



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av
myndighetenes arbeid med Alexander L.
Kielland-ulykken

Dokument 3:6 (2020–2021)



Forside:

Fotografi av Alexander L. Kielland-plattformen etter at den var snudd. Foto: Sven Tønnessen/Norsk Oljemuseum

ISBN-978-82-8229-501-7

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:6 (2020–2021) Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken.

Dokumentet har følgende inndeling:

- Konklusjoner, Utdyping av konklusjoner, Anbefalinger, Statsrådets svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar
- Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og sosialdepartementet
- Vedlegg 2: Statsrådets svar
- Vedlegg 3: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet
- Vedlegg 4: Statsrådets svar
- Vedlegg 5: Riksrevisjonens brev til statsråden i Justis- og beredskapsdepartementet
- Vedlegg 6: Statsrådets svar
- Vedlegg 7: Riksrevisjonens brev til statsråden i Nærings- og fiskeridepartementet
- Vedlegg 8: Statsrådets svar
- Vedlegg 9: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger (publiseres som eget dokument)

Riksrevisjonen benytter følgende begreper for kritikk, med denne rangeringen etter høyest alvorlighetsgrad:

1. **Svært alvorlig** brukes ved forhold der konsekvensene for samfunnet eller berørte borgere er svært alvorlige, for eksempel risiko for liv eller helse.
2. **Alvorlig** benyttes ved forhold som kan ha betydelige konsekvenser for samfunnet eller berørte borgere, eller der summen av feil og mangler er så stor at dette må anses som alvorlig i seg selv.
3. **Sterkt kritikkverdig** angir forhold som har mindre alvorlige konsekvenser, men gjelder saker med prinsipiell eller stor betydning.
4. **Kritikkverdig** brukes for å karakterisere mangelfull forvaltning der konsekvensene ikke nødvendigvis er alvorlige. Dette kan gjelde feil og mangler som har økonomiske konsekvenser, overtredelse av regelverk eller saker som er tatt opp tidligere og som fortsatt ikke er rettet opp.

Riksrevisjonen, 9. mars 2021

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

1	Konklusjoner	5
2	Utdyping av konklusjoner	5
2.1	Det er ikke grunnlag for å gjennomføre en ny gransking av Alexander L. Kielland-ulykken	5
2.2	Myndighetene gjorde en grundig jobb med å klargjøre årsakene til ulykken, men enkelte svakheter kan ha bidratt til å svekke tilliten til granskingen.....	6
2.3	Ansvarsforholdene rundt ulykken ble ikke fullstendig kartlagt	10
2.4	Myndighetene har fulgt opp anbefalingene fra granskingen.....	11
2.5	De etterlatte fikk ikke oppfølging, og oppfølgingen de overlevende fikk, var ikke god nok	12
3	Riksrevisjonens anbefalinger	14
4	Statsrådets svar	14
5	Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar.....	15
	Vedlegg	16

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og sosialdepartementet

Vedlegg 2: Statsrådets svar

Vedlegg 3: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 4: Statsrådets svar

Vedlegg 5: Riksrevisjonens brev til statsråden i Justis- og beredskapsdepartementet

Vedlegg 6: Statsrådets svar

Vedlegg 7: Riksrevisjonens brev til statsråden i Nærings- og fiskeridepartementet

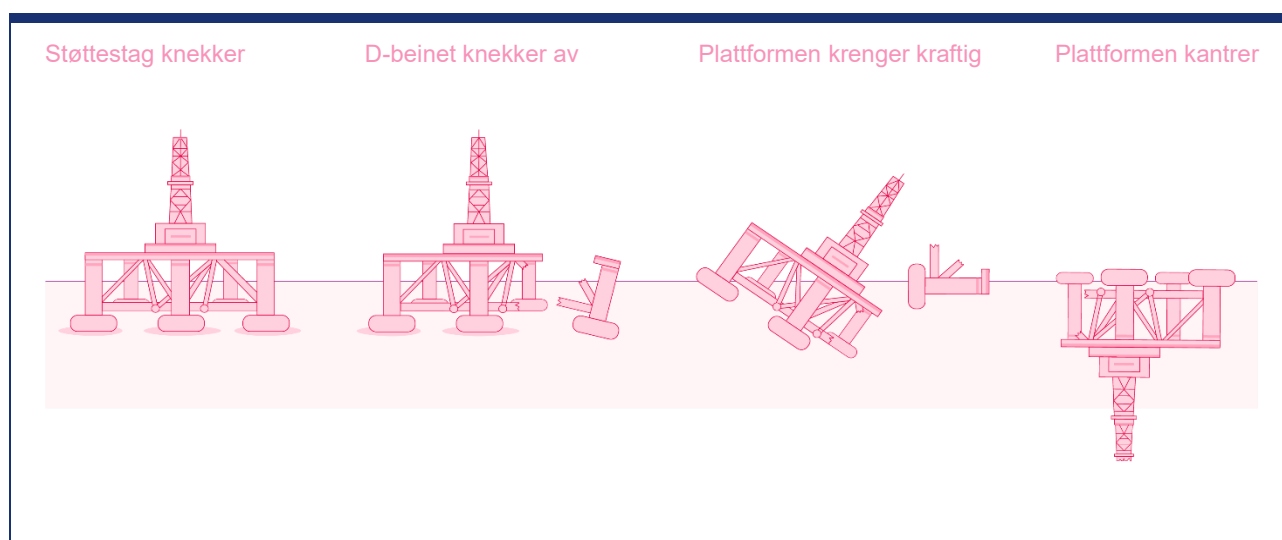
Vedlegg 8: Statsrådets svar

Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Alexander L. Kielland var en flyttbar boreplattform som ble brukt som boligplattform på Ekofiskfeltet i Nordsjøen. 27. mars 1980 ble ett av plattformens fem bein revet av i høy sjø, og plattformen kantret i løpet av 20 minutter. Hendelsesforløpet er illustrert i figur 1. Av 212 personer om bord omkom 123. Ulykken regnes som den største industriulykken som har skjedd i Norge. Regjeringen satte ned en granskingskommisjon dagen etter ulykken. Politiet etterforsket også ulykken, og granskingskommisjonen og politiet samarbeidet om å innhente informasjon. Kommisjonens rapport ble offentliggjort i mars 1981 (NOU 1981: 11).

Figur 1 Illustrasjon av hendelsesforløpet



Kilde: Riksrevisjonen basert på NOU (1981: 11) *Alexander L. Kielland-ulykken*

Kommisjonen konkluderte med at ulykken skyldtes et utmattingsbrudd i et støttestag til et av plattformens bein. Utmattingsbruddet var forårsaket av en feil under planleggingen og byggingen av plattformen, ifølge kommisjonen. For å finne flere omkomne og for å få mer informasjon om årsakene til ulykken ble plattformen snudd i 1983. Da gjennomførte kommisjonen nye undersøkelser og ga en tilleggsuttalelse. Senere samme år ble plattformen senket i Nedstrandsfjorden.

Kielland-nettverket, som representerer mange av de overlevende og etterlatte, har arbeidet for å få en ny gransking av ulykken. I april 2019 møtte representanter fra nettverket kontroll- og konstitusjonskomiteen for å drøfte muligheten for en ny gransking. Komiteen uttalte at «[d]et er nedlagt et betydelig arbeid i å undersøke årsaker til hendelsen, men det hevdes at det fortsatt er enkeltmomenter i sakskomplekset som det kan reises spørsmål ved». Etter grundige vurderinger kom komiteen fram til at den ikke ville anbefale at det nedsettes en stortingsoppnevnt granskingskommisjon med hjemmel i Stortingets forretningsorden. På bakgrunn av dette fremmet komiteen forslag om at Stortinget i plenum skulle pålegge Riksrevisjonen å undersøke saken. Stortinget har derfor – 19. juni 2019 i vedtak 634, jf. Innst. 411 S (2018–2019) – bedt Riksrevisjonen om å undersøke hvordan myndighetene har ivaretatt sitt ansvar i forbindelse med ulykken med Alexander L. Kielland-plattformen 27. mars 1980, når det gjelder:

- gransking og klargjøring av årsakene til at Alexander L. Kielland-ulykken inntraff, og om granskingen har kartlagt ansvarsforholdene rundt ulykken tilstrekkelig.
- oppfølging av anbefalinger fra granskingsarbeidet, herunder implementering av tiltak for å forebygge og forhindre nye ulykker.
- oppfølging av de etterlatte og overlevende.

Undersøkelsen har blant annet tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- prinsippet om at petroleumsvirksomheten skal drives på en forsvarlig måte, og at myndighetene har adgang til å føre tilsyn med dette, jf. Innst. S. nr. 90 (1965–66), Ot.prp. nr. 72 (1982–83) *Lov om petroleumsvirksomhet* og petroleumsloven
- Arbeidsmiljøloven, som med noen unntak ble gjort gjeldende for petroleumsvirksomheten på norsk sokkel fra 1977, jf. Innst. O. nr. 10 (1976–77)
- Sjøloven av 1893 og forskrifter om undersøkelseskommisjoner
- St.meld. nr. 67 (1981–82) *Ulykken med plattformen «Alexander L. Kielland»*, jf. Innst. S. nr. 157 (1983–84)

Rapporten ble forelagt Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet ved brev 16. november 2020. Departementene har i brev i perioden 27. november til 15. desember 2020 gitt noen få kommentarer som er innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, oversendingsbrevet fra riksrevisorkollegiet til Arbeids- og sosialdepartementet, Helse, og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet 23. januar 2021 og svarene fra statsrådene i perioden 3. februar til 6. februar 2021 følger som vedlegg.

1 Konklusjoner

- Det er ikke grunnlag for å gjennomføre en ny gransking av Alexander L. Kielland-ulykken.
- Myndighetene gjorde en grundig jobb med å klargjøre årsakene til ulykken, men enkelte svakheter kan ha bidratt til å svekke tilliten til granskingen.
- Ansvarsforholdene rundt ulykken ble ikke fullstendig kartlagt.
- Myndighetene har fulgt opp anbefalingene fra granskingen.
- De etterlatte fikk ikke oppfølging, og oppfølgingen av de overlevende var ikke god nok.

2 Utdyping av konklusjoner

2.1 Det er ikke grunnlag for å gjennomføre en ny gransking av Alexander L. Kielland-ulykken

Alexander L. Kielland-ulykken var en tragisk ulykke som mange fortsatt er sterkt berørt av. Undersøkelsen viser at 82 prosent av de overlevende og 64 prosent av de etterlatte har liten eller ingen tillit til granskingen. Riksrevisjonen har stor forståelse for at det er viktig å få svar på spørsmålene som er stilt etter ulykken. Etter en samlet vurdering mener vi likevel at det ikke er grunnlag for å gjennomføre en ny gransking. Selv om vi har funnet noen svakheter i granskingen, er ikke disse betydelige nok til å trekke granskingskommisjonens hovedkonklusjon om årsaken til ulykken i tvil.

Riksrevisjonen vurderer at det er lite sannsynlig at en ny gransking vil kunne frambringe vesentlig ny informasjon om årsakene til ulykken. Undersøkelsen viser at store deler av det tekniske bevismaterialet er borte. Selv om det i dag er mulig å gjøre nye analyser og simuleringer av årsaksforholdene, vil dette kreve detaljert informasjon, blant annet om bruk av plattformen og om utmattingssprekken i staget som knakk. Det vil være vanskelig å få mer pålitelig informasjon om dette i dag enn det kommisjonen hadde i 1980. Resultatene av nye analyser vil derfor være usikre.

Det er en svakhet at granskingen ikke kartla ansvaret til de private selskapene tilstrekkelig. Det vil imidlertid være vanskelig i dag å finne pålitelig og presis informasjon om hvordan selskapene i praksis ivaretok ansvaret for sikker drift. Det er over 40 år siden ulykken, og det vil derfor være stor usikkerhet rundt ny informasjon fra vitner. I tillegg mangler det sentrale dokumenter, og det er usikkert om alle arkivene er komplette.

2.2 Myndighetene gjorde en grundig jobb med å klargjøre årsakene til ulykken, men enkelte svakheter kan ha bidratt til å svekke tilliten til granskingen

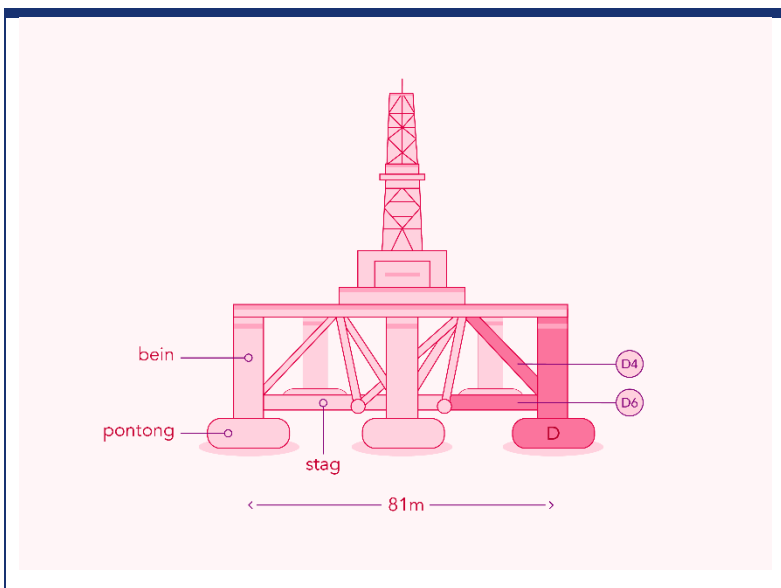
2.2.1 Kommisjonen oppfylte kompetansekravene

Justisdepartementet hadde det overordnede ansvaret for granskingen og nedsatte en granskingskommisjon med hjemmel i sjøloven av 1893. Etter loven skulle granskingskommisjoner ha nødvendig teknisk, nautisk og juridisk kompetanse, og undersøkelsen viser at kommisjonen oppfylte disse kompetansekravene. Kommisjonen hadde medlemmer med granskingserfaring og fra både næringslivet og fagbevegelsen. I tillegg benyttet kommisjonen eksterne fagmiljøer til å utføre tekniske undersøkelser.

2.2.2 Kommisjonen gjorde grundige tekniske undersøkelser, og det er bred enighet om at ulykken skyldtes utmattingsbrudd i et støttestag

Konstruktøren, verftet, og operatøren av plattformen hadde ulike interesser i å plassere ansvaret for ulykken, men det var likevel bred enighet om kommisjonens konklusjon om at bruddet skyldtes utmatting. Etter vår vurdering underbygger denne enigheten, sett sammen med de grundige tekniske undersøkelsene som kommisjonen gjorde, kommisjonens konklusjon om den utløsende årsaken til ulykken.

Figur 2 Illustrasjon av Pentagone-plattform med bein og stag



Kilde: Riksrevisjonen basert på NOU (1981: 11) *Alexander L. Kielland-ulykken*.

Kommisjonen konkluderte altså med at den utløsende årsaken til ulykken var et utmattingsbrudd i et av støttestagene på plattformen, nærmere bestemt D6-staget (se figur 2). Det hadde oppstått en utmattingssprekk der en holder for posisjoneringsutstyr (hydrofon) var festet til staget, og sprekken utviklet seg til brudd. Undersøkelsen viser at kommisjonen fikk utført flere grundige tekniske undersøkelser for å klargjøre årsakene til bruddet.

Kommisjonen fikk bred støtte for sin konklusjon om den utløsende årsaken til ulykken, fra både konstruktøren av plattformen (Forex Neptune), det franske verftet som bygget plattformen (CFEM), og Phillips Petroleum som leide plattformen. I forbindelse med erstatningssøksmålet mot konstruktøren og verftet oppnevnte den franske handelsretten et sakkyndig utvalg som blant annet fikk i oppdrag å gjøre en kritisk gjennomgang av den norske kommisjonens arbeid. Også det franske sakkyndige utvalget var enig i

den norske kommisjonens konklusjon om at bruddet i D6-staget skyldtes utmatting. De omtalte de tekniske undersøkelsene som kommisjonen hadde fått utført, som grundige og gode.

2.2.3 Kommisjonens forklaring på hvordan utmattingssprekken oppsto, ble grundig undersøkt og dokumentert

De franske sakkyndige og den norske kommisjonen var enige om at bruddet i D6-staget skyldtes utmatting, men de var uenige om hvordan utmattingssprekken hadde oppstått.

Den norske kommisjonen mente at utmattingssprekken oppsto som følge av feil som ble gjort under planleggingen og byggingen av plattformen. Kombinasjonen av dårlig utført sveis, bruk av dårlig stålmaterialer og feil innfestingsmetode av hydrofonholderen førte til at det oppsto utmattingssprekker i staget. Sprekker i sveiseforbindelsen mellom hydrofonholderen og staget utgjorde et svakt punkt hvor det oppsto utmattingssprekker som forplantet seg videre til staget. Disse sprekkene utviklet seg videre til brudd. Kommisjonen fant malingsrester i sprekkene i sveiseforbindelsen og konkluderte derfor med at sprekkene hadde oppstått under byggingen av plattformen.

Undersøkelsen viser at de franske sakkyndige vurderte kommisjonens underlagsmateriale og kom til andre konklusjoner. Selv om de franske sakkyndige var enige i at stålet og sveisen hadde svakheter, mente de at dette ikke kunne forklare hvordan utmattingssprekkene i staget hadde oppstått. De mente at det var mest sannsynlig at hydrofonholderen hadde vært utsatt for et sammenstøt, enten med havbunnen eller et annet fartøy, og at utmattingssprekkene hadde oppstått etter dette. Vår undersøkelse viser at det ikke er dokumentert at det hadde skjedd et slikt sammenstøt. Det ble heller ikke funnet skader på staget eller hydrofonholderen ved senere undersøkelser som kunne ha stammet fra et sammenstøt.

Etter vår vurdering gjorde kommisjonen svært grundige tekniske undersøkelser av hvordan utmattingssprekken i staget oppsto. Den norske kommisjonens forklaring er dessuten bedre undersøkt og dokumentert enn de franske sakkyndiges forklaring.

2.2.4 Kommisjonen la ikke vekt på å utelukke andre årsaksforklaringer

Etter ulykken har det særlig vært diskusjoner om ulykken kan ha blitt forårsaket av plattformens oppankring eller en eksplosjon. Etter vår vurdering var kommisjonens tekniske undersøkelser utilstrekkelige til å kunne utelukke disse årsaksforklaringene, men ingen av teoriene framstår i dag som sannsynlige forklaringer på den utløsende årsaken til ulykken. Enigheten om kommisjonens konklusjoner kunne imidlertid vært større dersom den hadde gått lenger i å undersøke og dokumentere andre mulige årsaksforklaringer.

Alexander L. Kielland ble konstruert og bygget som en boreplattform, men like etter at den ble overlevert til Stavanger Drilling, besluttet rederiet å gjøre den om til en boligplattform. Det ble derfor plassert midlertidige boligkvarter på plattformdekket. Bruken som boligplattform innebar at plattformen ble ankret opp med åtte ankere i stedet for ti. Dette oppankringsmønsteret var ikke i tråd med driftshåndboken. Plattformen var forbundet til en produksjonsplattform med en gangbro, og i dårlig vær ble Alexander L. Kielland forfalt bort fra produksjonsplattformen ved hjelp av ankervaierne.

Kommisjonen fikk utført analyser av hvor store belastninger ankersystemet kunne overføre til stagene. Analysene ble gjort på bakgrunn av værforholdene på ulykkesdagen og ekstreme tilfeller, men ikke de værforholdene som plattformen faktisk hadde operert i over tid. Kommisjonen konkluderte med at belastningene fra ankersystemet ikke var store nok til å forårsake verken sprekkveksten eller bruddet i D6-staget. Belastningene fra bølger var de klart viktigste.

Flere sentrale aktører var uenige med kommisjonen og hevdet at oppankringen med åtte ankere påførte konstruksjonen en større belastning enn om den hadde vært oppankret med ti. Både verftet og konstruktøren mente at belastningen medvirket til å utvikle utmattingssprekkene i D6-staget, og at den dermed framskyndet bruddet. De franske sakkyndige var derimot enige med kommisjonen i at belastninger fra ankersystemet ikke kunne ha forårsaket bruddet i D6, og at bølgebelastningene var de viktigste for sprekkveksten. De mente imidlertid at eventuelle feil i forhalingen av plattformen på ulykkeskvelden kunne ha medvirket til å framskynde ulykkestidspunktet.

Vår undersøkelse viser at verken kommisjonen, de franske sakkyndige eller de involverte selskapene framskaffet nøyaktig informasjon om hvor ofte plattformen ble forfalt i dens driftstid, og hvordan forhalingene ble utført. Det var heller ingen av dem som beregnet om påkjennningene fra ankervaierne var store nok til å

bryte av et stag som var svekket av en utmattingssprekk. Dette innebærer at ingen av partene kunne dokumentere hvordan oppankringen og forhalingen påvirket sprekkens utvikling og dermed tidspunktet for bruddet.

Undersøkelsen viser at kommisjonen hadde med seg en sprengningsekspert på den første befaringen av det avrevne D-beinet. Eksperten konkluderte med at det ikke fantes indikasjoner på en eksplosjon. Han gjennomførte imidlertid bare visuelle inspeksjoner av bruddflatene på stagene som var tilgjengelige. D4-staget (se figur 2), som noen mener var utsatt for en eksplosjon, lå under vann og ble derfor ikke inspisert. Undersøkelsen viser at kommisjonen sikret materialprøver fra plattformen som var viktige for å forklare hvorfor D6-staget knakk. Kommisjonen sikret imidlertid ikke materiale som kunne bekrefte eller avkrefte andre årsaksforklaringer. Den gjennomførte heller ikke tekniske analyser av D4-staget da dette kom til land.

Kommisjonen fant ikke andre indisier på en eksplosjon, for eksempel skader på dekket eller svidd maling. Heller ikke vitnebeskrivelser ga tydelige indikasjoner på at det hadde skjedd en eksplosjon. Basert på dette konkluderte kommisjonen med at det ikke hadde skjedd en eksplosjon. De franske sakkyndige støttet kommisjonens konklusjon.

Undersøkelsen viser at eksplosjonsteorien ble undersøkt nærmere etter at kommisjonen hadde avsluttet sitt arbeid, etter initiativ fra blant andre Kielland-fondets tekniske rådgivere. Det ble gjort tekniske undersøkelser av biter fra D4-staget, og funnene fra disse kunne være indisier på en eksplosjon, men de kunne også ha andre forklaringer. En rapport som ble bestilt av Statsadvokaten i Rogaland i 1987 slo fast at de tekniske indisiene ikke ga tilstrekkelige indikasjoner på at det hadde skjedd en slik eksplosjon. Verken verftet, konstruktøren eller de franske sakkyndige støttet eksplosjonsteorien. Etter vår vurdering framstår eksplosjonsteorien i dag som lite sannsynlig.

2.2.5 Myndighetene gjorde grundige undersøkelser av den raske kantringen, men det er usikkert om enkelte dører og luker var åpne eller lukket

Riksrevisjonen mener kommisjonen har gjort grundige undersøkelser av faktorer som påvirket plattformens stabilitet og av kantringen, både før og etter at plattformen ble snudd. Det var bred enighet om at en kantring var uunngåelig etter at D-beinet hadde falt av. Det er fortsatt usikkert om enkelte dører og luker var lukket på ulykkestidspunktet, og om værforholdene tilsa at de skulle være det. Dette har betydning først og fremst for årsaken til at plattformen kantret så raskt, og sannsynligheten for at flere kunne ha overlevd. Etter vår vurdering er dette spørsmål som det heller ikke i dag er mulig å få sikre svar på.

Undersøkelsen viser at kommisjonen fikk gjennomført analyser av plattformens stabilitet og av kantringsforløpet. På bakgrunn av disse analysene konkluderte kommisjonen med at stabiliteten til plattformen var god under normal drift.

På ulykkestidspunktet sto flere dører og luker åpne. Dette bidro til at vannet strømmet inn raskere enn om de hadde vært lukket. Det var flere som mente at kommisjonen hadde oversett eller tatt feil av hvilke dører og luker som sto åpne på ulykkestidspunktet. Undersøkelsen viser at kommisjonen undersøkte disse åpningene, også etter at plattformen var snudd. På grunn av ødeleggelser under havariet og snuforsøkene var det imidlertid umulig å fastslå sikkert hvilke som hadde stått åpne på ulykkestidspunktet. Usikkerheten gjaldt dører og luker som ifølge kommisjonen ikke var av vesentlig betydning for hvor fort plattformen ble fylt med vann.

Den raske kantringen gjorde at mange av de som var om bord, ikke rakk å ta på seg redningsutstyr og evakuere plattformen. Kommisjonen vurderte at dette var en del av forklaringen på at så mange omkom i ulykken. Det var enighet om at dersom alle vann- og værtette åpninger på plattformen hadde vært lukket, ville den ha holdt seg flytende vesentlig lenger. Det var imidlertid uenighet om værforholdene tilsa at flere åpninger skulle ha vært lukket. Alle partene var for øvrig enige om at dersom plattformen ikke hadde kantret så raskt, ville sannsynligvis flere ha overlevd ulykken.

2.2.6 Myndighetene involverte Det Norske Veritas, som var part i saken, i granskingen av ulykken

Riksrevisjonen mener at det var kritikkverdig at myndighetene involverte Det Norske Veritas i både granskingsarbeidet og snuoperasjonen, ettersom de var part i saken.

Habilitetsreglene i domstolloven gjaldt for granskingskommisjonen. En som er part i saken eller sitter i styret (eller er vara) til en institusjon som er part i saken, er inhabil. Det Norske Veritas og Sjøfartsdirektoratet

hadde hatt ansvar for sikkerhetskontrollen av plattformen. Arbeidet deres ble derfor undersøkt av kommisjonen, og de var dermed parter i saken.

Selv om kommisjonen ikke bestilte tekniske rapporter direkte fra Det Norske Veritas, bidro de med beregninger til enkelte av underlagsrapportene. Det Norske Veritas utarbeidet i tillegg flere egne rapporter som kommisjonen delvis la til grunn for sine konklusjoner. Senere engasjerte Handelsdepartementet Det Norske Veritas i forbindelse med arbeidet med å snu plattformen. I den sammenhengen gjorde Det Norske Veritas også vurderinger av ulykkesårsaken. På grunn av sin rolle som kontrollinstans i snuoperasjonen gjennomførte Det Norske Veritas fysiske inspeksjoner av plattformvraket. Etter at plattformen var snudd, var Det Norske Veritas om bord i plattformen i kraft av å være part i saken.

2.2.7 Granskingskommisjonens arbeid er utydelig framstilt i kommisjonens rapport

Etter Riksrevisjonens vurdering kan kommisjonens framstilling i granskingsrapporten ha bidratt til misforståelser om kommisjonens arbeid og konklusjoner.

Undersøkelsen viser at granskingskommisjonens rapport (NOU 1981: 11) mangler referanseliste og direkte kildereferanser i teksten. Den mangler også detaljer om avhør og tekniske undersøkelser. Dette gjør det vanskelig å forstå hvordan kommisjonen har brukt underlagsrapporter, skriftlig dokumentasjon og avhør når de har trukket sine konklusjoner.

Granskingskommisjonen ønsket å skrive en rapport som alle – også de uten teknisk fagkunnskap – kunne lese. Likevel brukte kommisjonen mange tekniske begreper uten å forklare dem. Det er derfor krevende for lesere uten tekniske forkunnskaper å forstå alle kommisjonens argumenter og konklusjoner.

Undersøkelsen viser at granskingskommisjonen blant annet ikke definerte sentrale begreper om ulykkesårsaker. Det er dermed vanskelig å forstå hvordan kommisjonen mente at ulike faktorer (brudd i D6-staget, forhaling, oppankring, stabilitet, kantring osv.) bidro til at plattformen mistet beinet og havarerte, og at 123 personer omkom. I tillegg er det uklart hvordan kommisjonen mente disse faktorene eventuelt samvirket.

I rapporten la kommisjonen vekt på å underbygge det den mente hadde skjedd. Det førte til at enkelte undersøkelser og vurderinger kommisjonen hadde gjort i forbindelse med andre mulige årsaker, ikke ble beskrevet. Rapporten gir derfor ikke innsikt i vurderingene som kommisjonen gjorde med tanke på å utelukke andre årsaker til ulykken.

2.2.8 De overlevende og etterlatte fikk ikke informasjon mens granskingen pågikk, men i ettertid har Justisdepartementet sikret åpenhet

Mangel på åpenhet overfor de overlevende og etterlatte i forbindelse med den første granskingen kan etter Riksrevisjonens oppfatning ha bidratt til å svekke tilliten til kommisjonens arbeid. Det er positivt at Justisdepartementet etter 1987 har sikret stor åpenhet om det skriftlige materialet etter granskingskommisjonen i samarbeid med Riksarkivet. Blant annet er kommisjonens arkiv digitalisert og fritt tilgjengelig for alle.

Kommisjonen hadde taushetsplikt og kunne unnta informasjon fra offentligheten mens granskingen pågikk. Undersøkelsen viser at kommisjonen ikke informerte offentligheten om arbeidet underveis i granskingen, utover at de omtalte enkelte fakta. De fleste underlagsrapportene ble også unntatt offentlighet mens granskingen pågikk. De overlevende og etterlatte fikk ingen informasjon om granskingen i 1980–81, verken fra kommisjonen eller myndighetene for øvrig. Partene i saken fikk imidlertid informasjon i løpet av granskingen, og de fikk anledning til å uttale seg om undersøkelsene som kommisjonen skulle gjennomføre. Under tilleggsgranskingen i 1983 ble Kielland-fondet, som representerte de overlevende og etterlatte, regnet som part i saken og ble tett involvert.

Justisdepartementet overleverte materialet etter granskingskommisjonen til Riksarkivet i 1987 og forutsatte at det skulle være fri innsynsrett. I 2019 ble arkivet digitalisert, og hele materialet er i dag fritt tilgjengelig for alle.

2.3 Ansvarsforholdene rundt ulykken ble ikke fullstendig kartlagt

2.3.1 Myndighetene utbedret ikke kjente svakheter i regelverket og kontrollsystemet før ulykken

Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at myndighetene var kjent med flere svakheter i regelverket og kontrollen med flyttbare innretninger før Alexander L. Kielland-ulykken skjedde, uten å gjennomføre tiltak.

Industridepartementet hadde det overordnede myndighetsansvaret for å kontrollere petroleumsvirksomheten fram til Olje- og energidepartementet ble opprettet 11. januar 1978. 1. januar 1979 ble myndighetsansvaret for sikkerhet og beredskap i petroleumsvirksomheten overført til Kommunal- og arbeidsdepartementet, der Oljedirektoratet var den ansvarlige etaten. Sjøfartsdirektoratet (en etat under Handelsdepartementet) hadde ansvar for å koordinere kontrollen av flyttbare innretninger.

Prinsippet om at petroleumsvirksomheten skal drives på en forsvarlig måte og i samsvar med gjeldende regelverk, ble etablert i 1960-årene. I 1970-årene hadde imidlertid både Sjøfartsdirektoratet og Oljedirektoratet utfordringer med å utvikle regelverket og å gjennomføre kontroller, blant annet på grunn av manglende kompetanse og kapasitet.

Arbeidsmiljøloven trådte i kraft på norsk sokkel i 1977. Undersøkelser viser at det var flere utfordringer med arbeidsforholdene på sokkelen da Alexander L. Kielland-ulykken skjedde. Vernearbeidet var lavt prioritert av selskapene, og det var mange ulykker og nesten-ulykker. Registreringen av disse var dårlig.

Mange av dem som var om bord på Alexander L. Kielland-plattformen, hadde ikke fått tilstrekkelig sikkerhetsopplæring. Dette skyldtes både at regelverket var uklart, at utdanningskapasiteten var dårlig, og at myndighetene ga dispensasjon fra kravene til sikkerhetsopplæring.

Undersøkelsen viser at myndighetene i tillegg var klar over en rekke andre svakheter i kontrollsystemet og i regelverket før ulykken:

- Sikkerhetsforskriftene var dårlig tilpasset flyttbare innretninger, blant annet når det gjaldt krav til stabilitet og konstruksjon.
- Det var forskjellige sikkerhetskrav for faste og flyttbare innretninger.
- Det var utydelig rolle- og ansvarsfordeling mellom
 - Sjøfartsdirektoratet og Oljedirektoratet
 - myndighetene og private aktører
 - reder og operatør av flyttbare innretninger
- Avtalen som Sjøfartsdirektoratet hadde med Det Norske Veritas om tilsynsoppgaver, var ikke tilpasset kontrollsystemet for flyttbare innretninger.

2.3.2 Myndighetene gjennomførte ikke en fullstendig kartlegging av ansvaret til Stavanger Drilling og Phillips Petroleum

Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at myndighetene ikke gjennomførte en fullstendig kartlegging av ansvaret til Stavanger Drilling og Phillips Petroleum etter ulykken. Kommisjonen la liten vekt på å vurdere hvordan rederen (Stavanger Drilling) og operatøren (Phillips Petroleum) ivaretok ansvaret sitt. Heller ikke departementene og direktoratene gjorde egne vurderinger av hvordan selskapene hadde ivaretatt ansvaret, selv om det bare var de som kunne ilegge de involverte selskapene sanksjoner for brudd på sikkerhetsregelverket.

Justisdepartementet ga granskingskommisjonen et mandat om å klargjøre årsakene til ulykken og å anbefale tiltak for å forhindre nye ulykker. Det framkom ikke av mandatet at kommisjonen skulle kartlegge ansvarsforholdene. Reglene for granskingskommisjoner under sjøloven stilte imidlertid krav til at kommisjonen skulle uttale seg om «forhold som kan tenkes å begrunne straffeansvar eller annet ansvar for rederen, skipsføreren, mannskapet eller andre». Det har ikke kommet fram dokumentasjon på at kommisjonen hadde en dialog med departementet om mandatet når det gjaldt å kartlegge ansvarsforholdene.

I Innst. S. nr. 166 (1976–77) understreket industrikomiteen operatørens ansvar for at sikkerhetsforskrifter for installasjoner på sokkelen blir fulgt. Regelverkets krav om egenkontroll ble fastsatt noen år før ulykken, men selskapenes arbeid med å innføre det var kommet kort. Undersøkelsen viser at kommisjonen ikke vurderte hvordan Stavanger Drilling og Phillips Petroleum hadde ivaretatt ansvaret for egenkontroll på Alexander L.

Kielland-plattformen. Kommisjonen skaffet generelt lite informasjon gjennom dokumenter og avhør om hvordan plattformen hadde vært driftet. Dokumenter fra Stavanger Drilling var særlig sentrale for å kunne vurdere driften av plattformen. Politiet beslagla ikke relevante dokumenter rett etter ulykken. Flere dekkedagbøker, som kunne gitt viktig informasjon om driften av plattformen, ble aldri funnet. Kommisjonen gikk dermed glipp av verdifull informasjon som var vanskelig å fremskaffe fra andre kilder. Rapporten fra granskingskommisjonen ga derfor ikke et fullstendig grunnlag for å vurdere ansvarsforholdene.

Undersøkelsen viser at vitner ble avhørt for sent, og at dokumenter ikke ble innhentet umiddelbart etter ulykken. Dette er vanskelig å unngå når det er nødvendig å sette ned en særskilt granskingskommisjon etter en ulykke. Det vil nødvendigvis ta litt tid å oppnevne kompetente og habile medlemmer. Det vil også ta tid for kommisjonen å samles og å lage en arbeidsplan for granskingen.

Departementene og direktoratene hadde hjemmel til å gi pålegg på sine myndighetsområder, stanse driften eller holde tilbake godkjenninger. Myndighetene var kjent med at det var brudd på flere av sikkerhetsforskriftene, men de gjorde ingen selvstendig vurdering av om de ansvarlige selskapene hadde oppfylt ansvaret sitt for sikker drift. Det kommer ikke fram av vår dokumentgjennomgang at myndighetene ila Stavanger Drilling og Phillips Petroleum sanksjoner.

Politiet gjennomførte en egen etterforskning, men baserte seg på kommisjonens vurderinger av årsakene til ulykken. Kommisjonen konkluderte med at ulykken skyldtes systemfeil og svakheter i kontrollen med planleggingen, byggingen og driften av plattformen. Sikkerhetsregelverket for petroleumsvirksomhet var utformet slik at bare enkeltpersoner, og ikke selskaper, kunne straffes med bøter eller fengsel for brudd på disse reglene. Politiet fant ikke grunnlag for å påtale enkeltpersoner for brudd på sikkerhetsforskriftene.

De fleste av dem som var om bord på plattformen, manglet grunnleggende sikkerhetsopplæring, og politiet etterforsket dette videre. Arbeidsmiljøloven stilte krav til forsvarlig opplæring og ga hjemmel til å straffe selskapene. Politiet skrev ut bøter til selskapene som hadde ansatte på plattformen, for brudd på lovens krav til opplæring. Det var imidlertid ingen av selskapene som vedtok bøtene, og bøtene til Phillips Petroleum og et annet selskap med ansatte om bord ble senere kraftig redusert. De fleste av selskapsbøtene ble til slutt henlagt.

2.3.3 Kommisjonen gjorde en grundig vurdering av myndighetenes og Det Norske Veritas' oppfølging

Etter Riksrevisjonens oppfatning gjorde kommisjonen en grundig vurdering av myndighetenes og Det Norske Veritas' oppfølging av plattformen gjennom planleggingen, byggingen og driften.

Undersøkelsen viser at alle tilsynene med Alexander L. Kielland-plattformen som var påkrevd, ble gjennomført. Det var imidlertid svakheter både i gjennomføringen av tilsynene og i regelverket. Dette førte til at sikkerhetsoppfølgingen på plattformen ikke var god nok, verken under planleggingen, byggingen eller driften. Kommisjonen vurderte at Sjøfartsdirektoratets saksbehandling ikke var god nok ved godkjenningen av plattformens stabilitet, oppankringssystem og besetning. Kommisjonen kritiserte også Det Norske Veritas' godkjenning av og tilsyn med plattformen under planleggingen, byggingen og driften. De franske sakkyndige var enige i kommisjonens vurderinger på dette området.

Det har vært diskusjoner om sprekkene i staget kunne ha vært oppdaget av Det Norske Veritas under det siste årlige tilsynet høsten 1979. Både kommisjonen og de franske sakkyndige var enige om at det var lite sannsynlig at sprekkene kunne ha vært oppdaget. Begrunnelsen var at dette ville kreve inspeksjonsmetoder som ikke var påkrevd i regelverket, og at området rundt hydrofonholderen ikke ble regnet som et risikoområde som skulle prioriteres ved inspeksjon.

2.4 Myndighetene har fulgt opp anbefalingene fra granskingen

2.4.1 Myndighetene gjorde en grundig jobb med å utrede tiltak

Myndighetene hadde et godt grunnlag for å sette i verk sikkerhetstiltak etter Alexander L. Kielland-ulykken. Undersøkelsen viser at både Kommunal- og arbeidsdepartementet og Sjøfartsdirektoratet umiddelbart etter ulykken satte i gang et arbeid for å vurdere tiltak for å bedre sikkerheten på flyttbare innretninger. Resultatene fra disse utredningene var i stor grad sammenfallende med kommisjonens anbefalinger, men de

utfylte hverandre på enkelte områder. Flertallet i kommunal- og miljøvernkomiteen sluttet seg i hovedsak til anbefalingene fra kommisjonen, jf. Innst. S. nr. 157 (1983–84).

2.4.2 Myndighetene iverksatte mange tiltak for å bedre sikkerheten

Etter Riksrevisjonens vurdering har myndighetene fulgt opp svakhetene som kom fram etter Alexander L. Kielland-ulykken, gjennom å utvikle regelverket og kontrollsystemet.

Undersøkelsen viser at kommisjonens hovedanbefalinger og anbefalingene fra myndighetenes utredningsarbeid ble fulgt opp, i hovedsak gjennom regelverksendringer. Det innebar blant annet at sikkerhetsforskriftene ble bedre tilpasset flyttbare innretninger. Myndighetene stilte også strengere krav til sikkerhetsopplæring og arbeidet for å øke utdanningskapasiteten. Vernearbeidet om bord på plattformer ble i tillegg styrket.

Myndighetene gjennomførte også flere tiltak for å styrke kontrollen med flyttbare innretninger. Sjøfartsdirektoratet opprettet i 1981 en egen enhet som fikk ansvar for offshoresaker, slik at de kunne følge opp flyttbare innretninger på en mer helhetlig måte. I 1982 inngikk Handelsdepartementet og Det Norske Veritas en ny avtale om kontroll av flyttbare innretninger. Denne avtalen tydeliggjorde roller og ansvar. Det tok flere år for myndighetene å bli enige om et nytt kontrollregime som klargjorde ansvarsfordelingen mellom myndighetene. Viktige avklaringer kom i forbindelse med petroleumsloven i 1985.

Undersøkelsen viser at utviklingen av dagens sikkerhetsregime på norsk sokkel har vært et langsiktig arbeid. I dagens regelverk er det overordnede myndighetsansvaret til Petroleumstilsynet blitt tydelig. Videre er ansvarsfordelingen mellom myndighetene, reder og operatør tydeliggjort i regelverket. Samarbeidet mellom myndighetene, næringslivet og fagforeningene er i tillegg styrket.

2.4.3 Det har vært en vesentlig bedring av sikkerheten på flyttbare innretninger

Selv om det har vært en vesentlig forbedring, skjer det fortsatt alvorlige hendelser på flyttbare innretninger. Derfor er det etter Riksrevisjonens oppfatning viktig at Sjøfartsdirektoratet og Petroleumstilsynet fortsatt følger tett opp sikkerheten på flyttbare innretninger.

Undersøkelsen viser at det siden 1980 har vært en vesentlig bedring i sikkerheten på flyttbare innretninger som brukes i petroleumsvirksomheten. Antall dødsfall og ulykker på sokkelen er redusert betydelig. Antall skader på flyttbare innretninger er imidlertid fortsatt høyere enn på faste innretninger, sammenlignet med antall arbeidstimer. Vilårene for verneombudene og tillitsvalgte er vesentlig bedret etter 1980, men Petroleumstilsynets tilsyn viser at samarbeidet med arbeidstakerne fortsatt ikke er godt nok i noen selskaper.

Fra år 2000 har Petroleumstilsynet gjort systematiske vurderinger av risikoen for ulykker på norsk sokkel. Sikkerhetsmyndigheten har dermed et godt grunnlag for å følge opp områder hvor det er risiko for at det kan skje ulykker. Risikoen for ulykker på flyttbare innretninger er redusert over tid. Det har ikke vært storulykker på norsk sokkel siden 2000, med unntak av helikopterulykker. Det har imidlertid vært flere alvorlige hendelser med konstruksjonssikkerhet og stabilitet.

2.5 De etterlatte fikk ikke oppfølging, og oppfølgingen de overlevende fikk, var ikke god nok

Sosialdepartementet hadde det overordnede ansvaret for helsetjenester i 1980. I dag er det Helse- og omsorgsdepartementet som har dette ansvaret. Offentlige myndigheters ansvar for å følge opp overlevende og etterlatte etter ulykker var svakt lovregulert i 1980. Norsk forskning innenfor krisepsykiatri var imidlertid i front på denne tiden, og fagfolk hadde derfor god kunnskap om hvilke behov overlevende og etterlatte har etter en katastrofe.

2.5.1 Myndighetene sørget ikke for oppfølging av de etterlatte

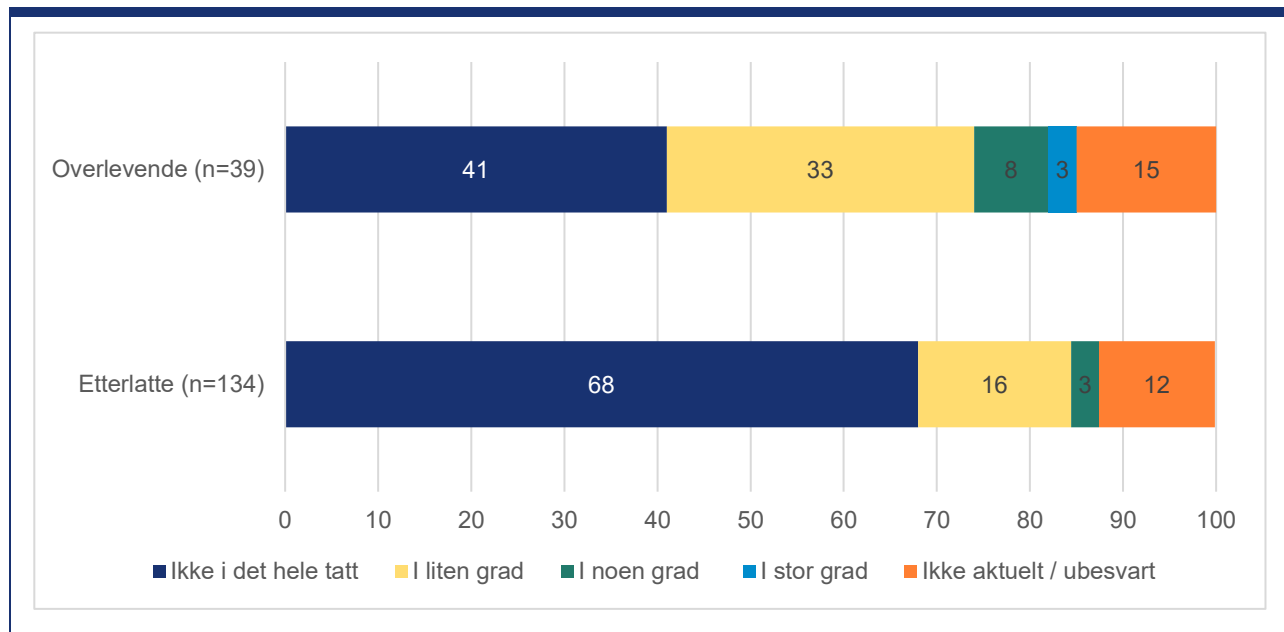
Riksrevisjonen mener det er alvorlig at Sosialdepartementet valgte å ikke sørge for oppfølging av de etterlatte etter Alexander L. Kielland-ulykken. Gjennom det medisinske fagmiljøet var departementet godt kjent med at de etterlatte hadde behov for oppfølging.

Undersøkelsen viser at de etterlatte fikk lite informasjon etter ulykken. Det var stor variasjon i hvordan dødsbudskapet ble overbrakt, og mange fikk dødsbudskapet gjennom media. Noen av de etterlatte etter

dem som ikke ble funnet, oppgir at de ikke fikk overbrakt noe dødsbudskap. I denne gruppen opplever hele 88 prosent at de ikke fikk den informasjonen de hadde behov for om omstendighetene rundt dødsfallet. Myndighetene ga ikke noe informasjon til de etterlatte, men støttet en periode Kielland-fondets informasjonsarbeid.

Undersøkelsen viser at det medisinske fagmiljøet allerede dagen etter ulykken påpekte at de etterlatte hadde behov for hjelp og oppfølging. Styringsgruppen som var opprettet for å følge opp de overlevende, forsøkte å få til et oppfølgingsopplegg for de etterlatte også. Sosialdepartementet prioriterte imidlertid ikke å bruke ressurser til dette, og prosjektet ble aldri gjennomført.

Figur 3 Helsemyndighetene har sørget for tilstrekkelig oppfølging av de som ble rammet av Alexander Kielland-ulykken (n=173) Prosent



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til overlevende og etterlatte. 49 overlevende og 195 etterlatte mottok spørreundersøkelsen. Av disse har 39 overlevende og 134 etterlatte svart.

I dag opplever en større andel av de etterlatte enn av de overlevende at helsemyndighetenes oppfølging den gang var utilstrekkelig. Figur 3 viser at 68 prosent av de etterlatte og 41 prosent av de overlevende opplever at helsemyndighetene *ikke i det hele tatt* sørget for tilstrekkelig oppfølging av dem som ble rammet av ulykken. Spørreundersøkelsen inneholdt også svaralternativet *i meget stor grad*. Ingen av de overlevende eller etterlatte svarte dette. Det er også en større andel av de etterlatte enn av de overlevende som opplever at myndighetenes håndtering av ulykken har hatt en negativ innvirkning på egen livskvalitet.

2.5.2 De overlevende ble fulgt opp, men flere opplever i dag at de ikke fikk den hjelpen de trengte

Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at Sosialdepartementet ikke sørget for en tilstrekkelig oppfølging av de overlevende etter Alexander L. Kielland-ulykken. Selv om de overlevende fikk et godt tilbud om hjelp sammenlignet med hva som var vanlig i 1980, opplever mange i dag at de ikke fikk den hjelpen de trengte. Oppfølgingen var sentralstyrt og Sosialdepartementet sørget ikke for å involvere og veilede det lokale hjelpeapparatet. Etter vår vurdering var det en uheldig sammenblanding av forskning på og oppfølging av de overlevende etter Alexander L. Kielland-ulykken. Resultatene av forskningen har imidlertid vært viktig for å utvikle dagens system for å følge opp rammede etter store ulykker.

54 av 89 overlevende hadde behov for medisinsk oppfølging og ble sendt til sykehus da de kom i land. De overlevende som ikke var fysisk skadet, ble sendt til hotell og reiste hjem dagen etter ulykken. Disse fikk dermed ingen psykiatrisk oppfølging i akutfasen for å bearbeide opplevelsen av ulykken. De som ble sendt til sykehus, fikk bedre oppfølging, og mange hadde samtale med en psykiater. 72 prosent av de overlevende opplever likevel i dag at de i ingen eller liten grad ble ivarettatt av helsepersonell i dagene etter ulykken.

Sentralsykehuset i Rogaland fikk støtte fra eksperter på katastrofepsykiatri dagen etter ulykken. Dette bidro til at det ble lagt en plan for en langsiktig oppfølging av de overlevende. Alle de overlevende mottok et informasjonsbrev med råd om håndtering av vanlige reaksjoner. De ble også oppfordret til å ta kontakt med helsevesenet der de bodde. Det var imidlertid lite kunnskap om katastrofepsykiatri i kommunene. I tillegg var det mange som vegret seg for å oppsøke hjelp. De var redde for å få en psykiatrisk diagnose og for å miste jobben i oljebransjen. Dette kan ha medvirket til at mange ikke fikk nødvendig oppfølging. 54 prosent av de overlevende oppgir at de ikke hadde noen kontakt med det lokale helsevesenet i tiden etter ulykken.

Den langsiktige oppfølgingen besto primært av en helseundersøkelse av hver enkelt. Målet var å gjennomføre undersøkelsen så snart som mulig for å kunne tilby hjelp. Én enkelt psykiater fikk hovedansvaret for å gjennomføre undersøkelsene. Siden de overlevende bodde spredt over hele landet, tok det lang tid før alle hadde blitt kontaktet, for noen så mye som et år. Fremdeles var det mange som ikke ønsket å ta imot psykiatrisk hjelp. Det medisinske fagmiljøet oppfattet dette som problematisk.

Undersøkelsen viser at de overlevende har deltatt i flere forskningsprosjekter. Prosjektene har vært en kombinasjon av forskning og tilbud om hjelp, med avtakende vekt på å hjelpe. Forskningen viser at flesteparten av de overlevende (61 prosent) har klart seg bra og har hatt lite problemer etter ulykken. Andre har hatt større utfordringer, og for noen har problemene tiltatt med årene. Ulykken har hatt negativ innvirkning på deltakelsen deres i arbeidslivet. I dag opplever 74 prosent av de overlevende at helsemyndighetene *ikke i det hele tatt* eller *i liten grad* sørget for tilstrekkelig oppfølging i tiden etter ulykken.

2.5.3 Myndighetene har styrket systemet for å følge opp mennesker som rammes av ulykker

Vår vurdering er at systemet for å ivareta overlevende og etterlatte etter katastrofer er betydelig styrket etter Alexander L. Kielland-ulykken.

Undersøkelsen viser at det etter Alexander L. Kielland-ulykken har kommet på plass lovfestede krav som pålegger alle kommuner å ha planer for psykososial oppfølging av dem som er rammet etter større alvorlige hendelser.

Helse- og omsorgsdepartementet har arbeidet med å styrke kommunenes kompetanse og kapasitet til å følge opp rammede. I 1998 kom det en opptappingsplan for psykisk helse, og veiledningen av kommunene er styrket. Kommunene skal ha beredskapsplaner og psykososiale kriseteam eller tilsvarende. Undersøkelsen viser at kommunene er betydelig styrket på dette feltet, men det er fortsatt variasjoner i kommunenes tilbud. Mangel på psykologer er en særlig utfordring.

Undersøkelsen viser også at myndighetene i dag aktivt henvender seg til den rammede i en tidlig fase. Dette kan bety at flere blir nådd av hjelpeapparatet. Det er også etablert rutiner for å opprette pårørendesenter for å dekke berørtes informasjonsbehov. I tillegg er det blitt vanligere å etablere støttegrupper.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen har ingen anbefalinger.

4 Statsrådens svar

Statsrådene i Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet mener at Riksrevisjonen har gjort en grundig gjennomgang av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken, og er enige i Riksrevisjonens konklusjoner og merknader. Statsråden i Nærings- og fiskeridepartementet har ikke ytterligere kommentarer.

Statsråden i Justis- og beredskapsdepartementet tar det meget alvorlig at så mange overlevende og etterlatte har liten eller ingen tillit til granskingen. Hun er tilfreds med at Riksrevisjonens hovedkonklusjon er at myndighetene gjorde en grundig jobb med å klargjøre årsakene til ulykken. Statsråden tar med seg svakhetene ved myndighetenes håndtering som Riksrevisjonen har avdekket, i det videre arbeidet for en åpen og god justis- og beredskapssektor.

Statsråden i Arbeids- og sosialdepartementet viser til at Alexander Kielland-ulykken var en katastrofe som rammet de berørte og norsk petroleumsvirksomhet hardt. Riksrevisjonens rapport er et viktig bidrag i historien om ulykken og oppfølging etter denne. Statsråden viser til at læringen etter ulykken førte til omfattende endringer i regelverk og tilsynsoppfølging, og la grunnlag for dagens HMS-regime i petroleumsvirksomheten. Dette regimet, med funksjonelle krav, klar ansvarliggjøring av næringen, et systembasert tilsyn og vekt på to- og trepartssamarbeidet, er godt tilpasset denne næringen og har også over tid bidratt til en positiv utvikling og et høyt sikkerhetsnivå i norsk petroleumsvirksomhet. Dette er avgjørende forutsetninger i en industri med et iboende potensial for storulykker.

Statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet mener det er svært beklagelig at så mange av de som ble berørt av ulykken i liten eller ingen grad opplevde at helsemyndighetene sørget for tilstrekkelig oppfølging. Han understreker at vi i dag vet at de etterlatte burde fått oppfølging av helsemyndighetene. Videre viser statsråden til at helsemyndighetene i for liten grad involverte det lokale hjelpeapparat i oppfølgingen av de overlevende etter ulykken. Statsråden påpeker at det har skjedd flere store endringer i oppfølgingen av berørte etter kriser og katastrofer. Statsråden viser til at det har vært en betydelig styrking av psykiske helsetjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er en del variasjon i tilbudet i kommunene, spesielt med tanke på tilgang til psykologkompetanse. Regjeringen har ifølge statsråden bevilget tilskudd til ansettelse av psykologer i kommunene, og antallet har økt fra 130 i 2013 til over 600 i 2020. Statsråden mener det er viktig at kommunene tenker nøye igjennom og planlegger hvordan denne kompetansen bør brukes.

5 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 16. februar 2021

Per-Kristian Foss

Helga Pedersen

Anne Tingelstad Wøien

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og
sosialdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kristin Rypdal 22241233
Vår dato
21.01.2021
Deres dato

Vår referanse
2019/01366-274
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. revl § 18 (2)

ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENTET
Postboks 8019 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Torbjørn Røe Isaksen

Oversendelse av Dokument 3:x om myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet ved brev 16. november 2020, og på departementenes svar i perioden 27. november til 15. desember 2020.

Vi ber om statsrådens kommentarer til dokumentet.

Dokumentet er også sendt statsrådene i Justis- og beredskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet til uttalelse.

Departementets kommentarer vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 5. februar 2021.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg: Utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:
Statsrådets svar



DET KONGELIGE
ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

19/2804-21

4. februar 2021

Svar på oversendelse av Dokument 3:x om myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 22. januar 2021 med oversendelse av Dokument 3:x om myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken.

Alexander Kielland-ulykken var en katastrofe som rammet de berørte og norsk petroleumsvirksomhet hardt. Riksrevisjonens rapport er et viktig bidrag i historien om ulykken og oppfølging etter denne. Rapporten minner om at læringen etter ulykken førte til omfattende endringer i regelverk og tilsynsoppfølging, og la grunnlag for dagens HMS-regime i petroleumsvirksomheten. Dette regimet, med funksjonelle krav, klar ansvarliggjøring av næringen, et systembasert tilsyn og vekt på to- og trepartssamarbeidet, er godt tilpasset denne næringen og har også over tid bidratt til en positiv utvikling og et høyt sikkerhetsnivå i norsk petroleumsvirksomhet. Dette er avgjørende forutsetninger i en industri med et iboende potensial for storulykker.

Jeg har ingen andre merknader til rapporten fra Riksrevisjonen.

Med hilsen

Torbjørn Røe Isaksen

Vedlegg 3:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Utsatt offentlighet jf. revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Bent Høie

Oversendelse av Dokument 3:x om myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet ved brev 16. november 2020, og på departementenes svar i perioden 27. november til 15. desember 2020.

Vi ber om statsrådens kommentarer til dokumentet.

Dokumentet er også sendt statsrådene i Arbeids- og sosialdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet til uttalelse.

Departementets kommentarer vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 5. februar 2021.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss

riksrevisor

Vedlegg: Utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 4:
Statsrådets svar



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

19/4976-11

. februar 2021

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 21. januar 2021 med Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken som inntraff i mars 1980.

Riksrevisjonen har gjort en grundig undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken. Nedenfor følger mine kommentarer til de delene av rapporten som omhandler mine ansvarsområder som helse- og omsorgsminister.

Oppfølging av etterlatte og overlevende

Riksrevisjonen mener at myndighetene ikke sørget for god nok oppfølging av de overlevende og etterlatte etter ulykken. At så mange av de berørte opplever at helsemyndighetene i liten eller ingen grad har sørget for tilstrekkelig hjelp og oppfølging i tiden etter ulykken, er svært beklagelig. Det er liten tvil om at vi, med dagens kunnskap, vet at etterlatte burde fått hjelp og oppfølging i etterkant av ulykken. Undersøkelsen peker også på mangler ved oppfølgingen av de overlevende, herunder manglende involvering av det lokale hjelpeapparatet. Jeg merker meg videre at Riksrevisjonen mener det skjedde en uheldig sammenblanding av forskning på, og oppfølging av, de overlevende, men også at denne forskningen har vært viktig for å utvikle bedre systemer for å følge opp rammede etter ulykker.

Mye har skjedd med hensyn til oppfølging av berørte etter kriser og katastrofer i årene etter Alexander L. Kielland-ulykken, slik Riksrevisjonen også påpeker i sin rapport. Kommunene har siden 2001 vært pålagt å ha planer for psykososial oppfølging etter større alvorlige

hendelser som skjer innenfor kommunen. Ansvar for psykososial oppfølging og beredskap er også tydeliggjort i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, som utkom første gang i 2011, har vært viktig for kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeid med krise- og katastroferammede. Her understrekes blant annet behovet for tidlig, proaktiv hjelp.

Kompetanse og kapasitet er andre viktige faktorer som har bidratt til et mer robust system. Etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging har gitt mer forskningsbasert kunnskap og kompetanseheving ut mot tjenestene. Den betydelige styrkingen av psykisk helse- og rustjenester – både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten – har også vært helt sentralt.

Riksrevisjonen viser til at det fremdeles er variasjoner i kommunenes systemer for å følge opp rammede, og trekker frem mangelen på psykologer i kommunene som en særlig utfordring. Regjeringen har siden 2013 – og frem til lovkravet om psykologkompetanse trådte i kraft 1. januar 2020 – bevilget tilskudd for å øke rekrutteringen av psykologer til kommunene. Antallet psykologer i kommunene har økt fra 130 til mer enn 600 i løpet av disse årene. Selv om dette er et betydelig løft, er det ikke slik at det er tilstrekkelig til å dekke alle gode formål. Derfor er det etter mitt syn viktig at kommunene tenker nøye gjennom og planlegger hvordan psykologkompetansen bør brukes.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 5:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Justis- og
beredskapsdepartementet

Utsatt offentlighet jf. revl § 18 (2)

JUSTIS- OG BEREDSKAPSDEPARTEMENTET

Postboks 8005 Dep.

0030 OSLO

Att: Statsråd Monica Mæland

Oversendelse av Dokument 3:x om myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet ved brev 16. november 2020, og på departementenes svar i perioden 27. november til 15. desember 2020.

Vi ber om statsrådens kommentarer til dokumentet.

Dokumentet er også sendt statsrådene i Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet til uttalelse.

Departementets kommentarer vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 5. februar 2021.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg: Utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 6:
Statsrådets svar



**DET KONGELIGE
JUSTIS- OG BEREDSKAPSDEPARTEMENT**

Justis- og beredskapsministeren

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref.
2019/01366-273

Vår ref.
19/4383 - BMO

Dato
03.02.2021

Kommentarer til myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Jeg viser til Riksrevisjonens brev 21. januar 2021 om Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken.

Som Riksrevisjonen skriver, var Alexander L. Kielland-ulykken en tragisk ulykke som mange fortsatt er sterkt berørt av. Når undersøkelsen viser at 82 % av de overlevende og 64 % av de etterlatte har liten eller ingen tillit til granskningen, skal vi ta det meget alvorlig.

Derfor er jeg glad for at Riksrevisjonen har kommet med en god, innholdsrik og grundig rapport. Jeg er også tilfreds med at Riksrevisjonens hovedkonklusjon var at myndighetene gjorde en grundig jobb med å klargjøre årsakene til ulykken.

Ettersom Riksrevisjonen ikke fant grunn til å komme med noen anbefalinger, kommer ikke Justis- og beredskapsdepartementet til å ha noen konkret oppfølging som følge av undersøkelsen. Riksrevisjonens gjennomgang avdekket imidlertid svakheter ved myndighetenes håndtering, og den kunnskapen tar jeg med meg i det videre arbeidet for en åpen og god justis- og beredskapssektor.

Med hilsen

Monica Mæland

Vedlegg 7:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Nærings-
og fiskeridepartementet

Utsatt offentlighet jf. revl § 18 (2)

NÆRINGS- OG FISKERIDEPARTEMENTET

Postboks 8090 Dep

0032 OSLO

Att: Statsråd Iselin Nybø

Oversendelse av Dokument 3:x om myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet ved brev 16. november 2020, og på departementenes svar i perioden 27. november til 15. desember 2020.

Vi ber om statsrådens kommentarer til dokumentet.

Dokumentet er også sendt statsrådene i Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet til uttalelse.

Departementets kommentarer vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 5. februar 2021.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg: Utkast til Dokument 3:x (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 8:
Statsrådets svar



DET KONGELIGE
NÆRINGS- OG FISKERIDEPARTEMENT

Næringsministeren

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
19/5190

Dato
3. februar 2021

Riksrevisjonens undersøkelse ifb. Alexander L. Kielland-ulykken mars 1980

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 21. januar d.å. med utkast til Dokument 3:X (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken.

Jeg vil takke Riksrevisjonen for utkastet som synes å være en grundig og god gjennomgang av myndighetenes arbeid med ulykken.

Med hilsen

Iselin Nybø