

Esimerkki päätöksenteosta ja poikkeamaraportin ja -tapahtuman käsittelystä organisaatiossa – CASE GREY

Sivulla 1 on esimerkki GH-organisaatiosta ja tapahtumasta, joka johti lentomiestien sekä GH-yrityksen kuormaushenkilöstön tekemään poikkeamaraporttiin sekä tapauksen alla kuvattuun käsittelyyn GH-organisaatiossa. Sekä organisaatio että tapahtuma ja sen käsittelyesimerkit ovat keksittyjä, mutta sisältävät tilanteita ja toimintamalleja, joita voi tai voisi esiintyä todellisissa tilanteissa tai organisaatioissa. **CASE GREY** kuvaa esimerkkiä tapauksen käsittelystä organisaatiossa tilanteessa, jossa **ORGANISAATIO EI TUNNISTA OMAA VASTUUTAAN RATKAISUSSA**, juurisyysanalyysi (Root cause analysis) jätetään **PINTAPUOLISEKSI**, eli todellinen **EPÄKOHTA JÄÄ KORJAAMATTA** ja korjaavat toimenpiteet ovat ”halvat ja helpot”, jotta asian käsittely saadaan ”suljettua”. Palaute poikkeamaraportin tekijöille tulee ainoastaan automaattivastauksen kautta.

Sivulla 2 on kuvattu esimerkkitapauksen käsittelyn eteneminen ja päätöksentekopisteet organisaation eri tasoilla. Sivulla 1 löytyy tarkentavia tietoja sivun 2 päätöksentekopisteisiin. Sivun 2 kaavio on muokattu ja jatkokehitetty Patrick Hudsonin päätöksentekokaaviosta (*GAIN working group -Roadmap to a Just Culture - Enhancing the Safety Environment, 1997*) ko. dokumentissa olevan luvan perusteella, *Global Aviation Information Network*:in luvalla (*“Derived from a document for which permission to reprint was given by the Global Aviation Information Network”*). Kaaviossa pääpaino on henkilöstön tuottaman turvallisuustiedon hyödyntämisessä osana turvallisuudenhallintaa (käsittely SMS:ssä).

CASE: LOADING ERROR

TAUSTATIETOJA ORGANISAATIOSTA: Lento Helsinki-Malmi (HEM) – Tukholma Bromma (BMA) – Oslo Fornebu (FBU).

TAPAUKSEN KUVAUS LENTOYHTIÖLTÄ SAADUN LENTOMIEHISTÖN TEKEMÄN SEKÄ BMA MAAHUOLINNAN HENKILÖSTÖN TEKEMÄN POIKKEAMARAPORTIN POHJALTA: Ohjaajat epäilevät väärää painopisteasemaa lentoonlähdössä ja raportoivat alkunousun jälkeen omalle yhtiölleen, joka alkaa lennon aikana selvittää koneelle tehtyä kuormausta. Kone oli trimmattu annettujen arvojen mukaisesti, mutta rotaatiovaiheessa koneen nokka keveni liian aikaisin.

Koneen kuormaus oli suunniteltu FBU (rahtia 1000kg ja 40 laukkuja/560kg) eturuumaan numero 1. sekä BMA (postia 300kg ja 50 laukkuja/700kg) takaruumaan numero 3. Laskussa Brommaan oli kohtalainen sivutuuli. Ohjaaja huomasi koneen käyttäytymisen olevan hieman normaalista poikkeavaa.

Laskun jälkeen maahuolintayritys havaitsi, että Oslon tavarat olivat jääneet Helsinki-Malmille, ja Bromman tavarat oli sijoitettu virheellisesti ruumaan numero 4. Kyseinen lento operoitiin ns. bulk- versiona, eli ilman kontteja. Tarkastelussa havaittiin, että koneen todellinen painopiste oli takaa ulkona sallitulta alueelta.

TAPAUKSEN TAUSTATIETOJA, JOTKA EIVÄT KÄY ILMI POIKKEAMARAPORTEISTA: Yhtiön vastuullinen **johto on määritellyt** kuormaustoiminnan reunaehdot eli prosessit, ohjeet ja resurssit. Niissä **määritellään mm. se, että kuormausta pitää valvoa** ja sen **lopputulos pitää tarkastaa**. Helsinki-Malmin kuormausta oli hoitamassa ruuhkapiikistä johtuen vain kuormaaja ja kuormausesimies. Kuormaaja oli ollut töissä 2 kuukautta. Kuormausesimies komennettiin valvomaan tärkeän rahtilennon saapumista. Tämä lento oli tullut etuajassa. BMA/FBU lennolla oli aikatauluslotti, minkä johdosta kuormausesimies ohjeisti kuormaajaa kuormaamaan koneen sillä aikaa, kun hän itse oli käymässä rahtilennolla.

Kuormausesimiehen tullessa takaisin puoli tuntia myöhemmin, kuormaaja huikkasi, että ’kaikki kyydissä’. Saman aikaisesti CLC-keskus painoi päälle kuormatietojen suhteen, jotta se saisi julkaistua Loadsheetin. Kuormausesimies ei alkanut enää aukoa ruuman luokkua, vaan uskoi kuormaajan toimineen, kuten hän oli mielessään ajatellut.

TAPAUKSEN KÄSITTELYN TAUSTATIETOJA, CASE GREY:

8A: Johto katsoi arviossaan kyseessä olevan niin sanottu Musta-Joutsen tyyppinen tilanne, johon ei voinut vaikuttaa.

8B: Safety manager ei nähnyt tarvetta tapauksen tarkemmalle arvioinnille, koska katsoi, että tilanteeseen ei olisi voinut vaikuttaa. Hän piti myös SMS-järjestelmää toimivana eikä nähnyt ohjeistuksessa mitään korjattavaa.

8C: Työntekijöitä ei osallistettu tapauksen selvittelyyn, mutta heille laitettiin henkilökohtaisesti sähköpostia siitä, että koneita kuormatessa pitää olla tarkkana.

8D: Organisaatio ei nähnyt tarvetta lisätoimenpiteille, koska piti tapahtumaa yksittäistapauksena, eikä tunnistanut varsinaista väärää toimintatapaa.

8E: Taukuhuoneen ilmoitustaululle tulostettiin sähköpostikopio viestistä, jossa muistutettiin siitä, että pitää kysyä esimieheltä apua epäselvissä tilanteissa.

Päätöksentekokaavio esimerkkinä ilmailun poikkeamien käsittelyn periaatteista organisaatiossa - just culture-näkökulma osana turvallisuudenhallintaa (SMS)

Alla olevassa kaaviossa pääpaino on henkilöstön tuottaman turvallisuustiedon hyödyntämisessä osana turvallisuudenhallintaa. Kaavio on muokattu ja jatkokehitetty Patrick Hudsonin päätöksentekokaaviosta (GAIN working group -Roadmap to a Just Culture - Enhancing the Safety Environment, 1997) Global Aviation Information Network:in luvulla. Lukuohje: Aloita keltaisesta laatikosta. Valitse vaakariviltä tapausta kuvaava tilanne. Käy sitten ko. kohdasta alaspäin koko pystyrivi läpi. Tässä tapauksessa tapaus pysähtyy viimeiseen vaakaruuutuun ja siitä jatketaan pystyriviä alas, sillä henkilöt eivät tiedostaneet tapahtuman yhteydessä, että mitään poikkeavaa olisi tapahtunut.

