



Myndigheten för  
samhällsskydd  
och beredskap

# Olycksutredning och sedan?

Att få åtgärdsförslag införda och att fånga upp  
säkerhetshöjande initiativ från verksamheter:  
Systematiskt arbete med resilience och  
säkerhetskultur

**FORSKNING**

MSB:s kontaktperson:  
Marianne Stålheim, 010-240 56 65

Publikationsnummer MSB 376-12  
ISBN 978-91-7383-216-8

## Förord

Följande rapport är resultatet av den andra delen av ett forskningsprojekt i två delar. Den första delen inleddes 2006 och den andra delen inleddes 2010. Nu, ungefär sex år efter projektstart har vi många att tacka för att våra studier blivit så lyckade. Vi är särskilt tacksamma för engagemang från MSB, särskilt vår kontaktperson Marianne Stålheim. De som haft allra störst inverkan på projektet är förstås alla de olycksutredare från olika verksamheter i Sverige, som öppenhjärtigt har delat med sig av sina erfarenheter. Vi är mycket tacksamma för deras deltagande. Vi hoppas att de som deltagit också kommer att ha glädje av att se resultatet. Många har redan fått ta del av våra resultat genom seminarier samt genom fokusgrupper/workshops i projektet.

Jonas Lundberg, Carl Rollenhagen, Erik Hollnagel, Amy Rankin

Februari 2012

# Innehållsförteckning

Förord .....	3
Innehållsförteckning.....	4
Sammanfattning .....	6
<b>1. Inledning .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Projektet antaganden om olyckor.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Hur studierna genomfördes.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Vetenskapliga publikationer .....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Publikationer från föregående projekt.....	10
<b>2. Säkerhetskultur .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Hur utredare ser på begreppet säkerhetskultur i stort .....</b>	<b>12</b>
2.1.1 Ett begrepp som är svårt att definiera men, som man känner till	13
2.1.2 Man genomsyras av att allt ska vara säkert.....	14
2.1.3 Ledningen som en drivande faktor .....	15
<b>2.2 Regler och individers enskilda attityder vs. ett gemensamt klimat</b>	<b>15</b>
2.2.1 Inhyrda arbetsgruppers eller individers kultur .....	16
2.2.2 Besökarens kultur .....	16
2.2.3 Kultur på allmänna platser med människor i rörelse .....	16
<b>2.3 Tecken på en dålig/svag säkerhetskultur .....</b>	<b>17</b>
2.3.1 Brister i ett systematiskt säkerhetsarbete.....	17
2.3.2 Ledningens engagemang sviker.....	17
2.3.3 Kulturen visar sig i beteendet.....	17
2.3.4 Man vågar inte ifrågasätta.....	17
<b>2.4 Hur utredare ser på praktiskt arbete med säkerhetskultur i samband med att ta fram åtgärder .....</b>	<b>17</b>
2.4.1 Många sätt att ta reda på hur det står till i verksamheten .....	18
2.4.2 Utnyttja händelser för att tala om säkerhetskultur .....	18
2.4.3 Att försöka förstå konkurrerande värderingar .....	18
2.4.4 Problem med att generalisera från enskilda situationer och individer till en hel organisation.....	18
<b>3. Resilience .....</b>	<b>20</b>
3.1.1 Praktisk nytta av resultaten för olycksutredning .....	21
<b>3.2 Skiss på metodik för utredning av resilience-relaterade situationer.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Två exempelsituationer och analys exempel .....</b>	<b>21</b>
3.3.1 Exempel 1 – tågsektorn .....	21
3.3.2 Exempel 2 – vård.....	22
3.3.3 Resilience i systematiskt säkerhetsarbete .....	23
<b>4. Åtgärdsstrategier .....</b>	<b>24</b>
4.1.1 Praktisk nytta relaterat till olycksutredning.....	24
<b>4.2 Motstånd mot åtgärdsförslag.....</b>	<b>24</b>

---

<b>4.3 Strategier för att "dra åt samma håll" som mottagaren med åtgärdsförslagen .....</b>	<b>25</b>
4.3.1 Strategier för att hantera svag ekonomi .....	25
4.3.2 Strategier för att hantera att säkerhet inte prioriteras .....	26
4.3.3 Strategier för att hantera att lägsta-nivå för säkerhet inte följs ....	26
4.3.4 Strategier för att hantera "rationella" mottagare.....	27
<b>5. Analys och slutsats.....</b>	<b>28</b>

# Sammanfattning

Rapporten vänder sig till den som funderar på hur det kan komma sig att olyckor kan ske trots att utredningar genomförts, och trots att många goda idéer funnits i organisationer om hur olyckor kan förhindras – samt hur man praktiskt kan hantera det som olycksutredare.

Rapporten handlar om två relaterade problem i olycksutredning – det första är att faktiskt få något genomfört av de utredningsförslag olycksutredare tänkt sig. Det andra är att fånga upp lösningar på säkerhetsproblem från olika delar av en organisation, och få dem genomförda, innan olyckor sker (igen). I rapporten relateras de två problemen till två faktorer: ”resilience” och ”säkerhetskultur”. Resilience är förmågan att kunna genomföra positiva förändringar (flexibilitet) men att samtidigt kunna motstå negativa förändringar (motståndskraft) – under besvärliga omständigheter. Säkerhetskultur handlar om att kunna ”dra åt samma håll”, för att nå högre säkerhet, när det gäller säkerhet i en organisation som helhet.

Den metodik som använts i projektet är att samla in erfarenheter och åsikter från olycksutredare genom intervjuer och gruppdiskussioner – och sedan på olika sätt sammanfatta den bild som framträder när man går från en individ eller diskussionsgrupp till helheten av individerna och gruppdiskussionerna.

## **Vi har kommit fram till följande huvudresultat:**

1. Utredarna hade olika syn på begreppet säkerhetskultur. Det är ett begrepp som kan innefatta flera olika aspekter. Visserligen stämmer utredarnas beskrivningar av begreppet sammantaget bra överens med vad litteraturen beskriver – men enskilda utredare fokuserade på olika delar av säkerhetskulturbegreppet i sina beskrivningar. Det gör att det finns risk för missuppfattningar. Domänerna står också inför olika utmaningar, särskilt när det gäller personer eller personal som inte är en del av en mer permanent organisation. Det är skillnad på att behöva hantera fast anställda, jämfört med inhyrd personal, jämfört med besökare, jämfört med personer som passerar allmänna platser (t.ex. trafikanter).
2. Utredarna måste hantera motstånd mot åtgärdsförslag. Det här problemet har varit relativt okänt i utredningslitteraturen. Men om man inte har förmåga att genomföra åtgärder så påverkar det förstås nyttan med utredningar. En utredning som varit välbalanserad i vilka faktorer som undersökts kan bli skev om vissa typer av åtgärder inte går att få igenom. Olika typer av motstånd mot åtgärdsförslag är en del av säkerhetskulturen. De typer av motstånd vi tar upp är i första hand 1) kostnad, 2) att man inte vill följa regler/lagar, 3) att man kräver väl motiverade åtgärder, samt att 4) man inte tycker att säkerhet är så viktigt. Vi beskriver strategier som utredarna nämnt för att hantera dessa typer av motstånd. Utredarna pratade inte explicit om strategierna, utan de ingick i beskrivningar om hur de jobbade med sina åtgärder. Strategierna kan användas som grund för diskussioner i organisationer om hur de själva

---

hanterar motstånd mot åtgärdsförslag. De kan också användas i utbildning av utredare samt i policydokument eller manualer om utredning. Utredarna använder strategierna för att uppnå förändring (lärande från olyckor) trots dåliga förutsättningar (motstånd mot åtgärder). Positiv förändring trots dåliga förutsättningar är en aspekt av begreppet "resilience".

3. Vi har också studerat en annan aspekt av "resilience", nämligen att fånga upp initiativ för att förhindra olyckor i organisationer. Man kan fråga sig om det verkligen alltid behöver ske en olycka om någon i organisationen har förutsett både risken och tänkt på en lösning. Det visade sig att utredarna i våra workshops kunde ge exempel från flera domäner på hur man förhindrade olyckor i riskabla situationer genom olika initiativ. Det var initiativ som inte alltid kom från systematiskt säkerhetsarbete (formella riskanalyser, incidentrapporter, olycksutredning) utan från individer och grupper. Vi har skissat på en metodik för att fånga upp det i mer systematiskt säkerhetsarbete. Det är än så länge begränsat till ett sätt att beskriva situationerna – både vad riskerna består av, men också vad som gör strategierna för att minska riskerna möjliga. En sådan metodik har potentialen att skapa eller stärka en långsamt ökande säkerhet, istället för att få ett långsamt förfall av säkerheten.

# 1. Inledning

Att utreda incidenter, olycksfall och katastrofer är en nödvändig del av det samhälleliga systematiska säkerhetsarbetet. Vi har studerat olycksutredning i två delprojekt, varav det andra delprojektet rapporteras här.

I första delen av projektet fann vi en modern ansats till utredningsarbete, men också svagheter. Ansatsen till utredning är bred. Man utgår från vilken möjlighet det fanns att göra rätt i olyckssituationen, från faktorerna, människa, teknik, organisation, och information. Sedan analyseras hur faktorerna uppkommit, exempelvis genom beslut på högre nivå i organisationer. I vår studie av policydokument och utredningsmanualer fann vi att stödet var starkt för analys och rapportskrivning, jämfört med svagare och mer varierat stöd för utformning av åtgärder, införande och uppföljning. I vår intervjustudie fann vi tyvärr också att själva utredningen kan drabbas av samma faktorer som orsakar olyckor. Det kan göra att en lovande ansats med bred analys av bakomliggande faktorer i praktiken blir betydligt mer begränsad. Valet av åtgärder är bara delvis baserat på analysen av vilka orsaker som var viktigast. Andra faktorer, så som hur lätt det är att hitta ett konkret åtgärdsförslag spelade också in. Sammantaget fann vi därför ett behov av att fokusera på senare delar av utredning, exempelvis införande av åtgärder. Här presenteras resultat från projektets andra del där vi har analyserat vårt intervjumaterial igen, för att finna beskrivningar av hur utredarna gjorde för att trots allt få åtgärder genomförda.

I projektets första del fann vi dessutom att utredarnas kännedom varierade kraftigt med avseende på två nya lovande ansatser. Den ena ansatsen, ”resilience” fokuserar på förmågan att kunna genomföra positiva förändringar (flexibilitet) men att samtidigt kunna motstå negativa förändringar (motståndskraft) – under besvärliga omständigheter. Den andra ansatsen, ”säkerhetskultur”, handlar om att kunna ”dra åt samma håll”, för att nå högre säkerhet, när det gäller säkerhet i en organisation som helhet. Men det är förstås möjligt att jobba med ett problem i praktiken utan att ha en akademisk etikett på det. Därför har vi i projektets andra del genomfört workshops om säkerhetskultur och resilience för att få veta mer om hur utredare ser på relevansen för praktiskt utredningsarbete.

Vi har jobbat med ett par huvudfrågor projektet, baserade på ansatserna ”resilience” och säkerhetskultur”:

- Måste det ske en olycka innan man åtgärdar, även om någon i organisationen känner till både orsaksfaktorer och hur riskerna kan hanteras?
- Hur hanterar utredare motstånd mot åtgärdsförslag, för åtgärder trots allt ska bli genomförda?



I projektet har vi samtidigt jobbat med en praktisk vinkling – nyttan med forskningen för praktisk olycksutredning, samt en teoretisk vinkling – hur forskningen bidragit till teoriutveckling inom olycksutredning med avseende på säkerhetskultur och resilience. Den här rapporten fokuserar på den praktiska nyttan av resultaten.

Vi presenterar i kapitel 2 exempel på hur olycksutredare ser på det relativt nya begreppet ”säkerhetskultur”. Det handlar också om hur man kan få en organisation att ”dra åt samma håll” när det gäller att agera säkert.

Kapitel 3 handlar om resilience - förmågan att kunna genomföra positiva säkerhetsförändringar (flexibilitet) men att samtidigt kunna motstå negativa förändringar (motståndskraft) – under besvärliga omständigheter. Stark resilience innebär att farliga omständigheter och situationer upptäcks och förhindras innan olyckor sker. Svag resilience innebär att nya farliga situationer uppkommer och att existerande farliga situationer inte åtgärdas. Vi beskriver och diskuterar några grundläggande aspekter av hur resilience kan utredas.

I Kapitel 4 beskriver vi strategier för att hantera motstånd mot åtgärdsförslag, som beskrivits av olycksutredare. När ett åtgärdsförslag ska utformas så måste man hantera problemet med att mottagaren ofta kan påverka eller helt bestämma om det ska genomföras. Kapitlet handlar om hur olycksutredare hanterar det.

Slutligen diskuterar vi generaliserbarhet hos våra forskningsresultat. Vi diskuterar också vad som skulle behöva göras i form av forskning och metodutveckling för att få resultaten än mer praktiskt användbara.

## **1.1 Projektet antaganden om olyckor**

Projektet som rapporteras här var en fortsättning på projektet ”Antaganden om olycksfall och dess konsekvenser för utredning och åtgärder” (SRV PNR 05\_06). Det ursprungliga projektet gav upphov till ett antal frågeställningar rörande ledning av säkerhetsarbete med fokus på olycksutredning. Det material som samlades in under ursprungsstudien användes visserligen för att besvara de frågor som ställdes i det projektet, men har också använts i fortsättningsprojektet för att undersöka ytterligare ett antal frågeställningar inom områdena säkerhetskultur och resilience.

Projektets övergripande syfte var att undersöka relevansen och potentialen hos områdena säkerhetskultur och resilience för utredningsarbete, samt att ge rekommendationer till framtida utredningsmetodik.

Konkret genomförde vi en vidare analys av intervjumaterialet från ursprungsstudien fördjupade vissa frågor i fokusgrupper med aktiva utredare. Inom säkerhetskultur undersökte vi dels begreppets innebörd för utredarna, men också hur de arbetade med begreppet praktiskt. Inom resilience fokuserade vi på förmågan att gå från en säkerhetsnivå till en annan. Med ”säkerhetsnivån” menar vi kort och gott positiva förändringar som a) inte sker rakt av på bekostnad en annan lika bra positiv förändring, och b) inte

försvinner igen direkt eller nära efter dess införande. Är ändring av säkerhetsnivån en medveten process och hur relaterar detta till olika hot mot nivån av säkerhet? Hur påverkas säkerhetsnivån av integration av olycksundersökning i övrigt säkerhetsarbete?

## 1.2 Hur studierna genomfördes

Vi har genomfört studierna genom djupintervjuer och fokusgrupparbete. 25 djupintervjuer genomfördes redan under föregående projekt, mestadels under 2007, och har analyserats vidare i den här studien. Följande domäner har deltagit: väg (4 utredare), järnväg (3), sjöfart (3), arbetsmiljöverket (3), kärnkraft (3), vård (6), flygledning (3). Den sista domänen, flygledning, har vi lagt till under den här studien.

Nio fokusgrupper genomfördes vid två tillfällen under 2010, med totalt 32 deltagare. Följande domäner var dominerande: Vård (13), Kärnkraft (8). Vi hade också deltagare från sjöfart (2), flygledning (2), järnväg (1), väg (1), arbetsmiljöverket (3), samt räddningstjänst (2).

Resultaten har sedan analyserats genom kvalitativ vetenskaplig metod – genom att renskriva materialet och bearbeta det genom olika sorters jämförelser och grupperingar. Mer detaljer om analysmetoden kan du hitta i våra publicerade vetenskapliga artiklar.

## 1.3 Vetenskapliga publikationer

För den som vill läsa en mer "akademisk" version av resultaten är två publikationer färdiga, men ytterligare publikationer finns endast som manus. Följande två artiklar är i nuläget publicerade:

Rankin, A., Lundberg, J., & Woltjer, R. (2011). Resilience Strategies for Managing Everyday Risks. *Proceedings of the 4th Resilience Engineering Symposium*. Sophia Antipolis, France. **(Se kapitel 3)**

Lundberg, L., Hollnagel, E., Rollenhagen, C., & Rankin, A. (2012). Strategies for dealing with resistance to recommendations from accident investigation. *Accident Analysis & Prevention*. vol. 45, s.455-467. **(Se kapitel 4)**

### 1.3.1 Publikationer från föregående projekt

Det här projektet är en fortsättning på ett tidigare projekt, som resulterade i följande vetenskapliga publikationer:

Lundberg, J., & Johansson, B. (2006). Resilience, Stability and Requisite Interpretation in Accident Investigation. *Proceedings of the 2nd Symposium on Resilience Engineering* (pp. 191-198). Juan-les-Pins, France.

Lundberg, J., Rollenhagen, C., & Hollnagel, E. (2009). What-You-Look-For-Is-What- You-Find – The consequences of underlying accident models in eight accident investigation manuals. *Safety Science*, 47(10), 1297-1311.

Rollenhagen, C., Westerlund, J., Lundberg, J. and Hollnagel, E. (2010) 'The Context and Habits of Accident Investigation Practices: A Study of 108 Swedish Investigators', *Safety Science*, Vol. 48, No. 7, pp. 859-867.

Lundberg, J., Rollenhagen, C. and Hollnagel, E. (2010) 'What you find is not always what you fix--How other aspects than causes of accidents decide recommendations for remedial actions', *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 42, No. 6, pp. 2132-2139.

Korolija, N. and Lundberg, J. (2010) 'Speaking of human factors: Emergent meanings in interviews with professional accident investigators', *Safety Science*, Vol. 48, No. 2, pp. 157- 165.

## 2. Säkerhetskultur

Det första vi gjorde i projektet var att ta reda på hur utredare ser på begreppet säkerhetskultur – vad kan man mena med detta ord? Det visade sig (se nedan) att svaren vi fick överensstämde ganska bra med vad många forskare förknippar med ordet. Men beskrivningen av begreppet var fragmenterad – olika utredare fokuserade på olika aspekter av säkerhetskultur. Trots att utredarna som helhet hade en syn som faller in i gängse definitioner hade individerna olika syn på begreppet.

Vi fann också förslag på utmaningar och idéer avseende hur man praktiskt kan jobba för att stärka säkerhetskulturen. Det skall inledningsvis sägas att begreppet ”säkerhetskultur” är omtvistat även ibland dem som forskar inom området – ordet har definierats på ganska många olika sätt. Några exempel utredarna gav belyser att det är stora skillnader mellan domänerna, i fråga om möjligheten att jobba med säkerhetskultur. Det gäller i vilken utsträckning det är samma personer som befinner sig i organisationen under en längre tid (se avsnitt 2.2). Det är en utmaning eftersom organisationerna måste hitta egna sätt att hantera det på, snarare än att kunna låna rakt av från andra organisationer med andra förutsättningar.

### 2.1 Hur utredare ser på begreppet säkerhetskultur i stort

Det är viktigt att skilja mellan hur utredare ser på begreppet säkerhetskultur och vad de sedan faktiskt gör som har med säkerhetskultur att göra. En utredare kan ju arbeta med sådant som man i litteraturen beskriver som säkerhetskultur, men helt enkelt ha ett annat ord för just detta.

Det finns många definitioner på säkerhetskultur i litteraturen, men de delar också många gemensamma drag. Psykologen Edgar Shein [1] menar t.ex. att man kan förstå en organisationskultur utifrån tre olika nivåer; (1) Grundläggande antaganden/värderingar (2) Uttalade värderingar, (3) Artefakter - d.v.s. olika mänskliga produkter som ett resultat av den underliggande kulturen. Notera också att man med begreppet säkerhetskultur idag menar en aspekt av en mer övergripande organisationskultur. Ofta finns flera sådana ”aspektkulturer” i en organisation t.ex. en kvalitetskultur, en produktionskultur etc.

---

<sup>1</sup> Edgar Schein (2004) Organizational culture and leadership. John Wiley and Sons.

Utredarna hade individuellt en varierad syn på begreppet, med varierande fokus på olika aspekter av säkerhetskultur i sina beskrivningar. Det innebär att även om de använder samma ord, så finns utrymme för missförstånd mellan utredare om det inte specificeras.

När det gäller utredarnas syn på säkerhetskultur exemplifieras det genom nedanstående punkter

- Man genomsyras av att allt ska vara säkert
- Ledningen som en drivande faktor

### **2.1.1 Ett begrepp som är svårt att definiera men, som man känner till**

I våra intervjuer från 2007 var det många utredare som visserligen hade hört talas om begreppet säkerhetskultur, men att många samtidigt var osäker på vad ordet egentligen står för. Det blev inte bättre av att vi dessutom introducerade begreppet "säkerhetsklimat" i diskussionen. Här var det stora skillnader mellan utredarna i vår studie – vissa var mer insatta än andra. När det gäller skillnader mellan hur insatta utredare är generellt i Sverige eller mellan domäner går det däremot inte att dra någon slutsats från vår studie.

En svårighet i att definiera begreppet är att det är omfattande, och att generella definitioner så som att "agera säkert" måste kunna konkretiseras för varje domän där det ska användas. Det kan ställa till problem vid olycksutredning. En utredare från sjöfartssektorn ställde det på sin spets. Om ett åtgärdsförslag blir det övergripande målet att "höja säkerhetskulturen", hur vet man då vad som ska göras om man inte vet exakt vad som menas med "säkerhetskulturen"?

Inom forskningen har man inte alltid gjort någon skillnad mellan säkerhetskultur och säkerhetsklimat. Andra forskare har menat att det är viktigt att skilja på "kultur" som något mer grundläggande/relativt stabilt, till skillnad från vad enskilda människor direkt upplever och tycker om specifika förhållanden på en arbetsplats. När flera människor delar ungefär samma uppfattning (attityder) brukar man säga att det skapas ett visst "klimat". Nedan använder vi ibland begreppen kultur och klimat synonymt med varandra.

Som sagts ovan, så gjorde få utredare någon större distinktion mellan begreppen säkerhetskultur och säkerhetsklimat. De som ändå påpekade en skillnad mellan begreppen menade t.ex. att:

- Klimatet är något mätbart medan kulturen "sitter i väggarna" (utredare från vården).
- Klimatet är kopplat till mer konkreta ting eller processer. Exemplet gavs av en utredare i vägsektorn, som gav exemplet en specifik projektledares kunskap.
- Mänskliga faktorn är mer fokus på individen, säkerhetskultur är mer fokus på organisationen (utredare från vägsektorn, vård).

Skillnaden mellan klimat och kultur kan delvis förstås som en skillnad mellan begreppen värderingar och attityder. En värdering brukar ofta omtalas som

något mer generellt, medan attityder brukar anses mer direkt riktade mot olika objekt t.ex. hur man upplever sin chef, sin arbetssituation, etc. Ibland talar man i säkerhetskulturforskningen också om att klimatet avspeglar varseblivningar/perceptioner – dvs. vad man direkt uppfattar av omgivningen medan kulturen avspeglar något mer grundläggande i form av antaganden och värderingar.

### 2.1.2 Man genomsyras av att allt ska vara säkert

Flera utredare ansåg att säkerhetskultur innebär att man hela tiden tänker på säkerheten och agerar därefter. Dessa två aspekter – att tänka på säkerheten och att agera säkert pekar tillsammans på två viktiga komponenter som redan beskrivits ovan, alltså: (1) Att säkerhet är något som man värderar och bryr sig om, (2) Att detta också visar sig i det man gör (det som direkt kan observeras).

Konkreta exempel på detta är:

- Det finns en öppenhet för att diskutera och lära av varandra (två utredare från sjukvård). Underordnade vågar ifrågasätta beslut av chefer (sjöfart).
- När olika typer av värderingar tävlar om prioritet så är det säkerheten som sätts främst (t.ex. i konflikter mellan produktion och säkerhet, arbetsmiljöverket)
- Medvetenhet om risker, man arbetar mer med säkerhet än miniminivån (utredare från sjöfart)
- Kunskap om säkerhet, kopplat till specifika projektledare (utredare från järnväg)
- Man agerar säkert (synligt beteende), t.ex. använder skyddsmekanismer, plockar undan saker man kan halka på (väg, arbetsmiljöverket).

Ovanstående stämmer **sammantaget** bra överens med definitionen från Schein, som också pratar om grundläggande och uttalade värderingar, samt om att agera säkert. Men det ska noteras att de olika utredarna betonade olika aspekter (se ovan), snarare än att de täckte in hela definitionen.

Sammantaget ligger det också ganska väl i linje med vad t.ex. James Reason [2] (säkerhetsforskare) anser bör känneteckna en bra/stark säkerhetskultur – dvs en lärande kultur, en rapportrande kultur, en rättvis kultur och en flexibel kultur. Med rättvis kultur menar Reason bl.a. att människor i en organisation inte skall anklagas för sådana fel som utifrån omständigheterna kan vara svåra att undvika. En flexibel kultur är bl.a. en kultur där man kan ompröva sina antaganden om risker och vad man bör göra åt dem.

---

<sup>2</sup> James Reason (1997) *Managing the Risks of Organisational Accidents*. Ashgate

### 2.1.3 Ledningen som en drivande faktor

Många i våra diskussioner ansåg att ledningen är oerhört viktig för säkerhetskulturen. Ledningens kunskap om risker är viktig eftersom den fattar beslut som på lägre nivåer i en organisation kan påverka hur enskilda individer arbetar och de villkor man arbetar under. Kunskapselementet avseende risk och säkerhet är alltså något som man alltid måste arbeta med – och detta gäller hela organisationen och all personal. Vissa grupper som själva inte tror att de har särskilt stor påverkan på säkerheten kan vid en närmare analys visa sig ha större påverkan än vad de själva tror.

Ett par exempel på specifika aspekter avseende ledningens påverkan som nämndes var följande:

- Ledningens kunskaper om risker. Ser man riskerna som finns i det dagliga arbetet? (Vård).
- Ledningens engagemang i säkerheten. Pratar man om avvägningen ekonomi och säkerhet? (Kärnkraft). Är det lätt att få igenom åtgärdsförslag? (Vård). Är man öppen och diskuterar eller lägger man locket på? (Vård)

## 2.2 Regler och individers enskilda attityder vs. ett gemensamt klimat

En aspekt som skiljer sig mellan exempel från olika domäner är hur man ser på individers attityder, arbetsgruppsnivån, och gemensamt klimat. Skillnaderna verkar reflektera olikheter mellan domänerna, exempelvis att det ofta rör sig besökare på sjukhus, att olika människor passerar på vägarna, att temporära kontrakt blivit vanliga i kärnkraftsektorn.

Attityder är en aspekt av säkerhetskulturen, eller säkerhetsklimatet, beroende på hur man ser det. En fråga som var viktig för utredarna var hur man skall förhålla sig till enskilda individers attityder i relation till "klimatet" (kulturen) som ju ofta tänks återspegla flera individers gemensamma attityder och/eller värderingar. Man kan alltid ställa sig frågan i vilken utsträckning en viss attityd avspeglar en enskild människas tyckande eller om attityden främst är ett resultat av det gemensamma "klimatet" (eller kulturen).

Frågan om klimat vs. kultur är alltså en fråga som har diskuterats mycket inom säkerhetskulturforskning. Ett synsätt är, som delvis nämnts ovan, att skilja på några olika avgränsningar när man pratar om säkerhetskultur. Man kan tala om en (1) "individuell psykologisk nivå" – den enskilda människans attityder, (2) en "arbetsgrupp-nivå" som återspeglar de attityder som uppkommer när människor arbetar i en grupp nära tillsammans över tid, och till sist, (3) där analysenheten är en mer övergripande organisationsnivå som beskriver vad som är gemensamt för flera grupper.

Det här sättet att se på säkerhetskultur är ganska nytt och har kanske ännu inte spridit sig till hur många utredare ser på säkerhetskultur begreppet. Konsekvensen av synsättet är att man vid en utredning bör försöka bilda sig en uppfattning om det som verkligen är gemensamt för en hel organisation (om

nu detta överhuvudtaget finns) eller om vi har att göra med en stor mängd subkulturer – var och en med sina speciella uppfattningar om saker och ting. Vi vet också från forskning att en stark gruppkultur kan utöva ett stort tryck på enskilda människor – att inte ta risker kan vara svårt om andra i en grupp gör det hela tiden. Vi fann också exempel på positivt gruppträck, till exempel att en arbetsgrupp i vården såg till att alla – även nya läkare som kommer in – följer regler så som checklistor före operation.

I fokusgrupperna diskuterades också regler och hur man skall förhålla sig till regler. Gemensamt för de flesta branscher är just att regelföljande är någonting viktigt för säkerheten och att förhållandet till regler är en viktig del av att förstå en säkerhetskultur. Samtidigt ska man vara medveten om, som många också påpekade, att man omöjligen kan ha regler som täcker alla situationer. Att utveckla en regeletik (viktigt att följa regler) måste alltså kompletteras med en etik som också speglar att visa ett gott generellt omdöme i alla situationer som har med säkerhet att göra (för att något är tillåtet enligt en regel medför inte nödvändigtvis att det är säkert i vissa situationer).

Det var stor skillnad på de historier som berättades i våra intervjuer om individers och arbetsgruppers roll för säkerheten. Vi summerar det under tre rubriker, om inhyrda arbetsgrupper/individer, besökare, och allmänna platser.

### **2.2.1 Inhyrda arbetsgruppers eller individers kultur**

Ett särskilt svårt problem som uppmärksammats i diskussioner om säkerhetskultur har att göra med tendensen att outsourca eller hyra in personal för att ta hand om olika funktioner i en organisation. En person som är inhyrd eller på tillfälligt besök i en organisation är med i flera kulturer, dels i den kultur som personen kommer för att arbeta, men också "hemorganisationens" kultur. Ibland kan dessa kulturer krocka med varandra. Det här problemet uppmärksammades särskilt ifrån kärnkraftssektorn.

### **2.2.2 Besökares kultur**

Vården kom in med ett kontrasterande perspektiv. Där såg två utredare besökare som en möjlighet till en extra kontroll-instans. De skulle kunna bidra med att exempelvis övervaka att regler följs och dubbelkolla att personalen agerar rätt.

### **2.2.3 Kultur på allmänna platser med människor i rörelse**

Vägsektorn kom in med ytterligare ett perspektiv. Inom transportområdet (t.ex. vägtrafik) hänger säkerheten ofta på att trafikanterna håller sig till trafikreglerna. Enskilda trafikanters attityder till vikten av att hålla sig till trafikreglerna har därför stor påverkan. Men även inom detta område är det rimligt att prata om att det kan finnas en större kulturell enhet som påverkar enskilda individers beteende – t.ex. skillnader mellan länder, kön, åldersgrupper etc.



## 2.3 Tecken på en dålig/svag säkerhetskultur

Utifrån det man betecknar som en god säkerhetskultur kan man försöka härleda det som är dåligt eller tvärt om. Saker som deltagarna menade var en bristande säkerhetskultur följde alltså ofta som motsatsen till det som ansågs bra.

### 2.3.1 Brister i ett systematiskt säkerhetsarbete

Om man jobbar systematiskt i den goda säkerhetskulturen gör man inte detta i den svaga säkerhetskulturen dvs. det saknas processer och ansvar för att systematiskt identifiera risker och lära sig från det som har hänt. I en svag säkerhetskultur finns det också brister i sådant som hur man kontinuerligt verifierar att det som görs är säkert.

### 2.3.2 Ledningens engagemang sviker

I den svaga säkerhetskulturen finns inte det ledningsengagemang som krävs för att på sikt bygga en stark och uthållig säkerhetskultur. Detta kan yttra sig på flera sätt: t.ex. att ledningen i första hand betonar produktionsfrågor och i andra hand säkerhetsfrågor. Det kan också visa sig som att det som kommuniceras om säkerheten i ord inte motsvaras av vad man verkligen gör.

Till ledningens engagemang hör också att följa upp händelser och visa intresse för utredningsverksamheten – inte bara för att man ”ska göra utredningar” utan för att man verkligen också får till stånd förbättringar efter utredningar.

Utredare som känner att de har ledningens stöd och intresse för sin verksamhet upplever också att verksamheten fungerar bättre än om inte detta stöd finns.

### 2.3.3 Kulturen visar sig i beteendet

I en organisation som har en stark säkerhetskultur syns också detta i hur man agerar och talar om säkerhet. Det syns också i sådant som att man har ordning och reda i verksamheten, att rutiner är uppdaterade, att man vet om att det har tillkommit nya säkerhetskrav etc.

### 2.3.4 Man vågar inte ifrågasätta

I en svag säkerhetskultur är det viktigt att våga kunna ifrågasätta sådant som man tror kan hota säkerheten. Klimatet för att kunna våga ifrågasätta varierar i organisationer – vissa menar att det är ”högt i tak” medan andra rapporterar om svårigheter.

## 2.4 Hur utredare ser på praktiskt arbete med säkerhetskultur i samband med att ta fram åtgärder

En utredare påpekade att det inte fungerar att bara peka på att ”säkerhetskulturen behöver stärkas” som åtgärdsförslag. Man måste ha något mer konkret att komma med för att en sådan åtgärd ska ha någon effekt t.ex. att ledningen vidtar vissa specifika åtgärder. Samma sak torde gälla myndigheter dvs. att påpeka problem med säkerhetskulturen bör konkretiseras för att mottagaren skall förstå vad som avses. Att vara allt för svävande i

diskussioner om säkerhetskultur kan också vara kontraproduktivt och leda till cynism bland personalen i en organisation. Med detta inte sagt att begreppet inte är användbart utan mer som en uppmaning att försöka specificera de omständigheter som har lett till slutsatsen att en säkerhetskultur brister.

#### **2.4.1 Många sätt att ta reda på hur det står till i verksamheten**

En utredare förklarade att det finns många sätt att bedöma säkerhetskulturen i en verksamhet. Ett sätt är att helt enkelt lyssna på vad som sägs i fikarum och i korridorer. Andra mer strukturerade tillvägagångssätt innebär att göra intervjuer, att ha seminarier/fokusgrupper eller att använda enkäter (utredare från vårdsektorn).

Ofta behövs flera olika metoder för att kunna värdera en säkerhetskultur – använder man bara en metod kanske man drar slutsatser (i negativ eller positiv riktning) som inte visar sig hålla när man studerar kulturen med hjälp av flera metoder. Att samla data med hjälp av enkäter har blivit ett populärt sätt att göra diagnoser av säkerhetsklimatet – men man bör vara uppmärksam på att enkäter, som alla andra metoder, har sina brister och behöver kompletteras med andra data.

#### **2.4.2 Utnyttja händelser för att tala om säkerhetskultur**

En utredare menade att i samband med att man utreder händelser och delger resultaten från dessa så öppnar sig en god möjlighet att mer generellt tala om säkerhetskulturen i en organisation. När händelser har inträffat finns ofta en beredskap i organisationer att ta in information om säkerhet också utöver de faktorer som visat sig i en enskild händelse.

#### **2.4.3 Att försöka förstå konkurrerande värderingar**

Säkerhetskultur handlar mycket om att förstå hur värdet säkerhet förhåller sig till andra värden som alltid finns i en organisation. Utredarna nämnde ofta konkurrerande värden som ett hot mot säkerheten. Exempelvis i vägsektorn nämndes framkomlighet som ett värde som ibland kunde konkurrera med säkerheten. Ekonomiska begränsningar och prioriteringar nämndes också av utredarna.

En utmaning i samband med utredning av händelser är därmed att försöka gå utöver värdet "säkerhet" som en viss typ av värde och sätta säkerheten i relation till andra värderingar. Frågor som för det mesta alltid är relevanta i samband med en utredning är av typen:

- Hur mycket talar ni om säkerhet i Din organisation i förhållande till hur ni talar om andra saker?
- Anser du att det finns kostnadsfokus i din organisation som i vissa situationer kan inkräkta på möjligheten att handla säkert?

#### **2.4.4 Problem med att generalisera från enskilda situationer och individer till en hel organisation**

En utredare tog upp problemet med att generalisera från en händelse, till hela företaget. Diskussioner om detta hade förts med två utredande organisationer.

En annan utredare tog upp distinktionen mellan vad man ofta talar om som ”den mänskliga faktorn” i kontrast till säkerhetskulturbegreppet som omfattar fler individer.

Diskussionerna ovan pekar på de missförstånd och de svårigheter som ibland uppstår i diskussioner där begrepp som den mänskliga faktorn och säkerhetskultur används. Säkerhetskultur är ett begrepp som beskriver någonting kollektivt – en likhet mellan människor över tid.

### 3. Resilience

Precis som säkerhetskultur är resilience ett begrepp som är omtvistat. Man kan se det som en metafor, där en fjäder som trycks ihop återfår sin tidigare form när belastningen försvinner, eller anpassar sig till den nya belastningen utan att gå sönder. Det innefattar alltså en balans mellan motståndskraft och anpassningsförmåga. När det gäller säkerhet, risk, och olyckor, så kan det enklast översättas till situationer där olika störningar inträffar (belastning). Då måste organisation och individer ibland delvis stå emot (inte ge upp säkerheten eller aktiviteten helt) och delvis anpassa sig (agera på andra sätt än normalt).

Från vår intervjustudie var det tydligt att väldigt få utredare kände till begreppet resilience. Däremot misstänkte vi att man hade erfarenhet av situationer där man jobbar i säkerhetsmarginalen – det vill säga situationer som är nära att ”tippa över” och sluta i en incident eller olycka. Vi misstänkte också att man hade erfarenhet av hur personer på olika nivåer av organisationen hanterade sådana situationer – vilket förstås är kritiskt för säkerheten att kunna hantera, särskilt i organisationer som ofta befinner sig i säkerhetsmarginalen.

Bristande förmåga att kunna hantera sådana situationer, där man jobbar på säkerhetsmarginalen, – det vill säga bristande resilience – kan bidra till att farliga situationer utvecklas till olyckor istället för att hanteras säkert. Den typen av situationer visade sig vara vanligt förekommande i vården, men förekom också i andra verksamheter. Tyvärr saknas i dagsläget praktiskt användbar metodik för att utreda sådana situationer som del av olycksutredningar. Det innefattar också att det inte finns metodik för att fånga upp fungerande sätt att hantera de farliga situationerna på säkerhetsmarginalen, och inte heller sätt att analysera och proaktivt göra något åt situationer som uppfattas som farliga.

Det finns alltså en bristande förmåga att kunna lära sig från lyckade anpassningar av farliga situationer genom olycksutredningsmetodik. Det kan innebära att en olycka inträffar – trots att man någonstans i organisationen, vid något tillfälle, redan hittat fungerande lösningar som kunde förhindrat olyckan. Bristande förmåga att analysera den typen av situationer leder också till en bristande insikt i vad som skapar resilience i en organisation – det vill säga vad som behöver stärkas eller skyddas för att behålla, öka, eller skapa förmågan resilience i stort. Arbete med resilience har alltså potential att ge långt större effekter än att bara åtgärda enskilda händelser eller situationer.

I det här kapitlet visar vi grunderna i vad som kan bli en metodik för att jobba med resilience rent praktiskt i olycksutredning.

Resultaten är publicerade i konferensbidraget ” Rankin, A., Lundberg, J., & Woltjer, R. (2011). Resilience Strategies for Managing Everyday Risks. *Proceedings of the 4th Resilience Engineering Symposium*. Sophia Antipolis, France.”

### 3.1.1 Praktisk nytta av resultaten för olycksutredning

Resultatet är inte en färdig metodik, utan ska ses som en grundsten i vad som kan bli en ny metodik för utredning av resilience-relaterade situationer i organisationer. Det vill säga, situationer där man, i alla nivåer i organisationen, behöver göra anpassningar för att å ena sidan höja säkerheten, men å andra sidan ha kapacitet att motstå förändringar som försämrar säkerheten – ofta under förhållanden som inte är optimala, som t.ex. under svår tidspress.

Vi visar att samma grundmetodik som redan används för att utreda olyckor också har potential att användas för utredning av resilience. Vår demonstration baseras på exempel presenterade på workshops – det återstår med andra ord en hel del jobb med att testa metodiken i praktiken. Aspekter så som hur svårt det är att praktiskt applicera metodiken, tidsåtgång, etc återstår att undersökas.

Vi tror att resultatet är av intresse för utredare och organisationer som vill hålla sig i framkant, och få en inblick i vad som kan tänkas bli en praktiskt användbar möjlighet i framtiden. Metodiken avser att lösa svåra situationer som idag inte fångas upp av olycksutredning eller av säkerhetsarbete i stort.

## 3.2 Skiss på metodik för utredning av resilience-relaterade situationer

Först presenteras den metodik vi bygger exemplen på, mycket kortfattat. Sedan följer en kortfattad presentation av hur den kan anpassas för att utreda resilience-relaterade situationer. Med det som bakgrund är tanken att man ska kunna följa exemplen i nästa avsnitt.

## 3.3 Två exempelsituationer och analys exempel

Som de två exemplen visar kan man se analysen som tre steg – först, att identifiera faktorer som leder till att situationer blir farliga, att man hamnar i säkerhetsmarginalen. Det kan göras med dagens utredningsmetodik. Vi visar sedan hur dagens metodik bör kunna appliceras på nästa steg – identifiera positiva anpassningar och de faktorer som gör att anpassningen kan lyckas. Sedan diskuterar vi det tredje steget – att organisationen ska kunna lära sig, det vill säga behålla och sprida anpassningar och anpassningsförmåga – samt inte störa anpassningar som lyckats.

Vi vill påminna läsaren om att våra analyser baseras på korta exempel som nämns under fokusgrupper – vi har inte genomfört någon grundlig utredning. Exemplen ska alltså ses som just exempel snarare än som färdiga analyser av exempelsituationerna.

### 3.3.1 Exempel 1 – tågsektorn

”På vissa typer av intercitytåg i Stockholmsområdet kan passagerare som är sena hoppa på tåget i farten, genom att öppna de olåsta dörrarna. Det här inträffar dagligen, och rapporteras sällan in som incidenter eftersom det är så vanligt. Många allvarliga olyckor, inklusive dödsfall, har inträffat.”

Orsaker till den farliga situationen är enkla att hitta. En viktig orsak är en EU-regel som säger att dörrarna måste vara olåsta om det finns handtag på dörren, och ett fotsteg utanför. En samverkande orsak är att fotsteg och handtag inte kan tas bort eftersom personalen använder dem. Dessa orsaker skulle kunna upptäckas med vanlig olycksutredningsmetodik.

Om man sedan går ett steg till, och undersöker varför det inte sker olyckor oftare framkommer flera strategier som personalen använder. (1) Tågföraren sänker hastigheten om en passagerare som försöker kliva på i farten upptäcks. (2) konduktörer eller annan personal drar folk in i tåget, eller drar av dem från tåget.

Sedan föreslår vi att man också analyserar de faktorer som gör att strategierna kan fungera. I det här fallet fann vi två samverkande faktorer a) tillräckligt med personal (resurser) och b) tillräckligt med tid att vara uppmärksamma.

De här faktorerna innebär att när det är personalbrist, eller tidsbrist på grund av förseningar, så minskar chanserna för att strategierna ska fungera.

Tågoperatören har genomfört en förändring som stärker de positiva omständigheterna – att tågdörrarna ska stängas 30 sek före avfärd. Men det har inte på egen hand löst problemet. Strategierna måste fortfarande användas av personalen för att undvika olyckor.

### **3.3.2 Exempel 2 – vård**

I vårdsektorn gav våra deltagare i fokusgrupperna ett tydligt exempel på resilience.

”Medicinpaket från leverantörer i Sverige ser snarlika ut. Stark medicin kan därför se nästan identisk ut som svagare medicin, och dessutom vara placerad bredvid. Exempelvis kan en medicin som innehåller 10 000 ’enheter’ se nästan identisk ut som en medicin som innehåller 100 000 ’enheter’. Den enda skillnaden mellan förpackningarna kan vara en extra ’o’ på den starkare medicinen, även om det kan vara dödligt att injicera fel medicin. Vanligtvis, före injektion, skulle en sköterska dubbelkolla etiketten. Men i en tidskritisk situation kan den här ”barriären” frångås, för att spara tid.”

En traditionell olycksutredning skulle kunna identifiera den farliga utformningen som medicinpaket som orsak, och dessutom identifiera den icke-fungerande barriären som en samverkande orsak.

Återigen föreslår vi att man går ett steg längre, och försöker undersöka om något görs för att olyckor inte ska inträffa oftare i den här typen av situationer. Deltagarna kunde ge flera exempel på lokala anpassningar för att göra situationen mer robust. 1) arrangera förpackningar i medicinrummet på ett särskilt sätt. 2) beställa medicin från olika leverantörer, och därmed få distinkt olika förpackningar.

Vi fann också faktorer för att strategierna ska fungera. Den första är tid – att hinna genomföra anpassningarna. Den andra är kunskap om anpassningen på andra håll i organisationen, så att det inte görs något som stör strategin på

annat håll. Exempelvis skulle någon kunna göra en medicinbeställning på annat håll i organisationen som skulle störa strategin.

### **3.3.3 Resilience i systematiskt säkerhetsarbete**

I våra analyser har vi visat hur exempelsituationer kan beskrivas med avseende på resilience. Analysen skiljer sig från normal olycksutredning med avseende på strategierna för att det trots allt ska gå rätt i de farliga situationerna. Analysen beskriver både strategierna i sig samt förutsättningarna för att de ska kunna genomföras. Genom att lyfta in analys av resilience i systematiskt säkerhetsarbete kan flera vinster potentiellt uppfyllas:

- Att strategierna sprids i organisationen till andra håll där de också behövs
- Fokuserat säkerhetsarbete skulle kunna finna andra lösningar än de existerande strategierna, som skulle vara ännu bättre.
- Organisationen skulle kunna få upp ögonen för de faktorer som gör att strategierna fungerar – och föra in dem i det strategiska säkerhetsarbetet. På så sätt finns en potential att säkra strategierna, så att de har förutsättningar att fungera hela tiden. Ledningen behöver exempelvis känna till att en strategi kräver beställning från två olika leverantörer, eller att en säkerhetsstrategi inte fungerar under personalbrist. Det kan ju finnas goda skäl till att minska personal eller att beställa från samma leverantör. Därför behöver organisationen informationen, för att undvika negativa bieffekter av beslut som i övrigt kan fattas på goda grunder.

Sammantaget finns en potential med resiliencearbete - att göra organisationer säkrare och säkrare, och att motverka riskabla bieffekter av förändring.

## 4. Åtgärdsstrategier

Problemet att åtgärder inte genomförs bara för att en olycksutredare föreslår dem var bekant för flertalet utredare. Problemet berör resilience – att få positiva förändringar genomförda, så att säkerhetsnivån kan höjas. Det berör också säkerhetskultur – att få åtgärderna att dra åt samma håll som organisationen, i positiv riktning.

Olycksutredarna hade, sammantaget många sätt att hantera problemet. Ingen enskild utredare beskrev direkt något batteri av strategier, men sammantaget växte en mer omfattande bild fram. Först beskrivs de motstånd mot förändring som olycksutredarna behövde hantera, och sedan de 18 strategier de beskrivit för att hantera dem.

Vissa, men inte alla domäner hade regler / lagar att basera rekommendationer på. Inte ens där var det alltid så enkelt som att bara kräva genomförande (se 4.4.) I vissa domäner kunde man också rikta rekommendationer mot den egna organisationen, vilket ibland kan vara en fördel (se 4.3.4, strategi 4).

Resultaten är publicerade i artikeln ”Lundberg, L., Hollnagel, E., Rollenhagen, C., & Rankin, A. (2012) Strategies for dealing with resistance to recommendations from accident investigation. *Accident Analysis & Prevention*”, vol. 45, s. 455-467.

### 4.1.1 Praktisk nytta relaterat till olycksutredning

Resultaten är tänkta att användas för att arbeta med frågan om att ”dra åt samma håll” som mottagaren i olycksutredning. Listan i stycke 4.2 kan användas i utbildning av olycksutredare, för att få insikt i olika typer av motstånd mot åtgärdsförslag som utredare kan stöta på. Listan kan också användas internt i olika organisationer för att göra det tydligt hur man vill jobba med frågan om motstånd mot förslag – på samma sätt som man jobbar med policydokument och utredningsmanualer för andra delar av olycksutredning.

## 4.2 Motstånd mot åtgärdsförslag

Olycksutredarna arbetade med fyra sorters motstånd mot åtgärdsförslag. Med motstånd menar vi alla invändningar mot åtgärdsförslag som gör att de inte accepteras bara för att en utredare föreslagit dem. De fyra typerna av motstånd är förstås inte oväntade eller särskilt överraskande, men är ändå viktiga att nämna.

1. Ekonomi – brist på pengar. Det här är kanske det mest uppenbara - man har helt enkelt en begränsad budget och kan bara genomföra det som ryms i den. Det här gäller förstås alla organisationer, men i vissa organisationer kan det bli mer framträdande än andra.



2. Säkerheten prioriteras inte. Det här är också ett viktigt motstånd mot förslag. I vissa fall kan det finnas pengar, men viljan att använda dem för att öka säkerheten saknas.
3. Lägsta-nivå för säkerhet följs inte. Ibland finns regler eller till och med lagar för lägsta-nivå för säkerhet. Vi delade in det i en egen kategori, för att skilja det från andra fall där säkerhet inte prioriteras.
4. Behov av rationella motiveringar. I vissa fall finns både pengar och vilja att implementera förslag – men bara om de är väl motiverade.

### **4.3 Strategier för att "dra åt samma håll" som mottagaren med åtgärdsförslagen**

Vi fann 18 strategier för att få åtgärdsförslag genomförda. Kärnan i strategierna är att få en situation där åtgärdsförslag och mottagare drar åt samma håll, för ökad säkerhet. Vi har delat in dem i fyra rubriker, för att understryka vilken sorts motstånd de är mest relevanta för – i själva verket kan förstås alla organisationer och mottagare förväntas ha mer eller mindre av alla de fyra sorternas motstånd.

Poängen här är alltså inte att utredarna får mottagaren att ändra sig i grunden – utan att de jobbar med samma sorts tänkande som mottagaren för att få sina åtgärder att passa in hos mottagaren. I de fall där ekonomi är extra viktigt för mottagaren jobbar man alltså med det på något sätt – här presenterar vi 7 strategier, men det går givetvis att hitta ännu fler.

Exemplen på strategier ska ses som en utgångspunkt för att jobba med problemet med motstånd mot åtgärdsförslag – inte som en slutgiltig lista.

#### **4.3.1 Strategier för att hantera svag ekonomi**

Vi har identifierat sju strategier som utredarna beskrivit för att hantera åtgärder till mottagare där kostnaden för åtgärdsförslag är en viktig faktor.

Vi fann två extremfall:

1. Kräv att åtgärder genomförs oavsett kostnad. I den här strategin förutsätts att mottagarna helt enkelt ska genomföra det som krävs.
2. Avstå från dyra förslag. Den här strategin går tvärt emot den första, och utredarna avstår från att ge åtgärdsförslag som de tror kommer att anses vara för dyra.

Vi fann även fem strategier som ligger mellan extremfallen:

3. Lämna kostnad-nytta avvägning till lagstiftaren. Genom den här strategin följer man de kostnad-nytta beräkningar som ska gälla för mottagaren, generellt.
4. Man föreslår även åtgärder som förväntas vara för dyra, och som man förväntar sig att mottagaren inte kommer att genomföra. En fördel med det ansågs, av en utredare, vara att mottagaren kanske ändrar åsikt om samma förslag återkommer många gånger i olika utredningar.

5. Lämna kostnad-nytta bedömningen helt till mottagaren. Vissa utredare gjorde inga kostnad-nytta bedömningar utan ansåg att mottagare på olika nivåer i organisationen själva fick ta hand om det.
6. Sätt en prislapp på åtgärder. Det förekom också att utredare satte en ”prislapp” på sina åtgärder – det blir då ett stöd för mottagarens kostnad-nytta bedömning.
7. Föreslå åtgärder med olika kostnader. Det förekom att ”prislapps”-strategin togs ett steg längre, genom att jobba fram förslag med olika kostnadsnivå.

#### **4.3.2 Strategier för att hantera att säkerhet inte prioriteras**

Det utredarna beskrev angående mottagare där säkerhet inte prioriteras kan sammanfattas i fem strategier. Man kan läsa det här som att de som inte prioriterar säkerhet ibland kommer undan med det – och så verkar det också vara i just de exempel de här strategierna baseras på. Utredarna här är mer intresserade av att få något gjort överhuvudtaget, än att alla mottagare ska behandlas lika.

1. Svagare åtgärder. För att hantera motstånd mot åtgärder föreslog vissa utredare svagare åtgärder – som de trodde skulle ha en chans att bli accepterade. T.ex. trodde man i ett fall inte att 30km/h genom ett helt samhälle skulle accepteras av bilisterna – trots att det egentligen skulle vara motiverat – utan föreslog 30km/h som hastighetsbegränsning på en kortare sträcka.
2. Färre åtgärdsförslag. Om man trodde att det skulle finnas en ovilja att genomföra förslag, var en strategi att föreslå färre åtgärder. Exempelvis kunde man avstå från ”frivilliga” förslag om man trodde att viljan att genomföra dem skulle saknas.
3. Korrigera uppföljning, argument, förklaringar. Det nämndes också att där säkerheten inte har högsta prioritet, där kan det krävas ett tydligare arbete med åtgärderna.
4. Rikta åtgärderna mot någon annan. Det nämndes exempel på att man inte kunde få igenom åtgärder där dom egentligen borde genomföras – men att man då kan prova att rikta åtgärder mot någon annan, som också kan påverka situationen i positiv riktning.
5. Publicitet. Det nämndes också att som en sista utväg kunde man upplysa om att pressen har tillgång till offentliga utredningar – ibland räckte den informationen för att få åtgärder genomförda.

#### **4.3.3 Strategier för att hantera att lägsta-nivå för säkerhet inte följs**

Två strategier för att få åtgärdsförslag beskrevs som gäller för organisationer och situationer med regler eller lagar för en lägsta-nivå för säkerheten.

1. Förlita sig på att mottagaren accepterar förslagen. En utredare noterade att man inte kan övervaka mottagaren i alla situationer. Även om det kan finnas lagkrav kanske det ändå inte kan övervakas om man följer förslaget. I de fallen måste man trots allt förlita sig på att mottagaren accepterar åtgärderna.
2. Föreslå förändringar. Även i domäner där det finns en lagstadgad lägsta-nivå var en strategi att ge förslag på saker som kan genomföras utöver den nivån. Här förlitar sig strategin förstås inte på motstånd mot förändring, utan tvärtom på att det finns ett starkare säkerhetstänkande än vad som krävs.

#### **4.3.4 Strategier för att hantera "rationella" mottagare.**

Vissa mottagare ansågs behöva tydliga argument för att acceptera åtgärdsförslag. Vi hittade fyra strategier relaterade till det.

1. Inbjudande förslag. En utredare ansåg att åtgärdsförslagen skulle skrivas så att mottagaren själv skulle tänka – "varför har inte VI tänkt på det här?".
2. Bra förklaringar. En strategi som föreslogs var att vara noga med att förklara och motivera sina förslag, för att få dem accepterade.
3. Att ha en dialog med mottagaren. För att mottagaren ska förstå åtgärderna ansågs det bra att ha en dialog – men det var oklart om man faktiskt klarade av att ha det i praktiken.
4. Att känna rätt personer. Det nämndes att det ibland kunde räcka med att känna rätt personer och presentera förslaget för dem, för att få dem genomförda.

## 5. Analys och slutsats

I projektet har ett mål varit att kunna diskutera generaliserbarhet mellan olika domäner – det är anledningen till att vi haft med olycksutredare från så olika domäner.

Generaliserbarhet mellan de olika domänerna är kanske allra tydligast när det gäller kapitel 4 avseende strategier för att hantera motstånd mot åtgärdsförslag. Listan på strategier kan vara en resurs om en organisation vill diskutera hur de själva hanterar, eller skulle vilja hantera förändringsmotstånd i samband med olycksutredning.

I kapitlet har vi delat in strategierna i kategorier, mot den sorts förändringsmotstånd som de i första hand hanterar. Dessa sorters motstånd kan förväntas finnas i olika utsträckning i olika domäner och organisationer, och kan också ändras över tid mellan domäner och organisationer. Att listan är baserad på vitt skilda domäner så som vägsektorn, vård, och kärnkraft, gör att den också innehåller ett brett spektra av strategier. Den bör då vara mer relevant för diskussioner i olika domäner och organisationer än om den bara varit baserad på en domän. Exempelvis hade vissa utredare regler och förordningar att basera på sina åtgärdsförslag på, medan andra inte hade det. Specifikt, så behandlar avsnitt 4.3.3. situationen med mottagare som har ett motstånd mot åtgärdsförslag baserade på regler och förordningar.

Listan på strategier bör kunna användas som en startpunkt för att diskutera motstånd mot åtgärdsförslag och strategier i olika verksamheter. Det bör åter poängteras att nyttan med strategierna i grunden är att få olycksutredning att dra åt samma håll som säkerhetsprocesser i övrigt i verksamheterna. Exempelvis, om kostnader är ett stort problem för verksamheterna bör det också avspeglas i hur man arbetar med åtgärder. Vi hoppas att listan kan vara till nytta som den är. Men vill man gå vidare med den, och ytterligare öka chanserna till att den bidrar till att man drar åt samma håll i verksamheter med åtgärder, skulle man kunna ta med mottagarens perspektiv också – exempelvis genom att studera både utredares och mottagares perspektiv från olika verksamheter med avseende på strategierna.

Strategierna var en förlängning från förra delen av projektet. I förra delen av projektet fann vi faktorer som gjorde att utredningar går snett, och inte täcker in alla de faktorer som skulle kunna vara relevanta att ta med. Här har vi istället fokuserat på hur man jobbar för att få faktorer åtgärdade.

Från dessa båda projekt sammantaget framträder det som viktigt att få en strategisk bild av faktorer som utelämnas från utredningar trots att de skulle vara relevanta att utreda. Det framträder också som viktigt att ha koll på både olika typer av motstånd mot åtgärdsförslag samt hur man hanterar dem. Då får man samtidigt strategisk koll på om några typer av åtgärdsförslag och de orsakstyper de motiveras av, tenderar att sorteras bort. Det kan visserligen verka vettigt i specifika utredningar att fokusera på det man har kraft att utreda

och åtgärda. Sammantaget påverkar det dock olycksstatistik. Det som inte utreds, eller som inte åtgärdas, kommer inte heller med på samma sätt i statistik (förutsatt att man faktiskt gör statistik).

I kapitel 3, som handlar om arbete med ”resilience” har vi hittat exempel från flera domäner. Vi presenterade två analys exempel, från vård och transportsektorn (järnväg). Vi fokuserade på situationer där arbete genomförs på säkerhetsmarginalen. Exempel på det är patienter som dyker upp och måste ha vård väldigt snabbt – man har inte alltid tid att luta sig tillbaka och granska planer och procedurer innan de genomförs. De exempel vi har studerat verkar behöva studeras och angripas just med tanke på ”resilience”. I praktiken måste människor göra anpassningar när säkerhetsrutiner och tekniska lösningar inte kan användas i pressade situationer. Det blir farligt där systematiskt säkerhetsarbete saknas för att säkerställa säkra anpassningar till pressade situationer. Varför ska en olycka behöva inträffa trots att människor i organisationen tänkt både på orsaker och åtgärder? Risken för fortsatt farliga miljöer och fortsatta olyckor har vi visserligen inte studerat. Men problemen verkar vara mycket aktuella, och man verkar samtidigt sakna systematiska metoder att hantera dem. Det angreppssätt vi har skissat på i projektet verkar lovande, men har ännu inte provats i praktiken i skarpa utredningar. Ytterligare en intressant problematik kvarstår. Även om vi kan identifiera faktorer som gör strategier möjliga, så måste det någonstans till ett initiativ, att någon tar tag i situationen och utformar strategin eller accepterar en strategi någon annan har utformat.

I kapitel 2, där vi gick igenom ”säkerhetskultur” var det tydligt, men knappast oväntat, att begreppet är problematiskt i organisationer där många olika individer tillfälligt passerar genom. Det är förstås svårare att hantera ”kulturen” på en väg som vem som helst kan åka på, än att hantera den i en organisation med fasta medarbetare som stannar över lång tid. Då blir tendensen att ”kultur” slås isär till att istället handla om attityder, individers egna strävanden att agera säkert – eller till att istället fokusera på systemutformaren, den som exempelvis planerar och fattar beslut om hur en vägmiljö ska se ut. Att hantera klassiska ”säkerhetskulturförändringar” i situationer där människor verkar tillfälligt, exempelvis angående lekplatser, vägar, passagerarfärjor, patienter och anhöriga på sjukhus, är en fråga som behöver utforskas i mer detalj.

Sammanfattningsvis har vi tagit upp begreppen säkerhetskultur och resilience i rapporten. Vi har sett att resilience inte var välkänt, och att definitionerna av säkerhetskultur varierade. Vi har också funnit att problem och möjligheter säkerhetskultur och resilience siktar mot är relevanta för de domäner vi studerat.

Resilience och kultur hör också ihop. När det gäller resilience har vi haft två infallsvinklar. Den ena infallsvinkeln på resilience har varit att åstadkomma förändring genom olycksutredning, med fokus på att åtgärdsförslag ska kunna genomföras. Den andra infallsvinkeln på resilience har varit förändringar som görs på olika nivåer av organisationer, för att göra något åt hot mot säkerheten som olika individer och grupper upptäcker. Dessa olika infallsvinklar bör i

framtiden också hänga ihop i systematiskt säkerhetsarbete. Det är en viktig aspekt av säkerhetskulturen att organisationen ”drar åt samma håll” i säkerhetsarbetet. Vi har haft samma infallsvinklar på säkerhetskultur. Å ena sidan är motstånd mot åtgärdsförslag är en del av säkerhetskulturen. Å andra sidan är också aktivt arbete för att täppa till säkerhetsbrister, på olika nivåer i organisationer, också en del av säkerhetskulturen.

Ett par exempel på nya frågeställningar från projektet är därmed:

- Vad är det som gör att människor faktiskt försöker hitta lösningar på säkerhetsproblem? (Snarare än att bara göra sin arbetsuppgift.)
- Vilka typer av motstånd mot resilience-typen av ”åtgärder” kan uppstå i organisationer, och hur kan man skapa en organisation som fångar upp och utvecklar strategierna istället för att motverka dem?
- Hur kan metodiken för resilienceanalys integreras i olycksutredning och i andra typer av systematiskt säkerhetsarbete? Vi kan ge ett specifikt exempel. Problemet med farlig utformning av läkemedelsförpackningar återkom i flera fokusgrupper. Vår resilienceanalys exemplifierade hur man jobbar aktivt ”på golvet” med att hantera problemet, för att minska riskerna. Men systematiskt arbete måste också fånga upp problemet – och sedan jobba med aspekter så som att ändra förpackningarna så att de bidrar till säkerhet istället för att skapa risker. Även systemet för återkoppling av risker och incidenter/olyckor behöver förstärkas så att tillverkare får återkoppling på risker kopplade till sina förpackningar. Då förstärks arbetet på golvet med ett större perspektiv och en bredare ansats från organisationen som helhet. Att organisationen ”drar åt samma håll” på olika nivåer är också en viktig aspekt hos säkerhetskulturen.
- Hur kan organisationer arbeta systematiskt med sina strategier för att hantera motstånd mot åtgärdsförslag? Det vill säga, att organisationen har koll på vilka strategier de använder – och kan arbeta med sina strategier för att få maximalt utbyte av sina utredningar.
- Hur kan organisationer jobba aktivt med att tydliggöra ”svarta fläckar” i sitt utredningsarbete? Det vill säga, att först få kunskap om aspekter som de antingen inte klarar av att utreda, eller som kan utredas men inte åtgärdas i praktiken. Det kan sedan ligga till grund för att ändra arbete med orsaker eller utformning och införande av åtgärder.

