

Причины производственного травматизма. Пути решения

Оксана Чмилевская

АНО ДПО «Институт организационного развития и лидерства»



Почему эта тема важна

Производственный травматизм — это не только вопрос соблюдения требований законодательства. Это вопрос, который затрагивает каждый уровень организации и каждого человека в ней.

Люди

Жизнь и здоровье работников — наивысшая ценность

Бизнес

Устойчивость, простои, срывы сроков, потери рабочего времени

Управление

Качество решений, доверие работников к руководству

Риск

Способность организации замечать опасность до происшествия



Производственный травматизм в России

ПО ДАННЫМ РОССТАТА ЗА 2024 ГОД

21,4К

Пострадавших


человек получили травмы на производстве в 2024 году

1,04К

Погибших

человек погибли в результате несчастных случаев на производстве

По абсолютному числу пострадавших среди видов деятельности выделяются: **обрабатывающие производства, транспортировка и хранение, здравоохранение и социальные услуги.**

 За этими цифрами стоят не только уже произошедшие события, но и повторяющиеся причины, которые важно видеть заранее.



Вопрос к аудитории

Как вы считаете, что общего у большинства производственных происшествий?

Подумайте: что начинает складываться в системе ещё **до того**, как происходит травма? Какие сигналы остаются незамеченными? Какие решения принимаются — или не принимаются — задолго до момента происшествия?

Травма редко возникает внезапно

Чаще всего происшествие начинается гораздо раньше — ещё до того момента, когда что-то пошло не так. Система постепенно становится уязвимой.

→ Повторяющиеся отклонения

Нарушения, которые стали нормой — никто не реагирует, никто не фиксирует

→ Давление и усталость

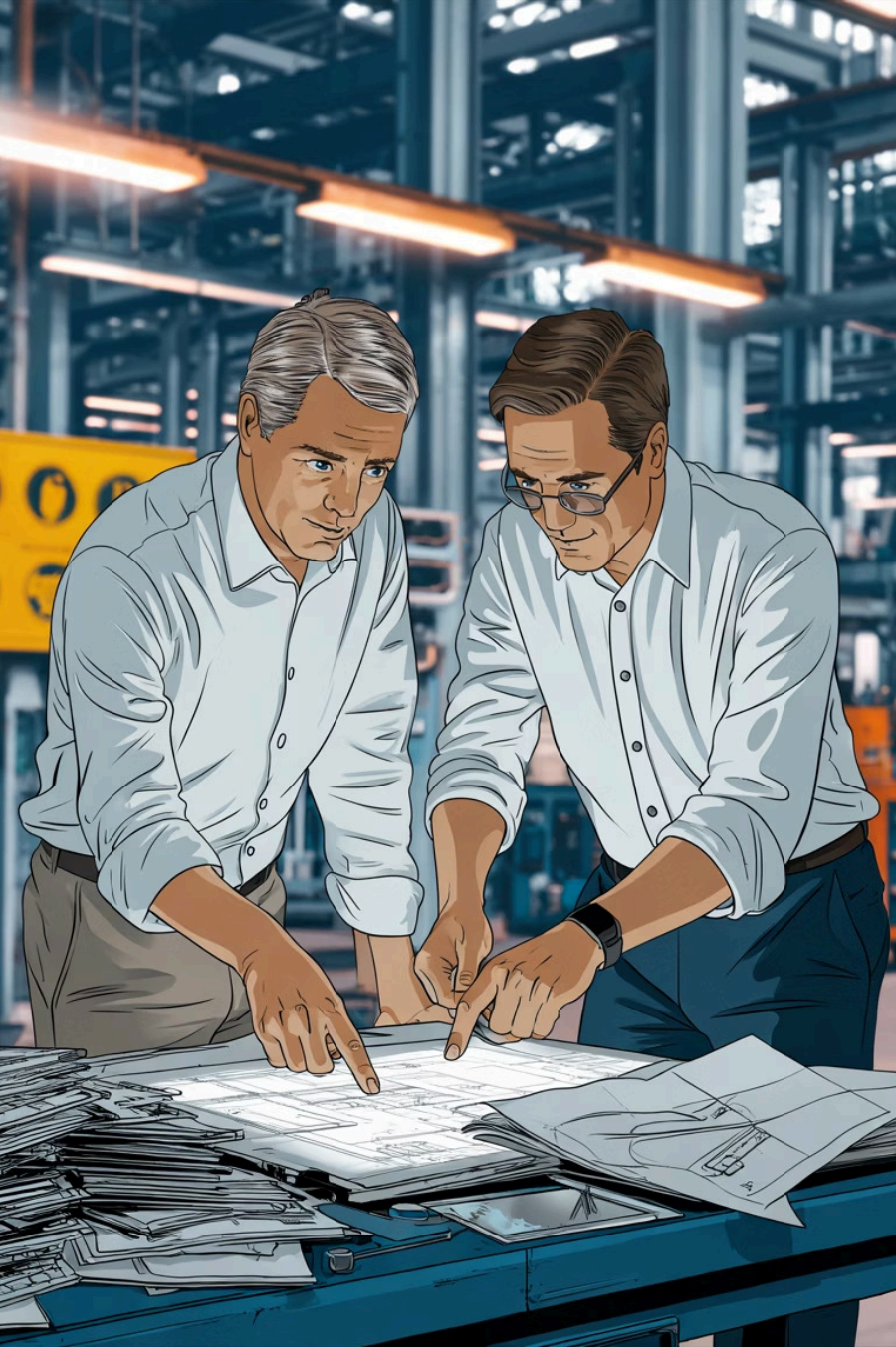
Спешка, сжатые сроки, накопленная перегрузка — риск незаметно растёт

→ Ослабленные барьеры и размытые роли

Формальные процедуры есть, но реальной защиты они не обеспечивают

→ Слабые сигналы

Тревожные признаки есть, но никто не собрал их в единую картину риска



Почему недостаточно ответа «КТО ВИНОВАТ?»

После происшествия организации часто пытаются найти человека, который допустил нарушение. Но этого **недостаточно**. Если мы видим только последнее действие работника — мы упускаем главное.

Что остаётся в тени

- В каких условиях работал человек
- Какие сигналы были проигнорированы
- Что не сработало в управлении
- Почему риск не был замечен заранее
- Какие решения сделали ошибку более вероятной

Системный подход

Путь к снижению травматизма начинается не с поиска виновного, а с **анализа системы**: условий, барьеров, решений и культуры, которые либо защищают людей, либо делают происшествие неизбежным.

i Вопрос не «кто?», а «почему система позволила этому случиться?»



Кейс: Глубоководный горизонт

20 апреля 2010 года на полупогружной мобильной морской буровой платформе Deepwater Horizon, принадлежавшей компании Transocean, произошел мощный взрыв и пожар. Платформа работала на нефтяном месторождении Macondo Prospect, расположенном в 64 км от побережья Луизианы.

Фрагмент из фильма "Глубоководный горизонт"

Задание для команд: что вы увидели?

После просмотра обсудите в команде и запишите ваши наблюдения. Постарайтесь выйти за рамки очевидного — ищите системные причины, а не единичные ошибки.

1

Сигналы риска

Какие предупреждающие признаки вы заметили до момента катастрофы?

2

Решения, усилившие риск

Какие управленческие или операционные решения сделали происшествие более вероятным?

3

Условия системы

Какая организационная среда позволила этому развиваться?

4

Сбои системы

Что именно не сработало вовремя — и почему?

5

Точка остановки

В какой момент событие ещё можно было предотвратить?

Кейс: Глубоководный горизонт

Катастрофа на нефтяной платформе **Deepwater Horizon** (2010) унесла 11 жизней и стала одной из крупнейших техногенных катастроф в истории. Это был не единичный сбой — это было **накопленное системное разрушение барьеров**.

Давление сроков

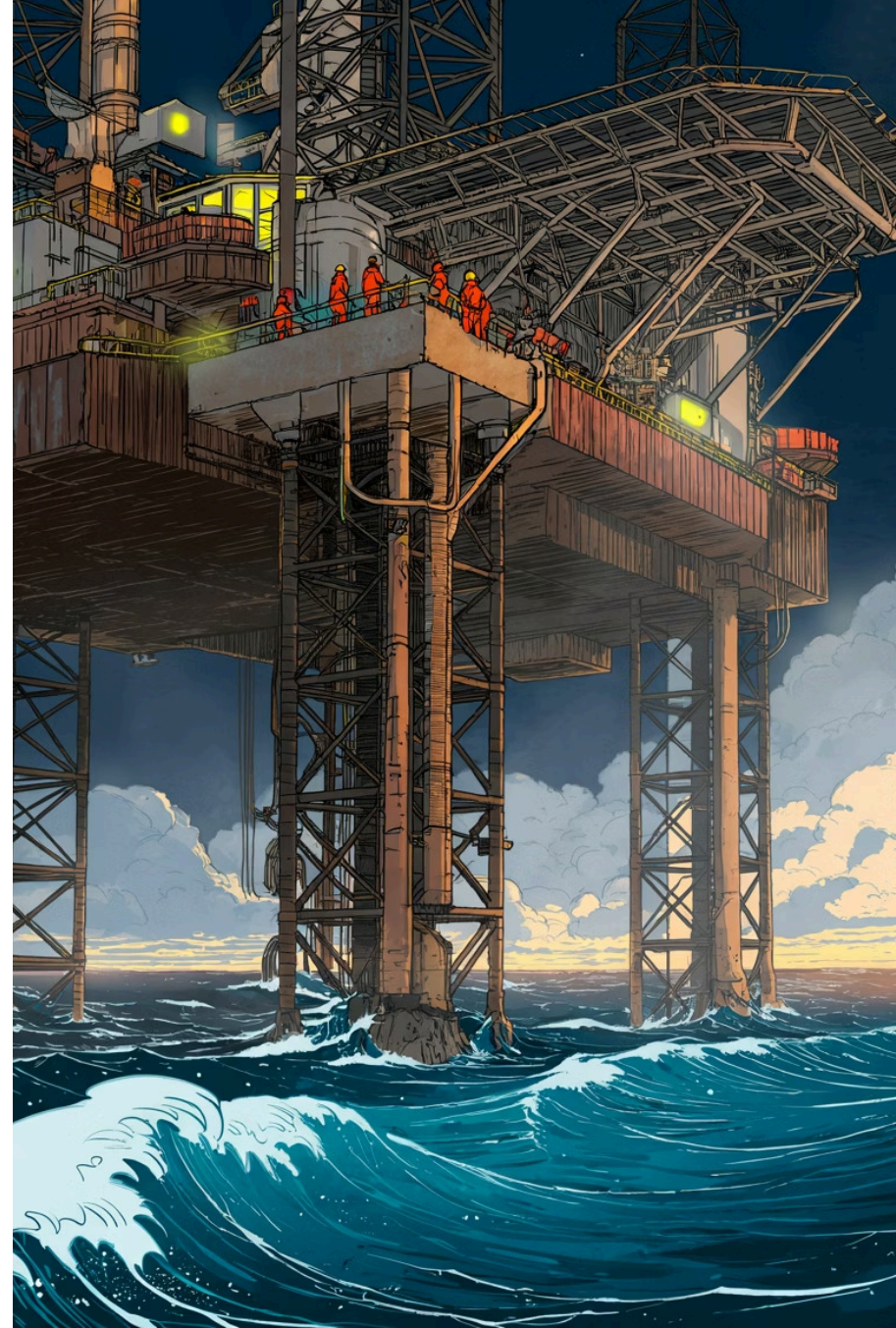
Бурение отставало от графика. Решения принимались быстро, в условиях экономии времени и ресурсов.

Игнорирование сигналов

Специалисты фиксировали аномалии. Предупреждения не были услышаны или переосмыслены как «приемлемый риск».

Формальный контроль

Процедуры существовали на бумаге, но реальная проверка готовности системы не проводилась.



Что объединяет крупные аварии и повседневные травмы

Масштаб событий разный. Логика их формирования — **часто одна и та же**.
Снова и снова мы видим одни и те же причины.



Давление и спешка

Сроки, перегрузка, усталость — человек вынужден принимать риски



Игнорирование сигналов

Слабые тревожные признаки остаются незамеченными или нормализуются



Плохая координация

Неполная передача информации, размытые роли, отсутствие взаимодействия



Нет права сказать «Стоп»

Работники не чувствуют возможности остановить опасную ситуацию

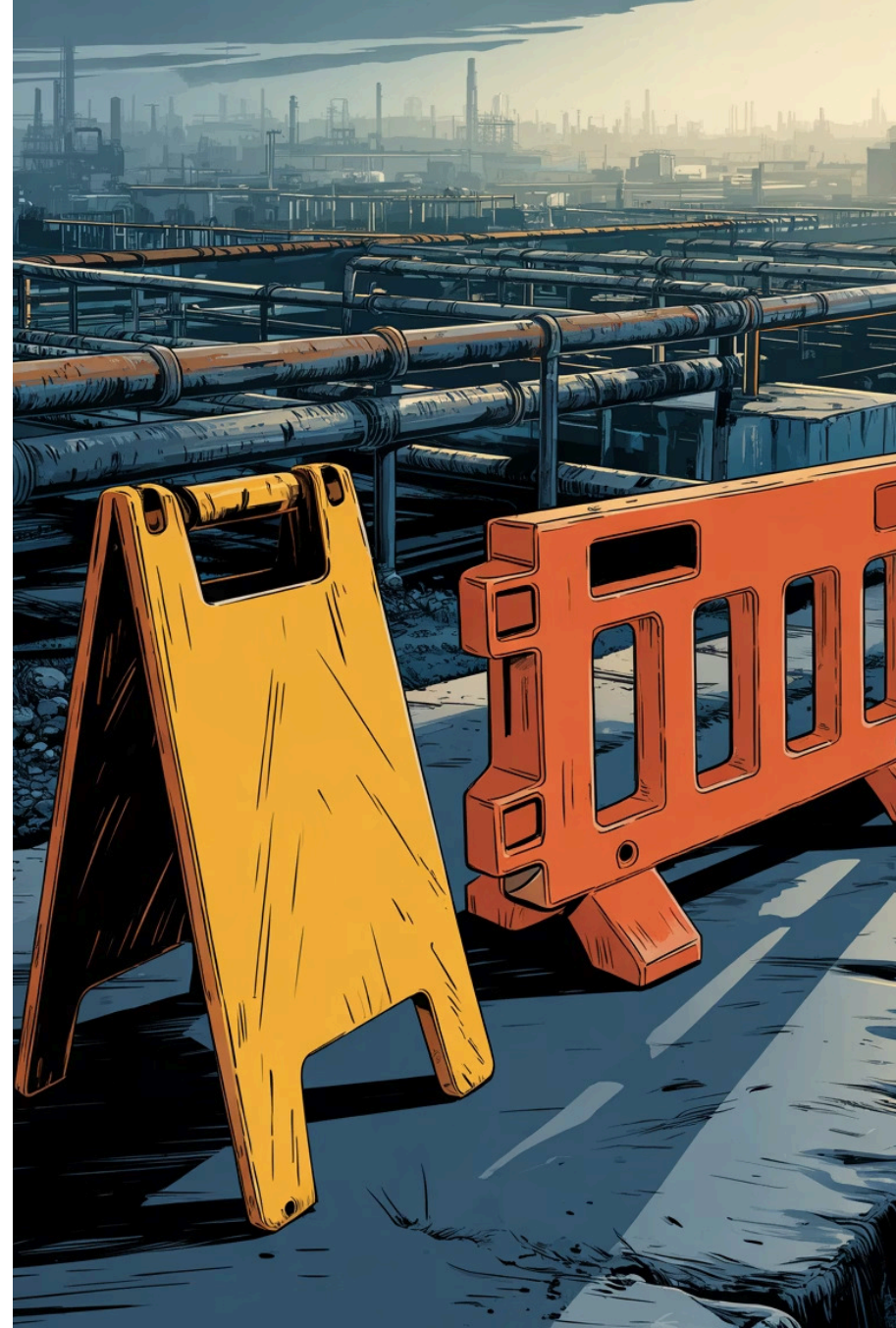


Диаграмма-бабочка: как развивается происшествие

Один из самых эффективных инструментов анализа рисков — **Bow-Tie диаграмма**. В центре — нежелательное событие. Слева — угрозы и условия, которые к нему ведут. Справа — последствия. Между ними — барьеры.



❗ Такой подход помогает увидеть не только само происшествие, но и систему, которая либо предупреждает его, либо позволяет ему развиваться.

Задание для команд: что нужно изменить?

Используя логику диаграммы-бабочки, предложите конкретные меры для вашей организации. Думайте как системные аналитики, а не как инспекторы.

До события

Что нужно изменить заранее? Какие барьеры должны сработать до возникновения риска?

В момент риска

Что должно остановить работу при росте опасности? Кто принимает решение и как быстро?

Сигналы для руководителя

Какие ранние признаки должен видеть руководитель — раньше, чем произойдёт инцидент?

Системные изменения

Какие решения, правила и практики нужно пересмотреть, чтобы снизить вероятность и тяжесть последствий?

Что действительно снижает производственный травматизм

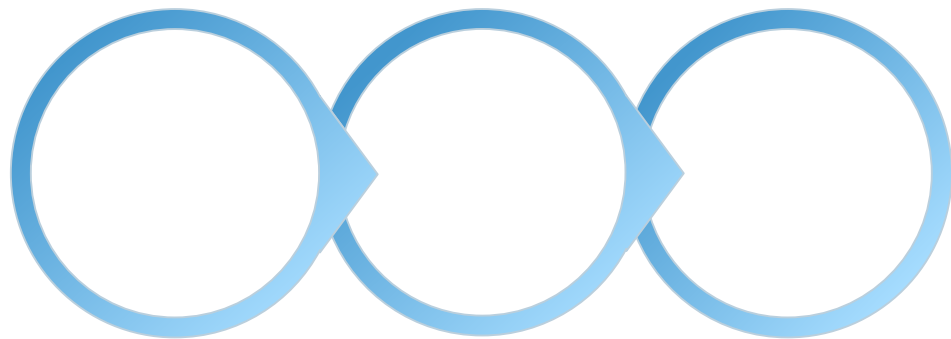
Снижение травматизма требует не одного мероприятия, а **системной, последовательной работы** на всех уровнях организации.

- Анализ причин, а не поиск виновного**
Переход к системному расследованию: условия, решения, барьеры
- Культура остановки**
Среда, в которой работник может и должен сказать: «Стоп, это опасно»
- Работа со слабыми сигналами**
Регулярное выявление отклонений, почти-происшествий и повторяющихся ошибок
- Реальная, а не бумажная безопасность**
Контроль фактической готовности к работе, управление усталостью и перегрузкой



Главный вывод

Вы сейчас сделали самое важное — не просто обсудили травматизм, а прошли полный путь от наблюдения к управленческому решению.



По сути, вы сами в командах разработали **основу плана мероприятий** по недопущению травматизма на производстве. Этот путь — от факта к системе, от системы к действию — и есть суть профессионального управления безопасностью.





Спасибо за внимание

Оксана Чмилевская

АНО ДПО «Институт организационного развития и лидерства»

Безопасность – это система

Не набор правил, а живая управленческая практика, требующая постоянного внимания

Риск виден заранее

Если знать, куда смотреть — слабые сигналы можно увидеть до того, как произойдёт травма

Действовать – в ваших руках

Каждый руководитель и специалист по охране труда может изменить культуру своей организации