	«En sekvens av hendelser og / eller forhold som kunne ha resultert i tap. Tapet ble forhindret av et tilfeldig brudd i kjeden av hendelser og eller betingelser» (IMO, 2014. Egen oversettelse til norsk).
Ulykke	«Uønsket hendelse som resulterer i personskade, miljøforurensning eller skade på fysiske eiendeler» (G-OMO, 2013. Egen oversettelse til norsk).
Prosedyrebrudd	«En observert situasjon der objektive beviser indikerer at spesifiserte krav ikke har blitt oppfylt» (ibid.).
Hendelse	Samlebegrep for ulykke, nestenulykke og prosedyrebrudd
Base	«Kaianlegg med logistikkstøtte dedikert til petroleumsvirksomheten» (ibid.)
Experience feedback	Lærepunkter fra hendelse eller forbedringstiltak på et fartøy som videresendes til andre fartøy, slik at de også kan lære av hendelsen.
Kunde	Her: Det firma som leier inn tjenester fra rederiene. Eksempelvis så

	kjøper en operatør ROV tjenester fra ett firma. Dersom ROV firmaet ikke har egne fartøy så må de leie fartøy fra et rederi.
Manifest	Detaljert liste over hva som er lastet om bord på et fartøy (G-OMO, 2013).
Operatør	«Selskap som utøver ledelse av petroleumsaktivitet på vegne av rettighetshaverne» (G-OMO, 2013. Egen oversettelse til norsk).
Rigg	Offshore installasjon
Sikkerhetsobservasjon	Laveste terskel for rapportering av mindre alvorlige hendelser
Supply	«Utlevering og /eller mottak av gods til eller fra offshoreinstallasjoner» (ibid.).
‘Toolbox’ møte	«Et møte der involvert personell skal gjennomgå den forestående arbeidsoppgaven med tanke på omfang, nødvendig utstyr, krav til kompetanse, farer...» (ibid.).
Tredjepart	«Tredjepart, en gruppe, stat eller organisasjon som er utenforstående i forhold til relasjoner mellom andre parter» (Knudsen, 2012)
‘No Blame’ kultur	Amnesti for all type uønsket atferd (Reason, 1997)

### 1.3 Fartøyer

Følgende typer fartøyer er omtalt i denne oppgaven:

Plattform supplyskip (PSV)	Spesialkonstruerte fartøyer for transport av forsyninger og utstyr til og fra offshoreinstallasjoner. Skipene transporterer stykkgoods, i hovedsak i containere (Farstad Shipping, u.å.).	 <p>Foto: Farstad Shipping</p>
Ankerhåndterings- fartøy (AHTS)	Spesialkonstruerte fartøyer for ankerhåndtering og tauing av offshore plattformer, lektere og produksjonsmoduler/ skip (Farstad Shipping, u.å.).	 <p>Foto: Farstad Shipping</p>
Konstruksjons- og vedlikeholdsfartøy (SUBSEA)	Spesialdesignet fartøy for operasjoner på store dyp, installasjoner og vedlikehold på havbunnen (Farstad Shipping, u.å.).	 <p>Foto: Farstad Shipping</p>





## 2 Innledning

### 2.1 Tema

Anker- og løfteoperasjoner i Nordsjøen er forbundet med stor risiko. Et eksempel på dette skjedde i 2007, da ankerhåndteringsfartøyet Bourbon Dolphin kantret og sank. Det resulterte i at åtte personer mistet livet. I den påfølgende granskningen fikk rederiet en foretaksbot pålydende fem millioner kroner og Sjøfartsdirektoratet utga en rapport om tiltak med 14 nye forskriftsendringer (Johnsen, 2009).

En storulykke skaper gjerne mye oppmerksomhet og det blir i ettertid brukt mye ressurser for å granske hva som gikk galt og hva som kan gjøres for å unngå at det skjer igjen. Det skal selvfølgelig ikke være nødvendig at fartøy skal forlise og mennesker skal omkomme for at forskrifter og prosedyrer endres. Kan en forstuet finger føre til endret prosedyre? Eller kan det være nok med en hendelse som faktisk ikke skjedde, men var nære på (nestenulykke)?

Hendelsesrapporter er noe som har fått en naturlig rolle i manges hverdag. Det å rapportere uønskede hendelser har blitt en vane for de fleste yrkesaktive. For maritime operasjoner stilles det krav, blant annet i ISM koden, om at rederiene skal ha systemer for å kunne rapportere uønskede hendelser (IMO, 2014).

En skulle gjerne tro at med systemer for hendelsesrapportering, læring fra ulykker og mer omfattende regelverk, at antall hendelser ble redusert. Det motsatte er tilfellet. Forskning viser at antall skipsulykker langs norskekysten økte med 24 % fra år 2000 til 2012 og at 4 av 10 sjøfolk av og til bryter prosedyrer for å få jobben gjort (Sysla, 2015).

I tillegg viser forskningen til RISKOP-prosjektet at regelverket skaper utfordringer. «De omfattende reglene har gitt en stor administrativ belastning for offiserene om bord, og ... at det derfor har utviklet seg en skepsis mot regelverk og administrative styringssystemer» (Forskningsrådet, 2015).

Det er flere spørsmål vi kan stille oss når det gjelder hendelsesrapportering. Hva blir det brukt til og hva er nytteverdien? Er det en god sikkerhetskultur for å rapportere hendelser?

Ett annet aspekt er om hendelsesrapporteringssystemet er for vanskelig og tungvint å bruke.



Det er altså mange ting som kan komme i veien for at et rederi får full uttelling for hendelsesrapporteringssystemet sitt.

Utfordringen til rederiene og forskerne blir å finne ut hvordan antall ulykker kan reduseres og hvordan styringssystemene kan bidra til dette.

## 2.2 Bakgrunn

Vi valgte denne oppgaven som vår avsluttende bacheloroppgave fordi den virket interessant og er høyst relevant i forhold til utfordringer som de fleste møter på arbeidsplassen sin, og omfatter også et bredt spekter av forskjellige fagfelt, som for eksempel ledelse, organisasjonsteori, helse- miljø- og sikkerhetsarbeid samt risikostyring.

Oppgaven vil inngå som en del av RISKOP-prosjektet ved HSH, et forskningsprosjekt som har til hensikt å undersøke hvordan risiko blir identifisert og håndtert for å øke sikkerheten i offshore-operasjoner. Funnene i RISKOP-prosjektet vil bli brukt til å utarbeide læreprogrammer ved HSH, deres partnere og Simsea AS (Simulatorsenter som tilbyr opplæring av maritimt personell). Prosjektet ble startet i juni 2013, og det skal vare i totalt fire år. En del av dataene som har blitt samlet inn i forbindelse med prosjektet er hendelsesrapporter fra fire forskjellige rederier (Høgskolen Stord/Haugesund, 2014).

### Rederiene

- Eidesvik AS. De opererer skip innen supply, seismikk og subsea. Rederiet har totalt 26 skip og rundt 700 ansatte med hovedkontor på Bømlo (Eidesvik AS, u.å.).
- Farstad Shipping. De opererer skip innen ankerhåndtering, supply og subsea. Rederiet har 62 skip og 2250 ansatte med hovedkontor i Ålesund (Farstad Shipping, u.å.).
- Solstad Offshore. De opererer skip innen ankerhåndtering, supply og subsea. Rederiet har rundt 50 heleide/felleseide skip med hovedkontor i Skudeneshavn (Solstad Offshore ASA, u.å.).
- Østensjø Rederi. De opererer skip innen supply, subsea og slepebåter. Rederiet har 21 skip med hovedkontor i Haugesund (Østensjø Rederi, u.å.).



## 2.3 Formål

Formålet med denne oppgaven er å assistere RISKOP-prosjektet ved HSH med å analysere et utvalg hendelsesrapporter fra anker- og løfteoperasjoner offshore for å identifisere hvilken informasjon det er mulig å få ut av hendelsesrapportene. Vi skal også se på forhold som påvirker hendelsesrapporteringen og hvordan medarbeiderne forholder seg dersom en prosedyre må brytes for å få jobben gjort.

## 2.4 Problemstilling

Problemstillingen i oppgaven er å undersøke og vurdere brukbarheten til hendelsesrapporter i forbindelse med anker- og løfteoperasjoner offshore. I tillegg skal det gis et innblikk i rederienes sikkerhetskultur og hvordan medarbeiderne forholder seg til det å bryte prosedyrer.

Ved å analysere hendelsesrapportene og gjennomføre intervjuer skal vi kartlegge følgende:

- Hvilke type hendelser som er registrert og grad av alvorlighet. Hvem er de impliserte aktørene, både eksplisitt identifiserte og impliserte gjennom antydninger?
- Hvordan beskrives hendelsene? Hvilke årsaker oppgis?
- Er det konsistens i kategorisering, identifikasjon av årsaker og lignende?
- Få oversikt over saksgangen til hendelsesrapportene.
- Hva som motiverer/demotiverer medarbeiderne til å rapportere hendelser.
- Hvilken tilbakemelding melderne får, og nytten av denne.
- Rederienes sikkerhetskultur.
- Hva medarbeiderne gjør dersom det oppstår situasjoner der prosedyrer er til hinder for å utføre arbeidet?

## 2.5 Avgrensninger

I oppgaven vil vi gjennomgå totalt 143 hendelsesrapporter som RISKOP-prosjektet har mottatt fra de fire rederiene. Utvalgsriteriet er ifølge leder av forskningsprosjektet, Jan Roald Jonassen, hendelsesrapporter fra anker- og løfteoperasjoner offshore for årene 2011-2013 (e-post, 16. mars 2015). Grunnet utvalgsriteriet vil vi ikke kunne si noe om våre funn er representativt for andre rederier, fartøystyper, eller andre tidsrom.

De 143 hendelsesrapporter er fra rederiene Eidesvik Offshore, Farstad Shipping, Solstad Offshore og Østensjø Rederi. Antallet hendelsesrapporter vi har mottatt er noe lavt i forhold til rederienes totale mengde. For sammenligning så har ifølge Unisea rederi X ca. 16.000 rapporter årlig.

Rederiene har i tillegg til hendelsesrapporteringsystemet et system for rapportering av mindre hendelser. Dette kalles for sikkerhetsobservasjoner. RISOP prosjektet har ikke mottatt noen sikkerhetsobservasjoner fra rederiene (ibid.). Vi vil allikevel ta med anvendelsen av sikkerhetsobservasjoner i oppgaven for å få en forståelse av sammenhengen med hendelsesrapporter, og om de påvirker sikkerhetskulturen i noen grad.

Utvalget i oppgaven er åtte informanter fra to rederier og en informant fra Unisea. I oppgaven mangler ett intervju med en matros. Dette måtte utgå grunnet hviletid og mye arbeid når fartøyet ligger til land. Vi fikk isteden mulighet til å intervju to HSEQ-medarbeidere.

UniSea er en kommersiell aktør som har levert software til tre av rederiene som er omtalt i oppgaven. Vi har ikke intervjuet den andre softwareleverandøren, Star IPS. Ettersom vi utelater to rederier og en softwareleverandør fra utvalget skaper dette en skjevhet.

Antall informanter er for lavt til å få en god innsikt i sikkerhetskulturen til rederiene, men rammene for en bacheloroppgave setter begrensninger for hvor omfattende datainnsamlingen kan være. Det lave antall informanter og skjevheten i utvalget vil derfor redusere påliteligheten til oppgaven. Utvalget er mer detaljert beskrevet i kapittel 4.3.



## 3 Innføring i sentrale regelverk og teori

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for regelverk og teori som er relevant for å finne svar på vår problemstilling.

### 3.1 Regelverk

Krav om hendelsesrapportering er fastsatt i lover og forskrifter. Under vil vi legge frem de mest relevante regelverkene som stiller krav om hendelsesrapportering til norske rederier. Vi ønsker å vise at regelverket krever at hendelser skal rapporteres, undersøkes og tiltak skal iverksettes for å hindre gjentakelse.

#### 3.1.1 IMO og ISM-koden

IMO er FNs sjøsikkerhetsorganisasjon, som skal ivareta sikkerheten innen sjøfart. Norge er medlem i IMO og må dermed forholde seg til IMOs regelverk.

ISM-koden er en internasjonal norm for sikkerhetsstyring som er vedtatt av IMO.

Norge har ratifisert ISM-koden gjennom Forskrift om sikkerhetsstyringssystem for norske skip m.m., med hjemmel i Skipssikkerhetsloven.

Ifølge ISM-koden kreves det at rederiene skal ha systemer som sikrer at prosedyrebrudd, ulykker og nestenulykker blir rapportert til selskapet, for deretter å bli undersøkt og analysert for å forbedre sikkerheten om bord. Samtidig skal rederiene ha prosedyrer for å korrigere problemene og forhindre at de gjentar seg (Forskrift om sikkerhetsstyringssystem for skip m.m., 2014). Ifølge ISM-koden er hendelsesrapportering obligatorisk (IMO, 2014).

#### 3.1.2 Internkontrollforskriften

Ettersom rederiene omfattes av både arbeidsmiljøloven og forurensningsloven er de pålagt å følge Internkontrollforskriften. Blant annet i Internkontrollforskriftens står det «Internkontroll innebærer at virksomheten skal... iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse,- miljø- og sikkerhets- lovgivningen» (Internkontrollforskriften, 1996, s. §5). Det nevnes også flere forskjellige punkter om hva internkontroll innebærer, det viktigste er at rapporteringssystemer bør kunne regnes som systematiske tiltak som bidrar til at bedriften holder seg innenfor den relevante lovgivningen.



### 3.1.3 G-OMO

G-OMO er et samarbeid mellom norske, engelske, danske og nederlandske interesseorganisasjoner. Norges Rederiforbund er den norske deltakeren.

Formålet til G-OMO er å utarbeide metoder og oppfordre til en god praksis for å operere fartøy sikkert innenfor offshore olje og gas virksomhet (G-OMO, 2013).

G-OMO stiller blant annet konkrete krav til hva hendelsesrapporteringen skal anvendes til:

*«Målet med rapporteringen er å fastslå den potensielle alvorlighetsgraden av hendelsen og å fastslå hvorvidt ytterlige undersøkelser bør foretas for å kartlegge umiddelbare og underliggende årsaker til hendelsen. Undersøkelser bør være omfattende, og forsøke å identifisere- og iverksette tiltak for å hindre gjentakelse...*

*... Resultatene som fremkommer skal rapporteres til alle involverte parter der det er relevant.»* (G-OMO, 2013, s. 29. Egen oversettelse fra engelsk).

### 3.1.4 Forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip

Besetningen vil få tilbakemelding på alle relevante sikkerhets observasjoner og hendelsesrapporter på sine interne sikkerhets møter og verne- og miljøutvalg møter (VMU). Denne praksisen er ikke rederi og fartøyavhengig, men er et krav (Forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip, 2005, s. § 5).

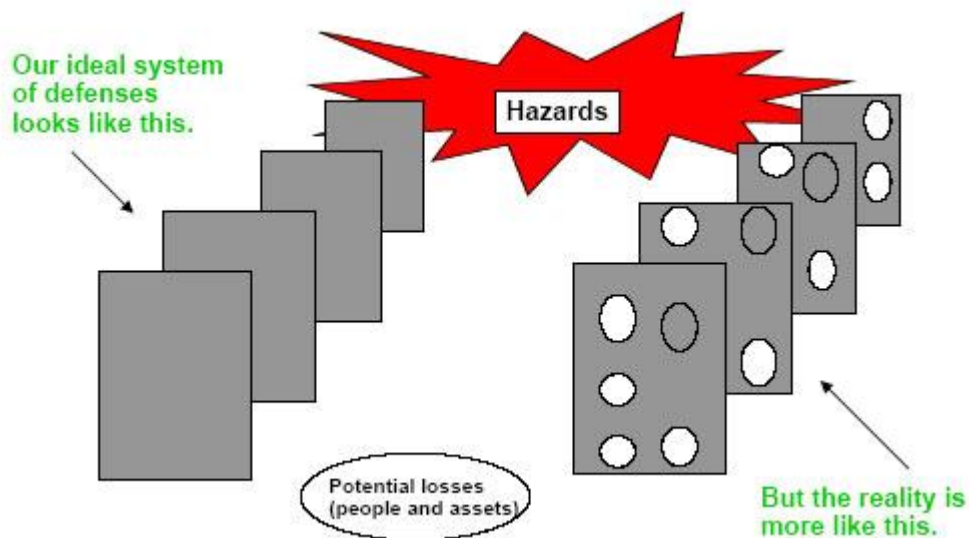
## 3.2 Hvordan ulykker oppstår

Når en skal se på hendelsesrapporter kan det være til hjelp å ha et visst kjennskap til hvilke faktorer som påvirker hvordan ulykker oppstår. Dette vil være relevant for å forstå både ulykker og nestenulykker. For å forklare hvordan ulykker oppstår vil vi benytte James Reasons (1997) Sveitserost-modell.

Reason (1997) bruker Sveitserost-modellen for å forklare hvordan ulykker oppstår. Tanken er at det finnes flere barrierer som beskytter mot ulykker. For en løfteoperasjon kan for eksempel barrierene bestå av gode prosedyrer, at prosedyrene blir fulgt, mannskapet på fartøyet står ikke under hengende last, løfteutstyret er sjekket og skadefritt, og så videre.

Ideelt vil hver av barrierene fungere som vanntette skott, og dersom den ene barrieren svikter så vil de andre holde tett slik at ulykker ikke oppstår.

I virkeligheten er ikke barrierene vanntette skott, men har hull. Dersom disse hullene blir overlappende vil det ikke være noen barrierer og ulykken vil bli et faktum.



Figur 1 - Sveitserost-modellen - (Reason, 1997)

### 3.3 Sikkerhetskultur

Ettersom vi ønsker å se på både rapportering og behandling av hendelser, vil det være til stor hjelp å forstå hvordan den interne kulturen i en bedrift kan påvirke dette. Derfor velger vi å ta til hjelp teori om sikkerhetskultur.

*Sikkerhetskultur* er et begrep som ikke har noen standard definisjon. En vanlig oppfattelse er at sikkerhetskultur omhandler en organisasjons verdier og holdninger som påvirker hvordan organisasjonen forholder seg til sikkerhet (Reason, 1997). Dette gjenspeiles i organisasjonens struktur og systemer for å skape en sikkerhetsbevisst atferd.

Reason har utviklet flere begreper for å kunne forklare sikkerhetskultur. Han mener at en god sikkerhetskultur er en *informert kultur*. Reason definerer en informert kultur som: «de som leder og opererer systemet har kunnskap om menneskelige, teknologiske, organisatoriske og miljømessige faktorer som er avgjørende for sikkerheten til systemet som en helhet» (Reason, 1997, s. 195. Egen oversettelse til norsk).



Ifølge Reason kjennetegnes en informert kultur av at den har gode rapporteringssystemer, den er rettferdig, den er fleksibel og den lærer. Følgende begreper forklarer disse fire kjennetegnene:

1. *Rapporterende kultur* – menneskene i organisasjonen er villige til, og er interessert i å rapportere sine ulykker og nestenulykker.
2. *Rettferdig kultur* – menneskene i organisasjonen oppmuntres til å rapportere nødvendig og viktig sikkerhetsrelatert informasjon, men det må være klart hvor grensen skal trekkes mellom akseptabel og uakseptabel atferd.
3. *Fleksibel kultur* – være i stand til å endre struktur i en kritisk situasjon. Fra den konvensjonelle hierarkiske struktur til en flatere profesjonell struktur, hvor kontrollen går til eksperter på stedet, deretter går tilbake til den tradisjonelle byråkratiske modus når krisesituasjonen har passert.
4. *Lærende kultur* – omhandler vilje til å trekke riktige konklusjoner fra sin sikkerhetsinformasjon, samt evne til å gjennomføre reformer og endringer når det er nødvendig.

Reason påpeker at det er samspillet mellom rapporterende-, rettferdig-, fleksibel- og lærende kultur som skaper en informert kultur. Han oppgir en rekke eksempler på hva som skal til for å skape en informert kultur.

Innenfor en *rapporterende kultur* er det mange årsaker som kan hindre rapportering: ekstraarbeid, skepsis, mangel på tillit, frykt for represalier og mangel på motivasjon. For å skape en god rapporteringskultur er det derfor viktig å skape tillit hos medarbeidere og motivere dem til å rapportere hendelser. Dette kan blant annet gjøres ved å ivareta anonymitet, gi forståelige tilbakemeldinger fremfor å legge skylden på medarbeiderne og lage brukervennlige systemer for å rapportere hendelser.

For en *rettferdig kultur* er det viktig at belønninger og straff oppfattes rettferdig. Det må skilles mellom uhell og forsett. En «no-blame» kultur er derfor ikke ønskelig fordi hendelser som er utført med forsett skal få følger.

For en *fleksibel kultur* er det viktig å kunne være i stand til å omstille seg til skiftende krav. For å øke kunnskapen om systemet, bør organisasjonen verdsette erfaringsoverføring gjennom fortellinger. Sikkerheten vil også forbedres dersom flere personer settes til de samme oppgavene. Spesielt viktig er det å blande mennesker med ulikt tankesett. Dette fordi





mennesker med samme tankesett er for homogene i hvordan de ser ting og dermed mangler nødvendig tverrfaglighet.

For en *lærende kultur* inngår flere elementer fra de andre tre kulturene. Det viktigste og vanskeligste er å sørge for at ledelsen er villig og er i stand til å iverksette og utføre tiltak som blir identifisert.

### 3.4 Læring

Som beskrevet i avsnittet med sikkerhetskultur anvender Reason (1997) begrepet *lærende kultur*. Vi ønsker å se mer inn på læring for å belyse hvordan rederiene kan dra nytte av sine hendelsesrapporter. Læring spiller en sentral rolle for å hindre gjentakelse av hendelser.

Ifølge Senge (1990) er det fem *disipliner* som fremmer læring i organisasjoner. Arbeidet med de fem disiplinene stanser aldri, men er en evigvarende læringsprosess. Disiplinene er:

- *Personlig mestring* - individer skal lære å utvikle sin kapasitet. Tanken er at organisasjoner kun lærer fra individer som lærer.
- *Mentale modeller* – lære å reflektere over egne antakelser og generaliseringer slik at en kan se hvordan de påvirker ens handlinger.
- Felles visjoner – skape forpliktelse i gruppen ved å utforme en felles visjon. *Organisasjonens* visjon må være forenelig med visjonen til medarbeiderne som arbeider der for å skape støtte og drivkraft til visjonen.
- *Gruppelæring* – forbedre dialogen i gruppen slik at gruppen får kunnskap individene ellers ikke hadde fått på egenhånd. Tanken er at gruppen er større enn summen av individene på grunn av individene lærer av hverandre.
- *Systemtenkning* – forståelse for kreftene som former og virker i systemet. Dette vil hjelpe oss til å forstå hvordan vi kan endre systemet.

Senge kaller systemtenkning for *den femte dimensjon*. Denne er ifølge Senge viktigst for å fremme læring i organisasjoner. Forståelsen av systemet øker ved å arbeide med de fire første disiplinene. Systemtenkningen omhandler dermed å se på de fire første disiplinene som en helhet og dette medfører at systemtenkning er større enn summen av de fire første disiplinene individuelt.



### 3.5 Attribusjonsteori

En ting som interesser oss ved hendelsesrapportene er hvordan folk definerer de ansvarlige for hendelsen. Dette kan tolkes via teorien om sikkerhetskultur, der arbeidere i en rapporterende kultur skal rapportere sine egne ulykker, og der medarbeiderne i en rettferdig kultur kan frykte represalier. Men vi vil også bruke attribusjonsteori for å få en annen måte å tolke dette elementet av rapportene på, slik at vi har en annen vinkel vi kan se det fra.

Ifølge Kaufmann & Kaufmann (2009) handler attribusjonsteori om årsakstilskrivning. Teorien omhandler hvordan vi forklarer egne og andres handlinger for oss selv. Hvis noen for eksempel gjør noe feil, så vil vi forsøke å tolke denne feilen for å finne ut hvorfor det skjedde. Det finnes både indre attribusjon, der vi forklarer det med at hendelsen hadde noe med selve personen og gjøre, som for eksempel at de har manglende evne eller motivasjon, og det finnes ytre attribusjon, som for eksempel at oppgaven var vanskelig, eller at de hadde uflaks. Vi danner oss gjerne raskt oppfatninger om hvordan vi mener en person er, hvilket kan være med å fargelegge de attribusjonene vi knytter til deres handlinger.

Videre forklarer Kaufmann & Kaufmann (2009) at attribusjonsteori er relevant for arbeidslivet fordi vår tolkning av hendelser vil påvirke både vår reaksjon og de tiltakene vi iverksetter etter hendelsen. De peker også på at vår tolkning av våre egne hendelser kan ha konsekvenser for hvordan vi senere vil opptre i lignende situasjoner. En annen ting som fremheves er det de kaller de tre systematiske attribusjonsfeilene, som er:

*Den fundamentale attribusjonsfeilen* er en tendens til å overattribuere handlingsårsaker til indre faktorer. Dette vil si at hvis noen gjør noe galt, så vil vi gjerne tenke at dette er et resultat av deres personlighet, manglende evner eller motivasjon, og så videre.

*Aktør-observatør-effekten* går på noe av det samme. Her attribuerer man andre folks feilgrep til indre årsaker, men vi attribuerer våre egne feilgrep til ytre årsaker, som uflaks eller vanskelige arbeidsoppgaver.

*Selvfavoriserende attribusjon* henger sammen med det forrige punktet. Man attribuerer sine egne feil til ytre årsaker, men vi attribuerer våre suksesser til indre årsaker. Dette vil si at det vi gjør bra, gjør vi fordi vi er flinke, og det vi gjør dårlig, det skjer på grunn av omstendigheter som ikke har noe med oss som person å gjøre. Dette gjelder også for hvordan



vi tolker handlinger fra for eksempel venner og familie, eller bedriften vi jobber i (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

### 3.6 Practical drift

I innledningen la vi frem at 4 av 10 sjøfolk av og til bryter prosedyrer for å få jobben gjort (Sysla, 2015). Dette mener vi er av interesse for vår oppgave. Vi ønsker derfor å undersøke om det faktisk er slik at sjøfolk av og til bryter prosedyrer for å få jobben gjort. For å forstå dette er det svært nyttig å trekke inn teori om practical drift.

*Practical drift* er, i følge Leemann (2011), når lokal praksis for en bedrift utvikler seg til å bli forskjellig fra den praksisen som de skriftlige prosedyrene legger frem. Dette vil si at selv om de er klar over reglene, så velger medarbeiderne å ikke følge dem.

En grunnleggende årsak til at practical drift oppstår er at de skriftlige prosedyrene er for strenge (Leemann, 2011). De som skaper prosedyrene ønsker gjerne å unngå så mange ulykker som mulig, og skriver derfor prosedyrene for å sørge for at selv de verste tenkelige ulykkene omfattes av prosedyrene. Dette kan føre til at prosedyrene blir svært omstendelige og lite anvendbare i det virkelige liv. I begynnelsen vil de ansatte følge reglene, men etter vil de sakte begynne å benytte en mer pragmatisk fremgangsmåte, der de bruker egen dømmekraft for å bestemme til hvilken grad det er verdt å følge prosedyrene, slik at de kan få jobben gjort mest effektivt. De tolker hva situasjonen krever av dem, og handler deretter. Dette kan resultere i at praksisen over tid beveger seg lengre og lengre bort fra det de skriftlige prosedyrene krever, og dette kan til slutt ende opp i alvorlige ulykker. Jo strengere regelverket er, jo større sjanse er det for at practical drift vil oppstå.

### 3.7 Motivasjonsteori

En del av problemstillingen er å kartlegge hva som motiverer/demotiverer medarbeiderne til å rapportere hendelser. For å belyse begrepet motivasjon ønsker vi å benytte teori om *indre og ytre motivasjon*.

Ifølge Kuvaas (2012) skiller vi mellom to typer av motivasjonsorienteringer. Det er indre og ytre motivasjon.



Indre motivasjon er selvbestemte og kompetansegivende handlinger som kan oppnås ved organisatorisk støtte, autonomi, rettferdighetsopplevelse og interessante og varierte oppgaver. Organisatorisk støtte defineres i hvilken grad medarbeidere opplever at organisasjonen er opptatt av deres bidrag og bryr seg om deres velvære. Rettferdighetsopplevelse handler om i hvilken grad kriterier og prosedyrer som ligger til grunn for beslutninger er rettferdige eller anvendt på en rettferdig måte. Mellommenneskelig rettferdighet er også viktig, og dreier seg om i hvilken grad man opplever at andre personer, vanligvis ledere, opptrer på en rettferdig måte. Deltakelse i beslutninger, autonomi og interessante oppgaver ses som en viktig kilde til indre motivasjon for de ansatte i organisasjonen.

Ytre motivasjon kan bestå av indirekte og direkte belønning. Indirekte belønning kan være ros og anerkjennelse hvor det legges vekt på bruk av gode kommentarer og tilbakemeldinger for godt utført arbeid som kan stimulere og motivere medarbeiderne. Anerkjennelse er å la en ansatt vite at ledelse og organisasjonen har sett og hørt dem. Hvis de ansatte føler seg anerkjent, trenger ledelsen typisk ikke bruke så mye ros. Det er fornuftig å anerkjenne ansatte når de gjør det bra enn å kritisere dem når de gjør det dårlig, fordi dette medfører til ekstra motivasjon (ibid.). Direkte belønning benyttes i form av penger og bonuser.

Belønningsordninger skilles mellom to nivåer; individuell og kollektiv belønning. Kollektiv belønning brukes mest for å belønne forskjellige avdelinger eller grupper av ansatte.

Kollektive belønningsordninger oppleves bedre enn individuelle belønningsordninger, og fremmer ofte bedre samarbeid innen gruppen fordi en da motiverer alle medarbeiderne fremfor en enkelt. Belønningsincentiver brukes vanligvis for enkelte og rutinemessige oppgaver med fokus på kvantitet fremfor kvalitet (ibid.). Stort fokus på incentiver som fremmer ytre motivasjon kan påvirke indre motivasjon negativt, og virke demotiverende.

## 4 Metode

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for oppgavens pålitelighet og gyldighet samt metodene vi har anvendt for å innhente og analysere data for å kunne svare på problemstillingen.

Datagrunnlaget i oppgaven består av 143 hendelsesrapporter fra anker- og løfteoperasjoner offshore, samt intervjuer med forskjellige personer som er involvert i saksgangen til hendelsesrapportene. Vi har også intervjuet en person som står bak hendelsesrapporteringssystemet som tre av rederiene i oppgaven anvender.

### 4.1 Pålitelighet og gyldighet

Vurdering av hendelsesrapportenes, intervjuenes og analysens pålitelighet (relabilitet) og gyldighet (validitet), er viktig for å kunne vurdere nøyaktigheten på innsamlet data og om de kan gi svar på problemstillingen (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

Pålitelighet dreier seg om nøyaktighet av undersøkelsens data. Påliteligheten kan styrkes ved å gi leseren en inngående beskrivelse og detaljert fremstilling av framgangsmåten under hele forskningsprosessen. Gyldighet dreier seg om i hvilken grad forskerens framgangsmåter og funn reflekterer problemstillingen og representerer virkeligheten (ibid.).

Ifølge Platt (1981) er det en fare for at dokumenter som bare er produsert av en part kan være misledende og ikke få med det totale oversiktsbildet. Hendelsesrapportene vi har fått tilgang til er kun skrevet av rederiene. I mange tilfeller sender rederiene kopier over til sin kunde og involvert operatør. Vi har ikke kjennskap til om kunden eller operatøren har foretatt egne undersøkelser for de aktuelle hendelsene, eller skrevet egne uavhengige hendelsesrapporter for de samme hendelsene. En sak har alltid minst to sider, og det kan derfor være problematisk at vi kun har hendelsesrapporter fra en part.

I de neste avsnittene vil vi forklare vår framgangsmåte for å finne svar på problemstillingen og hvilke forhold i framgangsmåten som påvirker pålitelighet og gyldighet.

### 4.2 Hendelsesrapportene

RISKOP-prosjektet ved HSH har mottatt 143 hendelsesrapporter fra rederiene Eidesvik Offshore, Farstad Shipping, Solstad Offshore og Østensjø Rederi.

Informasjon fra hendelsesrapport skjemaene ble ført inn i ett excel regneark for kunne sortere data på en oversiktlig måte. Følgende kategorier ble registrert: Rederi, fartøy, fartøy type,



type hendelse beskrivelse av hendelsen, aktivitet når hendelsen oppstod, involverte aktører, alvorlighetsgrad, tiltak utført av fartøyet og tiltak utført av rederiet (HSEQ avdelingen).

Ikke all data kommer like klart frem. Hendelsesrapportene har for eksempel ikke felter for å fylle inn hvem som var involverte aktører, men denne informasjonen kommer tydelig frem i friteksten. Vi så etter konsistens i kategorisering, saksgangen, om det finnes noe mønster. Eventuelle funn i analysen av hendelsesrapportene vil være gjenstand for oppfølging i intervjuene.

Forhold med hendelsesrapportene som reduserer påliteligheten til oppgaven er:

- Hendelsesrapportene er valgt av rederiene selv og vi har dermed ingen kontroll om noe er uteglemt.
- Mange hendelsesrapporter mangler vedlegg og risikomatrise.
- Utvalget av hendelsesrapportene representerer en relativt liten del av rederienes totale mengde av hendelsesrapporter.
- Det er brukt forskjellige systemer for hendelsesrapportering.
- Ingen av medlemmene i vår gruppe har tidligere erfaring med analysering av hendelsesrapporter eller arbeid på fartøy.

### 4.3 Utvalg

Til intervjuene valgte vi informanter fra to rederier. Utvalget var basert på funn fra gjennomgangen av hendelsesrapportene. Vi mente det var mest formålstjenlig å intervjuer personer i rederi 1 og 2, fordi vi mener rederiene representerer to ytterpunkter blant de fire rederiene. I hendelsesrapportene til rederi 1 fant vi at HSEQ avdelingen involverer seg svært lite saksgangen. I de fleste tilfeller bekrefter HSEQ avdelingen viktigheten av rapporteringen og oppfordrer til videre rapportering, uten å iverksette andre typer tiltak enn det fartøyet allerede har utført. Rederi 2 utmerket seg positivt ved at de legger mest informasjon inn i hendelsesrapportene, spesielt med tanke på hva som skjer i saksforløpet etter at rapporten er skrevet. Det kan dreie seg om eposthistorikk, meldinger fra leverandører og tredjepart samt intern oppfølging. Rederi 2 er også det eneste rederi som vurderer alvorlighetsgrad (grønn/gul/rød) i sine hendelsesrapporter.



## Informanter

For å innhente tilfredsstillende data ønsket vi informanter som er delaktige i alle faser av prosessen med å håndtere hendelsesrapporter. For hvert rederi ønsket vi å intervju 2 matroser, 1 leder på fartøy og 1 HSEQ medarbeider på rederiet (totalt 8 informanter, 4 fra hvert rederi). Årsaken til inndelingen er: Matroser er involvert i aktivitetene på dekk og er derfor delaktige i løfte- og anker håndterings operasjoner på fartøyet. Ledere på fartøyet har et overordnet ansvar for aktivitetene om bord og de er derfor første instans som behandler og gjerne oppretter hendelsesrapporter. I tillegg viderefremmer de rapporten til rederi og kunder, samt sørger for tilbakemeldinger til mannskapet og deltar på sikkerhetsmøter om bord. HSEQ medarbeidere på rederiet står for den overordnede behandlingen og endelige godkjenningen av hendelsesrapportene. De godkjenner tiltakene fartøyene har satt i verk og kan komme med ekstra tiltak.

UniSea er en kommersiell aktør som selger software til rederier. Etersom UniSea har levert software til tre av rederiene som er omtalt i oppgaven, mente vi at det var interessant å høre om hendelsesrapportering fra de som faktisk utviklet systemene.

## Gjennomføring av intervju

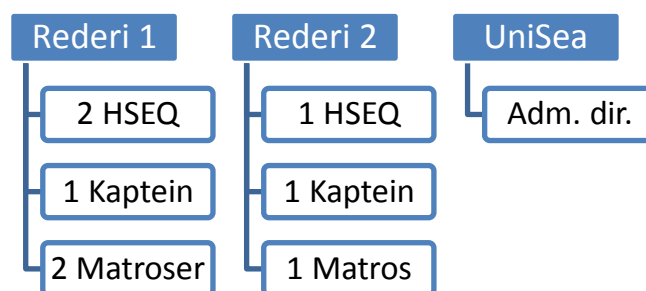
I intervjuene vil vi ta opp tema som omhandler saksgangen til hendelsesrapportene og avklare funn fra disse. Vi vil også ta opp sikkerhetskulturen i rederiene og hva informantene gjør dersom det oppstår tilfeller der prosedyrer er til hinder for å utføre arbeidet.

I oppgaven er vi opptatt av nøyaktighet og legger dermed vekt på å eliminere bias, unngå skjevheter og metodefeil. Intervjuformen som dermed er mest hensiktsmessig for oppgaven er semistrukturert med intervjuguide. Et semistrukturert intervju gir en uformell atmosfære og bidrar dermed til å få mest mulig informasjon fra respondentene. Dette vil sikre at informantene får mulighet til å utdype sine svar og komme med supplerende informasjon. Intervjuguiden er tenkt på som en liste med spørsmål og temaer vi ønsker å diskutere, med mulighet for å endre rekkefølge etter hvert som samtalen forløper. Dette vil sikre en standardisering hvor respondentene får nesten samme spørsmål og vil dermed hjelpe til å systematisere og sammenlikne svarene (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

Vi mener valg av semistrukturert intervju kan kompensere noe for vår manglende erfaring og kunnskap med det å arbeide på fartøyer, behandle hendelsesrapporter og gjennomføre intervjuer. Vi ønsker at informantene skal gi mest mulig informasjon, også om forhold vi ikke

har kjennskap til og derfor ikke stiller spørsmål om. Vektlegging på oppfølgingsspørsmål er derfor viktig for å forbedre gyldigheten til intervjuene.

Det ble utarbeidet en intervjuguide for hver stilling: dekkarbeider, ledere på fartøy, HSEQ medarbeidere på rederiet og UniSea. Innholdet i intervjuguidene er nesten identisk for stillingene, men temaene er tilpasset den aktuelle stilling. Se vedlegg 1 for intervjuguider. Intervjuene med rederi 1 og 2 ble foretatt uke 10 og 11 i 2015 på kontorene til rederiene 1 og 2, samt om bord på noen av rederienes fartøyer. Intervjuet med UniSea ble foretatt i uke 16. Til sammen ble det intervjuet 9 personer. Figuren under viser fordelingen av informantene:



Figur 2 - Informanter

En begrensning i gyldigheten til intervjuene er valg av informanter. Kontaktpersoner i rederi 1 og 2 valgte fartøy der vi kunne utføre intervjuer og kapteinen på fartøyet valgte besetningsmedlemmer vi fikk intervjuer. Valg av informanter på fartøyene ble derfor gjort av bekvemmelighetsforhold med tanke på hvilket fartøy som var nærmest Haugesund og hvilke matroser som kunne få fri fra arbeidet sitt for å delta på intervju.

To av matrosene var relativt nye ombord på fartøyene de arbeidet på nå, men hadde lang erfaring fra andre fartøy i rederiet. Den lange erfaringen er gunstig ettersom de da har et bredere grunnlag for å besvare våre spørsmål. På grunn av stor arbeidsbelastning på fartøyet til rederi 2, fikk vi kun anledning til å intervjuer en matros.

Ifølge Johannesen, Christoffersen, & Tufte (2011) skal all datainnsamling dokumenteres og det er vanlig at lydopptak transkriberes, det vil si at lydopptaket skrives som tekst. Å skrive lydopptaket som tekst vil blant annet gjøre det lettere å redusere datamengden til det som er relevant for problemstillingen. Dette vil gjøre analysearbeidet mer oversiktlig og bidra til forståelse.

Det ble foretatt lydopptak av alle intervjuer som ble transkribert i ettertid. Funnene fra intervjuene er gjengitt i kapittel 5.





## 4.4 Personopplysninger

Personopplysninger som kan tilbakeføres til enkeltpersoner i ifølge NSD taushetsbelagt og meldepliktig. For å gjennomføre et prosjekt uten å omfattes av meldeplikten stilles det krav til anonymitet, også ved lydopptak av intervjuer. Derfor skal intervjuguiden være utformet slik at det ikke forekommer personidentifiserbar informasjon (NSD - Personvernombudet for forskning, u.å.)

For at intervjuene skal være gyldige stilles det krav til samtykke. Det stilles også et minstekrav til hvilken informasjon informanten skal motta:

- *Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig*
- *Forskers (eventuelt student og veileders) kontaktopplysninger*
- *Prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til*
- *At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn*
- *Når prosjektet skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da; sletting, anonymisering eller videre lagring*  
(ibid.)

I vår oppgave foretok vi lydopptak av alle intervjuer og transkriberte dem etterpå.

Intervjuguiden er utformet etter kravene til NSD og informantene har mottatt påkrevd informasjon og gitt sitt samtykke. Alle informanter fra rederiene og navnet på rederier er anonymisert. Vi har gitt rederiene vilkårlig nummer fra 1-4

Informanten i UniSea opplyste at han ikke trengte å bli anonymisert fordi han ikke fortalte noe sensitivt.

Oppgaven inngår som en del av RISKOP-prosjektet og vi har dermed har fått tilgang til informasjon som tilhører RISKOP-prosjektet. Derfor har alle medlemmer i gruppen signert taushetserklæring. Alle hendelsesrapporter og lydopptak er lagret på et passordbeskyttet område og vil bli slettet når oppgaven er ferdig sensurert.



## 5 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil vi presentere funnene fra gjennomgangen av hendelsesrapportene fra de fire rederiene og intervjuene med informanter i rederi 1, rederi 2 og UniSea.

Innledningsvis vil vi forklare at i tillegg til hendelsesrapportene også finnes det et mindre formelt system for lavterskel rapportering som heter *sikkerhetsobservasjoner*.

Vi vil også presentere programvaren som rederiene bruker for hendelsesrapportering. Videre vil vi presentere selve hendelsesrapporteringsskjemaene og forklare hvilke data som skal legges inn i dem, samt saksgangen til hendelsesrapportene.

For å kunne belyse sikkerhetsobservasjoner, programvaren og hendelsesrapportskjemaene vil vi trekke inn nødvendige momenter fra intervjuene.

### 5.1 Sikkerhetsobservasjoner

Sikkerhetsobservasjoner er laveste nivå av rapportering og inngår som et selvstendig system utenfor hendelsesrapporteringssystemet (Intervju med UniSea). Et typisk eksempel på en sikkerhetsobservasjon er en medarbeider om bord som glemte å ta på seg verneutstyr (intervju Rederi 1 - R1).

Rapporteringen foregår på et håndskrevet kort. Dersom kortet blir skrevet av en matros så kan kortet leveres til avdelingslederen. Dersom melderer ønsker å være anonym så finnes det en postkasse om bord der kortet kan legges. Avdelingslederen fører sikkerhetsobservasjonen elektronisk inn i et program når de mottar kortet.

Sikkerhets observasjoner skal behandles lokalt på fartøyet uten å gå veien via HSEQ avdelingen på land. Årsaken er at HSEQ avdelingen ikke har kapasitet til å håndtere den enorme mengden med data som blir rapportert. UniSea har ikke anledning til å gi ut nøyaktige antall sikkerhetsobservasjoner de forskjellige rederiene leverer, men anslår at det er i overkant av 10.000 per år per rederi (Intervju med UniSea).

Dersom det i behandlingen av en sikkerhetsobservasjon fremkommer at saken det gjelder faktisk burde vært klassifisert høyere, for eksempel nestenulykke, så vil det bli opprettet en hendelsesrapport i tillegg til sikkerhetsobservasjonen.



I alle våre intervjuer har vi funnet ut at bruk av sikkerhetsobservasjoner er likt for alle rederier. Metoden med å bruke postkasse som mulighet for anonym rapportering bekreftes i alle våre intervjuer.

## 5.2 Programvaren

Rederiene 1, 3 og 4 bruker programmet UniSea HSE fra UniSea<sup>1</sup> for å håndtere hendelsesrapporteringen, mens rederi 2 anvender programmet Star IPS fra Sismarine<sup>2</sup>. Programpakken fra UniSea og Star IPS er svært omfattende verktøy for flåtestyring, der hendelsesrapportering er en modul. I tillegg er det moduler for inspeksjoner, vedlikehold, lagerstyring, budsjettering, arbeidstillatelser, kvalitetssikring (QA), miljø, dokumenthåndtering, kontrakter mm. UniSea har også en modul for sikkerhetsobservasjoner, men dette finnes ikke i Star IPS. Rederi 2 bruker programmet *Vessel Manager* for sikkerhetsobservasjoner.

## 5.3 Hendelsesrapportene

Innholdsmessig er hendelsesrapportskjemaene så godt som identiske for UniSea og Star IPS. Hovedforskjellene mellom systemene:

- UniSea har et klart skille hvilke korrigerende tiltak som ble utført av fartøyet og hvilke som ble utført av rederiet, mens Star IPS ikke skiller på hvem som utfører korrigerende tiltak.
- Der UniSea anvender personskafe og skade på eiendom som selvstendige hendelser, bruker Star IPS fellesbetegnelsen hendelse.
- Star IPS har en kategori som heter tredjeparts observasjon. Denne er tiltenkt observasjoner som går mot eksterne i forhold til fartøyet, for eksempel rig og base.

I skjemaene finnes det rubrikker for å legge inn fritekst, beskrivelse av hendelsen, vurdering av bakenforliggende årsak til hendelsen, konsekvens / mulig konsekvens av hendelsen, korrektive tiltak og oppfølging. I tillegg er det felter for mer standard informasjon som type hendelse, dato, tid, sted, fartøy, Kunde, værforhold, aktivitet og personer involvert i hendelsen, rapporteringen og behandlingen av hendelsesrapporten.

---

<sup>1</sup> <http://www.unisea.no/>

<sup>2</sup> <http://www.sismarine.com/>



Det finnes også valg som må gjøres i form av nedtrekksmenyer. Disse valgene er forhåndsdefinert og kan være forskjellige fra rederi til rederi. Ett eksempel på et slikt valg kan være hendelsesrapport på en personskade. Da kan det for eksempel velges om det er en førstehjelp, sykemelding, tapt arbeidstid, eller fatal (Intervju med UniSea). Se vedlegg 2 for eksempel på hendelsesrapport i UniSea og vedlegg 2 for hendelsesrapport i Star IPS.

### Aktører

I hendelsesrapportene blir gjerne involverte aktører. Det kan for eksempel være operatøren dersom det var en løfteoperasjon mot en plattform. Navn på personer nevnes ikke, men det er vanlig å nevne firma og eventuelt navnet på plattform/fartøy.

Hvem som er aktørene i hendelsesrapportene kommer ikke eksplisitt frem fra skjemaene. Det er ingen avkryssingsbokser eller nedtrekksmenyer som angir aktørene. Hvem som er aktørene kommer implisitt frem i friteksten som legges inn i hendelsesrapportene.

### Alvorlighetsgrad

I både UniSea og Star IPS er det mulighet til å gradere hendelsesrapportene etter alvorlighetsgrad. Begge systemene bruker fargene grønn, gul og rød, der rød er mest alvorlig. Figuren under viser kriteriene for å velge alvorlighetsgrad.

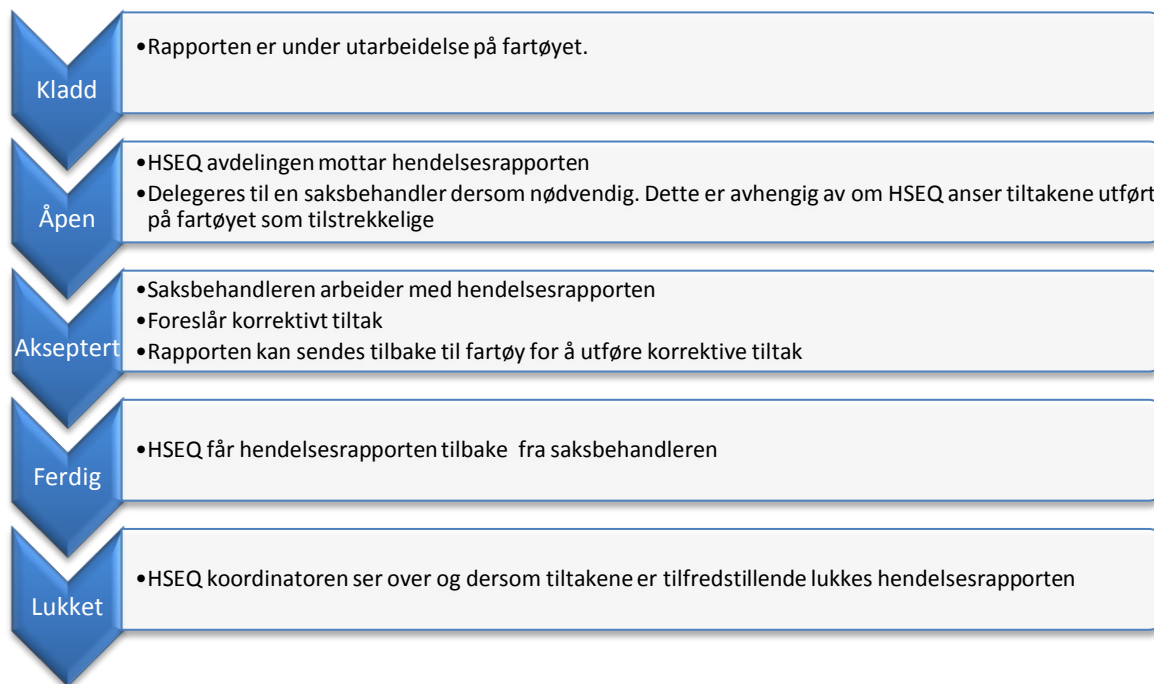
HAZARD SEVERITY OUTCOME				PROBABILITY					
Injury	Pollution water (brine)	Oil spill	Damage	Very unlikely	Unlikely	Possible	Likely	Very Likely	
<b>Very serious</b> Death or multiple serious long term injuries	> 500 m <sup>3</sup>	> 100 m <sup>3</sup>	NOK > 5 million	Yellow	Yellow	Red	Red	Red	E
<b>Serious</b> Long term serious injuries	500 m <sup>3</sup> - 500 ltr	100 m <sup>3</sup> - 100 ltr	NOK 5 million - 200.000,-	Green	Yellow	Yellow	Red	Red	D
<b>Moderate</b> Injury leading to & up to 10 days away from work (LTI)	500 ltr - 100 ltr	100 ltr - 10 ltr	NOK 200.000,- - 50.000,-	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	C
<b>Slight</b> First aid required or medical treatment (NLT)	100 ltr - 50 ltr	10 ltr - 1 ltr	NOK < 50.000,-	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	B
<b>Negligible</b> No specific treatment or loss of work	< 50 ltr	< 1 ltr	No cost	Green	Green	Green	Green	Yellow	A

Figur 3 - Risk matrise - Hentet fra UniSeas hendelsesrapporter

## Saksgangen

Saksgangen til hendelsesrapportene er tilnærmet identisk for rederiene. UniSea og Star IPS har forskjellige navn på de forskjellige stegene, men innholdet er stort sett det samme.

Under vises saksgangen til en typisk hendelsesrapport i UniSea:



Figur 4 - Arbeidsflyt for hendelsesrapporter (UniSea).

## 5.4 Hendelsesrapportene

I dette avsnittet vil vi se på de 143 hendelsesrapportene RISKOP-prosjektet ved HSH har mottatt. Vi vil presentere funnene for hvert av de fire rederiene for seg selv før vi avslutningsvis gir en samlet oversikt.

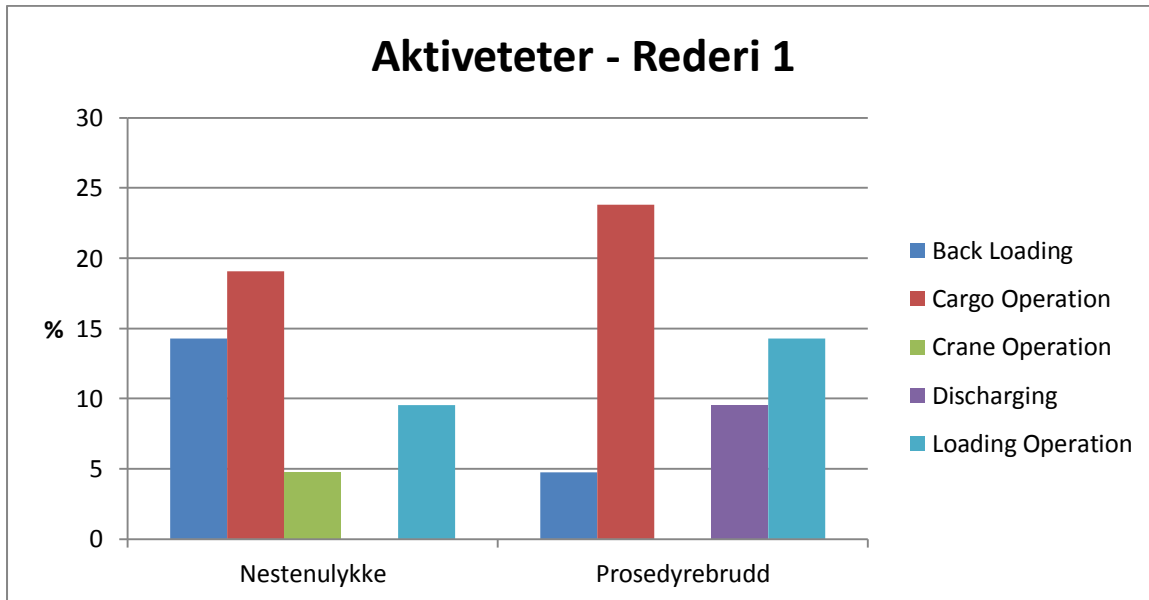
### 5.4.1 Funn i hendelsesrapportene til Rederi 1

Hendelsesrapportene er fra supplyfartøy og omhandler løfteoperasjoner, både offshore mot rig og i havn mot base. Hendelsesrapportene inneholder ingen vedlegg eller utfylt risikomatrixe.

Vi har ingen informasjon om det faktisk finnes vedlegg eller utfylt risikomatrixe for hendelsesrapportene. Grunnet disse manglene fremgår ikke alvorlighetsgrad.

Hendelsesrapportene omhandler nestenulykker (48 %) og prosedyrebrudd (52 %).

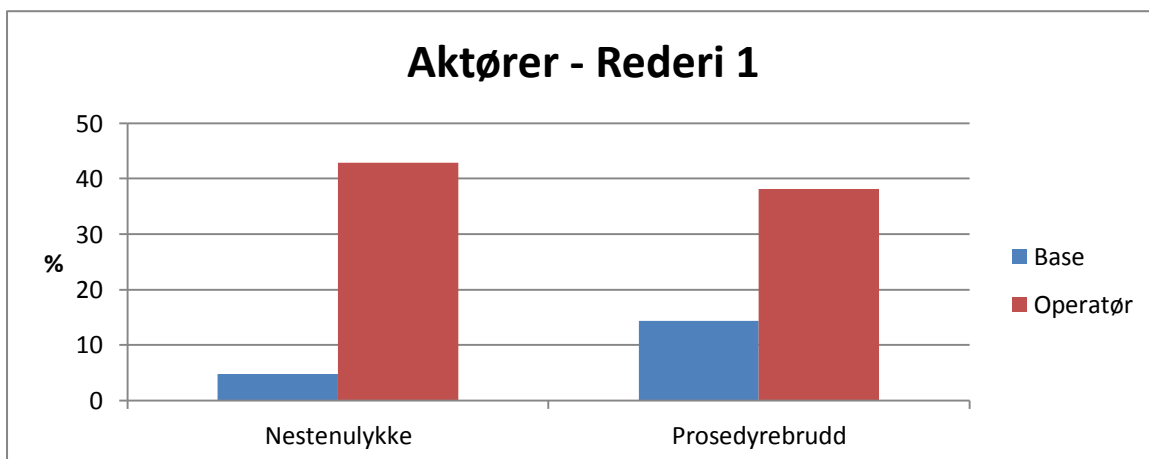
I hendelsesrapportskjemaene er det nedtrekksmeny for å velge pågående aktivitet da hendelsen oppstod. Hvilke aktiviteter som er registrert for de ulike hendelsestypene vises i figuren under. De forskjellige aktivitetene angir forskjellige typer løfteoperasjoner.



Figur 5 - Aktiviteter - Rederi 1

### Aktører

Figuren under viser de forskjellige aktører som er involvert i hendelsesrapportene fordelt på hendelsestypene nestenulykker og prosedyrebrudd.



Figur 6 - Aktører i hendelsesrapportene til rederi 1

Totalt 19 % av hendelsesrapportene omhandler forhold der fartøyet drev operasjoner mot base og 81 % der fartøyet drev operasjoner mot operatøren. Det betyr at samtlige hendelser oppstod når fartøyet samarbeidet med andre aktører.



## Årsaker

I hendelsesrapportskjemaene er det fritekst felter for å skrive inn hvilke menneskelige barrierer som sviktet samt bakenforliggende årsak. Fra friteksten ser vi at flertallet av hendelsene oppstår i forbindelse med løfteoperasjoner mot operatørens rig ute i havet. Det er i hovedsak tre årsaker som er gjentakende:

- Løse gjenstander på last
- Fallende gjenstander fra last eller plattform
- Mangelfull merking av last eller mangler på manifest

## Tiltak på administrativt nivå

I ca. 90 % av hendelsesrapportene gjør HSEQ avdelingen ingen tiltak utover det fartøyet har gjort, men godkjenner fartøyets tiltak som tilfredsstillende. Et eksempel der HSEQ avdelingen ikke gjør tiltak er hendelsesrapport R1H1, som omhandler en løs krok på et løfteskrev. Fartøyet tar aksjon med å holde sikkerhetsmøte og sende melding til andre fartøy om hendelsen. Rederikontoret mener aksjonen til fartøyet er OK og lukker hendelsen. Et eksempel der HSEQ avdelingen gjør tiltak er hendelsesrapport R1H9, der en løs gjenstand falt av lasten. Denne hendelsen ble tatt videre til rederimøte med operatøren.

### 5.4.2 Funn i hendelsesrapportene til Rederi 2

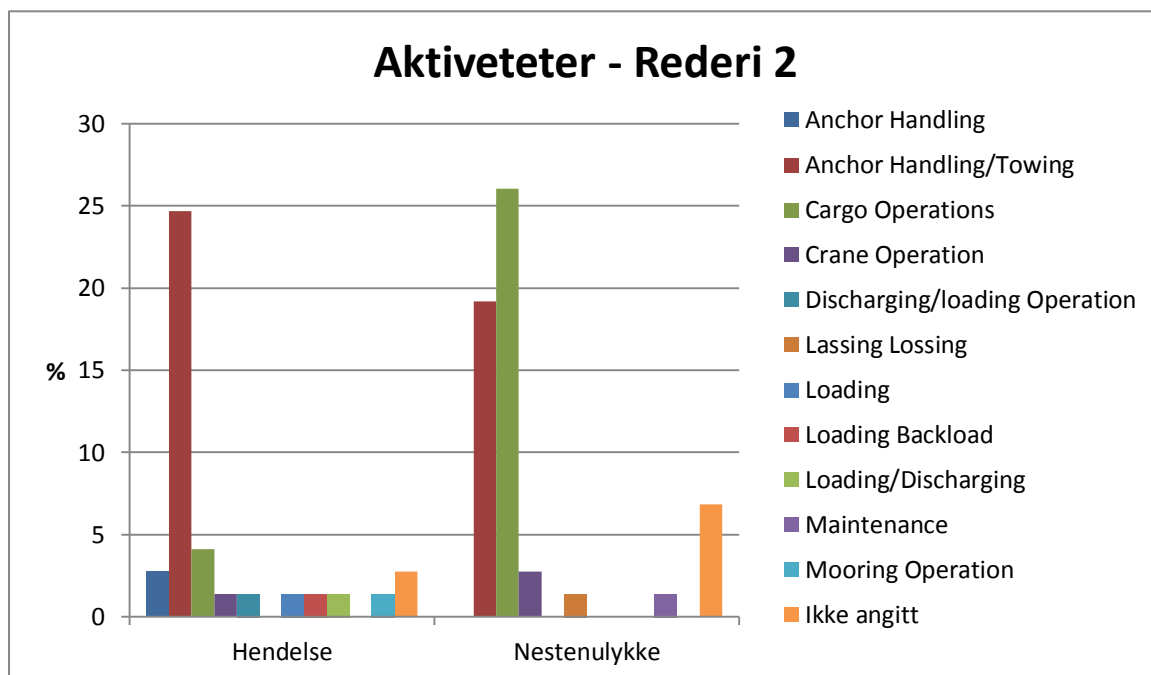
Hendelsesrapportene er fra både supplyfartøy og ankerhåndteringsfartøy og omhandler i hovedsak last håndtering, anker håndtering og sleping. Hendelsesrapportene inneholder ingen vedlegg. Vi har ingen informasjon om det faktisk finnes vedlegg for hendelsesrapportene.

Rederi 2 anvender kategorien hendelse som et samlebegrep for personskade og skade på eiendom. Det er derfor ikke mulig å skille mellom personskade og skade på eiendom.

Hendelsesrapportene omhandler hendelser (42 %) og nestenulykker (58 %).

Rederi 2 utmerker seg som rederiet med mest informasjon inn i hendelsesrapportene, spesielt med tanke på hva som skjer i saksgangen (oppfølgingen) etter at rapporten er skrevet. Et eksempel er hendelsesrapport R2H39 der en winch ikke stoppet på signal. I hendelsesrapporten kommer det klart frem at leverandøren av utstyret har vært involvert for å fremskaffe en langsiktig løsning for det aktuelle utstyret og tilsvarende utstyr på andre fartøy. Feilen er forklart og det er bekreftet at den nye løsningen er implementert.

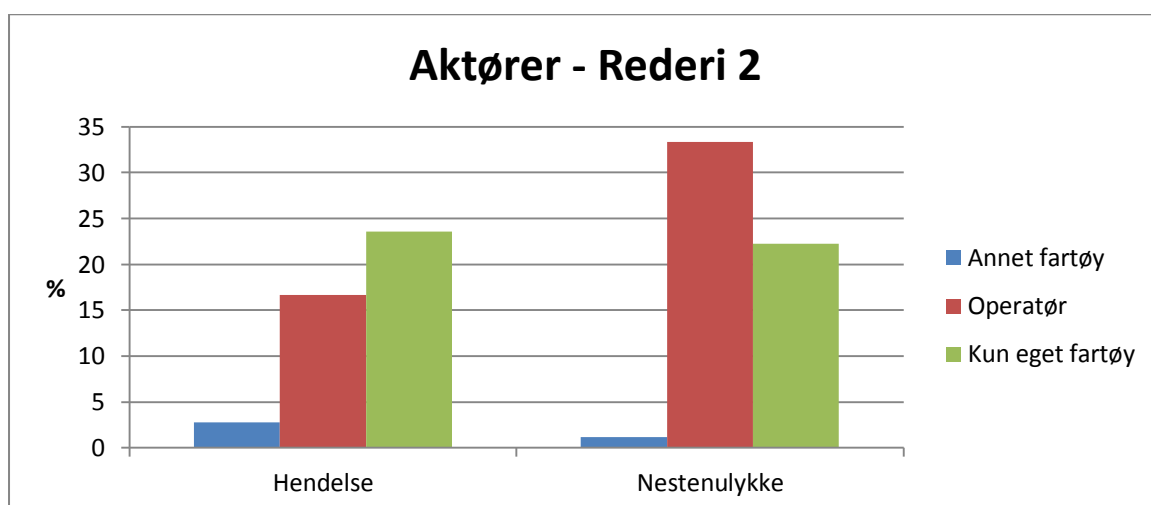
I hendelsesrapport skjemaene er det nedtrekksmeny for å velge pågående aktivitet da hendelsen oppstod. I en del hendelsesrapporter er det ikke valgt noen aktivitet, men heller skrevet inn aktiviteten som fritekst i feltet for fartøyets posisjon. I tillegg er det noen hendelsesrapporter der aktivitet ikke er angitt. Hvilke aktiviteter som er registrert for de ulike hendelsestypene vises i figuren under.



Figur 7 - Aktiviteter - Rederi 2

### Aktører

Figuren under viser de forskjellige aktører som er involvert i hendelsesrapportene fordelt på hendelsestype.



Figur 8 - Aktører i hendelsesrapportene til rederi 2





45 % av hendelsesrapportene til rederi 2 omhandler hendelser der fartøyet er eneste aktør. Det må nevnes at så godt som alle hendelsesrapporter der fartøyet er eneste aktør kommer fra ankerhåndteringsfartøy. For supplyfartøyene som driver med løfteoperasjoner er så godt som alle hendelsene oppstått i samarbeid med andre aktører.

### Årsaker

I hendelsesrapportskjemaene er det nedtrekksmenyer for å velge årsak og bakenforliggende årsak. Det er anvendt over 25 forskjellige årsaker og det kan virke som om noen er overlappende. For eksempel «Inadequate standards and specifications» og «Inadequate standards, specifications and/or design criterias» er to forskjellige årsaker. En fellesnevner er at ca. 75 % av hendelsesrapportene har årsak som starter med teksten «Inadequate...». Det kan dreie seg om trening, verktøy, ledelse, standarder, spesifikasjoner, utstyr og kommunikasjon. Fra friteksten ser vi at det er stor forskjell i årsak på hendelsesrapporter som kommer fra ankerhåndteringsfartøy og hendelsesrapporter som kommer fra supplyfartøy. Fra ankerhåndteringsfartøy er beskrivelsen til årsaken nesten alltid ødeleggelse og skade på utstyr. Fra Supplyfartøy er det i hovedsak tre årsaker som er gjentakende:

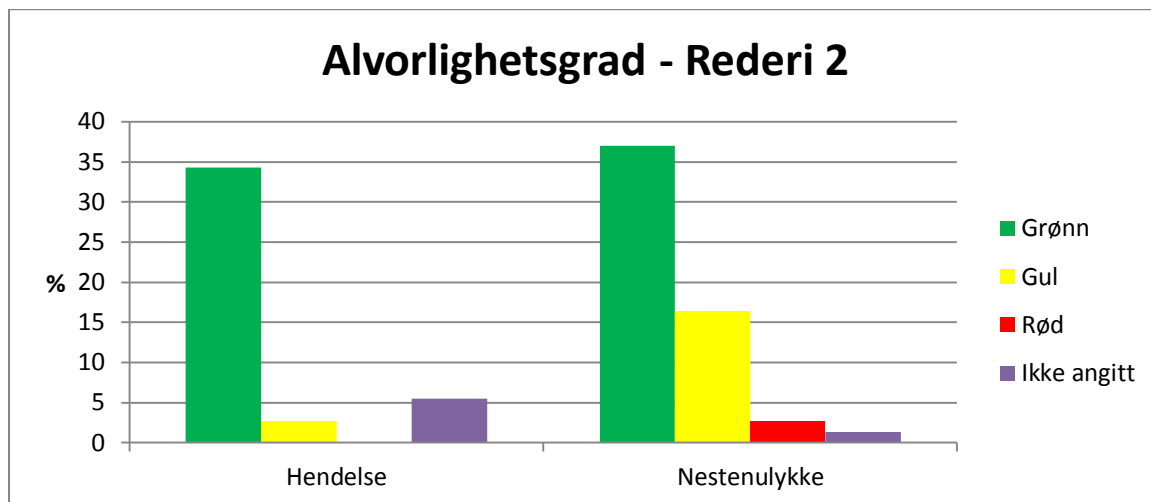
- Løse gjenstander på last
- Fallende gjenstander fra last eller plattform
- Mangelfull merking av last eller mangler på manifest

### Alvorlighetsgrad

I hendelsesrapportskjemaene angis hendelsens alvorlighetsgrad med fargekodene grønn, gul og rød, der rød er mest alvorlig. Selve risikomatriksen følger ikke med. Vi har ingen informasjon om hva grenseverdiene på fargekodene representerer.

Et eksempel på en rød alvorlighetsgrad er hendelsesrapport R2R62 som omhandler en løfteoperasjon. Der kom krankula plutselig ned i stor fart og traff dekk på fartøyet med stor kraft, bare 30-40 cm fra en matros. Den postenseille konsekvensen dersom krankula hadde truffet matrosen er oppgitt som personskaade, eller i verste fall dødsfall.

Hvilke alvorlighetsgrader som er registrert for de ulike hendelsestypene vises i figuren under.



Figur 9 - Alvorlighetsgrad - Rederi 2

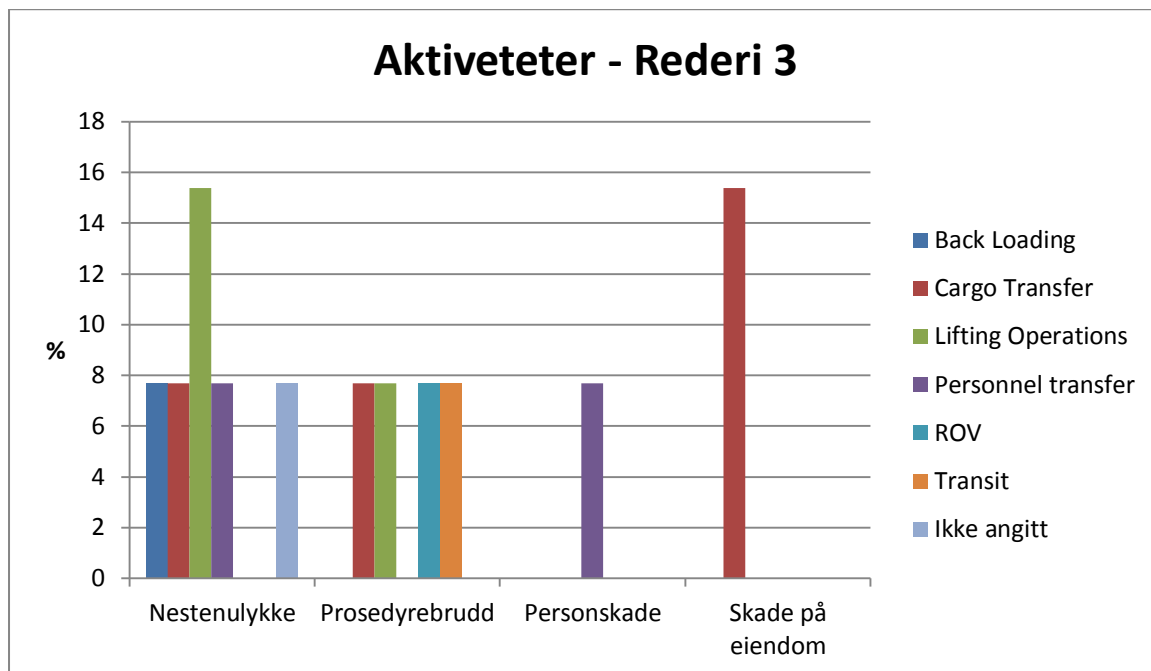
### Tiltak på administrativt nivå

I hendelsesrapporteringskjemaene er det ikke mulig å skille hvilke tiltak som er utført på fartøyet og hvilke som er utført av HSEQ avdelingen, siden det kun finnes en felles rubrikk for å skrive inn tiltak.

### 5.4.3 Funn i hendelsesrapportene til Rederi 3

Alle hendelsesrapportene omhandler løfteoperasjoner. I flere av hendelsesrapportene følger det vedlegg i form av rapporter, bilder og håndskrevne notater. De håndskrevne notatene kan tyde på at den som opplevde hendelsen har kladdet observasjon på en lapp for senere å få den formelt registrert. Hendelsesrapportene inneholder ingen utfylt risikomatrixe eller annen informasjon som angir alvorlighetsgrad. Vi har ingen informasjon om slike data finnes. Hendelsesrapportene omhandler nestenulykker (46 %), prosedyrebrudd (31 %), personskade (8 %) og skade på eiendom (15 %).

I hendelsesrapportskjemaene er det nedtrekksmeny for å velge pågående aktivitet da hendelsen oppstod. De forskjellige aktivitetene angir forskjellige typer løfteoperasjoner. Hvilke aktiviteter som er registrert for de ulike hendelsestypene vises i figuren under.



Figur 10 - Aktiviteter - Rederi 3

### Aktører

Samtlige hendelsesrapporter involverer et annet fartøy eller rig i tillegg til fartøyet. Det betyr at samtlige hendelser oppstod når fartøyet samarbeidet med andre aktører.

### Årsaker

I hendelsesrapportskjemaene er det frittekstfelter for å skrive inn hvilke menneskelige barrierer som sviktet samt bakenforliggende årsak. Fra friteksten ser vi hovedsakelig tre gjentakende årsaker:

- Ikke fulgt prosedyre
- Feil på utstyr
- Dårlig kommunikasjon

### Tiltak på administrativt nivå

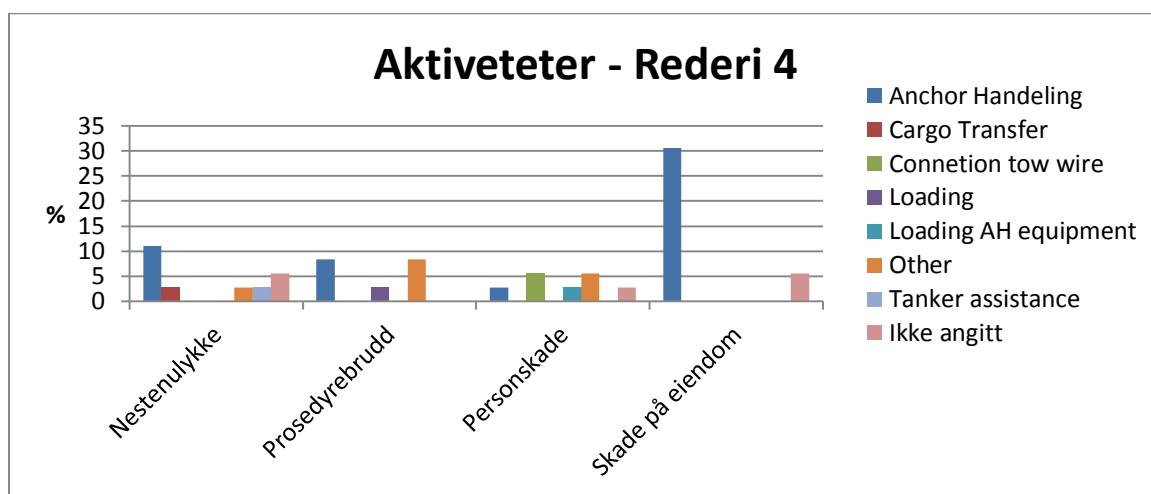
I ca. 50 % av hendelsesrapportene gjør HSEQ avdelingen ingen tiltak utover det fartøyet har gjort, men godkjenner fartøyets tiltak som tilfredsstillende.

Der HSEQ avdelingen gjør egne tiltak, dreier det seg hovedsakelig om å opprette *experience feedback* og oppfølging av hendelsesrapporter som er sendt til andre aktører.

#### 5.4.4 Funn i hendelsesrapportene til Rederi 4

Hendelsesrapportene omhandler hovedsakelig ankerhåndtering og sleping.

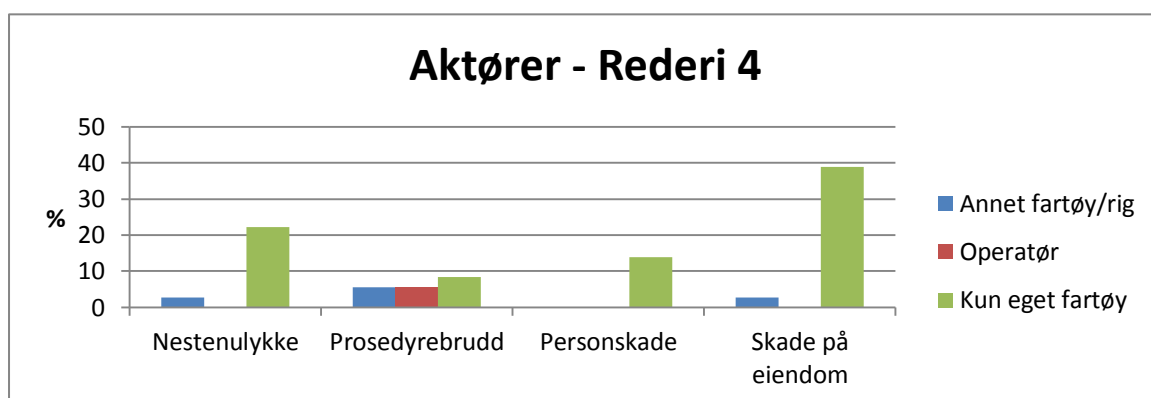
Hendelsesrapportene inneholder ingen vedlegg eller utfylt risikomatrise. Vi har ingen informasjon om det faktisk finnes vedlegg eller utfylt risikomatrise for hendelsesrapportene. Grunnet disse manglene fremgår ikke alvorlighetsgrad. Hendelsesrapportene omhandler nestenulykker (25 %), prosedyrebrudd (19 %), personskade (14 %) og skade på eiendom (42 %). I hendelsesrapportskjemaene er det nedtrekksmeny for å velge pågående aktivitet da hendelsen oppstod. Hvilke aktiviteter som er registrert for de ulike hendelsestypene vises i figuren under.



Figur 11 - Aktiviteter - Rederi 4

#### Aktører

Figuren under viser de forskjellige aktører som er involvert i hendelsesrapportene fordelt på hendelsestype. Totalt 83 % av hendelsesrapportene til rederi 4 omhandler hendelser der fartøyet er eneste aktør.



Figur 12 - Aktører i hendelsesrapportene til rederi 4

## Årsaker

I hendelsesrapportskjemaene er det fritekst felter for å skrive inn hvilke menneskelige barrierer som sviktet samt bakenforliggende årsak. Fra friteksten ser vi hovedsakelig to gjentakende årsaker:

- Utstyr som feiler, er slitt eller i dårlig tilstand
- Utstyr som skades

## Tiltak på administrativt nivå

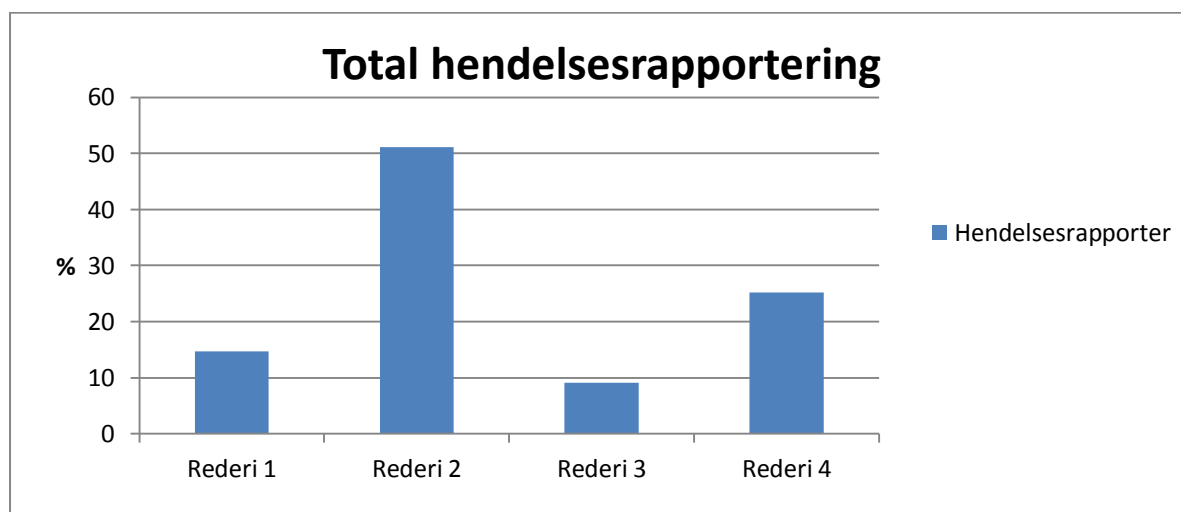
I ca. 42 % av hendelsesrapportene gjør HSEQ avdelingen ingen tiltak utover det fartøyet har gjort, men godkjenner fartøyets tiltak som tilfredsstillende.

Der HSEQ avdelingen gjør egne tiltak dreier det seg hovedsakelig om etterforskning av hendelser, oppfølging av hendelsesrapporter som er sendt til andre aktører, bestilling av deler og oppdatering av prosedyrer.

### 5.4.5 Funn i hendelsesrapportene til rederiene samlet

Vi har i avsnittene over gitt en presentasjon av funnene for hvert av rederiene. For å få en bedre oversikt vil vi presentere funnene samlet.

Figuren under viser hvor stor andel av de 143 hendelsesrapportene hvert av rederiene har levert til RISKOP-prosjektet. Figuren viser at rederi 2 står for over 50 % av, mens rederi 3 står for 9 % av hendelsesrapportene. Dette vil det være nødvendig å ta hensyn til i analysen fordi tallene representerer en skjevhet i datamengden.



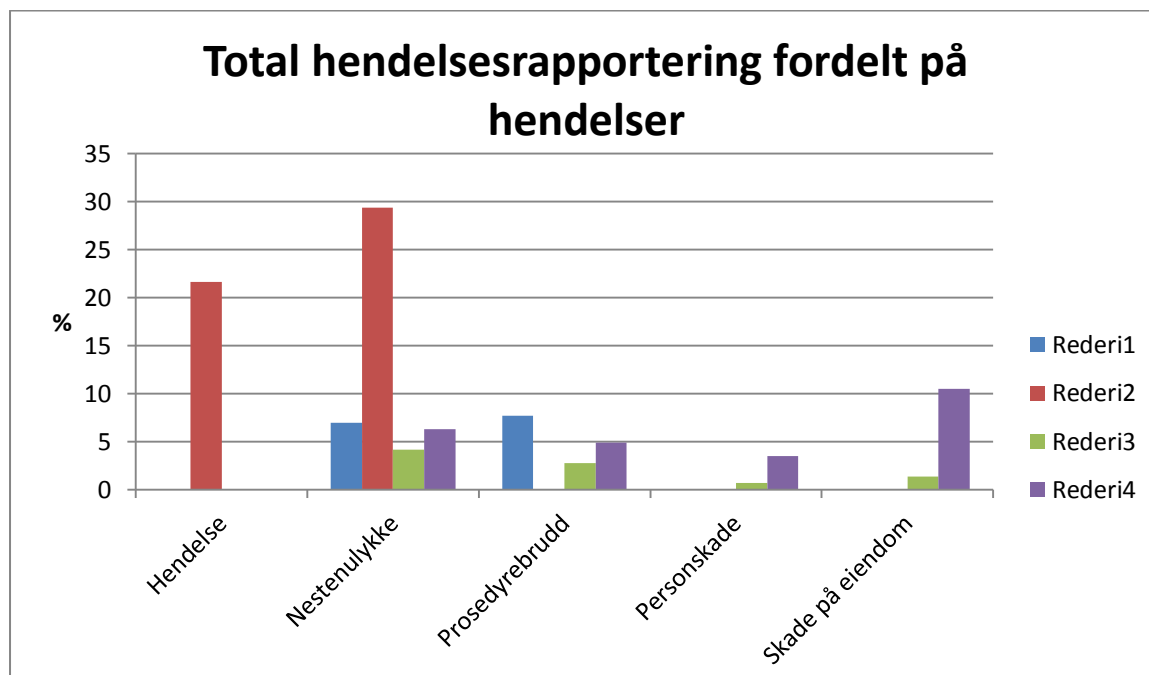
Figur 13 - Total hendelsesrapportering

## Type hendelser

Hvilke typer hendelser som er rapportert og navnsettingen på dem er stort sett likt for rederiene. Følgende typer hendelser er rapportert:

- Nestenulykke.
- Prosedyrebrudd.
- Personskade (Anvendes ikke av rederi 2).
- Skade på eiendom (Anvendes ikke av rederi 2).
- Hendelse – Anvendes kun av rederi 2 som fellesbetegnelse på personskade og skade på eiendom.

Figuren under viser en oversikt over forskjellige typer hendelser som rederiene har rapportert.



Figur 14 - Total hendelsesrapportering fordelt på hendelser.

## Aktiviteter

For de fire rederiene samlet er det registrert over 25 forskjellige aktiviteter. Vi har ikke informasjon om hvilke valg som er tilgjengelig for hvert av rederiene, så om noen kategorier er overlappende er vanskelig å vite. Vi vil derfor bare gi en oppsummering av hovedaktivitetene til de forskjellige rederiene:

Rederi 1 – Kun løfteoperasjoner.

Rederi 2 – Blanding av løfteoperasjoner og ankerhåndtering.

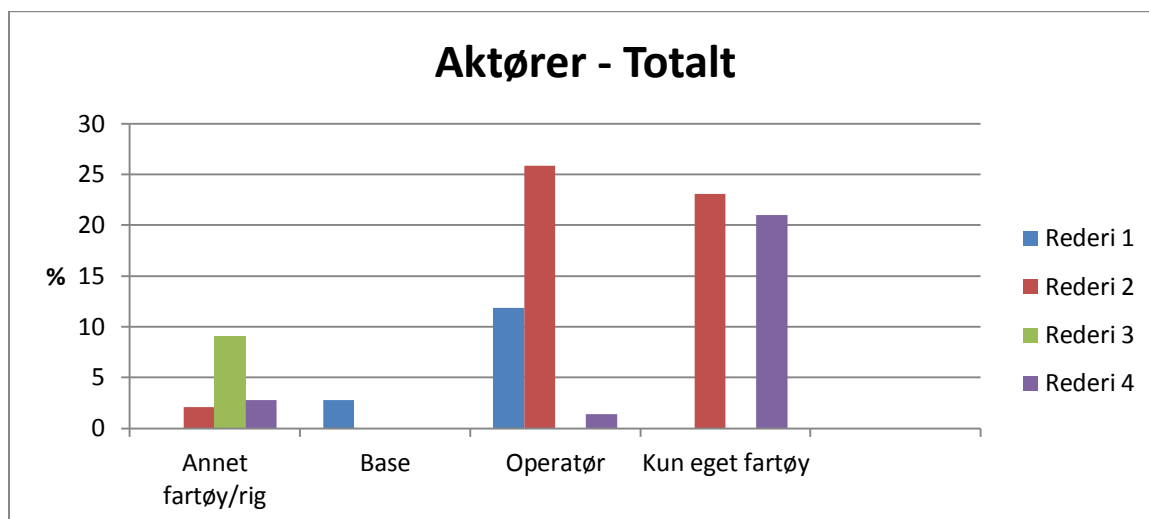
Rederi 3 – Kun løfteoperasjoner.

Rederi 4 – Hovedsakelig ankerhåndtering, men noen løfteoperasjoner.

Fra oppsummeringen kommer det frem at det er skjevheter i datautvalget ettersom rederi 1 og 3 kun har aktiviteter som omhandler løfteoperasjoner, rederi 4 hovedsakelig har ankerhåndterings aktiviteter og rederi 2 har en blanding av både løfte- og ankerhåndterings aktiviteter.

### Aktører

Figuren under viser fordelingen mellom de forskjellige aktørene som er involvert i hendelsesrapportene:



Figur 15 - Aktører i hendelsesrapportene

For rederi 1 og 3, som kun har løfteoperasjoner, ser vi at alle hendelser har oppstått i samarbeid med andre aktører.

For rederi 2, som har en blanding av løfteoperasjoner og ankerhåndtering, ser vi at det er en jevn fordeling der hendelser har oppstått i samarbeid med andre aktører og fartøyet som eneste aktør. Som påpekt tidligere for rederi 2 må det tas i betraktning at nesten alle hendelsesrapporter der fartøyet er eneste aktør kommer fra ankerhåndteringsfartøy. For fartøyene som driver med løfteoperasjoner, er nesten alle hendelsene oppstått i samarbeid med andre aktører.

For rederi 4, som hovedsakelig har ankerhåndtering, ser vi at nesten alle hendelser har oppstått der fartøyet er eneste aktør.



Oppsummert ser vi at hendelser som er relatert til løfteoperasjoner skjer i samarbeid med andre aktører og hendelser som er relatert til ankerhåndtering skjer med fartøyet som eneste aktør.

## Årsaker

De forskjellige rederiene har forskjellige metoder for å beskrive årsak til hendelsene.

Forskjeller består i utformingen av hendelsesrapportskjemaet der årsak enten leggs inn som fritekst eller valg fra en nedtrekksmeny.

En av følgende årsaker er hovedsakelig oppgitt i hendelsesrapportene:

- Løse gjenstander på last
- Fallende gjenstander fra last eller plattform
- Mangelfull merking av last eller mangler på manifest
- Ikke fulgt prosedyre
- Feil på utstyr
- Utstyr som feiler, er slitt eller i dårlig tilstand
- Utstyr som skades
- Dårlig kommunikasjon

## Tiltak på administrativt nivå

For rederi 1, 3 og 4 kommer det klart frem hvilke tiltak som blir utført på fartøyet og hvilke tiltak som blir utført av rederiets HSEQ avdeling. Rederi 2 skiller ikke på dette og det er derfor ikke mulig å skille på hvem som utfører tiltakene.

Hovedsakelig fremkommer det at HSEQ avdelingen mener tiltakene fartøyene har utført er tilfredsstillende.

Av rederi 1 sine hendelsesrapporter gjør HSEQ tiltak i 10 % av tilfellene.

Av rederi 3 sine hendelsesrapporter gjør HSEQ tiltak i 50 % av tilfellene.

Av rederi 4 sine hendelsesrapporter gjør HSEQ tiltak i 58 % av tilfellene.





## 5.5 Intervjuer med rederi 1 og 2

Vi gjennomførte intervjuer med flere ansatte i rederi 1 og rederi 2. Problemstillingen innebærer at vi vil vite mer om hvordan rapporter blir behandlet, hvordan sikkerhetskulturen er, og hvordan medarbeiderne i rederiene forholder seg til prosedyrer. Vi ønsket å få innsikt i hva de som faktisk skrev og behandlet hendelsesrapporter mente om rapporteringssystemene de benyttet, og forholdet til prosedyrer og sikkerhetskultur, og derfor intervjuet vi arbeidere i tre forskjellige stillinger: matroser, kapteiner, og HSEQ-medarbeidere. Vi fulgte en intervjuguide vi hadde forberedt i forveien, og resultatene vi fant presenteres her inndelt etter rederi og etter temaer.

### 5.5.1 Rederi 1

I rederi 1 utførte vi totalt fem intervjuer. To av intervjuene var med HSEQ-medarbeidere på rederiets hovedkontor, ett intervju var med en kaptein om bord på et fartøy, og to intervjuer med matroser om bord på samme fartøy. Funnene fra intervjuene presenteres under.

#### **Om opplæring innenfor HMS og hendelsesrapportering:**

Når vi spurte HSEQ-medarbeiderne om hvilken HMS-opplæring de ansatte fikk, fortalte de at HMS var svært viktig for dem, og forklarte at ansatte måtte gå gjennom en familiseringsprosess før de i det hele tatt fikk komme om bord på fartøyet. Dette innebar blant annet å se en film som omhandlet ulykker på fartøyer. Opplegget fortsatte når de fikk komme om bord, da måtte de gå gjennom en ny familiseringsprosess, der de ble gjort kjent med utstyret og rutinene på fartøyet. De fikk også en innføring i rapporteringssystemet, med mulighet for å få skriveassistanse for ansatte som er mindre «skrivekyndige». Både kapteinen og matros 1 bekreftet at denne familiseringsprosessen ble brukt i praksis.

#### **Om HMS-engasjement på fartøyet:**

Under intervjuet uttrykte kapteinen at de gjorde sitt beste for å oppfordre folk til å rapportere hendelser, men at det ikke var alle som rapporterte. Han fortalte om varierende HMS engasjement rundt HMS arbeid. Kapteinen mente at denne variasjonen i engasjement kunne ha positiv effekt siden det betydde at de som var mest engasjerte kunne få de mindre engasjerte med seg opp til et høyere nivå. Han mente også det var mulig at det kunne virke i motsatt retning selv om han håpet at det ikke skjedde. Dette vil si at svært engasjerte



medarbeidere kunne møte motstand hvis de andre ansatte følte at de gjorde jobben for vanskelig. Matros 2 nevnte at han selv følte han var «midt på treet» når det gjaldt HMS-engasjement, men at medarbeiderne av og til følte at han vocket dem nøye for å finne ting å rapportere.

### Om medarbeidernes forhold til prosedyrer:

HSEQ-medarbeider 1 forklarte at rederiet har stort fokus på å oppfordre ansatte til rapportering av prosedyrer som ikke er i samsvar med arbeidet som skal utføres. Han forklarte at i situasjoner der mannskapet følte at prosedyrene var til hinder for arbeidet er det en prosess som må gjennomgås. Dette innebærer å stoppe jobben og deretter vurdere risiko og eventuelt kontakte hovedkontoret slik at prosedyren kan endres. Denne prosessen kalles «*management of change*», og det er en prosess som må gjennomgås i situasjoner der prosedyrer hindrer arbeidet. Videre fortalte han at prosedyrene ofte ble oppdatert som et resultat av dette. Han fortalte også at de benyttet seg av *toolbox talk* og risikovurdering, som vanligvis tok ca fem minutter. HSEQ-medarbeider 2 fortalte at ingen av hendelsene som skjedde innen rederiet var forårsaket av kompliserte eller manglende prosedyrer. Problemet var i stedet det som han kalte *stille avvik*, hvilket betydde at de ansatte ikke hadde lest prosedyren, ofte fordi de mente at jobben var så kort og enkel at det ikke var nødvendig. Dette kunne av og til lede til ulykker. Kapteinen bekreftet at «*management of change*» ble benyttet om bord på fartøyet. Vi spurte også om han følte at det tok mye tid å følge alle de nødvendige prosedyrene, men han mente at det ikke tok i overkant lang tid, og at det uansett bare var en del av jobben som måtte gjøres. Men det hendte også at de av og til brøt noen av reglene i tilfeller der prosedyrene hindret arbeidet. Et eksempel han nevnte var at det ikke var tillatt å bruke USB-minnepinner i PCene på fartøyet. Dette var en regel de brøt fra tid til annen, ettersom det trege nettverket på fartøyet gjorde det vanskelig å blant annet sende e-mail. Han pekte ut at IT-avdelingen kjøpte inn for eksempel monitører med egen USB-inngang, som også virket som det var motstridende med regelen mot USB-minnepinner.

Matros 1 informerte at han hadde stoppet jobber på grunn av prosedyrefeil før, og at de pleide å ta det videre oppover i systemet. Matros 2 mente at det var blitt for mange krav og for mye papirarbeid, i den retning at det var et stort hinder for arbeidet. Han var svært frustrert over systemet, og sa at «*Det går ikke på prosedyren. Det er sunn fornuft som har sluttet å fungere.*»



### **Om forhold til rapportering, og «no-blame» kultur:**

Både HSQE-medarbeiderne og kapteinen fortalte at det ikke var noen terskel om hvem som kunne skrive rapporter om bord på båtene. Alle som jobbet der hadde mulighet til å rapportere hendelser. Vi spurte også om skriving og behandling av rapporter tok mye tid. HSEQ-medarbeider 1 mente at det gikk med veldig mye tid på å behandle rapporter, og at dette av og til medførte at annet arbeid måtte havne i bakgrunnen. Han mente at for de som arbeidet på båtene kunne arbeidet knyttet til rapportering gå utover både arbeidstiden og hviletiden deres. Kapteinen mente at det kunne bli en del papirarbeid, men han sa det var en del av jobben som måtte gjøres for å holde sikkerhetsnivået oppe. Matros 1 følte at rapportering hadde hjulpet rederiet og fartøyet til å få mer åpne miljøer, der en lettere kunne få kontakt med for eksempel offiserer, og at de konstant hadde fokus på sikkerhet. Matros 2 fortalte om et rederi han hadde jobbet for tidligere, der han følte det var altfor strenge krav til rapportering, og fortalte at det var visse ting han ikke tar seg bryet med å rapportere, som for eksempel blåmerker og mindre skrammer.

En ting som alle var enige om var at rederi 1 hadde en «no-blame» kultur når det gjaldt rapportering. Dette betyr at rapporter ikke skal navngi ansatte eller henge dem ut på noen måte, og verken de som rapporterer eller de som har begått feilen som rapporteres skal straffes. HSEQ-medarbeider nevnte at selv om de anonymiserte rapportene, så kunne det likevel være tilfeller der personer kunne være identifiserbare. Et eksempel han nevnte var en rapport der en elektriker var nevnt og det bare var en elektriker om bord. Ellers var det enighet blant informantene om at rapporter ikke ble brukt som grunnlag for straff.

HSEQ-medarbeider 2 fortalte at hvem som gjorde en feil er av mindre interesse. De er heller interessert i er å finne ut hvorfor personen gjorde feil. De ønsker å finne systemfeil fremfor å finne ut hvem som var ansvarlig for feilen. «I 95-98 % er det organisatoriske feil og årsaken er gjerne manglende opplæring, manglende informasjon, dårlig planlegging osv.» (HSEQ medarbeider 2). Rederi 1 skiller på kategoriseringen ved å identifisere bakenforliggende årsaker til hendelsene.



### **Om incentiver og motivasjon til å rapportere:**

HSEQ-medarbeider 1 fortalte at de motiverte til rapportering ved å ta opp problemstillinger og lignende i ledelsesmøter annen hver måned, og at de prøvde å holde fokus på rapporteringskulturen. Kapteinen sa at det var noen som var svært motiverte til å rapportere, og noen som ikke var motiverte, og at det måtte jobbes målrettet for å opprettholde motivasjonen. Han nevnte at de ikke brukte noen incentivordninger på båten, fordi selv om han opplevde at de av og til kunne ha en positiv effekt, så ville slike ordninger som oftest føre til en voldsom mengde rapporter. Selv om han ikke syntes at det var mulig å få for mange rapporter, så ville han at det faktisk skulle ligge noe bak hver rapport.

Både matros 1 og 2 bekreftet at det ikke var noen incentivordning om bord på båten. Matros 1 fortalte videre at på en båt han hadde jobbet på før, hadde det vært belønninger for rapportskrivning. Der ble det skrevet så mange rapporter om små detaljer at båten måtte avslutte ordningen. Matros 2 forteller en lignende historie fra et fartøy, der hver rapport ble belønnet med 1 dollar. Dette førte til at en stor mengde rapporter ble skrevet kun for belønningens skyld. Han nevnte at i stedet for noen belønninger, så hadde båten han jobbet på nå en ordning der hver ansatt skulle levere minst en rapport i uken, men dette førte til at mange bare leverte såkalte «all safe» rapporter, som han syntes var lite verdt, og kun ble skrevet for å tilfredsstille systemet.

### **Om rapporteringsskjemaer og dataprogrammer:**

HSEQ-medarbeider 1 fortalte om programvaren de bruker, som brukes som en database der de samler hendelsesrapporter, styringsdokumenter og revisjoner. Han fortalte også at når det gjaldt selve rapporteringen, så hadde de en spesiell type lavterskels-rapport som de kaller sikkerhetsobservasjon. Dette er en rapport som både skrives og lukkes om bord på fartøy, mens andre rapporter må sendes til HSEQ-avdelingen for å bli behandlet og lukket der. Et eksempel på en sikkerhetsobservasjon er en medarbeider som glemte å ta på seg vernebriller, og dette blir påpekt av andre kollegaer. Selve skjemaene for hendelsesrapporter som ble benyttet for å rapportere mente han var ganske brukervennlige, ettersom de var digitale skjemaer som alle hadde tilgang til, og skjemaene endret tekst og innholdstype alt etter som hvilken rapporttype man valgte. Han så ikke bort fra at noen kanskje ville trenge litt veiledning, men så ikke på det som noe problem.

Når det gjaldt skjemaene, fortalte kapteinen at de ansatte også hadde mulighet til å rapportere på et ark som kunne bli lagt inn i datasystemet. Han fortalte at det kunne skje feilrapportering



med sikkerhets observasjon, der de som rapporterte av og til feilklassifiserte hendelser som burde heller vært klassifisert som for eksempel en nestenulykke. I slike tilfeller forsinket dette rapporteringen av hendelsene. Når det gjaldt rapporteringsskjemaene i programvaren de brukte, så følte han at de var ganske brukervennlige, men han var klar over at noen kunne ha problemer med dem hvis de ikke var vant til slike skjemaer, og da skulle de kunne få assistanse fra ledelsen. Han mente at skjemaene kunne vært litt bedre til å formidle informasjon om hvor på båten en hendelse skjedde, men han fortalte videre at det var mulig å sende inn forslag til forbedring på selve programvaren.

Matros 1 fortalte at sikkerhetsobservasjoner vanligvis ikke ble lagt inn i systemet, og at de heller skrev rapportene på kort som de la i en felles postkasse, slik at alle rapportene kunne bli behandlet på daglige møter. Han syntes kortene var greie å fylle ut, og at selv hvis man ikke fylte det ut helt rett, så betydde det lite så lenge man fikk med selve hendelsen. Matros 2 nevnte at sikkerhetsobservasjoner som kvalifiserte til nestenulykke ble lagt inn i hendelsesrapporteringssystemet etter gjennomgang i disse møtene.

### **Om vidererapportering:**

Som nevnt blir sikkerhetsobservasjoner lukket om bord, mens hendelsesrapporter sendes inn og skal vurderes av HSEQ-avdelingen. Når det gjaldt hvem rapportene ble videresendt til, fortalte HSEQ-medarbeider 1 at de fleste rapporter, og statistikken over dem, vanligvis ble beholdt internt, med mindre for eksempel kunden var spesielt interesserte i å få dem. Men hvis det kom en rapport fra et fartøy ville den i hvert fall bli videresendt til kunden, ettersom de fleste oljeselskaper hadde krav om dette, med mindre det var en sikkerhetsobservasjon, som ikke blir videresendt. Kapteinen bekreftet at rapporter av høyere grad enn sikkerhetsobservasjoner ble videresendt til kunde. Han fortalte også at kunder kunne få de rapportene de var interessert i.

### **Om tilbakemeldinger:**

HSEQ-medarbeider 1 fortalte at antall rapporter har økt kraftig i løpet av de siste ti årene, og at det var mange som følte at det kanskje ble for mye rapportering. Han mente derfor at det var svært viktig å gi de ansatte gode tilbakemeldinger på rapportene deres, siden mangel på tilbakemelding ville virke demotiverende. Han sa også at de fikk tilbakemeldinger fra kundene, og at de generelt stilte seg positive til hendelsesrapporteringen. Løse gjenstander på



last og fallende gjenstander fra plattformene er en gjentakende hendelse. Alle slike hendelser blir rapportert videre og HSEQ medarbeideren mener det skjer en stadig forbedring.

Kapteinen fortalte at det var åpent for alle om bord å gå inn i systemet, lese og gi tilbakemelding på alle rapporter som var skrevet. Han fortalte også at de fikk tilbakemelding om hva som burde vært gjort fra kunden når de sendte inn rapporter, selv om dette av og til kunne føre til ekstra arbeid, siden det hendte at kunden brukte annen programvare for håndtering av rapporter enn de gjorde om bord.

Matros 1 var veldig fornøyd med tilbakemeldingen han fikk på rapportene, men kunne ikke komme på noen spesifikke eksempler på nyttig tilbakemelding. Matros 2 hadde ikke merket noe til noen direkte tilbakemelding, men han nevnte også at han ikke hadde sett så mye på datasystemet som rapportene lå inne i, siden dette ikke interesserte ham.

### **Om nytteverdien av rapportering:**

HSEQ-medarbeider 1 fortalte at rapportene de fikk inn ble brukt til kontinuerlig forbedring. Han nevnte at de brukte det de kalte *plan, do, check, act-hjulet*, som de bruker til forbedringer. Han fortalte også at de hadde *experience transfer*, som var en rapporttype knyttet til forbedringer av styringssystemet eller praksis, og *experience feedback*, som innebærer at de sender informasjon om hendelser eller forbedringstiltak på et fartøy videre til de andre fartøyene i flåten, slik at de også kan lære av hendelsen.

Kapteinen fortalte også at de brukte *experience transfer* til å sende inn forslag til forbedringer. Disse forslagene ble vurdert på kontoret, og måtte besvares fortløpende. Han var godt fornøyd med nytteverdien av rapportene, og fikk ofte inn informasjon fra andre båter.

Matros 1 var også fornøyd med nytteverdien av rapportene, og følte det var bra å få ting inn i systemet, slik at man for eksempel kunne få statistikker man kunne bruke som forskningsmateriale.

### **Tendens til å legge skyld på andre:**

HSEQ-medarbeider 1 fortalte at det hendte at folk la skyld på andre når de skrev rapporter, og at han tenkte folk syntes det var lettere å skrive om andre folks hendelser. På spørsmål om han følte det er lettere å skrive rapporter om andre, en sine egne hendelser svarer han: «Det vil vel alle synes. Sånn er det nå bare».

HSEQ-medarbeider 2 forklarte at en grunn til at folk ofte skyldte på andre, for eksempel kranfører på riggen, fordi kranføreren var den som styrte løfteoperasjonene, og at han derfor



hadde ansvar for flere samtidige aktiviteter. Han nevnte også hendelser der riggen hadde startet en operasjon før de fikk klarsignal fra båten. Kommunikasjon var svært viktig under slike operasjoner, forklarte HSEQ medarbeideren, og mange hendelser var forårsaket av dårlig eller mangelfull kommunikasjon.

Kapteinen mente en mulig årsak til at det var vanlig å legge skyld på andre firmaer i rapporter var hendelser som rederiet ikke kunne gjøre noe med, som for eksempel løse gjenstander på last som ble løftet inn fra rig. Ellers sa kapteinen at det ikke skulle være slik at medarbeidere la skyld på andre og han så heller ingen tendenser til det.

Matros 1 fortalte om det forrige fartøyet han hadde jobbet på, der han følte at folk var ute etter å rapportere flest mulig hendelser der han var innblandet. Det syntes han ikke var en veldig god følelse, og han mente det hadde negativ effekt på miljøet. Matros 2 følte ikke det var noe spesielt med å skrive kort om andre, siden han skrev rapporter hvis det var noe å rapportere, uansett hvem som var involvert.

#### **Om saksgangen i behandlingen av rapporter:**

HSEQ-medarbeider 1 forklarte at rapporter som ble skrevet ble sendt til QA-avdelingen på land, der de vurderte rapportene og videresendte dem til saksbehandlere som fikk ansvar med å behandle den. Deretter måtte de komme opp med et tiltak, helst et langsiktig som bidrar til å hindre at lignende hendelser forekommer i fremtiden. Når de mener rapporten er ferdig behandlet og nødvendige tiltak er iverksatt, sender de den tilbake til QA-avdelingen. Hvis QA-avdelingen er enige i at rapporten er tilstrekkelig behandlet, så lukker de rapporten.

#### **5.5.2 Rederi 2**

I rederi 2 utførte vi 3 intervjuer. Også her var hensikten å få et innblikk i hvert nivå av rapporteringsprosessen, og derfor intervjuet vi en matros, en kaptein, og en HSEQ-medarbeider på rederiets kontor.

#### **Om opplæring innenfor HMS og hendelsesrapportering:**

HSEQ-medarbeideren fortalte at de ansatte fikk kurs når de begynte, før de fikk komme om bord på et fartøy, og underveis i karrieren, men han kunne ikke si der og da nøyaktig hva disse kursene innebar. Kapteinen forklarte at de hadde en familiseringsprosess som gikk over de første fire ukene en nyansatt var på fartøyet.



Matrosen fortalte at det var mye opplæring som måtte gjennomføres underveis, og at det stadig er noe nytt å lære. Det var også mange offshore relaterte kurs som ansatte måtte delta på, som ofte involverte CBT (Computer Based Training).

### **Om HMS-engasjement på båten:**

Både kapteinen og matrosen fortalte at det var varierende engasjement når det gjaldt HMS arbeid. Kapteinen forklarte at de som var mest engasjert ofte endte opp som verneombud, eller «safety delegate» som han også kalte det. Verneombud får betalt ekstra tillegg og har mer ansvar enn de andre medarbeiderne. Matrosen vi intervjuet var verneombud, og han følte han var mer engasjert enn de andre. Han mente at medarbeiderne hadde god HMS kultur. Han nevnte at det kunne være mye å sette seg inn i for nyansatte når det gjaldt HMS, siden det var en del regler som skulle følges. Derfor måtte han passe ekstra godt på de nye om bord. Ellers var han godt fornøyd med miljøet om bord, selv om det i det siste har vært en ganske nervøs stemning, ettersom mange fryktet at de kunne miste jobben sin grunnet nedgangstiden i bransjen.

### **Om medarbeidernes forhold til prosedyrer:**

HSEQ-medarbeideren følte at det var for mange prosedyrer som kunne hindre arbeidet, og at rederiet hele tiden jobber med å forenkle prosedyrene og gjøre dem mer forståelige. Det var også en utfordring at mange av prosedyrene de benyttet seg av var laget i engelskspråklige land, der de brukte engelsk terminologi som var tung å forstå. Rederiet arbeidet med å gjøre prosedyrene lettere å forstå med å bruke et klarere og enklere språk. Han mente også at folk med lang arbeidserfaring ikke trengte prosedyrer for å jobbe, og at det kunne hende de brøt prosedyrer for å få jobben gjort, selv om han ikke hadde noen konkrete eksempler på dette. Kapteinen sa at «*En må være selektiv, og en må la det operasjonelle gå foran*», og at noen prosedyrer var viktigere å følge enn andre. Et eksempel på dette var ved entring av 500-meterssonen, der det er svært viktig å følge prosedyren. Hvis det var noen prosedyrer som kom i veien for det operasjonelle, så sendte de inn forbedringsforslag til QA-avdelingen. Matrosen forklarte at de av og til måtte endre arbeidsmetode hvis en prosedyre hindret arbeidet. For eksempel da de måtte utsette vasking av båten på grunn av at de lå ute på havet når prosedyren sa at de skulle vaske den. Prosedyrer kunne ta mye tid, og hvis en prosedyre hindret arbeidet ville han heller prøve å finne en annen måte å gjøre jobben på innenfor regelverket. Han mente det kunne skje at medarbeidere fikk gode idéer som andre ikke hadde





tenkt på, og i så fall kunne de ta det opp med ledelsen. Alt i alt syntes han at prosedyrene ble stadig mer rigide.

### **Om forhold til rapportering, og «no-blame» kultur:**

HSEQ-medarbeideren mente at det Avar problemer med rapporteringskulturen i rederiet. Han sa at det var for mange småting som ble rapportert, og han likte heller ikke at folk rapporterte skader som ikke hendte om bord på båtene. For eksempel om noen klatret i fjellet i fritiden, falt ned og ble skadet. Han forstod nødvendigheten av å få disse hendelsene inn i systemet, men han var ikke fornøyd med at det ble rapportert inn.

Kapteinen var svært fornøyd med rapporteringskulturen om bord. Selv om det var store mengder rapporter, så mente han at kvalitetsnivået fremdeles holdt seg høyt. Videre forklarte han at de hadde en «no-blame» kultur, og at ingen ble identifisert ved navn i noen rapporter, kun stillingen til de det gjaldt ble nevnt. Det var også viktig å ha fokus på at en skulle ha tid til å stabilisere hendelsen og skaffe hjelp til dem som var utsatt for hendelsen før en skrev en rapport, og derfor fikk medarbeiderne 24 timer på seg til å skrive en rapport etter en hendelse. Matrosen mente det var lite rapportskrivning om bord, men dette var mest fordi det ikke skjedde så mange rapporterbare hendelser. Dette var i motsetning til en båt han hadde jobbet på tidligere, der det ble skrevet rapporter om ting han oppfattet som småting, som for eksempel en veltet vaskemopp, som ble rapportert som snublefare.

### **Om incentiver og motivasjon til å rapportere:**

I følge HSEQ-medarbeider prøver de å påminne ansatte til å rapportere inn hendelser ved å sende ut påminnelser om rapportering. Intervjuet med kaptein viste at det ikke var noe incentivsystem for rapportering om bord på båten, og matrosen bekreftet at det ikke var noen belønninger for rapportering. Matrosen fortalte at ledelsen stort sett prøvde å motivere folk til rapportskrivning på grunn av sikkerhetshensyn.



### **Om rapporteringsskjemaer og dataprogrammer:**

HSEQ-medarbeider fortalte at rapporteringssystemet de brukte var svært tungvint og lite brukervennlig. Selv om det var praktisk å ha alle rapportene på ett sted, så var det veldig tidskrevende å legge rapporter inn i systemet. «For det er så mange punkt du skal gå igjennom. Du klikker av og så går du videre og videre og neste og neste. Det er fryktelig tidkrevende slik.» Likevel fikk han ikke noe inntrykk av at dette førte til underrapportering. Kapteinen fortalte at nyansatte fikk et eget kurs i rapporteringssystemet de brukte, som ble holdt av de som utviklet systemet. Han følte også at systemet var rigid og tungvint å bruke. Selv om det hadde blitt litt bedre etter hvert som det kom oppdateringer, så var det fremdeles mye arbeid å legge inn en rapport, spesielt for dem som ikke kjente systemet godt. Matrosen forklarte at de fylte ut sikkerhetsobservasjonskort hvis noe skjedde, og at det deretter var opp til offiserene å legge rapportene inn i selve datasystemet.

### **Om vidererapportering:**

HSEQ-medarbeider fortalte at når de gjorde tredjepart observasjoner, som for eksempel rig, behandlet de ikke disse rapportene selv. I stedet sendte de dem inn til operatøren det gjaldt. De får vanligvis tilbakemelding på disse rapportene, med unntak av rapporter som sendes til utenlandske firmaer, som ikke var spesielt gode til å gi svar eller tilbakemeldinger. Det varierer hvor gode operatørene er til å finne tiltak til rapportene som rederiet sendte. Han fortalte også at det var mange hendelsesrapporter som blir rapportert som personskade eller skade på eiendom når de egentlig burde vært rapportert som en tredjepart observasjon. «Det er mange ting som burde vært skrevet som tredjepart som blir skrevet som hendelse.» (HSEQ-medarbeider rederi 2).

Kapteinen fortalte at de sendte hendelsesrapporter til operatøren, og at de satt pris på å få disse rapportene. De fikk vanligvis tilbakemelding hvis operatøren innførte noen korrektive tiltak som respons til rapportene.

### **Om tilbakemeldinger:**

HSEQ-medarbeider fortalte at dersom det var noe å kommentere i en rapport, så ville de gi tilbakemelding. Kapteinen fortalte at de tar opp rapporter ved VMU-møter. På disse møtene kan medarbeidere ta opp saker de ønsker, selv om de ikke har skrevet kort på det, ordet er fritt. Deretter sendes referatet inn til rederiet for prosessering. Generelt sett prøver kapteinen å



sørge for at det er et åpent arbeidsmiljø om bord, der alle kan bli hørt. Hvis nødvendig vil rederiet komme med korrektive tiltak som må iverksettes.

Matrosen følte at rapportene deres ble tatt på alvor, og nevnte et eksempel der de hadde rapportert en luke som var spesielt tung å løfte, som resulterte i ryggskader. Der hadde rederiet satt i gang korrektive tiltak innen en uke. Han mente saker var nødt til å bli tatt seriøst, siden de måtte «gjennom flere hender» før de eventuelt kunne lukkes, og noen i løpet av denne prosessen var nødt til å gjøre noe.

### **Om nytteverdien av rapportering:**

HSEQ-medarbeider følte at rederiet lærte mye av rapportene. Han understrekte spesielt at de videresendte korrektive tiltak iverksatt på et fartøy til andre fartøyer, for å forhindre at lignende hendelser gjentar seg på andre fartøy.

Kapteinen var fornøyd med at de fikk forslag til korrektive tiltak både fra operatør og fra rederi. Selv kom han også med korrektive tiltak for rapporter om bord på skipet han var ship manager på. Derfor var han selv ansvarlig for å følge opp de rapportene som ble skrevet om bord.

Matrosen følte også at det var nytteverdi i rapportene, og fortalte at de kunne få et «verbalt klaps på fingrene» hvis de ble observert i å ikke følge rutiner, og pekte også ut at de som var på broen også var gode til å komme med råd for bedre måter å gjøre jobben på.

### **Tendens til å legge skyld på andre:**

HSEQ-medarbeider mente ikke at det var noen tendenser til å legge skyld på andre, selv om det var mange hendelser med løse gjenstander på last. Han mente heller ikke at det var lettere for folk å skrive rapporter om andre, og fortalte at det hadde jevnet seg ut i de siste årene, slik at flere har blitt flinkere til å skrive rapporter.

Kapteinen mente at det kunne hende det var lettere å se feil hos andre enn hos seg selv, men han følte det ikke var noen barrierer blant de ansatte for å skrive rapporter om seg selv. Han sa det var omtrent 50/50 fordeling mellom rapporter folk skrev om seg selv og rapporter folk skrev om andre.

Matrosen mente heller ikke at det var noen som ville prøve å «vri seg unna» ansvaret. Han fortalte at de var ganske strenge med hverandre, og at selv om de av og til måtte «kjeft» på hverandre, så var de fremdeles like gode venner etterpå.



### Om saksgangen i behandlingen av rapporter:

HSEQ-medarbeider fortalte litt om saksgangen de fulgte. Dersom det gjaldt en alvorlig hendelse ringte de inn til rederiet for å rapportere til HSEQ-manager. Ellers er det en 24-timers frist for å rapportere hendelser. Hvis det er en rapport mot tredjepart, ble den videresendt til det relevante firmaet uten å behandles på rederiet. Ellers er fartøyet første instans for å behandle hendelsesrapporter. HSEQ avdelingen hjelper til dersom behandlingen blir mer omfattende. HSEQ avdelingen prøver å sørge for at båten fikk tilbakemelding på sine hendelsesrapporter. Vi fikk ingen detaljer om prosessen for lukking av rapporter.

## 5.6 Intervju med UniSea

Vi gjennomførte intervju med administrerende direktør i UniSea.

Vi ønsket å få en presentasjon av programvaren som anvendes til hendelsesrapportene og hvilke muligheter den gir. Vi fulgte en intervjuguide vi hadde forberedt i forveien, og resultatene vi fant presenteres her. Merk av deler av intervjuet som omhandler saksgangen til hendelsesrapportene er forklart i avsnittet om hendelsesrapportskjemaene.

UniSea leverer software til tre av rederiene som inngår i denne oppgaven og kan dermed være i besittelse av konfidensiell informasjon som vedrører rederiene. Informanten presiserer at han har fått tillatelse til å gjengi dataene han går igjennom, samt at han kan omtale generelle trekk i bransjen.

UniSea brukes av ca. 50-60 kunder der 80 % er norske. UniSea mener problemet med hendelsesrapporter er i dag motsatt av hva det var for 15 år siden. Før var problemet mangel på data grunnet manglende rapportering. Nå er problemet at mengden data er så stor at en mister oversikten. «Det som skiller de beste softwaresekskapene fra de andre er evnen til å forenkle og levere rett informasjon til rett person til rett tid, og ta bort det som er støy»

UniSea viser til paralleller fra mobiltelefonbransjen der Apples inntog revolusjonerte brukeropplevelsen. Dette førte til at store etablerte merkenavn som Nokia og Blackberry nesten gikk konkurs. Dett er et eksempel på en *disruptive chain* der en nyetablert aktør på markedet forstår kundens behov på en helt annen måte enn de etablerte aktørene.

UniSea påpeker at dersom det skal lages software for en bred brukermasse så er det viktig at den er lett å bruke uten at en «drukner i funksjoner og knapper».



«Fokuset må være på enkelhet, det må se bra ut, det må være lett å bruke og lett og lære opp folk i».

For UniSea er det viktig å vektlegge de individuelle brukernes behov. «Vi sier at det handler om at forskjellige brukere har forskjellige behov og det handler om å få den rette informasjonen og funksjonaliteten til rett person til rett tid».

De rederiene i vår oppgave som anvender UniSea sitt system har hatt en utvikling fra underrapportering som beskrevet innledningsvis. De typiske hendelsene som ble rapportert den gang var når noen skadet seg eller utstyr ble ødelagt.

Den type hendelsesrapportering som er ønskelig å få i gang er rapportering av nestenulykker, positiv rapportering og brudd på prosedyrer, selv om det ikke leder til en hendelse.

Den type hendelsesrapportering var vanskelig å få i gang fordi det handlet om å «starte en kultur.»

UniSea mener at bruk av software som er lett å bruke hjalp rederiene til å få i gang rapporteringen og fikk inn mer volum.

Når volumet økte ble neste utfordring arbeidsbelastningen til HSEQ-avdelingen.

Eksempelvis behandler rederi X ca. 16 tusen rapporter i året. Der ca. 13-14 tusen blir behandlet om bord på fartøyene selv og så er det en 2-3 tusen som skal til HSEQ. Det er mye arbeid å behandle disse. Og da er det helt avgjørende at HSEQ avdelingen får til å gjøre bruk av organisasjonen, for de kan ikke gjøre alt selv. Da gjelder det å få organisasjonen på din side, for de har en stresset hverdag med andre ting som egentlig deres kjerne arbeidsoppgaver. Å behandle hendelsesrapporter oppleves som noe ekstra som de blir pålagt og bare må gjøre.

«Poenget er at du har en sjømann som har 1000 systemer han må forholde seg til, fra kartmaskiner til DP systemer til fremdriftssystemer, alt er jo databasert i dag og på PCen er det UniSea og så er det vedlikeholdssystem og innkjøpssystem og crewingssystem, så er det en haug med grafiske grensesnitt og software de må forholde seg til. I tillegg til at de skal kjøre båten og gjøre jobben sin. Og så har du kontorfolk som har inspektører og andre som har en annen hovedjobb. Så vi må møte disse tre på forskjellige vis. Det er det vi gjør med vår software og har lykket med».



I hendelsesrapportene er det også mulighet for å legge inn dialoger, fremfor å bruke e-post. Det sikrer at en tredjepart som ser på rapporten forstår saksgangen og ser kommunikasjonen vedrørende rapporten.

Et annet aspekt er at rederienes kunder ofte skal ha en kopi av hendelsesrapportene. Dette blir i dag løst ved å skrive ut hendelsesrapportene og sende dem til kundene. Teknisk sett er det mulig å få til en løsning der kundene kunne logget seg på systemet, men dette er ikke ønskelig fra rederienes side. UniSea ønsker å arbeide videre med mulighet for å lage en kundeportal.

Når en ny kunde skal ta i bruk UniSea, gjennomføres det kombinert workshop og opplæring. I denne fasen blir det for hendelsesrapportene bestemt hvilke valg som skal finnes, hvilke tekster det skal være i nedtrekksmenyene og avkryssingsbokser samt definere hva som skal være grønn, gul og rødt i risikomatrisen. UniSea har et standard oppsett som mange velger å benytte.

UniSea påpeker at hensikten med hendelsesrapportering er å forbedre seg, ikke gjøre operatøren fornøyd. Det er derfor viktig at systemet er funksjonelt. Når en for eksempel sitter i møte skal det være lett å søke frem, sortere, vise vedlegg istedenfor å skrive ut en stabel med hendelsesrapporter. Bruk av systemet «live», gjerne på storskjerm i møter, anses som en fordelaktig måte å anvende systemet på.

I avsnittet om hendelsesrapportene, kapittel 5.4, påpekte vi at i mange hendelsesrapporter manglet det vedlegg og risikomatrise. UniSeas forklaring på dette er at det per i dag finnes det ikke funksjon for å skrive ut disse sammen med hendelsesrapporten. I så tilfelle må hvert vedlegg behandles og skrives ut for seg selv. Denne begrensningen er de klar over og ønsker å forbedre det i en fremtidig versjon.

Videre i intervjuet snakket vi om generelle trender og spesielt antall hendelsesrapporter som blir rapportert. Vi ønsker mer informasjon om dette ettersom vi i denne oppgaven behandler bare 143 hendelsesrapporter fra fire rederier over en treårs periode, mens rederi X alene har ca. 16.000 hendelsesrapporter årlig.



Det er enorme forskjeller på antall hendelsesrapporter. Det kan ha med hvilke type rederi, hvilken bransje og hvilket fartøy man ser på.

For eksempel på et ankerhåndteringsfartøy eller supplyfartøy er det kun marine besetning på 12-14 mann om bord. Et slik fartøy har ca. 50-200 hendelsesrapporter per år.

Det store volumet kommer gjerne på subsea fartøyer som driver med brønnintervensjon, brønnstimulering, ROV operasjoner, rørlegging og så videre. For eksempel, Rederi X sitt fartøy Y står for ca. 1/3 av hendelsesrapportene til rederi X. På disse fartøyene har du i tillegg til marine besetningen også catering og prosjekt ansatte. Et slikt fartøy har gjerne 100 mennesker fra 3-4 forskjellige selskap som skal samarbeide. Det er gjerne forskjellig arbeidsmetodikk, forskjellig språk og forskjellig kultur. Det er derfor mye som kan gå galt og det er mer risiko.

Men også ankerhåndtering er risikofylt. Der har det vært mye arbeid med å endre arbeidsprosessene på dekk, blant annet flere tekniske innretninger som wincher og hjelpearmer som gjør at operasjoner kan utføres på trygg avstand.

## 6 Analyse

I analysen vil vi drøfte våre funn fra hendelsesrapportene og intervjuene med hjelp av teorien som er lagt frem i kapittel 3.

For å kunne ha en oversikt over hvilke deler av problemstillingen som drøftes har vi valgt å dele drøftingen opp i temaer som representerer forskningsspørsmålene. Avslutningsvis vil vi drøfte brukbarheten til hendelsesrapportene.

### 6.1 Hvilke typer hendelser er registrert

I kapittelet om funn viste vi at hendelsene som er rapportert er fordelt mellom hendelser, nestenulykker, prosedyrebrudd, personskaade og skade på eiendom. Nestenulykker stod for flesteparten av hendelsesrapportene med 47 %. Aktivitetene som pågikk da hendelsene oppstod var anker- og løfteoperasjoner. Dette stemmer godt med utvalgsriteriene RISKOP-prosjektet hadde til hendelsesrapportene, som også var anker- og løfteoperasjoner.

### 6.2 Alvorlighetsgrad

I hendelsesrapportene som vi har mottatt fremkom alvorlighetsgrad kun fra hendelsesrapportene til rederi 2 (ved hjelp av fargekodene grønn, gul og rød).

Alle rederiene har i sine hendelsesrapporteringsystem risikomatriser som forklarer grenseverdiene mellom alvorlighetsgradene. En slik risikomatrise var kun vedlagt hendelsesrapportene fra rederi 3, men da var ikke selve alvorlighetsgraden for de aktuelle hendelsene angitt.

Grunnet store mangler i datagrunnlaget i forbindelse med alvorlighetsgrad mener vi at det er for lite data tilgjengelig til å foreta en analyse av alvorlighetsgraden i hendelsesrapportene. En årsak til de manglende dataene kan være det ekstra merarbeidet utskrift av risikomatrissene innebar. I intervjuet med UniSea bekreftes det at prosessen med å ta utskrift av risikomatrissene og vedlegg er tungvint, fordi dette må gjøres for hvert enkelt vedlegg separat. Dette ønsker UniSea å gjøre noe med i fremtidige versjoner av programvaren.

### 6.3 Aktører

Ifølge HSEQ medarbeider i rederi 2 anvender de kategorien tredjeparts observasjon for observasjoner som er relatert til andre aktører. Tanken er at hendelser som observeres mot en



tredjepart bare skal rapporteres videre, og ikke behandles om bord på fartøyet, for å lette saksbehandlingen. Det forutsettes da at fartøyet ikke er involvert i hendelsen.

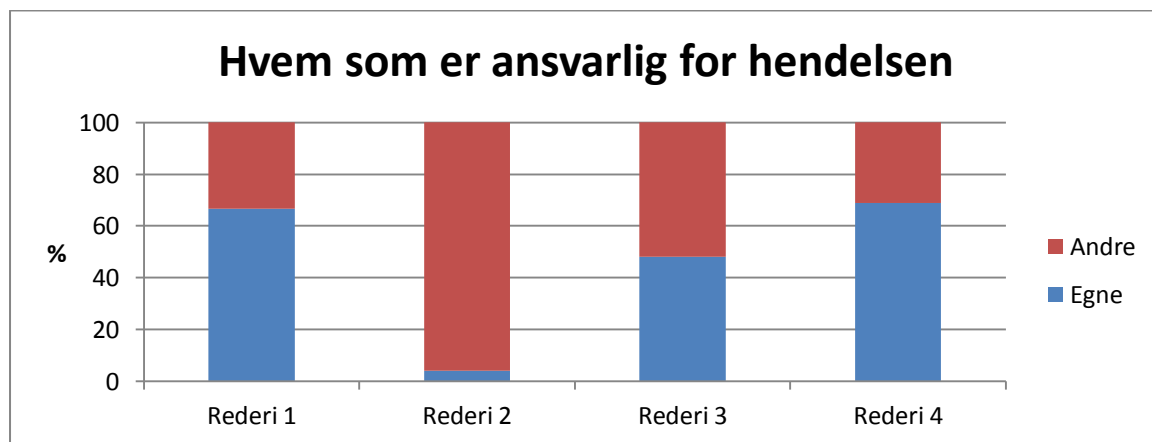
I vår gjennomgang av hendelsesrapporten fant vi ingen tredjepart kategori, men i friteksten som beskriver hendelsen kommer det klart frem hvem som var aktørene.

Aktørene i hendelsesrapportene var annet fartøy/rigg, base, operatør eller kun eget fartøy.

### Skyldproblematikk

I gjennomgangen av hendelsesrapportene merket vi tendens til at hendelser som omhandlet løfteoperasjoner ble andre aktører ansvarliggjort for hendelsen. En del av problemstillingen er å se på hvem som blir identifisert som ansvarlig for hendelser, enten eksplisitt eller implisitt. Derfor ønsket vi å undersøke om det var en sterkere tendens til å rapportere andres firmas (tredjepart) hendelser fremfor hendelser som forekommer i eget firma.

Figuren under viser fordelingen rederiene har mellom hvem som er gjort ansvarlige for hendelsene:



Figur 16 - Hvem som er ansvarlig for hendelsen

Figuren viser at rederi 2 har en meget sterk tendens (i 96 % av tilfellene) til å rapportere hendelser som er forårsaket av andre aktører fremfor egne medarbeidere.

Vi har ingen indikasjoner på hva som er normal ansvarsfordeling, men vi mener tendensen er så sterk at vi vil se på hvordan det kan forklares.

Under intervjuene spurte vi om ansatte kanskje hadde lettere for å skrive hendelsesrapporter om andres hendelser enn sine egne.



I rederi 1 fortalte HSEQ-medarbeider 1 at han oppfattet det slik at flere hadde tendenser til å legge skyld på andre. HSEQ-medarbeider 2 fortalte heller at dette var et resultat av hvordan arbeidet ble utført. Siden kranfører hadde det største ansvaret under løfteoperasjoner, og styrte operasjonene, var det logisk at kranfører ofte ble holdt ansvarlig. Matros 2 følte ikke det var noen spesielle tendenser til å legge skyld på andre.

I rederi 2 mente HSEQ-medarbeider at det verken var tendenser til å legge skyld på andre eller at det var lettere å rapportere om andre. Kapteinen tenkte det var lettere å se feil hos andre, men at det ikke skapte noen barriere for rapportskrivning. Matrosen følte heller ikke det var noen problemer.

Dermed var det varierte meninger i rederi 1, mens i rederi 2 var enighet om at det ikke var noen problemer med tilskrivning av ansvar.

For å undersøke om teorien kan gi forklaring på tendensen til å tilegne andre aktører årsaken til hendelsene vil vi videre drøfte våre funn mot attribusjonsteori og sikkerhetskultur.

### **Kan årsaken være attribuering?**

Vi mener HSEQ-medarbeider 2 i rederi 1 har et interessant utsagn: «Hvis kranføreren ofte blir holdt ansvarlig, så er det fordi han har en komplisert rolle». Dette kan ses på som at han attribuer hendelser til ytre faktorer, som for eksempel at jobben er komplisert. Hvis vi skulle ha grunn til å tro at det foregikk noen pålegging av skyld uten relevant grunnlag, så skulle en kanskje tro at det også var noen former for attribusjonsfeil til stede. Men det å akseptere at ytre faktorer kan påvirke negative hendelser hos en annen aktør, går ikke inn under noen av de tre store attribusjonsfeilene.

I intervjuene fant vi ikke bevis for at attribusjonsfeil forekommer. Hvis dette forekom, kunne vi ha tolket det som at det fantes en bias mot de andre aktørene. Men siden dette ikke er tilfellet, hvordan forklarer vi da at de andre aktørene i løfteoperasjoner ofte tilskrives ansvar? Her er det mulig at HSEQ-medarbeider 2 i rederi 1 hadde rett. I løfteoperasjoner har andre aktører den mest aktive rollen, hvilket betyr at hendelser som oppstår vil ha en noe høy tendens til å være forårsaket av dem.

Siden vi ikke merket tendenser til å skylde spesielt mye på andre aktører under ankeroperasjoner, så har vi ikke funnet noe grunnlag for å påstå at tendensen til å tilegne andre aktører årsaken hendelsene, kan forklares med attribuering.

### Kan årsaken være sikkerhetskulturen?

Ifølge Reason (1997) kan frykt for represalier være til hinder for hendelsesrapportering.

Vi undersøkte da om mannskapet på fartøyene ikke rapporterte egne hendelser av frykt for mulige represalier. I intervjuene fant vi absolutt ingen holdepunkter for en slik påstand. Alle informantene påpekte at de ikke ble utsatt for represalier dersom de rapporterte egne feil og at åpenheten i rederiene var så stor at det å rapportere egne feil var problemfritt.

Matrosen i rederi 2 fortalte at dersom det ble observert at noen gjorde noe de ikke burde gjøre, kunne de få et «verbalt klaps». Dette anser vi for å være i tråd med fleksibel kultur der straff skal oppfattes rettferdig og handlinger som er gjort med forsett skal få følger (Reason, 1997).

Vi kan ved å bruke teori om sikkerhetskultur ikke forklare tendensen til å tilskrive andre aktører årsaken til hendelsene.

Oppsummert har vi ikke lyktes i å forklare vårt funn om tendensen til å tilskrive ansvar i hendelsene ved hjelp av attribusjonsteori eller sikkerhetsteori.

Vi mener det kunne vært interessant å se om funnet bare gjelder for vårt datamateriale, eller om en analyse av et større utvalg hendelsesrapporter bekrefter/avkrefter vårt funn.

## 6.4 Kategorisering

Ifølge UniSea er det viktig at hendelsesrapporteringssystemet er funksjonelt. Tanken er at systemet skal brukes «live» i møter og det skal være lett å søke og å filtrere.

For å få til effektive søk er det viktig at dataene som legges inn i hendelsesrapportene er konsistente. For eksempel hjelper det lite å søke på kategorien «løfteoperasjon» dersom det ble brukt kategorien «annet» i hendelsesrapporten.

For å holde en viss orden i kategoriseringen brukes det predefinerte valg for mange felt i hendelsesrapportskjemaet. Ifølge UniSea har de en gjennomgang med sine kunder der de går igjennom skjemaene og definerer standard tekster for avkryssingsbokser og valg som er tilgjengelige i nedtrekksmenyer. UniSea har en standard<sup>3</sup> de anbefaler sine kunder, men kundene står fritt til å endre på oppsettet.

Også Star IPS har forhåndsdefinerte tekster for sine avkryssingsbokser og nedtrekksmenyer. I intervjuet med HSEQ-medarbeider i rederi 2 fortalte han at systemet var tungvint og en måtte gå gjennom mange valg for å lage en rapport. Dette ble også bekreftet av kapteinen i rederi 2.

---

<sup>3</sup> Vi ønsket å legge ved standard oppsettet til UniSea som et vedlegg, men fikk dessverre ikke tillatelse.



I gjennomgangen av hendelsesrapportene fant vi at rederi 2 anvendte mange kategorier for å velge aktivitet. For løfteoperasjoner ble det anvendt «crane operation, discharging/loading operation, lassing lossing, loading, loading backload, loading/discharging».

Et funn vi gjorde var at mange hendelsesrapporter hadde tomme aktivitetsfelt, men derimot var aktiviteten skrevet inn som fritekst i feltet beregnet for fartøyets posisjon.

Dette vil resultere i at når en søker på en gitt aktivitet, får man ikke alle relevante treff.

HSEQ-medarbeider i rederi 2 informerte også om at tredjepartsobservasjoner ble ofte feilaktig ført som hendelser. Også dette vil gi feil resultater ved søk.

Basert på våre funn så kan det virke som om rederi 2 har noe problemer med konsistens i kategoriseringen. En mulig årsak kan være for mange valg å ta stilling i hendelsesrapportene.

For rederi 1, 3 og 4 har vi funnet at kategoriseringen er konsistent i hendelsesrapportene og det er benyttet mindre kategorier enn hos rederi 2. Dette kan igjen ha sammenheng med at rederi 2 har levert flest hendelsesrapporter og dermed har flest kategorier.

I intervjuet med rederi 1 gjorde vi ingen funn som kan antyde at det er problemer med kategoriseringen.

Vi har ingen informasjon om rederi 1, 3 og 4 anvender UniSeas standard oppsett, eller om de er egendefinerte. En stor fordel hadde vært dersom alle brukte et standardisert oppsett slik at det var lettere å sammenligne rederier.

## 6.5 Saksgang

Som forklart i kapittelet med funn så er saksgangen til hendelsesrapportene tilnærmet identisk for de fire rederiene.

I gjennomgangen av hendelsesrapportene ser vi at UniSea skjemaene skiller mellom hvilke korrektive tiltak fartøyet gjør selv og hvilke korrektive tiltak HSEQ-avdelingen gjør. Selv om dette skillet ikke fremgår like tydelig fra skjemaene til Star IPS, så bekrefter HSEQ medarbeideren i rederi 2 at de skiller på hvem som behandler hendelsesrapportene.

Hensikten med å skille disse er å redusere arbeidsmengden til HSEQ-avdelingen. Tanken er at fartøyene selv skal behandle sine hendelsesrapporter som en førsteinstans og så skal HSEQ-avdelingen godkjenne fartøyenes korrektive tiltak og foreslå egne tiltak dersom nødvendig.



De siste 15 årene har det vært en enorm økning i volumet av hendelsesrapporter, der en har gått fra underrapportering av hendelser til rapportering av nestenulykker, positiv rapportering og prosedyrebrudd. Dette har medført en stor arbeidsbelastning for HSEQ- avdelinger. En utfordring som kom i kjølevannet av det økende volumet av hendelsesrapporter er arbeidsbelastningen det medfører å saksbehandle alle hendelsesrapportene (UniSea).

Dette bekreftes også av HSEQ medarbeider 2 i rederi 2.

Når HSEQ-avdelingen bruker andre nivåer av organisasjoner til å saksbehandle hendelsesrapporter bruker de av andres tid. «...de har en stresset hverdag med andre ting som egentlig er jobben deres. Å behandle hendelsesrapporter oppleves som noe ekstra som de blir pålagt og bare må gjøre» (UniSea). Kapteinen i rederi 1 mener det går med veldig mye tid å behandle hendelsesrapporter, og at dette av og til medførte at annet arbeid måtte havne i bakgrunnen. Han opplyste at for de som arbeidet på fartøyene kunne arbeidet knyttet til rapportering gå utover både arbeidstiden og hviletiden deres.

## 6.6 Årsaker

I kapittelet om funn viste vi at en av følgende årsaker hovedsakelig oppgis i hendelsesrapportene:

- Løse gjenstander på last
- Fallende gjenstander fra last eller plattform
- Mangelfull merking av last eller mangler på manifest
- Ikke fulgt prosedyre
- Feil på utstyr
- Utstyr som feiler, er slitt eller i dårlig tilstand
- Utstyr som skades
- Dårlig kommunikasjon

I vår analyse av årsakene finner vi at det for løfteoperasjoner dreier seg om forhold som har med lasten å gjøre. Spesielt løse og fallende gjenstander på last er et stort problem. Dersom gjenstander faller ned og treffer mannskapet på fartøyet kan det medføre alvorlige personskader. Rederiene sender alle slike hendelsesrapporter videre til operatøren for oppfølging, men tar også jevnlig opp temaet på sikkerhetsmøter og mannskapet instrueres til å holde avstand til hengende last.



«Lykken er at folk står langt vekke når lasten kommer ned... Det viktigste er å holde seg lang unna når lasten kommer ned eller går opp» (HSEQ-medarbeider i rederi 2).

Ifølge HSEQ-medarbeider 1 i rederi 1 er det i tillegg også problemer med uønskede utslipp fra plattformer når fartøyet ligger inntil. Dette kan blant annet være slam fra boreoperasjoner som skitner til både fartøy og mannskap.

For ankerhånderingsoperasjoner ser vi fra hendelsesrapportene at årsakene vanligvis omhandler utstyr. Det fremkommer fra hendelsesrapportene at det arbeides med tungt utstyr og store krefter. En forklaring som oppgis fra HSEQ-medarbeideren i rederi 2 er at mye utstyr som ankerhånderingsfartøylene bruker blir levert av operatørene. Gransking av hendelser har vist at mye av utstyret ikke har vært i henhold til G-OMO regelverket.

## 6.7 Hvordan medarbeiderne motiveres

Vi ønsket å finne ut hvilke faktorer det var som motiverte medarbeiderne til å skrive rapporter, og hva som eventuelt ville demotivere dem. For å belyse dette temaet vil vi benytte oss av motivasjonsteori.

I rederi 1 forsøkte de hovedsakelig å motivere til rapportering ved å holde ledelsesmøter og fokusere på rapporteringskulturen, i følge HSEQ-medarbeider 1. I følge kapteinen var det varierende motivasjonsnivå blant de ansatte på fartøyet. De brukte ikke noen belønningsordninger, siden det genererte så mange ekstra rapporter at det ikke var verdt det. Begge matrosene kom med historier om båter de hadde jobbet på tidligere der belønningsordninger for rapportering ikke hadde fungert optimalt. Det er altså mange negative erfaringer med incentiver i rederi 1. Dette stemmer overens med motivasjonsteorien, ettersom det virket som den ytre motivasjonen knyttet til belønningen for rapportskrivningen virket hemmende for indre motivasjon, som for eksempel ønsket om å skrive en god og nyttig rapport. Det ble utelukkende fokus på den ytre motivasjonen, hvilket ifølge Kuvaas & Dysvik (2012) kan virke demotiverende i stedet for motiverende.

I rederi 2 var det heller ikke noen belønningsordninger. I stedet prøvde de i følge HSEQ-medarbeider å motivere medarbeiderne til rapportskrivning med å sende ut påminnelser om å skrive rapporter.



Ingen av de to rederiene brukte altså belønningsordninger for rapportskriving, og i rederi 1 var det en spesielt negativ holdning til dette, fordi det skapte store mengder rapporter som kun ble skrevet for belønningens skyld. Ut ifra dette, virker det som om ytre motivasjon ikke er spesielt hjelpsomt hvis en vil oppfordre til rapportskriving. Dette kan bety at det er indre motivasjon som er nøkkelen til god rapportskriving. I så fall vil det være ekstra nyttig med et godt tilbakemeldingssystem, siden anerkjennelse er en viktig faktor når det gjelder indre motivasjon (Kuvaas & Dysvik, 2012).

## 6.8 Tilbakemelding og nytte

I problemstillingen ønsket vi å vite hvilken tilbakemelding medarbeiderne fikk på rapportene sine, og hvilken nytte de hadde av denne. Under intervjuet med UniSea sa administrerende direktør Vilhelmsen: «Hele poenget er at det skal være forbedringsmuligheter. Når du får hendelser så ønsker du å bruke dem til å forbedre deg. Ikke bare registrere det for å gjøre operatøren fornøyd».

Det er et krav at mannskapet skal ha tilbakemelding på sikkerhetsobservasjoner og hendelsesrapporter (Forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip, 2005, s. § 5)

Vi ønsker å finne ut om rederiene faktisk bruker rapportene som forbedringsmuligheter. For dette vil vi benytte Senge (1990) sin teori om lærende kultur, og se på dette i sammenheng med det vi fant i intervjuene.

I rederi 1 var det stort sett enighet blant informantene om at det var et mål at en skulle få god tilbakemelding på rapportene. HSEQ-medarbeider 1 fortalte at tilbakemelding var viktig for dem, og at de også fikk tilbakemelding fra operatørene. De brukte også *experience transfer* for å videreformidle læring til andre fartøy. Kapteinen fortalte at det var åpent for alle å lese rapporter og gi tilbakemeldinger på dem, og matros 1 var fornøyd med systemet. Matros 2 var ikke spesielt interessert i datasystemet som ble brukt, og fikk derfor ikke med seg noen tilbakemeldinger. Dette kan tolkes som at tilbakemeldingene kun er lett tilgjengelige for de ansatte som kan bruke, eller ønsker å bruke, datasystemet som benyttes.

Siden alle kan gi tilbakemelding på rapporter og lese disse tilbakemeldingene, så kan vi si at det sannsynligvis danner et godt grunnlag for læring. De som skriver rapportene får tilbakemelding, hvilket de forhåpentligvis lærer av, hvilket bidrar til deres personlige mestring. Siden det er åpent for alle kan en også lære av andres rapporter, som betyr at det



kan oppstå *gruppelæring* etter hvert som folk lærer av hverandre. *Experience transfer* mellom fartøyene bidrar også til å skape *gruppelæring*. Lesing av andres eller sine egne tilbakemeldinger kan også gi folk noe å reflektere over, hvilket kan hjelpe dem å forstå hvordan antagelsene deres påvirker handlingene deres, hvilket i følge Senge (1990) kan bidra til å utvikle deres *mentale modeller*. Siden det virket som det var en ganske positiv innstilling til tilbakemeldingssystemet generelt så kan vi si at dette bidrar til å skape en *felles visjon*. Når medarbeiderne får forståelse for hvordan systemet fungerer, og hvordan de kan endre de delene av systemet som virker mindre bra, så er det mulig at det dannes *systemtenkning*. Alt i alt, så virker det som rederi 1 har et tilbakemeldingssystem som bidrar til å fremme læring innen organisasjonen.

Innen rederi 2 fortalte HSEQ-medarbeider at de ga tilbakemelding dersom det var noe å kommentere. Som kapteinen nevnte var det også VMU-møter om bord der folk kunne diskutere forskjellige saker de ønsket å ta opp. Siden matrosen nevnte et eksempel der en rapport raskt ledet til forbedringer, så kan vi gå ut ifra at rapporter blir tatt på alvor. Også rederi 2 bruker *experience transfer*, og kapteinen bekreftet at hvert fartøy også gjorde tiltak for rapporter som ble skrevet hos dem selv.

En av de viktigste forskjellene mellom rederi 1 og rederi 2 er at rederi 2 ikke ser ut til å ha noe åpent tilbakemeldingssystem. Dette kan bety at det blir vanskeligere for de ansatte å lære av hverandre. Det ble også nevnt at ansatte fikk tilbakemelding hvis det var noe å kommentere, men uten at det ble forklart hva HSEQ-medarbeider i rederi 2 definerte som verdt å kommentere. Likevel ser det ut som medarbeidere oppnår en viss grad av *personlig mestring* så lenge de ansatte får tilbakemelding, og det kan oppstå *gruppelæring* på grunn av at rederiet benytter *experience transfer*. Det er mulig at rapporteringskulturen kan hjelpe til å danne *felles visjoner* selv om tilbakemeldingssystemet er mindre åpent, og så lenge medarbeiderne forstår systemet kan det fremkomme *systemtenkning*.

Et annet perspektiv vi kan bruke for å analysere nytteverdien av rapportering er Reasons (1997) sveitserostmodell. Begge rederiene var opptatt av å forbedre sikkerheten på fartøyene. På denne måten kan vi si at de bruker hendelsesrapportene til å innføre tiltak som tetter hullene i barrierene mot ulykker. Matrosens historie om rapporten som ledet til forbedringer i rederi 2 og HSEQ medarbeideren som fortalte om forbedringer i gjengangeren med løse gjenstander på last er eksempler der hendelsesrapportene ble benyttet for å bedre sikkerheten.





Siden begge rederiene innførte tiltak på grunnlag av rapporter, så illustrerer det at hendelsesrapportene har nytteverdi.

## 6.9 Sikkerhetskultur

I dette avsnittet vil vi drøfte forhold som påvirker sikkerhetskulturen til rederiene.

Ifølge ISM-koden, G-OMO og Internkontrollforskriften skal rederiene ha systemer på plass for å sikre at hendelser rapporteres, undersøkes, analyseres og korrigeres for å forbedre sikkerheten.

Forskriftene og regelverk krever at rederiene skal ha systemer på plass, men sier ikke hvordan rederiene skal få medarbeidere til å rapportere. Til dette må vi anvende sikkerhetsteori og motivasjonsteori.

Ifølge Reason (1997) er en god sikkerhetskultur en *informert kultur*, som kjennetegnes av at den har gode rapporteringssystemer, den er rettferdig, den er fleksibel og den lærer.

Videre i avsnittet vil vi drøfte våre funn mot de fire kjennetegnene separat, før vi avslutningsvis gir en oppsummering der vi ser på informert kultur.

### 6.9.1 Rapporterende kultur

Ifølge Reason (1997) kjennetegnes en rapporterende kultur av at menneskene i organisasjonen er villige til, og er interessert i å rapportere sine ulykker og nestenulykker.

For å skape en god rapporterende kultur er det ifølge Reason (1997) viktig å skape tillit hos medarbeidere og motivere dem til å rapportere hendelser. Dette kan oppnås ved å ivareta anonymitet, gi forståelige tilbakemeldinger og lage brukervennlige systemer for å rapportere hendelser.

I alle intervjuene kom det frem at det var mulig å rapportere anonymt. På alle fartøyene var det en postkasse der de som ønsket kunne poste sine observasjoner. Informantene var fornøyde med muligheten og hadde ikke noe å utsette på ordningen.

I avsnitt 6.3, «aktører», drøftet vi spesielt om medarbeiderne fryktet represalier dersom de skrev hendelsesrapporter på egne feil. Vi gjorde ingen funn som tyder på at de som rapporterer hendelser blir utsatt for represalier. Dette er i henhold til Reasons teori med på å skape en rapporterende kultur ved å ivareta anonymitet og redusere frykten for represalier.



Tilbakemeldinger er ifølge Reason en kilde til motivasjon hos medarbeidere.

Tilbakemeldinger kan vise at man blir sett, og oppmerksomhet sender signaler om at alle medarbeidere er viktig for helheten. Ifølge HSEQ-medarbeider 1 i rederi 1 er det viktig å skape et åpent arbeidsmiljø om bord der alle medarbeidere kan bli hørt. Mangel på tilbakemeldinger fra overordnede eller operatører kan virke demotiverende.

I avsnitt 6.8, «tilbakemelding og nytte», viste vi hvordan rederiene ga tilbakemelding på hendelsesrapportene og hvordan tilbakemeldingen bidro til læring. Rederienes praksis med å gi tilbakemelding er dermed i henhold til Reasons teori med på å skape en rapporterende kultur.

Når det gjelder brukervennligheten til hendelsesrapporteringssystemet fant vi i intervjuene at det er ulike oppfatninger.

I rederi 1 er både HSEQ-medarbeider og kaptein enige om at hendelsesrapporteringssystemet er enkelt å bruke.

I rederi 2 opplyste alle informanter at hendelsesrapporteringssystemet var svært tungvint. Det var veldig tidskrevende å legge rapporter inn i systemet og dette tok mye tid.

Reason (1997) mener at det å lage brukervennlige systemer for å rapportere hendelser kan være med på å skape en rapporterende kultur.

I avsnitt 6.7, «hvordan medarbeiderne motiveres», drøftet vi hvilke tiltak rederiene gjør for å motivere medarbeiderne til å rapportere hendelser ved hjelp av motivasjonsteori. I intervjuene kom det frem at incentivordninger i form av premiering ikke var ønskelig grunnet tidligere erfaringer der mange sikkerhetsobservasjoner ble skrevet for premiens skyld. Rederiene har gått bort fra ordningen med belønninger og satser heller på indre motivasjon gjennom oppfordringer om å rapportere hendelser og å gi gode tilbakemeldinger.

Reason (1997) påpeker at motivasjon til å rapportere hendelser bidrar til å skape en rapporterende kultur.

Våre funn indikerer at rederiene arbeider med å motivere til rapportering. De har forsøkt belønningssystemer, som viste seg å ikke virke som tiltenkt, og satser nå på indre motivasjon. Dette kan tyde på at det pågår en læreprosess for å finne motivasjonsfaktorer. Hvor mye energi rederiene legger i denne prosessen fremkommer ikke i våre funn.

I avsnitt 6.5, «saksgang», forklarte vi hvordan den økte mengden i hendelsesrapporter de siste 15 årene medførte en større arbeidsbelastning for hele organisasjonen.



Den økte arbeidsbelastningen kan ifølge Reason (1997) være en faktor som er til hinder for rapportering.

### 6.9.2 Rettferdig kultur

Rettferdig kultur skapes ifølge Reason (1997) ved å sørge for at belønninger og straff oppfattes rettferdig og at det må tegnes en klar linje mellom akseptabelt og uakseptabelt atferd. Han påpeker at en «no-blame» kultur ikke er ønskelig fordi hendelser som er utført med forsett skal få følger. Alle informantene bekreftet at rederiene hadde en «no-blame» kultur, som dermed ved første øyekast ikke er i henhold til Reasons teori.

HSEQ medarbeider 2 i rederi 1 definerte «no-blame» kultur slik: «Det er at uansett hva som blir rapportert eller hvem som rapporterer og gir beskjed, så går vi ikke etter varsleren. Vi går etter systemfeil».

Reason påpeker imidlertid at det må skilles mellom uhell og forsett, fordi hendelser som er utført med forsett må få følger.

Vi kan vanskelig forestille oss at rederiene gir fullt amnesti for alle hendelser som er utført med forsett. I personall håndboken til både rederi 1 og 2 finner vi eksempler på forhold som kan utløse disiplinære tiltak, i verste fall avskjedigelse. I tillegg fortalte matrosen i rederi 2 om at de gjerne fikk et «verbalt klaps på fingrene» dersom de ble observert i å ikke følge rutiner.

### 6.9.3 Fleksibel kultur

Ifølge Reason (1997) kjennetegnes en fleksibel kultur blant annet ved å være i stand til å omstille seg skiftende krav og være i stand til å skifte mellom en hierarkisk struktur og en flatere struktur i en krisesituasjon, og deretter gå tilbake til den tradisjonelle byråkratiske modus når krisesituasjonen har passert. Vi ønsker i denne oppgaven ikke å gå inn på aspektet med hvordan rederiene håndterer krisesituasjoner ettersom det ikke berører vårt tema om hendelsesrapportering, vi ønsker derimot å se på forholdene som fremmer en fleksibel kultur.

Reason (1997) mener at erfaringsoverføringer og gruppering av flere personer med ulikt tankesett vil fremme sikkerhet. I avsnitt 6.8, «tilbakemelding og nytte», drøftet vi hvordan rederiene anvendte tilbakemeldinger fra hendelsesrapportene og experience transfer for å fremme læring gjennom erfaringsoverføring. Rederienes praksis med å benytte *toolbox* møter og risk assesment møter for å indentifisere faremomenter i jobber som skal utføres sikrer at jobbene blir risikovurdert av flere personer, ettersom både offiserer og dekkbesetning deltar.



Dette vil dermed sørge for at personer med ulikt tankesett vil diskutere jobbene og dermed fremme en fleksibel kultur.

#### 6.9.4 Lærende kultur

Ifølge Reason (1997) omhandler lærende kultur viljen til å trekke riktige konklusjoner fra sin sikkerhetsinformasjon, samt evne til å gjennomføre reformer og endringer når det er nødvendig. I lærende kultur inngår flere elementer fra de tre andre kulturene. Det som er viktig for å fremme en lærende kultur er å sørge for at ledelsen er i stand til å iverksette og utføre tiltak som blir identifisert.

I avsnitt 6.8, «tilbakemelding og nytte», drøftet vi hvordan hendelsesrapportene førte til forbedringer og at tiltak ble utført med bakgrunn i hendelsesrapporter.

I analysen av hendelsesrapportene fant vi at det ble utførte nødvendige tiltak på alle sammen. For eksempel dersom det var noe galt med en prosedyre så ble den oppdatert og tekniske mangler ble utbedret.

#### 6.9.5 Oppsummering – Informert kultur

Ifølge Reason (1997) kjennetegnes en informert kultur av at den har gode rapporteringssystemer, den er rettfærdig, den er fleksibel og den lærer. Han påpeker at det er samspillet mellom rapporterende-, rettfærdig-, fleksibel- og lærende kultur som skaper en informert kultur.

Vi har i avsnittene over drøftet funnene fra hendelsesrapportene og intervjuene mot teorien til Reason. I rapporterende kultur viste vi at rederiene motiverer til rapportering ved anonymitet, tilbakemeldinger og brukervennligheten til systemene. Vi fant at medarbeiderne var noe misfornøyde med brukervennligheten til hendelsesrapporteringssystemet i rederi 2. Vi fant i også at det for alle rederiene var mye ekstraarbeid forbundet med saksbehandling av hendelsesrapportene. Dette er forhold som ifølge Reason kan motvirke rapportering.

I rettfærdig kultur viste vi at det muligens ikke var samsvar med rederienes tolkning av hva «no-blame» innebærer og Reasons tolkning. Rederiene gir ikke amnesti for handlinger som er utført med forsett, selv om de påstår at de har en «no-blame» kultur.

I fleksibel kultur viste vi at rederiene anvender erfaringsoverføring fra hendelsesrapportene og at det blir utført møter med flere medarbeidere for å vurdere risiko på jobber som skal utføres.

I lærende kultur viste vi at rederiene gjør tiltak på de hendelsesrapportene som blir rapportert.

I intervjuene opplyste alle informantene at de er fornøyde med sikkerhetskulturen, og alle mener at sikkerhetskulturen er god.



Et tema mange hadde meninger om var prosedyrer. Dette blir drøftet i neste avsnitt.

## 6.10 Prosedyrer

På norske fartøy bryter 40 % av mannskapet prosedyrer for å gjøre jobben sin (Sysla, 2015). Med dette utsetter de seg selv og andre for fare, og noen vil kanskje stille spørsmål om det er noe galt med selve prosedyrene. Vi ønsket å få besvart et av spørsmålene i problemstillingen vår, nemlig hva mannskapet gjorde når prosedyrene kom i veien for arbeidet, og dannet en hypotese om at det foregikk *practical drift* innen rederiene som vi intervjuet.

I følge Leemann (2011) var hovedelementet i *practical drift* at de ansatte i en bedrift sluttet å følge prosedyrene og heller gjorde slik de selv mente var best. I løpet av intervjuene spurte vi informantene om hvilket forhold de hadde til prosedyrer, og om de av og til følte de måtte bryte prosedyrene. I rederi 1 var begge HSEQ-medarbeiderne positive til de prosedyrene de hadde, der HSEQ-medarbeider 1 påpekte at prosedyrene kunne endres, og HSEQ-medarbeider 2 ikke følte at det var noen hendelser forårsaket av manglende eller kompliserte prosedyrer. Han mente at hendelser heller kunne være forårsaket av at de ansatte ikke leste prosedyren før de startet jobben fordi de mente at jobben var så enkel at de ikke trengte det.

Kan dette forklares med *practical drift*? Dersom de ansatte ikke leser prosedyrene, så kan det virke som prosedyrene er mer komplisert enn det jobben krever. Når medarbeidere føler at de mestrer jobben, kan det være en lavere terskel for å ikke følge pålagde prosedyrer. Da kan det sannsynligvis karakteriseres som *practical drift*. Et motargument kan være at hvis det som HSEQ medarbeider 2 sier er tilfelle, så kan dette tvilsomt attribueres til *practical drift*, siden *practical drift* handler om å bryte prosedyrer med forsett.

Da vi ser på intervjuet med kapteinen, forklarte at han av og til måtte bryte regler som kom i veien for arbeidet, som med eksempelet om USB-minnepinner. Matros 1 derimot, jobbet innenfor det systemet som var satt opp for å endre prosedyrer, mens matros 2 mente det var for mange prosedyrer, i den grad at han ikke lenger syntes det var fornuftig.

HSEQ-medarbeideren i rederi 2 fortalte at selv om prosedyrene ofte var svært kompliserte, og at ansatte med lang erfaring ikke nødvendigvis trengte prosedyrer. Dette kan tolkes som et



tegn på at det forekommer *practical drift* innen rederi 2, og at HSEQ-medarbeideren var klar over dette, men det betyr ikke nødvendigvis slikt blir akseptert i rederiet.

Kapteinen i rederi 2 mente at en ikke behøvde å bryte prosedyrer for å få jobben gjort, men sa også at en av og til måtte være selektiv med hvilke prosedyrer man fulgte. Dette utsagnet kan sees på som tegn at *practical drift* forekommer i rederiet.

Matrosen ga et eksempel der vasking av båt måtte utsettes, selv om tidspunktet for vasking var prosedyrebelagt. Dette kan neppe sees på som et eksempel for *practical drift*, siden jobben ble utsatt på grunn av at de lå til sjøs når de egentlig skulle vaske. Altså virker det ikke som om det var et prosedyrebrudd for å få jobben gjort mer effektivt, men heller et overveid prosedyrebrudd av sikkerhetshensyn.

Vi undersøkte også hvordan rederiene gikk frem for å endre prosedyrer som ikke var ordentlig tilpasset arbeidet. I begge rederiene hadde de fremgangsmåter for å forbedre prosedyrene. Rederi 1 hadde det de kalte *management of change*, som de brukte til å endre prosedyrer. I rederi 2 jobbet de kontinuerlig med å forenkle prosedyrer, og siden mange av dem var på et tungt engelsk språk jobbet de også med å gjøre dem mer forståelige.



## 7 Konklusjon og anbefalinger

Problemstillingen til oppgaven var å undersøke og vurdere brukbarheten til hendelsesrapporter i forbindelse med anker- og løfteoperasjoner offshore, samt gi et innblikk i rederienes sikkerhetskultur og medarbeidernes forhold til det å bryte prosedyrer.

Kulturen med å rapportere hendelser har endret seg betraktelig de siste 15 årene. Før var det mye underrapportering. Nå rapporteres det betraktelig mye mer, og det rapporteres i tillegg hendelser som prosedyrebrudd, positive hendelser og nestenulykker.

Vi mener det økende volumet i hendelsesrapporter bekrefter at rederiene har arbeidet langsiktig med å forbedre sin sikkerhetskultur, godt hjulpet av krav i lover, forskrifter og fra kunder. Arbeidet med å forbedre sikkerhetskulturen er dermed en kontinuerlig prosess som påvirkes av krav fra omgivelsene.

Den økte mengden hendelsesrapporter har skapt utfordringer med tanke på arbeidsbelastningen til de som saksbehandler hendelsesrapportene. Dette har medført ekstraarbeid for andre nivåer i organisasjonen som må ta del i saksbehandlingen.

I vår analyse fikk vi bekreftet at hendelsesrapportene blir brukt til å fremme forbedringer i rederiene. Læring fra hendelsene ble aktivt videreformidlet til alle deler av organisasjonen og gjennomgått på interne sikkerhetsmøter.

For å motivere til rapportering har rederiene tidligere forsøkt med incentivordninger som innebar premiering av innleverte sikkerhetsobservasjoner. Dette medførte at det ble skrevet mange irrelevante observasjoner kun for premiens skyld. Denne ordningen har falt bort.

Fokuset er nå rettet mot indre motivasjon gjennom oppfordringer og tilbakemeldinger som viser at det nytter å rapportere hendelser.

Programvaren som brukes til hendelsesrapportering er av stor betydning. Tungvinte og trege systemer skaper unødig irritasjon og feilkategoriseringer gir upresise søk. Våre funn indikerte at rederi 2 har utfordringer med brukervennligheten til sitt system og er noe inkonsistente i kategoriseringer.

Rederienes betydning av begrepet «no-blame» kan virke til å ikke stemme overens med betydningen i teorien til Reason (1997). I vår analyse av rederi 1 og 2 gjorde vi funn som



tyder på at «no-blame» kultur bare gjelder for uhell og ikke for forsett. Ettersom rederiene skiller mellom uhell og forsett, tegner de en klar linje mellom akseptabel og uakseptabel atferd. Rederiene bør gå bort fra «no-blame» kultur og heller anvende *rettferdig kultur*.

I rederi 1 og 2 må av og til mannskapet bryte prosedyrer for å gjøre jobben sin. Årsaken som blir oppgitt av mannskapet er kompliserte, tungvinte, unødvendige og uforståelige prosedyrer. Personer kan også ha en tendens til å være selektive med hvilke prosedyrer de følger til punkt og prikke og hvilke prosedyrer de heller gjør slik de selv mener er best.

Grunnet store mangler i datagrunnlaget i forbindelse med alvorlighetsgrad mener vi at det er for lite data tilgjengelig til å foreta en analyse av alvorlighetsgraden i hendelsesrapportene. Vi mener bruk av alvorlighetsgrad dermed er en uutnyttet mulighet som rederiene bør gjøre mer bruk av.

Alle våre informanter mente at rederiene hadde en god sikkerhetskultur. Ved å drøfte funn fra hendelsesrapportene og intervjuene mot sikkerhetsteori kan vi konkludere med at alle kjennetegnene til en god sikkerhetskultur er tilstede og at rederiene arbeider målrettet for å bedre sikkerheten om bord på fartøyene.

Ut fra våre funn ønsker vi å trekke frem følgende anbefalinger til videre arbeid:

- Rederi 2 bør se på brukervennligheten og kategoriseringen i sitt hendelsesrapporteringsystem.
- Rederiene bør revurdere bruken av «no-blame» kultur og heller ta i bruk *rettferdig kultur*.
- Rederiene bør se på hvordan de bruker organisasjonens kapasitet til å saksbehandle hendelsesrapporter.
- Dersom det i fremtiden skal forskes på hendelsesrapporter anbefaler vi på det sterkeste å få tilgang til selve systemet og ikke arbeide med utskrifter.





## 8 Litteraturliste

- Eidesvik AS. (u.å.). *Selskapet - eidesvik2014*. Hentet fra  
<http://eidesvik.no/selskapet/category134.html>
- Farstad Shipping. (u.å.). *Kort om Farstad Shipping - Farstad Shipping*. Hentet fra  
<https://www.farstad.com/virksomheten/nyheter--media/kort-om-farstad-shipping>
- Forskningsrådet. (2015, 02 03). *Ser positivt på risiko*. Hentet fra  
[http://www.forskningsradet.no/prognett-maroff/Nyheter/Ser\\_positivt\\_p\\_risiko/1254005694331/p1228296528816](http://www.forskningsradet.no/prognett-maroff/Nyheter/Ser_positivt_p_risiko/1254005694331/p1228296528816)
- Forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip. (2005, 01 01). *Forskrift om arbeidsmiljø, sikkerhet og helse for de som har sitt arbeid om bord på skip*. Hentet fra Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-01-01-8>
- Forskrift om sikkerhetsstyringssystem for skip m.m. (2014, 09 05). *Forskrift om sikkerhetsstyringssystem for norske skip og flyttbare innretninger*. Hentet 04 23, 2015 fra Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-09-05-1191/>
- G-OMO. (2013, 11 06). *Guidelines for Offshore Marine Operations (G-OMO)*. Hentet fra  
<http://www.g-omo.co.uk/wp-content/uploads/2014/06/201311-GOMOfinal.pdf>
- Høgskolen Stord/Haugesund. (2014, Januar). *Newsletter January 2014 - RISKOP - Managing Risk in Offshore Operations*. Hentet fra  
<http://www.wcl.no/ShowFile.ashx?FileInstanceId=3f047594-ef20-40f7-befc-474df2460c7b>
- IMO. (2014). *ISM Code - International Safety Management Code with guidelines for its implementation*. London: IMO Publication.
- IMO. (u.å.). *Safety Management*. Hentet fra  
<http://www.imo.org/OurWork/HumanElement/SafetyManagement/Pages/Default.aspx>
- Internkontrollforskriften. (1996, 12 06). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*. Hentet 04 23, 2015 fra Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127?q=internkontrollforskriften>
- Johannesen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johnsen, Ø. (2009, 10 12). *Boten: Hva skjedde egentlig med Bourbon Dolphin?* Hentet fra  
<http://www.batforerskolen.no/bourbon-dolphin.html>



- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse 4. utgave, 3. opplag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Knudsen, O. F. (2012, 08 15). *Tredjepart: internasjonal politikk*. Hentet 05 12, 2015 fra Store norske leksikon: [https://snl.no/tredjepart%2Finternasjonal\\_politikk](https://snl.no/tredjepart%2Finternasjonal_politikk)
- Kuvaas, B., & Dysvik, A. (2012). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser (2. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Leemann, J. E. (2011, August 2). *Practical drift and writing safety rules | 2011-08-02 | ISHN*. Hentet fra <http://www.ishn.com/articles/91477-practical-drift-and-writing-safety-rules>
- NSD - Personvernombudet for forskning. (u.å.). *NSD - Personvernombudet for forskning*. Hentet fra [http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige\\_sporsmal.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige_sporsmal.html)
- Platt, J. (1981). Evidence and proof in documentary research: some specific problems of documentary research. *The Sociological Review Vol. 29(1)*, 31-52.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Limited.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The Art & Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Solstad Offshore ASA. (u.å.). *The Company - Solstad Offshore ASA*. Hentet fra <http://solstad.no/about-us/the-company/>
- Sysla. (2015, 02 01). *4 av 10 sjøfolk: – Vi må droppe sikkerhetskrav*. Hentet fra <http://www.sysla.no/2015/02/01/maritim/4-av-10-sjofolk-vi-ma-droppe-sikkerhetskrav/>
- Østensjø Rederi. (u.å.). *The Company | Østensjø Rederi*. Hentet fra [http://ostensjo.no/?page\\_id=2](http://ostensjo.no/?page_id=2)



## 9 Figurliste

Figur 1 - Sveitserost-modellen - (Reason, 1997) .....	9
Figur 2 - Informanter .....	18
Figur 3 - Risk matrise - Hentet fra UniSeas hendelsesrapporter.....	22
Figur 4 - Arbeidsflyt for hendelsesrapporter (UniSea).....	23
Figur 5 - Aktiviteter - Rederi 1 .....	24
Figur 6 - Aktører i hendelsesrapportene til rederi 1 .....	24
Figur 7 - Aktiviteter - Rederi 2 .....	26
Figur 8 - Aktører i hendelsesrapportene til rederi 2 .....	26
Figur 9 - Alvorlighetsgrad - Rederi 2 .....	28
Figur 10 - Aktiviteter - Rederi 3.....	29
Figur 11 - Aktiviteter - Rederi 4.....	30
Figur 12 - Aktører i hendelsesrapportene til rederi 4 .....	30
Figur 13 - Total hendelsesrapportering .....	31
Figur 14 - Total hendelsesrapportering fordelt på hendelser. ....	32
Figur 15 - Aktører i hendelsesrapportene .....	33
Figur 16 - Hvem som er ansvarlig for hendelsen .....	51



## 10 Vedlegg 1 – Intervjuguide

Innledningsvis vil vi presentere oss selv og fortelle om studiet vårt. Vi vil presentere RISKOP-prosjektet og forklare vår rolle med å analysere hendelsesrapporter. Vi vil videre forklare hva vår oppgave vil bli brukt til og presentere en kort oversikt over hva vi kommer til å stille spørsmål om (Litt avhengig av hvilken funksjon vi intervjuer).

Før vi går over til intervjuet vil vi gjennomgå formelle aspekter slik som å garantere anonymitet, be om samtykke til å bruke data og å ta opp samtalen. Data vil blir oppbevart trygt og slettet når oppgaven er levert.

Vi ønsker å etablere en base med faktaspørsmål som informanten kan svare på med letthet. Vi vil spørre informanten om hvor lange han har arbeidet i firmaet og hans arbeidsoppgaver. Dette for å forsøke å skape en relasjon til informanten og for å få i gang samtalen.

### 10.1 Spesielt for dekkarbeidere

1. Hvilken opplæring har du fått innen HMS? Hva er lovpålagt, og hva er ”ekstra”?
2. Har du rapportert noen hendelser i forbindelse med ditt arbeid? Hvilke hendelser var dette? Hvor ofte rapporterer du hendelser? Hender det at du ikke rapporterer hendelser? Hvilke rapporterer du /rapportere du ikke?
3. Skriver du rapportene selv, eller gjør lederne det?
4. Får du tilbakemelding på rapportene dine? Er tilbakemeldingen i så fall nyttig? Kan du komme med eksempler? Får du tilbakemelding fra kaptein og/eller rederi?
5. Vi har analysert flere rapporter og funnet en tendens til å legge skyld på andre når en rapporterer hendelser. Stemmer dette med ditt inntrykk? Er det lettere å rapportere andres hendelser fremfor sine egne?
6. Hva synes du om å rapportere? Er det noe incentiv for å skrive dem, blir det oppmuntret av ledelsen?
7. Hva synes du om selve rapportskjemaene? Er de enkle å fylle ut? Får du mulighet til å ta med all den informasjonen du synes er relevant? Er det noe du synes kunne vært gjort bedre med skjemaene?



8. Hva skjer etter du har rapportert? Er det noen oppfølging av rapportene? Hvordan opplever du nytteverdien av dette? Føler du at du lærer av rapportene? Lærer organisasjonen? Fører det for eksempel til oppdaterte prosedyrer? Lærer dere fra andre båter? Fører dette til iverksettelse av nye tiltak?
9. Er det noen på båten som er mer HMS-engasjert enn andre? Hvordan synes du miljøet er på båten generelt, med tanke på hendelsesrapportering?
10. Må du forholde deg til mange prosedyrer i ditt daglige arbeid? Hvordan føler du at prosedyrene påvirker arbeidet ditt? Hvis prosedyren ikke stemmer, eller hvis du ikke kan utføre arbeidet på grunn av prosedyren, hva gjør du da? Hva sier styringssystemet at du burde ha gjort i en slik situasjon?
11. Oppklarende kommentarer. Spør om informanten har lyst til å fortelle om noe mer, eller har noen spørsmål.

## 10.2 Spesielt for ledere på fartøy

1. Hvilken opplæring får mannskapet om bord innen HMS? Hva er lovpålagt, og hva er ”ekstra”?
2. Hva synes du om rapporteringskulturen i organisasjonen? Er det noen positive eller negative opplevelser knyttet til rapportene?
3. Hvem skriver rapportene? Hvordan er saksgangen?
4. Gir du tilbakemelding på rapportene du får inn fra matrosene? Er rederiet involvert i tilbakemeldingsprosessen, og i så fall, på hvilken måte? Føler du at håndteringen av rapportene foregår på individuell skipsbasis, eller er det en overordnet styring?
5. Vi har analysert flere rapporter og funnet en tendens til å legge skyld på andre når en rapporterer hendelser. Stemmer dette med ditt inntrykk? Er det lettere å rapportere andres hendelser fremfor sine egne?
6. Hva synes du om selve rapportskjemaene? Er de lett forståelige? Gir de deg den informasjonen du trenger?
7. Sender du rapportene videre til en tredjepart, for eksempel kunde/operatør? Hvordan reagerer de? Gjør de tiltak og/eller aksjoner? Gir de tilbakemeldinger?
8. Hvordan føler du motivasjonen til å rapportere blant skipsbesetningen er? Prøver ledelsen å incentivisere rapportering? Gjennomgås alle rapporter på fellesmøter? Hvordan opplever du nytteverdien av dette? Hvordan bruke du dette i ditt arbeid?



Føler du at du lærer av rapportene? Lærer organisasjonen av rapportene? Fører det for eksempel til oppdaterte prosedyrer? Lærer dere fra andre båter?

9. Er det noen på båten som er mer HMS-engasjert enn andre? Hvordan er miljøet på båten generelt med tanke på hendelsesrapportering?
10. Må du forholde deg til mange prosedyrer i ditt daglige arbeid? Hvordan føler du at prosedyrene påvirker arbeidet ditt? Hvis prosedyren ikke stemmer, eller hvis du ikke kan utføre arbeidet på grunn av prosedyren, hva gjør du da? Hva sier styringssystemet du burde ha gjort? Føler du at det av og til er nødvendig å bryte prosedyrer til en viss grad for å få jobben gjort?
11. Oppklarende kommentarer. Spør om informanten har lyst til å fortelle om noe mer, eller noen spørsmål.

### 10.3 Spesielt for HSEQ medarbeidere på rederiet

1. Hvilken opplæring får mannskapet om bord på fartøyene innen HMS? Hva er lovpålagt, og hva er ”ekstra”?
2. Kan du forklare styringsprosessene for HMS-arbeidet? Hvordan er saksgangen i hendelsesrapportene? Hva brukes de til? (Her forventer vi mange mulige svar som kan gi grunnlag for oppfølgingsspørsmål)
3. Hvordan benytter du informasjon du får inn fra båtene? Oppdaterer dere prosedyrene på alle båtene? Lager du statistikk? Rapporterer du til myndigheter og/eller kunder?
4. Hva synes du om rapporteringskulturen i organisasjonen? Er det knyttet noen positive eller negative opplevelser til rapportene?
5. Hvem skriver rapportene? Hvordan er saksgangen?
6. Gir du tilbakemelding på rapportene du får inn fra fartøyene? Er rederiet involvert i tilbakemeldingsprosessen, og i så fall, på hvilken måte? Føler du at håndteringen av rapportene foregår på individuell skipsbasis, eller er det en overordnet styring?
7. Hva synes du om selve rapportskjemaene? Er de lett forståelige? Gir de deg den informasjonen du trenger?
8. Vi har analysert flere rapporter og funnet en tendens til å legge skyld på andre når en rapporterer hendelser. Stemmer dette med ditt inntrykk? Er det lettere å rapportere andres hendelser fremfor sine egne?



9. Sender du rapportene videre til en tredjepart, for eksempel kunde/operatør? Hvordan reagerer de? Gjør de tiltak og/eller aksjoner? Gir de tilbakemeldinger? Blir rapportene tatt opp på rederimøter? Eventuelt hvilke typer rapporter blir tatt opp?
10. Hvordan oppmuntrer ledelsen til rapportering?
11. Gjennomgås alle rapporter på fellesmøter? Hvordan opplever du nytteverdien av dette? Føler du at dere lærer av rapportene? Lærer organisasjonen? Fører det for eksempel til oppdaterte prosedyrer? Lærer dere fra andre båter?
12. Må du forholde deg til mange prosedyrer i ditt daglige arbeid? Hvordan føler du at prosedyrene påvirker arbeidet på fartøyene? Hvis prosedyren ikke stemmer, eller hvis skipsbesetningen ikke kan utføre arbeidet på grunn av prosedyren, hva pleier de å gjøre da? Hva sier styringssystemet at de burde ha gjort? Føler du at det av og til er nødvendig å bryte prosedyrer til en viss grad for å få jobben gjort?
13. Oppklarende kommentarer. Spør om informanten har lyst til å fortelle om noe mer, eller noen spørsmål.

## 10.4 Spesielt for UniSea

1. UniSea brukes av flere av rederiene vi har hendelsesrapporter fra. Kan du gi en presentasjon av programvaren og hvilke muligheter den gir?
2. Hvordan er det tenkt at arbeidsflyten for hendelsesrapporter skal være?
3. Hvilke rederier bruker UniSea i dag?
4. Anvender alle samme løsninger, eller finnes det individuelle tilpasninger?



## 11 Vedlegg 2 – UniSea hendelsesrapport

<b>Tittel</b>		<b>Rederi</b>
<b>Non-Conformity</b>		
Report #:	Date reported:	Charter:
Reported by:	Wind dir. and:	Geogr. region:
Master:	Force m/s:	Operation:
P&E Supervisor:	Sea in metres:	Cost est. (init.):
Cust. ref. no.:		Currency:

<b>Incident</b>	
Title:	
Incident date:	Time:
Location of Incident:	Occupation/activities at time of Incident:
<b>Description of Incident</b>	
<b>(Underlying) cause(s) of incident</b>	
Human barriers failing at this incident:	
Dropped objects:	

<b>Type of Non Conformity</b>
External Procedure
Description

<b>Non-Conformity details related to supply/delivery of food/equipment/sparepart</b>		
Supplier:	Service / Product:	PO no.:
Detail the relevant requirements related to the outstanding/failure of delivery:		





<b>Consequences of Non-Conformity</b>	
Description:	

<b>Corrective action taken by vessel</b>
Immediate action (Recommended) system corrective action

<b>Company Corrective Actions</b>			
Description:			
Implementation of corrective actions confirmed by:		Confirmed date:	
<b>Responsible person</b>			
		Signed by:	
<b>Estimated Losses</b>			
Estimated Losses in: USD			
Own vessel	Third party	Hire/revenue	Personnel
0	0	0	0
<b>Total:</b>	0		
<b>Administration</b>			
Report status:		Administrator:	
Date:		Limit date:	
<b>Responsible persons</b>			
Internal:		Report closed by:	
Closure comments:			
Comments to responsible persons:			

<b>Analysis of Non-Conformity</b>	
Events:	
Other	



Causes: Outside vessel control	Root cause: Non-identified
Company Summary/Actions:	
Description:	

HAZARD SEVERITY OUTCOME				PROBABILITY					
Injury	Pollution water (brine)	Oil spill	Damage	Very unlikely	Unlikely	Possible	Likely	Very Likely	
<b>Very serious</b> Death or multiple serious long	> 500 m <sup>3</sup>	> 100 m <sup>3</sup>	NOK > 5 million						E
<b>Serious</b> Long term serious injuries	500 m <sup>3</sup> - 500 ltr	100 m <sup>3</sup> - 100 ltr	NOK 5 million – 200.000,-						D
<b>Moderate</b> Injury leading to & up to 10	500 ltr – 100 ltr	100 ltr – 10 ltr	NOK 200.000,- – 50.000,-						C
<b>Slight</b> First aid required or medical	100 ltr – 50 ltr	10 ltr – 1 ltr	NOK < 50.000,-						B
<b>Negligible</b> No specific treatment or loss of	< 50 ltr	< 1 ltr	No cost						A



## 12 Vedlegg 3 – Star IPS hendelsesrapport

### Incident Report :

#### Incident details

Incident No.	:		Pot. sev. rating	:	<span style="background-color: green; color: black;">■</span>
Vessel	:		Status	:	
Event date	:		Responsible	:	
			Target date	:	

Cost Sum NOK	:		Reported by	:	
Charterer	:		Reported date	:	
Vessel position	:		Vessel location	:	
Wind	:		Vessel activity	:	
Sea state	:		Visibility	:	
Imm. cause	:		Weather	:	

#### Description

Offhire start	:		Offhire cost	:	
Offhire end	:				

Root causes :

#### Incident Consequences

Consequence	:		Est. Cost NOK	:	
Act. sev. rating	:		Created by	:	
Subject	:		Maker	:	
Tech. acc.	:		Makers no.	:	
Description	:				
Model	:				
Consequence	:				
Cons. description	:				

Notifications :

#### Corrective Actions

Corr. action Id	:		Status	:	
Close out	:		Responsible	:	
Next due	:		Target	:	
Description	:		Target date	:	
			Originator	:	
Corr. action desc.	:				