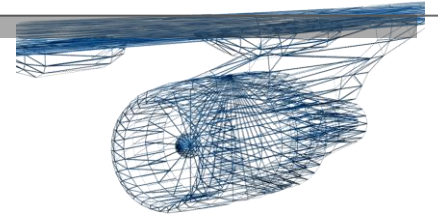


JUST CULTURE

**Kultura
sprawiedliwego traktowania**



Iwona Leszczyńska

Departament Techniki Lotniczej

Wydział Analiz, Standardów
i Dokumentacji Technicznej

tel. 22 520 73 74/ 608 001 324

ileszczynska@ulc.gov.pl



Plan prezentacji

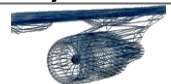
- Czym jest JUST CULTURE
- JUST CULTURE jako ważny element kultury bezpieczeństwa i kultury raportowania
- Korzyści płynące z ustanowienia i wdrożenia zasad JUST CULTURE w organizacji
- Przykłady polityki JUST CULTURE
- Kolejne kroki we wdrażaniu zasad sprawiedliwego traktowania
- JUST CULTURE w świetle wymagań
- Dlaczego warto...



Geneza Just Culture

Atmosfera zaufania, w której ludzie są zachęcani, a nawet nagradzani za dostarczanie informacji dotyczących bezpieczeństwa, ale w której również wiedzą dokładnie, **gdzie przebiega granica między zachowaniem akceptowalnym i niedopuszczalnym** (J. Reason)

- Prowadzi do ukrywania informacji
- Problemy są ignorowane lub bagatelizowane
- Brak analizy przyczyn i mechanizmów obronnych
- Ignoruje niebezpieczne działania podejmowane przez człowieka z pełną świadomością ryzyka
- Brak rozróżnienia między „niewinnymi” błędami a działaniami, które powinny być karane
- Sprawiedliwe zasady
- Problemy są dogłębnie analizowane w poszukiwaniu prawdziwych przyczyn
- Informacje o problemach z najlepszego źródła - system jest naprawiany i doskonałony



Rachunek „opłacalności”

CZEGO OCZEKUJEMY?

- Raportowanie zdarzeń, zagrożeń i błędów natychmiast po ich wystąpieniu lub zauważeniu
- Działanie w wyznaczonych granicach
- Wyciąganie wniosków z doświadczonych „lekcji”

CO DAJEMY W ZAMIAN?

- Jasne zasady, co wolno – czego nie wolno
- Sprawiedliwe i konsekwentne postępowanie wobec osób, które popełniły błąd
- Badanie zdarzeń - szukanie pierwotnych przyczyn
- Zajęcie się realnymi problemami w organizacji



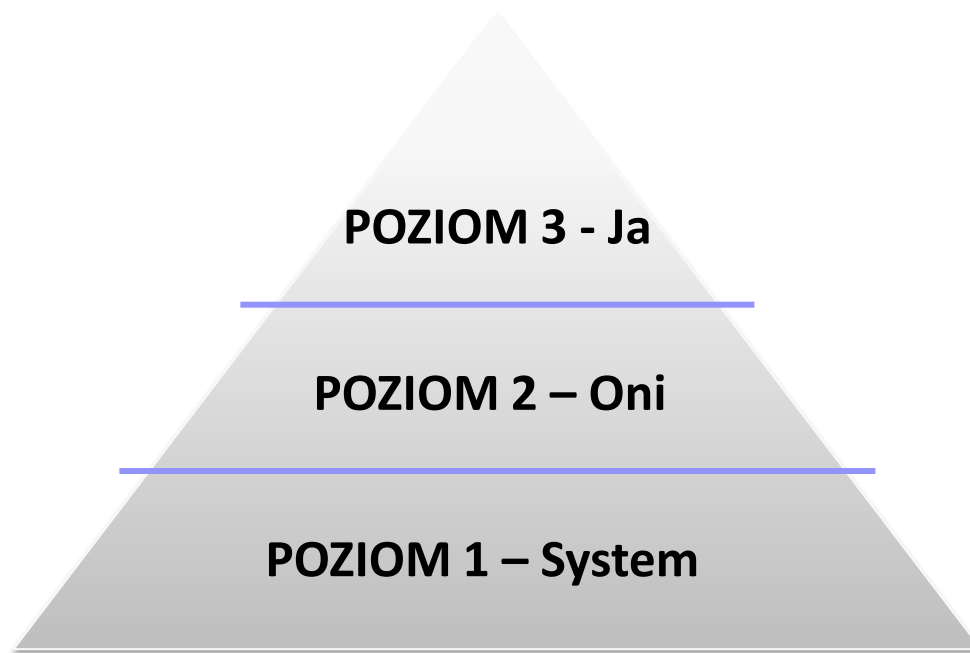
Dlaczego warto ustanowić Just Culture?

- Wewnętrzny system raportowania zacznie funkcjonować (ilość/ jakość raportów) – informacje o zagrożeniach „z pierwszej ręki”
- Katastrofy lotnicze i niegroźne zdarzenia mają te same przyczyny – warto je zbadać, zanim doprowadzą do tragedii
- Poprawa jakości i efektywności procesów – te same błędy systemowe, które przyczyniają się do wypadków, powodują koszty, problemy z jakością i wydajnością
- Wzrost zaufania wśród pracowników
- Korzyści dodatkowe: zewnętrzny/ wewnętrzny wizerunek organizacji, atmosfera pracy, otwarta komunikacja, motywacja i zaangażowanie pracowników
- Krok milowy w kierunku prawdziwej kultury bezpieczeństwa



Raporty - ilość czy jakość?

Jak mierzyć **jakość** raportów wpływających w ramach wewnętrznego systemu raportowania a tym samym dojrzałość kultury bezpieczeństwa w organizacji?



Kultura bezpieczeństwa w organizacji

KULTURA GENERATYWNA – bezpieczeństwo –
to właśnie to, co robimy na co dzień

KULTURA PROAKTYWNA – pracujemy nad
problemami, które ciągle znajdujemy

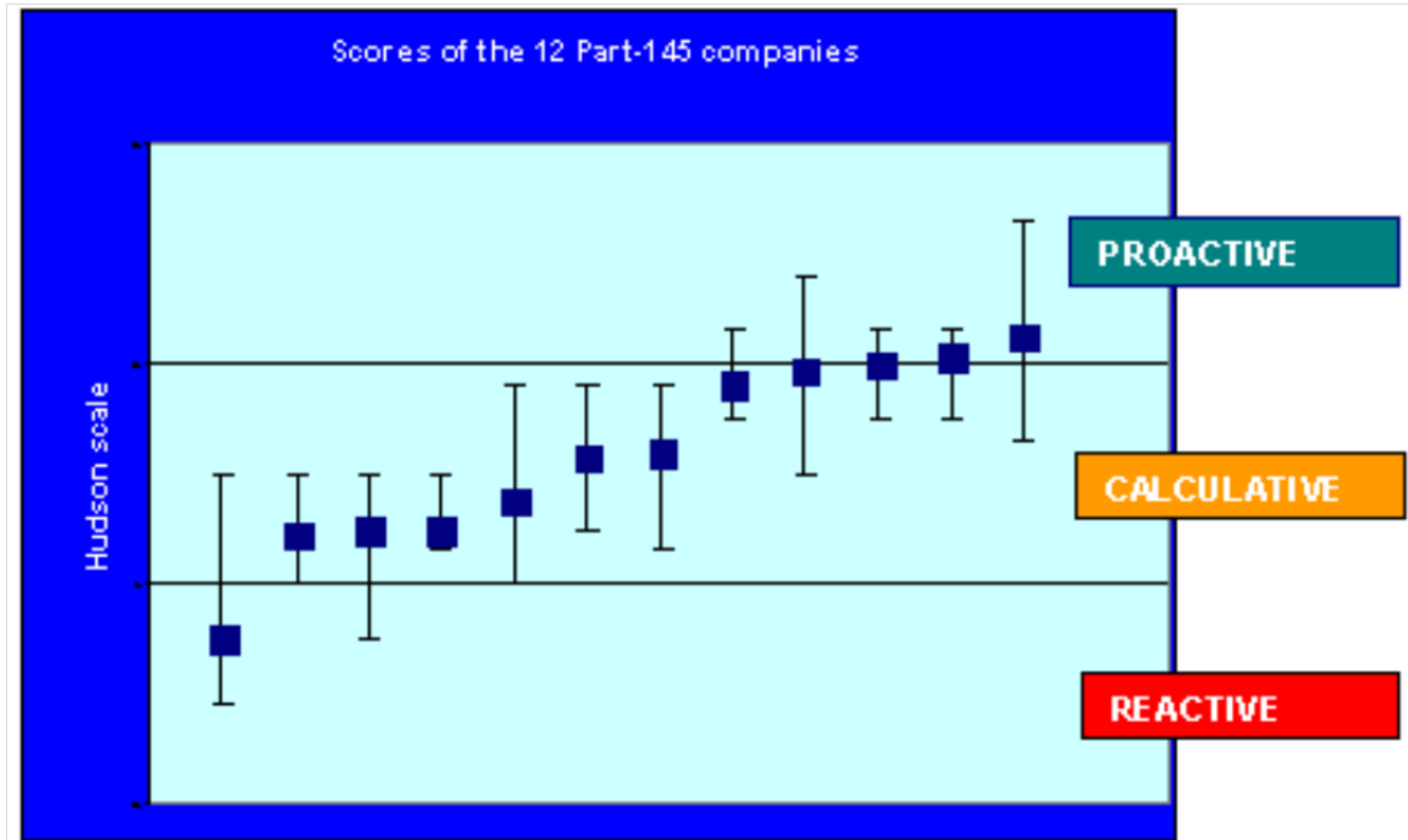
KULTURA KALKULATYWNA – mamy wdrożony
system, dzięki któremu kontrolujemy ryzyko
i zagrożenia

KULTURA REAKTYWNA – bezpieczeństwo
jest ważne i robimy wszystko, by działać
bezpiecznie

KULTURA PATOLOGICZNA – tak długo,
jak nic się nie wydarzy, jesteśmy
spokojni



Poziom kultury bezpieczeństwa w organizacjach AMO Part-145 (Holandia)



Patrick Hudson, Hok Goei - „Moving beyond compliance to performance-based regulatory oversight”



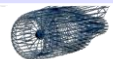
Kultura organizacji

Ukrywa
informacje

Ogranicza
dostęp do
informacji

Szanuje
informacje

	Patologiczna	Kalkulatywna	Generatywna
Informacje	ukrywane	ignorowane	poszukiwane
Raportujący	zastraszeni	tolerowani	szkoleni
Odpowiedzialność	Przemilczana (uchylanie się)	„na tablicy” lub „w ramce”	dzielona
Raportowanie	zniechęcanie do...	dozwolone	nagradzane
Problemy	zatuszowane	pobłażliwie traktowane	dogłębnie przeanalizowane
Nowe pomysły	zdławione	problematiczne	mile widziane
Efekty dla organizacji	skłócona, rozdarta organizacja	sztywna, biurokratyczna organizacja	godna zaufania organizacja



Kto ponosi odpowiedzialność za błędy?

	Patologiczna	Reaktywna	Kalkulatywna	Proaktywna	Generatywna
Winny	Winny człowiek, który popełnił błąd	Próba pozbycia się „szkodliwych” jednostek	Winę ponosi wadliwy system, ubogie standardy pracy, niekompetentni ludzie	Kierownictwo przygląda się całemu systemowi – procesom, procedurom szukając pierwotnych przyczyn	Określenie winy nie jest istotą problemu
Wypadki/ zdarzenia	Nieodłączny element działalności	Traktowane jako PECH	Próba ograniczenia ekspozycji na zagrożenia		Szerokie, wnikliwe spojrzenie na cały system, interakcje pomiędzy ludźmi a systemem
Odpowiedzialność	Człowiek, który popełnił błąd	Problemy spowodowane działaniami na niższym szczeblu organizacji	System	Część odpowiedzialności spoczywa na kierownictwie	Kierownictwo bierze odpowiedzialność – świadomość tego, że ich działania mogły zapobiec

Podstawowe założenia dla Just Culture

Błędy ludzkie są nieuniknione – system musi być nieustannie monitorowany i doskonalony, by uwzględnić to zagrożenie

Człowiek ponosi odpowiedzialność za swoje działania - o ile **świadomie** naruszył procedury bezpieczeństwa

Człowiek nie przyzna się do błędu w atmosferze **strachu i niepewności**

Podstawy dla ustanowienia Just Culture

- Udokumentowana polityka Just Culture
- Uzgodniona i zdefiniowana granica między zachowaniem akceptowalnym i niedopuszczalnym (specyfika organizacji, kultury kraju, branży)
- Ustanowiony i uzgodniony sposób postępowania odnośnie „szarej strefy” (personel, kierownictwo, związki zawodowe/ organizacje pracownicze)
- Rozpowszechnienie zasad w całej organizacji (szkolenia, biuletyny/ newslettery, spotkania)
- Ustanowienie systemu raportowania zgodnego z zasadami Just Culture lub dostosowanie istniejącego systemu
- Wdrożenie sprawiedliwego postępowania (kto ocenia, niezależność i obiektywizm rozstrzygających)
- Monitorowanie i eliminowanie wszelkich naruszeń obowiązujących zasad sprawiedliwości (np. kara za błąd ludzki, usprawiedliwienie wykroczenia)
- Działania po-raportowe ukierunkowane na zajęcie się nieprawidłowościami prowadzącymi do błędów



Just Culture – gdzie granica?

Kultura ZERO WINY

BŁĘDY LUDZKIE

- Pomyłki
- Potyczki
- Przeoczenia

JUST CULTURE

JUST CULTURE NARUSZENIA SPROWOKOWANE PRZEZ SYSTEM

- Sytuacyjne
- Rutynowe
- W drodze wyjątku
- Inne?

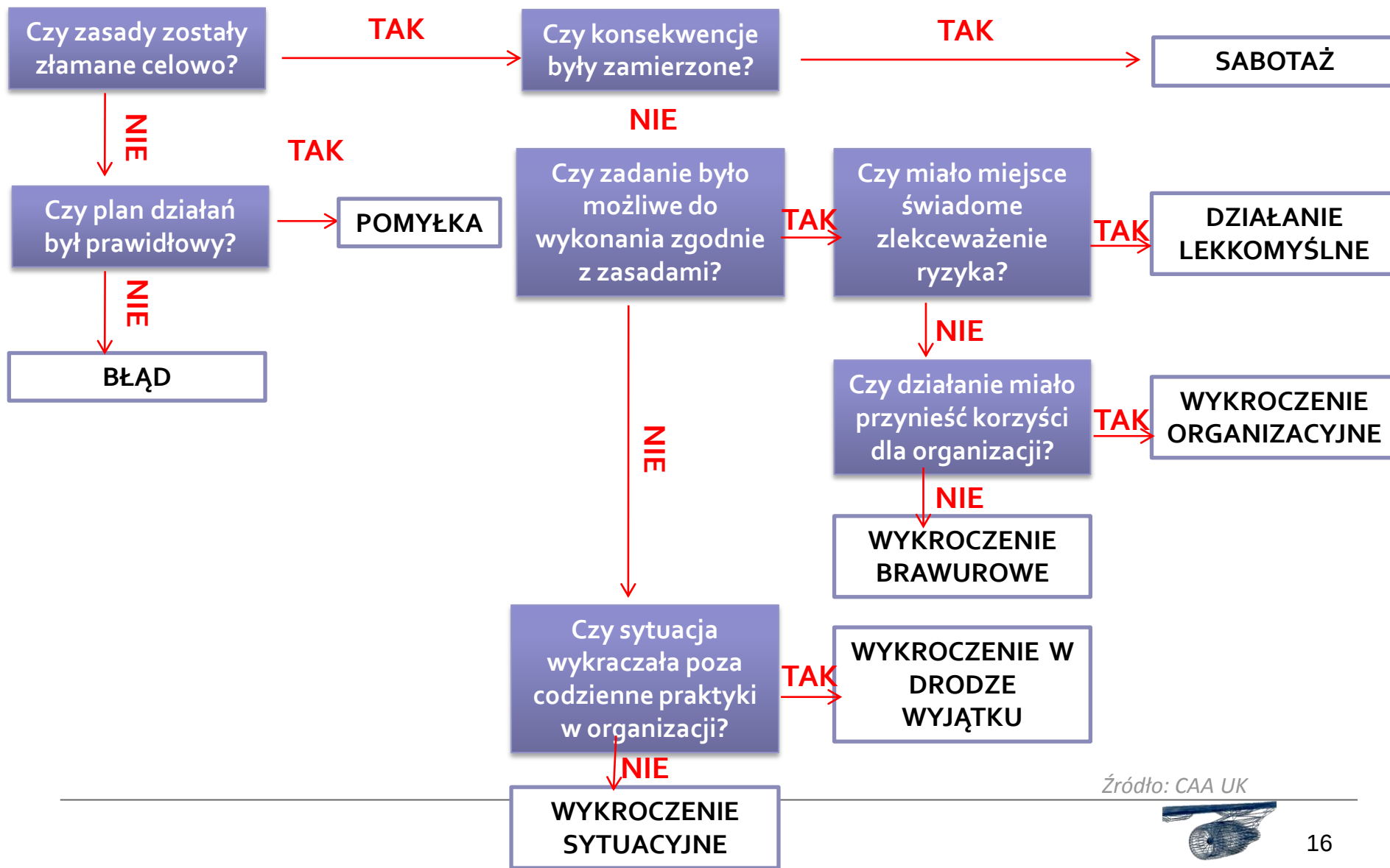
Kultura WINY

WYKROCZENIA

- Niedozwolone substancje
- Sabotaż
- Brawura
- Akty niedbalstwa



Dochodzenie - analiza błędu



Źródło: CAA UK



Ocena intencji/ winy osób zaangażowanych

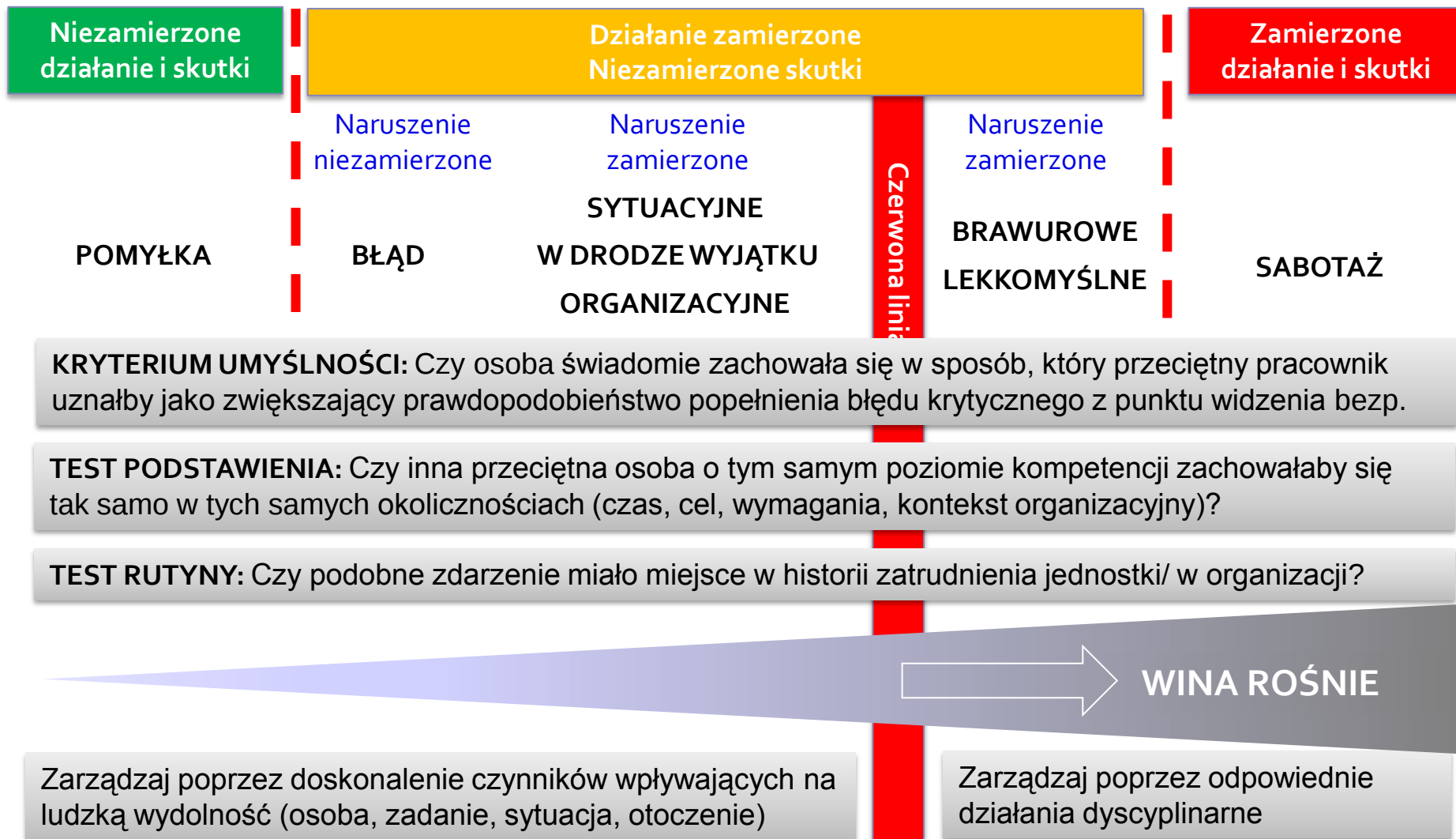
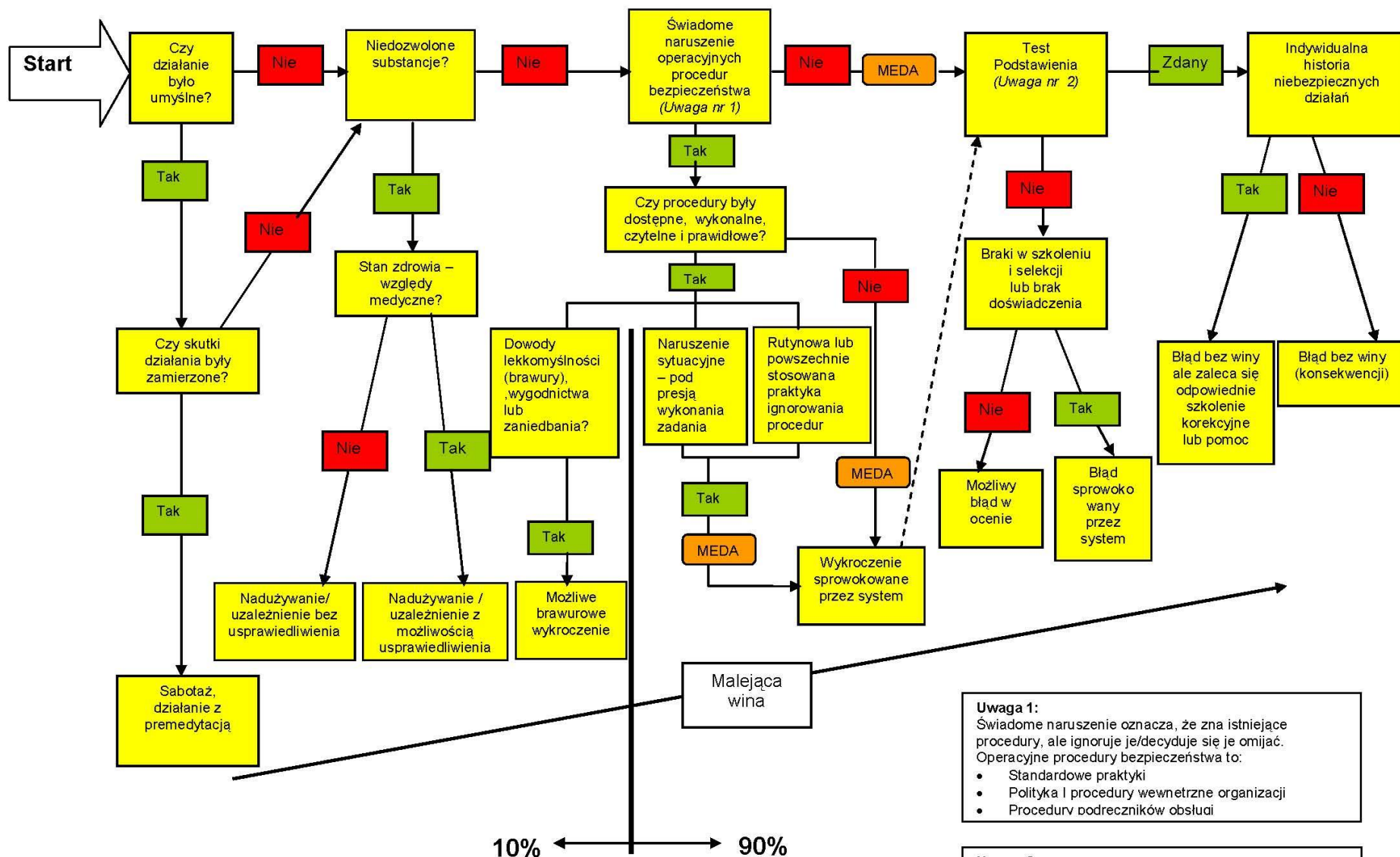


Diagram dyscyplinarny błędów obsługowych



Uwaga 1:
Świadome naruszenie oznacza, że zna istniejące procedury, ale ignoruje je/decyduje się je omijać. Operacyjne procedury bezpieczeństwa to:

- Standardowe praktyki
- Polityka i procedury wewnętrzne organizacji
- Procedur podręczników obsługi

Uwaga 2:
Pytanie do współpracowników: "Czy w podobnych okolicznościach mógłbyś popełnić taki sam lub podobny błąd?"

- Odpowiedź TAK – niesłuszne obwinianie
- Najlepsi ludzie popełniają najgorsze błędy

James Reason, Modified by Qantas Airways

	ZACHOWANIE	KROTKI OPIS ZACHOWANIA	SUGEROWANE DZIAŁANIA „DYSCYPLINARNE”
1	WOW! JESTEŚMY POD WRAŻENIEM	Wyjątkowo umiejętnie zajął się zagrożeniem bezpieczeństwa. Zabłysł w trudnej sytuacji.	Wyjątkowe zachowania są ważnym elementem Just Culture, ale trzeba ustalić CO dokładnie i JAK chcemy nagrodzić.
2	DOSKONALENIE SYSTEMU	Rozumiejąc dobrze, jak system działa, jest w stanie zaproponować udoskonalenia w systemie – dotyczące działalności operacyjnej i/lub bezpieczeństwa.	Zaprezentowano najwyższy poziom wiedzy i umiejętności. Warto nagłośnić i nagrodzić – nie tylko ze względu na jednostkę, ale jako dobry przykład do naśladowania dla innych.
3	NAUCZYCIEL SYSTEMU	Pomaga innym zrozumieć, jak system działa i jak lepiej sobie z nim radzić. Może to wynikać z własnych doświadczeń (np. błąd, incydent) lub zdarzeń w organizacji/branży.	Bycie nauczycielem, dzielenie się doświadczeniem w zakresie bezpieczeństwa, to nie tylko ogromny wkład w tworzenie kultury profesjonalizmu, ale również kultury bezpieczeństwa. Dlatego nauczycieli należy dostrzegać i nagradzać.
4	SYSTEM DZIAŁA	Dobrze radzi sobie w działającym systemie. Dobrze wie, co należy robić. Należy interweniować tylko wtedy, kiedy to jest konieczne.	Właściwe funkcjonowanie w systemie nie może być trywializowane. Zauważenie i docenienie tego pomaga ustanowić pożądane standardy pracy. Jeśli taka postawa nie będzie doceniana, ludzie będą postrzegać pracę w systemie jako nudną, nieciekawą i monotonną.
5	ZROBIŁEM TO? UPSSS...	Popelniono błąd. Może to być potyczka, niedopatrzenie, pomyłka – kiedy działanie jest nieumyślne, coś zostało niechcący przeoczone. Może to być błąd – zastosowano niewłaściwą procedurę (działanie świadome, ale przyjęto błędne założenia)	Zaleca się przeprowadzenie TESTU RUTYNY, żeby ustalić, co dalej: - zdarzyło się pierwszy raz - przydarzyło się tej samej osobie już wcześniej - każdy tak robi
6	CO TAKIEGO? PROCEDURY?	Zasady lub procedury nie były przestrzegane. Być może nie były znane, lub były niejasne, zbyt skomplikowane, by je właściwie zrozumieć.	Zaleca się przeprowadzenie TESTU RUTYNY, żeby ustalić, co dalej: - zdarzyło się pierwszy raz - przydarzyło się tej samej osobie już wcześniej - każdy tak robi
7	SAM WIEM LEPIEJ	Mimo, że procedura jest znana i wykonalna, decyduje, że nie zastosuje jej. Decyzja może być podyktowana interesem firmy, klienta lub jako „optymalizacja” pracy własnej.	Zaleca się przeprowadzenie TESTU RUTYNY, żeby ustalić, co dalej: - zdarzyło się pierwszy raz - przydarzyło się tej samej osobie już wcześniej - każdy tak robi
8		Wiedomo, że procedura została świadomie naruszona	Takie sytuacje powinny być załatwiane w sposób

http://www.skybrary.aero/index.php/Toolkit:Safety_and_Justice

lekkomyślność.

PODSTAWIENIA.

http://www.skybrary.aero/index.php/Toolkit:Safety_and_Justice



Poziom winy	Rodzaj uchybienia	Opis/ przykład	Sugerowane działania dyscyplinarne
Najwyższy poziom winy	Działanie z premedytacją	Działanie wykonywane z intencją spowodowania wypadku / zranienia ludzi.	Akt kryminalny – muszą być podjęte działania. (Cofnięcie upoważnienia / Natychmiastowe zwolnienie/ Postępowanie karne)
	Działanie ze świadomością konsekwencji	Działanie, podczas którego popełniono błąd – osoba jest świadoma tego błędu. Osoba jest również świadoma, że jej działanie może prowadzić do wypadku (jest to prawdopodobne).	Działania muszą być podjęte. (Cofnięcie upoważnienia/ możliwe zwolnienie lub zawieszenie)
	Działanie pod wpływem narkotyków lub alkoholu	Każde działanie, które prowadzi do wypadku, podczas gdy osoba jest pod wpływem alkoholu lub narkotyków.	Polityka musi jasno określać, że jest to zachowanie niedopuszczalne. Muszą być podjęte działania dyscyplinarne. (Zawieszenie upoważnienia/ zwolnienie lub degradacja zawodowa)
	Działanie lekkomyślne	Działanie wykonywane ze świadomym zlekceważeniem ryzyka, że może ono poważnie i w nieusprawiedliwiony sposób zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia wypadku.	Muszą być podjęte działania dyscyplinarne. (Zawieszenie upoważnienia/ degradacja zawodowa lub ostateczne upomnienie)
	Wielokrotne zaniedbania (niedbalstwo)	Kumulacja działań o charakterze zaniedbania lub akt niedbalstwa, który kreuje więcej możliwości wystąpienia wypadku.	Muszą być podjęte działania dyscyplinarne. (Upoważnienie może być zawieszone/ upomnienie/ możliwa degradacja)
	Niedbalstwo	Sytuacja, kiedy osoba powinna była zdawać sobie sprawę, że jej działania mogą poważnie i w nieusprawiedliwiony sposób zwiększyć ryzyko wystąpienia wypadku.	Okoliczności mogą ale nie muszą wymagać podjęcia działań dyscyplinarnych. (Pouczenie / Upomnienie)
	Odmowa udziału w dochodzeniu (badanie zdarzeń/ błędów).	Kiedy odmowa udziału w dochodzeniu wynika z powodów, które mogłyby wskazać, że czyn był w kategorii wyższego poziomu winy.	Jeśli jest dowiedzione, że miała miejsce próba zatuszowania faktów, muszą być podjęte działania dyscyplinarne. (Formalne upomnienie)
	Błąd	Kiedy doszło do aktywnego błędu, który został popełniony na skutek nieprzestrzegania procedur przez jednostkę. Również w sytuacji, kiedy błędnie napisana procedura doprowadziła do popełnienia błędu.	(Pouczenie wszystkich - jeśli występują podobne błędy) Jeśli procedura była nieprawidłowa – żadne działania dyscyplinarne nie będą podejmowane. Procedura musi być poprawiona.
Najniższy poziom winy	Pomyłka (potyczka, niedopatrzenie)	Błąd w rozpoznaniu (świadomość sytuacyjna), związany z pamięcią lub uwagą – na przykład na skutek zmęczenia.	Działania dyscyplinarne nie będą podejmowane.
	Brak uchybienia	Zauważenie i określenie uśpionego błędu (w systemie) i powiadomienie o tym, zanim doprowadzi on do błędu.	(Pochwała/ nagroda dla raportującego)

Polityka dyscyplinarna - przykład

Typ zachowania	Wyjątkowe zachowanie	Spodziewane zachowanie	Nieumyślne działanie, błąd	Naruszenia rutynowe	Naruszenia sytuacyjne	Naruszenia organizacyjne	Naruszenia osobiste	Umyślne działanie na szkodę Ośrodka
Zachowanie osoby START>	Czy osoba oprócz spełniania standardów aktywnie wpływa na rozwój Ośrodka?	Czy wszystkie standardy były przestrzegane?	Czy osoba uważała, że wykonuje wszystko poprawnie, zgodnie ze standardami?	1. Czy inne osoby analogicznie nie wykonywały (by) tej czynności zgodnie ze standardami? (test podstawienia) 2. Czy osoba posiada indywidualną historię podobnych naruszeń standardów?	Czy osoba uważała, że standardy uniemożliwiają wykonanie zadania i wykonała je wedle własnego uznania?	Czy osoba uważała, że wykonanie czynności w sposób niezgodny ze standardami przyniesie firmie lub innym korzyść, podnieśli sprawność lub wyniki Ośrodka?	Czy osoba wykonała czynności w ten sposób dla ułatwienia sobie wykonania zadania? (test podstawienia)	Czy osoba celowo nie wykonała czynności zgodnie ze standardami, nie zważając na skutki swojego postępowania?
	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK
Konsekwencje dla tej osoby	-publiczna pochwała, - nagroda, - wpisanie do akt, - pomoc w rozwoju zawodowym np. poprzez dodatkowe szkolenia podnoszące kwalifikacje,	- uznanie przełożonego, - brak konieczności podejmowania dodatkowych działań,	- czy zdarza się to często? Jeśli tak - „naruszenia rutynowe”, - szkolenie z czynnika ludzkiego, ograniczania błędów i pomyłek, - szkolenie odświeżające z obowiązujących procedur i instrukcji,	1. Cały zespół otrzymuje szkolenie z zakresu i celowości wykonywania pełnych procedur, skutków ich skracania, ograniczania błędów i pomyłek. 2. Jeżeli inne osoby w podobnej sytuacji nie popełniają takich błędów - ocena posiadanych kompetencji w stosunku do wykonywanych zadań – przeprowadzić szkolenia uzupełniające lub zmienić zadania,	- szkolenie o konieczności zgłaszania nieprawidłowości czy niejasności w procedurach i konieczności przerwania zadania do czasu ich poprawienia lub ustania okoliczności uniemożliwiających bezpieczne wykonanie,	- szkolenie ze standardów i polityki bezpieczeństwa obowiązujących w Ośrodku, - szkolenie o konieczności zgłaszania nieprawidłowości czy niejasności w procedurach i konieczności przerwania zadania do czasu ich poprawienia lub ustania okoliczności uniemożliwiających bezpieczne wykonanie,	- użyć środków dyscyplinujących zgodnie z dokumentami regulaminowymi Politechniki Rzeszowskiej, - jeżeli sytuacja się powtarza rozważyć zawieszenie do czasu spełnienia określonych warunków,	- użyć środków dyscyplinujących zgodnie z dokumentami regulaminowymi Politechniki Rzeszowskiej, - za świadome i celowe działanie rozważyć zwolnienie lub odstąpienie od dalszego szkolenia, - rozważyć przeniesienie na mniej odpowiedzialne stanowisko,

Konsekwencje dla przełożonego



Polityka dyscyplinarna – przykład

Typ zachowania	Wyjątkowe zachowanie	Spodziewane zachowanie	Nieumyślne działanie, błąd	Naruszenia rutynowe	Naruszenia sytuacyjne	Naruszenia organizacyjne	Naruszenia osobiste	Umyślne działanie na szkodę Ośrodka
Zachowanie przełożonego START>	Czy wpływ na postępowanie podwładnego miała również pozytywna postawa przełożonego?	Czy przełożony dał dobry przykład postępując zgodnie ze standardami?	Czy przełożony myślał, że zadanie zostało w całości wykonane poprawnie, zgodnie ze standardami?	Czy przełożony przeważnie upewniał się, że zadanie jest wykonywane w sposób poprawny i zgodny z obowiązującymi procedurami?	Czy przełożony wiedział, że procedura uniemożliwia wykonanie zadania i czy zareagował na to poprawnie?	Czy przełożony akceptował nieprawidłowe wykonanie procedury myśląc, że to przyniesie korzyść dla Ośrodka lub innym, podniesie wyniki lub sprawność?	Czy przełożony w tym i temu podobnych przypadkach spowodował odstępstwo / takie zachowanie?	Czy przełożony zbagatelizował wykonane błędnie i bezmyślnie zadanie?
	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE	TAK
Konsekwencje dla przełożonego	- publiczne pochwała, - nagroda, - wpisanie do akt, - pomoc w rozwoju zawodowym np. poprzez dodatkowe szkolenia podnoszące kwalifikacje,	- uznanie przełożonego wyższego szczebla, - brak konieczności podejmowania dodatkowych działań,	- czy to zdarza się często? Jeśli tak - „naruszenia rutynowe” - szkolenie z czynnika ludzkiego, wykrywania i ograniczania błędów pomyłek, - szkolenie odświeżające z obowiązujących standardów,	1. – szkolenie z monitorowania poprawności wykonywania procedur oraz ich egzekwowania - szkolenie z zarządzania bezpieczeństwem w dziale, 2. Szkolenie z zakresu oceny kompetencji i delegowania zadań podwładnym.	- szkolenie z monitorowania poprawności wykonywania procedur oraz ich egzekwowania - szkolenie z kierowania i zarządzania bezpieczeństwem w dziale, - w przypadku powtarzania się zdarzenia możliwy wpis do akt z powodu braku odpowiedniej postawy przy zapewnianiu zgodności wykonywania zadań z obowiązującymi standardami	- szkolenie ze standardów i polityki bezpieczeństwa obowiązujących w Ośrodku, odpowiedzialności kierowania w zarządzaniu bezpieczeństwem w dziale, - możliwe użycie środków dyscyplinujących zgodnie z dokumentami regulaminowymi Politechniki Rzeszowskiej, - w przypadku powtarzania się zdarzenia możliwy wpis do akt za brak odpowiedniego nadzoru	- użycie środków dyscyplinujących zgodnie z dokumentami regulaminowymi Politechniki Rzeszowskiej, - szkolenie z zapobiegania takim zdarzeniom,	- użycie środków dyscyplinujących zgodnie z dokumentami regulaminowymi Politechniki Rzeszowskiej, - rozważyć usunięcie z funkcji kierowniczej,



Wdrożenie JUST CULTURE

1. Aspekty prawne
2. Polityka/ procedury raportowania (struktura, przepływ informacji, zasady poufności/anonimowości)
3. Metoda raportowania
4. Określenie funkcji, zakresów odpowiedzialności, zadań i ram czasowych
5. Opracowanie formularza raportu
6. Opracowanie szablonu informacji zwrotnej dla raportujących
7. Plan szkolenia personelu i wdrożenia systemu
8. Rozwijanie i podtrzymywanie „właściwej” kultury organizacyjnej



JUST CULTURE – aspekty prawne

Aby ograniczyć „przeszkody prawne” w raportowaniu, należałoby rozważyć wprowadzenie :

- Zwolnienie z odpowiedzialności postępowania dyscyplinarnego (opcjonalnie – w uzasadnionych przypadkach)
- Podstawy prawne wspierające raportowanie zdarzeń

Warto:

- Przeanalizować obecny system – czy wymaga zmiany?
- Przedyskutować możliwość zmian z prawnikami/ doradcami
- Przedyskutować z personelem, jakie zmiany poprawiłyby raportowanie zdarzeń

Potencjalne problemy:

Dla wielu organizacji zmiana regulacji będzie największym wyzwaniem w tworzeniu Just Culture



JUST CULTURE – polityka i procedury

Warto rozważyć:

- Poufność lub de-identyfikację raportów
- Oddzielenie komórki odpowiedzialnej za zbieranie i analizę raportów – od komórki prowadzącej postępowanie dyscyplinarne i wdrażającej sankcje
- Odpowiedni poziom niezależności osób zarządzających systemem
- „Ratyfikację” ustaleń dyscyplinarnych przez niezależną komórkę, przed ich zastosowaniem – w celu potwierdzenia zgodności z Just Culture i obiektywizmu rozstrzygających

Potencjalne problemy:

Przekonanie kierownictwa organizacji do potrzeby wdrożenia Just Culture i przeznaczenia odpowiednich zasobów na ten cel



JUST CULTURE – metoda raportowania

Warto wziąć pod uwagę:

- Sprawne, użyteczne, dostępne i zrozumiałe informacje zwrotne dla raportujących
- Łatwość sporządzenia raportu
- Jasne i jednoznaczne wskazówki dotyczące dostępu do narzędzia i całego systemu
- Profesjonalne prowadzenie dochodzenia i rozpowszechniania informacji

Należy ustalić:

- Dobrowolny/ obowiązkowy system
- Anonimowy / poufny / otwarty system raportowania
- Procedura postępowania w celu ustalenia winy oraz podejmowanych działań
- Kto będzie rozstrzygał o winie (np. zespół złożony z przedstawicieli komórki bezpieczeństwa, HR, obszarów operacyjnych, kierownictwa, pracowników)
- Czy raporty będą dalej badane – które? (najpoważniejsze/ największy potencjał uczenia się) – jak? (rozmowa w cztery oczy/ rozmowa ze współpracownikami/ MEDA)
- Kto będzie prowadził dochodzenie?

Przygotuj wstępne założenia i plan wdrożenia – przedyskutuj je w wąskim gronie przedstawicieli obszarów operacyjnych



JUST CULTURE – metoda raportowania

Warto wziąć pod uwagę:

- Sprawne, użyteczne, dostępne i zrozumiałe informacje zwrotne dla raportujących
- Łatwość sporządzenia raportu
- Jasne i jednoznaczne wskazówki dotyczące dostępu do narzędzia i całego systemu
- Profesjonalne prowadzenie dochodzenia i rozpowszechniania informacji

Należy ustalić:

- Dobrowolny/ obowiązkowy system
- Anonimowy / poufny / otwarty system raportowania
- Procedura postępowania w celu ustalenia winy oraz podejmowanych działań
- Kto będzie rozstrzygał o winie (np. zespół złożony z przedstawicieli komórki bezpieczeństwa, HR, obszarów operacyjnych, kierownictwa, pracowników)
- Czy raporty będą dalej badane – które? (najpoważniejsze/ największy potencjał uczenia się) – jak? (rozmowa w cztery oczy/ rozmowa ze współpracownikami/ MEDA)
- Kto będzie prowadził dochodzenie?

Przygotuj wstępne założenia i plan wdrożenia – przedyskutuj je w wąskim gronie przedstawicieli obszarów operacyjnych



JUST CULTURE – metoda raportowania



Potencjalne problemy:

- Trudno określić, który system i jaka metoda raportowania będą najlepsze dla danej organizacji – można podejść do tego elastycznie;
- Można spróbować określić potrzeby przeprowadzając ankietę wśród pracowników (poczucie wpływu - gwarancja akceptacji)
- Pracownicy mogą nie ujawniać swoich danych (poufny/ anonimowy system) lub zastrzec sobie prawo do nie-badania zdarzenia, co uniemożliwi dalsze badanie (należy dobrze przemyśleć koncepcję)
- System musi być klarowny, zrozumiały, nie budzący żadnych wątpliwości – tylko wtedy zadziała (nieufność).



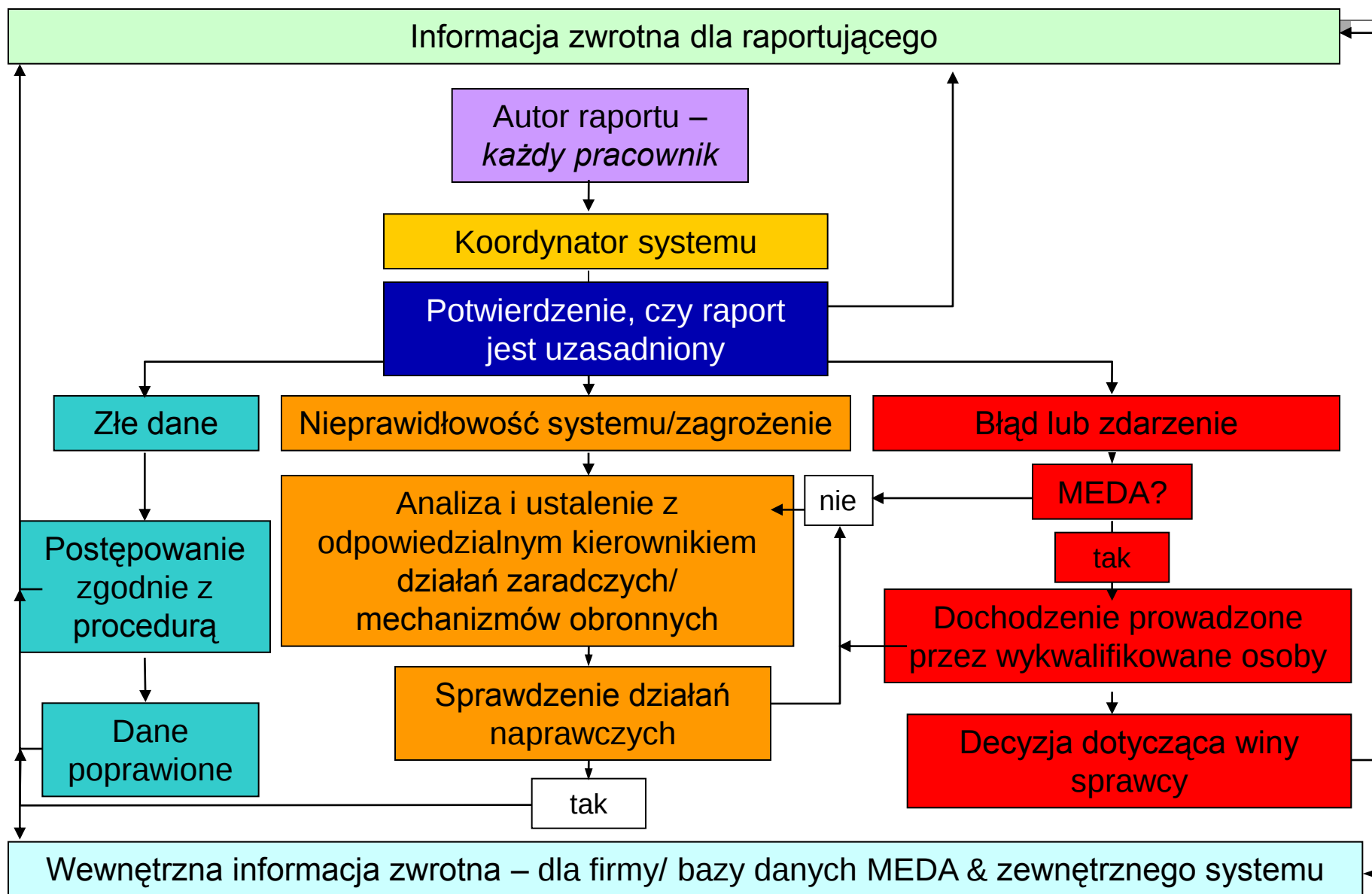
JUST CULTURE – role, odpowiedzialność, zadania

Zasoby ludzkie:

- Wybór „orędownika systemu”, który:
 - Przeszkoli użytkowników,
 - Będzie promował system i bronił go
 - Zagwarantuje anonimowość w konfrontacji z naciskami kierownictwa lub zewnętrzną presją,
 - Zbiera i analizuje raporty
 - Decyduje, który departament będzie zaangażowany w postępowanie dyscyplinarne (podejmowanie decyzji)
 - Przygotuje i rozpowszechni informacje zwrotne
 - Rozwinie system zbierania danych i będzie nim zarządzał
 - Będzie cieszył się zaufaniem personelu



Obieg informacji w systemie raportowania



JUST CULTURE – narzędzie raportowania

Formularz raportu nie powinien zniechęcać do raportowania, pytania powinny być zrozumiałe i dość precyzyjne.

Należy ustalić:

- Jakie informacje chcemy zbierać
- Co chcemy robić z tymi informacjami
- W jakiej formie informacje mają być przekazywane
- Jakie zasoby są potrzebne do „obróbki” informacji (ludzie, koszty)
- Czy/ w jaki sposób formularz raportu będzie zintegrowany z obecnym systemem raportowania

Potencjalne problemy:

- Zdarza się, że zbieranych jest zbyt wiele informacji lub niewłaściwe informacje. Pytania w formularzu powinny być proste, ale na tyle szczegółowe, by można było na ich podstawie przeprowadzić użyteczną analizę.



Jak raportować?

5 minut dla bezpieczeństwa

System powiadamiania



Zauważyłeś usterkę na sprzęcie lotniczym lub złą organizację operacji lotniczych – poinformuj nas o tym!

Wypełnij Formularz PZL Safety Alert (załącznik 2 do KJ-15) i dostarcz do nas poprzez:

Email: aviationsafety@pzmielec.com.pl

Żółte skrzynki znajdujące się na terenie hangaru H-21A i w budynku H-30 (OSL)

SMS



lub zadzwoń bezpośrednio do Działu DTB:
17 743 1023

Na każde zgłoszenie otrzymasz odpowiedź.

Pamiętaj – bezpieczeństwo lotnicze sprzętu i ludzi zależy od Nas wszystkich!

Dział DTB	Kontakt	Data
	Tel. 17 743 1023	14.04.2015

PZL SAFETY ALERT

 A Sikorsky Company	Part Number /Nr części:		Part Serial Number /Nr seryjny części:	
	Part Name /Nazwa części:			Part Total Time /Całk. czas części:
	Related Documents (Photos, Drawings, Data, Etc.) Dokumenty powiązane (Zdjęcia, Rysunki, itp.)			
	ATTACHED Załącznik:	☐ YES /TAK: ☐ NO /NIE		
Parts: ☐ Part(s) that may have been accepted w/non-conformances whether or not they affect critical characteristic(s) / Część(i), które mogą zostać przyjęte z niezgodnościami bez względu na to czy miały wpływ na cechy krytyczne. ☐ Significant issue detected during the manufacturing, processing, assembly, acceptance test, service or rework of a Part(s), e.g. cracking, fracture, NDI indications, metallurgical or chemical non-conformance. / Znaczący problem wykryty podczas procesu produkcji, obróbki, montażu, testów odbiorczych, serwisowania lub przeróbek Części, np. pęknięcia, złamanie, wskazania NDI, niezgodności metalurgiczne czy chemiczne. ☐ Deviations to Part(s) Planning or unusually high scrap rate regardless of cause or other potential safety issue(s) / Odchylenia Planowania Części lub niezwykłe wysokiego poziomu odpadów wybrakowanych bez względu na przyczynę lub inne potencjalne sprawy bezpieczeństwa		Model Family /Grupa modeli:		Model /Model:
A/C Operator /Użytkownik SP:		A/C Serial Number /Nr seryjny SP:		
Submitted By /Wnioskodawca:		A/C Total Time /Całk. na lot SP:		
Date Submitted /Data przesłania:		Submitter Phone /Nr telefonu wnioskodawcy:		
Supplier POC /Dostawca POC:		Supplier /Dostawca:		
Email Address /Adres e-mail:		A/C Location /Lokalizacja SP:		
DESCRIPTION OF THE POTENTIAL PRODUCT SAFETY CONCERN / Opis potencjalnego zagrożenia dla bezpieczeństwa produktu:				



Zmęczenie

JUST CULTURE – szablon informacji zwrotnej

Należy ustalić:

- Jaki rodzaj informacji zwrotnej chcemy rozpowszechniać (streszczenie, raport, studium przypadku, punkt zapalny, informacje dotyczące czynnika ludzkiego)
- Jak będziemy rozpowszechniać informacje zwrotne (np. newsletter)
- Kto będzie zaangażowany w te działania (napisanie, edycja, poparcie kierownictwa dla planu działań naprawczych)
- Jak często będziemy rozpowszechniać informacje
- Tytuł, układ, format informacji

Potencjalne problemy:

- Newsletter może nie być czytany. Należy zastanowić się, co zainteresuje potencjalnych czytelników (np. przytoczyć ciekawe przykłady bliskie codziennej pracy). Czasem trzeba zmienić style, układ graficzny, żeby przyciągnąć uwagę)



JUST CULTURE – plan szkolenia i wdrożenia

Potencjalni użytkownicy muszą wiedzieć o zasadach raportowania i zasadach JC oraz jak wysłać raport. Potrzebne jest intensywne szkolenie na wstępie oraz szkolenia odświeżające. Niezbędne widoczne poparcie kierownictwa.

Ważne elementy:

- Opracuj broszurę informacyjną wyjaśniającą zmiany w systemie
- Przedstaw personelowi planowane zmiany - wyjaśnij, jak koresponduję z obecnym systemem
- Przeszkolenie „orędownika” lub zespołu odpowiedzialnego za system (focal point)
- Kampania promująca raportowanie
- Miejsce dla raportowania/ JC podczas szkoleń z bezpieczeństwa
- Wykorzystaj pocztę, intranet do komunikacji – przekazuj nowe informacje, gratuluj użytkownikom
- Zaprojektuj plakaty promujące i opisujące system graficznie



JUST CULTURE – zarządzanie właściwą kulturą

„Zarządzanie” motywacją personelu do raportowania oraz wzajemnym zaufaniem personelu i kierownictwa. Reagowanie na naruszenia zasad JC.

Ważne elementy:

- Widoczność systemu (szkolenia, plakaty, e-maile, newsletter)
- Zarządzanie głosem personelu – zapewnienie, że raporty są wykorzystywane do wyrażenia zdania pracowników, a nie jako narzędzie promowania aktualnych priorytetów kierownictwa
- Publikowanie wskaźników dotyczących używania systemu w poszczególnych obszarach/ komórkach firmy – jako element motywacyjny – ostrożnie, odpowiedni komentarz!
- Wpływanie na postawy i zachowania personelu – nacisk na pozytywne rezultaty zgłaszanych zdarzeń (wnioski – działania)
- Zaangażowanie kierownictwa – przykład, wsparcie, wspólne rozwiązywanie problemów
- Zaangażowanie pracowników w podejmowanie decyzji, rozwiązywanie problemów



System wewnętrznego raportowania w świetle wymagań

- Celem zgłaszania zdarzeń lotniczych jest ustalenie przyczyn błędów oraz zabezpieczenie systemu przed ich powtarzaniem
- Swobodne, szczere zgłaszanie wszystkich zdarzeń, które **mogą (potencjalnie)** wpłynąć na bezpieczeństwo
- Zachęcanie personelu do raportowania
- Wprowadzenie zasad sprawiedliwości - **just culture**
- Personel nie może być **nieodpowiednio** karany za raportowanie
- Zapewnienie obiegu informacji (**informacje zwrotne**)
- System wewnętrzny, zamknięty, zapewniający podjęcie działań dotyczących **zagrożeń** bezpieczeństwa
- Do obowiązków wszystkich pracowników organizacji należy zgłaszanie **zdarzeń, błędów, odstępstw od procedur, zagrożeń** za pośrednictwem wewnętrznego systemu zgłaszania zdarzeń



NPA AMC 145.A.62

Wewnętrzny system raportowania

The internal safety reporting scheme should be confidential and enable free and frank reporting of any potentially safety related occurrence, including incidents such as errors or near-misses, safety issues, and hazards identified. **This will be facilitated by the establishment of a just culture.** An organisation should ensure that personnel are not inappropriately punished for reporting or cooperating with occurrence investigations.

- (a) The **internal safety reporting scheme** should contain the following elements:
- (1) clearly identified aims and objectives with demonstrable corporate commitment;
 - (2) **a just culture policy and process identified and published**;
 - (3) an investigation process to:
 - (i) identify those reports which require further investigation; and
 - (ii) establish all root causes, including any technical, organisational, managerial, or human factors issues, and any other contributing factors relating to the event;
 - (4) appropriate corrective actions based on investigation findings;
 - (5) for complex organisations:
 - (i) investigators selected and trained on a recurrent basis; and
 - (ii) analysis of the collective data showing contributing factor trends and frequencies; and
 - (6) where relevant, the operator and the organisation should cooperate on occurrence investigations by exchanging relevant information for improved aviation safety.



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013

W trakcie lotu z Londynu do Oslo, kilka minut po starcie z lotniska Heathrow, z samolotu Airbus A319 British Airways oderwały się osłony obu silników, doszło do wycieku paliwa, w prawym silniku pojawił się ogień. Oba silniki uległy poważnemu uszkodzeniu.



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013



Główną przyczyną incydentu było niezablokowanie pokryw osłon silników po wykonywanym nocą przed lotem przeglądzie tygodniowym



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013

- Czytając raport AAIB nasuwa się niepokojąca refleksja:
 - **To mogło przytrafić się każdemu...**
 - Skoro pracuję w podobnych warunkach (nałożenie prac, presja, pośpiech, zmęczenie, problemy logistyczne, organizacyjne) – **błąd jest kwestią czasu...**
- Raport pokazuje, jak rutynowe, codzienne czynności, wykonywane niemal na pamięć, ale z dobrą intencją oddania samolotów na czas, w warunkach złego zorganizowania systemu i zwykłego ludzkiego zmęczenia, mogą skutkować błędem ludzkim o poważnych konsekwencjach.
- Dogłębna analiza tego zdarzenia pozwala zrozumieć, jak wiele czynników organizacyjnych decyduje o tym, czy człowiek popełni błąd... Gdyby problemy były zgłoszone wcześniej prawdopodobnie nie doszłoby do incydentu.



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013

- Mechanicy (2 osoby) wykonywali na samolocie G-EUOE przegląd „weekly”, który obejmował m.in. sprawdzenie poziomu oleju w instalacji IDG (Integrated Drive Generator). Stwierdzili, że olej wymaga uzupełnienia, musieli więc udać się do oddalonego o kilka minut drogi magazynu, żeby pobrać olej i pistolet.
- Ponieważ nie był to jedyny samolot, na którym wykonywali taki przegląd, wizytę w magazynie odłożyli na później, z zamiarem powrotu i dokończenia prac – zakodowanych mentalnie jako „IDG on the weekly” - bez powiązania z egzemplarzem samolotu czy nr stanowiska.



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013

- AMM instruował, by zaczepy zamków były rozłączone, pozwalając zamkom wystawać poniżej pokrywy i pozostawać widocznymi. Mechanicy świadomie schowali zaczepy, żeby pokrywy nie wystawały za bardzo poniżej osłony i nie przeszkadzały. Odeszli od procedur AMM na rzecz większej wydajności. Okazało się, że było to **rutynowe naruszenie** w organizacji.
- Podczas inspekcji przed lotem ani kierowca pojazdu holującego, ani drugi pilot nie zauważyli, że pokrywy są niezamknięte:
 - Projekt SP (zamki umieszczone na spodzie osłony silnika) – wiele incydentów na Airbusach wskazuje, że mechanizmy obronne zaprojektowane przez Właściciela Certyfikatu Typu są tylko częściowo skuteczne;
 - Zbrakowana farba na zamkach (wg SB powinny być pomalowane jaskrawym kolorem, żeby zwracać uwagę, kiedy są niezamknięte)



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013



(a) Latch locked, cowling locked.



(b) Latch unlocked, latch handle hook engaged. Cowling locked only by hook pre-load.



(c) Latch unlocked, latch handle hook disengaged. Cowling not locked.



(d) Cowls open on hold open device, latch handle hook disengaged. Cowling not locked.



(e) Cowls open on hold open device, latch handle hook engaged. Cowling not locked.



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013

- Wracając z magazynu oddzielnymi samochodami, mechanicy pomylili stanowiska postojowe (podobna konfiguracja - oba podwójne) i zatrzymali się przy samolocie G-EUXI (na którym również wykonywali przegląd „weekly” tej nocy) w przeświadczeniu, że jest to G-EUOE (**błąd zamiany statków powietrznych** – powszechny w branży, ale nieraportowany).
- Zdziwieni faktem, że osłony na samolocie są zamknięte, a poziom oleju w normie wytłumaczyli to przypuszczeniem, że inny zespół pracował na SP, a olej spłynął do zbiornika (**błąd confirmacji** – oczekiwania zmieniają percepcję rzeczywistości)
- Brak możliwości wykrycia błędu przez inny zespół – ci sami mechanicy wykonywali przegląd na obu samolotach
- Brak możliwości wychwycenia błędu przy wypełnianiu PDT-a, jako, że dokumentacja samolotów była fizycznie poza kokpitem.



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013

- Błąd zamiany statków powietrznych - nieraportowany
- Rutynowe naruszenia AMM w kwestii nie-zamykania osłon silników dla wygody – nieraportowane
- Kultura raportowania w organizacji
- Kultura bezpieczeństwa w organizacji
- System prowadzenia zapisów z obsługi „na odległość”
- Obciążenie pracą/ zmęczenie/ zakłócenie rytmu dobowego
- Planowanie prac obsługowych wg stanowisk – częste zmiany konfiguracji samolotów – poleganie na własnej organizacji i optymalizacji pracy, notatkach na dokumentacji obsługowej
- Oznakowanie stanowisk na lotnisku oraz rozmieszczenie znaków rejestracyjnych na SP
- Projekt SP i zabezpieczenia przed niezamknięciem osłon



Incydent A319 British Airways, 24.05.2013

Jakie były intencje personelu wykonującego przegląd?

Gdzie leżą pierwotne przyczyny popełnionych błędów ludzkich ?

Co przyniesie realne korzyści organizacji – ukaranie winnych czy zbadanie przyczyn i wyciągnięcie wniosków?

Czy warto budować atmosferę zaufania i zachęcać personel do raportowania zagrożeń?



Dziękuję za uwagę

Pytania?

