

SAM600 - Granskingsmetodikk

Høst 2020

Universitetet i Stavanger



University of
Stavanger

Prosjektoppgave SAM600

1.0 Oppgave 1	4
1.1 Oppgave 1a	33
1.1.1 Resilience Engineering	31
1.1.2 Energi- og barrieresperspektivet	31
1.1.3 High Reliability Organizations	31
1.1.4 Man-made Disasters	31
1.1.5 Normal Accident Theory	31
1.1.6 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger	31
1.1.7 Oppsummering	31
1.1.8 Ulykkesmodeller	31
1.2 Oppgave 1b	33
1.2.1 Etablere granskingsgruppe og mandat - Fase 1	31
1.2.2 Samle inn data om ulykken - Fase 2	31
1.2.3 Beskrive hendelsesforløpet - Fase 3	31
1.2.4 Analysere direkte årsaker - Fase 4	31
1.2.5 Analysere påvirkende faktorer og rotårsaker - Fase 5 og 6	31
1.2.5.1 Påvirkende faktorer	26
1.2.5.2 Rotårsaker	26
1.2.5.3 Ulykkesperspektivet former årsaksbildet	26
1.2.6 Identifisere tiltak - Fase 7	31
1.2.7 Implementere og følge opp tiltak - Fase 8	31
1.2.8 Kvalitet i granskinger	31
2.0 Oppgave 2	19
2.1 Oppgave i	33
2.1.1 Old View versus New View	31
2.1.2 Perspektiver i SHT-rapporten	31
2.1.2.1 Energi- og barrieresperspektivet	26
2.1.2.2 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger	26
2.1.3 Perspektiver i Ukom-rapporten	31
2.1.3.1 Man-made disasters	26
2.1.3.2 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger	26
2.1.3.3 High Reliability Organizations	26
2.1.3.4 Normal Accident Theory	26
2.2 Oppgave ii	33
2.2.1 utfordringer for SHT-granskerne	26
2.2.2 _utfordringer for Ukom-granskerne	31
2.3 Oppgave iii	33

2.3.1 Likheter i rapportene	31
2.3.2 Ulikheter i rapportene	31
2.4 Oppgave iv	33
2.4.1 SHT-rapporten	31
2.4.2 Ukom-rapporten	31
Referanseliste	33

Forkortelser:

EB - Energi- og barriereperspektivet

HRO - High Reliability Organizations

MMD - Man-Made Disasters

NAT - Normal Accident Theory

PMB - Påvirkning, målkonflikter og beslutninger

RE - Resilience Engineering

SHT - Statens Havarikommisjon for Transport

Ukom - Statens Undersøkelseskommisjon for Helse- og Omsorgstjenesten

1.0 Oppgave 1

1.1 Oppgave 1a

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere ulike perspektiver på ulykker og sikkerhet, og hvordan slike perspektiver virker inn på granskingen. De ulike perspektivene fungerer som “briller” som farger granskerens forståelse av ulykken. Disse “brillene” forteller oss hvilken retning granskingen har tatt, hvor granskerne ser etter årsaker og hvordan de går frem i granskingsprosessen. Det rådende perspektivet legger føringer for hva som kommer ut av granskingen.

Vi legger også inn noen betraktninger på hvor de ulike perspektivene hører hjemme når det gjelder synet på menneskelige feil. Dette synet strekker seg fra Old View der menneskelige feil ses som årsaken til eventuelle sikkerhetsproblemer og til New View der menneskelige feil ses som et symptom på bakenforliggende årsaker (Dekker, 2014, s. 6-8).

1.1.1 Resilience Engineering

Resiliens handler om motstandsdyktighet og om et system sin evne til å tilpasse seg kjente og ukjente endringer og forstyrrelser (Kongsvik, 2018, s. 88). Resilience Engineering (RE) har fokus på opprettholdelse og optimalisering av de daglige funksjonene og normale operasjoner, samt hva slags egenskaper som må utvikles for at organisasjonen skal ha evne til å håndtere uventede situasjoner (Dekker, 2014, s. 140). RE har ikke fokus på enkeltmennesker; det er organisasjonen og systemet som skal lære, forutse, overvåke og respondere (Kongsvik, 2018, s. 89). Derfor vil vi si at RE som perspektiv hører hjemme i New View.

En ulykkesgransking gjennom RE perspektivet, vil sette søkelys på både den daglige aktiviteten, i tillegg til før, under og etter en hendelse (Kongsvik, 2018, s. 89-90). Det er ikke de enkelte utløsende handlingene som er granskingsobjektet, men heller systemet som har avlet frem handlingsmønsteret som har gjort ulykken mulig. En gransking vil reflektere dette fokuset på fullstendig sikkerhetsstyring. I granskingsprosessen blir det viktig å avdekke tegn på resiliens og eventuelt hvor RE-prinsippene har sviktet. Hvordan jobber virksomheten med læring fra både det som går bra og det som ikke går bra? Hvordan fungerer situasjonsforståelse og overvåking? Har virksomheten adaptiv kapasitet, slik at de kan justere seg når de møter motstand? Evner de å improvisere i nye og ukjente situasjoner?

En granskingskommisjon vil både kunne konkludere med og foreslå tiltak som påvirker hele organisasjonen, ikke kun den delen som ble påvirket av den uønskede hendelsen. RE representerer et holistisk fokus på både at så få ting som mulig går galt, men også at så mye som mulig går bra (Kongsvik, 2018, s. 91). Konklusjoner og tilrådinger i en RE-gransking vil følgelig handle om å gjøre organisasjonen sin normaltilstand så sterk som mulig. Men uansett hvor mye du forbedrer de underliggende faktorene, så vil det alltid kunne oppstå hendelser som ingen er forberedt på. Med fokus på resiliens og adaptiv kapasitet, heller enn fokus på håndtering av enkelthendelser vil virksomheten kunne motstå store påkjenninger.

1.1.2 Energi- og barriereperspektivet

Dette perspektivet ser aktive feil i “den skarpe enden” som en effekt, ikke en årsak. Dermed anses årsaken til hendelsen for å ligge i de organisatoriske og administrative forholdene (Dekker, 2014, s. 129). Mennesket skal ikke få skylden for ulykken. Granskingen forsøker heller å avdekke hvordan systemet rundt mennesket gjør handlingene mulige. På denne måten forstår vi at EB hører til under New View.

I granskinger med dette perspektivet blir ulykker forklart ved “energi på avveie” – og jo høyere energi, jo større skade. En granskingskommisjon vil stille spørsmål som: Har det vært mulig å skille energikilden og offeret? Har barrierene redusert energien? Hvilke barrierer har fungert og hvilke har ikke fungert? Hadde flere eller andre typer barrierer fungert bedre? Hvilke latente feil har gjort denne ulykken mulig?

Målet med gransking gjennom EB er å avdekke hvordan de aktive feilene gjort i den skarpe enden er et produkt av organisatoriske forhold. En gransking kan dra nytte av EB da den kan forklare den siste tiden før en ulykke i tillegg til å se en ulykkeshendelse i sammenheng med systemet rundt (Dekker, 2014, s. 130).

Konklusjoner og tilrådinger i en gransking med energi- og barriere-”briller” vil i hovedsak handle om hvordan dybdeforsvaret kan styrkes. Det kan være ved forsterkning av allerede etablerte barrierer, ved å sette nye barrierer inn i systemet eller å redusere energikilden.

1.1.3 High Reliability Organizations

High Reliability Organizations (HRO) sitt syn på feilhendelser indikerer et systemperspektiv. Weick og Sutcliffe (2015, s. 55) utdyper dette på følgende måte: “... reliable performance is a

system issue (a “what”), not an individual issue (a “who”)). Det er her tydelig at HRO har et fokus som er i tråd med New View innenfor sikkerhetsteori.

En granskingsprosess med HRO-perspektiv vil ha fokus på kulturen i virksomheten. Hvordan håndteres feil og nesten-feil? Gir virksomhetens sikkerhetskultur rom for rapportering av småfeil, så vel som alvorlige feil? Hvordan jobbes det for å sikre at alle aktører sitter på komplette og nyanserte bilder av situasjonen? Har det skjedd begrepsmessige eller organisatoriske forenklinger som har bidratt til å overskygge feiltilstander? Hvor god kjennskap har ledelsen til det som skjer i den skarpe enden? Bærer beslutningsprosessene preg av aktelse for ekspertisen som finnes i virksomheten?

Feilhendelser har ofte en historie som strekker seg langt tilbake før de manifesterer seg i uventede hendelser (Weick & Sutcliffe, 2015, s. 55). Granskingen vil derfor innebære å studere hendelsesforløp og potensielle årsaksfaktorer langt utenfor den konkrete hendelsen. Forekom det foregående bekymringer og signaler som burde vært tatt tak i? Hvordan ble disse håndtert? Kunne dette ha hindret den uønskede hendelsen? Når granskingen skal studere selve hendelsen vil det trolig være med fokus på *organisatorisk redundans* og evne til *spontan rekonfigurering*. Hva de ulike aktørene gjorde og ikke gjorde i den aktuelle hendelsen vil kunne fortelle granskingskommisjonen mye om hvorvidt virksomheten har evnen til å improvisere, flytte beslutningsmyndighet til de som sitter på kunnskap og erfaring, samt hvorvidt virksomheten har satset på overlappende kompetanse.

Folk i virksomheter som anses å være HRO beskrives som skeptiske, forsiktige og mistenksomme overfor rolige perioder i driften. Dette er fordi slike organisasjoner aldri vil godta at sikkerheten er god nok, og søken etter forbedringer i sikkerhetssystemet er konstant. Med dette i tankene vil en granskingskommisjon med HRO-”briller” vurdere hvordan den aktuelle bedriften generelt vurderer egen sikkerhet. Dersom det uttrykkes stor grad av selvtillit med tanke på sikkerhet og risikostyring, er det grunn til å tro at virksomheten kan dra nytte av tilrådinger som bærer preg av HRO-prinsipper. Det vil innebære tilrådinger som strekker seg helt fra den

skarpe enden og opp til ledelse. Disse vil omhandle kultur og holdninger med tanke på feil og avvik, ekspertise og styringsstruktur.

1.1.4 Man-made Disasters

Perspektivet om Man-made disasters (MMD) sies å være det første perspektivet som fokuserte på “den butte enden” av et system. Det vil si at ulykker og katastrofer ble sett som et resultat av organisatoriske og samfunnsmessige forhold (Dekker, 2014, s. 137; Engen et al., 2016, s. 141). Slik er MMD et av de første eksemplene på New View innenfor sikkerhetsteori.

I de fleste tilfeller vil det i etterkant av en ulykke være mulig å avdekke årsaksfaktorene, men disse har altså i forkant av ulykken hverken blitt oppdaget eller tatt hensyn til (Kongsvik, 2018). En granskingsprosess med MMD-perspektivet som teoretisk grunnlag vil derfor dreie seg om hvordan tekniske, sosiale, institusjonelle og administrative forhold i kombinasjon har bidratt til ulykken (Vaughan, 1997, i Engen et al., 2016, s.141). Skal en granskingskommisjon komme til bunns i dette vil det være relevant å studere organisasjonens kultur for, og evne til, å håndtere informasjon om feil og mangler. Søkes det aktivt etter informasjon om feil og potensielle farer? Eller skyves denne informasjonen under teppet (Kongsvik, 2018, s. 83)? Hvordan er holdningen til risiko og sårbarhet i organisasjonen? Hvordan stemmer daglig praksis overens med de opprinnelige sikkerhetsprosedyrene? Dekker beskriver *drift into failure* som et slags tunnelsyn (Dekker, 2014, s. 138). En gransking vil således være å bevege seg dypt inn i tunnelen for å studere hva som gjør at holdningen til sikkerhet og risiko får lov til å utvikle seg i negativ retning uten at dette fanges opp.

Det vil også være viktig å studere strukturene for informasjonsflyt (Kongsvik, 2018, s. 83; Pidgeon & O’Leary, 2000, s. 19–20). Har de ansatte den informasjonen de trenger for å gjennomføre jobben på en trygg måte? Hva med beslutningsprosessene høyere opp i organisasjonen? Gjøres de på et godt nok kunnskapsgrunnlag? Er det på tvers av ledd og nivåer i organisasjonen en samstemt tolkning av tilgjengelig risiko- og sikkerhetsinformasjon?

Konklusjoner i en granskerapport med MMD-perspektiv vil hovedsakelig dreie seg om bakenforliggende årsaker i systemet som helhet (Kongsvik, 2018, s. 129–130). Hva fant granskingskommisjonen “inne i tunnelen” til Dekker (2014)? Hvor ligger svakhetene i informasjonsstrukturene? Læring og tiltaksforslag vil dreie seg om å utvikle solide strukturer og

prosesser for håndtering av informasjon, samt å øke organisasjonens forståelse for det faktum at en god sikkerhetskultur er noe som må jobbes med aktivt og kontinuerlig.

1.1.5 Normal Accident Theory

Grunntanken i Perrow sin Normal Accident Theory (NAT) er at noen systemer er satt sammen på en måte som gjør at ulykker er unngåelige (Kongsvik, 2018, s. 78). Teorien fokuserer på systemets egenskaper, fremfor menneskelig feil (Perrow, 1984, s. 63). Slik er NAT plassert i New View i sikkerhetslitteraturen (Dekker, 2014, s. 6).

En gransking kan dra nytte av et NAT-perspektiv på den måten at en ulykkeshendelse da må ses i sammenheng med systemet der hendelsen inntreffer for at de egentlige årsakene skal kunne avdekkes. Systemets egenskaper vil påvirke hvor ulykkesutsatt alle deler av systemet er. Et system kan, i tillegg til alle sine operative komponenter og delsystemer, ha mange ulike funksjoner, tiltak og barrierer som skal ivareta sikkerheten. Dette kan være alt fra prosedyrer, retningslinjer, kompetanseheving og kvalitetssikring, til fysiske installasjoner og barrierer. Men dersom systemet etterhvert har blitt så komplekst at ingen egentlig har full oversikt over alle komponenter og sikkerhetstiltak, vil feilhendelser kunne forplante og spre seg i systemet uten at noen legger merke til det eller har kunnet forutse det. Og selv om det blir lagt merke til, vil systemet være for tett koplet til at noen rekker å gripe inn.

Granskingsprosessen vil dreie seg om å belyse hvordan de komplekse kjedereaksjonene av feilhendelser har “produsert” ulykken. De ugjennomsiktige delene av både systemet og hendelsesforløpet må avdekkes og studeres for at granskingen skal bidra til læring. Hvilke uforutsette interaksjoner har forekommet, og har disse påvirket utfallet? Hvor tette har koblingene vært, og har graden av tetthet spilt noen rolle? Perrows eget svar på problemet er enkelt og greit at kompleksiteten må reduseres og/eller koblingene må gjøres løsere for å gjøre systemet mindre ulykkesutsatt. Konklusjoner og tilrådinger i en gransking med NAT-”briller”, vil være i tråd med dette.

1.1.6 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger

Der MMDs og NATs perspektiv på ulykkesgransking leter etter årsaksfaktorer i system og organisasjon tar perspektivet om påvirkning, målkonflikter og beslutninger (PMB) steget enda lenger ut og opp; helt til lovverk og regjering (Engen et al., 2016, s. 149; Kongsvik, 2018, s. 84).

På alle nivåer i Rasmussens sosiotekniske modell kan man finne faktorer som kan ha medvirket til ulykken (Kongsvik, 2018, s. 84). Selv om fokus på egenskaper og mekanismer i enkeltindividenes beslutningsprosesser er en del av PMB, hører perspektivet sikkerhetsteoretisk helt klart hjemme i New View.

En granskingsprosess med PMB-perspektivet som “briller” vil potensielt kunne bli svært omfattende, ettersom årsakssammenhenger kan finnes på alle nivåer i Rasmussens sosiotekniske modell. Det blir derfor avgjørende for gjennomførbarheten av granskingen at dybden og bredden på undersøkelsene må stå i forhold til de ressurser kommisjonen er tildelt. Granskningens mål vil videre være å avdekke hvilke målsetninger som har stått i konflikt med hverandre og hvilke kompromisser som er inngått for å møte disse konfliktene. Hvordan har kompromissene påvirket sikkerhetsnivået? Har kompromissene ført til at grensen for sikker drift krysses?

Hvordan kommuniseres målsetninger i organisasjonen? Er det sammenheng mellom det som sies om sikkerhet og risiko og det som signaliseres i praksis? Hvordan forholder de ulike aktørene seg til en eventuell slik motsetning? Er det miljøhensyn, økonomi, effektivitet eller sikkerhet som oppleves som den viktigste målsetningen? Det vil også være viktig å få klarhet i om beslutninger som er tatt på de ulike nivåene er basert på samme kunnskapsgrunnlag. Henger beslutningene på strategisk nivå sammen med hva operatørene kan og vet om driften? Hvordan påvirkes beslutninger av organisatorisk, tidsmessig eller fysisk avstand til faren?

Konklusjoner og tiltaksforslag i et PMB-perspektiv kan ha store variasjoner. Årsaksforklaringer kan finnes på alle nivåer, og dermed kan tiltaksforslag spenne fra konkrete forslag til fysiske sikkerhetstiltak i den skarpe enden, og til kravformuleringer, standarder og prosedyrer på tilsyns- og reguleringsnivå.

1.1.7 Oppsummering

Ingen av perspektivene vi har drøftet har en utpreget Old View-tilnærming. Men allikevel kan vi fortsatt se elementer fra Old View komme til syne i granskingsarbeid. Det er viktig å være klar over at faktorer som politikk, omdømme, forutinntatthet, samt mangel på kunnskap eller ressurser spiller inn på hvilket syn på menneskelige feil som blir rådende i en gransking (M. Sommer, personlig kommunikasjon, 26. August, 2020).

HRO og RE har svært mange likhetstrekk der pålitelighet, fleksibilitet og sunn skepsis står sentralt. Disse to perspektivene kunne med fordel blitt slått sammen til ett. Både NAT og EB står støtt innen sikkerhetsteori, til tross for at de begge begynner å “dra på åra”. De inneholder elementer som fortsatt er unike og aktuelle, men begge perspektivene har begrenset verdi i seg selv. De må ofte suppleres med andre perspektiver for å kunne fange opp hele dybden og bredden i årsaksbildet.

MMD har også vært med lenge. Det som startet med Turner og Aberfan-ulykken i Wales har senere fått supplement og bearbeiding fra flere bidragsyttere, og kalles nå også for informasjonssvikt perspektivet (Dekker, 2014, s. 137; Kongsvik, 2018, s. 81-83). Dette perspektivet fremstår fortsatt som svært aktuelt, anvendelig, treffende og nyttig.

PMB-perspektivet har evnen til å fange opp enda flere bakenforliggende faktorer enn de andre perspektivene, med utgangspunkt i modellene til Rasmussen. Målkonflikter og *trade-offs* blir ikke særlig belyst i de andre perspektivene, så slik sett er PMB unik og viktig. Samtidig trenger nok PMB å suppleres av for eksempel NAT eller EB for å kunne fange opp detaljerte forhold fra den skarpe enden. I tillegg vil undersøkelser med PMB som perspektiv potensielt blir svært omfattende og uoversiktlige.

1.1.8 Ulykkesmodeller

Ettersom ulykkesmodeller spiller en viktig rolle når det gjelder metoder for ulykkesgransking, virker inn på hvordan årsakssammenhenger vurderes i en granskingsprosess, samt påvirker ansvarliggjøring og læring i etterkant av en gransking, vil vi i det følgende gjøre noen koblinger mellom de seks ulykkesperspektivene og ulykkesmodeller (Kjellén og Albrechtsen, 2017, s. 25).

EB har klare paralleller til barrieremodeller på flere måter. Avvik fra normal praksis knyttes til rammebetingelsene. Avviket kommer til uttrykk ved at kontrollen svekkes og fører til en ulykke, slik vi kan se i prosessmodeller (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s.31). Feilhendelser, både aktive og latente feil, ses i sammenheng med organisatoriske forhold, slik vi ser det i Reasons sveitserost-modell. Det å se en ulykke som energi på avveie samsvarere med det epidemiologiske aspektet innen barrieremodeller (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 34).

De systemiske ulykkesmodellene tar vurdering av årsaksbildet enda lenger, ser på helheten, og tar i større grad høyde for dynamiske og komplekse faktorer. Faktorer relatert til styring og

organisasjon blir mer omfattende belyst enn i andre modeller (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 27, 39-40). På denne måten har alle de øvrige ulykkesperspektivene flere likhetstrekk med de systemiske ulykkesmodellene.

PMB-perspektivet henger tett sammen med Rasmussens sosiotekniske flernivåmodell, som er en av de systemiske modellene. Fokuset ligger på hvordan beslutninger og målsetninger på et nivå medfører implikasjoner for andre nivå. Ettersom noen systemiske modeller til en viss grad bygger på prinsipper fra HRO og RE, er det naturlig nok paralleller til disse ulykkesperspektivene (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 45). Det gjelder systemets evne til å lykkes under varierende forhold, det vil si fleksibilitet og tilpasning i møte med både kjente og ukjent påkjenninger. Det gjelder også holdning til og håndtering av feil, der feilhendelser ses som en kilde til læring. NAT passer sammen med systemiske modeller på den måten at årsaksbildet er komplekst og inneholder et bredt spekter av faktorer som prosedyrer, retningslinjer og kompetanseheving, samt fysiske installasjoner og barrierer. Men NAT har en noe mer deterministisk undertone enn det vi finner i systemiske modeller generelt.

Turners MMD var tidlig ute med et systemisk blikk på ulykker, der både tekniske, sosiale, institusjonelle og administrative forhold i kombinasjon stod i fokus. Informasjonsflyt og kultur for feilhåndtering er også elementer som plasserer MMD sammen med de systemiske modellene. Men dersom vi ser på fenomenet *to drift into failure* innenfor MMD, ser vi en parallell til prosessmodeller der et system over tid kan utvikle seg fra adekvat kontroll, via mindre kontroll og til en ulykke.

Ingen av ulykkesperspektivene hører utelukkende hjemme sammen med sekvensielle modeller, men alle perspektivene har elementer av disse innebygd i seg. Alle perspektivene trenger en viss grad av innsikt i lineære årsakssammenhenger og energioverføringer når selve den konkrete ulykkeshendelsen skal studeres i detalj. Slik kan man si at sekvensielle modeller kan fungere som et slags skjelett for ulykkesgransking, og så kan barrieremodeller og systemiske modeller bidra med ytterligere informasjon som "kjøtt på beina"

Noe som ingen av ulykkesmodellene dekker er for eksempel hvordan grad av kontroll og informasjonsflyt kan måles og defineres. Det er heller ingen av modellen som tar for seg hvordan grad av subjektivitet og "biases" kan spille inn på en gransking.

1.2 Oppgave 1b

Det finnes en del fellestrekk mellom granskingskommisjoner selv om de går under mange ulike navn (undersøkelseskomité, granskingsutvalg, granskingskommisjon, evalueringsutvalg blant mange andre) (Koht, i NOU 2009: 9, s. 147). Kongsvik (2018, s. 121) har delt granskingen i tre hovedfaser som vi ser er gjennomgående i de fleste granskingsmetoder: 1) Innsamling av fakta og informasjon, 2) Analyse og utarbeidelse av konklusjoner, og 3) Utarbeidelse av tiltaksforslag og dokumentering av granskingen. Hver av disse tre fasene kan deles inn ytterligere. Ut fra rammeverk for ulykkesanalyse fra Kjellén og Albrechtsen (2017) har Kongsvik skissert åtte faser i en ulykkesgransking (Kongsvik, 2018, s. 123-124). Det er disse åtte vi vil se nærmere på i det følgende. Dette er ikke nødvendigvis en lineær prosess, men den legger noen føringer for struktur. Det vil under hele granskingsprosessen potensielt kunne dukke opp ny informasjon som kan påvirke og utfordre tidligere funn. Da blir det nødvendig å spole tilbake til tidligere faser. Slik ser vi at disse åtte fasene er overlappende.

1.2.1 Etablere granskingsgruppe og mandat - Fase 1

Avhengig av hendelsen som skal granskes vil granskingen gjennomføres enten av permanente ulykkeskommisjoner som Statens Havarikommisjon (SHK), Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) og Petroleumstilsynet (Ptil), eller mer ad-hoc-pregede kommisjoner, som Gjørsvik-kommisjonen og Brochmann-utvalget. Permanente ulykkeskommisjoner som SHK og Ukom er ofte hjemlet i lover og forskrifter. Disse avgjør selv hvilke alvorlige hendelser de vil undersøke. Ad-hoc-kommisjoner oppnevnes og gis mandat for avgrensede hendelser. Et eksempel på dette er Norges Offentlige Utredninger (NOU) som oppnevnes av regjeringen eller et departement (Hansen, 2020; Njå et al, 2020, s. 371-372; Statens Havarikommisjon, u.å.).

Kompetanse og grad av heterogenitet i en kommisjon vil være av stor betydning for utfallet av granskingen. Permanente ulykkeskommisjoner, som gjerne er knyttet til et bestemt fagfelt, har en fagstab med utfyllende kompetanse tilpasset dette feltet. Ved etablering av en ad-hoc-preget granskingsgruppe vil variert kompetanse være en viktig faktor (M.Sommer, personlig kommunikasjon, 16. september, 2020).

Mandatet er det som skal være veiledende for hele granskingen. Granskinger skal ikke ta stilling til straffeansvar, men skal trekke lærdom ut av hendelsene, og det er granskingsrapporten som skal bidra til læringen. Det er viktig at rapporten gjenspeiler mandatet som kommisjonen ble gitt. (M. Sommer, personlig kommunikasjon, 16. september 2020).

1.2.2 Samle inn data om ulykken - Fase 2

Proessen med å samle inn data til en ulykkesgransking vil i mange tilfeller være lik etterforskningen til politiet, men avviker på noen punkter, for eksempel dette med vurdering av straffeskyld. For å sikre bevis gjennomføres tre typer datainnsamling: intervju, innhenting av fysiske bevis og dokumentgjennomgang. Hendelsesstedet skal sikres slik at det kan tas bilder og video. Stedet kan stenges av ved behov. I en initiell fase, vil både politi og granskere være interessert i å stadfeste en tidslinje for ulykken. Granskere vil i de fleste tilfeller ankomme skadestedet en stund etter politiet; noen ganger flere dager etter. Samarbeidet mellom granskerne og politiet er således en viktig komponent i en god datainnsamling (M. Sommer, personlig kommunikasjon, 16. september, 2020).

Vitner spiller en svært sentral rolle under granskinger av ulykker, men det blir ofte tatt for gitt at vitner til ulykker gir nøytrale og nøyaktige beskrivelser i et granskingsintervju (Olsen, 2014, s. 3). Granskinger kan oppleves følsomme og utfordrende, og nøytralitet kan være vanskelig å opprettholde både for granskeren og for intervjuobjektet. Dette kan ha en negativ effekt på datainnsamlingen (M. Sommer, personlig kommunikasjon, 14. september, 2020). Det er viktig å gjennomføre intervjuene så tidlige som mulig i prosessen (Olsen, 2014, s. 9). Når vitner fra en ulykke intervjues, er målet å kartlegge hva de så, hørte og gjorde på skadestedet. Men våre minner er ikke konstante, de endrer seg over tid, noe som betyr at desto lengre tid det går mellom ulykken og intervjuet, desto større er sannsynligheten for at vitnet sine minner ikke samstemmer med virkeligheten (Olsen, 2014, s. 9). Det er slike utfordringer som fremstår som de mest krevende delene ved datainnsamling, da skjevheter kan oppstå både hos intervjuobjektet og granskeren. De vanligste utfordringene i forbindelse med vitneutsagn er *feilattribusjon*, *suggestibilitet* og *redigering*.

Innsamling av fysiske bevis starter ofte på skadestedet, ved befaring, tekniske undersøkelser og dokumentasjon gjennom bilde og video. Posisjonering og tilstand på ulike fysiske installasjoner og objekter kan fortelle mye om retning, hastighet, energimengde i ulykkeshendelsen.

Dokumentgjennomgang er stort sett det som kan gjøres til slutt. Dokumenter er en relativt stabil kilde og vil være mulig å få tak i lenge i etterkant av ulykken. Dokumentasjon kan være svært viktig dersom granskingen skal se etter bakenforliggende årsaksfaktorer (M. Sommer, personlig kommunikasjon, 14. september, 2020).

1.2.3 Beskrive hendelsesforløpet - Fase 3

En beskrivelse av hendelsesforløpet er en viktig del av en granskingsrapport (Kongsvik, 2018, s. 133). Hendelsesforløpet må beskrives klart, konsist og faktabasert. Dersom det er usikkerhet i hendelsesforløpet bør dette komme tydelig frem. Det finnes ulike analysemetoder for å avdekke hendelsesforløpet. De mest kjente er MTO, STEP og AcciMap.

MTO analysen står for menneske-teknologi-organisasjonsanalyse, og er et analyseverktøy velegnet for å avdekke et hendelsesforløp i en kortere periode. En STEP analyse, som står for Sequential Time Events Plotting, er en multilineær hendelseskjede som ser på handlingsforløpet til flere aktører i flere sektorer samtidig (Sklet, 2002, s. 45-46). Dette analyseverktøyet tar for seg både fysiske og mentale handlinger. STEP analyser har (teoretisk sett) ubegrenset antall enkelthendelser, noe som gjør det velegnet til å håndtere hendelser med et lengre forløp. AcciMap analyserer en hendelse i den skarpe enden av et system gjennom å se på interaksjoner mellom ulike systemnivåer, og hvordan disse interaksjonene sammen kan ha ledet til en ulykke (Sklet, 2002, s. 64). Statens Havarikommisjon for Transport har utviklet et eget rammeverk for ulykkesgransking, kalt SHT-metoden (SHT, 2018, s. 4). I denne ser vi en kombinasjon av blant annet STEP og AcciMap. SHT-metoden er skalerbar, og kan dermed justeres opp eller ned i størrelse ut fra hva slags hendelse som skal granskes.

1.2.4 Analysere direkte årsaker - Fase 4

Dette steget består i å analysere direkte årsaker til hendelsen. Det vil dreie seg om avvik og barrieresvikt, altså det som ikke samsvarer med normal praksis (Kongsvik, 2018, s. 124). Denne fasen henger tett sammen med, og overlapper til dels med de to neste fasene. Det er viktig å være obs på at ulike aktører kan ha ulike syn på hva som er normal praksis og hva som regnes som avvik. I nye og ukjente situasjoner vil det heller ikke være noen norm. Alt dette er viktig for en gransker å få klarlagt. Målet vil da være å lande på et sett med felles normer for feilfri drift. Her ser vi et eksempel på det store potensiale for læring som ligger i en granskingsprosess (Kjellén og Albrechtsen, 2017, s. 71)

1.2.5 Analysere påvirkende faktorer og rotårsaker - Fase 5 og 6

Kjellén og Albrechtsen betrakter hendelser og avvik som symptomer på underliggende mangler i organisasjonen (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 72). Dette gjør det viktig å ikke bare identifisere de direkte årsakene til en ulykke, men også de mer bakenforliggende årsakene. Dette skaper en mer helhetlig forståelse av hva som skjedde, men genererer også kunnskap om *hvorfor*. I steg nummer fem og seks tas utgangspunkt i alle de direkte årsakene som er identifisert, for å analysere hvorfor de har inntruffet (Kongsvik, 2018, s. 124).

Når det foreligger faktabaserte, logiske sammenhenger mellom avvik og årsak, er denne delen av granskingen en ren analytisk oppgave. Ved manglende data om årsaksforhold, benyttes subjektive ekspertvurderinger for å identifisere og tolke hva som kan være årsaker. Granskeren må sørge for at det skilles tydelig mellom fakta og tolkninger. I mange tilfeller er tolkninger den eneste måten å få etablert årsaksfaktorene. Her blir det viktig å involvere flere ulike personer, ikke bare den som er sikkerhetsansvarlig på stedet. Det kreves konsensus fra flere personer med god kjennskap til systemet, men med ulike perspektiver og ansvarsområder (Kjellén og Albrechtsen, 2017, s. 82-85).

Kjellén og Albrechtsen viser til hvordan mennesker, gjennom to dimensjoner, bedømmer hva som er årsaken til en ulykke: er ulykken forårsaket av en 1) person eller 2) omgivelsene, og er forholdene 1) stabile eller 2) skiftende? Forskning viser at folk har en tendens til å forklare ulykker som andre har vært involvert i ved å peke på personkarakteristikker, men ulykker vi selv har vært involvert i forklares ut fra eksterne, og mer skiftende forhold. En gransker må ha kjennskap til denne vanlige tilskrivningsfeilen for å kunne komme frem til de korrekte årsaksforklaringene (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 84).

1.2.5.1 Påvirkende faktorer

Påvirkende faktorer defineres gjerne som hendelser eller forhold som samlet øker sannsynligheten for at en hendelse skjer, men som hver for seg ikke forårsaker hendelsen (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 74). De påvirkende faktorene defineres gjerne som menneskelige, tekniske og organisatoriske forhold i systemet hvor en uønsket hendelse har hendt. Eksempler kan være mangelfulle rutiner, utydelig kommunikasjon, tidspress, stress, værforhold, psykososialt arbeidsmiljø mm.

Et slikt systemperspektiv anser en ulykke som «...utløst på grunn av et samspill mellom flere forhold som feiler, og at slike samspill er vanskelig å forutse i komplekse virksomheter» (Kongsvik, 2018, s. 129). Dette betyr at ulykkesgranskinger best gjennomføres med et helhetlig utgangspunkt, og at ulykker dermed sjeldent er et resultat av enkle årsak-virkning-sammenhenger (Kongsvik, 2018, s. 130).

1.2.5.2 Rotårsaker

Er hendelsen svært alvorlig vil det også være aktuelt å avdekke rotårsaker (Kongsvik, 2018, s. 124). Kjellén & Albrechtsen definerer rotårsaker som faktorer som ligger høyere oppe i en organisasjon: «Rotårsakene er grunnleggende årsaksfaktorer av høyere orden som tar for seg ulike klasser av styringsmangler, snarere enn enkeltproblemer eller feil» (2017, s. 74, egen oversettelse).

Videre sier Kjellén & Albrechtsen «å korrigere rotårsakene forhindrer at den analyserte ulykken gjentar seg, samtidig som den løser mangler i ledelsessystemet som kan forårsake eller bidra til andre former for ulykker» (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 74, egen oversettelse). Eksempler på dette finnes igjen i manglende HMS- og generell ledelse; sikkerhetsklima, risikovurderinger, overordnet planlegging er alle flere eksempler på faktorer i den butte enden av systemet som kan ligge bak en uønsket hendelse. Dersom rotårsakene ikke analyseres tilstrekkelig i denne fasen av granskingen, vil tiltaksfasen (fase 7) og implementeringsfasen (fase 8) begge bære preg av dette. Granskingen kan risikere å munne ut i tilrådinger som ikke har noen effekt ettersom de egentlige problemene i systemet ikke er identifisert.

1.2.5.3 Ulykkesperspektivet former årsaksbildet

Hva som identifiseres av påvirkende faktorer og rotårsaker og hvordan disse forklares og beskrives, avhenger av hvilket ulykkesperspektiv som ligger til grunn for granskingen. Dette kan faktisk påvirke en gransking i større grad enn de faktiske omstendighetene (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 83). I EB vil begreper som latente forhold og rammebetingelser brukes til å forklare hvorfor barrierene sviktet. Et HRO-perspektiv vil for eksempel kunne identifisere påvirkende faktorer i virksomhetens kultur og holdning til feil og avvik. MMD vil trolig avdekke påvirkende faktorer og rotårsaker i forbindelse med informasjonsflyten, mens NAT vil kanskje finne at årsakene ligger i selve kompleksiteten i systemet. PMB vil for eksempel kunne finne rotårsaker i målkonflikter og *trade-offs*.

1.2.6 Identifisere tiltak - Fase 7

I denne fasen skal resultater fra analysene legge grunnlaget for de forbedringsforslag og anbefalinger som fremmes. Disse forbedringsforslagene og anbefalingene har som mål å "... resultere i hensiktsmessige tiltak som forhindrer nye hendelser" (Kongsvik, 2018, s. 132).

For at resultatene skal være troverdige og relevante, må det foreligge god sammenheng mellom identifiserte årsaker og foreslåtte tiltak. Tiltakene må være basert på årsaksanalysen, og kan være rettet mot både direkte årsaker, påvirkende faktorer og rotårsaker. For at tiltakene skal føre til faktiske endringer, må formuleringer være klare og konsise når det kommer til gjennomføring og ressursbruk (Kongsvik, 2018, s. 133).

Identifisering av tiltak vil være formet av hvilke typer konsekvenser ulykken/hendelsen hadde. Det skilles gjerne mellom ulike typer tap, hvor mennesker har blitt skadet og/eller drept, miljøskader, eiendomsskader eller skade på et menneskes/bedrifts rykte (Kjellén & Albrechtsen, 2017, s. 59). Tiltak bør baseres på helhetlige vurderinger som tar også høyde for andre input enn de som er knyttet til ulykken. Det kan dreie seg om problemer eller svakheter de ansatte har erfart i samme periode, hva slags tiltak som vil ha mest holdbare effekter, samt hvilke tiltak som vil ha innebærer best utnyttelse av tilgjengelige ressurser (Hovden et al., 2004, s. 173).

1.2.7 Implementere og følge opp tiltak - Fase 8

Læring forutsetter en god granskingsrapport. Tiltakene som presenteres i rapporten må oppleves som troverdige, pålitelige og relevante for de som skal implementere tiltakene. To betingelser må ligge til rette for at læring skal skje i etterkant av granskinger. For det første «at granskingen gir god informasjon om at det er behov for endringer», og for det andre «at denne informasjonen senere blir brukt for å endre handlingsrepertoaret og arbeidsmåtene» (Kongsvik, 2018, s. 132). Det kan dermed fastslås at læring etter en gransking forutsetter, og skjer ikke før det har skjedd, en endring i arbeidsvanene.

Dette setter også krav til selve granskingen. En grundig gransking med gjennomgripende årsaksanalyser og tiltak basert på helhetsvurderinger legger gode føringer for læring, i motsetning til en gransking som oppdager en feil og foreslår tiltak for å utbedre denne uten å granske bakenforliggende årsaker. Granskingen bør også legge grunnlag for læring på tvers av organisasjoner i samme bransje (Hovden et al., 2004, s. 173-175).

Læring etter en gransking forutsetter at konklusjonene gjøres kjent for alle relevante aktører, og det er viktig å tenke over hvilke virkemidler som vil ha best effekt i så henseende. Det anbefales å benytte granskingsprosessen til å skape oppmerksomhet og engasjement rundt dette med kontinuerlig forbedring. Læring skjer i stor grad gjennom diskusjon og refleksjon blant de ansatte. Dette er noe ledelsen bør legge til rette for i arbeidshverdagen. Lederens holdning til forbedringsarbeid er således avgjørende for om virksomheten utvikler et miljø der læring står i fokus. En leder bør anse uønskede hendelser som en mulighet for læring, heller enn en jakt på den skyldige. Lederen må også ha tilstrekkelig troverdighet og autoritet hos de ansatte for å få gjennomslag for de foreslåtte forbedringstiltakene etter en gransking. På individnivå vil faktorer som psykologiske forsvarsmekanismer (undertrykking, fornektelse og fortrenning) eller bortforklarende holdninger (“dette var en helt spesiell og unik situasjon og vil trolig ikke gjenta seg”) stå i veien for læring (Hovden et al., 2004, s. 175-176).

1.2.8 Kvalitet i granskinger

Å sikre god kvalitet på en gransking starter med datainnsamlingen. Kvaliteten på informasjonen som blir samlet inn avgjør kvaliteten på både analysefasen og konklusjonene (Tinmannsvik & Kjellén, 2018, s. 10). Ettersom vitneintervjuer kan lede til skjevhet i funn, er det kritisk at analysefasen tar hensyn til dette for å ivareta kvalitet i granskingen.

Målet med en gransking er å hindre at lignende ulykker skal skje igjen, men ikke nødvendigvis kun i organisasjon som granskes. Jo flere felt funnene kan benyttes i, desto mer overførbar er funnene, noe som tilskriver granskingen kvalitet. Overførbarhet viser til om studien produserer kunnskap som er gyldig utover den enkelte hendelse som studeres (Malterud, 2001, s. 484-485).

En ulykkesgransking vil kunne øke kvaliteten ved være obs på refleksivitet i granskingen; nemlig det at “forskeren påvirker forskningen”. Granskerens bakgrunn og posisjon vil påvirke hva de velger å undersøke, hvilke metoder de vurderer som passende, samt funnene som ansees som mest relevante (Malterud, 2001, s. 483-484). Ikke minst vil perspektiv på ulykker forme alt fra etablering av granskingsgruppe og mandat, til årsaksanalyser og til konklusjoner og tilrådinger.

2.0 Oppgave 2

2.1 Oppgave i

2.1.1 Old View versus New View

Begge rapportene bærer preg av New View-tenkning. SHT-metoden bygger på et systemperspektiv og adresserer alt fra lokale til systemiske sikkerhetsproblemer. SHT-rapporten som studeres i denne oppgaven går så langt som til EU-reguleringer for å se til årsakene bakenforliggende ulykken. Lokal rasjonalitet kan sees i rapporten da sjåførenes handlinger, for å skaffe en oversikt over hendelsesforløpet, blir gjennomgått, men ikke kritisert.

Et kjennetegn ved New View-tenkning er at det er iboende motsetninger mellom effektivitet og sikkerhet. Gjennom de miljøeffektive tiltakene gjengitt i SHT rapporten, ser vi at disse tiltakene ble prioritert fremfor veisikkerhet, noe som synliggjør motsetningen mellom effektivitet og sikkerhet.

Det har ikke vært fremtredende, men det er likevel verdt å poengtere at vi også ser tilløp til Old View i SHT-rapporten. Det blir nevnt at en representant fra Mesta kjørte forbi ulykkesstedet noen timer før ulykken «og ifølge han, opplevdes ikke veien som glatt på dette tidspunktet» (SHT, 2019, s. 17). Dette fokuset på en enkelt person oppfattes som at et Old View fremdeles har litt plass i rapporten, selv om rapporten ikke sier noe om at dette enkeltmennesket er skyld i hendelsen.

I Ukom-rapporten ser vi også tydelige signaler til New View-tenkning. Rapporten legger tidlig frem at granskingen hadde som mål å avdekke risikofaktorer som kan ha medvirket til det som viste seg å være fatale mengder legemidler i kroppen til den avdøde (Ukom, 2020, s. 3). Valg av analyseverktøyet AcciMap peker på at granskingen tar utgangspunkt i et systemperspektiv. Dermed ligger denne granskingen sikkerhetsteoretisk plassert i New View. Mangler knyttet til rammebetingelser som fysiske forhold, bemanningsstruktur, informasjonsflyt, lovverk og tilsynsordninger gjennomsyrrer ikke bare rapporten, men også prosessen og tilrådingene. Det nevnes eksplisitt at tilrådingene går til samtlige døgnenheter i psykisk helsevern i Norge, og i tillegg ser vi tilrådingene som rettes mot både ledelse og nasjonale organer.

Det er vanskelig å finne tegn til Old View i Ukom-rapporten, men også her blir enkelte menneskers handlinger trukket frem til en viss grad. “Kontrollkommisjonen trodde at madrass på golvet handlet om at pasientene brukte sengene til å skade seg med, og stilte aldri spørsmål ved dette” (Ukom, 2020, s. 34). Det kan tenkes at denne vurderingen hadde blitt annerledes, og fått mindre alvorlige følger dersom kontrollen hadde blitt utført av andre personer. Samtidig kan dette også knyttes til mangler i kontrollrutinene, så dette er ikke et klokkeklart eksempel på Old View.

2.1.2 Perspektiver i SHT-rapporten

2.1.2.1 Energi- og barrieresperspektivet

I SHT sin rapport ser vi flere eksempler på både energi på avveie og barrierer som sviktet. Det kommer tidlig frem at «deformasjonene og skadeomfanget som følge av kollisjonen ble omfattende sett i lys av begge bussenes relativt lave hastighet» (SHT, 2019, s. 4). Her ser vi at energien som var på avveie ikke burde hatt dette skadeomfanget. Det blir også spesifisert at «bussenes tyngde er betydelig og kollisjonen kan ikke betraktes som en lav-energiulykke» (SHT, 2019, s. 32). Det blir nevnt flere barrierer som sviktet eller ikke fungerte; noen barrierer var heller ikke til stede. Piggdekk som barriere ble ikke benyttet, og vi ser SHT sin klare tilråding om at “dekkene på bussens framhjul ikke hadde optimale styre-egenskaper under de rådende veiforholdene i bunnen av Nafstadhelningen, og vurderer at pigger ville økt sikkerhetsmarginene i dette tilfellet” (SHT, 2019, s. 31). Det nevnes også manglende skilting langs ruten østgående buss kjørte. Denne barrieren var tilstede i motsatt kjøreretning, og det blir problematisert i rapporten at denne barrieren delvis manglet.

Rapporten konkluderer med at strøing av salt og sand, og at økt strøfrekvens ville være en nyttig barriere da strøingen på ulykkesdagen ikke var tilstrekkelig (SHT, 2019, s. 31). En kan her se tydelige tegn til EB da dette er en avdekking av de aktive feilene gjort i den skarpe enden, uten å nødvendigvis se det som en årsak til ulykken. Rapporten er tydelig på at salting er en mer effektiv barriere enn sanding (SHT, 2019, s. 23), men av grunner vi skal gå inn på i neste delkapittel ble ikke den mest effektive barrieren benyttet. Flere barrierer var utilstrekkelige, slik som frontkollisjon-sikring i førerhuset og manglende vedlikehold av vekst langs veien. Når vi gjennomgår rapportens del om kollisjonsbeskyttelse i førerhuset ser vi at barrierene som var satt i regelverket var oppfylt. Rapporten viser at regelverket for busser ikke var godt nok da det ikke

var krav til underkjøringshinder (SHT, 2019, s. 21). Sterkere barrierer kunne skilt energikilden og offeret i større grad; med andre ord var ikke barrieren tilstrekkelig.

I noen av tilrådingene ser vi et fokus på styrking eller endring av barrierer. Blant annet gir rapporten tilråding om samarbeid med finske trafikkmyndigheter om styrking av kravene til kollisjonssikkerheten. Dette er en forebyggende barriere som i fremtiden vil kunne skille energi og offeret i høyere grad enn det som var mulig i forkant av denne ulykken; altså en utbedring av dybdeforsvaret.

I alle nevnte barrierer var det noe som ikke fungerte som det skulle. Dette gjorde at energien som bussene innehadde fikk møtes og dermed oppstod ulykken. Selv om rapporten påpeker at energien ikke var spesielt høy med tanke på bussenes lave hastighet i kollisjonsøyeblikket (33-34 km/t), var det barrierer som sviktet eller ikke var til stede som utgjorde årsakene til dødsfallet. Noen barrierer var på plass, andre barrierer ble ikke benyttet grunnet blant annet målkonflikter, og det vil vi se videre på i følgende del.

2.1.2.2 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger

Rapporten trekker frem noen konkrete målkonflikter som kan ha vært utslagsgivende for den uønskede hendelsen. Den første konflikten vi ønsker å ta opp her er debatten som blir drøftet rundt bruk av piggdekk. Nettbuss fulgte krav fra kontraktsgiver Ruter om at det ikke var tillatt med piggdekk på bussene, grunnet miljøhensyn (SHT, 2019, s. 31). Her ser en tydelige tegn til at en har gått på kompromiss med trafiksikkerheten av miljøhensyn. Vi kan argumentere for at en slik *trade-off* mellom trafiksikkerhet og miljø har fått konsekvenser for sikkerhetsnivået i Nettbuss. Dette viser også rapporten til i sine sikkerhetstilråding der det påpekes at Ruter ikke har beskrevet kompenserende sikkerhetstiltak ved forbud mot piggdekk, samt at kommisjonen tilrår at bussoperatør og fører må bestemme valg av dekk.

I tillegg har Fylkeskommunen “mål om å redusere veisaltingen og øke bruken av sandstrødde vinterveier. Veisalting skal bedre trafiksikkerheten, men er kilde til forurensning av grunn og vassdrag” (SHT, 2019, s. 23). Her ser en tydelig målkonflikten og den *trade-off* fylkeskommunen har gjort. Målsetningen om å innfri miljøkrav har blitt prioritert. Dette blir tydelig statuert i rapporten, selv om granskingskommisjonen ikke selv tar stilling til om det skal benyttes sand eller salt til strøing, bare peker på at strøingen var mangelfull.

Disse to eksemplene viser klart til motsetninger mellom miljøhensyn og sikkerhet, hvor kompromisser har blitt inngått. Med dette kan vi trekke tydelige linjer til PMB-perspektivet. Vi ser kompromiss som er gjort på bekostning av sikkerheten, og at miljøhensyn i forkant av ulykkene har hatt prioritet. Det er likevel poengtert i rapporten at en i etterkant av ulykken har endret praksis og at det nå er mulig å søke om dispensasjon fra piggdekkforbudet hos Ruter (SHT, 2019, s. 29).

2.1.3 Perspektiver i Ukom-rapporten

2.1.3.1 Man-made disasters

Rapporten peker på flere forhold som har økt Hanna sin uro, og som dermed har bidratt til at hun fikk for mye medisiner. Uegnede lokaler, mange ulike relasjoner, informasjonssvikt, uklare miljøterapeutiske retningslinjer og tilleggsdiagnose nevnes som medvirkende faktorer. Alle disse elementene har sammen, og over tid, høynet risikonivået for Hanna uten at noen har lagt merke til det. Rapporten peker for eksempel på husblindhet hos de ansatte i sykehuset og hos kontrollkommisjonen (Ukom, 2020, s. 23). “Jeg blir helt dårlig av hvordan det ser ut, og hvor fort man blir blind...” (Ukom, 2020, s. 23). Dette er et godt eksempel på det tunnelsynet som knyttes til *drift into failure*. Det kan også ses som et eksempel på *inkubasjonsperioden* gjennom hvordan husblindheten har ført til økt risiko for pasienten. Informanter forteller at det internt har blitt varslet om utilfredsstillende bygningsmessige forhold ved skjermingsenheten, men dette ikke har ført til større utbedringer (Ukom, 2020, s. 23).

Hendelsesforløpet i Hanna-saken bærer tydelig preg av svikt i flyt og tolkning av informasjon. Et eksempel er at flere av de ansatte ikke var klar over at Hanna hadde diagnosen trippel X med lett psykisk utviklingshemning (Ukom, 2020, s. 38). En slik diagnose stiller ytterligere krav til omgivelsene, hvor tilpasset kommunikasjon, struktur og støtte er essensielt. Behandlingen Hanna fikk var ikke tilpasset diagnosen, hverken den miljøterapeutiske eller den medikamentelle behandlingen.

Rapporten peker også på at den miljøterapeutiske tilnærmingen rundt Hanna ikke var samkjørt (Ukom, 2020, s. 32-34). God informasjonsflyt er en forutsetning for miljøterapeutisk kvalitet. Det var stadig nytt personale rundt Hanna, og alle prøvde etter beste evne å sette grenser for adferden hennes. Dette bidro trolig til at Hanna sin uro økte, og derav også mengden

medikamenter gitt. Dette kan også ses i lys av MMD som informasjonssviktperspektivet. Ukom finner at det mangler faglige, felles møtepunkt som gir mulighet til planlegging og drøfting av miljøtiltak, samt diskusjoner om hvilken type krav og grenser som var mest hensiktsmessig for Hanna. Det er en kjent problemstilling for alle som har vært involvert i turnusarbeid innenfor helse- og sosialsektoren at slike møtepunkter er vanskelig å få til i praksis. Møtevirksomhet må bygges inn i turnusen. Dette er i praksis vanskelig å gjennomføre i virksomheter med heldøgns omsorg da noen alltid må være sammen med pasientene. I det daglige er det som regel en kort overlapping mellom skiftene, slik at viktig informasjon og nyttige erfaringer kan videreformidles til neste skift. Det finnes likevel ikke mulighet for å samle hele personalgruppen i ett og samme møte for å drøfte seg frem til gode miljøterapeutiske tiltak.

De viktige, tverrfaglige diskusjonene og felles fora som Ukom etterlyser, og som skal sikre god informasjonsflyt vil aldri vil kunne inkludere alt personell. Skriftlig dokumentasjon blir derfor i mange tilfeller virksomhetens eneste virkemiddel for informasjonsflyt. Skal dette fungere må det sikres både god kvalitet på informasjonen som journalføres, samt bygges inn i arbeidsrutinene at alle ansatte får anledning til å lese det som er skriftliggjort. Ukom rapporten peker på hvordan journalnotater ikke fanger opp hvilke krav og grenser som ble satt for Hanna, heller ikke hvilke tiltak som var nødvendig eller begrunnelse for tiltakene (Ukom, 2020, s. 34). Slik ble heller ikke de ulike årsakene til Hanna sin stadig forverrede tilstand sett i sammenheng med hverandre, grunnet svikt i flyt og tolkning av informasjon.

2.1.3.2 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger

Legene uttrykker at målene kommer i konflikt med hverandre når de ser at det haster med å hjelpe Hanna å finne hvile og søvn. Reglene for vedtak av medisinerer trekkes frem som et forsinkende element i en slik situasjon, da dette kan ta så mye som en uke å godkjenne (Ukom, 2020, s. 46). De er dog satt for at det skal være mulig å klage på tvangsmedisinering. Dette ivaretar mål som pasientens rett til medvirkning og pasientsikkerhet. “For legene var det en krevende situasjon med mange forventninger, hensyn og dilemmaer da beslutningen om legemiddel-injeksjoner ble tatt den siste dagen” (Ukom, 2020, s. 47).

Vedrørende Hanna sitt kritiske behov for søvn uttrykker legene også en konflikt når det gjelder hvorvidt Hanna kunne samtykke til eller medvirke i egen behandling. Hun mottok de søvnfremmende injeksjonene selv om legene og ledelsen forteller at Hanna ikke var i stand til å

forstå risikoen ved disse. Det var vanlig praksis at dersom pasienten ikke gjør motstand, så regnes dette som et samtykke (Ukom, 2020, s. 47). Kravet om informert samtykke innen psykisk helsevern ble skjerpet i 2013 og har slik ført til økt oppmerksomhet på målet om selvbestemmelse og rettssikkerhet (Ukom, 2020, s. 47). Men i praksis er dette krevende å ivareta, og i Hanna sitt tilfelle kom dette målet i konflikt med det mer presserende målet om å gi henne hvile og søvn. Utveien ble derfor trolig å basere beslutningene på et samtykke med en noe tvilsom gyldighet.

Rapporten peker også på hvordan beslutningene om skjerming er preget av målkonflikter. Målet om å gi de andre pasientene ro kom i konflikt med målet om en best mulig tilpasset behandling for Hanna. Ifølge journalen skulle Hanna sin behandling innebære “miljøterapi med støtte, struktur og begrensnings av stimuli” i tillegg til den medikamentelle behandlingen (Ukom, 2020, s. 32). De miljøterapeutiske tiltakene ble etterhvert begrenset til at Hanna måtte være på rommet sitt. Skjermingen var “primært begrunnet i hensynet til de andre pasientene, men var også med for å skjerme Hanna for stimuli” (Ukom, 2020, s. 32). Målet om å gi de andre pasientene ro har fått høyere prioritet enn å gi Hanna en god miljøterapeutisk behandling.

Informanter trekker frem hvor viktig relasjonen til miljøpersonalet er for behandlingen. “Brudd i relasjoner er sårbar og ikke helsebringende. Så det bør vi å gjøre så lite så mulig...” (Ukom, 2020, s. 29). Men Hanna måtte forholde seg til flere titalls forskjellige personer i løpet av oppholdet på skjermingsenheten. Granskingen vurderer denne mangelen på kontinuitet som svært belastende for Hanna. Rapporten beskriver hvordan flere av de ansatte ble slitne av å være tett på Hanna, og at dette førte til hyppige skifter. Personalets tåleevne og slitasje prioriteres høyt, fremkommer det av intervjuene. Ansatte med overskudd er til nytte for pasientene, nevnes som en grunntanke (Ukom, 2020, s. 29). Her kan vi se en konflikt mellom å ivareta de ansatte versus å gi Hanna best mulig miljøterapeutisk behandling.

2.1.3.3 High Reliability Organizations

Når vi kommer til tilrådingene i rapporten kan vi se at et annet ulykkesperspektiv gjør seg gjeldende. Flere har likhetstrekk med teorien om HRO. Tilrådingen som går på tettere observasjoner etter injeksjoner kan ses som *mindfulness*. Dette med å øke observasjonskompetansen slik at feil og farer oppdages tidligere er helt i tråd med *preoccupation with failure*.

Granskingen etterlyser tverrfaglige møter for å legge felles føringer for miljøterapien. Dette kan ses i lys av hvordan HRO forholder seg til ekspertise i tillegg til en *organisatorisk redundans*. Beslutninger skal tas av dem som kjenner situasjonen eller operasjonen best, uavhengig av hvilken posisjon de har i virksomheten. I slike tverrfaglige møter som granskingen tilrår, får både behandlere (legene) og miljøpersonell være med i drøftingene. Dette sikrer viktig informasjonsutveksling, samt innebærer redundans og overlappende kompetanse slik at virksomheten blir mindre sårbar.

Rapportens tilrådinger nevner også at skjermingspraksis bør diskuteres jevnlig og systematisk på den enkelte sengepost, og opp mot den enkelte pasient (Ukom, 2020, s. 55). Dette er i tråd med *reluctance to simplify* innenfor HRO-tenkning. Man søker å skaffe komplette og nyanserte bilder av situasjonen, slik at signaler om fare ikke blir oversett.

HRO-prinsippet om *sensitivity to operations* kommer til uttrykk ved at en av tilrådingene i rapporten lyder: “Systematiske befaringer knyttet til fysiske forhold må gjennomføres i skjermingsenhetene” (Ukom, 2020, s. 55). I den forbindelse foreslås et verktøy som kalles “I pasientens fotspor”. Dette er rettet mot ledelsen og innebærer at lederen skal være sammen med en pasient gjennom hele eller deler av en dag. Lederen får slik muligheten til å observere virksomheten gjennom et pasientperspektiv. Slik får lederen et unikt blikk inn i den skarpe enden av virksomheten og det kan formes bedringstiltak i samarbeid med både pasient, pårørende og ansatte.

Ukom-rapporten kommer flere ganger inn på at avdelingen var dårlig vedlikeholdt. Dette nevnes ikke eksplisitt i tilrådingene, men fysiske forhold inngår i tilrådingen om de systemiske befaringene nevnt over. Ettersom det er mye bygnings- og inventarmessig slitasje på en slik sengepost behøves hyppig vedlikehold for å opprettholde kvaliteten på de fysiske forholdene. Ses dette i lys av *commitment to resilience*, har hyppig vedlikehold den hensikt å hindre at de stadige ødeleggelsene skal bidra til lavere trivsel og dermed lavere kvalitet på tjenesten. Virksomheten blir slik mer resilient ettersom kvalitet og trivsel opprettholdes til tross for hyppige ødeleggelser.

2.1.3.4 Normal Accident Theory

Perspektivene ovenfor er de tre som tydelig fremkommer i Ukom-rapporten. Samtidig kan vi se enkelte elementer som er i tråd med Perrow sin NAT-tenkning.

Her kan det trekkes linjer mellom den kjedereaksjonen som ledet til Hannas død, og det som Perrow beskriver som et komplekst system. Det fremkommer i rapporten at dødsårsaken til Hanna var legemiddelforgiftning. Medisinen Hanna ble gitt under innleggelsen er dermed å betrakte som en av mange komponenter i kjedereaksjonen. Manglende informasjon om det helhetlige sykdomsbildet til Hanna, gjorde at det ikke ble tatt særskilte hensyn, til tross for at hun hadde behov for tilrettelegging, toleranse, forståelse og støtte (Ukom, 2020, s. 17). Samtidig trekkes det frem andre faktorer som etnisitet og metabolisme som har virket inn på kjedereaksjonen. Også forholdene ved skjermingsenheten, trekkes frem som uegnet for pasienter som Hanna. De nevnte faktorene medvirker i det som kan kalles et ugjennomsiktig system, hvor effektene blir annerledes enn tenkt grunnet den høye graden av kompleksitet.

2.2 Oppgave ii

Objektivitet er en viktig men utfordrende balansegang for granskerne i både SHT og Ukom. Hendelsen skal undersøkes, men det skal ikke tillegges skyld. Objektiviteten blir også utfordret av alvorligheten i disse hendelsen med tanke på at begge ulykkene medførte dødsfall.

Samtidig vil det være en utfordring for granskerne å vurdere i hvilken grad rotårsaker skal undersøkes og vektlegges. Hvor dypt en gransking skal gå i å lete etter underliggende faktorer er det granskerne selv som avgjør.

2.2.1 utfordringer for SHT-granskerne

Som gransker kan det være utfordrende å få samlet inn all relevant informasjon som kreves for å skape en god rapport. En sentral del av datainnsamlingen i denne typen ulykker vil være å få tak i fartsskriverne og få disse lastet ned. Det er også viktig at granskerne i denne typer ulykker ankommer raskt til ulykkesstedet for å gjøre sine undersøkelser av bevis som ellers kan gå til spille. SHT ble varslet av Vegtrafikksentralen omtrent 30 minutter etter ulykken og fikk kontaktet politiet for å sikre kjøretøyene og nødvendig informasjon (SHT, 2019, s. 3). I denne typen granskinger vil det dermed være en viktig oppgave for granskerne å samarbeide med politiet. Dette kan være utfordrende da politiet og granskingskommisjonen søker ulike resultater

gjennom etterforskningen. Blant annet er sikring av bilder og vitneavhør fra skadested et eksempel på utfordringer granskerne står ovenfor. Rapporten bærer lite preg av intervjuer med involverte i ulykken, og det er dermed rimelig å anta at rapporten ikke har vektlagt mye av denne formen for informasjon.

Ulykken som undersøkes i denne rapporten var delvis påvirket av utfordrende værforhold. SHT forklarer i rapporten at de ikke klarte å hente inn værprognosen for denne dagen (SHT, 2019, s. 16). Værprognosen ville inneholdt data som kunne klargjort hvorvidt Mesta opptrådte forsvarlig i henhold til værforholdene, samt om veiene ble strødd hyppig nok. Foruten disse dataene ser vi at det kan ha vært en utfordring for granskingskommisjonen å konkludere med årsaksfaktorer eller muligheter for tiltak ettersom mangelfull informasjon vil være et hinder.

2.2.2 Utfordringer for Ukom-granskerne

Ettersom det ble gjort en mengde intervjuer vil granskerne stå overfor utfordringen om kvalitetssikring av intervjuene, samt tolking av dataene. Samtidig må det tas hensyn til at noen av intervjuobjektene er pårørende, og det kan slik være vanskelig å sikre at fakta kommer på bordet i en såpass tragisk sak.

Rapporten viser at granskingen har hatt et systemisk fokus, der enkeltmennesker ikke skal tillegges skyld. Det er viktig at dette fokuset underveis blir formidlet til helsepersonell som kan sitte med skyldfølelse for hendelsen, og som ikke ønsker å inkriminere seg selv. En utfordring for granskerne vil være å sikre intervjuer som er fri for feilattribusjon, suggestibilitet og redigering. Datagrunnlaget til Ukom-granskerne kan også tenkes å ha blitt stort, og det kan ha vært en utfordring å sortere ut relevant informasjon.

Et viktig moment granskerne har tatt stilling til er informasjon som har kommet frem i intervjuene, men som ikke er journalført. Blant annet ble det ikke journalført at sengen til Hanna ble tatt ut av rommet hennes (Ukom, 2020, s. 34). Slik informasjon kan være vanskelig å verifisere, og det er viktig at en får verifisert fra flere hold at dette skjedde og grunnen til at dette skjedde.

Granskerne må mestre balansen mellom grundig datainnsamling og hensynet til alle de vonde følelsene som vil være knyttet til en slik sak. Rapporten må være nøytral og nøktern, men det er også viktig å vise hensyn til den avdødes nærmeste, med tanke på tap og sorg. Ukom-rapporten

starter med en introduksjon av hvem Hanna er, og denne delen kan ha vært en utfordring for granskerne både med tanke på nøytralitet, men også med hensyn til pårørende.

At Hanna hadde etnisk minoritetsbakgrunn har også kunnet vært en utfordring for granskerne ettersom det kan oppstå språklige misforståelser i intervjuene med familie og pårørende. Det kan også ha vært misforståelser mellom Hanna og helsepersonell, og det er viktig at granskerne har kunnskap om minoritetsbakgrunnen til Hanna. At familien ikke kjenner seg igjen i Hanna sin diagnose som lett psykisk utviklingshemmet kan i seg selv være et tegn på at det er både språklige og kulturelle utfordringer (Ukom, 2020, s. 9). Det kan også være knyttet stigma til dette, og utfordringen for granskerne vil være å manøvrere i dette terrenget for å få frem mest mulig fullstendig og korrekt informasjon.

At rapporten omhandler et sårbart tema og sårbare mennesker er med på å gjøre det viktig med hvor granskerne legger fokuset i rapporten. Det er viktig å unngå språk som bidrar til skyldfølelse, da dette kan stå i veien for læring. At en rapport om et tema som dette har et systemperspektiv med fokus på læring, og å unngå skyld på enkeltmennesker vil være av signifikans.

En siste utfordring for granskerne av Hanna-saken vil være handlingsforløpet. Der SHT-granskerne hadde tilgang til begge fartsskriverne, som objektivt henter ut data om handlingsforløpet fra start til slutt, vil dette være mindre oversiktlig for Ukom-granskerne.

2.3 Oppgave iii

2.3.1 Likheter i rapportene

Disse er rapporter med et felles mål; å avdekke årsakssammenhenger som har ledet til ulykken, og presentere tilrådinger for å hindre at lignende hendelser skal kunne skje igjen. Da både SHT og Ukom kan ansees som veletablerte kommisjoner, indikerer dette en gode rutiner og god intern dynamikk i granskingsgruppen.

Vi ser at både SHT-rapporten og Ukom-rapporten benyttet seg av et New View-perspektiv under granskingen, da årsakene ble avklart å være i lovverket og rutineene (SHT) og i dårlige strukturer (Ukom). Vi ser at til tross for at SHT og Ukom benyttet seg av ulike ulykkesperspektiv, så holdt begge kommisjonene systemperspektiv i fokus. I Ukom sin rapport skrives det eksplisitt at

granskingskomiteen benyttet seg av AcciMap metoden for å beskrive hendelsesforløpet (Ukom, 2020, s. 60-61). En slik avklaring ble ikke inkludert i SHT-rapporten, men basert på at SHT har utviklet en egen metode, tar vi utgangspunkt i at denne ble benyttet (SHT, 2018, s. 4).

2.3.2 Ulikheter i rapportene

Disse to granskningene ble gjennomført på svært ulike felt. SHT gransker tekniske hendelser som bilulykker og andre hendelser i trafikken mens Ukom gransker alvorlige hendelser knyttet til helse- og omsorgstjenesten i Norge. Til tross for at begge rapportene bærer preg av en New View-tilnærming, så identifiserer vi ulike ulykkesperspektiv. Som presentert ovenfor så benytter SHT-rapporten seg primært av EB for å avdekke hvorfor de to motgående bussene kolliderte. I kontrast ser vi at dette ikke var et sterkt tilstedeværende perspektiv under Ukom sin granskning. Ukom benyttet seg primært av MMD, samt PMB og RE.

Ulykkesperspektivene har også formet granskingenes presentasjon av tilrådinger. SHT-rapporten fokuserer på å etablere nye barrierer som vil redusere sannsynligheten for hendelser med samme alvorlighetsgrad. Disse tilrådingene strekker seg helt til internasjonalt nivå og EU reglement. Tilrådingene presentert i Ukom-rapporten derimot stopper på nasjonalt nivå.

SHT-rapporten lister tydelig opp sine seks sikkerhetstilrådinger i et eget kapittel, mens de tre tilrådingene Ukom-rapporten kommer med er mindre strukturert fremstilt. Vi anser rådene fra SHT-rapporten som tydeligere og mer konkrete enn rådene i Ukom-rapporten.

De to rapportene har svært ulik utforming. SHT-granskingen har utelukkende forholdt seg til tall og fakta, og det foreligger ingen subjektive antagelser i rapporten av typen “det kan tenkes at” og “trolig”, i motsetning til i Ukom-rapporten. Det gir oss grunn til å tro at SHT har lyktes med tanke på objektivitet. Vi ser også at Ukom rapporten har en gjennomgående bruk av virkemidler som sitater, følelsesladde bilder og beskrivelser, mens SHT-rapporten kun har relevant fakta og tekniske detaljer i fokus. Dette leder til at Ukom rapporten fremstår som mer følelsesladet enn SHT rapporten.

Granskingsprosessen til Ukom bestod av intervjuer og analyser av journal og dokumentasjon (Ukom, 2020, s. 3). Valg av intervjuobjekter viser en systemisk bredde. I tillegg til pårørende og personell som var involvert i hendelsesforløpet har granskingen også omfattet intervjuer med sykehusledelsen og medlemmer i kontrollkommisjonen. Dette står i kontrast til SHT sine

metodiske valg, som bærer mindre preg av intervjuer med pårørende og mer preg av utregninger og tall.

2.4 Oppgave iv

2.4.1 SHT-rapporten

Denne rapporten fra SHT er informativ, tungt basert på tall og fakta med liten grad av subjektivitet, og slik fremstår den grundig og troverdig. Det er dog elementer vi mener kunne med hell blitt inkludert i rapporten for å ytterligere fremme funnene til kommisjonen. SHT har presentert en rekke forbedringsforslag som strekker seg fra lokale til internasjonale tiltak. Blant disse, mener vi at en matematisk utregning på ulike bremselengder hos tunge fartøy på glatt underlag kunne blitt inkludert. En slik utregning kunne gitt SHT et godt grunnlag til å foreslå en nedsatt fartsgrense i Nafstadhelningen i vintermånedene.

En av de større svakheten vi har funnet ved SHT rapporten er et manglende metodisk kapittel som viser granskerens fremgangsmåte, nærmere bestemt SHT-metoden. Vi mener at et slikt kapittel kunne gitt oss et bedre innblikk i SHT sitt arbeid, og dermed gjort det lettere å avdekke eventuelle mangler i rapporten.

Granskingen kunne potensielt avdekket ytterligere fakta dersom de hadde benyttet seg av intervjuer som metode. En større vekt på involverte aktørers opplevelser kunne kastet mer lys over årsakssammenhengene. Eksempelvis kunne det vært gjennomført et intervju med føreren som overlevde. Det ble nevnt flere ganger i rapporten at østgående buss var i rute. Leser får aldri vite om vestgående buss var i rute, noe som gjør at det kan stilles spørsmålstegn ved dette. Hvorfor ble ikke dette tatt med? Var vestgående buss forsinket? Det er usikkert om dette ville påvirket rapporten i noen grad, men det fremstår som påfallende at det blir utelatt.

Avslutningsvis ser vi et forbedringspotensiale i henhold til selve publiseringen av SHT rapporten. Ulykken fant sted den 17. november 2017, mens rapporten med forbedringsforslag ikke ble publisert før juni i 2019, halvannet år etter ulykken. SHT har som jobb å granske ulykker og komme frem til sikkerhetstilrådingene som skal forbedre sikkerheten på norske veier. Det vil si at deres funn ikke bare er relevante for de involverte aktørene, men for alle som benytter disse veiene. Sikkerhetstilrådingene til SHT omfatter alt fra skilting og salting av veiene, til internasjonale regelverk til kollisjonssikkerhet i buss. Alt dette er faktorer som vil

bidra til økt sikkerhet på veien. I så henseende synes vi at 19 måneder er for lang tid. Ved en raskere publikasjon kunne enkelte av disse sikkerhetstilrådingene blitt iverksatt tidligere, noe som kan ha vært avgjørende i senere hendelser.

EB ble definert som mest fremtredende. Granskinger av denne typen har “fordelen” av å være svært tekniske, og det er god tilgang til tall og data som sier noe om hvordan denne ulykken kunne skje. For å identifisere hvorfor ulykken kunne skje ser vi at PMB er det tydeligste perspektivet, da politikk i stor grad er preget av målkonflikter. Vi mener perspektivene er gode for å belyse årsaksforholdene til ulykken. Likevel ser vi at det kunne vært hensiktsmessig for en granskingsgruppe å anvende RE og HRO (som kan sees under ett) da et fokus på den daglige aktiviteten, samt tidligere feil og nesten-feil kunne avdekket nyanser i organisasjonenes sikkerhetskultur. Gjennom dette perspektivet kunne granskingen tatt tak i varslingene som tidligere ble gjort. Blant annet var det registrert 11 ulykker i Nafstadhelningen.

2.4.2 Ukom-rapporten

Rapporten har en svært kvalitativ tilnærming og inneholder mye tekst. Det mest konkrete forbedringspotensialet vil være å gjøre teksten mer konsis og dermed rapporten kortere. Mye viktig informasjon og læring kan forsvinne i at rapporten er både lang og komplisert.

Innledningsvis bærer også rapporten et visst preg av å spille på følelser. Det bidrar til at innholdet ikke oppleves som helt nøytralt, men farget av sorg og tap. En granskingsrapport skal føre til læring og forbedring, og det å spille på følelser kan være et effektivt virkemiddel med tanke på å nå frem med budskapet. Vi mener likevel at denne formen for føleri ikke hører hjemme i en granskingsrapport. Bilder og språk i rapporten bidrar også til at budskapet i rapporten blir farget. Slik retorikk kjennes irrasjonelt i en slik type fagrapport.

Denne granskingen innehar et komplekst aktørbilde og inneholder mange fagspesifikke begreper. Dette kunne vært utført på en bedre måte for i større grad å sikre at budskapet når frem til alle relevante mottakere. Begreper som habiliteringstjeneste og spesialisthelsetjeneste kunne trengt forklaringer. I tillegg er det en uoversiktlig bruk av titlene behandlere, miljøpersonale, miljøterapeuter og helsefagarbeidere, noe som bidrar til det uoversiktlige aktørbildet.

Under kapitlet *Hva kan vi lære av undersøkelsen* står det flere momenter som trenger forbedring, men rapporten kommer med veldig få konkrete tiltak til hva som bør gjøres med de manglene

rapporten identifiserer. Det blir blant annet identifisert at Hanna har for mange behandlere rundt seg, men ikke sagt noe om hvordan dette skal løses. Det blir identifisert at det er et dilemma mellom personalets energi og overskudd til å ivareta Hanna og Hanna sitt behov for stabilt personale rundt seg. Rapporten sier ikke noe om hvordan dette dilemmaet kan løses. Det blir også notert at en skal ta hensyn til pasienter med utviklingshemninger, men ikke noe om hvordan en skal kunne ta hensyn til disse pasientene. Ukoms kapittel *Våre tilrådinger* identifiserer tre tilrådinger, men disse kommer ikke tydelig nok frem. Her kunne det vært hensiktsmessig å tilnærme seg SHT-sitt tilråningskapittel da dette fremstår mye mer organisert og tydelig. For å lære av ulykker og uønskede hendelser er det viktig at tilrådingene er klare og tydelige. Dette ser vi at har forbedringspotensiale i Ukom-rapporten.

Når det kommer til bruken av Storbritannia som eksempel på medisiner og oppfølging, så er dette et eksempel det kunne blitt statuert tydeligere hvor granskerne vil med dette. Kunne dette blitt tatt med i forslagene til læring? Rapporten viser et fokus på forskning og forankring i forskning, men dette blir ikke sett igjen i tiltakene og punktlisten for læring. Dette kunne med fordel blitt poengtert og vært mer eksplisitte poenger i rapporten.

Denne rapporten har tydelige tegn fra MMD, PMB og HRO. Vi viser ovenfor (kap 2.1.3.2) til en rekke målkonflikter. Vi ser dog lite til PMB i tilrådingene, og mener dette med fordel kunne blitt viet større plass. Vi ser det som viktig for organisatorisk endring at målkonfliktene blir tydeligere adressert. Tilrådingene kunne vært tydeligere på dette og kommet med klare forslag til endringer. Dette ville ha bedret rapporten som helhet, og fått den til å fremstå mer konkret. Blant annet blir økonomi og finansiering nevnt som viktig, da ”finansiering og prioritering av vedlikehold av bygningsmessige forhold” blir pekt på i et av læringspunktene (Ukom, 2020, s. 17). Mye av rapporten omhandler fasilitetene på sykehuset, uten at det fremmes noen konkrete forslag for forbedring på dette i tilrådingene. Økonomiske utfordringer i helsesektoren, i lys av dette perspektivet, kunne med fordel vært problematisert mer.

Et perspektiv som tydelig fremkommer i kapittelet om tilrådinger er HRO. I flere av tilrådingene kan det trekkes klare linjer til HRO uten at perspektivet nødvendigvis fremkommer tydelig andre steder i rapporten. Dette kunne vært hensiktsmessig å i større grad inkludere. Ettersom vi mener HRO og RE er noe overlappende perspektiver ser vi det som hensiktsmessig om rapporten også hadde inkludert aspekter ved systemet som har avlet frem dette

handlingsmønsteret som muliggjorde ulykken. Et fokus på safety I og safety II, eller *commitment to resilience* kunne gagnet både granskingsprosessen og rapporten ettersom det også ville kunne sett til hva som gikk bra på institusjonen.

Referanseliste

- Dekker, S. (2014). *The field guide to understanding «human error»* (Third edition). Florida: CRC Press, Taylor & Francis Group
- Engen, O. A., Kruke, B. I., Lindøe, P., Olsen, K. H., Olsen, O. E., & Pettersen, K. A. (2016). *Perspektiver på samfunnssikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hansen, T. (2020, 2 juli). Norges offentlige utredninger (NOU). Hentet fra [https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_\(NOU\)](https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_(NOU))
- Hovden, J., Sklet, S. & Tinmannsvik, R.K. (2004). I etterpåklokskapens klarsyn: Gransking og læring av ulykker. I Lydersen, S (Red.). *Fra flis i fingeren til ragnarok: tjue historier om sikkerhet*. (163-182). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Kjellén, U. & Albrechtsen, E. (2017). *Prevention of Accidents and Unwanted Occurrences: Theory, Methods, and Tools in Safety Management* (2 utg.) CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315120973>
- Kongsvik, T. Ø. (2018). *Sikkerhet i arbeidslivet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Njå, O., Sommer, M., Rake, E. L., & Braut, G. S. (2020). *Samfunnssikkerhet: Analyse, styring og evaluering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Koht, H. (2009). *Lov om offentlige undersøkelseskommissjoner : særskilt oppnevnte offentlige kommissjoner (NOU 2009:9)*. Vedlegg 1: Rapporter fra norske granskingskommissjoner 1827-2009. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/40fc91e0e22d4694b70d80527288b1c3/no/pdfs/nou200920090009000dddpdfs.pdf>

- Olsen, K.H., (2014) *Granskingsintervjuet og vitners troverdighet*. Revidert utkast 2014, 15 oktober.
- Perrow, C. (1984). *Normal accidents*. Basic Books: New York
- Pidgeon, N. & O’Leary, M. (2000). Man-made disasters: Why technology and organizations (sometimes) fail. *Safety Science*, 34(1–3), 15–30. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00004-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00004-7)
- Sklet, S. (2002) *Methods of accident investigation (1958.2002)* Hentet fra http://www.learnfromaccidents.com.gridhosted.co.uk/images/uploads/Norwegian_university_of_science_and_technology_Method_for_accident_investigation.pdf
- Statens Havarikommisjon (u.å). Mandat. Hentet fra <https://havarikommisjonen.no/Om-oss/Mandat1>
- Statens Havarikommisjon for Transport (2018, januar). *SHT-METODEN: Sikkerhetsfaglig rammeverk og analyseprosess for systematiske undersøkelser*. Hentet fra <https://havarikommisjonen.no/Om-oss/Methodikk>
- Statens Havarikommisjon for Transport. (2019, juni). *Rapport om møteulykke mellom to busser på FV. 450 ved Nafstad, Ullensaker 17. november 2017*. Hentet fra <https://havarikommisjonen.no/Vei/Avgitte-rapporter/2019-04>
- Statens undersøkelseskomisjon for helse-og omsorgstjenesten (Ukom) (2020). *Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost: Risikoforhold ved skjermingstiltak*. Hentet fra <https://www.ukom.no/media/1529/rapport-1-2020-170620-web-versjon.pdf>
- Tinmannsvik, R. K. & Kjellén, U. (2018). *Gransking etter hendelser*. SINTEF & NTNU. Hentet fra <https://sikkerhetba.files.wordpress.com/2018/03/siba-granskning-etter-hendelser.pdf>
- Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the Unexpected: Sustained Performance in a Complex World* (3. utg). Wiley: New Jersey