

Rapportering og undersøgelse af "tæt på" episoder

Marts 2018

Den 28 januar 1986 eksploderede USA's Space Shuttle *Challenger* 73 sekunder efter starten fra Cape Canaveral, Florida (1, 2). *Challenger* blev ødelagt og alle 7 besætningsmedlemmer omkom. Den umiddelbare årsag var læk af varm gas fra en sammenføring i faststoftankene på boosterraketterne. Den varme gas ramte en brinttank, som så revnede og eksploderede. Delene på boosterraketterne var forsejlet med primære og sekundære "O-ringe" i sammenføjerne. Begge forsejlinger fejlede p.g.a lav temperatur på opsendelsesdagen. Der havde været flere opsendelser hvor den primære forsejling fejlede men den sekundære forsejling havde holdt tæt. Disse tidligere tilløb til uheld er "tæt på" episoder" (Engelsk: "Near misses"), der ikke blev anset for vigtige nok til at blive undersøgt.

Manglende rapportering og undersøgelser af "tæt på" episoder har også været en factor i uheld i procesindustrien. F. eks., den 8 april 1998 forsagede en runaway reaktion et overtryk i en ca. 8 m³ stor batch reactor (3) i et anlæg New Jersey USA. Eksplosionen og branden (4) sårede 9 medarbejdere heraf 2 alvorligt. Operatørerne var ikke i stand til at kontrollere batch temperature med eksisterende procedurer og tilgængelig køling. I mindst 6 tidligere batches havde operatørerne ikke været i stand til at kontrollere temperaturen, men den blev ikke høj nok til at starte runaway reaktionen. Disse tidligere "near-miss" episoder blev ikke undersøgt.



Vidste du at ?

- Efter en stor processikkerhedsepisode/uheld finder man ofte, at der var tidligere advarsler og "tæt-på" episoder. Hvis disse havde været rapporteret, undersøgt og forbedringer udført, kunne det store uheld være forhindret i at ske.
- Vi vil alle hellere lære fra "tæt-på" episoder, hvor der ikke er tilskadekomende og skaderne på udstyret er minimale end at lære fra et stort uheld på den hårde måde.
- "Tæt på" episoderne kan ikke blive undersøgt hvis ingen rapporterer dem! De vil ikke blive rapporteret hvis medarbejderne ikke ser dem som en "tæt-på" episode, eller undervurderer deres vigtighed.
- Sikker procesoperation kræver kontrol af processen. Hvis du ikke kan kontrollere din proces indenfor de specificerede operationsbegrænsninger for alle sikkerhedskritiske parametre, skal du opfatte dette som en "tæt-på" episode.
- Succesfuld aktivering af enhver sikkerhedssystem eller reservesystem skal anses for en "tæt-på" episode. Tænk på hvis udstyret ikke havde virket, som det skulle ?.

Hvad kan du gøre ?

- Forstå din fabriks uhelds- og tæt-på" rapporterings- og undersøgelsessystem. Hvis der ikke er noget, foreslå din ledelse, at de indfører et.
- Rapportér alle "tæt på" episoder, også episoder, hvor du ikke kunne kontrollere processen indenfor sikkerhedsbegrænsningerne, og når sikkerheds- eller reservesystemer var i brug.
- Antag ikke, at din leder eller teknisk personale ser "tæt på" episoderne ved at læse logbøgerne, instrumentudskriverne mm. Moderne anlæg danner en masse data, og en "tæt på" episode kan blive overset. Hvis du ser en, er det din pligt at gøre ledelsen opmærksom på det.
- Hvis du ikke er sikker på om det er en "tæt på" episode, rapportér den alligevel. Tænk på hvor slemt kan det egentlig være at hjælpe til med at finde en "tæt-på" episode inden der sker et uheld.
- Meld dig frivilligt til at deltage i undersøgelser af tæt-på episoder og uheld i din fabrik.

Dit anlæg snakker til dig via "tæt på" episoder – er der nogen, der lytter ?