

UAG-arbeid i Statens vegvesen;

“Hva kan bidra til forbedret læring av arbeidet med dybdeanalyser av dødsulykker i Statens vegvesen”.



Prosjektoppgave EPT 100 Sikkerhetsstyring i vegtrafikken – høsten 2011

Henrik Wildenschild

Magnus Brevik Lundhaug

Marie Rygh Holten

Kristine B. Knutsen

Universitet i Stavanger/Statens vegvesen

Forord

Denne prosjektoppgaven er en del av kurset EPT100 "Sikkerhetsstyring i vegtrafikken" som blir arrangert for Statens vegvesen Region øst av Universitetet i Stavanger.

Prosjektoppgaven er gjennomført i gruppe sammensatt av kursdeltakerne selv. Tema for oppgaven er valgt av gruppen under veiledning fra kurslederne.

Oppgaven er skrevet av:

Henrik Wildenschild, Region nord

Kristine Birkeland Knutsen, Vegdirektoratet

Magnus Breivik Lundhaug, Region midt

Marie Rygh Holten, Region øst

Vi vil gjerne takke intervjuobjektene våre for at de tok seg tid og var positive til å bidra i oppgaven. Vi ønsker også takke kurslederne våre for god veiledning underveis i arbeidet.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
1. Innledning.....	4
1.1. Arbeidet med ulykkesanalyser i Statens vegvesen	4
1.2. Bakgrunn for valg av tema	4
1.3. Problemstilling	5
2. Teori.....	7
2.1. Organisasjoner og sikkerhetsstyring	7
2.2. High reliability organizations (HRO)	7
2.3. Normal accident	8
2.4. Læring i organisasjoner	9
2.5. Enkel- og dobbelkretslæring	10
2.6. Barrierer for læring	12
2.7. Lært hjelpeløshet	12
3. Metode	14
3.1. Kvalitativ metode	14
3.2. Dokumentanalyse og litteraturstudie	14
3.3. Validitet og reliabilitet.....	15
3.4. Kritikk av metoden	15
4. Empiri.....	17
4.1. Organisering av UAG-arbeidet	17
4.2. Sammenfatning av intervjuvarene	17
5. Drøfting.....	20
6. Konklusjon og avslutning.....	25
Litteraturliste	26
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	28

1. Innledning

1.1. Arbeidet med ulykkesanalyser i Statens vegvesen

I 1997 ble det vedtatt av Stortinget at Statens vegvesen skulle analysere vegtrafikkulykker ved å oppnevne ulykkesanalysegrupper(UAG) i ulike deler av landet. En forsøksordning ble gjennomført i 9 fylker i 2000 og deretter evaluert av SINTEF, som konkluderte med at arbeidet burde fortsette med noen endringer. Vegdirektoratet vedtok i 2003 at det skulle opprettes en ulykkesanalysegruppe i hver region som en permanent løsning, og slike grupper ble opprettet 1. januar 2005.¹

Ulykkesanalysegruppene skal gjennomføre dybdeanalyser av samtlige dødsulykker i vegtrafikken. Arbeidet er basert på nullvisjonen, en visjon om et transportsystem uten drepte eller varig skadde. Nullvisjonen er bygget på en etisk tankegang om at alle mennesker er like mye verdt og at alle er umistelige. Nullvisjonen "far", svensken Claes Tingvall sier det slik: *"det skal ikke være dødsstraff for å begå en feil i vegtrafikken. Det må være lett å handle rett og vanskelig å handle feil."*² UAG gjennomfører sine analyser av respekt for de som mister livet i vegtrafikken og for å vise at Statens vegvesen har et særskilt ansvar for trafiksikkerhet som de tar på alvor. UAG sitt formål er ikke å finne syndebukker, det er politiet og påtalemyndigheten som er ansvarlig for å avgjøre hvem som er juridisk ansvarlig for en ulykke. Derimot er det UAG sin oppgave å finne frem til flest mulige forhold som kan ha medvirket til at ulykken skjedde og at utfallet ble fatalt. Målet er deretter å anbefale kort- og langsiktige tiltak som kan føre til forbedret trafiksikkerhet. UAG anbefaler tiltak på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Vi i prosjektgruppen mener arbeidet i UAG er sentralt i forhold til nullvisjonen, som skal ligge til grunn for alt arbeid vi gjør i Statens vegvesen. Hvis arbeidet UAG gjør skal ha noen effekt på ulykestallene må etaten benytte seg av kompetansen gruppen sitter med. Tiltakene som blir foreslått i rapportene fra dybdeanalysene må iverksettes, og informasjon om tiltakene må spres til de ansatte i etaten. To av prosjektgruppens medlemmer har nær kjennskap til UAG sitt arbeid, og sitter med inntrykk av at det er et ubenyttet læringspotensial i UAG-arbeidet. Dersom dette potensialet utnyttes bedre, kan det høyst sannsynlig bidra til å redusere antallet drepte og skadde i vegtrafikken.

Inntrykket av at læringen av UAG-arbeidet kan bli bedre bekreftes av blant annet SINTEF sin rapport "Evaluering av arbeidet med ulykkesanalysegrupper i Statens vegvesen" fra 2008 og TØI sin rapport "Sikkerhetskultur i Statens vegvesen Region sør", også fra 2008. Rapportene kommer ikke med ensidig kritikk av UAG-arbeidet, de

¹ Statens vegvesen, 2004, forord

² NRK Brennpunkt, "Råest bak rattet", 17. oktober 2011

beskriver at det blir gjort mye bra, men konkluderer også med at mye kan gjøres bedre, spesielt når det gjelder spredning og bruk av resultatene fra arbeidet. I SINTEF-rapporten står det at *“en forutsetning for at en i TS-arbeidet skal kunne ta lærdom av resultatene fra ulykkesarbeidet, er at resultatene spres i organisasjonen. Intervjuene gir et entydig bilde av at resultatene er for lite kjent i Statens vegvesen”*³. Også i TØI-rapporten kommer det frem at resultatene av UAG-rapportene ikke er godt nok utnyttet. I resultatene fra fokusgruppeintervjuene står det at *“når det gjaldt tiltak for å bedre ulykkesforståelse, etterlyste en rekke fagmiljøer en mer offensiv, konkret og målrettet bruk av resultatene fra de regionale ulykkesanalyserapportene og fra distriktenes ulykkesanalysegrupper”*⁴.

Et av medlemmene i vår prosjektgruppe jobber i øyeblikket for Region nord med å vurdere behovet for opprette en rolle som har ansvar for å følge opp tiltak som anbefales i blant annet UAG-rapporter. Denne oppgaven kan forhåpentligvis gi interessante innspill til denne jobben, og motsatt.

1.3. Problemstilling

Med bakgrunn i resultatene fra de overnevnte rapportene, ønsker gruppen i denne oppgaven å gå ett skritt videre og se på mulige tiltak for å bedre læringen av UAG-arbeidet.

Vi har kommet frem til følgende problemstilling, som vi ønsker å diskutere og forsøke å finne svar på i denne oppgaven:

Hva kan bidra til forbedret læring av arbeidet med dybdeanalyser av dødsulykker i Statens vegvesen?

For å nærme oss svar på problemstillingen vil vi benytte oss av teorier rundt læring og se spesielt på organisatorisk læring i Statens vegvesen. Med bidrag mener vi konkrete tiltak, systemer eller holdningsendring. Vi ønsker å komme frem til forslag til konkrete tiltak som kan bedre læring av UAG-arbeidet, og vi tenker da ikke kun på læring internt i Statens vegvesen, men også hos eksterne aktører.

Prosjektgruppen har også tatt med seg noen hypoteser inn i arbeidet. Hypotesene gjenspeiles i spørsmålene i intervjuguiden vi har brukt ved innsamling av data.

Hypotese 1: UAG analyserer hver enkelt dødsulykke på mikronivå, mens årsrapporten som formidles videre i organisasjonen er på makronivå. Dette er en ulempe for organisatorisk læring.

³Sakshaug m.fl. (2008), side 8 og 9

⁴Grunnan m.fl. (2008), side III

Hypotese 2: Det er en ulempe hvis UAG selv skal ha ansvaret for å følge opp lokale, regionale og organisatoriske tiltak som anbefales i UAG-rapportene.

Hypotese 3: Det finnes et behov for en koordineringsrolle, slik at informasjonsformidling og oppfølging av anbefalte tiltak blir sikret.

2. Teori

2.1. Organisasjoner og sikkerhetsstyring

For å finne svar på problemstillingen i oppgaven ønsker vi å se nærmere på teorier om sikkerhetsstyring i organisasjoner. Det er ofte to teorier som blir trukket frem når det snakkes om styring av risiko og sikkerhet i organisasjoner, nemlig teorien om “*High reliability organizations*” og teorien om “*Normal accident*”. Disse teoriene har blitt oppfattet som motpoler og de fokuserer på ulike faktorer ved sikkerhetsstyring i organisasjoner. For å forstå de to forskjellige teoriene er det hensiktsmessig å avklare hva som legges i ordet *organisasjon*. Det finnes mange forskjellige organisasjoner, for eksempel offentlige etater, private bedrifter og ideelle organisasjoner. Noen organisasjoner har mange ansatte, andre færre, men det man kan si er felles for organisasjoner er at de består av flere mennesker. Til forskjell fra en “gruppe” har en organisasjon et felles mål som knytter menneskene sammen, og det etableres retningslinjer og prosedyrer som er med på å samordne det arbeidet deltakerne må utføre for å realisere de felles målene. En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål⁵.

2.2. High reliability organizations (HRO)

I teorien om HRO er hovedfokuset at organisasjonen kan forhindre og forebygge ulykker i høyteknologiske systemer; man mener det er mulig å lage gode og sikre systemer som ivaretar sikkerheten, til tross for at de er basert på upålitelige enkeltkomponenter. I boka Samfunnssikkerhet⁶ beskrives HRO som en teori som bygger på en sterk tro på at god planlegging vil kunne gi et sikrere system og en sikrere organisasjon. Teorien har sin opprinnelse fra høyteknologiske organisasjoner, og de mest klassiske studiene av HRO er systemer hvor ulykker kan få enorme konsekvenser, som for eksempel atomubåter, atomkraftverk, flygeledelse etc.

HRO kan oppnås blant annet ved å innføre desentralisert styring, fokus på kontinuerlig læring og innføring av en sterk organisasjonskultur. Gjennom at organisasjonen er designet på en spesiell måte vil man kunne kompensere for menneskelige feil og svakheter. Dette gjøres blant annet ved at organisasjonen lærer fra tidligere hendelser, ulykker og øvelser. Slike organisasjoner er gjerne svært fleksible. Reason⁷ sier at slike organisasjoner har en organisatorisk fleksibilitet, organisasjonen kan lettere tilpasse seg forskjellige situasjoner, og individene i organisasjonen vil bedre kunne takle høyt arbeidspress uten at det går utover sikkerheten. Organisasjonene er komplekse og er sårbare for menneskelige feil, oppgavene som utføres i organisasjonen er krevende og gjerne prosedyrestyrt, og opplæring og øvelser er helt essensielt i slike organisasjoner. Ved å ha høyt fokus på øving og trening mener man at man kan klare å unngå de mest

⁵ Etzoni (1982)

⁶ Aven m.fl., (2004), side 59

⁷ Reason (1997)

alvorlige feilene. I tillegg får man øvd seg på å håndtere kriser hvis de skulle oppstå, og dermed øker evnen til å takle overraskende og uoversiktlige situasjoner. HRO har et positivt syn på makt og setter sikkerhetskultur høyt på agendaen⁸.

Et annet kjennetegn på en HRO er ifølge Karl Weick⁹ organisasjonens evne til "collective mindfulness". Han har skjematisert fem punkter han mener gir organisasjoner "collective mindfulness", det er:

- organisasjonen har fokus på feil, og feil gir mulighet til forbedringer, og videre økt organisatorisk læring
- rutiner/prosedyrer kan være en trussel mot sikkerheten og bør stadig utfordres, skepsis vil kunne øke påliteligheten
- det må være et helhetlig blikk for å kunne løse akutte problemer
- mennesker og maskiner kan aldri stoles 100 % på
- hierarkiske beslutningsprosesser fører ofte til at relevant informasjon går tapt, og kan føre til overordnede feil som spres i organisasjonen

Redundans står også sentralt i HRO; altså reservesystemer som kan tre i kraft når feil oppstår i et hovedsystem. Redundans kan også bety overflødigheit, men brukes i dette fagområdet som alternative løsninger for å redusere sårbarheten¹⁰. Dette kan være overlappende ansvarsområder og kompetanse hos de ansatte, overvåking og dobbelsjekking av hverandres arbeidsutførelse og ikke minst en organisasjonskultur som oppmuntrer til ikke å ta avgjørelser hvis man er usikker og gripe inn hvis man ser en kollega gjøre en feilvurdering eller -handling. Rosness¹¹ sier at organisatorisk redundans er et samhandlingsmønster som setter en organisasjon i stand til å utføre oppgaver mer pålitelig enn enkeltpersoner. Han mener at for å kunne oppnå dette må det være instrumentelle og kulturelle forutsetninger tilstede; slik at man har mulighet til observere hverandres handlinger og kunne korrigere hverandre. Det er viktig at man i slike organisasjoner har et godt samarbeidsklima, og at de ansatte ser verdien og har tro på at sikkerhet kan styres så lenge disse forutsetningene er oppnådd.

2.3. Normal accident

I teorien om normal accident, utviklet av Charles Perrow¹² har man en oppfatning av at ulykker vil oppstå før eller siden i høyt teknologiske systemer. Det er vanskelig å forebygge ulykker i slike systemer, og disse systemulykkene kjennetegnes ved at flere hendelser og feil inntreffer samtidig og at de er svært komplekse og tett koplet. De menneskene som stiller seg bak teorien om normal accident er ofte skeptiske til HRO-teorien sine betingelser. Redundans er ikke en så viktig faktor innenfor denne teorien.

⁸ Aven m.fl. (2004), s 62

⁹ Weick, K, Obstfeld, D. (1999)

¹⁰ Meidell (2005), side 16

¹¹ Rosness, R. (2001)

¹² Perrow, C. (1999)

Her mener man tvert imot at redundans kan være en årsak til ulykken, fordi kompleksiteten blir enda større og da kan det bli mer fristende for den ansatte som utfører oppgaven å operere utenfor rutiner og restriksjoner.

Normal accident-teorien skiller mellom lineære og komplekse interaksjoner, og løse og tette koplinger i en organisasjon¹³. De komplekse interaksjonene kan være interaksjoner i ikke-planlagte og uventede sammenhenger, mens de lineære interaksjonene er interaksjoner som er lett synlige og skjer i kjente sammenhenger. Tette koplinger er aktiviteter som er vanskelige å stoppe eller improvisere, de er ofte tidsavhengige og det er høy presisjon. Løse koplinger kjennetegnes med mye av det motsatte som tette koplinger; de er lettere å stoppe og kan improviseres mer med. Når et system er tett koplet vil en feil fort forplante seg videre til andre deler av systemet, og dersom systemet i tillegg er komplekst vil dette berøre andre funksjoner enn der feilen i første omgang oppsto.

Tilhengere av Normal accident-teorien har ikke tiltro til organisatorisk læring og mener dette er overvurdert. Teorien flagger at man ikke kan øve på ukjente og ekstreme hendelser, da kunnskap om tidligere hendelser ofte er preget av blant annet benekting av ansvar og feilrapportering¹⁴, og at slik læring er overvurdert på grunn av organisatoriske barrierer. I denne teorien er det et mer pessimistisk syn på makt og dens innflytelse på sikkerheten. Perrow¹⁵ mener at maktens rasjonalitet dominerer, og dermed at sikkerhet bare blir prioritert dersom det sammenfaller med de øvrige interessene til de involverte aktørene.

2.4. Læring i organisasjoner

For å få svar på problemstillingen vår må vi også se på hvordan organisasjoner kan lære. Bjørkvik sin definisjon av læring¹⁶ er: *“læring er relativt varige forandringer av atferd og atferdsmuligheter som et resultat av erfaring eller øvelse.”*

Det bør altså foreligge en eller annen synlig forandring i selve organisasjonen, i tillegg til at læringen kan tilbakeføres til erfaringer. I boka Læring i organisasjoner¹⁷ beskrives forskjellen på organisatorisk og individuell læring på følgende måte:

“Organisatorisk læring er forskjellig fra en individuell læringsprosess ved at den bare innebefatter den kunnskap som er nedfelt i organisasjonen selv.

Organisatorisk læring blir således en nedfellingsprosess som gjør at læringen blir retningsgivende for organisasjonsmedlemmenes senere handlinger.”

¹³ Perrow (1999)

¹⁴ Aven m.fl. (2008), s. 62

¹⁵ Aven m.fl. (2008), s. 62

¹⁶ Nordhaug (1990)

¹⁷ Nordhaug (1990)

Det er altså forskjell på organisatoriske og individuelle læringsprosesser. Organisatorisk læring innbefatter bare den kunnskapen som er nedfelt i selve organisasjonen, derfor er det nedfellingsprosessen i organisasjonen som gjør at læringen blir retningsgivende for medlemmenes senere handlinger. Likevel vil det ikke finne sted noen form for organisatorisk læring uten at det skjer en individuell læring. Det er samspillet mellom individet og organisasjonen som gir den totale læringen. Organisasjonen består av individer, og hvis ikke individene lærer, lærer heller ikke selve organisasjonen. Det som knytter den individuelle læringen opp på et organisatorisk plan er når organisasjonen klarer å utnytte seg av den ressursen individene har. Organisasjonene lærer gjennom enkeltindividene, men den er videre noe mer enn bare individers læring, den har kognitive systemer og rutiner som består selv om arbeidstakeren forlater organisasjonen¹⁸.

Læring kan også defineres ut fra en annen vinkel, nemlig at endring alene ikke trenger å være et mål på at læring har funnet sted. Læringen kan være en forankring, bekreftelse eller en dypere forståelse av den allerede eksisterende kunnskap eller praksis¹⁹. Kunnskapen trenger ikke nødvendigvis føre til fysiske forandringer, men kan brukes som et grunnlag for å evaluere den aksepterte praksisen og oppnå en bedre forståelse av den. Braut og Njå definerer derfor læring som prosesser relatert til å etablere ny kunnskap med mål om å implementere endringer, oppnå dypere forståelse og/eller forankre en basis for aksepterte oppfatninger og praksis.

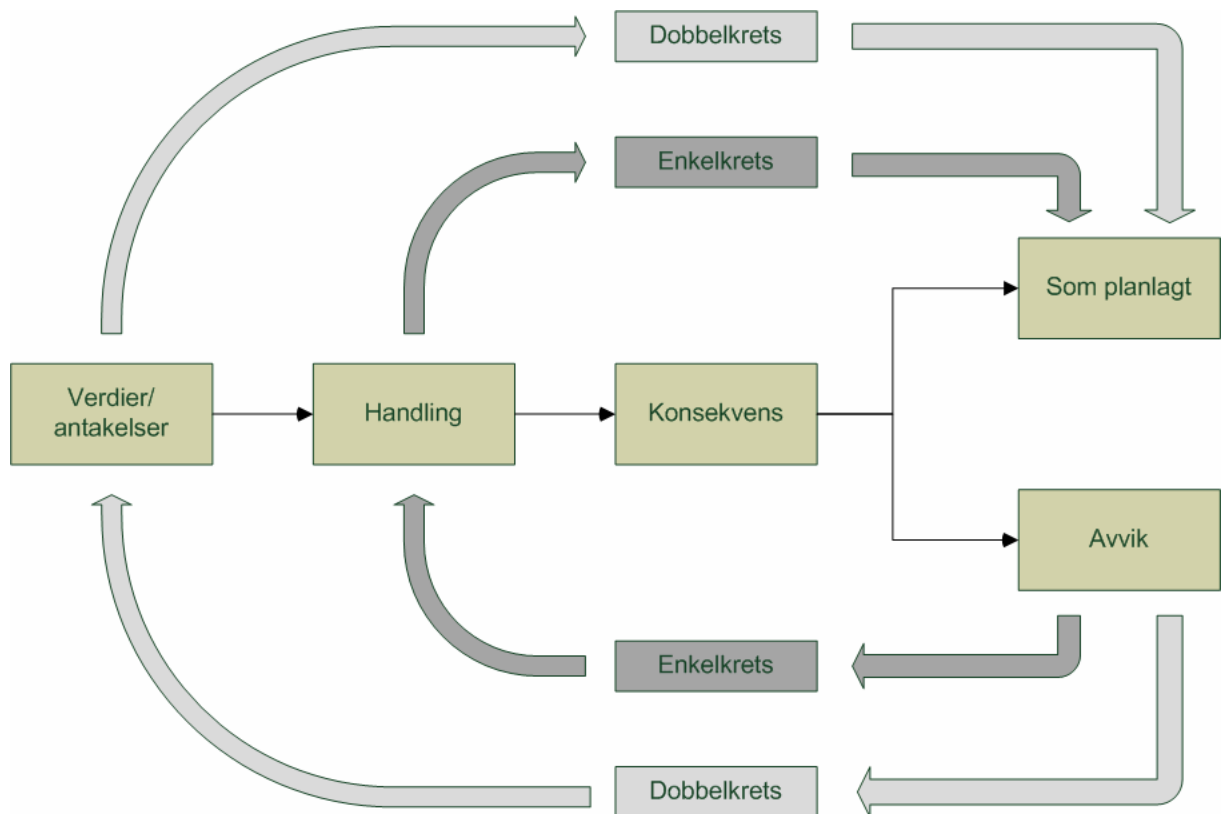
2.5. Enkel- og dobbelkretslæring

For å se nærmere på hvordan organisasjoner kan lære, ønsker vi å se nærmere på Argyris²⁰ sin teori om enkel- og dobbelkretslæring. Denne teorien kan fremstilles i følgende modell:

¹⁸ Nordhaug (1990)

¹⁹ Braut og Njå (2010)

²⁰ Argyris (1982), side 88



Figur 1

Enkelkretslæring er den “vanlige” formen for læring, og foregår mer eller mindre av seg selv. Her løses de mest synlige problemene, men man rører ikke de grunnleggende normer og verdier i organisasjonen. Dette fører til at systemer og organisasjonen forblir som de alltid har vært. De opplagte feilene blir korrigert, men årsaken bak feilen blir ikke rettet opp. Enkelkretslæringen skjer innenfor de grunnleggende normene organisasjonen opererer innenfor, og har ikke en tilbakeføringsløyfe til endringer i de fundamentale verdiene og normene i organisasjonen. Det er bare en tilbakeføringsløyfe, og den fører tilbake til samme utgangspunkt som før hendelsen.

Ved dobbelkretslæring er det viktige at det satses bevisst for å utrede feilen som har oppstått. Her må organisasjonens normer og verdier tas opp til ny vurdering. For at en organisasjon skal oppnå nytenkning og entusiasme bør organisasjonen over på et “annet nivå” hvor man stiller spørsmål ved eksisterende normer og verdier, og hvor man har en ekstra tilbakeføringsløyfe hvor disse verdiene og normene kontinuerlig vurderes. Man oppfordres til å tenke “utenfor boksen”, og ved å stille kritiske spørsmål og reflektere over eksisterende rutiner vil man øke læringseffekten i organisasjonen.

2.6. Barrierer for læring

Det finnes flere årsaker til at læring i organisasjoner ikke fungerer like bra som man skulle ha ønsket. At organisasjoner kan være dårlige til å lære av ulykker og andre hendelser er ikke nødvendigvis tilfeldig, men kan ha bakgrunn i hvordan de er bygd opp og hvordan organisasjonen ledes. Peter Senge²¹ har definert 7 barrierer mot læring i organisasjoner, og kort oppsummert kan de beskrives som følger:

- medlemmene i organisasjonen identifiserer seg ikke som en helhet, og har liten følelse for det totale resultatet
- fravær av selvevaluering, feil ligger hos andre
- ledelsen er en illusjon og mangler systemforståelse
- organisasjonen fokuserer på enkelthendelser og ikke på årsakene bak
- organisasjonen oppdager forandringer for sent, reflekterer dårlig og er for opptatt med å plassere ansvar og skyld
- lærer ikke av erfaringer
- ledelsen fungerer ikke som et team, lærer ikke som et team og samarbeider ikke tett nok om den felles visjonen

I boka *Man-Made Disasters*²² reflekteres det rundt dårlig informasjonsflyt i organisasjoner og hvordan dette kan føre til barrierer for læring. Dårlig informasjonsflyt i organisasjonen er et alvorlig faresignal, og det er ikke nødvendigvis mengden av informasjon som er avgjørende, men hvordan informasjonen i organisasjonen flyter, og om alle som bør ha informasjon faktisk får det. Distribusjon og flyt av informasjon er viktig, og i tillegg er struktur, systemer og informasjonslinjer avgjørende for å hindre at det blir en barriere mot læring i organisasjonen. I en doktorgradsavhandling²³ som omhandler læring i organisasjoner fremheves det viktigheten av at alle ansatte får informasjon og inkluderes, da dette gir økt læring og motivasjon for å lære.

2.7. Lært hjelpeløshet

Teorien om lært hjelpeløshet ble utviklet av Overmeier og Seligman på slutten av 60-tallet på bakgrunn av dyreforsøk. Teorien handler om oppgitthet overfor ukontrollerbare og uberegnelige ytre omstendigheter, i kombinasjon med manglende evne til å håndtere problemer.

“Ifølge attribusjonsteori, som er en videreutvikling av teorien om lært hjelpeløshet, kan både barn og voksne rammes av håpløshet, nedstemthet og manglende arbeidsmotivasjon dersom de ser på sin mislykkethet som enten forårsaket av ytre

²¹ Senge (1990)

²² Turner og Pidgeon (1997)

²³ Nilsen (2010)

uberegnelige omstendigheter eller av egen manglende evne som det ikke går an å gjøre noe med.”²⁴

Seligman og hans tilhengere mener at lært hjelpeløshet reduserer motivasjonen til å løse problemer og forstyrrer evnen til å lære av erfaring²⁵. Teorien er noe omstridt fordi kritikere mener at teorien ikke kan generaliseres i samme grad som hos dyr, siden noen personlighetstrekk fint takler situasjoner som kan utløse tilstanden lært hjelpeløshet. Samtidig har andre personlighetstrekk større sannsynlighet for å komme inn i denne tilstanden.

²⁴ Egidius (2006)

²⁵ Colman (2006)

3. Metode

3.1. Kvalitativ metode

Prosjektgruppen ønsket å benytte seg av en kvalitativ metode. Vi ønsket å intervju sentrale personer i Statens vegvesen som har UAG innenfor sitt fagområde, både UAG-ledere og personer som jobber tett opp mot UAG. Valget av metoden er blant annet basert på at den gir fleksibilitet og dybdeforståelse. Ved å bruke semistrukturerte intervjuer som metode står intervju-objektene mer fritt til å kunne svare med egne ord og setninger, istedenfor ved spørreundersøkelser hvor svaralternativene er gitt på forhånd²⁶. Man får frem tanker og følelser man ikke ville ha fått frem ved en vanlig spørreundersøkelse, og dermed får man en “fingerspissfølelse” på organisasjonen.

Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg nr. 1) som alle i gruppa brukte. Hypotesene gruppen formulerte i prosessen med å komme frem til en problemstilling ble omformulert til intervju spørsmål. I tillegg ønsket vi å stille spørsmål om dagens organisering av UAG-arbeidet, om perspektivet rundt læring av arbeidet og om eventuelle endringer som har skjedd de siste årene. Intervjuene ble kvalitetssikret ved at man tok opp intervjuene på bånd og skrev notater underveis. Gruppemedlemmene intervjuet fra en til fire personer hver. Så langt det var praktisk mulig ble intervjuene gjennomført ansikt-til-ansikt, men tre av intervjuene ble gjennomført per telefon eller videomøte, på grunn av store geografiske avstander.

3.2. Dokumentanalyse og litteraturstudie

Gruppen har også benyttet seg av dokumentanalyse og litteraturstudie. Mens man gjennom intervjuene kommer i dybden av det man ønsker å undersøke, gir dokumentanalyser og litteraturstudier en bred og oversiktlig tilnærming til temaet. Ved å bruke metodene sammen har man anledning til å skaffe seg en god oversikt og samtidig gå nærmere inn i de deler av temaet som er ekstra interessante i forhold til problemstillingen i oppgaven.

Ved dokumentanalyse bruker man dokumenter som kilde. Dette er viktig for å klare å skaffe seg nok informasjon rundt temaet og hjelp til å belyse problemstillingen. Dokumentene som analyseres i oppgaven er skrevet med et annet formål enn det som de blir brukt til i oppgaven²⁷. Noen av dokumentene blir det referert til i oppgaven, mens andre er blitt mer brukt som bakgrunnskunnskap. Typiske dokumenter kan være Norges offentlige utredninger (NOU), Stortingsmeldinger, håndbøker og andre interne og eksterne rapporter.

Litteraturstudie er en mer eller mindre strukturert gjennomgang av litteraturen, spesielt pensum. I denne oppgaven har litteraturstudien i hovedsak bestått av bøker

²⁶ Repstad (1998)

²⁷ Thagaard (1998)

og artikler, i tillegg er også internett blitt brukt en god del. Den litteraturen som studeres skal omhandle temaet i oppgaven og være av en viss vitenskapelig standard. Ved bruk av litteraturstudie er det viktig å være kildekritisk. Det er tidkrevende å lese mye litteratur, men prosjektgruppen har løst dette på en konstruktiv og god måte ved at alle har lest pensum, mens den supplerende litteraturen har blitt fordelt og referert for hverandre.

3.3. Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet skal si noe om studien er gjennomført på en pålitelig og nøyaktig måte²⁸. Validitet skal si noe om i hvilken grad man ut fra resultatene av en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg fore å undersøke. Metoden bør være så god at man får tak i den riktige informasjonen, som man deretter med den informasjonen man har samlet inn trekker generelle slutninger ut fra. Reliabilitet referer til datagrunnlagets gyldighet, hvordan dataene er samlet inn, blitt behandlet og om det representerer virkeligheten. For å bygge opp rundt både validitet og reliabilitet har gruppen forsøkt å være så objektive og nøytrale som mulig. Det er likevel vanskelig å komme bort fra at våre personligheter kommer til syne både under intervjuene og måten vi tenker og tolker informasjon på.

3.4. Kritikk av metoden

Dersom vi hadde hatt bedre tid til å gjennomføre datainnsamling hadde valget mest sannsynlig falt på en metodetriangulering, hvor vi i tillegg til en kvalitativ metode hadde benyttet oss av en kvantitativ metode gjennom bruk av spørreundersøkelse via Questback. En slik triangulering ville gitt oss et bredere nedslagsfelt og mer oversikt i forhold til antall og prosenter. Gruppen tok et bevisst valg om kun å gjennomføre semistrukturerte intervjuer, fordi vi mente denne metoden ville gi oss mest informasjon og mulighet til å gå i dybden, gitt tiden vi hadde til disposisjon.

Noen av intervjuene har foregått per telefon og videomøte, og dette har ført til at det ikke har vært like enkelt å oppklare misforståelser eller se ansiktsuttrykkene til intervjuobjektene. Det har også vært krevende å skulle lese flere hundre sider med litteratur, og dette kan ha ført til at man ikke leser alt like nøye, og at man fort kan trekke ulike konklusjoner ut av materialet. Vi har forsøkt å veie opp for dette ved å ha gode faglige diskusjoner i gruppen, hvor man har fått oppklart en del av de ulike oppfatningene.

Det har periodevis vært utfordrende at medlemmene i gruppen har sine respektive arbeidssteder svært geografisk spredt; fra Tromsø til Oslo, via Trondheim og Lillehammer. Medlemmene innehar også forskjellige stillinger og arbeider på

²⁸ Grønmo (2004)

forskjellige nivåer; både operativt, taktisk og strategisk. Denne spennvidden i arbeidsfeltene har ledet til mange utfordrende, fruktbare og interessante diskusjoner.

Å forske i egen organisasjon kan være utfordrende, og det er viktig at medlemmene i gruppen har forsøkt å være så undrende og spørrende og lite forutinntatte som mulig. Dette har vi forsøkt å opprettholde ved å ha diskusjoner og å kalibrere seg med de andre medlemmene mellom intervjuene.

4. Empiri

4.1. Organisering av UAG-arbeidet

UAG baserer sin analyse av enkeltulykker på en foreløpig melding som utarbeides av ulykkesgruppen(UG) i fylket der ulykken skjedde, samt informasjon fra Politiet, obduksjonsrapporter og lignende. UG blir varslet når det skjer en dødsulykke, og rykker ut på ulykkesstedet for å innhente aktuelle opplysninger. Umiddelbart etter ulykken utarbeider gruppen en foreløpig melding som presenteres for regionvegsjefen, distriktsvegsjefen og leder for veg- og trafikkstab. Innen 1 måned etter ulykken sendes alt materiale videre til UAG.

Ulykkesanalysegruppene forsøker å forstå hvorfor ulykken fant sted og hvorfor utfallet ble så alvorlig som det ble. De skriver en detaljert ulykkesrapport for hver ulykke de analyserer, og denne rapporten skal inneholde forslag til tiltak som kan forhindre at en tilsvarende ulykke skjer igjen. I rapporten beskrives både individuelle feilhandlinger, feil på vegen eller kjøretøyene og organisatoriske feil i Statens vegvesen eller andre organisasjoner. Tiltakene som foreslås i rapporten skal sorteres på ansvarsnivå (nasjonale/regionale/fylkesvise tiltak) og etter tidshorisont ("strakstiltak"/langsigtede tiltak). Det foreslås også tiltak som er underlagt andre etater, som for eksempel Politiet. Ulykkesrapporten skal i utgangspunktet være ferdig innen 3 måneder etter at ulykken fant sted.

Ferdig ulykkesrapport sendes til styringsgruppen i den enkelte regionen. Det er opp til hver region hvem som skal sitte i styringsgruppen, men det er naturlig at arbeidet blir forankret på et høyt nivå i organisasjonen. Styringsgruppen skal ta initiativ til å gjennomføre tiltak som er foreslått i UAG-rapportene.

Ved utgangen av året skal UAG lage en årsrapport for hver region, der hovedtrekkene fra enkeltrapportene sammenfattes, uten å identifisere de enkelte ulykkene. Vegdirektoratet lager så en samlet årsrapport for hele landet.²⁹

4.2. Sammenfatning av intervjuvarene

Nesten alle intervjuobjektene gir uttrykk for at organiseringen av UAG-arbeidet er bra, med det menes at rammevilkår, retningslinjer og instruks for UAG er ivaretatt og fungerer. Et intervjuobjekt påpeker at det godt kunne vært mer likhet i organiseringen av UAG-arbeidet, da det er forskjellig fra region til region.

Det er tydelig at rapportene fra SINTEF og TØI som kom i 2008 ikke er særlig godt kjent blant intervjuobjektene. Kun et mindretall kjenner innholdene i rapportene godt. De

²⁹ Statens vegvesen (2004)

fleste viser til konkrete endringer som har skjedd, men det virker som om endringer har blitt gjort etter hvert som UAG selv har oppdaget utfordringer i måten å arbeide på. Generelt gir de fleste uttrykk for at organiseringen er blitt bedre de siste årene og at det har vært en kontinuerlig forbedring siden oppstarten i 2005. Enkelte endringer har blitt gjort likt i alle regioner mens andre har blitt gjort kun i noen av regionene. Felles for alle regioner er at det har kommet med lege i UAG-arbeidet, rapportene har blitt mer fullstendige og oppfølgingen av tiltak har blitt bedre på lokalt nivå. Det har også kommet en landsdekkende UAG-database der analyseresultater legges inn.

Oppfatningen av hvorvidt UAG-arbeidet har nok oppmerksomhet internt i Statens vegvesen er blandet. Det som trekkes frem er at oppmerksomheten er stor både internt og eksternt i perioden rundt og rett etter at årsrapporten fra hver region er utgitt, men dårligere jevnt ut over året. De fleste intervjuobjekter mener at samarbeidet med politiet er bra og i flere regioner har dette samarbeidet ført til kampanjer og storkontroller på bakgrunn av anbefalinger i enkelte UAG-rapporter. Samarbeidet med kommunene står det ikke så bra til med, det er først i de siste at to av regionene har tatt kontakt med kommunene.

Ingen av de spurte mener at læringsutbyttet av UAG-arbeidet blir benyttet på en optimal måte. Et av intervjuobjektene kommenterte at *“det kan virke som om Vegdirektoratet trenger 100 ulykker av samme art før de kan se de har lært noe. Villigheten til å lære av en enkelt ulykke er ikke stor.”* En annen uttalte at *“vi kan godt få økt læring i organisasjonen uten at det fører til noe.”*

Flere intervjuobjekter kommenterer at UAG selv må promotere arbeidet de gjør og ta initiativ til å kontakte ulike fagmiljøer. Det nevnes muligheten for å lage temarapporter eller å arrangere temadager der man møtes og diskuterer aktuelle problemstillinger basert på funn UAG har gjort. En region bruker intranettet til å formidle fire, fem nyhetsbrev i året og i en region har det vært praksis å henvende seg til ulike fagmiljøer med budskap om hva det spesifikke fagmiljø kan bidra med for å forhindre ulykker. Noen mener at UAG-årsrapporten fra den enkelte region bør bli lettere å forstå for de som ikke jobber med trafiksikkerhet til daglig, og kanskje ha et tillegg som henvender seg direkte til enkelte fagmiljøer.

Det er tydelig at UAG har en utfordring når det gjelder formatet på UAG-rapportene. De inneholder sensitive personopplysninger, og kan dermed ikke distribueres til for mange personer i frykt for at opplysninger skal bli offentlig kjent. Flere av intervjuobjektene syns det vil være en god idé å lage en sensurert versjon av hver enkelt UAG-rapport. De tror det kan føre til bedre læring og mer interesse og nevner muligheten for å bruke funn i diskusjoner på temadager og lignende. Flesteparten ser dilemmaet med at det er vanskelig å sladre rapportene på en fornuftig måte, slik at resultatene ikke blir misbrukt. Det blir blant annet vist til faren for at UAG vil bli mer tilbakeholdene med å rette kritikk både mot Statens vegvesen og eksterne aktører, når

det er en økt fare for at rapportenes innhold kan lekke ut. Hvis opplysninger om at noen har gjort en feil som har vært medvirkende til en ulykkes omfang eller årsak kommer i "gale" hender, kan det medføre rettsak mot Statens vegvesen.

Over halvparten av intervjuobjektene og samtlige UAG-ledere tar opp at oppfølgingen av tiltakene som UAG anbefaler er for dårlig. Et av intervjuobjektene uttalte at *"det er en skam at vi ikke har et bedre system for oppfølging i dag, sett i betraktning av de ressurser vi har til rådighet"*. Intervjuene gir et inntrykk av at den kortsiktige oppfølgingen er akseptabel, mens den langsiktige oppfølging nesten er ikke-eksisterende. Det virker som om det er et problem at hverken UAG eller den overordnede ledelsen har oversikt over hvilke tiltak som avskrives, iverksettes eller blir glemt. Oppfølgingen er veldig personavhengig, og det finnes enkelte fylkesledere som er gode på dette, også på langsikt oppfølging. UAG får sjelden tilbakemelding eller evaluering av tiltak. I Region øst arbeider de i skrivende stund med å få i gang et system for oppfølging av tiltak; en database der tiltakene legges inn, det avklares hvem som er ansvarlig for oppfølging og status gjøres opp.

De fleste av intervjuobjektene nevner at oppfølging av tiltak bør ligge i linjen, det bør altså følges opp på alle nivåer i organisasjonen. Et av intervjuobjektene sier at *"det er det samme hvem som følger opp tiltakene, så lenge det blir gjort"*. Flesteparten av intervjuobjektene, og samtlige UAG-ledere, er positive til en koordinatorrolle i UAG-arbeidet som kan bidra til at oppfølgingen av anbefalte tiltak og sikring av informasjon blir utført. UAG selv ønsker å være mest mulig uavhengige, slik at de kan være kritiske. Et sitat fra en UAG-leder understreker dette: *"UAG skal være en slags riksrevisjon, og UAG skal ikke drive oppfølgingen selv, da det kan hemme graden av hvor kritisk man kan være overfor egen organisasjon"*.

Et av intervjuobjektene kommer inn på fremtiden til UAG-arbeidet. Det har vært spørsmål om hvor lenge man bør drive på med dette arbeidet, i forhold til ressursbruk og hvor mye nytt man lærer av hver ulykke. Det blir nå snart vedtatt en vegsikkerhetsforskrift, basert på *EU-direktivet 2008/96/EC OF THE EUROPEAN PARLIMENT AND OF THE COUNCIL of 19. nov. 2008 On road infrastructure safety management*, der det står at alle dødsulykker skal etterforskes. Det betyr at arbeidet må fortsette, men ikke nødvendigvis slik det er i dag. Det har vært snakk om å inkludere ulykker med hardt skadde og å fokusere på å gjøre temaanalyser.

5. Drøfting

Innledningsvis ønsker vi å kommentere at mange av de ledende teorier om sikkerhetsstyring i organisasjoner, som vi har omtalt i teorikapitlet, hovedsakelig bygger på forskning, utvikling og erfaringer fra høyrisiko prosesser, ofte med et ganske lukket system. Statens vegvesen er ikke et lukket prosessanlegg à la en oljerigg eller et atomkraftverk. Enkeltulykker i vårt system får ikke katastrofale følger for organisasjonen eller omgivelsene, slik en ulykke kan få i organisasjoner som mye av teorien sikter til. Statens vegvesen er en delvis lukket organisasjon, men de forvalter et vegsystem som er åpent for alle. Statens vegvesen har ikke kontroll på hver enkelt trafikant og bruker, selv om de er ment å ha kontroll på vegsystemet som helhet. Dette medfører i vår oppfatning at ikke all teori passer like godt på Statens vegvesen som på andre organisasjoner, men det er likevel mange enkeltdeler som er interessante og også aktuelle for vår del. Det vi prøver å undersøke i denne oppgaven hører til den mer lukkede delen av Statens vegvesen; altså de interne prosessene i ettertid av en dødsulykke på vegen. UAG-arbeidet er ment å skulle belyse den enkelte ulykke, men samtidig gjøre funn som kan gjøre vår organisasjon i stand til å forhindre nye ulykker, både på det aktuelle skadestedet og på lignende steder eller situasjoner i vegsystemet.

Prisjektgruppa oppdaget ganske fort gjennom dokumentanalysen og intervjuene at det er viktig å belyse oppfølging av tiltak som UAG foreslår. Det absolutte flertallet av våre intervjuobjekter var mener det er for dårlig oppfølging av tiltak, og spesielt de tiltak som besluttes å tas opp ved senere anledninger og eller ønskes lagt inn i nasjonal transportplan (NTP). Her kommer det frem i intervjuene at hverken UAG eller den overordnede ledelsen har noen særlig god oversikt over hvilke tiltak som blir gjennomført, avskrevet eller lagt på vent for senere behandling eller i verste fall glemt på grunn av menneskelig svikt.

På enkelte områder er Statens vegvesen styrt av sentrale føringer, håndbøker og vegnormaler fra Vegdirektoratet, mens vi i andre situasjoner får lov til å drive en desentralisert styring, slik det anbefales i teorien om "High Reliability Organizations" (HRO). Vi kan se ut ifra svarene i intervjuene at man har en tendens til å utvikle lokale løsninger i hver region dersom det ikke er lagt sterke føringer fra sentralt hold. Det kan være positivt at det tas tak i problemer eller hull i systemet lokalt, men det tyder på at regionene i stor grad ikke er i stand å overføre lokale løsninger til andre regioner.

Vi vil trekke frem et problem vi oppdaget i forbindelse med dødsulykker som inntreffer på kommunal veg. UAG analyser denne typen ulykker på lik linje med andre dødsulykker, men det er ingen føringer fra sentralt hold om at det skal etableres kontakt mellom UAG og den aktuelle kommunen. Det vil si at UAG gjør funn og anbefaler tiltak, men kommunen som vegeier blir i de fleste tilfeller ikke kontaktet.

Kun to av fem regioner forteller at det i løpet av de siste to årene er knyttet fast kontakt med kommunene i slike saker, men det hender fortsatt at noen kommuner ikke blir kontaktet. Andre regioner har ikke på nåværende tidspunkt et system eller praksis for å formidle slik funn og anbefalinger til den respektive kommune, og dette ser vi på som svært uheldig. Det er felles for all sikkerhetsteori at organisasjonen som har mulighet til å handle, i dette tilfelle kommunene, må få muligheten til å lære av dem som har gjort analyser og kommet med anbefalinger, i dette tilfellet UAG.

Det nevnes i HRO-teorien at man må ha høyt fokus på øving og trening for å unngå de mest alvorlige feilene. I og med at Statens vegvesen i liten grad har kontroll med brukerne og deres atferd i vegsystemet, befinner vi oss i en litt annen situasjon enn den type organisasjoner teorien hovedsakelig retter seg mot. Statens vegvesen kan legge til rette for at brukere gjør riktige valg, men øvelser og trening blir mest brukt i beredskapssammenheng, der man øver på store ulykker i tunell og lignende. Statens vegvesen gjennomfører likevel mange oppgaver som tar sikte på å unngå ulykker. Etaten gjennomfører risikoanalyser, trafikksikkerhetsrevisjoner av planlagt veg og inspeksjoner av eksisterende veg. Her gjøres et stort arbeid med å påpeke feil og endre disse, helst i en så tidlig planfase som mulig, ved å forestille seg fiktive hendelser som kan føre til alvorlige ulykker.

Når vi ser funnene i vår undersøkelse i lys av Karl Weick sin teori om “collective mindfulness”³⁰ kan vi anta at Statens vegvesen som organisasjon har fokus på feil, men at feil ikke alltid gir mulighet til forbedringer, noe som kan føre til at vi ikke får stor nok grad av organisatorisk læring. Som enkelte av de spurte legger vekt på må UAG mer på banen og i større grad promotere sitt arbeid og sine funn. Vi kan antagelig ikke forvente at en enkelt årsrapport alene fører til store endringer i hvordan den enkelte ansatte arbeider til daglig. Flere av intervjuobjektene trekker frem at den regionale årsrapporten fra UAG må bli lettere å forstå for de som ikke kjenner fagspråk og metodene i sikkerhetsstyring og risikoanalyse. Et viktig poeng som noen fremhever, er at UAG gjerne kan ha et tillegg til årsrapporten som henvender seg mer målrettet til de enkelte fagmiljøer. Det trekkes også frem at enkelte regioner har hatt suksess med å arrangere temadager for et målrettet publikum, som for eksempel planleggere, drift- og vedlikeholdspersonell og så videre. I noen regioner har også budskapet fra UAG blitt formidlet gjennom nyhetsbrev via intranettet, eller via skriv eller plakater som henvender seg mer målrettet. Samtidig er det like viktig at tiltak som anbefales av UAG blir mer utdypende med illustrasjoner og forklaringer av de vurderingene som er gjort og hvorfor tiltak er foreslått, slik at lederne kan oppnå en bedre forståelse av forslagene fra UAG og generelt mer pedagogisk oppbygning av UAG-rapportene.³¹

³⁰ Weick, K, Obstfeld, D. (1999)

³¹ Stormo (2011)

Siden 2008 har det vært forbedring gjennom at alle ulykker lagres i en database nasjonalt, noe som gir et godt utgangspunkt for statistisk forskning, men detaljer i de enkelte ulykker må fortsatt finnes i de enkelte rapporter. Det har også vært forbedringer i oppbygningen av den ferdige malen som brukes til å skrive UAG-rapporten, samt at lege er fast tilknyttet UAG. Det ser derimot ikke ut som det har vært store forandringer i måten tiltakene UAG anbefaler blir fulgt opp på. Enkelte regioner har selv tatt initiativ til å kontakte kommunene, og noen har som tidligere omtalt tatt andre medier i bruk for å spre kunnskap målrettet mot spesifikke fagmiljøer. Vi er blitt opplyst om at Vegdirektoratet for tiden arbeider med nye retningslinjer og instruksjoner for UAG og mulig også måten tiltakene følges opp på. Dette har antakelig sammenheng med den tidligere omtalte EU direktiv og vegsikkerhetsforskriften som trer i kraft i desember 2011.

Svarene fra våre intervjuobjekter tyder på at mange detaljer blir borte på veien fra den enkelte UAG-rapporten til den regionale årsrapporten, og kanskje i enda større grad i den nasjonale årsrapporten. Begge disse årsrapportene er viktige for at Statens vegvesen skal lære av ulykkene, men rapportene er litt for overordnede og med fokus på statistikk og trender. Det enkelte fagmiljø i etaten vil trenge mer målrettet informasjon enn de får gjennom rapportene, for eksempel gjennom temadager. Mange av de spurte er positive til vårt forslag om en sensurert versjon av de enkelte UAG-rapportene, men det påpekes av flere av de spurte at det øker sannsynligheten for at informasjon havner i "gale" hender. Hvis opplysninger blir brukt til å føre sak mot Statens vegvesen kan det føre til at UAG blir mindre kritiske overfor egen organisasjon.

Som nevnt tidligere er Statens vegvesen på enkelte områder veldig styrt av håndbøker og vegnormaler. Som Karl Weick påpeker kan rutiner være en trussel mot sikkerheten, og bør derfor stadig utfordres. Skepsis vil kunne øke påliteligheten. Enkelte av våre intervjuobjekter mener at Vegdirektoratet må kunne endre håndbøker og vegnormaler når funn fra UAG tilsier det. Det ble gitt eksempel på at Vegdirektoratet brukte alt for lang tid før rekkverkshåndboken ble endret, til tross for at mange ulykker tidlig i UAG sin historie pekte på at håndboken måtte endres. Dette medførte at det i flere år ble bygget nye rekkverk som UAG hadde påpekt var rene dødsfeller. Håndboken er i dag endret. Et intervjuobjekt mener at Vegdirektoratet ikke er villige til å lære av en ulykke, og føler at det skal 100 ulykker av samme art til før noe skjer fra sentralt hold. Det kan virke som om Statens vegvesen ikke er flinke nok til å utfordre rutiner, slik Karl Weick anbefaler.

Flesteparten av våre intervjuobjekter var positive til å etablere en koordinatorfunksjon som har ansvar for å følge opp tiltak som UAG foreslår. En koordinatorrolle vil

antakelig som Rossnes³² sier sikre større grad av organisatorisk redundans. Dersom en fylkesleder som er god på oppfølging av tiltak slutter i jobben sin i dag, eller rett og slett glemmer et av tiltakene, finnes det ikke redundans. En koordinatorrolle vil på en måte bli en redundans til fylkesledernes egen oppfølging, samt at organisasjonen og dens ledelse får et mer helhetlig overblikk for å kunne løse både akutte og langsiktete problemer. Koordinatorrollen blir en slags ombudsmann for de anbefalte tiltak som UAG kommer med, den sikrer at informasjonsflyten fungerer og hjelper til å sortere informasjon slik at den sendes ut mer målrettet. En viktig del av koordinatorrollen blir også å sørge for at ingen tiltak blir glemt eller avskrevet på feil grunnlag. Like viktig blir det å sørge for at UAG får tilbakemelding fra fagmiljøer og beslutningstakere, slik at UAG kan få tilbakeført evalueringer av de tiltak som er gjennomført.

Uten tilbakemelding og med manglende oppfølging av anbefalte tiltak kan man risikere at enkelte UAG-medlemmer kan komme i en tilstand som kalles "lært hjelpeløshet", som omtales i motivasjonspsykologien³³. Hvis personer over lengre tid føler at de ikke lykkes med sine oppgaver, vil de på sikt prøve å unngå disse løsninger eller forslag. Dette kan føre til at de kun anbefaler tiltak som de vet har stor sannsynlighet for å bli utført. Man kan da få tendenser til at tiltak som er kostbare eller er vanskelige å gjennomføre blir utelatt. Flere av våre intervjuobjekter gir uttrykk for at det kan virke litt meningsløst å foreslå tiltak som de vet ikke vil bli gjennomført, i hvert fall ikke før det har skjedd urimelig mange ulykker av samme art.

UAG ønsker ikke og har per i dag ikke mandat til å inneha en koordinatorrolle. Det er felles konsensus i mange teorier innen sikkerhetsstyring om at man skal belønne de som melder fra om feil, men det er likevel flere tilfeller fra det virkelige liv som viser at mange straffes for å melde fra om feil i egen organisasjon. Det er på så måte fullt forståelig at UAG ikke ønsker en oppfølgingsrolle, fordi de antakelig i større grad må stå til ansvar for kritikken de retter mot egen organisasjon.

Som vi har nevnt tidligere i oppgaven har HRO, i motsetning til Normal accident teorien, tro på sikkerhet kan styres, blant annet gjennom læring. De fleste av informantene som er blitt intervjuet i denne oppgaven tegner et bilde av en typisk enkelkretslæring³⁴ i etaten; det er fokus på rapportering og til dels oppdatering av rutiner og prosedyrer, enkelte foreslåtte tiltak gjennomføres, andre ikke. Læringen skjer innenfor de grunnleggende normer og verdier i organisasjonen. For å kunne oppnå en dobbeltkretslæring må tiltak, råd og forslag i UAG rapportene følges opp og føre til en forandring hos medlemmene og i organisasjonen som helhet, og føre til forandring i gjeldende praksis som et resultat av ny læring. Statens vegvesen er flinke

³² Rosness (2001)

³³ Martin (2007)

³⁴ Argyris (1982)

til å skrive rapporter, håndbøker og lignende, og et raskt søk på intranett viser at det per dags dato er over 100 håndbøker i etaten. Det skrives rapporter etter hendelser, gjerne flere per hendelse, men så lenge rapportene ikke fører til noen større endring, og forandring i verdi og normgrunnlaget i etaten, gir rapporteringen kun læring i en enkelkrets. Det trengs også forankring i ledelsen for at dobbelkrets kan skje til sitt fulle, så lenge dette ikke skjer er det kun enkelkretslæring som foreligger.

Noe av årsaken til at etaten ikke oppnår full læringseffekt av rapporteringen er fordi det finnes barrierer for læringen. Arbeidet rundt UAG er noe dårlig kommunisert i etaten, og til tross for at det ligger enormt mye arbeid bak rapportene, er det få som kjenner til arbeidet, og enda færre som får lese rapportene. Informasjonen flyter dårlig, ifølge noen av intervjuobjektene kan dette ha sammenheng med at styringsgruppa og ledelsen for sent tar tak i tiltakene, og resultatet blir at det derfor ikke blir gjennomført særlig mange tiltak utenom de helt lokale. Hadde informasjonsflyten vært bedre, flere fikk tilgang til informasjon om forslagene i UAG, ville muligens flere kunne vært med på å gjennomføre tiltakene, eller i det minste øke fokuset på dem. Det er spesielt en av Peter Senge³⁵ sine barrierer mot læring som gjør seg gjeldene i forbindelse med UAG rapporteringen; organisasjonen lærer ikke av erfaringer. UAG-arbeidet er erfaringsarbeid, og det at Statens vegvesen ikke klarer å få nok fokus og følge opp flere tiltak, viser at man ikke er gode nok til å lære av erfaringer. I tillegg kan man si at organisasjonen reflekterer for dårlig, og at mye av kunnskapen derfor ikke utnyttes til det fulle, som det ville vært gjort hvis en dobbelkrets læring var tilstede.

Brevik³⁶ har blant annet definert læring som at det må foreligge en atferdsendring for at læring skal oppnås. Det er noe læring av UAG-arbeidet, for enkelte tiltak blir fulgt opp og fører til bedre trafiksikkerhet. Derav er det noe atferdsendring i etaten og man kan si at læring har funnet sted. Ser man på Njå og Braut sin definisjon av læring vil man kanskje si at enda mer læring er oppnådd i etaten, for det oppnås en dypere forståelse for mange av ulykkene UAG arbeider med, og mye av kunnskapen gir oss bedre forståelse av praksisen som allerede eksisterer. Ifølge Njå og Braut³⁷ trenger ikke kunnskapen å føre til endring i praksis, man kan likevel ha oppnådd læring.

³⁵ Senge (1990)

³⁶ Nordhaug (1990)

³⁷ Braut og Njå (2010)

6. Konklusjon og avslutning

Arbeidet med prosjektoppgaven har gitt oss økt innsikt i UAG-arbeidet og i hva som skal til for å få organisatorisk læring. Organisatorisk læring er mye omtalt i litteratur fra mange fagmiljøer, og det ble brukt mye tid på å lese relevant teori. Ved at vi valgte en kvalitativ metode kom vi i dybden av hvordan arbeidet med ulykkesanalyser i Statens vegvesen er organisert og hvordan etaten lærer av UAG-arbeidet. Vi har forsøkt å drøfte de anvendte teoriene i lys av svarene fra intervjuobjektene våre. Gjennom vår drøfting føler vi at vi har belyst våre hypoteser, og for å besvare vår problemstilling vil vi framheve tre tiltak som kan bidra til forbedret læring av dybdeanalyser av dødsulykker i Statens vegvesen.

1. UAG må mer på banen for å promotere funn som er gjort og formidle dette direkte mot de respektive fagmiljøene. Det bør utarbeides temadager i tillegg til temarapporter som er mer lettfattelige enn årsrapporten. Slik får man spesifikk og tiltaksorientert informasjon direkte til utøvende faggruppe. Vi mener da at kunnskapspotensialet blir direkte og kanskje raskere utnyttet til proaktivt arbeid.
2. Det bør etableres en koordinatorfunksjon i regionene for å sikre oppfølging av langsiktige og kortsiktige tiltak. Koordinatoren skal påse bedre informasjonsflyt av UAG-arbeidet ut til det enkelte organisasjonsmedlem og gi tilhørende tilbakemelding til UAG. Slik etableres redundans og mindre sårbarhet for at tiltak ikke blir gjennomført.
3. Det bør etableres et informasjonssystem for å møte manglende kunnskapsdeling med kommuner og andre eksterne etater. Kommunen som vegeiere, og andre organisasjoner som bygger, drifter, vedlikeholder og gjennomfører kontroller på vegnettet, bør få tilgang til å lære av eksisterende kunnskap.

Vi ser for oss at denne prosjektoppgaven kan være en begynnelse for etableringen av overnevnte tiltak og evalueringen av andre tiltak for læring og kunnskapsspredning av UAG-arbeidet. Prosjektgruppen er kjent med at Vegdirektoratet for tiden arbeider med nye retningslinjer og instruksjoner for UAG, og mulig også måten tiltakene følges opp på, og vi håper at våre anbefalinger og funn kan påvirke den prosessen Vegdirektoratet er inne i.

Samtlige av våre intervjuobjekter vil få tilsendt oppgaven. Gruppen vil også presentere prosjektoppgaven for kollegaer i Statens vegvesen, og får dermed formidlet våre erfaringer og forhåpentligvis bidra til økt læring av dybdeanalyser av dødsulykker i organisasjonen.

Litteraturliste

- Argyris, C. (1982). *Reasoning, learning and action*. Jossey-Bass Publ.
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K.H., Sandve, K.(2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Braut og Njå (2010). *Learning from accidents (incidents) – Theoretical perspectives on investigation reports as educational tools*. London: Taylor&Francis Group.
- Colman, A.(2006). *Oxford Dictionary of Psychology 2 ed.* Oxford University Press.
- Egidius, H.(2006). *Psykologisk leksikon 4. opplag*. Aschehoug.
- Etzoni (1982). I Jacobsen og Thorsvik (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer, innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grunnan, T., Olsen, S., Bjørnskau, T.(2008). Sikkerhetskultur i Statens vegvesen Region sør, *Rapport 942/2008*, Transportøkonomisk institutt
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Niel Martin G. et. al. *Psychology 3. ed.* Pearson Education Limited. 2007
- Meidell, A. (2005). *Håndbok i arbeid med samfunnssikkerhet, krise- og beredskapsplanlegging*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Nilsen, E.(2010). *Opportunities for learning and knowledge in practise*. Doktorgradsavhandling, BI.
- Nordhaug, O. (1990). *Læring i organisasjoner*. Otta: Tano.
- NRK Brennpunkt, "Råest bak rattet", 17.10.2011
- Perrow, C. (1999). *Normal accidents; living with high-risk technologies*. New Jersey: Princeton University Press.
- Reason., J. (1997). *Managing the Risks of Ogranizational Accidents*. Kap. 1 – Hazards, Defences and Losses, s. 1-20. Ashgate Publishing Limited: Aldershot, England.
- Repstad, Pål (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Rosness, R. (2001). Slank og sårbar? Om verdien av organisatorisk redundans, *Rapport STF38 A01413*, SINTEF Teknologiledelse
- Sakshaug, K., Flø, M., Lerheim, I., Moe, D., Størseth, F., Tinmannsvik, R.K. (2008). Evaluering av arbeidet med ulykkesanalysegrupper i Statens vegvesen, *Rapport STF50 A3822*, SINTEF Teknologi og samfunn

Senge, P.(1990). *Den femte disiplin*. Oslo: Hjemmets forlag.

Statens vegvesen (2004). Ulykkesanalysegrupper i Statens vegvesen, forslag til organisering og arbeidsopplegg

Stormo, S. (2001). *Gransking – Læring i organisasjoner eller pulverisering av skyld?* Masteroppgave i Samfunnssikkerhet, UIS

Thagaard, T. (1998). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen. Fagbokforlaget.

Turner, B. og Pidgeon, N. (1997). *Man-made Disasters*. Boston: Butterworth-Heinemann.

Weick, K., Obstfeld, D. (1999). *Organizing for high reliability processes of collective mindfulness*. Research in organizational behaviour v. 21.

Vedlegg 1: Intervjuguide

1. Hva syns du om organiseringen av UAG-arbeidet, slik det er i dag? Får UAG-arbeidet nok oppmerksomhet i Statens vegvesen? Har UAG-arbeidet oppmerksomhet utenfor SVV/hos eksterne aktører (kommune, Politi etc.)?
2. Er UAG-rapportene et læringsverktøy for SVV? Hva tenker du kan gi et bedre læringsutbytte av UAG-rapportene? Burde SVV bruke disse rapportene på en annen måte enn det som blir gjort i dag? Hvis ja, på hvilken måte og hvordan går man frem for å endre dette?
3. I 2008 kom TØI og SINTEF med rapporter som kritiserer oppfølging og organisering av UAG-arbeidet, kjenner du til disse rapportene? Har de evt. hatt betydning for endring av UAG-arbeidet? Har det blitt "bedre" oppfølging og organisering?
4. Hvem er det som bør følge opp tiltakene som foreslås i UAG rapportene (lokalt, regionalt eller sentralt), og hvorfor akkurat dem? Og hvordan sikrer vi at tiltakene blir fulgt opp best mulig?
5. UAG analyserer alle dødsulykker på et "mikronivå", med mange detaljer og sensitiv informasjon, mens årsrapportene er veldig generelle og gir begrenset læringsutbytte. Hva er dine tanker om å lage en sensurert versjon av rapportene for enkeltulykker, som flere personer vil ha tilgang til og kan dra lærdom av?
6. Trengs det en koordineringsrolle i UAG-arbeidet som kan bidra til at oppfølgingen av anbefalte tiltak og sikring av informasjon blir utført? Hvem kan evt. ha en slik rolle/hvordan løse det organisatorisk?
7. Er det noe du ønsker å legge til eller utdype til slutt?