

DIVERSE VÆRKTØJER

FISKEBENSANALYSE

● Sådan lærer I af hverdagen

Fiskeben + 5 x Hvorfor

Dette værktøj kan bruges til at lære af alle typer af observationer, nærvæd hændelser og ulykker – store som små – og hjælper med at finde de virkelige årsager, så I kan forebygge, at det sker igen.

TRIN 1:

- Start med at beskrive hændelsen. Skriv kort:
- Hvad skete der?
- Hvor skete det?
- Hvem var involveret? (Kun roller – ikke navne)
- Hvad kunne der være gået galt?
- Hvad gik godt?

Formålet er at få en fælles forståelse, før I går i gang.

TRIN 2:

Brug fiskebensmetoden til at finde mulige årsager.

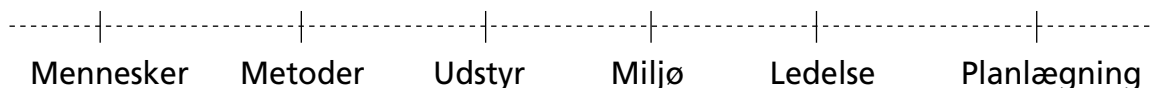
Tegn et simpelt fiskeben (I kan bruge whiteboard, papir eller nedenstående skabelon).

Her er de seks typiske kategorier, som AMO kan arbejde med:

1. Mennesker: Fx erfaring, oplæring, distraktioner, travlhed, misforståelser, kultur.
2. Metoder / procedurer: Fx uklare instruktioner, manglende standarder, genveje, forvirrende retningslinjer.
3. Materialer / udstyr: Fx defekt udstyr, manglende værnemidler, tekniske fejl, forkert værktøj.
4. Miljø / omgivelser: Fx rod, støj, dårligt lys, glatte gulve, for mange opgaver samtidigt.
5. Ledelse / organisering: Fx prioritering, kommunikationen om sikkerhed, rolleklarhed, manglende opfølgning.
6. Arbejdsopgaven / planlægning: Fx tidspres, ændringer i produktionen, for lidt bemanning, skiftende opgaver.

Skabelon til fiskeben

[Hændelse]

**I hver kategori spørger I:**

- Hvad kan have påvirket hændelsen?
- Hvad gjorde det mere sandsynligt, at det skete?
- Hvad manglede for at undgå det?

Skriv hellere for mange mulige årsager end for få.

TRIN 3:

Brug 5 x Hvorfor på de mest sandsynlige årsager.

Når fiskebenet er fyldt ud, vælg 1–3 årsager, som I mener er centrale.

For hver årsag stiller I spørgsmålene:

1. Hvorfor skete det?
2. Hvorfor kunne det ske?
3. Hvorfor blev det ikke opdaget?
4. Hvorfor havde vi ikke forebygget det?
5. Hvorfor er det sådan hos os?

TIPS

Stop, når I rammer en overordnet årsag – altså noget, der handler om kultur, processer, organisering eller rutiner. Det er dér, de gode løsninger findes.

TRIN 4:

Find løsninger, som adresserer de reelle årsager.

For hver årsag, I har fundet, vælg én eller flere løsninger:

Kan vi ændre måden, arbejdet planlægges på?

- Skal proceduren gøres lettere at følge?
- Skal oplæringen justeres?
- Skal udstyret forbedres?
- Skal vi ændre kommunikationen eller kulturen?
- Skal vi tilføje en kontrol, tjekpunkt eller pause?

Undgå løsninger, der kun handler om "vær mere opmærksom" eller "følg reglerne bedre". De ændrer sjældent kulturen.

TRIN 5:

Lav en mini-handlingsplan. Skriv:

Hvad gør vi?

Hvem gør det?

Hvornår er det gjort?

Hvordan følger vi op?

TRIN 6:

**Del læringen med arbejdspladsen.
Lav en kort opsummering til teamet:**

Hvad skete?

Hvad lærte vi?

Hvad gør vi nu?

Det styrker psykologisk tryghed og forhindrer,
at viden går tabt.

Eksempel på Fiskebensanalyse

En medarbejder glider på vådt gulv i opskæringsområdet under bæring af en tung kasse med udbenet kød. Ingen personskade, men tæt på tab af kontrol. Vådt gulv skyldtes rengøring – advarselsskilt manglede.

1. **Mennesker:** Medarbejderen havde hænderne fulde og kunne ikke se gulvet ordentligt. Forventede, at området var sikkert, fordi han ofte arbejder der. Måske ikke opmærksom på, at rengøring var i gang lige inden.
2. **Metoder / procedurer:** Ingen fast procedure for, hvem der sætter advarselsskilt efter rengøring. Manglende praksis for at afspærre områder, der stadig er våde. Rengørings- og produktionshold får ikke altid givet klar besked til hinanden.
3. **Materialer / udstyr:** Advarselsskilt manglede på plads eller var ikke blevet sat frem. Der findes ikke skridsikre måtter i området. Gummistøvlerne var standardtype – måske ikke optimale på vådt underlag.
4. **Miljø / omgivelser:** Gulvet var ekstra glat efter rengøring og fedtafmaskning. Travlhed i området, så mange passerer igennem. Begrænset plads, så medarbejdere går tæt.
5. **Ledelse / organisering:** Uklar ansvarsfordeling mellem rengøring og produktion. Ingen systematisk kontrol efter rengøring. Fokus på drift kan overskygge fokus på glathedrisici.
6. **Arbejdsopgaven / planlægning:** Tidspres ift. levering fører til hasteopgaver. Rengøring og produktion overlapper tidsmæssigt. Ingen plan for at holde personale ude af områder, der ikke er tørre.

Opsummering af sandsynlige årsager: Manglende advarselsskilt, så området fremstod sikkert. Rengøring og produktion gik delvist samtidig uden tydelig koordinering. Travlhed og tunge løft gjorde det svært for medarbejderen at opdage risici. Ingen fast procedure eller ansvar for at sikre området efter rengøring.

Eksempel på 5 x Hvorfor – udfyldt for de vigtigste årsager

Årsag 1: Advarselsskilt blev ikke sat frem

1. Hvorfor skete det?
– Fordi rengøringspersonalet ikke satte skiltet frem.
2. Hvorfor blev det ikke sat frem?
– Fordi skiltet ikke var der, hvor det plejede at stå.
3. Hvorfor var skiltet ikke på plads?
– Fordi ingen har ansvar for at kontrollere skiltets placering og tilgængelighed.
4. Hvorfor har ingen det ansvar?
– Fordi proceduren ikke tydeligt beskriver, hvem der gør hvad efter rengøring.
5. Hvorfor er proceduren uklar?
– Fordi der ikke er lavet en fælles standard mellem rengøring og produktion for glat-gulv-risici.

Årsag 2: Rengøring og produktion overlapper

- Hvorfor passerer medarbejderen gennem området, mens gulvet er vådt?
 - Fordi produktionen er i gang, selvom rengøring lige har været der.
- Hvorfor er produktionen i gang, når rengøring ikke er afsluttet?
 - Fordi arbejdet er presset, og rengøring lægger deres opgaver, så de ikke forsinker driften.
- Hvorfor koordinerer man ikke tidsvinduer?
 - Fordi der ikke er en planlagt overlap-procedure eller forsinkelsesbuffer.
- Hvorfor findes der ikke sådan en procedure?
 - Fordi risikoen har været kendt, men ikke prioriteret som en systemfejl.
- Hvorfor er den ikke prioriteret?
 - Fordi fokus primært har været på produktionseffektivitet og ikke glat-risici fra rengøring.

Årsag 3: Medarbejderen kunne ikke se gulvet

- Hvorfor kunne medarbejderen ikke se gulvet?
 - Fordi han bar en stor kasse, der blokerede synsfeltet.
- Hvorfor bar han kassen på en måde, der blokerede udsynet?
 - Fordi det er tungt og besværligt at bære den på anden måde.
- Hvorfor bruger han ikke vogn/løftehjælp?
 - Fordi vogne ofte mangler eller er optaget.
- Hvorfor mangler vogne eller bliver de ikke brugt systematisk?
 - Fordi der ikke er nok udstyr til spidsbelastningsperioder.
- Hvorfor har man ikke nok udstyr?
 - Fordi behovet ikke er blevet registreret og behandlet som en gentagen problemstilling.

Hvad fortæller analysen samlet?

De centrale årsager handler ikke om personfejl – men om:

- Manglende standard for sikring efter rengøring.
- Manglende koordinering mellem rengøring og produktion.
- For få hjælpemidler i pressede perioder.
- Travlhed og uklare ansvarsområder.
- Manglende systematik omkring glatte gulve.

Det betyder, at mærkbart bedre løsninger kan findes i organisering, planlægning og procedurer.

Mulige løsninger (baseret på analysen):

1. Fast procedure: Rengøring skal sætte mindst 2 advarselsskilte – og AMR/leder laver stiktjek.
2. Afspærring af områder efter rengøring.
3. Klare tidsvinduer, så rengøring og produktion ikke overlapper.
4. Bedre koordinering via tavlemøder.
5. Flere vogne og bedre rutiner for at bruge dem.
6. Arbejde med kultur: "Vi går ikke i områder, der ikke er frigivet."
Kort læringsopsamling til hele teamet.