

Prosjektoppgave SAM600



SAM600 – Granskingsmetodikk

Høsten 2022

Universitetet i Stavanger

Innholdsfortegnelse

1.0 Del 1 – Prinsipielle forhold i en gransking	4
1.1 Oppgave 1a	4
1.1.1 The old view og the new view	4
1.1.2 Ulykkesmodeller	5
1.1.3 Energi– og barriereperspektivet.....	6
1.1.4 Normal Accident Theory	7
1.1.5 High Reliability Organizations	8
1.1.6 Man-Made Disasters	9
1.1.7 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger	11
1.1.8 Resilience engineering	12
1.1.9 Oppsummering	14
1.2 Oppgave 1b	15
1.2.1 Fase 1: Etablere granskingsteam og mandat.....	15
1.2.2 Fase 2: Innsamling av data	16
1.2.3 Fase 3: Beskrivelse av hendelsesforløpet	17
1.2.4 Fase 4: Analysere direkte årsaker	18
1.2.5 Fase 5 og 6: Analysere påvirkende faktorer og rotårsaker	19
1.2.6 Fase 7: Identifisere tiltak	20
1.2.7 Fase 8: Implementering og oppfølging av tiltak.....	20
2.0 Del 2 – Analyse av allerede gjennomførte granskinger.....	22
2.1 Oppgave 2a	22
2.1.1 Perspektivene i SHK-rapporten	22
2.1.2 Perspektivene i Ukom-rapporten	26
2.2 Oppgave 2b	30
2.2.1 utfordringer for granskerne i SHK.....	30
2.2.2 utfordringer for granskerne i Ukom.....	32

2.3 Oppgave 2c	34
2.3.1 Likheter i rapportene.....	34
2.3.2 Forskjeller i rapportene.....	35
2.4 Oppgave 2d	37
2.4.1 SHK-rapporten.....	37
2.4.2 Ukom-rapporten.....	39
Referanser	41

Figurliste

Figur 1: Rammeverk for ulykkesanalyse og stegene i en gransking (Kongsvik et al., 2018, s. 124)....18

Forkortelser

EB – Energi- og barriereperspektivet

NAT – Normal Accident Theory

HRO – High Reliability Organizations

MMD – Man-Made Disasters

PMB – Påvirkning, målkonflikter og beslutninger

RE – Resilience Engineering

SHK – Statens Havarikommisjon

Ukom – Statens Undersøkelseskommisjon for Helse- og Omsorgstjenesten

1.0 Del 1 – Prinsipielle forhold i en gransking

1.1 Oppgave 1a

I denne delen av rapporten vil det bli redegjort for hvordan ulike forståelser og teorier om årsaker til ulykker kan påvirke selve granskingsprosessen, og konklusjonene man kommer frem til. Først vil det bli forklart to syn som presenterer ulike forståelser av hvordan mennesket, organisasjonen og det tekniske systemet spiller en rolle i årsaksforklaringene. Videre vil det bli redegjort for tre ulykkesmodeller. Deretter vil seks forskjellige perspektiver om årsaker til ulykker bli diskutert opp mot ulykkesmodellene og de to synene.

1.1.1 The old view og the new view

Dekker (2014) presenterer ulike forståelser av årsaksforklaringer innen ulykkesteori. The old view, også kalt «the bad apple theory», ser på mennesket som det største problemet og menneskelig feil som årsak til ulykker (Dekker, 2014). Med dette synet vil man undersøke hvem som er ansvarlig, og forsøke å finne ut av hva menneskene gjorde galt. De tekniske systemene fungerer fint, men noen mennesker er upålitelige (Dekker, 2014). Grunntanken er at det finnes dårlige mennesker, som man sammenligner med råtne epler og derav navnet «the bad apple theory», i systemer som i utgangspunktet er sikre. Feil blir sett på som uventet, og dersom feil blir introdusert inn i de tekniske systemene er dette gjennom menneskene. Etersom mennesker er upålitelige vil det ikke vært mulig å designe tekniske systemer eller organisere bedrifter på en måte som gjør at feil ikke oppstår i organisasjonen, fordi det er mennesker som til syvende og sist er årsaken til at ulykker skjer (Dekker, 2014).

The new view tar utgangspunkt i at systemene i seg selv ikke er sikre nok, som betyr at menneskene ikke alene kan holdes ansvarlig for de dårlige utfallene. Prinsippet i the new view er at feil ikke er en årsak til problemer i seg selv, men et symptom på problemer lenger bak i systemet (Dekker, 2014). Med andre ord er menneskelige feil resultatet av et underliggende større problem i systemet. De menneskelige feilene er ikke tilfeldige, men vil ofte være forbundet med egenskaper til de hjelpemidlene, oppgavene eller forholdene som de jobber under (Dekker, 2014). Systemene kan karakteriseres som usikre og komplekse, som gjør at sikkerhet må skapes gjennom menneskelig praksis. Ifølge Dekker (2014) vil menneskene som jobber i disse systemene lære å tilpasse seg produksjonspresset, motsettende mål i organisasjonen, og sårbarhetene i systemet ved å utvikle strategier for å unngå at feil oppstår. The new view antar at mennesker er rasjonelle og vil handle fornuftig, som betyr at de ikke innehar intensjon om å gjøre en dårlig jobb. Denne redegjørelsen tydeliggjør

motsetningene mellom the old view and the new view. Forståelsene befinner seg på to forskjellige sider av skalaen, samtidig som det finnes flere nyanser.

1.1.2 Ulykkesmodeller

Ulykkesmodeller gir «en forklaring på risiko og hvordan den best kan håndteres» (Dekker, 2014, s. 123, egen oversettelse). Ulike modeller fokuserer på ulike aspekter ved prosesser og årsaksforhold, og gir en veiledning for granskinger.

1.1.2.1 Sekvensielle modeller

Sekvensielle modeller i ulykkesgransking fokuserer på tekniske feil og feilhandlinger som årsaker til ulykker (Kongsvik, Albrechtesen, Antonsen, Herrera, Hovden & Schiefloe, 2018). Modellen visualiserer ulykker som «flere dominobrikker som detter en etter en, helt til den siste er nede» (Dekker, 2014, s. 123, egen oversettelse). Med andre ord oppstår ulykker gjennom en sekvens av hendelser i en konkret rekkefølge. Det er altså en direkte årsak-virkningssammenheng. Risiko er definert som det svakeste leddet i kjeden, og den beste måten å håndtere risiko på er å kvitte seg med det svakeste leddet. Modellen anser den største risikoen knyttet til sikkerhet for å være ustabile og upålitelige mennesker (Dekker, 2014). Heinrichs dominomodell, sveitserostmodellen til James Reason og Haddons fasemodell er eksempler som faller inn under sekvensielle modeller.

1.1.2.2 Barriere/epidemiologiske modeller

Barrieremodeller/epidemiologiske modeller beskriver ulykker som svikt i dybdeforsvaret. Det finnes både myke og harde barrierer, og mye må gå galt før en feil skjer i disse systemene (Dekker, 2014). Ulykker sees derfor som en samhandling mellom aktive og latente faktorer som eksisterer samtidig. Latente faktorer er faktorer som er til stede i et system lenge før man kan se begynnelsen av en ulykkessekvens (Dekker, 2014). Disse latente faktorene kan aktiveres i en gitt sammenheng. I motsetning til sekvensielle modeller omhandler det ikke menneskelige feil, men ytelsesavvik. Denne type tenkning ønsker å finne de bakenforliggende årsakene til «feil» i den skarpe enden. Her ser man feil som et systemisk produkt av organisatoriske forhold, som vil si en effekt og ikke en årsak (Dekker, 2014). Disse organisatoriske prosessene kan for eksempel være prosedyrer, vedlikehold, trening og opplæring, og kommunikasjon. Typiske barrieremodeller er prosessmodeller og Reason sitt syn på latente feil og organisatoriske årsaker til ulykker (sveitserostmodellen). Her presenteres latente og aktive feil som hull i forskjellige barrierer i modellen. Det kan derfor argumenteres for at barrieremodeller til dels er sekvensielle modeller (Dekker, 2014).

1.1.2.3 Systemiske modeller

Systemiske modeller fokuserer på systemet som helhet og dens ytelse (Dekker, 2014). Disse modellene betrakter ulykker som et naturlig fenomen som oppstår og kan forventes i komplekse systemer. Ifølge Dekker (2014) skyldes ikke systemulykker komponentfeil, men kontrollen tilknyttet sikkerhetsrelaterte begrensninger på utvikling, design og drift av et dynamisk system som reduseres. Ulykker er dermed “et biprodukt av systemets normale funksjon, og ikke et resultat av at noe bryter ned eller svikter i systemet” (Dekker, 2014, s. 135, egen oversettelse). Fokuset vil derfor være på ytelsesvariasjonen, og det er variasjon i ytelsen av systemet som er av naturlige årsaker. I et system tas det beslutninger på flere nivåer, og beslutninger på ett nivå vil påvirke underliggende nivå. Det betyr at feil av individer i «den skarpe enden» er forårsaket av en rekke faktorer og beslutninger tatt av aktører utenfor der selve ulykken foregår. Systemiske modeller vil derfor søke bakover etter årsaker, noe som gir et komplekst nettverk. Grunnen til at det fokuseres på det komplekse nettverket, istedenfor en enkel årsak-virkningssammenheng, er for å finne forhold som på et tidlig tidspunkt kan gi indikasjon på at noe uønsket er under utvikling. Ytelsesvariasjonen gir et grunnlag for å overvåke slik at man kan forebygge ulykker ved å oppdage variasjonene i systemets ytelse tidlig. Det vil også gi grunnlag for læring hos aktørene og forbedring av systemet. Typiske systemiske modeller er Rasmussens sosiotekniske flernivåmodell, Levesons STAMP-modell og resiliens/safety II ulykkesmodeller (Dekker, 2014).

1.1.3 Energi- og barriereperspektivet

Energi- og barriereperspektivet forklarer at ulykker oppstår fordi energi kommer på avveie. For å unngå at det skal oppstå ulykker må man kontrollere energien. Dette kan man gjøre på tre måter; 1) redusere og modifisere energikilden, 2) separere energi og offer, og 3) etablere motstandsdyktighet og rehabilitering (Kongsvik et al., 2018). Strategiene handler om å kontrollere energien slik at man kan forhindre og/eller redusere ukontrollert energi.

Hvordan kan EB påvirke granskingsprosessen og konklusjonene?

I dette perspektivet vil man i granskingsprosessen lete etter hvordan energi kom på avveie. Det vil si hvordan barrierene sviktet og/eller hvilke barrierer som ikke var på plass, og som førte til at energien kom på avveie. Hvilke barrierer som fungerte eller ikke er eksempler på spørsmål man kan stille seg i granskingsprosessen. Perspektivet vil konkludere med at hendelsen oppsto fordi energi kom på avveie ved at alle relevante barrierer sviktet samtidig (Kongsvik et al., 2018). For å forhindre at fremtidige uønskede hendelser skal oppstå vil tiltakene være rettet mot å styrke dybdeforsvaret. Dybdeforsvaret kan styrkes enten gjennom

aktive, passive, nye eller gamle barrierer. Videre vil man kunne forhindre og/eller begrense hendelser ved å redusere mengden energi på avveie.

Det er klare likhetstrekk mellom perspektivet og sekvensielle ulykkesmodeller. Både perspektivet og sekvensielle modeller uttrykker klare og direkte årsak-virkningssammenhenger i forklaringen av hvordan ulykker oppstår. For å kontrollere energi etableres både aktive og passive barrierer. Ulykker oppstår når energi kommer gjennom barrierene (Kongsvik et al., 2018). Det kan være menneskelige, tekniske og/eller organisatoriske barrierer. James Reason sin sveitserostmodell (Kongsvik et al., 2018, s. 77) som omhandler aktive og latente feil illustrere hvordan EB mener ulykker oppstår. I forbindelse med hvordan perspektivet ser på årsaksforklaringer er det klare likhetstrekk med the old view. Det er på bakgrunn av at EB mener at gode barrierer forhindrer at «råtne epler» bryter gjennom barrierene og skaper en uønsket hendelse.

1.1.4 Normal Accident Theory

NAT tar utgangspunkt i at systemer er konstruert og opererer på en slik måte at ulykker vil være uunngåelige og derfor ansees som «normale» (Kongsvik et al., 2018). Ifølge Perrow (1999) er det de komplekse interaksjonene og tett koblede systemene som gir uunngåelige ulykker og har et katastrofepotensial.

Hvordan kan NAT påvirke granskingsprosessen og konklusjonene?

I granskingsprosessen vil man se etter høy kompleksitet og tette koplinger i systemet, og hvordan disse har forårsaket ulykken. Hvordan systemet er interagert og koplet sammen er utgangspunktet for å undersøke ulykken. Med andre ord må ulykkeshendelsen sees i sammenheng med systemet der hendelsen inntreffer. Granskingsprosessen vil se på hvordan komplekse kjedereaksjoner av feilhendelser har forårsaket ulykken. Dette kan blant annet undersøkes ved å se på rapporter om systemets tilstand og dens egenskaper, herunder delsystemer og komponenter sine funksjoner og interaksjoner. Videre kan man undersøke dokumenter tilknyttet produksjonens tidskjema og muligheten for å erstatte ressurser, da det kan gi indikasjon på om det er tette koplinger mellom komponentene i systemet. Spørsmålet blir om det er mulig å gjøre systemet mindre komplekst for å redusere ulykkesfaren. Det kan være ønskelig å redusere kompleksiteten og gjøre koplingene løsere, for å gjøre systemet mindre utsatt for ulykker. På den andre siden kan det være vanskelig å redusere kompleksiteten med høy risiko-teknologi som stadig blir mer avanserte. Kompleksiteten øker stadig i tekniske systemer, som betyr at det blir vanskeligere å få full oversikt over alle

komponentene og eventuelle sikkerhetstiltak man har på plass. Feilhendelser vil lett kunne forplante seg og spre seg videre i systemet uten at noen klarer å forutse det. Om man evner å forutse, så vil det likevel være vanskelig å hindre en unngåelig ulykke med et tett koplet system. NAT vil konkludere med at hvis det er høy kompleksitet er det behov for desentralisert styring med lokalt ansvar, og for å redusere de tette koplinger trenger man sentralisert styring med konsentrert beslutningsmakt.

NAT går godt overens med the new view som tar utgangspunkt i det tekniske systemet som ikke er sikkert nok, ettersom det er usikkert og komplekst. Samtidig mener Perrow (1999) at redundans vil gjøre systemet enda mer komplekst og kan dermed være skadelig for systemet. Redundans kan inkludere ekstra personell som operer med systemene. Det kan derfor reise argumentasjon om perspektivet også har likhetstrekk med the old view om at mennesker i samhandling med det tekniske systemet vil føre til ulykker. Grunntanken i dette synet tar likevel utgangspunkt i at systemet er sikkert nok, men at feil introduseres inn i de tekniske systemene av mennesker. I the new view sees likevel mennesker på som en ressurs for å skape sikkerhet. Det kan derfor tolkes som at det er snakk om duplisering av kritiske komponenter i selve det tekniske systemet, som gjør systemet enda mer komplekst og katastrofepotensialt (Perrow, 1999). På den andre siden tar dette synet høyde for at mennesker som jobber i systemene vil lære å tilpasse seg sårbarhetene i systemet ved å utvikle strategier for å unngå at feil oppstår. Ifølge Perrow (1999) vil en ulykke uansett være unngåelige i et komplekst system med tette koplinger. Dette peker på at perspektivet verken ville passe inn i den ene eller den andre årsaksforklaringen. Det kan likevel konkluderes med at NAT stemmer bedre overens med the new view sin forklaring av det tekniske systemet sin rolle i en årsaksforklaring av en ulykke. Perspektivet har også klare likhetstrekk til systemiske ulykkesmodeller, som betrakter ulykker som naturlige fenomener i komplekse systemer med beslutninger som en viktig påvirkningsfaktor for flere nivåer i systemet. Ved å ta i bruk systemiske modeller vil det søkes bakover etter årsaker i systemet som kan avdekke underliggende større problem i systemet. Denne ulykkesmodellen kan også gi advarsel om at noe uønsket er under utvikling i systemet. I tillegg er det viktig å avdekke og studere de skjulte interaksjonene og koplingene i systemet for å skape læring av granskningen.

1.1.5 High Reliability Organizations

HRO-perspektivet mener organisasjoner kan organisere seg sikrere gjennom fem grunnleggende prinsipper. Prinsippene er 1) kontinuerlig fokus på mulige feil, 2) motvilje mot å forenkle for mye, 3) oppmerksomhet på det operasjonelle, 4) opptatt av motstandskraft

og 5) respekt for ekspertise (Weick & Sutcliffe, 2007; referert i Kongsvik et al., 2018, s. 81). Disse fem prinsippene utgjør tre kjennetegn som er sentrale for HRO; organisatorisk redundans, evne til spontan rekonfigurering og mindfulness (Kongsvik et al., 2018, s. 80).

Hvordan kan HRO påvirke granskingsprosessen og konklusjonene?

Med dette perspektivet til grunn vil man i granskingsprosessen se på det organisatoriske bak en uønsket hendelse. Nærmere bestemt på sikkerhetskulturen i organisasjonen. Man vil stille seg spørsmål tilknyttet kjennetegnene og prinsippene ved HRO. Spørsmål om hvordan organisasjonen vurderer sin egen sikkerhet er viktige å stille i prosessen. Har organisasjonen et for nyansert bilde av systemet som bidrar til at feil ikke er blitt lagt merke til? Hvem er det som har tatt beslutningene i organisasjonen? Hvordan de ansatte reagerte ved den uønskede hendelsen vil også være viktig. Her kan de sammenligne de ansattes reaksjon med de tre kjennetegnene på HRO. Det kan blant annet gi verdifull informasjon om hvorvidt det eksisterer overlappende kunnskap i organisasjonen. Videre fokuserer HRO på at feilhendelser ikke oppstår spontant, men at det gjerne har vært tegn til at de skal kunne oppstå lenge før de manifesterer til en uønsket hendelse (Weick & Sutcliffe, 2015). For å konkludere hvorfor ulykken skjedde vil perspektivet si det er organisatoriske svakheter som er årsaken til ulykken. Tiltakene vil derfor prioriteres til å bygge organisasjonen slik at den blir mer redundant.

I forbindelse med hvordan perspektivet ser på årsaksforklaringer og feilhendelser er det klare indikasjoner på at det kan trekkes linjer mellom HRO og the new view. Det er fordi søkelyset er satt på hva som har gått galt i organisasjonen for at hendelsen kunne oppstå, og ikke hvem som har gjort noe galt; «(...) reliable performance is a system issue, not an individual issue» (Weick & Sutcliffe, 2015, s. 55). Menneskene blir sett på som en styrke i organisasjonen, og perspektivet har søkelyset på hva organisasjonen bør gjøre for å bli mer resilient. Det forklarer hva som skal gjøres for at det ikke skal gå galt. Sitatet kan videre bekrefte at HRO passer inn i et systemisk ulykkesmodell, som fokuserer på systemet som en helhet.

1.1.6 Man-Made Disasters

MMD omtales ofte som informasjonssvikt perspektivet. Her forklares ulykker og kriser som en følge av brudd i tolkning og flyt av informasjon, som igjen forklares med organisatoriske svakheter som har utviklet seg over lang tid (Kongsvik et al., 2018). Ulykkesprosessen, som inkluderer informasjonssvikt, kan deles inn i seks faser; 1) «normal» fase, 2) inkubasjonsperioden, 3) noe skjer som setter i gang en ulykkeskapende prosess, 4) som

utvikler seg til en krise dersom den ikke fanges opp og håndteres, 5) krisen et faktum som må håndteres, og 6) gjenoppretting eller oppbygging og eventuell læring og omstilling etter krisen (Kongsvik et al., 2018, s. 82). Organisasjoner som skal håndtere informasjonsproblematikken må utvikle noen sentrale egenskaper; uavhengighet, involvering, informert, og informativ (Kongsvik et al., 2018). Det er dette som skiller en generativ kultur for behandling av informasjon fra en patologisk eller byråkratisk kultur (Kongsvik et al., 2018). Dette omhandler hvordan organisasjoner behandler informasjon som avviker fra det som er vanlig, eller som oppleves som ubehagelig eller truende.

Hvordan kan MMD påvirke granskingsprosessen og konklusjonene?

Med dette perspektivet til grunn vil man i granskingsprosessen prøve å finne den/de signifikante forstyrrelsene eller kollapsen i kultur, og se på håndteringen av disse og deres konsekvenser. Det kan derfor tenkes at et av de første stegene i prosessen vil være å undersøke hvilken kultur som eksisterte i organisasjonen, og dermed finne årsakene til at denne kollapset. Man vil dermed se på de organisatoriske, bakenforliggende årsakene til at ulykker oppstår. Det kan videre tenkes at en spesielt vil se etter former for informasjonssvikt, gjerne gjennom å intervju mennesker på flere nivåer i organisasjonen, samt gjennomføre dokumentanalyse for å avdekke god eller dårlig informasjonsflyt vertikalt. Med utgangspunkt i de ulike kulturene for behandling av informasjon stilles det spørsmål som; *Var det noen som sa ifra? Hvorfor var det ikke noen som gjorde noe? Hvordan ble denne informasjonen mottatt av ledelsen? Hvordan ble informasjonen behandlet videre?* Ved å ta utgangspunkt i slike spørsmål kan det antas at en person med MMD-perspektivet konkluderer med organisatorisk svikt, og ikke teknisk svikt, som hovedårsaken til at ulykken oppstod. Det kan for eksempel være snakk om at informasjon var tilgjengelig, men ikke ble kommunisert til alle som trengte den. Det vil dermed konkluderes med hvor informasjonssvikten oppstod, altså ønsker man å besvare et skyldspørsmål. Videre vil en plassere den organisatoriske kulturen innen enten en patologisk, byråkratisk eller generativ kultur, samtidig som man utformer læringspunkter for organisasjonen.

Ettersom MMD ønsker å finne de bakenforliggende årsakene til «normale» organisatoriske feil, kan perspektivet i stor grad plasseres i the new view. Disse årsakene konkluderer ofte med skyld i organisatoriske svakheter i systemet. Samtidig kan det argumenteres for at perspektivet også tilhører the old view, ettersom det er fokus på informasjonssvikt mellom mennesker og å finne punktet for svikt. Perspektivet kan videre argumenteres for å sammenfalle med både systemiske ulykkesmodeller og barrieremodeller. Dette er fordi

systemiske modeller fokuserer på systemet som helhet, noe også MMD gjør når det ser informasjonsflyt mellom ulike nivåer i organisasjonen. I tillegg kan man argumentere for at MMD går innunder barrieremodeller, ettersom ulykker sees som en samhandling mellom aktive og latente faktorer som eksisterer samtidig. MMD forklarer hvordan sikker operasjon av teknologiske systemer bli undergravd av noen kjente og «normale» prosesser i organisatorisk liv, og disse prosessene er både latente og aktive (Kongsvik et al., 2018). MMD passer dermed både i new og old view, og i to forskjellige ulykkesmodeller. Det kan muligens gjøre det vanskelig å definere akkurat hvordan perspektivet vil påvirke en granskningsprosess.

1.1.7 Påvirkning, målkonflikter og beslutninger

Spørsmålet om virksomheter opererer sikkert eller ikke, avhenger av kollektive og individuelle beslutninger (Kongsvik et al., 2018). Disse beslutningene fattes på ulike nivåer og i større eller mindre avstand fra situasjonene som kan utvikles til ulykker. Rasmussens modell, for interaksjon mellom aktører i sosiotekniske system, belyser den organisatoriske avstandsdimensjonen (Kongsvik et al., 2018). I modellen fordeles ulike fagfelt og disipliner på de ulike nivåene. Videre presenteres sammenhengen mellom beslutninger på ulike nivåer, og forholdet mellom den butte og den skarpe enden forklares. Det fremheves også et annet viktig poeng, nemlig at organisasjoner kan sees på som åpne systemer som i større eller mindre grad påvirkes av interesser og aktører i organisasjonens omgivelser. Sikkerhetsnivået i en organisasjon er dermed et resultat av motsetninger mellom krefter som trekker organisasjonen i ulike retninger (Kongsvik et al., 2018). Her vil det også eksistere ulike akseptgrenser for økonomiske hensyn, arbeidsbelastning og risiko/sikkerhet. Sikkerhetsstyrings formål er å sørge for at grensen for hva som er uakseptabel risiko ikke krysses.

Hvordan kan PMB påvirke granskingsprosessen og konklusjonene?

I en granskningsprosess preget av PMB-tenkning vil man ha fokus på både det menneskelige og organisatoriske aspektet i et system, samt utenforliggende hensyn som påvirker systemets sikkerhet. Prosessen vil ta for seg de ulike nivåene i en organisasjon, hvilke beslutninger som fattes på de ulike nivåene, samt informasjonsflyten mellom nivåene og dens påvirkning på beslutningene. Den vil også se på hvilke faktorer som har påvirket beslutningsprosessene, om det er politisk klima, offentlig oppmerksomhet, finansielle hensyn, kompetanse osv. For å avdekke disse interne og eksterne forholdene kan man blant annet gjennomføre intervju av personer på ulike nivåer, og foreta dokumentanalyse av møtereferat, budsjettinndeling, eller

høringer i organisasjonen. I konklusjonen vil en granskningsrapport preget av PMB plassere de avgjørende beslutningene på de ulike nivåene i organisasjonen, og identifisere hvilke faktorer i omgivelsene som har påvirket disse beslutningene. Konklusjonen vil trolig bli at press og konflikter mellom ulike hensyn har påvirket beslutningene. Forslag til tiltak vil basere seg på hvilke forhold som kan bidra til at sikkerheten i organisasjonen ivaretas, om det er tydeligere avveininger og klarere kommunikasjon, bruk av offentlig regulering og tilsyn, eller unngåelse av normalisering av avvik.

Ettersom PMB fokuserer på samhandlingen mellom mennesker på ulike nivåer av organisasjonen kan perspektivet tenkes å tilhøre the old view. Perspektivet ser også på trening og kompetanse hos ansatte som en faktor som fremprovoserer ulykker. Likevel er hovedfokuset i perspektivet på det organisatoriske, og de bakenforeliggende årsakene til ulykker. Dette inkluderer da også de eksterne faktorene som økonomi, media, politikk osv. På grunn av dette kan perspektivet også plasseres i the new view. PMB kan dermed argumenteres for å ligge en plass mellom the new view og the old view, og ikke klart definert som det ene eller det andre. Perspektivet kan videre argumenteres for å tilhøre en systemisk modell, ettersom systemiske modeller i ulykkesgransking setter søkelys på systemet som helhet. Det gjør også PMB når det tar for seg de ulike nivåene og eksterne faktorer.

1.1.8 Resilience engineering

RE er et perspektiv på sikkerhet som brukes for å utvikle organisasjoner, slik at de kan opprettholde tilstrekkelig sikkerhet når de utsettes for potensielle farlige påvirkninger. Begrepet resiliens beskriver hvordan noe gjenoppretter sin funksjon etter at det har blitt utsatt for en påkjenning. Med andre ord uttrykker det en form for motstandskraft. RE fokuserer på at sikkerhetsstyringen også skal vektlegge de daglige funksjonene og normale operasjoner for å forstå hvilke egenskaper som må utvikles for at organisasjonene skal kunne håndtere uventede situasjoner eller variasjoner (Kongsvik et al., 2018).

Hvordan kan RE påvirke selve granskingsprosessen og konklusjonene?

I en ulykkesgransking vil formålet og fokuset være på å forstå hvorfor ting i hovedsak går bra, som gir et utgangspunkt for å forklare hvorfor ting noen ganger går galt (Kongsvik et al., 2018). Dette skiller seg fra safety I-perspektivet som gransker ulykker med et formål om å identifisere årsakene. I dette perspektivet skyldes ulykker feil og funksjonssvikt. I safety II forstås ulykkesgransking som at ting ofte vil foregå på samme måte, både når det går bra og når det blir feil. En ulykkesgransking gjennom RE-perspektivet vil derfor ta utgangspunkt

både i den daglige aktiviteten, og før, under og etter en hendelse. Grunnen til det er å forstå hvordan systemet har forårsaket handlingsmønsteret som har gjort ulykken mulig, som vil reflekteres gjennom sikkerhetsstyringen. I granskingsprosessen vil det være fokus på organisasjonen og hvordan de både kan forbedre og gjenopprette sin funksjon ved uønskede hendelser, men også på å unngå disse hendelsene. Det vil være sentralt å kunne håndtere det ukjente som oppstår. Et annet viktig fokus er hvordan man faktisk bygger inn resiliens for å doble og sikre systemet. Da er man blant annet avhengige av nok kompetanse og god tilgang til ressurser. Intervju er en metode som kan brukes i granskingsprosessen for å undersøke enkeltpersoner sin kunnskap og deres evner. Videre kan man undersøke sikkerhetsstyringen, som vil si organisasjonens evne til å justere aktiviteter, ressurser, taktikker og strategier (Kongsvik et al., 2018). Dokumenter og rapporter er også metoder som kan benyttes i undersøkelse av opplæring av de ansatte i systemet.

I en gransking kan det konkluderes med at ulykken forårsakes av systemer som ikke var nok resilient. Det er en vurdering som kan gjøres med bakgrunn i de fire grunnleggende egenskapene i et resilient system; lære, respondere, overvåke og forutse (Kongsvik, 2018, s. 90). Årsaken til dette kan for eksempel være mangel på kunnskap, kapasiteter eller evner. The old view vil si at mennesker introduserer feilene inn i systemene. Mangel på å lære, forutse, overvåke og respondere er feil som ligger hos mennesker, og kan forårsake ulykker. Disse menneskelige feilene skyldes underliggende problemer i de organisatoriske strukturene. Mangel på resiliens kan dermed anses som en menneskelige feil. På den andre siden samsvarer perspektivet godt med the new view sin forståelse av mennesker som en kilde til resiliens og fleksibilitet. Det er menneskene som er med på å skape sikkerheten og er dermed en styrke for systemet. Her har perspektivet også likhetstrekk med systemiske ulykkesmodeller sin forståelse om at feil som gjøres av mennesker er forårsaket av en rekke faktorer og beslutninger tatt av aktører. Ytelsesvariasjon er et nøkkelbegrep i denne ulykkesmodellen som gir grunnlag for å overvåke, og er viktig for å kunne bygge inn resiliens i systemet. RE har i tillegg klare paralleller til epidemiologiske ulykkesmodellene, som bruker begrepet ytelsesavvik når det er snakk om menneskelige feil. Denne ulykkesmodellen vektlegger at avvik kan være en normal handling som har gått galt, noe som går godt overens med RE og safety II-perspektivet sin forståelse om at ting vil foregå på samme måte både når det går galt og når det går bra. I tillegg tar den høyde for latente forhold, som ligger til stede i bakgrunnen av et system uten at man er klar over det, som kan relateres til organisatoriske prosesser og vises gjennom ytelsesavvikene. Det kan derfor

argumenteres for at de menneskelige feilene som oppstår er normale ytelsesavvik som vil kunne oppstå uansett, og som skyldes latente forhold i systemet.

Det kan konkluderes med at RE passer både inn i the old view og the new view, når det gjelder mennesket og organisasjonen sin rolle tilknyttet årsaker til ulykker. Perspektivet kan også undersøkes med bruk av både systemiske og epidemiologiske ulykkesmodeller. Hvorav førstnevnte forstår mennesker som en ressurs slik som the new view, og sistnevnte har noen likhetstrekk med the old view om at menneskelige feil kan oppstå. Samtidig tar epidemiologiske ulykkesmodeller i betraktningene at menneskelige feil er normale, og at det skyldes underliggende forhold som også stemmer godt overens med the new view sin årsaksforklaring.

1.1.9 Oppsummering

Granskernes kompetanse og erfaring leder til ulikt søkelys i granskningsprosessen, og ulik bruk av perspektiver. Det er viktig å være bevisst på dette, ettersom det vil påvirke hvilken informasjon som samles inn i granskningsprosessen. Videre vil ulik bruk av perspektiver påvirke hvor det settes inn tiltak for å forhindre at nye hendelser oppstår. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det er ett av perspektivene som er mer relevant å legge til grunn enn andre i en granskningsprosess.

Det vil derimot argumenteres for at perspektivene utfyller hverandre på forskjellige måter. Alle perspektivene fokuserer på ulike aspekter ved en ulykkesprosess, og gir derfor forskjellige forklaringer og konklusjoner når granskingskommisjonen ønsker å forklare årsakssammenhenger. For eksempel setter HRO søkelys på at organisasjonen skal være resilient, mens RE kan forklare hvordan organisasjonen skal bli resilient. EB og NAT kan argumenteres for å sette søkelys på det som skjer i den skarpe enden. I en granskningsprosess kan derfor EB og NAT for eksempel brukes som supplerende perspektiver til PMB som fokuserer mer på bakenforliggende årsaker. For å sikre kvalitet og god gjennomføring av en granskningsprosess vil det være nødvendig å unngå ekskludering av perspektiver, før man har gjort en vurdering av hvilke perspektiver som kan være relevant for granskningsprosessen. Ved å inkludere flere perspektiver kan man avdekke både menneskelige, tekniske og organisatoriske årsaksforklaringer for en ulykke, både i et langtids- og kortidsperspektiv. Dette vil hjelpe granskningsteamet til å se ulykken i en større sammenheng, hvor alle årsaker er undersøkt. Derfor kan ingen av perspektivene argumenteres for å være bedre enn de andre.

Diskusjonen belyser hvordan de fleste perspektivene kan ha likhetstrekk til både the old view and the new view. Likevel ser man at the new view er mer fremtredende i de fleste perspektivene. Samtidig er det elementer fra the old view som kan finnes igjen i flere av granskingsperspektivene. For eksempel argumenteres det for at NAT og MMD kan plasseres i begge synene. NAT kan for eksempel på den ene siden plasseres i the new view setter tekniske system i fokus. På den andre siden så kan perspektivet plasseres i the old view siden det ikke ser på mennesket som en ressurs som kan gjøre det tekniske og/eller organisatoriske systemet sikrere. Denne problemstillingen gjenspeiles også når perspektivene skal plasseres i ulykkesmodeller. Det vil være fokuset i granskingen som bestemmer hvilken ulykkesmodell som i størst grad omfavner perspektivet som blir tatt i bruk.

1.2 Oppgave 1b

På et overordnet nivå er det tre hovedfaser en gransking kan deles inn i. Det er henholdsvis; (1) innsamling av informasjon, (2) analyser og arbeid med konklusjoner, og (3) forslag til tiltak og dokumentasjon av granskingsprosessen (Kongsvik et al., 2018).

Granskingsprosessen kan videre deles inn i åtte ulike underfaser. Fasene inkluderer forhold fra varsling og forberedelse, til gjennomføring og endelig rapportering med videre oppfølging. Både Kjellén og Albrechtsen (2017) og Kongsvik et al. (2018) omtaler de ulike fasene, og fra et overordnet perspektiv beskriver de den samme prosessen. De skiller seg derimot fra hverandre ved å ha noe ulik inndeling av, og betegnelse på de åtte fasene. Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i Kongsvik et al. (2018) sin betegnelse, men det vil likevel være aktuelt å inkludere Kjellén og Albrechtsen (2017) for å redegjøre for hvilke forhold som bør behandles og belyses i ulike faser. Granskingsprosessen er ikke nødvendigvis en lineær prosess, og i mange tilfeller vil det være aktuelt å gå frem og tilbake i fasene. Underveis i prosessen kan det komme frem ny informasjon som kan påvirke funnene i de tidligere fasene, og det gjør det nødvendig å veksle frem og tilbake. Prosessen er derfor overlappende, men fasene legger føringer på gjennomføringen av granskingen. På lik linje med at granskingsprosessen ikke er en lineær prosess, vil i tillegg granskingsrapporten være et dynamisk dokument som arbeides med på tvers av de fleste fasene.

1.2.1 Fase 1: Etablere granskingsteam og mandat

Den første fasen i granskingsprosessen handler om å etablere et team for granskingen og få forståelse for mandatet (Kongsvik et al., 2018). I ad hoc-kommisjoner blir granskingsteamet

vanligvis fullstendig sammensatt i etterkant av utdelingen av mandatet. Unntaket er i allerede etablerte ulykkeskommisjoner som skal foreta granskinger, som for eksempel Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester eller Statens havarikommisjon. Teamet får tildelt et mandat hvor det er presisert blant annet hva som er målet og omfanget med granskingen, bruk av ressurser, teamets tilgang til informasjon, tidsramme, og distribusjon av rapporten etter ferdigstilling (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Mandatet skal være veiledende for granskingsprosessen.

Det er særlig fire punkter som er viktig ved etablering av team. For det første bør teamet bestå av personer som innehar en ekspertise som er direkte eller indirekte av relevans for ulykken som skal granskes. Videre er det behov for å opprette et team med tverrfaglig kompetanse på området (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Samtidig må teammedlemmene ha en objektivitet og habilitet overfor ulykken. Teamets kompetanse og sammensetning har mye å si for utfallet av granskingsprosessen. I permanente ulykkeskommisjoner er det vanligvis et fagmiljø som utfyller feltet som kommisjonen er tilknyttet, mens i ad-hoc-kommisjoner er det helt sentralt å være bevisst på variert kompetanse blant medlemmene. En snever fagkompetanse kan gi en ensidig gransking, hvor relevant synspunkt ikke blir belyst. Bevissthet rundt etablering av team bidrar til å sikre kvaliteten på den endelige granskingsrapporten.

1.2.2 Fase 2: Innsamling av data

Innsamling av data er den andre fasen i granskingsprosessen (Kongsvik et al., 2018). Det er vesentlig at datainnsamling starter så raskt som mulig etter ulykken har skjedd.

Hendelsesstedet for ulykken vil gi mye informasjon om hvordan og hvorfor ulykken skjedde, og det er derfor essensielt å sikre ulykkesstedet. Det vil ofte i første omgang være politiets ansvar å dokumentere og innhente informasjon på stedet, men lederen av granskingsteamet vil etter hvert overta dette ansvaret. Det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom politiet og granskingsteamet (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Datamaterialet legger grunnlaget for en rekonstruksjon i etterkant, og kvaliteten på dataene legger videre føringer for granskingsrapporten.

Det skilles hovedsakelig mellom tre former for data: intervju, fysiske bevis, og dokumenter (Kongsvik et al., 2018). For det første vil det være svært relevant å foreta intervju av personer som har vært vitne til hele eller deler av ulykken. Intervjuer er særlig viktig å begynne med så tidlig som mulig, og god intervjuteknikk er avgjørende for utfallet av intervjuet. *Det kognitive*

intervjuet opererer med fire punkter som bidrar til å forbedre minnet hos vitner (Rachlew, Løken & Bergestuen, 2020). Det handler i korte trekk om å (1) mentalt gjenskape miljøet og den emosjonelle tilstanden da ulykken skjedde, (2) gi vitnet fri gjenfortelling av alle detaljer som huskes, (3) gjenskape hendelsesforløpet i omvendt rekkefølge, og (4) fortelle hva som skjedde fra et annet perspektiv. Det har vist seg at disse punktene ikke er utfyllende nok, noe som gjør at *det kognitive intervjuet* har blitt utviklet til *det utvidede kognitive intervjuet*. Det vektlegger i hovedsak punkter som er av betydning for den sosiale dynamikken i intervjusituasjonen. For eksempel lett språkbruk av intervjuer, ta pauser, og være lyttende (Rachlew et al., 2020).

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at vitneforklaringer kan gi upålitelig informasjon (Olsen, 2014; Rachlew et al., 2020). Mange faktorer kan påvirke minnet til vitner, som for eksempel feilattribusjon ved å plassere minnet i feil kontekst. En annen faktor er suggestibilitet, som vil si at villende informasjon blir dratt inn i minnet som allerede eksisterer. Det kan skje både gjennom ledende spørsmål i intervjusituasjonen eller via bilder og film fra hendelsesstedet. En tredje faktor som kan påvirke vitnepålitelighet er hvis hukommelsen redigerer informasjonen som er lagret, og det skjer særlig i forbindelse med stereotypier i samfunnet og etterpåklokskapen til individer (Magnussen, 2017). Dette er betraktninger som må tas med i en helhetsvurdering etter å ha gjennomført intervju i en granskingsprosess.

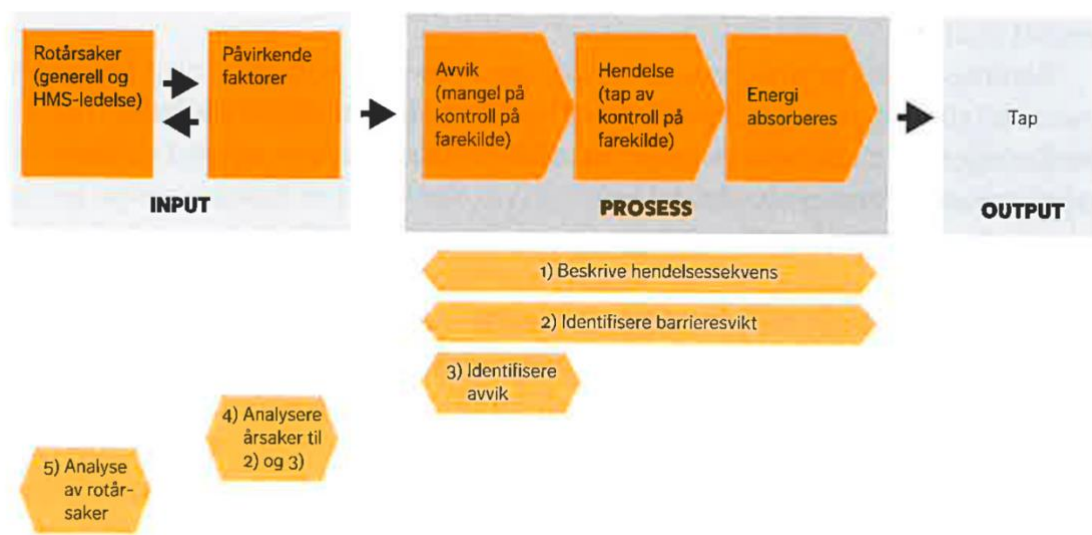
For det andre kan det være relevant å innhente data fra fysiske gjenstander, som for eksempel vrakdel, utstyr eller tekniske komponenter. I den forbindelse vil det vært særlig aktuelt å ta bilder av fysiske gjenstander på ulykkesstedet, som viser plassering og skadeomfang på gjenstandene. For det tredje foreligger det ofte en del dokumenter som kan være aktuelle å inkludere i granskingsprosessen. Dokumentene kan for eksempel være i form av prosedyrer, logger, eller instruksjoner.

1.2.3 Fase 3: Beskrivelse av hendelsesforløpet

I fase fire beskrives hendelsesforløpet til ulykken. Den innsamlede dataen vil bli organisert og presisert, og har som formål å hovedsakelig besvare to spørsmål: *Hvor og når skjedde det? Hvordan kunne dette skje?* I tillegg er det relevant å kartlegge hvem som var involvert i hendelsen (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Det er ingen fasit på hvordan fremstillingen av hendelsen skal utformes, men hendelsen blir vanligvis fremstilt på en tidslinje eller i en tabell. En tidstabell kan benyttes når hendelsen er av en enkel karakter og er nokså

kronologisk. Hvis hendelsen er sammensatt eller ikke-kronologisk, så kan hendelsesforløpet fremstilles grafisk ved hjelp av for eksempel en STEP-analyse eller MTO-analyse (Kongsvik et al., 2018; Bento, 2001). Dette bidrar til å skape et verdifullt oversiktsbilde.

Figur 2 illustrerer rammeverket for ulykkesanalyse i kombinasjon med fasene i en gransking. Fase tre til seks kan gjenkjennes i ulykkesanalysen (Kongsvik et al., 2018). Rammeverket er preget av EB-perspektivet. Det tydeliggjøres gjennom fokuset på barrieresvikt, og energi som absorberes og fører til tap. I prosess-boksen er det fokus på hendelsesforløpet i kombinasjon med oppstått barrieresvikt og/eller avvik. Prosessen viser ulike faser fra mangel på kontroll på farekilde, til tap av kontroll på farekilde, og energi absorberes. Input-boksen vektlegger analysering av årsaker og faktorer som påvirket hendelsesforløpet i sin helhet. Det innebærer gjensidig søkelys på både rotårsaker og påvirkende faktorer til hendelsen. Output-boksen illustrerer selve tapet (Kjellén & Albrechtsen, 2017).



Figur 1: Rammeverk for ulykkesanalyse og stegene i en gransking (Kongsvik et al., 2018, s. 124).

1.2.4 Fase 4: Analysere direkte årsaker

Den fjerde fasen er analysering av direkte eller utløsende årsaker til ulykken. For å undersøke hvilke årsaker som har hatt direkte påvirkning på ulykken, kan det gjennomføres en årsaksanalyse. En årsaksanalyse innebærer blant annet å analysere avvik fra normal praksis, og manglende eller brudd på eksisterende barrierer. Ulike aktører kan oppleve utfordringer tilknyttet definering av normal praksis, og hva som avviker fra denne praksisen. Det kan være ulike oppfatninger og forståelser mellom aktører rundt hva som er normal praksis. Avvik er sosiale konstruksjoner, og det er ikke et endelig svar på hva som vil være et avvik i en ulykkesgransking. Derfor vil det være essensielt for granskingsteamet å etablere en

beskrivelse av hva som er normal praksis, og felles normer for hva som vil være en drift som ikke innebærer feil (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Det vil videre ha stor betydning for hva som blir ansett om avvik, og manglende eller brudd på eksisterende barrierer. Fase fire bør ses i sammenheng med fase fem og seks, da de omhandler ulike typer årsaker.

1.2.5 Fase 5 og 6: Analysere påvirkende faktorer og rotårsaker

Ved å se granskningsteam i lys av de ulike perspektivene som er redegjort for i oppgave 1a, er det tydelig at teamet vil se etter og fokusere på ulike faktorer og årsaker.

Granskningsteamets bakgrunn og sammensetning vil påvirke hvilke perspektiver som blir førende i granskingsprosessen. I én granskning kan et team i større grad sette søkelys på organisatoriske rotårsaker, mens i en annen granskning kan disse årsakene bli ansett som påvirkende faktorer (Kjellén & Albrechtsen, 2017).

1.2.5.1 Påvirkende faktorer

I femte fase av granskingsprosessen bør påvirkende årsaker analyseres. Påvirkende faktorer er omstendigheter eller grunnleggende forhold som har vært med å bidra til hendelsen, men som ikke er en utløsende årsak (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Det er essensielt å undersøke og analysere disse ettersom hendelser kan sees på som symptom på underliggende mangler (Kjellén og Albrechtsen, 2017). Her kan spørsmålet “hvorfor” stilles flere ganger for å finne de grunnleggende svakhetene som kan være de påvirkende årsakene. Ved å identifisere og analysere påvirkende faktorer som en del av granskingsprosessen vil man kunne oppnå en større og dypere forståelse for hvorfor ulykken skjedde. Hendelser og ulykker er som oftest ikke enkle årsak-virkning sammenhenger (Kongsvik, 2018). Det er derfor hensiktsmessig å identifisere og analysere påvirkende forhold som vil kunne legge grunnlag for en mer helhetlig forståelse slik at riktige tiltak kan implementeres, og læring kan oppnås.

Granskningsteamet kan undersøke påvirkende faktorer ved å se på spesifikke aspekter som knyttes til arbeidsplassen. Slike aspekter eller påvirkende faktorer er menneskelige, tekniske og organisatoriske faktorer i arbeidssystemet eller på arbeidsplassen. Disse faktorene skiller seg fra avvik ettersom de generelt endres langsomt i tid, og de representerer hva som er planlagt eller akseptert som normal praksis. I praksis kan det være vanskelig å skille påvirkende faktorer (input) fra avvik i ulykkessekvenser (prosessen) (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Man kan dermed evaluere faktorer som maskinvare, menneskelig ytelse og prosedyrer og akseptert praksis (Kjellén & Albrechtsen, 2017). Forhold som analyseres til å være påvirkende faktorer også mulige kilder til nyttige forbedringstiltak videre.

1.2.5.2 Rotårsaker

I fase seks analyseres og avdekkes rotårsaker. Disse er mest aktuelle å undersøke og identifisere ved svært alvorlige ulykker (Kongsvik et al., 2018). Rotårsaker forstås som «grunnleggende og dypere årsaksfaktorer som dekker ulike klasser av styringsmangler istedenfor enkeltproblemer eller feil» (Kjellén og Albrechtsen, 2017, s. 74). Ved å ikke analysere slike årsaker vil det kunne påvirke de neste fasene i negativ forstand ved at tiltak som iverksettes ikke har effekt på den reelle utfordringen/mangelen/barrierefeilen.

Identifisering av ulykkens rotårsaker kan være avgjørende for å hindre potensielle fremtidige ulykker med samme rotårsak. Det kan både gjelde rotårsaker i tilknytning til systemet, og ledelses praksis og sikkerhetsstyring (Kongsvik et al., 2018). Problemet kan stikke dypt, og være et mer gjennomgående problem enn først antatt, og det kan dermed være helt nødvendig å analysere rotårsaker.

1.2.6 Fase 7: Identifisere tiltak

I den syvende fasen bør forbedringsforslag fremlegges slik at likende ulykker ikke skal skje igjen. Disse tiltakene og forbedringsforslagene baseres på resultatene og konklusjonene fra den gjennomførte årsaksanalysen og har som mål å gi tiltak som skal forhindre nye ulykker (Kongsvik et al., 2018). Det bør være tydelig kobling mellom årsaker og tiltak for at granskningen skal anses som pålitelig. Tiltakene kan både være rettet mot direkte/utløsende årsaker, påvirkende faktorer og rotårsaker. Forslagene til forbedring som gis og anbefalinger bør være så konsise og klare som mulig, basere seg på fakta fra granskningen og formulert på en slik måte at det enkelt kan inngå i en tiltaksplan som er konkret. Identifisering samt anbefale tiltak er et av de viktigste målene med granskningen for å kunne redusere at likende uønskede hendelser skjer igjen. Det er derfor viktig at årsaksanalysen er så grundig som mulig fordi hendelsens konsekvenser påvirker hvilke tiltak som anbefales.

1.2.7 Fase 8: Implementering og oppfølging av tiltak

Granskningsrapporten må være på plass før fase åtte, for å kunne implementere og følge opp anbefalte tiltak. Det er essensielt at rapporten legger frem pålitelige og troverdige tiltak til mottaker. For at implementering av tiltak skal fungere best mulig er det viktig at rapporten er forståelig og kommer med klare anbefalinger (Kongsvik et al., 2018). Granskningsteamet må i granskningsarbeidet og ferdigstillingen av rapporten sørge for at den er anvendelig.

Vanligvis er det en læringsmotivasjon ved gjennomføring av granskinger (Kongsvik et al., 2018). En forutsetning for at man kan lære av hendelsen er at granskningsrapporten bærer preg

av kvalitet. I tillegg brukes informasjonen på et senere tidspunkt for å endre måtene å arbeide på (Kongsvik et al., 2018). Dersom det ikke har skjedd en reell endring i måtene å arbeide på, oppnås ikke læring av granskningen som er blitt gjennomført. Granskning hvor grundige årsaksanalyser gjennomføres, og hvor tiltak som baserer seg på helhetsvurderinger fremlegges, har bedre utgangspunkt for å oppnå læring. Læring kan ha overføringsverdi for linkende virksomheter (Hovden, 2004). Det bør tillegges verdi og brukes i praksis.

For at man skal kunne lære etter granskninger er det vesentlig at det som kommer frem av rapportens konklusjon oppleves gjenkjennbart for berørte parter og relevante aktører (Kongsvik et al., 2018). Granskningsteamet bør vurdere aktuelle virkemidler som vil gi best effekt i den sammenheng. Forbedring og læring bør fremlegges for å skape interesse og innsatsvilje. Forbedringsmiljø bør inkluderes i en organisasjons kultur for å motivere de ansatte til læring av hendelser. Ledelsen bør være bevisst på deres egen holdning både for å forbedre eget arbeid, men også legge til rette for at læring skal kunne være mulig. Et miljø med fokus på forbedring, gjennom diskusjon med ansatte, vil legge bedre grunnlag for at læring skjer.

1.2.8. Kvalitet i granskning

Kvaliteten i en granskning blir allerede påvirket ved sammensetningen av granskningsteamet. Granskningsteamet blir styrt av deres bakgrunn, og hvilket perspektiv de har på mandatet de står ovenfor. Det legger føringer på hvilke metoder som blir benyttet, områder de velger å undersøke, og funn som blir vektlagt. Refleksivitet bør derfor granskerne ha et bevisst forhold til gjennom hele prosessen (Malterud, 2001). Videre er hensikten med en granskning å forhindre lignende ulykker i fremtiden, som vil si at granskningen bør være overførbar (Malterud, 2001). For å sikre overførbarhet og kvalitet er det sentralt å utarbeide en strategi for innsamling av relevante data. Datainnsamlingen sin type og omfang legger føringer på analyse og konklusjon i granskningen. Vitneintervju som datainnsamlingsmetode kan skape skjevhet i funnene, og som nevnt i fase to er det spesielt viktig å være oppmerksom på vitnepåliteligheten ved innsamling av data (Magnussen, 2017; Olsen, 2014). Vitnepålitelighet kan påvirke overførbarheten i negativ forstand, hvis dataene ikke samles inn på en transparent måte ved å beskrive kontekstuelle forhold rundt intervjuene (Malterud, 2001).

22. juli-kommisjonens rapport er trolig Norges mest leste offentlige utredning, men fikk en del kritikk i etterkant som blant annet omhandler kvaliteten på granskningen (Renå, 2017). Kommisjonen besto av et flertall med jurister, noe som kan sees på som bemerkelsesverdig

ettersom personer med ekspertise på områdene som skulle granskes, ikke ble dekket (Christensen, 2013). Videre peker Christensen (2013) på at kommisjonens forståelse av offentlige organisasjoner var sterkt preget av medlemmenes profesjons- og yrkesbakgrunn. Det ble ikke inkludert ansvarlige departementer og interessegrupper innen sikkerhet og beredskap blant granskerne. Dette kan anses problematisk og belyser hvor viktig det er å være bevisst på hvilke personer som er medlem av granskingskommisjonene, og hva dette har å si for granskningens kvalitet.

2.0 Del 2 – Analyse av allerede gjennomførte granskinger

2.1 Oppgave 2a

I denne delen av oppgaven vil det redegjøres for og diskuteres hvilke perspektiver som ser ut til å ha vært fremtredende i gjennomføringen av hver gransking. Vi vil først ta for oss SHK-rapporten, før vi går videre til Ukom-rapporten. Formålet med SHK-rapporten er å granske årsaksfaktorene til bussulykken som skjedde 11. mars 2021 mellom to rutebusser fra Vy Buss AS ved Tangen i Stange kommune. Perspektivene som har vist seg som mest fremtredende i SHK-rapporten er EB og PMB. Videre diskuteres tilstedeværelsen av MMD og til dels RE og HRO. De relevante perspektivene for SHK vil videre utdypes og forklares. Formålet med Ukom-rapporten er å granske årsaksfaktorene til at Frank begikk drap kort tid etter å ha vært i kontakt med det psykiske helsevesenet. De perspektivene som har vist seg som mest fremtredende i denne granskingen er MMD, PMB, NAT og HRO. De perspektivene som er relevante for Ukom-rapporten vil videre utdypes og forklares.

2.1.1 Perspektivene i SHK-rapporten

2.1.1.1 EB-perspektivet

SHK-rapporten er delt inn i fire deler; faktiske opplysninger, analyse, konklusjon og sikkerhetstilråding. Rapporten setter søkelys både på hvordan ulykken skjedde i den skarpe enden (sjåførene), det organisatoriske og det tekniske. I delen som omhandler *faktiske opplysninger* ser man klare likhetstrekk til EB-perspektivet. Det er flere eksempler på at energi har kommet på avveie og barrierer har sviktet. Barrierer som var til stede, men som sviktet, er rettet mot forskjellige elementer som kan ha en påvirkning på utfallet ved en uønsket hendelse. For eksempel eksisterte det regelverk knyttet til hvordan A-stolpen og karosseriet skulle se ut, men ulykken førte til at A-stolpen gikk inn i førerhuset til en enhet. Det er et tydelig eksempel på at barrierene (regelverket og A-stolpen) som var til stede for å

reducere konsekvensene sviktet. Dermed ble ikke energikilde og offer skilt ved hjelp av materielle hindringer. Videre var ikke alle barrierene som eksisterte tatt i bruk. På ulykkesdagen var det ikke strødd sand eller salt på veibanen. Bussene hadde ikke særlig høy fart, med henholdsvis 55 km/t og 36 km/t på en vei der fartsgrensen var 80 km/t. Videre i *analyse* fremhever granskerne samspillet mellom ulike elementer i trafikksystemet som førte til at ulykken skjedde. Bussenes kjøreatferd, dekkrustningen, vær- og kjøreforhold, og veigeometri vurderes. Rapporten konkluderer blant annet med at Vy Buss AS ikke hadde tilbudt opplæring for kjøring på vinterføre til den ene sjåføren. Selv om bussjåførene hadde lavere hastighet enn fartsgrensen på veien, kom energi på avveie ved at barrierer ikke eksisterte eller sviktet.

Sikkerhetstilrådingen bærer preg av å forbedre sine eksisterende barrierer. SHK råder for eksempel VY Buss AS til å gjennomgå og forbedre sin helhetlige tilnærming til sikker kjøring på vinterstid. Dette kan de blant annet gjøre gjennom å forsterke opplæring og oppfølging av bussførere. Videre råder SHK at Innlandet fylkeskommune forsterker kollisjonssikkerhet for bussførere utover gjeldene regelverk som et krav i kontrakter. Rådene kan derfor være med på å tette hullene i «sveitserosten» (Kongsvik et al., 2018), og forhindre at barrierene svikter i framtiden.

2.1.1.2 PMB-perspektivet

PMB fokuserer på mål, konflikter og beslutninger på ulike nivåer, samt hvordan informasjonsflyt påvirker beslutningene. I rapporten skrives det at i kontrakten mellom Innlandet fylkeskommune og Vy Buss AS var trafiksikkerhet omtalt i liten grad. Det ble anbefalt at fylkeskommunen burde legge større vekt på trafiksikkerhetsfaktorer i utforming og oppfølging av kontrakter for kollektivtransport. Det er tydelig at målene om trafiksikkerhet har vært for lav mellom fylkeskommunen og VY Buss AS. Målene i kontrakten vil ha vært med på å forme sikkerhetstiltakene gjort i forkant og på ulykkesdagen. Vy Buss AS har videre utarbeidet en piggdekkpolicy, selv om en del oppdragsgivere har gitt forbud mot piggdekk. I policyen står det at standarden for vinterdekk er uten pigg. Eventuell beslutning om bruk av piggdekk tas på avdelingsnivå, basert på lokal kunnskap. Avdeling Hamar identifiserte i en risikovurdering at strekningen hvor ulykken oppstod er et område som ikke krever piggdekk. Det er ikke gjort noen spesifikke risikovurderinger tilknyttet den aktuelle svingen ulykken fant sted.

Det ble i forkant sendt ut farevarsel om mye snø i ulykkesområdet. SHK skriver at denne informasjonen burde blitt brukt av Vy Buss AS for å informere førerne om utfordringer de kunne møte under kjøringen. Det at denne informasjonen ikke ble formidlet i tilstrekkelig grad kan ha påvirket sjåførenes avgjørelse om å ikke bruke kjettinger under bussturen. SHK-rapporten skriver at bruk av piggdekk «trolig kunnet ha økt sikkerhetsmarginene» (SHK, 2022, s. 49), noe som også kan peke på at bruk av kjettinger kunne ha gjort det samme. Fører av enhet A forklarte at han ikke valgte å sette på kjettinger på bussen i forkant, fordi han ikke oppfattet føret som veldig glatt. I en risikovurdering gjort i 2015 har VY Buss AS omtalt sjåføren som den viktigste trafikksikkerhetsfaktoren, ettersom sjåføren er den faktoren de kan påvirke i størst grad. Rapporten tydeliggjør at informasjon mellom nivåene er en viktig påvirkningsfaktor for beslutninger som blir tatt, og at tilstrekkelig informasjon til sjåførene kan øke sikkerheten mot ulykker.

2.1.1.3 RE-perspektivet

SHK-rapporten trekker frem risikovurderingen til Vy Buss AS som vektlegger at sjåføren er den viktigste trafikksikkerhetsfaktoren. Dette kan knyttes til RE-perspektivet sin forståelse av mennesket som en viktig ressurs og kilde til resiliens. Det er sjåføren som er med på å skape en motstandskraft i trafikksystemet ved å ha den riktige kompetansen og ferdighetene. Det kan argumenteres for at SHK forsøker å bidra til å bygge inn resiliens i trafikksystemet ved å lære av bussulykken i Stange kommune. Granskingsrapporten undersøker blant annet bussførernes kjøreatferd for det aktuelle tidspunktet, vær og føreforhold på tidspunktet, bussens dekkutrustning, men også opplæring og oppfølging bussjåførene fikk av Vy Buss AS. På denne måten undersøkes sikkerhetsstyringen, de daglige funksjonene og normale operasjonene i Vy Buss AS for å forstå hvilke egenskaper som må være på plass i systemet for å unngå slike ulykker. Vy Buss AS identifiserer opplæring av sjåfører som en særdeles viktig faktor for å unngå ulykker. Granskingen viser at det foreligger manglende og uklar dokumentasjon på opplæring, noe som kan tyde på at systemet ikke er resilient nok. Samtidig undersøkes Innlandet fylkeskommune sitt sikkerhetssystem og hvordan de følger opp kontrakter for kollektivtransport. Her fremkommer det også at det stilles krav til Vy Buss AS om å gi sjåførene opplæring som, i tillegg til yrkeskompetansebevis, sikrer at sjåføren har kunnskap om rutetraséer og andre viktige trafikksikkerhetsfaktorer.

2.1.1.4 MMD-perspektivet

I SHK-rapporten påpekes det flere ganger at informasjon som var tilgjengelig, ikke ble kommunisert eller ikke kommunisert i tilstrekkelig grad. Dette gjelder for eksempel informasjon tilknyttet værforholdene under ulykken. Det ble i forkant sendt ut farevarsel om mye snø i ulykkesområdet. SHK skriver at denne informasjonen burde blitt brukt av Vy Buss AS for å informere førerne om utfordringer de kunne komme til å møte under kjøringen. I risikovurderingen gjort i 2015 for Vy Buss AS ble det skrevet at utilstrekkelig deling av sikkerhetskritisk informasjon på en bussrute, for eksempel glatt føre/utsatte partier, er viktige faktorer som kan påvirke risikobildet. I sikkerhetstilråningene ble også utforming av kontrakter og mangel på selvstendig omtalelse av trafikksikkerhet i kontrakter trukket frem. Dette gjaldt spesielt kontrakten mellom Innlandet fylkeskommune og Vy Buss AS. Verken informasjon om den aktuelle kurvens utforkjøringsrisiko eller veinettets vinterdriftklasser ble videreformidlet her, noe rapporten trekker frem som en tilråding for Innlandet fylkeskommune i utforming og oppfølging av kontrakter for kollektivtransport. Dette søkelyset på informasjonsflyt samsvarer med MMD sitt syn på informasjon som viktig barriere mot ulykker.

2.1.1.5 HRO-perspektivet

Selv om HRO-perspektivet ikke er et av perspektivene som kommer tydelig frem gjennom granskningen, finnes det noen elementer av perspektivet i rapporten. Som nevnt under RE-perspektivet, så trekker SHK frem bussjåføren som den viktigste trafikksikkerhetsfaktoren. Dette kan også knyttes opp til HRO-perspektivet sin forståelse av menneske som en viktig kilde til resiliens. Perspektivet er opptatt av motstandskraft, og at det utvikles organisatoriske egenskaper. I rapporten trekkes det frem at Vy Buss AS er sertifisert i henhold til ISO 39001 (trafikksikkerhet), noe som kan tolkes som et tiltak Vy Buss AS har gjort for å styrke organisasjonens motstandskraft. Prinsippet *motvilje mot å forenkle for mye* gjør seg gjeldene i sikkerhetstilråning Vei nr. 2022/06T; «(...) gjennomgår og forbedrer sin helhetlige tilnærming til sikker kjøring vinterstid. Dette inkluderer forsterket opplæring og oppfølging av bussførere, samt systematisk vurdering av dekkrustning og kritiske punkter på den enkelte rute» (SHK, 2022, s. 59). HRO fokuserer i stor grad på læring, og SHK ønsker gjennom granskingsprosessen å lære av bussulykken. Dette gjør de ved å gi sikkerhetstilråninger med hensikt om å få mer kunnskap, og på den måten bli mer resilient for å unngå lignende hendelser i fremtiden.

2.1.1.6 Konklusjon

Etter denne redegjørelsen kan det konkluderes med at de mest fremtredende perspektivene i SHK-rapporten er EB og PMB. Dette er fordi rapporten legger vekt på årsaksforklaringer knyttet til hvordan energi i bevegelse førte til kollisjonen, samt beslutninger og konflikter på ulike nivåer i systemet. Beslutninger på ulike nivåer kan også knyttes til informasjonsflyt som MMD beskriver. Dett perspektivet er synlig i rapporten ettersom den vektlegger hvordan mangel på informasjon mellom ulike parter har vært en manglende sikkerhetsbarriere mot ulykker. Videre vurderes også RE og HRO som tilstedeværende i rapporten. Disse perspektivene gjør seg synlige i den grad at begge vektlegger mennesker som en viktig kilde til resiliens, og at organisasjonen må legge til rette for å bygge resiliens.

SHK-rapporten har et systemperspektiv som samsvarer med the new view hvor det tas utgangspunkt i trafikksystemet, sikkerhetsstyringen til Vy Buss AS og Innlandet fylkeskommune. Rapporten undersøker de bakenforliggende årsakene til at bussulykken inntraff, ved å blant annet se på sikkerhetsstyringen opp imot relevante krav og regelverk som trafikkopplæringsforskriften og yrkessjåførforskriften. Systemet tar likevel utgangspunkt i at sikkerhet må skapes gjennom menneskelig praksis, noe som pekes på i rapporten med at førerens kjøreferdigheter og forståelse av trafikksystemet vil være en kritisk faktor som igjen avhenger av hvordan Vy Buss AS gir opplæring og oppfølging til sine bussjåfører. Det kan også argumenteres for at det kan forekomme noen elementer av old view i SHK-rapporten. Det blir nevnt i rapporten at fører av enhet A ikke opplevde veien som glatt, og holdt derfor en fart på 55 km/t rett før kollisjonen. I tillegg ble ikke kjetting vurdert som nødvendig. Dette peker på at den enkelte bussjåfør sin risikoatferd vil ha en stor påvirkning, uten at rapporten direkte legger skyld på enkeltmenneske i ulykken.

2.1.2 Perspektivene i Ukom-rapporten

2.1.2.1 MMD-perspektivet

Ukom-rapporten tar utgangspunkt i et tidsrom fra Frank var innlagt i det psykiske helsevesenet, ett år før drapet. Denne bruken av tid kan sammenlignes med MMD sin faseinndeling, som baserer seg på et spenn over tid, opp mot en ulykke. Her vil tiden han var innlagt fungere som en antatt normalsituasjon, og tiden frem til drapet vil følge de følgende fasene inkubasjonsperiode, utløsende hendelser, begynnende krise og krisehåndtering. Likevel passer ikke historien til Frank lett inn i en slik tidsinndeling, ettersom hans psykiske lidelse var til stede mange år før rapportens tidslinje begynner. Ukom beskriver tilstanden til Frank før innleggelsen, og siterer for eksempel fastlegen hans, som gir et bilde av Frank som

en kjent trussel for politiet. Jamfør informasjonssviktsperspektivet vil det alltid foreligge årsaksfaktorer bak en hendelse som enten ikke oppdages, eller ikke tas hensyn til før det er for sent. I dette tilfellet argumenterer rapporten for at faktorene ikke er tatt hensyn til i tilstrekkelig grad. Når Ukom skal vurdere samhandlingen mellom politiet og helsevesenet, påpeker de et behov for bedre informasjonsflyt. I rapporten trekkes det frem at politiets mangel på opplysning av Frank sin voldshistorikk til helsevesenet, har gitt det psykiske helsevernet dårligere grunnlag for å vurdere om psykisk helsevern var nødvendig. Rapporten vurderer også at noen av årsakene til den manglende behandlingen og oppfølgingen kan skyldes uklarheter rundt hvilke regler som gjelder, og bruken av disse, for helsehjelp til pasienter i varetektssurrogat. Uklarhetene rundt lover og regler hos helsevesenet kan illustreres som skjulte medvirkende faktorer som enten ikke er oppdaget, eller som ikke tas hensyn til. Det kan derfor argumenteres for at Ukom følger MMD-perspektivet i synet på at informasjonssvikt er en bidragsyter til at ulykker oppstår.

2.1.2.2 PMB-perspektivet

Ukom har undersøkt de ulike nivåene i både helsesystemet og politiet, og sett på hvilke beslutninger som har blitt tatt hvor. Rapporten har også vurdert konsekvensene av de ulike beslutningene, og kommet med anbefalinger til hvordan beslutningstakerne kunne ha påvirket situasjonen slik det var større sannsynlighet for at hendelsene ble unngått. Dette samsvarer med PMB-perspektivet og dets søkelys på kollektive og individuelle beslutninger på ulike nivåer. PMB fokuserer videre på dimensjoner av avstandsbegrepet, noe rapporten også gjør, med utgangspunkt i den organisatoriske dimensjonen. Ved å granske nivåer som befinner seg nært den skarpe enden, som legevakt og politibetjenter, samt nivåer lenger unna, som helsedirektoratet og det psykiske helsevernet, forklarer rapporten sammenhengen mellom beslutninger på ulike nivåer og forholdet mellom den butte og den skarpe enden. PMB fokuserer, i likhet med MMD, på informasjonsflyten mellom nivåer. Som nevnt under MMD er det tydelig at Ukom ser informasjonsflyt som viktig for å kunne forhindre ulykker. Informasjonsflyt vil ifølge PMB også påvirke hvilke beslutninger som blir tatt, noe Ukom også setter søkelys på i sine anbefalinger til helsedirektoratet. Dette peker tilbake til uoversiktlige avhengigheter, som PMB beskriver som en av fire grunner til lav sikkerhet. Det er stor avhengighet mellom helsevesenet og politiet i saker som omhandler ulykker tilknyttet psykisk syke som utøver vold. Disse avhengighetene må kartlegges og kommuniseres for å unngå ulykker.

2.1.2.3 HRO-perspektivet

Ukom-rapporten har, som nevnt, i hovedsak fokus på året før Frank begår drapet. Samtidig anerkjenner Ukom at Frank har hatt psykiske problemer lengre bak i tid. Synet til HRO, om at tegn til uønskede hendelser gjerne har vært til stede i organisasjonen lenge før det utviklet seg til en uønsket hendelse, er noe Ukom også har søkelys på i granskingsprosessen. Når det kommer til enkelte av Ukoms vurderinger er det likhetstrekk til HRO. Ukom påpeker at politiet ofte har «verdifulle opplysninger om pasientens tilstand, livssituasjon og voldsproblemer» (Ukom, 2021, s. 22), og mener at det er for lite samhandling mellom legen og politiet. Dette kan kobles HRO-prinsippet *respekt for ekspertise*, som Ukom indirekte kommuniserer at ikke alltid var til stede. *Respekt for ekspertise* gjør seg gjeldene i anbefalingen til Helsedirektoratet, om at de bør uttale seg om det psykiske helsevesenet kan etablere et tvunget psykisk helsevern for pasienter som er innlagt på varetektsurrogat. Rapportens anbefalinger fremhever også at det psykiske helsevesenet bør foreta voldsrisikovurderinger som inkluderer opplysninger fra både politiet og sakkyndigerklæringer. Med andre ord handler det om at det psykiske helsevesenet søker å innhente informasjon slik at voldsrisikovurderingen kan gi et komplett og nyansert bilde av situasjonen. På denne måten minimerer man risikoen for at faresignaler blir oversett. Dette er i tråd med prinsippet *motvilje mot å forenkle*. Videre er anbefalingene til helsetjenestene i fengslene, Helsedirektoratet og det psykiske helsevesenet generelt rettet mot samarbeid. Dette kan kobles til HRO-kjennetegnet *organisatorisk redundans*. Dersom alle instansene samarbeider vil det sikre overlappende kompetanse om pasienten.

2.1.2.4 NAT-perspektivet

Ukom-rapporten peker på flere systemfaktorer ved det psykiske helsevesenet som resulterer i at en pasient med psykotisk lidelse og voldsrisiko blir utskrevet uten oppfølging. Det fremkommer i rapporten at det forelå manglende behandling av Frank i varetektssurrogat, noe som økte voldsrisikoen. Det var blant annet mangel på diagnostisk vurdering, manglende journalføring av voldsrisikovurderinger, og manglende oppfølging da Frank ble sluppet ut fra varetektssurrogat. Disse faktorene peker på det Perrow (1999) beskriver som et komplekst system, hvor en feil i en del av systemet kan lett forplante seg og føre til en annen feil i systemet. Det kan også trekkes paralleller til komplekse kjedereaksjoner av flere feilhendelser i systemet som har forårsaket at Frank drepte noen kort tid etter utskrivelsen fra det psykiske helsevesenet. Den manglende vektleggingen av rettspsykiatrisk erklæring, som inneholdt viktige opplysninger om Frank og historikken hans, resulterte i manglende informasjon. Det

kan sammenlignes med et av de mange komponentene i kjedereaksjonen. Manglende informasjon om det helhetlige sykdomsbildet til Frank, kan ha vært en av de medvirkende faktorene til at han fikk manglende oppfølging og begikk drapet. Med andre ord var han enda ikke frisk nok til å stå helt på egne bein. Dette peker på hvordan kompleksiteten i systemet gir effekter som en ikke klarte å forutse.

2.1.2.5 Konklusjon

Etter denne redegjørelsen kan det konkluderes med at de mest fremtredende perspektivene i Ukom er MMD og PMB. Dette er fordi rapporten legger stor vekt på årsaksforklaringer basert på ulike nivåer i både helsevesenet og politiet, og samspillet mellom disse. Likevel er det også tegn til HRO og NAT i rapporten. Perspektivene gjør seg synlige i den grad at Ukom fremhever tiltak med mål om å bygge helsevesenet mer resilient. Videre legger Ukom vekt på hvor mange som var innblandet i behandlingene til Frank gjennom årene, noe som kan kobles til Perrows komplekse systemer.

Ettersom perspektivene som har vist seg å være mest relevant i Ukom-rapporten veksler mellom new og old view, kan rapporten sies å inneholde begge synene i større eller mindre grad. The new view er likevel mer fremtredende i rapporten enn old view. Grunnen til det er blant annet at rapporten undersøker hvordan samhandlingen mellom politi og helsevesen sviktet, som endte med at Frank gjennomførte et drap. Granskingen tar derfor utgangspunkt i at det foreligger en systemsvikt. Det er mangler tilknyttet informasjon, oppfølging og samhandling mellom politi og helsetjenesten. utfordringer med lovkrav påpekes flere ganger i rapporten, også gjennom anbefalingene som rettes mot både statlige organer som helsedirektoratet, og mot ledelsen av helsetjenesten i fengslene og det psykiske helsevesenet.

Det finnes noen elementer av the old view i rapporten, ved at mennesker sine feilhandlinger blir trukket frem til en viss grad. Ukom er ikke ute etter å rette skyld mot enkeltpersoner, for eksempel en rettspsykiatrisk lege eller fastlegen til Frank. Samtidig fremkommer det i rapporten at legen på sikkerhetsposten uttrykker at hvis de hadde gjort en voldsrisikovurdering av Frank på det tidspunktet, så kunne det vist at han har et høyt voldsrisikopotensial og at han kunne bli veldig farlig. Det kan derfor argumenteres for at dersom en voldsrisikovurdering hadde blitt gjort kunne det ha redusert sannsynligheten for at Frank utførte et drap. Det kan diskuteres hvorvidt Ukom antyder at voldsrisikovurderingen hadde blitt gjennomført dersom en annen lege hadde vært til stede på sikkerhetsposten. På den andre siden peker rapporten på manglende informasjon og oppfølging av Frank. Det kan

trekkes paralleller til systemets manglende kontrollrutiner og prosedyrer, noe som var årsaken til at voldsrisikovurderingen ikke ble utført.

2.2 Oppgave 2b

I denne deloppgaven vil de viktigste utfordringene granskerne tilsynelatende har stått ovenfor i hver av ulykkene bli redegjort for og diskutert. For granskerne i både SHK og Ukom er objektivitet en overordnet og felles utfordring. Det er en balansegang å undersøke ulykkene, men samtidig ikke ta stilling til det strafferettslige skyldspørsmålet. Begge rapportene presiserer dette innledningsvis. I tillegg medførte begge ulykkene et dødsfall. For SHK sin del så utfordrer det objektiviteten ved at kun den ene parten får belyst sin oppfatning av hendelsesforløpet og omstendighetene.

2.2.1 Utfordringer for granskerne i SHK

2.2.1.1 Fase 1

I første fase av granskingsprosessen er etablering av granskingsteam helt sentralt. SHK er en allerede sammensatt kommisjon, men deres kompetanse og bakgrunn har også betydning for utformingen og konklusjonen til rapporten. SHK-granskerne legger mye vekt på tekniske informasjon, vurderinger, data og målinger. Dette er tydelig i kapitlet som omhandler faktiske opplysninger i rapporten, og i tillegg peker mesteparten av deres informasjonskilder i en mer teknisk retning. Ett av de fire punktene som er viktig ved etablering av granskingsteam er å ha et team med tverrfaglig kompetanse, men dette kommer trolig ikke tilstrekkelig frem i SHK-rapporten. Det er relativt lite søkelys på organisatoriske og systemiske forhold, og en rimelig antakelse er at granskingsteamet ikke har nok kompetanse eller forutsetninger til å implementere det i rapporten i større grad.

2.2.1.2 Fase 2

Granskerne står ovenfor flere utfordringer i andre fase av granskingsprosessen, hvor datainnsamling skal foregå. For det første var det to bussjåfører som var involvert i ulykken, men det var kun én av personene som overlevde. Det påvirker datainnsamlingen ved at granskerne naturligvis bare får informasjon fra den ene parten, noe som kan gi et mer ensidig perspektiv på hendelsesforløpet. Samtidig bruker granskerne, som nevnt, store deler av rapporten til både å redegjøre for og å underbygge hendelsesforløpet gjennom målinger og teknologiske instrumenter. Det kan argumenteres for å bidra til en mer objektiv begrunnelse

på hendelsesforløpet. Dette kan være en grunn til at intervjuene og avhørene, som blir gjennomført som en del av datainnsamling, ikke vektlegges i rapporten.

En annen utfordring for datainnsamlingen var at bussene krasjet i et område hvor det var få andre personer enn de involverte til stede. Det var i en uoversiktlig sving i et mindre bebygget område. De som var vitner til sammenstøtet, var passasjerene som satt i den ene involverte bussen. Vitneforklaringer er ofte viktige for datainnsamlingen når ulykker har skjedd. I dette tilfellet var vitnene en del av ulykken, og det kan ha påvirket deres oppfatning av hva som skjedde. Deres følelser og opplevelser har betydning for vitnepåliteligheten, noe som alltid vil være en utfordring for granskerne.

En tredje utfordring for granskerne i datainnsamlingen er at mye informasjon kommer via sekundærkilder. Dette gjelder for eksempel bildebevis som SHK mottok fra politiet, brannvesenet og Statens vegvesen. En utfordring med at SHK ikke selv tok bilder på skadestedet, er at aktørene kan ha tatt flere og mer detaljerte bilder av noen deler av ulykken enn andre. Hvis det er flere bilder som fokuserer på ett område, så kan det få granskerne til å tenke at det er mer viktig å fokusere på nettopp dette. Det kan videre bidra til en feiltolkning av informasjonen SHK har innhentet. Et annet eksempel på sekundærkilder er dokumenter og avhør innhentet fra politiet. Intervjuteknikk og avhørerens bakgrunn former i stor grad intervjuet. Likevel reduserte granskerne utfordringen ved å gjennomføre egne intervjuer med involverte personer i ulykken.

2.2.1.3 Fase 3

En utfordring i fase tre er å avgjøre hvor detaljrike de skal være i hendelsesforløpet. Det bør blant annet gjøres en vurdering rundt hvilke del-hendelser som skal tas med i betraktning, hvor detaljert hendelsene skal beskrives i rapporten, og hvor langt tilbake i tid granskerne skal gå. SHK-granskerne bruker trettifire sider på faktiske opplysninger som er av relevans til ulykken, noe som er relativt mye sammenlignet med analysekapittelet som granskerne bruker syv sider på. Relatert til denne utfordringen befarte granskerne ulykkesstedet dagen etter ulykken skjedde. Da fikk ikke granskerne direkte observert omstendighetene og ulykkesstedet. Det kan ha hatt påvirkning på granskerne sin beskrivelse av hendelsesforløpet, og hvilke del-hendelser som ble satt søkelys på.

2.2.1.4 Fase 4, 5 og 6

I fase fire, fem og seks handler det for granskerne om å finne årsaker og faktorer til ulykken, og det er utfordrende i mange tilfeller. Årsaker er noe granskerne konstruerer og som må

kunne dokumenteres, som vil si at granskerne må ha «bevis» for at noe faktisk er en årsak. Hvordan årsaker konstrueres og hvilke bevis som fremlegges, avhenger blant annet av granskerne sine synspunkter, hva de leter etter, hvem de snakker med, og tidligere erfaringer med lignende ulykker (Dekker, 2014). Innledningsvis i rapporten skriver granskerne følgende; «Formålet med Havarikommisjonens undersøkelser er å klarlegge hendelsesforløp og årsaksfaktorer (...)» (SHK, 2022, s. 2). Likevel peker ikke SHK-granskerne på årsaksfaktorer til ulykken i rapporten, men ved noen tilfeller presiserer de medvirkende faktorer. Det kan være på bakgrunn av at granskerne ikke kan konkludere for sikkert med hva som er direkte årsaker eller rotårsaker til ulykken.

2.2.1.5 Fase 7 og 8

Granskerne møter også utfordringer i fase syv og åtte av granskingsprosessen. Hensikten med rapporten er å forbedre trafikksikkerheten, og i den forbindelse fremmet de tre sikkerhetstilrådingene. Sikkerhetstilrådingene fra SHK har tidligere hatt varierende gjennomslagskraft og implementering. SHK kan ikke være sikker på at anbefalingene de kommer med faktisk vil bidra til å forbedre trafikksikkerheten i fremtiden, så det kan være en utfordrende vurdering å stå ovenfor. Anbefalingene bør være realistiske og konkrete. Det kan diskuteres hvorvidt sikkerhetstilrådingene er konkrete nok i rapporten, eksempelvis ved å peke på følgende formulering; «(...) forsterket opplæring og oppfølging av bussførere (...)» (SHK, 2022, s. 59). Sikkerhetstilrådingen legger ingen videre forslag eller anbefalinger til hvordan dette kan gjennomføres i praksis. I tillegg er det utfordrende for granskerne å vite om sikkerhetstilrådingene kan implementeres med hensyn til praktiske omstendigheter og kostnader. Hvis det viser seg i ettertid at anbefalingene ikke lar seg gjennomføre, vil ikke granskingsrapporten ha like stor verdi med tanke på dens hensikt med å forbedre trafikksikkerheten.

2.2.2 Utfordringer for granskerne i Ukom

2.2.2.1 Fase 1

I likhet med SHK er Ukom et permanent offentlig organ for granskning, som vil si en allerede etablert uavhengig ulykkeskommisjon hvor fagmiljøet utfyller feltet som kommisjonen er tilknyttet. I Ukom-rapporten sees det i hovedsak på dokumentasjon og intervju hvor organisatoriske og systemiske forhold vektlegges, og det antas at granskerne har kompetanse på området. Etablerte ulykkeskommisjoner tilpasses vanligvis hendelsen som skal granskes. Det er grunn til å anta at granskerne har møtt en utfordring med å undersøke mulighetene for tettere og bedre samhandling mellom politiet og det psykiske helsevernet

ettersom granskerne har helsefaglig ekspertise. Det er for eksempel ikke inkludert ekspertise fra politiet i granskningsteamet som en sentral aktør i hendelsen. Dette utfordrer det første av de fire punktene som er særlig viktig ved etablering av team, som er at teamet bør bestå av personer som innehar ekspertise som har relevans for ulykken som granskes.

2.2.2.2 Fase 2

Ukom-granskerne kan møte utfordringer i hendelser, slik som denne granskningen, hvor granskningen og tilhørende datainnsamlingen starter lenge etter hendelsen. Dette vil kunne medføre en effekt på intervjuenes kvalitet grunnet at de gjennomføres i lang tid etter hendelsen. I intervjuene blir også vitnepålitelighet et viktig element som granskerne må ta høyde for ettersom intervju av vitner i en lengre tid etter en hendelse, kan bygges på falske minner. Granskerne må bestemme seg for hvordan intervjuene og dokumentasjonen skal vektlegges. Dette vil ha stor betydning for videre faser hvor årsaker skal analyseres.

Granskerne i Ukom møter samme utfordring som SHK ved at mye informasjon kommer fra sekundærkilder. I likhet med SHK, har granskerne i Ukom redusert utfordringen med sekundærkilder ved å gjennomføre egne intervjuer med relevante aktører i saken.

2.2.2.3 Fase 3

Granskerne kan ha møtt på utfordringer med å kartlegge hendelsesforløpet. For det første kan det ha vært utfordrende å foreta en tidsavgrensning for granskingsomfanget. Samhandlingen mellom ulike samfunnsaktører som har vært involvert i Frank sitt liv, har vært pågående over en lang tidsperiode. Det var helt avgjørende for granskerne å foreta en tidsavgrensning som gjør omfanget realistisk å undersøke. For det andre kan det ha vært utfordrende for granskerne å avgjøre hvilke del-hendelser som skal inkluderes i hendelsesforløpet, og hvor detaljert de skal beskrives. Granskerne undersøker ikke en lineær hendessekvens, men den er noe mer komplisert blant annet på grunn av samhandlingen som foregår mellom helsevesenet og politiet.

2.2.2.4 Fase 4, 5 og 6

Analyse av årsaker til at Frank ikke ble fulgt opp videre etter det siste oppholdet, kan ha vært utfordrende for granskerne av flere grunner. Elementer som kan vurderes og analyseres som årsaker er det vanskelig å si noe om, ettersom de inkorporeres i hverandre. Det er i tillegg usikkert hvorvidt datagrunnlaget er dekkende, og vil derfor være utfordrende i seg selv å analysere årsaker ut ifra den innsamlede dataen. Granskerne spesifiserer ikke klart hva som anses som direkte årsaker, påvirkende årsaker og eller rotårsaker. Det er grunn til å anta at

kategorisering av årsaker etter direkte, påvirkende og rotårsaker er noe mer utfordrende for granskere i saker hvor det er svakheter i ulike samhandlinger som undersøkes og årsaker til at pasienten ikke ble fulgt opp.

2.2.2.5 Fase 7 og 8

Granskerne i Ukom-rapporten møter noen av de samme utfordringene som granskerne i SHK, ved at de ikke kan være sikker på at anbefalingene faktisk vil kunne bidra til å bedre pasient- og brukersikkerheten i fremtiden. En utfordring for granskerne her kan være å komme med anbefalinger til samhandling i så komplekse systemer. Dette vises av tiltakene som anbefales, og de er i større grad generelle og fokuserer på systemfaktorer. Et tiltak som anbefales er å følge regelverk, ettersom det virker som noen «verktøy i dagens regelverk som ser ut til å ha gått i glemmeboken» (Ukom, 2021, s. 6). Likt som i SHK-rapporten, kan det diskuteres hvorvidt tiltakene som presenteres er konkrete nok for å endre praksis. «Helsedirektoratet bør i samarbeid med Politidirektoratet og Riksadvokaten framheve politiets rolle i å framsette begjæring om tvungent psykisk helsevern når dette er aktuelt» (Ukom, 2021, s. 32). Det legges her ikke frem forslag eller anbefalinger til hvordan samarbeidet skal fungere eller hvordan politiets rolle skal fremmes gjennom samarbeidet. Granskerne møter her en utfordring ved at de kanskje ikke kjenner godt nok til hvordan samarbeidet mellom etatene faktisk fungerer og utfordringene de står overfor som legger begrensinger på samarbeidet.

Tiltakene som anbefales av granskerne forteller lite om hvordan det kan gjennomføres i praksis. Det er store og generelle tiltak som anbefales som gir organisasjonene som skal implementere tiltakene mye å arbeide med. En annen utfordring er i hvilken grad man kan vite at tiltakene som anbefales legger til rette for at andre kan følge opp tiltakene.

2.3 Oppgave 2c

I denne delen av oppgaven vil likheter og forskjeller mellom rapportene presenteres. Sammenligning av rapportene vil baseres på generelle likheter og forskjeller i grankingsprosessen, samt bruken av ulykkesperspektiv og plassering i old view og new view.

2.3.1 Likheter i rapportene

Et likhetstrekk mellom SHK og Ukom er at begge kommisjonene er permanente offentlige organ for gransking, og deres oppdrag er i hovedsak det samme. Begge kommisjonene skal kartlegge og utrede hendelsesforløpet, og finne årsakssammenhenger i ulykkene, noe som skal gjøres uten å ta stilling til strafferettslig skyld. Formålet med granskingene er å

henholdsvis forbedre trafikksikkerheten, og forbedre pasient- og brukersikkerheten. I begge rapportene gjøres dette ved å komme med anbefalinger til videre arbeid, og tilrådninger for å unngå lignende hendelser i framtiden.

Det finnes flere likheter i hvordan rapportene bruker ulykkesperspektivene. Vi har tatt utgangspunkt i de perspektivene som er mest fremtredende i rapportene, for denne redegjørelsen av likheter. Begge rapportene tar for eksempel i bruk ulykkesperspektivet PMB i granskingsprosessen. Her setter både Ukom og SHK søkelys på beslutninger som er tatt på ulike nivåer i systemet, og hvilke konsekvenser det har hatt for hendelsesforløpet. MMD kommer også fram i begge rapportene, ved at begge omtaler informasjonsflyt som en ulykkesårsak. Informasjonen har enten ikke blir formidlet på en god måte, eller ikke blitt gjort tilgjengelig. Resiliens er til stede i begge rapportene, ved at de vektlegger motstandskraften i systemet og anser mennesket som en viktig ressurs til resiliens.

Begge rapportene benytter også både new view og old view. For new view-tilnærming i granskingsprosessen blir årsaker avklart i henhold til lovverk, rutiner og dårlige strukturer. Begge rapportene har dermed systemperspektivet i fokus. Til tross for at rapportene bærer preg av en new view-tilnærming, kan vi også trekke noen paralleller til en old view-tilnærming. Rapportene fremhever hvordan enkeltmennesker sine handlinger kan påvirke utfallet, noe som samsvarer med elementer i old view.

2.3.2 Forskjeller i rapportene

SHK gransker trafikkulykker, mens Ukom gransker alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Det er to svært ulike felt, noe som naturligvis legger føringer for utformingen og vektleggingen av årsaksforklaringer i rapportene. Granskerne i SHK har en mer teknisk tilnærming til ulykken, sammenlignet med Ukom. Under faktiske opplysninger bruker SHK mye plass på å redegjøre for blant annet skader på kjøretøy, tekniske reguleringssystemer, drift og vedlikehold, og simulasjoner av ulykken. I motsetning har Ukom en mer organisatorisk tilnærming. Frank sin livshistorikk og drapshandling er grunnlaget for granskningen, men det settes i stor grad søkelys på det organisatoriske rundt samspillet mellom påtalemyndigheten, helsevesenet, og politiet.

SHK har utelukkende basert rapporten på tall og faktaopplysninger. Selv om det ble gjennomført intervjuer av SHK og innhentet politiavhør, har ikke granskerne implementert direkte sitat eller gjenfortelling fra intervjuene i rapporten. SHK kommer heller ikke med subjektive innvendinger eller antagelser rundt ulykken. Eksempelvis ved å skrive «det kan

tenkes» eller «trolig». Dette kan bidra til at leseren oppfatter rapporten som mer objektiv, i motsetning til Ukom-rapporten. I Ukom-rapporten blir nevnte formuleringer benyttet. I tillegg implementerer Ukom direkte sitater i stor grad. Det gjelder både fra journaler og epikriser, men også fra intervjuene som ble gjennomført av granskerne. SHK-rapporten kan dermed beskrives som mer kvantitativ, i motsetning til Ukom-rapporten som bærer mer preg av en kvalitativ tilnærming.

En ytterligere forskjell mellom rapportene er hvor lang tid det gikk mellom forekomsten av den uønskede hendelsen og kommisjonens oppstart av granskingen. Bussulykken skjedde 11. mars 2021 kl. 15:11, og SHK mottok varsel om ulykken samme dag kl. 15:44. Det er relativt kort tid etter ulykken, som gjør at SHK kan igangsette granskingsprosessen og innhente forskjellig type data. Som nevnt tidligere i oppgaven, blir intervjuer ansett som en viktig datainnsamlingsmetode, som er vesentlig å begynne med så tidlig som mulig etter ulykken. Det er mange faktorer som kan påvirke vitnepålitelighet, og tid mellom selve hendelsen og intervjuet er en av dem. SHK reduserer muligheten for upålitelig informasjon ved å tidlig igangsette granskingsprosessen, men det er ikke tilfellet for Ukom. I januar 2020 ble Ukom kontaktet av sønnen til Franks tilfeldige drapsoffer. Da hadde det allerede gått en tid fra drapet skjedde. Det ble gjennomført intervjuer av både personer i tilknytning til drapssaken, men også personer som har hatt tilknytning til Frank i løpet av hans lange historikk i helsevesenet. Ukom vektlegger i stor grad data fra intervjuer, men det antas at personer baserer sine svar i intervjuene på deres tidligere skriftlige dokumentasjon av Frank, for eksempel i forbindelse med journaler. Det legger andre forutsetninger til grunn for dataen som fremkommer i intervjuet, men det vil være naturlig i en slik gransking med et lengre tidsperspektiv.

Det har blitt identifisert forskjellige ulykkesperspektiver for de to granskingsrapportene. Vi har tatt utgangspunkt i perspektivene som tidligere i oppgaven har blitt ansett som mest fremtredende, i denne diskusjonen av ulikheter. Ukom benytter seg hovedsakelig av MMD og PMB for å forstå hvordan behandlingen av Frank sviktet. Dette står i kontrast til SHK som i hovedsak benytter seg av PMB og EB for å avdekke hvorfor de to motgående bussene kolliderte. Det vil si at PMB fremstår som et viktig perspektiv i begge rapporter. Det er likevel forskjeller i hvordan perspektivet er brukt. Dette kan begrunnes med at det er to forskjellige systemer som omtales i rapportene. I SHK er det lineære transportsystemer med klare kontraktkrav, og nasjonale og internasjonale tilrådninger. Beslutninger og konflikter på ulike nivåer vil derfor enklere kunne oppdages. Til sammenligning undersøker Ukom-

rapporten et samspill mellom flere komplekse systemer, som helsevesenet og politiet. Begge rapportene bruker i tillegg MMD, selv om dette perspektivet er mer fremtredende i Ukom enn i SHK. Det kan argumenteres for at Ukom har satt søkelys på informasjon som ikke ble delt mellom politi og helsevesen. Videre er det også søkelys på informasjon som ikke blir gjort tilgjengelig, som for eksempel gjennom manglende voldsrisikovurdering av Frank. SHK peker på at informasjon om for eksempel værforholdene ble delt, men ikke i tilstrekkelig grad. En stor ulikhet i rapportene er hvordan EB-perspektivet er til stede i SHK, men ikke gjør seg gjeldende i Ukom. Grunnen til det er at hendelsen i Ukom-rapporten ikke innebærer energi på avveie.

Ulykkesperspektivene i rapportene gjenspeiles i sikkerhetstilrådingene og anbefalingene som granskingsrapportene kommer med. En forskjell mellom rapportene er søkelyset de har i sine sikkerhetstilrådingene og anbefalinger. Ukoms tre hovedanbefalinger er tilknyttet forbedringer av helsetjenesten i norske fengsel, helsedirektoratet og det psykiske helsevesenet. Anbefalingene i Ukom peker dermed på flere systemfaktorer, herunder svikt i beslutninger og informasjonsflyten (PMB og MMD). SHK-rapporten presenterer sikkerhetstilrådingene som forklarer hvordan man skal forbedre trafikksikkerheten. Sikkerhetstilrådingene fokuserer på etablering av nye barrierer for å redusere sannsynligheten for lignende hendelser (EB), samt tilfredsstillende og utbedre regelverkskrav i større grad (PMB). Disse regelverkskravene som nevnes i sikkerhetstilrådingene i SHK-rapporten strekker seg helt til internasjonalt nivå, noe som står i kontrast til anbefalingene i Ukom - rapporten som kun omhandler nasjonalt nivå.

2.4 Oppgave 2d

I denne delen av oppgaven vil vi redegjøre og argumentere for forbedringspotensial tilknyttet de to granskningene. Forbedringspotensialet er blant annet knyttet til innholdet, datainnsamling, granskningsteamet og anbefalinger i rapportene.

2.4.1 SHK-rapporten

Rapporten er svært informativ med mye fakta og tall fra datainnsamlingen, noe som gjør at rapporten kan oppfattes som faglig tung å lese. Mye av informasjonen er relativt teknisk med faglige begreper som ikke nødvendigvis forklares i tilstrekkelig grad. Flere eksempler finnes i kapitelene som omhandler bussenes konstruksjon og utstyr, og veiens geometri. I tillegg er det en relativt lang rapport, som kunne blitt mer konsis. Det kan stilles spørsmålsteget ved om

alle kapitler er like relevant å ha med. Det gjelder for eksempel kapittelet om tidligere ulykker undersøkt av SHK. Ved en lang rapport blir det mye informasjon å prosessere for leseren, som vil si at det krever god tid å sette seg inn i granskingen dersom man skal få med seg alle elementer som redegjøres for. Relevante begrepsforklaringer, og gjøre rapporten mer konsis, kan derfor være forbedringspotensial for SHK.

Det foreligger ikke et metodekapittel som viser granskingskommisjonen sin fremgangsmåte, som er en svakhet for rapporten sin gyldighet. Samtidig er SHK kjent for å benytte NSIA-metoden som er et innarbeidet, og relativt omfattende rammeverk og analyseprosess. Likevel kunne en kortfattet redegjørelse for hvilke deler av metoden som blir vektlagt og hvordan granskingen ble gjennomført, vært hensiktsmessig for leseren. Det bidrar til å gjøre leseren oppmerksom på hva som kan forventes av innhold og søkelys i rapporten.

Granskingsrapporten bærer videre preg av flere svakheter når det gjelder intervjuene som ble gjennomført av SHK. For det første uttrykker ikke SHK hvilke personer som ble intervjuet. De skriver kun at intervjuer ble gjennomført med involverte personer i ulykken. Det vil være rimelig å anta at den ene bussjåføren og de tre passasjerene, ble intervjuet. Likevel kunne det vært oppklarende hvis SHK presiserte dette. Den andre svakheten gjelder bruk av dataene som fremkommer i intervjuene. I rapporten inkluderer ikke SHK de ulike aktørene sine opplevelser eller refleksjoner rundt ulykken. Det er mulig SHK har benyttet dataene fra intervjuene underveis i prosessen, men det kommer ikke eksplisitt frem i rapporten. Å inkludere subjektive antagelser og vurderinger i større grad, som bussjåfør A og passasjerene i buss B sin opplevelse, kunne gitt bedre innblikk i årsakssammenhengene.

Ulykkesperspektivene PMB og EB er blitt definert som de mest fremtredende for SHK-rapporten. For å identifisere årsaksforholdene er PMB det mest tydelige perspektivet, som også belyses gjennom sikkerhetstilrådninger. Likevel kan vi implisitt trekke noen linjer til ulykkesperspektivene HRO og RE i granskingsrapporten, som vi mener kunne vært hensiktsmessig for granskingskommisjonen å sette enda mer søkelys på. Rapporten kunne for eksempel satt mer søkelys på akkurat hvordan Vy Buss AS skal bygge inn resiliens i systemet, for å unngå en slik hendelse inntreffer igjen. Gjennom sikkerhetstilrådninger kommer det indirekte fram i rapporten hvordan trafikksikkerheten kan bli mer motstandsdyktig. Vi mener likevel at dersom granskingskommisjonen også fokuserer på den daglige aktiviteten, tidligere hendelser og nesten-hendelser, vil det være lettere å kunne avdekke svakhetene og forsterke organisasjonskulturen.

2.4.2 Ukom-rapporten

Ukom-rapporten bærer noe preg av å spille på følelser ved betydelig bruk av både bilder og sitater. Det kan derfor argumenteres for at rapporten ikke blir nøytral i den grad som den muligens burde. Granskingen er en fagrapport som skal bidra til både læring og forebygging av alvorlige hendelser. Å spille på følelser kan være et virkemiddel for å fremme rapportens budskap og hovedpoeng, men vi vil likevel anse det som en svakhet. Et mulig forbedringspotensial kan for eksempel være å inkludere bilder som er mer illustrerende og ikke like virkelighetsnære som bildene i den eksisterende rapporten.

Et annet forbedringspotensial omhandler sammensetningen av granskingsteamet. Ukom er en uavhengig permanent ulykkeskommisjon, men det kan problematiseres at kommisjonen ikke involverer andre aktører som er særlig relevant for hendelsen som granskes. I denne Ukom-rapporten er politiet et eksempel på en sentral aktør. Politiet inkluderes i granskingen gjennom intervjuer, møter med politidistrikt og innsamlinger av dokumenter, men inkluderes ikke i granskingsteamet. Hendelsen er tverrsektoriell, og det kan derfor være viktig for granskingens formål å inkludere ekspertise fra andre relevante aktører gjennom hele granskingen. Det kan bidra til å gi god kompetanse på områder som ikke direkte omhandler helse- og omsorgstjenesten, som igjen kan ha en positiv innvirkning på konklusjonen og anbefalingene. En slik mulighet til å inkludere tverrfaglig kompetanse ved behov, vil være et forbedringspotensial som kan bidra til ytterligere forbedring av granskingens nyansering, pålitelighet og refleksivitet.

Ukom har ingen beskrivelse av granskingsteamet i rapporten, noe som er å anse som et ytterligere forbedringspotensial som omhandler teamet. Granskingsteamet legger, som tidligere nevnt, føringer på granskingsprosessen, konklusjonen og anbefalingene. For leseren av rapporten vil det dermed være hensiktsmessig å bli opplyst om bakgrunnen og kompetanseområdet til granskerne, for å få innblikk i hvilke forutsetninger som ligger til grunn for å granske den aktuelle hendelsen.

Granskingsrapporten kan oppfattes som vanskelig å lese og forstå for andre enn granskingskommisjonen, noe som kan skyldes det komplekse aktørbildet. Det er mange ulike aktører som er involvert i behandlingen av Frank, som bidrar til et uoversiktlig bilde over hendelsesforløpet og aktører. I tillegg er tidslinjen i rapporten uklart fremstilt, og kunne vært utført på en bedre måte for å sikre at hendelsesforløpet formidles på en klar og strukturert måte.

Videre kan det anses som en svakhet at granskingsrapporten er kort, da et forholdsvis langt hendelsesforløp skal formidles på kun 20 sider.

Rapporten gir flere anbefalinger knyttet til perspektivene MMD og PMB. For MMD gjelder dette for eksempel anbefalingen om at helsedirektoratet skal uttale seg om muligheten for å etablere tvunget psykisk helsevern, og at de bør klargjøre hvilke regler som gjelder for helsehjelp til pasienter i varetekssurrogat. For PMB vil anbefalingen om å fremheve politiets rolle i framsetting av begjæring om tvunget psykisk helsevern gjøre seg gjeldende, ettersom avklaring av rollefordeling kan forhindre målkonflikter mellom helsevesenet og politiet. Det kan likevel være hensiktsmessig å komme med flere klare anbefalinger om rolleavklaringer for å styrke beslutninger og forhindre målkonflikter i samspillet mellom de ulike nivåene. I rapporten trekkes det også klare linjer til HRO-perspektivet. Både HRO og RE setter søkelys på resiliens, og mennesker som en viktig ressurs for å oppnå dette. Det ville derfor vært hensiktsmessig om rapporten undersøkte grundigere selve systemet som har forårsaket handlingsmønsteret og muliggjorde ulykken. På denne måten ville det også vært mulig å avdekke hva som fungerer bra hos det psykiske helsevesenet, fra synsvinkelen til RE perspektivet, for å kunne utvikle resiliens i systemet for å unngå lignende hendelse igjen.

Referanser

- Bento, J.P. (2001). *Menneske - teknologi - organisasjon: veiledning for gjennomføring av MTO-analyser*. Kurskompendium for Petroleumstilsynet.
- Christensen, J. (2013). 22. juli-kommisjonen. *Idunn*, 30(3), 243-253
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2013-03-03>
- Dekker, S. (2014). *The Field Guide to Understanding "Human Error"*. CRC Press.
- 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). Tapir akademisk forlag.
- Kjellén, U. & Albrechtsen, E. (2017). *Prevention of accidents and unwanted occurrences: theory, methods, and tools in safety management*. (Second edition.). CRC Press.
<https://doi.org/10.1201/9781315120973>
- Kongsvik, T., Albrechtsen, E., Antonsen, S., Herrera, I.A., Hovden, J. & Schiefloe, P.M. (2018). *Sikkerhet i arbeidslivet*. Fagbokforlaget.
- Magnussen, S. (2017). *Vitnep psykologi 2.0*. Abstrakt.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet (British Edition)*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Olsen, K.H. (2014). *Granskingsintervjuet og vitners troverdighet*. Revidert utkast 2014, 15 oktober.
- Rachlew, A., Løken, G., & Bergestuen, S. (2020). *Den profesjonelle samtalen: En forskningsbasert intervjuetodikk for alle som stiller spørsmål*. Universitetsforlaget.
- Renå, H. (2017). 22. juli-kommisjonens analyse, vurderinger og konklusjoner - en metaanalyse av politiaksjon Utøya. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 33(1), s. 10-36.
- Perrow, C. (1999). *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. Princeton University Press.
- Statens havarikommisjon [SHK] (2021). *NSIA-metoden: Sikkerhetsfaglig rammeverk og analyseprosess for systematiske undersøkelser*. 3. utgave.

Statens havarikommisjon [SHK] (2022). *Møteulykke mellom to busser på fv. 222 ved Tangen i Stange kommune 11. mars 2021*. Rapport, vei 2022/02.

Statens Undersøkelseskommissjon for Helse- og Omsorgstjenesten [Ukom] (2021). *Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand? Helsehjelp og samfunnsvern for pasienter med psykose og økt voldsrisiko*. Rapport 2-2021.

Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the Unexpected: Sustained Performance in a Complex World* (3. utg). Wiley