

Förstudie till metod för insatsutvärdering

Peter Sellberg

Examensarbete

**Avdelningen för ergonomi och aerosolteknologi
Institutionen för designvetenskaper
Lunds tekniska högskola
Lunds universitet**

Lund 2005

Titel

Förstudie till metod för insatsutvärdering

Title

Feasibility study for evaluation method of emergency responses

Författare

Peter Sellberg

ISRN: LUTMDN/TMAT--5088--SE

EAT 2006

Antal sidor

56

Keywords

Rescue action evaluation, evaluation methods, learn to learn, Malmö fire brigade, LSO, NCO, management strategies,

Sökord

Insatsutvärdering, olycksundersökning, lära sig att lära, Malmö brandkår, LSO, management strategier, utvärderingsmetod, självskattningsmall, NCO

Abstract

The purpose of this preliminary study has been to put together a requirements analysis for methods that can be suitable for rescue action evaluation. A barrier analysis that describes the psychological as well as the practical obstacles has been the basis of the requirements analysis. By spending the autumn of 2005 at Malmö fire brigade and interviewing key persons at Malmö fire brigade the author has gained a good general view over the different barriers within the organization and a clear picture of which requirements that needs to be fulfilled to guarantee an effective evaluation.

© Copyright Inst. för designvetenskap, Lunds tekniska högskola, Lunds universitet, Lund 2005.

Institutionen för designvetenskaper
Avd. för ergonomi och aerosolteknik
Lunds Tekniska Högskola
Box 118
221 00 Lund

<http://www.eat.lth.se>

Telefon: 046 - 222 8018

Telefax: 046 - 222 4431

Dept. of Design Sciences
Division of Ergonomics and
Aerosol Technology
Faculty of Engineering, Lund University
P.O. Box 118
SE-221 00 Lund
Sweden
http://www.eat.lth.se/Default_Eng.htm
Telephone: 046 - 222 8018
Fax: 046 - 222 4431

Förord

Denna rapport på 20 poäng utgör det avslutande momentet på utbildningen till brandingenjör och civilingenjör i riskhantering.

Rapporten har utförts på beställning av NCO (Nationellt centrum för lärande från olyckor) i samarbete med Malmö brandkår. Examination har utförts av avdelningen för ergonomi- och aerosolteknik vid Lunds tekniska högskola.

Jag vill varmt och innerligt tacka min handledare Sidney Dekker som med sin positiva inställning har ökat arbetsglädjen. Roland och Rose-Marie Akselsson som tålmodigt svarat på frågor. Ett stort tack även till personalen på Malmö brandkår som delat med sig av sin tid och möjliggjort detta arbete. Tack till NCO för ett gott samarbete och slutligen till min sambo Elisabeth som har varit ett stort stöd och korrekturläst arbetet.

Peter Sellberg

Stockholm den 11 december 2005

Sammanfattning

Den 1 juli 2004 trädde en ny lag i kraft, lag 2003:778 Lagen om skydd mot olyckor, mer specifikt var det 10§ i 3:e kapitlet som trädde i kraft. Den paragrafen har rubriken **Efterföljande åtgärder** och innehåller följande text:

*”När en räddningsinsats är avslutad skall kommunen se till att olyckan undersöks för att i skälig omfattning klarlägga **orsakerna till olyckan, olycksförloppet och hur insatsen har genomförts.**”*

Rent konkret innebär det att kommunernas räddningstjänster har fått ett krav på sig att genomföra utvärderingar av sina insatser i skälig omfattning.

Syftet med denna förstudie har varit att sammanställa en kravbild för metoder som kan lämpa sig för utvärdering av insatser och olyckor. Till grund för kravbilden ligger en barriäranalys som redogör för de hinder, psykologiska och praktiska, som motverkar att utvärderingsarbetet sker effektivt.

Genom att spendera hösten på Malmö brandkår har författaren fått insyn i hur utvärderingsarbetet fungerar i praktiken. Malmö brandkår har under perioden juni-november 2005 genomfört en testperiod av en ny insatsutvärderingsmetod. Genom att följa arbetet med den nya metoden och genomföra intervjuer med personer som har ansvarat för insatsutvärderingar har författaren fått en bra bild över de barriärer som finns inom organisationen och vilka krav som måste uppfyllas för att arbetet skall fungera effektivt.

Syftet med kravbilden är att den skall kunna ligga till grund för utvecklandet av en metod som på sikt skulle kunna implementeras på ett nationellt plan. Fördelen med att ha en liknande utvärderingsmetod på alla landets räddningstjänster är att det skulle underlätta arbetet med spridning av erfarenheter från insatser.

Testperioden för Malmö brandkårs nya utvärderingsmetod kunde inte ha legat bättre i tiden då författaren fick ovärderlig information i form av feedback på hur arbetet med insatsutvärdering fungerar i praktiken. Samarbetet med den grupp på Malmö brandkår som utvärderade testperioden gav också mycket information och möjlighet till dialog.

Nedan följer resultatet av den inventering av krav som studien ledde fram till. Kravbilden bör ses som ett stöd vid utvecklandet av en framtida metod för insatsutvärdering.

- Det får inte bli en för tung belastning att genomföra utvärderingen. Om så blir fallet kommer kvalitén på utvärderingen inte att bli bra och missar därmed sitt syfte.
- För att effektivisera efterarbetet efter avslutad insats borde det skapas en möjlighet att kopiera in material från insatsrapporten till självskattningsmallen. Detta för att slippa skriva allt flera gånger.
- Det behövs hjälpande frågor till utvärderaren som hjälper denne att framföra kreativ kritik.
- Det behövs strikta riktlinjer för när insatsutvärdering skall genomföras.
- Tydliga rutiner och en väl fungerande organisation för var insatsutvärderingarna ska placeras för att alla skall vara samlade på ett och samma ställe, lättåtkomligt för alla intresserade inom organisationen.
- Kontroll av uppföljningen där det kontrolleras att slutsatserna om åtgärder för att nå en förbättring har vidtagits.
- Ett ytterligare förtydligande av de erfarenheter som har gjorts i samband med utvärderingen av insats. Satsa mer på att ta fram åtgärder istället för att söka fel.
- Utvärderingsresultaten borde inte vara offentliga, detta för att våga vara självkritisk.
- Ett annat alternativ för att få personer att våga vara mer självkritiska är att försöka avidentifiera erfarenheterna från utvärderingen.

- Det kan vara lämpligt att använda sig av externa utredare, framförallt vid större insatser där stora delar av organisationen är inblandad.
- En åtgärd för att effektivisera lärandet och sålla i informationsflödet är att tillsätta en person eller grupp som ansvarar för insamling och analys av samtliga utvärderingar. Slutsatser och sammanfattad information sänds sedan ut i organisationen eller upp till högre nationell nivå. På detta sätt behöver inte varje person sitta och fatta beslut om vad som är relevant information. Denna resurs borde minst kunna finnas inom varje förbund.
- De personer som kan bli ansvariga för framtida utvärderingar bör få lämplig utbildning i hur kritik bör framföras skriftligt för att bli konstruktiv och för att syftet med utvärderingarna uppfylls.

Summary

July 2004 a new law took effect, Law 2003:778 *Law for protection against accidents*, more specifically chapter 3 §10 with the heading ***Following measures*** which contains the following text:

"When a rescue action is finished the municipalities responsibility is to see to it that the accident is investigated regarding the reasons for the accident, cause of events and how the rescue action has been carried out."

Put that text in concrete form it says that every municipal fire brigade is required to evaluate their rescue actions within reasonable extent.

The purpose of this preliminary study has been to put together a requirements analysis for methods that can be suitable for rescue action evaluation. A barrier analysis that describes the psychological as well as the practical obstacles has been the basis of the requirements analysis.

By spending the autumn of 2005 at Malmö fire brigade the author has gained a clear insight into the practical rescue action evaluation work. Malmö fire brigade has during the period June - November 2005 tried out a new rescue action evaluation method. By following the work with the new method and interviewing key persons at Malmö fire brigade the author has gained a good general view over the different barriers within the organization and a clear picture of which requirements that needs to be fulfilled to guarantee an effective evaluation.

The goal of the requirements analysis is to be the basis of a method that in the future can be implemented on a national level. The advantage with having equal rescue action methods all over the country is that it would facilitate spreading of experiences and knowledge.

The timing of the test period could not have been better since it gave the author feedback on how a rescue action method works when it's used to evaluate real rescue actions. The cooperation with the work group responsible for the implementation of the rescue action method at Malmö fire brigade gave valuable information and made a dialogue possible.

The studies resulted in the requirements analysis below which should be used as a support when developing the future method.

- The new method must not render in a heavy workload for responsible personnel, if that is the case the quality of the evaluation will not be good and thereby miss it's purpose.
- To increase the effectiveness of the supplementary work it must be made possible to copy material from the rescue action report to the rescue action evaluation.
- The method must have supporting questions that helps the evaluator to give constructive criticism.
- The guiding principals must become more strict so that there will be no questions about which rescue actions that needs to be evaluated.
- There must be clear feedback on the measures that have been made.
- The routines and organization concerning where the results from the evaluation shall be stored must be clear.
- The experiences draw from the evaluations must be highlighted. The purpose of the evaluations is not to find errors but to find solution to the problems.
- The results from the evaluations should not be made public to ensure that the evaluators can feel safe.
- An alternative is to deidentify the public material to encourage self-criticism.
- After large scale rescue actions involving a large part of the organization it is appropriate to use external evaluators.

- To increase the efficiency in the learning process a person or a group should be put in charge of the analysis work with its main task to put together the information that will be spread in the organization and later to a national level. This way every single evaluator won't have to analyze which material is important in a wider prospective. This resource should at least be available in each of the new municipal alliances that are being formed.
- The peoples responsible for the evaluations should be given the proper education in how to deliver written constructive criticism.

Innehållsförteckning

1. Inledning	11
1.1. Bakgrund	11
1.1.1. Insatsutvärdering	11
1.1.2. Malmö Brandkår	12
1.2. Begreppsdefinitioner	14
1.3. Problembeskrivning	15
1.4. Syfte/Målsättning	15
1.5. Metod	15
1.5.1. Vetenskaplig metodik.....	15
1.5.1.1. Angreppssätt.....	15
1.5.1.2. Vetenskapligt tillvägagångssätt.....	15
1.5.2. Källkritik och tillförlitlighet	15
1.5.2.1. Validitet.....	15
1.5.2.2. Reliabilitet	16
1.5.2.3. Objektivitet.....	16
1.5.3. Praktiskt genomförande.....	16
1.6. Fokus och avgränsningar.....	17
1.6.1. Målgrupp	17
2. Teori	18
2.1. Olika utredningsmetoder	18
2.1.1. Checklistor	18
2.1.1.1. Strukturerad frågelista	18
2.1.2. STEP-utredning	18
2.1.3. Händelseutredning.....	19
2.1.4. Avvikelseutredning	20
2.2. Grundläggande teori bakom lärande och säkerhetskultur	23
2.2.1. Säkerhetskultur	23
2.2.2. Lärande	25
2.2.3. Lära sig att lära	25
2.2.4. Hur en rapporterade kultur skapas	26
2.2.5. Straffa eller ta lärdom av misslyckande	26
2.3. Management genom ständig förbättring	27
2.3.1. Demings cirkel (PDCA-cykeln).....	27
2.3.2. Double loop learning.....	27
2.3.3. Total Quality Management.....	28
2.3.4. Benchmarking	29
2.4. Intervjumetodik	29
2.4.1. Utformning av intervjufrågor	29
2.4.2. Genomförande av intervju.....	30
2.4.2.1. Hjälpmedel	30
2.4.2.2. Intervjuarens påverkan på respondenten	30
3. Empiri	31
3.1. Nulägesanalys.....	31
3.1.1. Självskattningsmall	31
3.2. Observationer och platsbesök.....	31
3.3. Genomförande av intervjuer.....	32
3.4. Sammanställning av intervjusvar	33
4. Analys och utvärdering	35
4.1. Barriäranalys	36

4.2.	Jämförelser och reflektioner	37
4.2.1.	Reflektioner kring nulägesanalys	37
5.	Resultat.....	38
5.1.	Kravbild.....	38
6.	Avslutande kommentarer	39
7.	Referenslista.....	40
I.	Bilaga 1	42
II.	Bilaga 2	43
III.	Bilaga 3	44
IV.	Bilaga 4	45
V.	Bilaga 5	46
VI.	Bilaga 6	47
VII.	Bilaga 7	49
VIII.	Bilaga 8	51
IX.	Bilaga 9	54

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Lag (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO), 3 kap. 10 § (I kraft sedan: 2004-07-01)

Efterföljande åtgärder:

*”När en räddningsinsats är avslutad skall kommunen se till att olyckan undersöks för att i skälig omfattning klarlägga **orsakerna till olyckan, olycksförloppet och hur insatsen har genomförts.**”*(Rixlex, 2005)

Syftet med olycksundersökningar är att minska riskerna i samhället och att minska antalet människor som omkommer i olyckor. Varje år omkommer mellan 2000 och 3000 människor till följd av olyckor och omkring 100 000 människor läggs in på sjukhus (Särdkvist, 2005). Även en liten förbättring av verksamheten kan medföra att flera människoliv kan räddas varje år. Med bakgrund av det har lagen stiftats för att tvinga räddningstjänsterna runt om i Sverige att utvärdera sina insatser och förhoppningsvis ta lärdom. Det är där denna studie kommer in som ett första steg för att få förståelse för vilka krav och resurser som räddningstjänsterna har idag. För att kunna utveckla en metod som förbättrar insatsutvärderingen krävs det att det finns förståelse för den population och de individer som ska använda sig av utvärderingsverktyget.

Det har tidigare inte funnits någon gemensam metod inom Sveriges olika räddningstjänster för utvärdering och lärande. Förhoppningsvis kan resultatet av fortsatta studier inom detta område leda fram till en sådan metod. Det vore önskvärt att i framtiden kunna se Sveriges olika kommuner ta lärdom av varandra istället för att först begå misstagen själv.

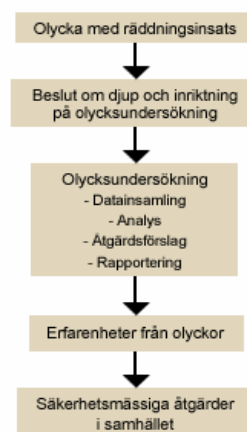
Insatsutvärderingar blir även en viktig pusselbit i kommunernas riskinventering som skall genomföras enligt lagen om skydd mot olyckor (3 kap. 3 § lag 2003:778). Slutsatserna från utvärderingen kan bidra till att resurser och material används på ett effektivare sätt.

Bakgrundsiden till detta examensarbete har framtagits i samarbete med räddningsverket för att verka som ett stöd till kommunernas räddningstjänst vid framtida insatsutvärderingar.

1.1.1. Insatsutvärdering

Det finns en rad olika begrepp som behöver förtydligas innan denna rapport studeras. Begreppen olycksundersökning och olycksutredning är i vardagligt tal synonyma med varandra. I lag (2003:778) står det att olyckan skall undersökas, men den som genomför undersökningen kallas för olycksutredare.

En insatsutvärdering syftar bara till att utvärdera själva insatsen. Faktum är dock att förloppet på vissa olyckor kan vara djupt förknippat med räddningstjänstens insats och olyckor kan uppstå på grund av räddningspersonalens handlande eller icke handlande. Innan den nya lagen trädde i kraft fanns det enbart krav på att insatsledaren efter avslutad insats skulle avlämna en rapport över händelseförloppet. Dagens lagstiftning kräver att insatsen utvärderas noggrannare och framförallt med syftet att en förbättring ska ske. Räddningspersonalen ska ta lärdom av slutsatserna från utvärderingen samt dela med sig av sina nya kunskaper till andra delar av organisationen. Räddningsverket har gjort en



Figur 1.1 Schematisk beskrivning av en olycksundersökning enligt LSO (srv.se, 2005-11-04)

schematisk beskrivning över hur de tycker att olycksutvärdering bör gå till (Se figur 1.1)

1.1.2. Malmö Brandkår

Malmö brandkår hade vid början av verksamhetsåret 2005 ca 250 anställda, dessa är uppdelade på olika avdelningar (se figur 1). Under 2004 utförde Malmö brandkår 3301 räddningsinsatser i Malmö. Av dessa gällde 2319 brand, 982 räddning. 124 insatser genomfördes i annan kommun. (Totting, 2004) I Malmö är personalen uppdelade på tre stationer där följande verksamheter bedrivs:

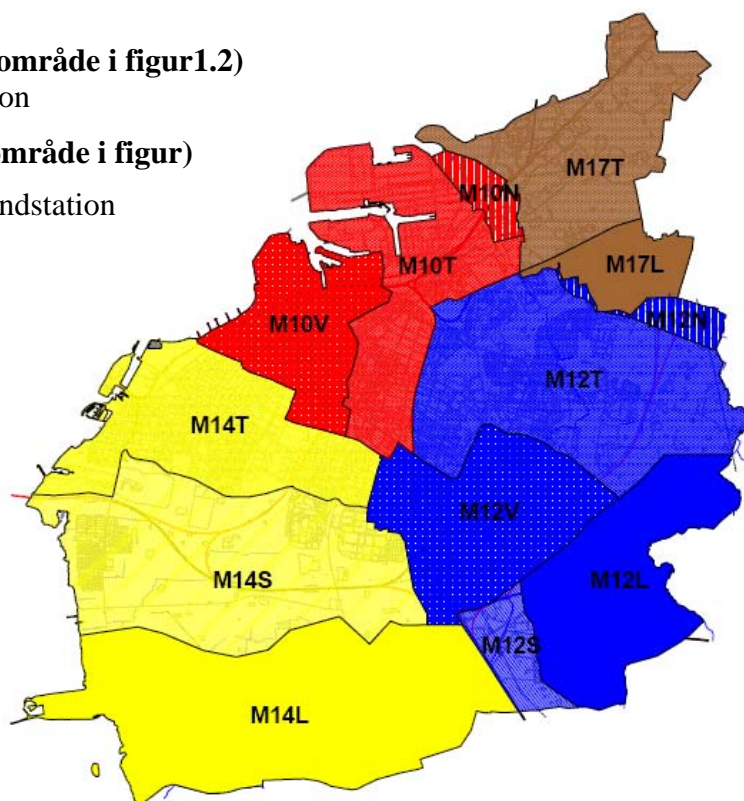
- **Station centrum (rött område i figur 1.2)**
 - brandstation
 - brandchefsexpedition
 - kontor för ledning och utveckling
 - UKC: extern utbildning
 - räddningstjänstavdelning
 - skyddsavdelning
 - säkerhet och beredskap

- **Station Hyllie (gult område i figur1.2)**
 - brandstation
 - ledningscentral
 - SOS-central

- **Station Jägersro (blått område i figur1.2)**
 - brandstation

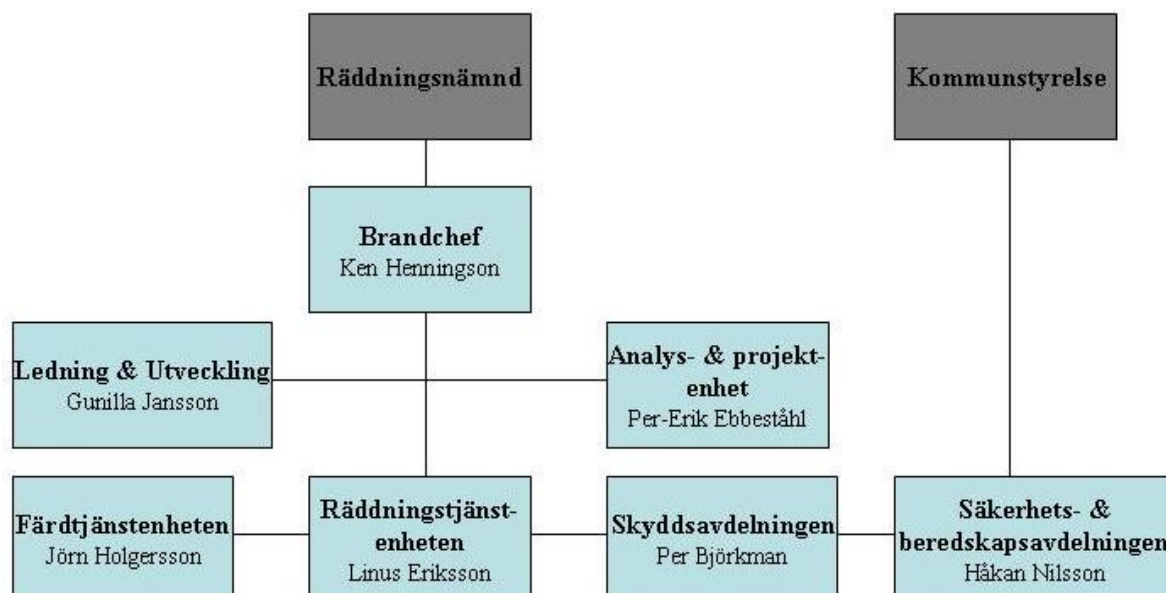
- **Station Burlöv (brunt område i figur)**
 - deltidsbrandstation

(Malmö brandkår, 2005-10-10)

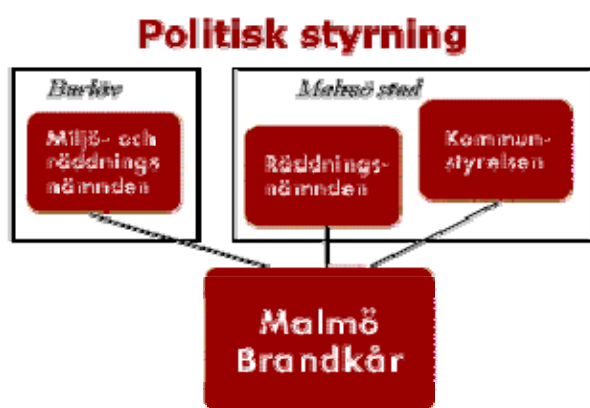


Figur 1.2 Malmö är indelat i olika sektioner, brunt omr. stn. Burlöv, rött omr. stn. Centrum, blått omr. stn. Jägersro, gult omr. stn. Hyllie (BRMX, 2001).

Malmö brandkår har organiserats på följande sätt (Se fig. 1.3 och 1.4):



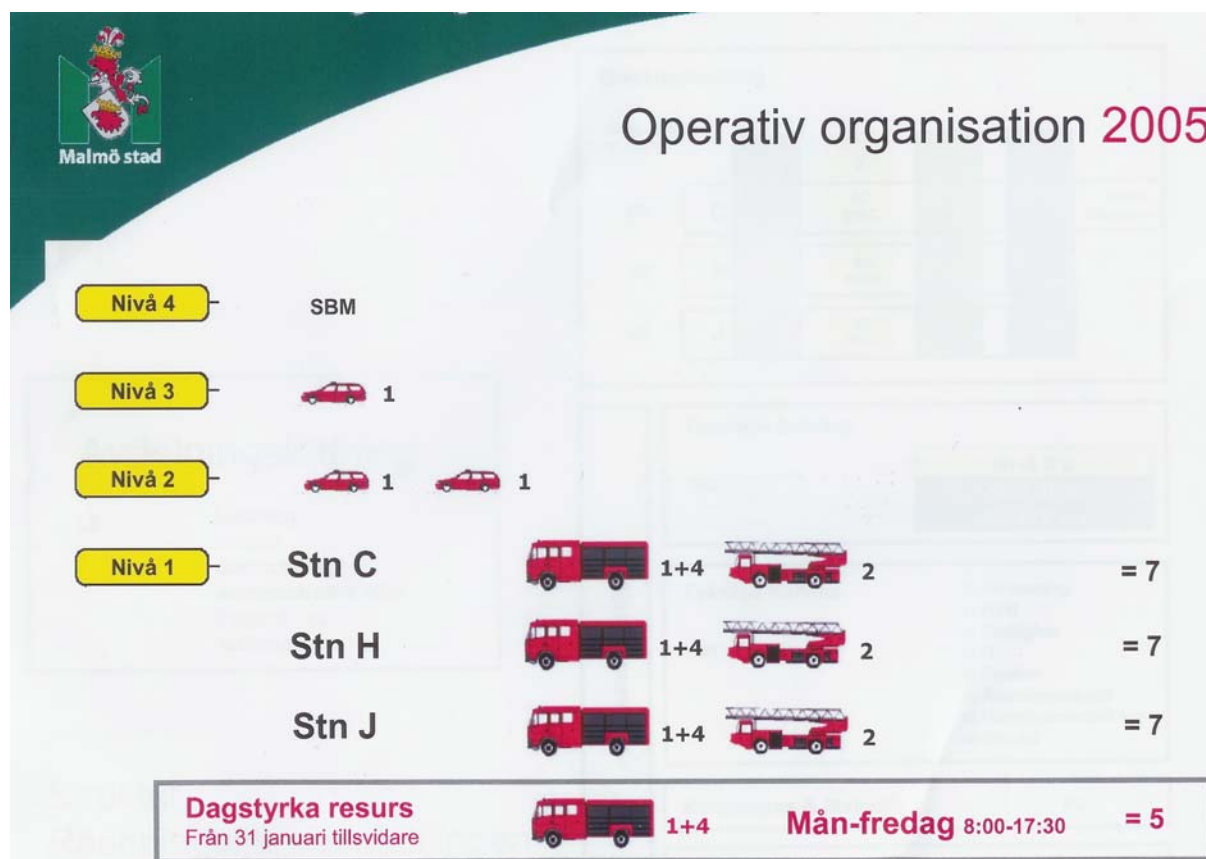
Figur 1.3 Organisationsschema över Malmö brandkår, beskriver uppdelningen på olika avdelningar (Malmö brandkår, 2005-10-10)



Figur 1.4 Beskrivning av den politiska styrningen av Malmö brandkår (Malmö brandkår, 2005-10-10).

Malmö brandkår anses ligga i framkant när det gäller insatsutvärdering och flera projekt inom området har startat i anknäring till att den nya lagstiftningen trädde i kraft. Bland annat har en ny typ av självskattningssmall, som skall användas för att utvärdera insatsen, testats. Testperioden avslutades i november 2005 och ska då utvärderas.

Rådningstjänsten i Malmö har fyra olika larmnivåer, nivå 1,2,3 och 4 där nivå 1 är den lägsta larmnivån. Det som sedan skiljer de olika larmnivåerna åt är antalet befäl som beordras ut (se figur 1.5). På nivå 1 larmen åker styrkechefen (brandförman) med i räddningsbilen. På nivå 2 åker insatschefen (IC, brandmästare) med i en separat ledningsbil. Nivå 3 larm innebär att vakthavande brandingenjör (VBI) kommenderas ut. Larm på hösta nivån kräver att en stab upprättas.



Figur 1.5 Siffrorna i figuren beskriver antalet personer som åker ut på larmet. På nivå 1 åker endast 1 station med en förman i räddningsbilen, totalt 7 personer. På nivå 2 åker ytterligare ett befäl eftersom personal från minst två olika stationer åker på nivå 2 (Malmö brandkår, 2005-10-10).

1.2. Begreppsdefinitioner

”**Benchmarking** är en metod att systematiskt lära av goda förebilder oavsett bransch. Syftet är att få insikt och kunskap som omsätts till effektiva förbättringar i den egna verksamheten.”(Institutet för kvalitetsutveckling, 2005-10-11)

OPUS Operativ Utredning och Sammanfattning är en del av intranätet på Malmö brandkår där allt utvärderingsmaterial skall placeras.

Olycksundersökning innebär att en systematisk kartläggning av hur en olycka har uppkommit utförs.

Självskattningsmall är räddningstjänstens provmall för insatsutvärdering. Kommer att kallas för insatsutvärdering efter årsskiftet 05/06, men i rapporten används begreppet självskattningsmall ([Se bilaga 8](#)).

1.3. Problembeskrivning

Tanken med insatsutvärdering är god, men hur får man den att fungera i realiteten? Vilka begränsningar och barriärer finns i dagsläget som kan hindra att ordentliga utvärderingar genomförs? Vilka hinder finns som motverkar spridning i organisationen? Parametrar som tid, resurser och inställning måste undersökas och analyseras för att slutligen kunna framställa en sammanfattande kravbild.

1.4. Syfte/Målsättning

Syftet med studien är att sammanställa en kravbild för metoder som kan lämpa sig för utvärdering av insatser och olyckor. Kravbilden ska bygga på en detaljerad inventering av räddningspersonalens förutsättningar och begränsningar som påverkar aktiviteterna som ingår i lärande från insatser och olyckor.

1.5. Metod

1.5.1. Vetenskaplig metodik

1.5.1.1. Angreppssätt

Rapporten har skrivits utifrån ett kvalitativt perspektiv som bygger på att individen subjektivt tolkar sin omgivning. Valet av metodik grundade sig på de svårigheter som finns med att få fram givande data genom ett traditionellt angreppssätt. Ett traditionellt angreppssätt syftar till att individen betraktar miljön utifrån ett objektivt synsätt. Detta blir svårt när de huvudmetoder som har valts för denna studie är platsobservationer och intervjuer där personliga åsikter är ett ofrånkomligt inslag.

Ovan nämnda metoder valdes för att kunna uppnå syftet på bästa möjliga sätt med de resurser som fanns tillhands.

1.5.1.2. Vetenskapligt tillvägagångssätt

De olika vetenskapliga metoder som valts kan beskrivas på följande sätt:

Fallstudie	Malmö brandkår fick agera försökskanin då det inte fanns tillräckligt med resurser för att studera flera olika kommuners räddningstjänster.
Deskription	En beskrivning av olika barriärer som kan motverka självinsikt och lärande.

1.5.2. Källkritik och tillförlitlighet

1.5.2.1. Validitet

”Den utsträckning i vilken ett mätinstrument mäter det som man avser att mäta.”
(Nationalencyklopedin multimedia 2000 plus, sökord validitet)

Genom att ställa rätt frågor på rätt sätt utan att vara ledande och subjektiv erhålls validitet. Eftersom informationen i största utsträckning inhämtades genom att följa Malmö brandkår i

dess dagliga rutiner var det viktigt att minimera möjligheterna till missförstånd och reda ut oklarheter omedelbart på plats. Alla intervjuer utfördes i största möjliga mån på plats för att undvika brister i kommunikationen. Eftersom författaren själv utförde all insamling av data lades stor vikt vid att relevant information inhämtades.

1.5.2.2. Reliabilitet

Reliabilitet handlar om tillförlitligheten i det mätinstrument som används. En hög reliabilitet innebär att samma försök kan utföras av olika personer vid olika tillfällen och ändå ge samma resultat (Björklund et al., 2003).

Ett problem med studien var att resultatet bygger på subjektiva tolkningar från författarens sida. För att någon ska kunna göra samma typ av studie inom en liknande kommun och komma fram till samma resultat krävs att någon har samma bakgrund och förhållningsätt som författaren vilket inte kan anses som troligt. Detta bidrog såklart till att det blev svårt att få en hög reliabilitet, om man inte tror sig kunna hitta personer med liknande bakgrund som författaren. För att öka tillförlitligheten i det mätinstrument som användes studerades intervjuteknik för att materialet från intervjuerna skulle bli så relevant och objektivt som möjligt. För att undvika att resultatet skulle färgas av enstaka personers åsikter intervjuades så många personer som möjligt (inom tidsramen).

1.5.2.3. Objektivitet

Ett objektivt resultat är helt fritt från påverkan av enskilda personers åsikter och värderingar (Björklund et al., 2003).

En av anledningarna till att en stor del av informationssamlingen skedde genom platsobservationer var att undvika att just vissa personers åsikter skulle få för stor vikt. Som nämnts tidigare var det svårt att bibehålla objektivitet då indata berodde på hur författaren tolkade olika situationer och intervjusvar. Åtgärder som också nämndes ovan vidtogs för att i så stor utsträckning som möjligt bibehålla objektivitet.

1.5.3. Praktiskt genomförande

För att hitta ett sätt att uppfylla syftet på bästa sätt diskuterades en rad olika metoder mellan författare och handledare. För att upptäcka de mjuka parametrar som döljer sig bakom motståndsbarrärer i en organisation måste organisationen studeras på nära håll. För att skydda sig mot undvikande svar på enkätfrågor kom författaren tillsammans med handledare fram till att **platsbesök** var bästa metoden för att lyckas sammanställa en tydlig kravbild. Man måste få en djupare förståelse för resurser och inställningar till att utvärdera sig själva inom räddningstjänsten, detta fås inte genom massutskick av enkäter. Det måste dock finnas en balans av platsbesök för att få bredd, samt mer riktade **intervjuer**, med nyckelaktörer, för att få djup i indata. Dessa nyckelaktörer visade sig efter platsbesök vara



Författaren under platsbesöket på Malmö brandkår (foto Leif Nordström)

insatscheferna; IC, dessa har en bakgrund som brandmästare och är de inom Malmö brandkår som har genomfört flest utvärderingar. Följaktligen blev insatscheferna de personer som fokus kom att ligga på, vilket innebar att dessa valdes till intervjuobjekt samt att författaren åkte med IC vid utryckningar.

En annan viktig del var att försöka förstå psykologin bakom det utpräglade grupp beteende som finns inom räddningstjänsten. Gruppmedlemmarna håller varandra

om ryggen i förhoppning om att deras kollegor ska göra samma sak tillbaka när det behövs. Det finns en rädsla för att erkänna fel vilket bidrar till att lärandeprocessen går långsammare. Detta ingick i den **litteraturstudie** som bedrevs för att komplettera de kunskaper och erfarenheter som författaren fått från tidigare arbete inom räddningstjänsten



Författaren under sin tid på Kiruna flygplats våren 1999. (foto Magnus Thörewik)

1.6. Fokus och avgränsningar

1.6.1. Målgrupp

Den målgrupp som rapporten riktar sig mot är framförallt de som kan ha nytta av resultaten, räddningstjänster och räddningsverket, men även personer och verksamheter som är intresserade av lärande genom utvärdering.

2. Teori

2.1. Olika utredningsmetoder

Nationellt centrum för lärande från olyckor (NCO) ger i sin skrift *Olycksundersökning* skriven av Stefan Särdaqvist 2005 exempel på olika metoder som kan vara lämpliga att använda i samband med utredning av en olycka. Nedan listas de olika metoderna och redogörelser för vid vilka situationer de kan vara bra att tillämpa.

2.1.1. Checklistor

En checklista är en enkel teknik för att genomföra en analys utav en händelse. Ordet checklista kommer från engelskans ord för att bocka av eller kontrollera. Tekniken med att jämföra en händelse mot en mall eller checklista är en metod som räddningstjänsten använder i sina insatsrapporter redan idag. Metoden är enkel och snabb och dessutom går resultatet relativt enkelt att göra om till statistisk data.

Metoden med checklistor kan även användas för att genomföra noggrannare undersökningar. Malmö brandkår använder idag en typ av checklista (självskattningsmall) för att genomföra utvärderingar av större insatser (Se bilaga 8). En fördel med att använda sig av checklistor är att det ökar ordningen och systematiken i undersökningen, men det bör nämnas att ingen undersökning är bättre än de frågor som ställs. Det är alltså viktigt att de som utformar checklistan och dess frågor är väl insatta i verksamheten så att det ställs rätt frågor.

En checklista kan användas dels för att utreda orsaker till olyckan, dess förlopp och för att se till att rätt frågor ställs, dels för att utvärdera genomförandet av insatsen. Checklista används för att jämföra en händelse mot ett befintligt mönster, detta kan innebära problem om det är mönstret som ska utvärderas (Särdaqvist, 2005).

2.1.1.1. Strukturerad frågelista

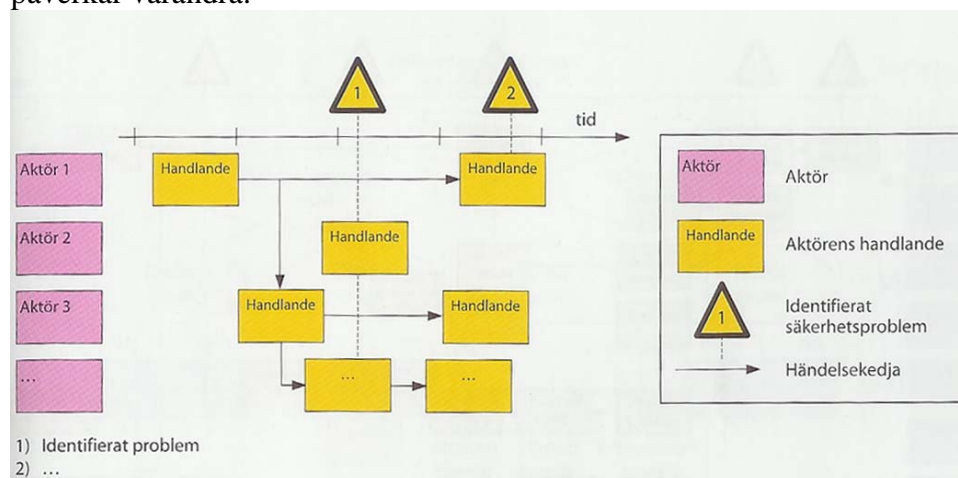
Strukturerad frågelista är något som ryms under begreppet checklista. Här används frågor som kan sammanfattas under begreppen *beskriv*, *berätta*, *bemöt* och *bearbeta* (Tranqvist, 2004) (Se bilaga 9). Malmö brandkårs egen utvärderingsmall ligger också under begreppet strukturerad frågelista. Frågorna har där ersatts med punkter och vad punkterna avser inom parentes (Se bilaga 9). Dessutom har man lagt till en femgradig skala för att skatta nivån på de olika insatserna.

Om insatsen som skall utvärderas var liten kan det räcka med att räddningsledaren ansvarar för genomgången. Om det däremot var en större insats med flera olika enheter kan det vara lämpligt att en person som inte deltog i insatsen tar på sig rollen som ordförande för utvärderingsmötet. Dels för att denne person inte är känslomässigt engagerad i insatsen och dels för att han/hon inte behöver frigöra sig från några förutfattade meningar. Eftersom utvärderingar av insatser som har gått fel kan vara ett känsligt ämne för de inblandade är det viktigt att ordförande tar på sig uppdraget att ställa obekväma frågor som de inblandade inte vågar eller vill ta upp (Särdaqvist, 2004).

2.1.2. STEP-utredning

STEP är en förkortning av engelskans *Sequential Timed Events Plotting*. Resultatet av metoden ger en mycket tydlig bild av hur olika händelser under ett olycksförlopp hänger ihop. Eftersom räddningstjänstpersonalen fattar en rad parallella beslut under en insats behövs det en metod som systematiskt reder ut vilka konsekvenser de olika besluten får. Metoden kan

hantera flera deltagare som grupp, men även lyfta fram individens egna insats. Metoden behandlar såväl avsiktliga åtgärder som oönskade händelser, hur dessa hänger ihop och påverkar varandra.



Figur 2.1 STEP-arbetsblad (Särdqvist, 2005)

De olika deltagarnas handlande sorteras upp i ett arbetsblad som fungerar som en matris med rader och kolumner (Se figur 2.1). Varje rad i matrisen motsvarar en deltagare som utför ett handlande. Tidsskalan som syns överst i figuren behöver inte vara skalening, det viktigaste är att händelserna kommer i rätt ordning. Metoden börjar med att beskriva händelsen som avvek från det normala och orsakade olyckan och slutar med den sista skadehändelsen.

Med händelse menas agerande från en aktör och med aktör kan menas både människa och föremål. Agerandet är uppdelat i antingen passivt (vad man inte gör) eller aktivt (vad man gör). Ofta är agerandet observerbart, men det behöver inte vara det som t ex vid tankearbete, även det får ju konsekvenser för omgivningen.

I matrisen sammanbinds olika händelser med pilar som förtydligar vilka händelser som ligger till grund för att just nästa händelse ska kunna ske. Resultatet från STEP-metoden bör testas med tre olika tester för att kontrollera att resultatet är heltäckande och rimligt. Dessa tre tester är:

1. **Radtest;** varje aktör följs genom hela händelseförloppet.
2. **Kolumntest** genomförs genom att kontrollera att inga händelser i kolumner till vänster har skett efter den undersökta kolumnen och vice versa för kolumner till höger. Detta test genomförs för att kontrollera att kronologin stämmer.
3. Det sista testet som görs är till för att undersöka om tidigare händelser i matrisen var nödvändiga och tillräckliga för att leda fram till händelsen. Om inte så saknas det händelser.

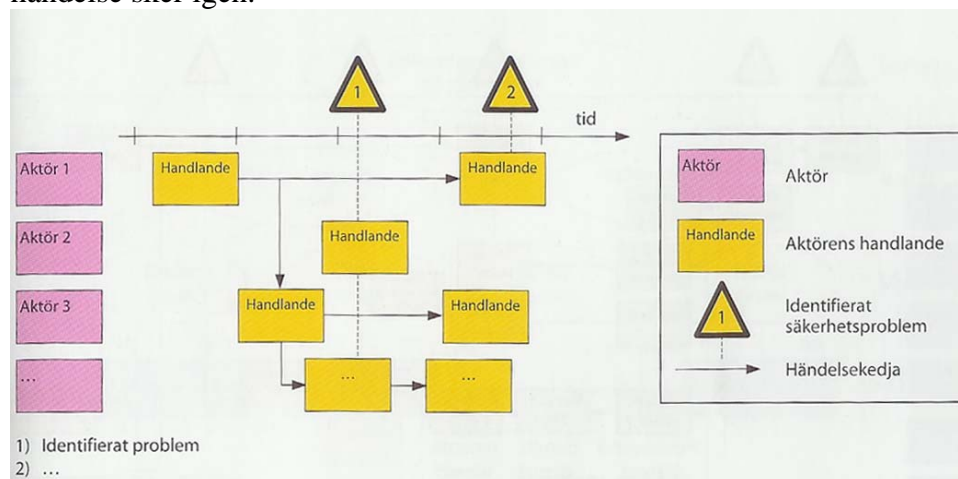
Genom att gå igenom hela händelseförloppet pil för pil och markera alla säkerhetsproblem fås mer än bara en händelseförloppsbeskrivning, denna åtgärd ger en god sammanfattning av helheten (Särdqvist, 2004).

STEP-metoden användes i praktiken vid utredningen av branden på Värmlandsvägen 393, där två brandmän skadades allvarligt. För ytterligare information om den händelsen och hur metoden fungerade se den fördjupade olycksundersökning som genomfördes (Lindh, 2005).

2.1.3. Händelseutredning

Ibland kallas händelseutredning för MTO-analys (Människa, teknik och organisation) och där beskrivs olycksförloppet med hjälp av ett händelse- och olycksdiagram. När händelse- och olycksdiagrammet är upprättat analyseras vilka skyddsmekanismer som brustit. Precis som i

STEP metoden redogörs kronologiskt för händelserna, här delas dock händelserna i händelseförloppet upp i delhändelser. Varje delhändelse analyseras för att hitta direkta och bakomliggande orsaker till händelsen. Slutligen kan systembrister iaktas när hela systemskissen analyseras. En fördel med denna metod är att det tydliggörs vad som var orsaken till en händelse och därmed är det lättare att hitta åtgärder för att undvika att samma händelse sker igen.



Figur 2.2 Principerna för ett händelseschema (Särdqvist, 2005)

För att ge svar på frågan *Vad hände*, uttrycks händelserna med verb (går, står, fastnar, känner...) och numreras. I vissa fall kan det vara lämpligt att sätta ut tiden för händelsen för att få en bättre tidsuppfattning. Om det är en stor insats som ska utvärderas med många inblandade deltagare kan det vara lämpligt att dela upp händelseutredningen i olika kedjor.

Händelseutredningen är uppdelad i olika nivåer och nivån över händelse- är operativ nivå. På den operativa nivån frågar man *varför* det hände för att hitta organisatoriska brister varför händelse kunde ske. Ofta leder det fram till att tillstånd, omständigheter och andra orsaksfaktorer får skulden för varför det kunde ske. Den operativa nivån kan delas upp på flera undernivåer såsom avdelningsnivå, ledningsnivå och samhällsnivå. För att markera vilken nivå som var den styrande nivån (systemnivå/managementnivå) markeras denna med en understrykning i skissen (Se figur 2.2).

När man har fått svar på frågan *varför* följer nästa nivå; Barriärsanalys. På denna nivå är syftet att finna barriärer som kunde ha stoppat händelseförloppet, men som av någon anledning saknats eller fungerat dåligt. Även barriärerna kan delas upp i undernivåer som till exempel mänskliga, tekniska och organisatoriska (MTO). Brustna barriärer ger konkreta svar på eventuella åtgärder som behöver vidtas för att undvika att olyckan upprepar sig. Här är det även viktigt att peka på de saker som fungerat bra och belysa vikten av att de fortsätter att göra det.

Händelseutredning som metod grundar sig i den amerikanska metoden HPES, *Human Performance Enhancement System*, som utvecklades av NASA i anknäytning till USA:s rymdprogram. Metoden har av svenska myndigheter omformats och utvecklats för att passa svenska krav och i samband med det uppstod namnet händelseutredning. Metoden har sedan dess mest använts av kärnkraftsindustrin och statliga myndigheter såsom Elsäkerhetsverket med flera (Särdqvist, 2005).

2.1.4. Avvikelseutredning

Som namnet antyder bygger metoden på att man redogör för alla avvikelser från olyckan och bakåt i tiden till den tidpunkt då allt var normalt. Med avvikelse menas i denna metod en

Avvikelser som rör människan kan handla om

- Motorik (felgrepp, att halka, att snubbla)
- Procedur (saker som missbedöms, glöms eller görs i fel ordning, brott mot regler)
- Planering (olämplig eller riskfylld lösning)
- Kommunikation (missuppfattning, feltolkning, otydlighet)
- Kompetens (kunskap, erfarenhet, utbildning, rutin)

Tekniska avvikelser kan handla om

- Teknik (trasiga komponenter, materialfel)
- Miljö (halka, skräp, dålig sikt, ljusförhållanden)
- Säkerhetsutrustning (saknad, felaktig)

Organisatoriska avvikelser kan exempelvis röra

- Planer, instruktioner och regler (obefintliga, bristfälliga, felaktiga)
- Logistik (bemanning, närvaro, reservdelar)
- Riskhantering (otillräcklig, brister i prioriteringen, oklart eller oförenligt ansvar)
- Systemförvaltning (oklart ansvar, luckor i ansvar, bristande uppföljning, verksamheter som stör varandra)

Avvikelser kan också finnas i de tre gränssnitten

- Människa-maskin (olämpligt utförande, ergonomi)
- Människa-organisation (olämplig organisation)
- Organisation-maskin (bristande underhåll)

(Listan ovan är tagen från boken Olycksundersökning (Särdqvist, 2005) med viss förändring i layout.)

Efter att alla avvikelser har noterats så skall en bedömning genomföras av hur allvarlig varje avvikelse var. Bedömningen görs utifrån hur allvarliga konsekvenser som avvikelsen kunde ha fått.

Område

- S Människors säkerhet
- E Egendom
- N Natur
- V Verksamhet

Bedömning

- 0 Ofarligt, inget problem
- 1 Acceptabelt, ej åtgärd
- 2 Bör åtgärdas
- 3 Måste åtgärdas

Bedömningen av avvikelserna sker bäst i grupp där verksamhetschefen ingår. Skälen till att en avvikelse inte är acceptabel (gradering 2 och 3 i skalan) kan vara olika. Det kan till exempel vara formella skäl så som att avvikelsen bryter mot lagar, regler och policys. Det kan bero på risken för stora konsekvenser eller minskad trygghet för personal eller allmänhet. En

avvikelse kan också anses som oacceptabel om den är lätt att åtgärda. Särskilt viktigt är det att försöka åtgärda fel av den så kallade enkelfelsprincipen, vilken innebär avvikelser där ett enda mänskligt fel leder till en olycka.

Exempel på åtgärder kan till exempel vara att minska sannolikheten för vissa avvikelser eller att mildra konsekvenserna av en eventuell olycka. Det är önskvärt att upptäcka avvikelserna vid ett så tidigt skede som möjligt och försöka korrigera dem. Det är inte förbjudet att föreslå fler än en åtgärd för varje avvikelse, det är snarare att föredra då den som ska vidta åtgärderna tillåts att prioritera.

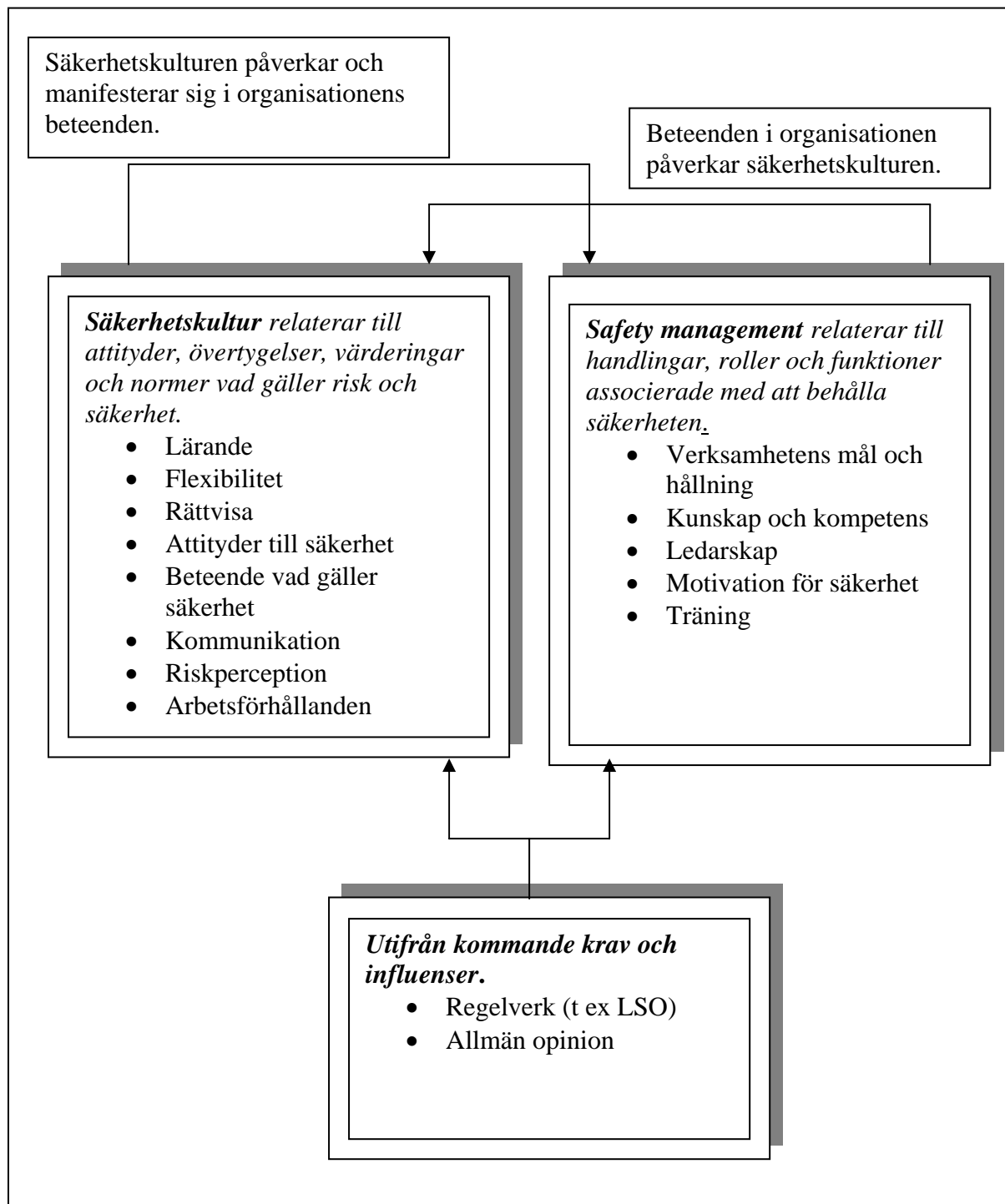
2.2. Grundläggande teori bakom lärande och säkerhetskultur

2.2.1. Säkerhetskultur

”En organisations säkerhetskultur är summan av individers och grupperas värderingar, attityder, kompetens och beteendemönster som tillsammans bestämmer engagemanget i, utformningen av och kvaliteten på en organisations program för säkerhet och hälsa.”(Akselsson, 2004)

Det finns tre olika sätt att dela in organisationer när det gäller deras säkerhetsarbete. Den första typen av organisationer kallas för **patologiska**, de förnekar helt att det existerar några problem och vidtar därför inga åtgärder. Anställda som klagar på säkerheten anses vara förrädare. Under hösten 2005 så sparkades en anställd på företaget Connex för att denne hade klagat på säkerheten på företagets tunnelbanevagnar (Sveriges Radio Ekot, 2005-09-05, 06.30). **Byråkratiska** organisationer är medvetna om och erkänner de problem med säkerheten som finns inom organisationen. Åtgärder vidtas för att motverka de specifika problemen men inga åtgärder vidtas för att förebygga att liknande problem ska inträffa i framtiden. Den tredje typen av organisationer kallas för **generativa**, dessa organisationer arbetar proaktivt för att undvika att säkerhetsrisker uppstår. Problemen undersöks ur ett bredare perspektiv och det genomförs grundläggande förändringar inom organisationen för att åtgärda problemen samt att förebygga att andra typer av problem uppstår.

Begreppet säkerhetskultur infattar flera olika komponenter. Figuren nedan (figur 2.4) ger en bild av hur säkerhetskulturen hos en verksamhet hänger ihop med säkerhetshandlingen och krav som kommer utifrån. Figuren visar även några komponenter som ingår i en organisation med god säkerhetskultur.



Figur 2.4 Modell av säkerhetskultur i en verksamhet och dess relation till verksamhetens safety management samt utifrån kommande krav och influenser (Ek, 2004, något ändrad för att passa bättre in på räddningstjänsten).

2.2.2. Lärande

Den nya lagen 2003:778 ställer krav på att räddningstjänsten utvärderar och tar lärdom av sina misstag allt för att skapa ett tryggare samhälle och en säkrare arbetsplats för dem som jobbar inom räddningstjänsten.

”En lärande organisation är en organisation som har och använder mekanismer som kontinuerligt ökar organisationens förmåga att förbättra sig. Viktiga egenskaper hos en lärande organisation är att

- *Den är adaptiv gentemot den miljö den verkar i.*
- *Den kontinuerligt förbättrar sin förmåga att förändras/adaptera.*
- *Den utvecklar kollektivet såväl som individuellt lärande”.*

(Akselsson, 2004)

Lärande kan ske på olika kompletterande sätt; antingen genom reaktiva metoder som rapportering av olyckor och tillbud eller genom att vidta proaktiva åtgärder så som riskanalyser, träning, revisioner eller forskning. Problemet med de reaktiva metoderna är att helhetsperspektivet inte blir lika tydligt som vid de proaktiva metoderna.

Olika typer av insatser kräver olika typer av riskhanteringsstrategier:

1. Frekventa småskaliga olyckor	⇒	Statistik
2. Medelstora olyckor	⇒	Lärande
3. Katastrofer	⇒	Proaktiv analys

2.2.3. Lära sig att lära

Hur kan personer inom en organisation bli bättre på att själva lära sig att lära? Inom sjukvården finns det ett nätverk av teorier som kallas för The New Look. Detta är ett resultat av forskning på hur komplexa system felar och hur människor bidrar till att öka säkerheten. Forskningen har bedrivits i mer än tjugo år och har inriktat sig främst mot hur komplexa system beter sig, vilken effekt teknologisk utrustning har på systemen, olyckans natur och hur människor reagerar vid olyckor. Syftet med metoden (nätverket) är att få ett verktyg så att människor kan lära sig att lära sig om säkerhet (Cook, 1998). Följande observationer har kommit från platsbesök liknande de som har genomförts i denna studie på Malmö brandkår. Observationerna är självklart mer omfattande och har utförts under två års tid.

Nedan följer rubrikerna över de slutsatser som drogs efter studien (ibid.):

- Att lära sig om säkerhet är inte något som sker kontinuerligt utan sker oftast efter olyckor eller tillbud.
- För att kunna lära sig något nytt så behöver erfarenheterna om hur t ex ett system fungerar skilja sig från hur man tror att det ska fungera.
- Alla personer förväntas inte lära sig samtidigt, detta bör man ta hänsyn till i större organisationer.
- I vilken ordning personer lär sig beror på vilka tidigare erfarenheter de har.

- Att en person har tagit lärdom om något innebär inte nödvändigtvis att denne uppskattar konsekvenserna av den nya kunskapen.
- Den nya kunskapen om säkerhet är inte permanent utan måste ständigt förnyas.
- För att få vissa kunskaper om säkerhet så krävs det att personerna som skall lära sig har varit med vid olyckor och tillbud. Detta för att det är svårt att förmedla vissa erfarenheter. Det kan också vara nödvändigt med en viss distans för att kunna reflektera över erfarenheterna.
- För att kunna dra lärdom av en olycka så behöver hela sanningen om olyckan komma fram inte bara den första versionen.
- Lärande om säkerhet blottar de delar av organisationen som utsätts för organisatorisk stress.
- Slutsatsen blir att säkerhet skapas av personer (ibid.).

2.2.4. Hur en rapporterad kultur skapas

Hur får man personer inom en organisation att rapportera olyckor eller händelser som kunde ha lett till olyckor?

Problematiken med att få till en rapporteringskultur inom organisationen grundar sig i att personer inte gärna erkänner sina misstag och fel. Även om incidenterna inte beror på mänskliga fel är det svårt för enstaka individer att se nyttan av att rapportera om incidenten. Speciellt svårt är det om rapportören anser att det är liten sannolikheten för att det vidtas några åtgärder från ledningen. Ett annat problem kan vara att informatören tror att hon/han ska bli beskydd för att vara ansvarig för incidenten och därför tycker det är säkrast att inte säga något (Reason, 1997). Reason har i sin rapport sammanfattat det viktigaste ur två rapporteringssystem utvecklade inom flygväsendet. Sammanfattningsvis vill Reason belysa fem faktorer som bidrar till en god rapporteringsmiljö:

1. Vidta åtgärder för att få bort bestraffning vid rapportering.
2. Rapportörerna måste kunna få vara anonyma.
3. Separera utvärderingsavdelningen från de personer som kan vidta disciplinära åtgärder.
4. Snabb och användbar återkoppling till rapportören.
5. Det ska vara lätt att rapportera (ibid.).

För att få en bra säkerhetskultur måste rädslan för att fela försvinna. De anställda måste våga gå till chefen, för det är farligt om de anställda försöker rätta till sina egna misstag.

Olika typer av belöningssystem för de som rapporterar om incidenter kan också vara ett bra sätt att öka rapporteringsfrekvensen. Företaget Gambro har på sin fabrik i Lund belönat sina anställda med trisslotter varje gång de har lämnat in en incidentrapport (Hanner et al, 2004).

2.2.5. Straffa eller ta lärdom av misslyckande

Mänskliga fel är inte orsaken till misslyckande, men ett tecken på misslyckande. Mänskliga fel bör vara starten på en utredning inte slutsatsen. Säkerhet skapas genom att förstå hur

människor skapar säkerhet. Istället för att söka anledningen till att människor felar bör man leta efter de mekanismer som leder till misslyckande. Detta för att undvika skuldbeläggning (Dekker, 2001).

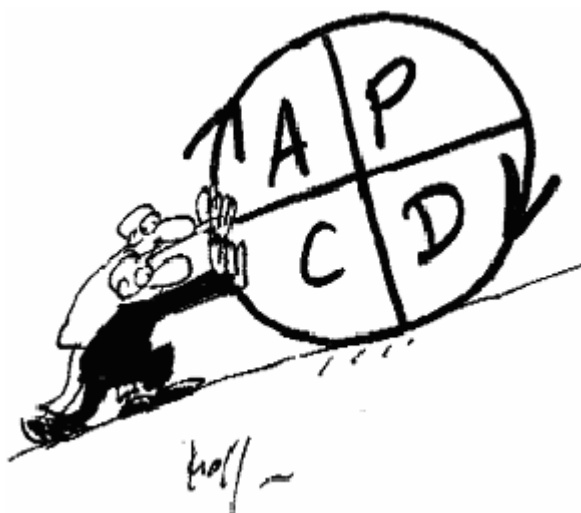
Grundtanken är att folk vill göra sitt bästa, men ändå begår misstag. Det är därför viktigt att systemet utformas så robust så att misstagen får så lindriga konsekvenser som möjligt.

2.3. Management genom ständig förbättring

2.3.1. Demings cirkel (PDCA-cykeln)

Demings cirkel eller PDCA-cykeln (figur 2.5) som den också kallas är en metod som hjälper en organisation eller person att ständigt jobba med åtgärder som leder till förbättring. Metoden kan ses som en typ av checklista som leder organisationen genom arbetet från det att ett problem uppstår till dess att problemet är löst (HCi, 2005-11-29). I den lärande processen ingår fyra olika faser (Akselsson, 2004):

Planera (Plan)	Gör en nulägesanalys Vad är målet? Hur uppnås målet?
Genomför (Do)	Tilldela resurser Informera och utbilda Genomför
Kontrollera (Check)	Hur har arbetet gått hittills? Har målet nåtts?
Agera (Act)	Utvärdera Korrigera Standardisera



Figur 2.5 PDCA-cykeln (Kroll © Heinz-Werner Engel, Bryssel)

De olika faserna behöver inte nödvändigtvis utföras i den ordning som de listas i ovan. Det kan tvärtom finnas fördelar med att t ex köra Do och Check parallellt så att brister i utförandet upptäcks så tidigt som möjligt. Tidsåtgången för de olika faserna kan också variera från tillfälle till tillfälle. Det viktigaste med metoden är att vid en förändring inte utelämnas någon fas. Organisationer som försöker ta genvägar och exempelvis enbart jobba efter en *plan-do-plan-do-modell* riskerar att upprepa samma misstag (Frid, 1997).

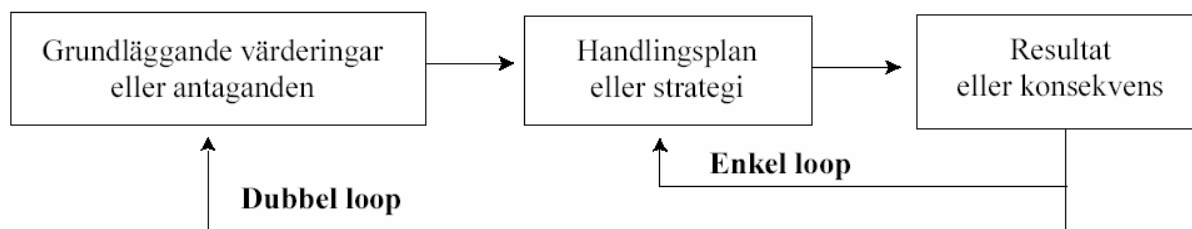
2.3.2. Double loop learning

Double loop learning (DLL) är en metod som säkerställer att den lärdom som exempelvis dras efter en olycka sprids ut i organisationen istället för att som vid motsatsen *Single loop learning* stanna vid de personer som bevittnade olyckan (Se figur 2.6).

Vid DLL så inhämtas information av en central aktör som utvärderar informationen och sedan sprider den ut i organisationen (Argyris, 1977). DLL påverkar styrande variabler på en hög organisatorisk nivå (Akselsson, 2004).

För att metoden ska fungera effektivt inom en organisation är det dock viktigt att organisationen kan vara självkritisk och ärlig mot sig själv. Det är vanligt att företag och

andra organisationer är ovetande om de barriärer som hindrar företaget/organisationen från att få *double loop learning* metoden att fungera tillfredställande (Argyris, 1977).



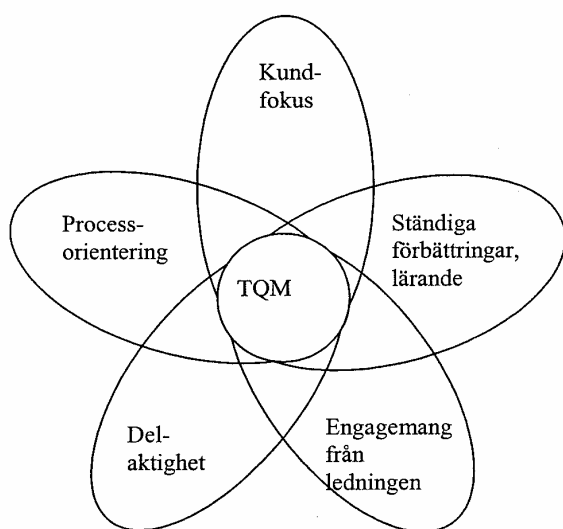
Figur 2.6 Argyris modell för lärande visar hur DLL involverar styrande nivåer, till skillnad från SLL som bara involverar nivån ovanför (Smith, 2001)

När en organisation ifrågasätter sitt arbete och på något sätt förändrar sina grundläggande värderingar eller antaganden gör de vad som kallas en dubbel loop. Detta är alltså resultatet av att ifrågasätta huruvida de gör rätt saker. Om de istället funderar över om de gör saker rätt så innebär det att de gör en enkel loop (Tranqvist, 2004).

2.3.3. Total Quality Management

"TQM är att skapa en genuint kundfokuserad organisation som ständigt jobbar med förbättringar på ett medvetet och offensivt sätt med allas delaktighet. Den viktigaste metoden för att skapa nöjda kunder och se nya förbättringsmöjligheter är processorienteringen. Drivande är de stödjande ledarna" (Frid, 1997).

Total quality management är framtaget i första hand utifrån ett företagsperspektiv. Metoden går dock att anpassa och implementera på en offentlig verksamhet så som räddningstjänsten. Kunden i Malmö brandkårs fall är allmänheten och benämns internt under smeknamnet Greta. Kundfokusering blir i detta fall det samma som säkerhetsfokusering och blir en del i den



Figur 2.7 TQM-metoden kan beskrivas utifrån dess fem stöttepelare och mitten skal i ideala förhållanden fungera som en PDCA-cykel (Akselsson, 2005).

kvalitetssäkring som utvärderingarna medför. Akselsson (2004) har anpassat TQM-metoden till ett säkerhetsperspektiv där metoden består av fem stöttepelare (Se figur 2.7).

Säkerhetsfokuseringen kan ses dels som ökad säkerhet för den egna personalen och dels som ökad säkerhet för allmänheten, miljön och samhället. En aktivt engagerad ledning är en förutsättning för att arbetet med kvalitetssäkring skall komma igång och sprida sig ner i organisationen. Det i sin tur bidrar till att skapa en känsla av delaktighet på alla nivåer. Med processorienteringen menas att kommunikationerna mellan olika avdelningar inom organisationen måste fungera tillfredställande. Slutligen är det viktigt att trycka på att organisationen

ständigt ska sträva efter förbättring och ständigt lärande, det inkluderar kontinuerlig återkoppling och lärande från tidigare insatser (Akselsson, 2004).

2.3.4. Benchmarking

Ordet *benchmarking* kommer ursprungligen från en engelsk term använd av lantmätare, där *benchmark* syftar till en referenspunkt i terrängen som andra punkter relateras till. Enkelt



Figur 2.8 Visar en modell för Benchmarking framtagen av Institutet för Kvalitetsutveckling (ibid.).

uttryckt är det ett sätt för en person eller organisation att lära sig av andras erfarenheter. Benchmarking kan gå till på en rad olika sätt men det finns vissa grundläggande element som ingår i alla typer av benchmarkingmetoder (Institutet för kvalitetsutveckling, 2005-11-30). Institutet för kvalitetsutveckling har en metod (Se figur 2.8) som innehåller dessa element. Benchmarking kan ske både företagsinternt som företagsexternt. Det är lätt att förstå att det kan uppstå svårigheter med att ta efter företag inom andra branscher, men det finns också exempel på när det har fungerat bra. Ett exempel är ett amerikanskt företag som tillverkade hylsor till gevärskulor tåligare och blankare efter att ha tagit lärdom från ett företag som **tillverkar hylsor för läppstift. Företagsintern benchmarking syftar till att olika avdelningar inom en organisation tar lärdom av varandra (Frid, 1997).**

2.4. Intervjumetodik

2.4.1. Utformning av intervjufrågor

Intervjuer kan genomföras antingen med hjälp av strukturerade frågor eller ostrukturerade frågor. Båda metoderna har för- och nackdelar. Strukturerade frågor är lättare att jämföra och sammanställa till statistik. Intervjuerna blir dock inte lika flexibla och kan därför inte anpassas under gång. Problemet med ostrukturerade frågor är att intervjuaren får för stor påverkan på resultatet. Valet av frågor och följdfrågor har betydelse för vilken riktning intervjun tar. Sättet som frågorna ställs på påverkar vanligtvis svaret. Det är viktigt att intervjuaren formulerar sina frågor så att de inte blir ledande. Viktigt att tänka på för den som genomför intervjun är att hela tiden tänka på om syftet med intervjun uppfylls. Ett annat sätt att förbereda frågor till en intervju kan vara att blanda strukturerade och ostrukturerade frågor.

Utöver att vara strukturerade eller ostrukturerade så kan intervjufrågor även vara bundna eller obundna. En bunden fråga innebär att respondenten får ett antal svarsalternativ, denna typ av frågor är vanliga i enkäter. Fördelen med bundna frågor, är likt de strukturerade, att de är lättare att jämföra med varandra och kan därmed lättare omvandlas till statistik. Ett problem är dock om inget av svarsalternativen stämmer överens med vad respondenten tycker. Risken finns då att respondenten svarar något som inte stämmer överens med vad denne egentligen tycker. Svarsalternativen styr alltså utgången av intervjun, viktigt är alltså att alla olika typer av svarsalternativ finns med. Den obundna frågan ger istället mer frihet till respondenten och tillåter mer uttömmande svar och möjligheten att lägga in egna åsikter och personliga vinklingar (Ejvegård, 2003).

Nedan följer en sammanfattning av syftet bakom några olika intervjumetoder:

Strukturerade frågor

Frågor ställs i en förbestämd följd med bestämda svarsalternativ. Informationen används i en kvantitativ analys. Här söks respondentens upplevelse av kvaliteter.

Halvstrukturerade frågor

Frågor ställs i en bestämd följd men med en delvis öppen form. Informationen kan användas både till kvalitativa och kvantitativa analyser. Här söks respondentens upplevelse av kvaliteter och kvantiteter.

Öppna frågor

Här söks respondentens upplevelse av en företeelses kvaliteter och relevans. Följdfrågor kan ställas för att ytterligare belysa områden som respondenten tycker är intressanta. Denna typ av frågor lämpar sig väl för en kvalitativ analys.

Riktat öppna frågor

Här söks respondentens upplevelse av en företeelses kvaliteter. Personen som intervjuar väljer följdfrågor och kan på så sätt styra intervjun dit han/hon vill. Denna typ av frågor lämpar sig väl för en kvalitativ analys (Lantz, 1993).

Intervjuerna som genomfördes i denna studie genomfördes med riktat öppna frågor.

2.4.2. Genomförande av intervju

2.4.2.1. Hjälpmedel

De två vanligaste hjälpmedlen är anteckningsblock och diktafon. Som vanligt finns det för- och nackdelar med båda. Om intervjuaren är själv kan det vara svårt att hinna med att skriva utan att respondenten ska bli otålig av att behöva vänta. Då är diktafon att föredra. Nackdelen med diktafon är att människor blir försiktigare när de vet att de spelas in på band. De kan då inte komma i efterhand och förneka något som de sade och skylla på att intervjuaren har vinklat sanningen. Ett annat problem med diktafon är att det är väldigt tidskrävande och enerverande att sitta och lyssna igenom hela intervjun. Med anteckningsblock bör dock materialet bearbetas omgående medan intervjun ligger färsk i minnet (Ejvegård, 2003).

2.4.2.2. Intervjuarens påverkan på respondenten

Det är viktigt att intervjuaren under hela intervjun kan bibehålla en neutral ställning till ämnet som behandlas. Detta är viktigt så att inte frågorna blir ledande och respondenten får möjlighet att uttrycka sig utan att bli dömd för sina åsikter. Respondenten skall om tillfrågad efter intervjun inte kunna avgöra om intervjuaren vara positivt eller negativt inställd till ämnet. Neutraliteten bör även klargöras innan intervjun påbörjas.

Intervjuaren får ej vara stressad under intervjun då detta kan leda till att respondenten huvudsakligen inriktar sina svar på att vara korta och snabba. Detta istället för att få chansen att förklara vad hon/han egentligen tycker (ibid.).

3. Empiri

3.1. Nulägesanalys

Efter tiden på Malmö brandkår så är författarens bedömning att Malmö brandkår tar uppgiften med insatsutvärdering på allvar och har kommit en bra bit på vägen. Malmö brandkår har redan idag en metod för utvärdering som täcker upp de krav som finns i lagstiftningen. Ambitionen hos Malmö brandkår är dock att göra lite mer än vad som krävs.

3.1.1. Självskattningsmall

I juni 2005 implementerades en metod med en självskattningsmall ([Se bilaga 8](#)) på prov. Testperioden varade från juni till november 2005. Metoden med en självskattningsmall fungerar som en kombination av strukturerad frågelista och checklista ([Se bilaga 8](#)) och är framtagen med avsikt att täcka de områden som den nya lagen ställer krav på. Enligt kriterierna, som formulerades om i samband med utvärderingen av testperioden, så skall självskattningsmallen fyllas i vid alla insatser som kräver ledningsnivå 2 och 3. I övrigt skall också insatser där organisationen kan dra lärdom utvärderas med hjälp av självskattningsmallen. Självskattningsmallen placeras när den är färdig på intranätet OPUS (Operativ Utredning och Sammanställning), där kan samtliga berörda komma åt informationen. Syftet med självskattningsmallen är att räddningsledaren ska kunna utvärdera hur ledningsfunktionen fungerade under insatsen. Utvärdering kan antingen genomföras själv eller i grupp för att få med lagets åsikter. Tanken är att den lärdom som fås genom utvärderingarna under nästa år skall samlas i ett analysorgan för att sedan spridas ut i organisationen.

Tidigare system med insatsrapporter har fungerat väl. Dels de enklare insatsrapporterna som fylls i efter varje avslutad insats, dels de fördjupade insatsrapporterna som fylls i efter varje nivå 3 insats. Dessa rapporter publiceras på intranätet för att senare förmedlas vidare till Räddningsverket.

3.2. Observationer och platsbesök

Den viktigaste källan till information i denna rapport kommer från de observationer som gjordes under platsbesöket på Malmö brandkår som varade från Sep.– Nov. 2005. Taktiken för att inhämta information skiftade under platsbesöket. Till att börja med lades mest energi på att smälta in i den homogena gruppen bestående av brandmän och deras förmän. Efter att ha följt olika skift under några veckors tid visade det sig att de som satt på den viktigaste rollen när det gäller utvärderingsarbetet är insatscheferna. Den följande tiden koncentrerades arbetet mot att undersöka hur olika befäl kände inför de nya arbetsuppgifterna med insatsutvärdering. Det bör dock nämnas att den första tiden med de olika skiften inte var bortkastad tid. Det är viktigt att förstå förhållandet mellan skiften och insatscheferna då en stor vikt läggs på utvärdering av kommunikation, ledarskap och ordergivning. De båda sidorna upplever även incidenter och agerande olika. Författaren uppmärksammade hur brandmännen ofta skyllde på felaktiga order medan befälen skyllde på att vissa saker måste kunna förväntas att brandmännen klarar utan att det förklaras exakt hur det skall genomföras. Lämpligt nog så visade det sig att platsbesöket låg under en testperiod för Malmö brandkårs nya utvärderingsmetod. Testperioden av den nya insatsutvärderingen (självskattningsmallen) varade under tiden juni till november 2005. Författaren satt också med i den

utvärderingsgrupp som utvärderade resultatet och lade fram förslag på förändringar inför 2006 då metoden skall implementeras på allvar. Utvärderingsarbetet gav ovärderlig information då författaren fick ta del av feedback från sex månaders försök med en metod som mycket väl skulle kunna fungera på ett nationellt plan som insatsutvärderingsmetod. Malmö brandkår har visat sig vara ett mycket bra val av räddningstjänst att utföra platsbesöket på eftersom de ligger i framkant av implementeringsarbetet av en ny utvärderingsmetod och står liksom flera andra räddningstjänster inför stora förändringar då de är på väg att bilda ett nytt förbund tillsammans med ett flertal grannkommuner. Inträdandet i det nya förbundet medför att det kommer att finnas möjlighet att få feedback på hur de andra kommunerna i förbundet ställer sig till Malmös metod och hur väl den passar på en mindre räddningstjänst.

3.3. Genomförande av intervjuer

Till att börja med undersöktes vilka personer inom organisationen som utförde flest utvärderingar. Genom att läsa igenom alla utvärderingar som har genomförts med den nya självskattningsmallen samt en stor mängd av tidigare utvärderingar fick författaren en bra bild över vilka personer som var lämpliga intervjuobjekt. De personer som sitter med i gruppen som har haft som ansvar att utveckla utvärderingsmetoden har inte intervjuats. Detta för att få en objektiv syn på hur det har fungerat och för att undersöka vilka önskemål som finns. Därefter fastställdes målen med intervjuerna. Vilka frågor krävde svar? Under intervjuerna sammanfattade författaren svaren med hjälp av papper och penna det är anledningen till att följdfrågorna inte är redovisade.

Nedan följer en motivering till valet av frågor i intervjuerna:

1. *Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?*

Första frågan ställdes för att se om det hade märkts av någon som helst förändring. Om inte så skulle det vara oroväckande.

2. *Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?*

Denna fråga ställdes för att kontrollera att räddningsledaren ansvarar för att utvärderingen blir genomförd.

3. *Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som händer under insatsen?*

Det har kommit på tal att använda diktafoner under insatser som ett hjälpmedel för insatsledaren att komma ihåg händelser korrekt. Frågan är avsedd för att få indikationer på inställningen till ny teknik som kan främja insatsutvärderingen.

4. *Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?*

Är befälen medvetna om att det flesta mänskliga fel kan undvikas genom organisatoriska åtgärder? Hur sköter befälen skuldfrågan, försöker befälen se anledningen till att felen uppstod eller gör man det enkelt för sig och skyller på mänskliga faktorn.

5. *Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?*

Behöver den framtida metoden innehålla hjälpmedel för hur kreativ kritik skall framföras?

6. *Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?*

Upplevs nyttan av utvärderingar eller är det bara onödigt pappersarbete?

7. *Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?*

Det viktigaste är att de som ska utföra utvärderingarna tycker att metoden är effektiv.

8. *Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?*

Behövs det mer resurser? Upplevs utvärdering som en belastning?

9. *Vad har varit sämst/bäst med självskattningsmallen?*

Vilka erfarenheter kan dras från det utvärderingsarbete som har utförts med självskattningsmallen.

10. *Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?*

Vilka ändringar behöver genomföras för att få ut informationen i organisationen?

3.4. Sammanställning av intervjusvar

Frågorna som ställdes ledde fram till kvalitativa svar vilket innebär att det inte går att få ut något direkt statistiskt material. I sammanställningen framgår inte vilka följdfrågor som ställdes. I bilaga 1-7 finns sammanfattningar av de enskilda intervjuerna.

Nedan följer kontentan av det som framkom vid intervjuerna:

1. *Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?*

Svaret på frågan blev ganska väntat att det här med den nya självskattningsmallen var den stora nyheten.

2. *Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?*

På den här frågan var respondenterna på det klara med att det var räddningsledaren som ansvarar för att det genomförs en insatsutvärdering.

3. *Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som hände under insatsen?*

Här var svaren mer varierande, vissa använde anteckningsblock, vissa använde sig inte av hjälpmedel. Om det tog lång tid mellan utvärderingen och insatsen så var det någon som tog fram insatsrapporten för att påminna sig om vad som hände.

4. *Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?*

Till att börja med var det få som tyckte att det förekom fel, vilket är farligt för det tyder på att felen ignoreras eller förträngs. Troligen förekommer det fler fel än vad respondenten är villig att erkänna. Anledningarna till felen var sedan varierande och det gick inte att finna någon konsensus.

5. *Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?*

Svaren varierade, men det verkade som om de flesta hade goda intentioner eller ville i alla fall ge sken av det.

6. *Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?*

Nästan alla respondenterna såg nyttan med utvärderingarna, en person tyckte bara att det medförde onödigt pappersarbete och att utvärderingarna kunde lösas muntligt istället.

7. *Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?*

De flesta ville slippa dubbelt arbete och tyckte idén med att koppla ihop insatsrapporten med insatsutvärderingen lät som en bra idé. Det kom också fram klagomål på att mallen kändes för omfattande ibland, särskilt vid små rutinmässiga nivå 2 larm.

8. *Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?*

Här var det blandad pott vissa skyller på tidsbrist andra tycker att det är en dålig ursäkt. Den generella inställningen är dock att det inte är kul med pappersarbete och därför tycker vissa att de borde få bättre betalt om de ska utföra ännu mer pappersarbete...

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningssmallen?

Varierande svar, vissa tyckte sig vara för dåligt insatta och att de hade gjort för få utvärderingar för att yttra sig i frågan. Andra tyckte det blev mycket dubbelarbete med insatsrapport, fördjupad insatsrapport och insatsutvärdering. Skattningssystemet med betygsättning från 1-5 ifrågasattes. Användandet av självskattningssmallen som checklista var bra.

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?

Tidsbristen i relation till hur mycket det ger gör att få läser andras utvärderingar.

4. Analys och utvärdering

Vissa av de olika teorier som beskrevs i kapitel 2 är på olika sätt redan en del av det arbete som utförs för att kvalitetssäkra och förbättra organisationen inom Malmö brandkår.

Metoden med *PDCA-cykeln* ligger till exempel redan till grund för deras sätt att kvalitetssäkra och kontrollera att brister åtgärdas. Insatsutvärdering kan kopplas till kontrollfasen i *PDCA-cykeln* och förhoppningsvis inser Malmö brandkår att övriga faser är lika viktiga för att nå ett gott resultat.

Spridningen av information har fram till idag inte fungerat väl. Nyligen tillsattes en ny tjänst inom Malmö brandkår som ansvarar för att analysera, sammanställa och sprida information inom organisationen. Detta är ett utmärkt sätt att implementera *Double loop learning* genom att se till att informationen först centraliseras för att sedan spridas ut i organisationen. På detta sätt får många fler ta del av den lärdom som annars hade stannat på lokal nivå. På lång sikt kan denna analysfunktion även bidra med sammanställd information till ett nationellt organ som NCO som i sin tur skulle kunna sprida informationen vidare till andra delar av svensk räddningstjänst.

Idag finns en arbetsgrupp på Malmö brandkår som jobbar med en metod för att skapa ett ökat mervärde för allmänheten. Det går ut på att räddningstjänsten efter avslutad insats kan hjälpa offer med att till exempel komma i kontakt med försäkringsbolag, hantverkare eller dylikt. Paralleller kan dras mellan arbetet med att skapa ett mervärde för allmänheten och arbetet med säkerhetsfokusering för kunden i *TQM-metoden*. Det är ytterligare ett sätt att öka kvalitén och servicetänkandet inom organisationen.

Slutligen är ett av syftena med insatsutvärdering att olika delar inom en räddningstjänst ska kunna lära sig av bra förebilder inom den egna räddningstjänsten och andra räddningstjänster i Sverige. I framtiden kan förhoppningsvis *benchmarkingmetoden* fungera så pass väl att olika delar av kris- och katastrofhanteringsorgan inom Sverige ska kunna ta lärdom av varandra på ett effektivare sätt än idag.

Dagens metod med en självskattningsmall ([Se bilaga 8](#)) som används för att utvärdera insatsen har goda möjligheter att fungera väl om det vidtas en del åtgärder. I samband med utvärderingen av testperioden av självskattningsmallen (juni-nov 2005) framkom följande förslag:

- Efter årsskiftet måste metoden förankras i organisationen så att berörda befäl blir på det klara med de krav som ställs och syftet med utvärdering.
- Sekretessfrågan måste lösas så att utvärderarna inte blir rädda för att hängas ut till press och allmänhet.
- Ursprungligen var syftet med självskattningsmallen att endast utvärdera ledningsfunktioner på skadeplatsen, men fortsättningsvis bör utvärderingen även omfatta teknik och metod för insatsen i helhet.
- Räddningsledaren skall fortsättningsvis ansvara för att det vidtas adekvata insatser (övningar eller utbildningar) för att bidra till förbättring inom organisationen enligt de synpunkter och erfarenheter som framkommit i insatsutvärderingen.
- Kriterierna för att genomföra utvärdering är enligt följande text:
Samtliga insatser som kräver ledningsnivå 2 eller högre, samt insatser där organisationen kan dra lärdom av det inträffade, skall utvärderas med hjälp av utvärderingsmallen och dokumenteras på OPUS.
- Nivåskattningen bör vara kvar i nuvarande formulering (1-5). Nivåerna skall dock inte kopplas till någon form av betyg typ godkänt/icke godkänt då det kan leda till att alla

utvärderingar fylls i som godkända och då inte leder till något lärande, vilket är syftet med utvärderingarna.

- Den nuvarande rutinen att en *Fördjupad insatsrapport* skall ifyllas vid alla nivå 3 larm bör bibehållas. Det är dock lämpligt att utvärdering fylls i samtidigt så att onödigt dubbelarbete undviks. Eventuellt kan vissa punkter i utvärderingen strykas då de ingår i den *Fördjupade insatsrapporten*.

4.1. Barriäranalys

Huvudsyftet med denna förstudie var att undersöka vilka barriärer som hindrar eller försvårar arbetet med insatsutvärdering. Nedan listas en sammanställning av de barriärer som har störst påverkan på kvantitet och kvalitet.

Tid	I vissa lägen, i synnerhet om ett larm inträffar i slutet av ett skift, så uppfattas utvärderingarna som tidskrävande och detta kan leda till att utvärderingen uteblir eller att den fylls i slarvigt.
Motivation	Ibland uppfattas utvärderingarna som meningslösa. Detta kan bero på att återkopplingen inte har existerat eller att den varit otydlig. Det är viktigt att den ansvarige räddningsledaren har klart för sig varför han/hon gör utvärderingen och vilka åtgärder som ska vidtas efter att slutsatser om brister har dragits. Det måste upprepas om och om igen varför utvärdering är nödvändig.
Kunskap	Det har framkommit under platsbesöket att befälen känner att de inte har tillräckliga skrivkunskaper för att föra fram vissa budskap på ett riktigt sätt utan att det missförstås. Missförstånd kan bli särskilt jobbiga om kritiken finns på pränt.
Rutin	Det har bara gått ett år sen den nya lagen trädde i kraft. Det innebär att det här med utvärderingar fortfarande är nytt och känns jobbigt för många. I början bör det utföras utvärderingar av utvärderingsarbetet frekvent så att problem fångas upp och löses på ett tidigt stadium.
Riktlinjer och kriterier	Om kriterierna för när insatsutvärderingar skall genomföras är otydliga så är det stor risk att utvärderingarna inte utförs. Det är därför viktigt att ledningen är tydlig och att det finns klara riktlinjer för vad som skall göras och när.
Omfattning	Det största klagomålet som framkom under intervjuer och platsbesök var att utvärderingen kändes alldeles för omfattande i vissa lägen. Här är det viktigt att utvärderarna får lämplig utbildning i hur omfattande svaren behöver vara samt vilka delar av utvärderingsmallen som behöver fyllas i och när. Det är också viktigt att en utvärderingsmetod används som är så effektiv som möjligt.
Generationsskillnader	Den äldre generationen är oftast mer konservativ i sin inställning till förändringar och förnyelse, framför allt om det innebär mer

pappersarbete. Mer tid framför datorn och mindre tid på fältet. Den äldre generationen är heller inte lika van vid att sitta och producera en massa text på en dator. Detta bör tas hänsyn till vid utvecklandet av utvärderingsmetoder.

Rädsla

Det finns en rädsla för att erkänna sina misstag särskilt om utvärderingarna blir offentliga handlingar.

4.2. Jämförelser och reflektioner

Den som ansvarar för utvärderingen bör ha ett MTO-perspektiv på utvärderingen. MTO är en förkortning för *Människa, Teknik och Organisation*. Orsaker till att det går fel under en insats kan bero på alla dessa tre komponenter var för sig eller alla tillsammans. För att få grepp om vilka orsaker, eller vilka samband mellan orsaker, som har lett fram till en incident måste ett brett angreppssätt användas. Detta innebär att man systematiskt går igenom alla delar för att få en väl genomarbetad utvärdering.

4.2.1. Reflektioner kring nulägesanalys

I uppstartningskedet av den nya utvärderingsmetoden fanns det vissa tekniska problem. Detta medförde att alla räddningsledare inte genomförde utvärderingar i den utsträckning som det var tänkt. När systemet med OPUS har tagit sig förbi sina barnsjukdomar och personalen är införd med kraven på utvärdering finns det goda möjligheter för att metoden skall fungera tillfredställande.

Idag är utvärdering inom Malmö brandkår en reaktiv metod för lärande. Lärdom tas av vad som har gått fel och i vissa fall vidtas åtgärder för att undvika att dessa fel begås igen. I viss mån redogör Malmö brandkår för vilka åtgärder som har vidtagits, bl. a. i forum på intranätet, men det finns ingen utarbetad rutin för återkoppling av åtgärder som vidtagits.

I vissa avseenden är dock organisationen proaktiv. Räddningstjänsten har alltid vara känd för att öva mycket för att på så sätt vara så väl förberedda som möjligt. Erfarenheter pekar på vilka typer av olyckor som det är troligt att räddningstjänsten kommer att ställas inför i framtiden. Räddningstjänsten strävar efter att vara beredda på det oväntade.

De olika typerna av riskhanteringsstrategier bör uppmärksammas i samband med insatsutvärderingar. Eftersom stora katastrofer inträffar sällan får man inget underlag för statistik och situationen kan vara en helt annan vid nästa stora katastrof. Därför är det av största vikt att erfarenheterna från stora olyckor sammankopplas med riskanalyser som utförs på riskobjekt inom kommunen

5. Resultat

Syftet med studien har varit att sammanställa en kravbild för metoder som kan lämpa sig för utvärdering av insatser och olyckor. Kravbilden bygger på en detaljerad inventering av räddningspersonalens förutsättningar och begränsningar. Kravbilden bör ge en bra bild av vilka begränsningar och psykologiska barriärer som kan motverka arbetet med utvärdering på landets räddningstjänster i allmänhet och på Malmö brandkår i synnerhet. Barriäranalysen i [4.1](#) ligger till grund för kravbilden och bör ses som en del av resultatet eftersom det är viktigt att hänsyn tas till de bakomliggande barriärerna då de måste bekämpas för att få ett effektivare utvärderingsarbete.

5.1. *Kravbild*

- Det får inte bli en för tung belastning att genomföra utvärderingen. Om så blir fallet kommer kvalitén på utvärderingen inte att bli bra och missar därmed sitt syfte.
- För att effektivisera efterarbetet efter avslutad insats borde det skapas en möjlighet att kopiera in material från insatsrapporten till självskattningsmallen. Detta för att slippa skriva allt flera gånger.
- Det behövs hjälpande frågor till utvärderaren som hjälper denne att framföra kreativ kritik.
- Det behövs strikta riktlinjer för när insatsutvärdering skall genomföras.
- Tydliga rutiner och en väl fungerande organisation för var insatsutvärderingarna ska placeras för att alla skall vara samlade på ett och samma ställe, lättåtkomligt för alla intresserade inom organisationen.
- Kontroll av uppföljningen där det kontrolleras att slutsatserna om åtgärder för att nå en förbättring har vidtagits.
- Ett ytterligare förtydligande av de erfarenheter som har gjorts i samband med utvärderingen av insats. Satsa mer på att ta fram åtgärder istället för att söka fel.
- Utvärderingsresultaten borde inte vara offentliga, detta för att våga vara självkritisk.
- Ett annat alternativ för att få personer att våga vara mer självkritiska är att försöka aidentifiera erfarenheterna från utvärderingen.
- Det kan vara lämpligt att använda sig av externa utredare, framförallt vid större insatser där stora delar av organisationen är inblandad.
- En åtgärd för att effektivisera lärandet och sälla i informationsflödet är att tillsätta en person eller grupp som ansvarar för insamling och analys av samtliga utvärderingar. Slutsatser och sammanfattad information sänds sedan ut i organisationen eller upp till högre nationell nivå. På detta sätt behöver inte varje person sitta och fatta beslut om vad som är relevant information. Denna resurs borde minst kunna finnas inom varje förbund.
- De personer som kan bli ansvariga för framtida utvärderingar bör få lämplig utbildning i hur kritik bör framföras skriftligt för att bli konstruktiv och för att syftet med utvärderingarna uppfylls.

6. Avslutande kommentarer

I skrivande stund har det gått drygt ett år sedan kraven om utvärdering trädde i kraft. Landets räddningstjänster har kommit olika långt i sitt arbete med utvärderingsorganisationen. Denna förstudie innehåller en lokal utvärdering av hur arbetet har gått på Malmö brandkår. Det långsiktiga målet är att alla räddningstjänster i Sverige skall ha en fungerande utvärderingsorganisation där erfarenheter kan utbytas på ett nationellt plan. Utvecklandet av en lämplig metod som förhoppningsvis kan effektivisera arbetet hos landets räddningstjänster blir nästa steg i processen. Innan utvecklandet av en sådan metod sker måste det forskas mer inom området för att finna lokala skillnader samt för att få in fler kompetenser i utvecklandet av en framtida metod. Metoden måste kunna vara ett stöd för befäl och övriga utvärderare i förbättringsprocessen samt stödja utvärderarna i uppgiften med att leverera konstruktiv kritik.

Regeringen och dess organisation har fått massiv kritik i utvärderingen av hanterandet av Tsunamikatastrofen. En stor del av kritiken ligger i att regeringen tidigare ansvarat för landets krishantering vid svåra nationella katastrofer som Estonia, Backabranden och mordet på Olof Palme. Vid dessa tillfällen har det begåtts en rad misstag som har uppmärksammats i diverse utvärderingar. Problemet ligger inte i misstagen som har begåtts utan i det faktum att det har vidtagits för få åtgärder som förebygger att landet står lika lamslaget vid nästa katastrof. Detta är något som måste finnas med i tanken då utvärderingsmetoden utvecklas; det viktigaste är inte att hitta fel utan att hitta åtgärder.

7. Referenslista

Akselsson, Roland (2004) *Människa, teknik, organisation och riskhantering*. Institutionen för Designvetenskaper, Lunds tekniska högskola, Lund.

Argyris, Chris (1977) *Double Loop Learning in Organizations*. Johnson Graduate school of management, Cornell University, Ithaca, NY

Björklund, Maria & Paulsson, Ulf (2003) *Att skriva rapport*. Version 2.9. Teknisk logistik, Lunds tekniska högskola, Lund

Cook, Richard I. (1998) *Two Years Before the Mast: learning How to Learn about Patient Safety*. Cognitive Laboratory at the University of Chicago, Chicago, IL

Dekker, S W A (2001). *Disinheriting Fitts & Jones* 147. International Journal of Aviation Research and Development, 1(1), 7-18. Centre for Human Factors in Aviation, IKP. Linköpings tekniska högskola, Linköping.

Ejvegård, Rolf (2003) *Vetenskaplig metod*. Studentlitteratur. Lund

Ek, Åsa (2004) PM om *Säkerhetskultur "Herald of free enterprise förolyckas"*. Institutionen för designvetenskaper, Lunds tekniska högskola, Lund

Frid, Bisse (1997) *TQM – En introduktion*. Liber Ekonomi. Malmö.

Hanner Andreas, Jacobsson Anders et al. (2005) *MTO-projektarbete, Gambro*. Del i kursen MTO-R, Lunds Tekniska Högskola, Lund.

Kroll (okänt årtal)© Heinz-Werner Engel, Bryssel, hämtad från www.paeger-consulting.de 2005-11-29

Lantz, Annika (1993) *Intervjumetodik. Den professionellt genomförda intervjun*. Studentlitteratur. Lund.

Lindh, Johan (2005), *Fördjupad olycksundersökning av branden på Värmlandsvägen 393*, Stockholms brandförsvär, Stockholm.

Nationalencyklopedin multimedia 2000 plus, (2000)

Reason, James (1997) *Managing the Risk of Organisational Accidents*. Ashgate, Aldershot, UK.

BRMX (2001) Räddningstjänst avdelningen Malmö brandkår, Dokument från gemensam mapp på intranätet, Malmö

Särdqvist, Stefan (2005) *Olycksundersökning. NCO*. 2005:3 Räddningsverket, NCO,

Totting, Björn (2005) *Malmö brandkårs räddningstjänstinsatser under år 2004*. Malmö brandkår, Malmö (Dokumentet kan fås genom att e-posta bjorn.totting@malmo.se)

Tranqvist, Joakim, 2004, *Utveckling genom utvärdering – om konsten att ifrågasätta det vardagliga*, Arbetsliv i omvandling, 2004:4, Arbetslivsinstitutet (www.arbetslivsinstitutet.se). Malmö.

Elektroniska referenser:

HCI, 2005-11-29, <http://www.hci.com.au/hcisite2/toolkit/pdcacycl.htm>

Institutet för kvalitetsutveckling. 2005-10-11, <http://www.siq.se/page.asp?id=18>

Malmö brandkår på Malmö stads hemsida, 2005-10-10, <http://www.malmo.se/malmobrandkar>

Rixlex, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3910>. 2005-10-05. SFS nr. 2003:778

Smith M K (2001) *Chris Argyris: theories of action, double-loop learning and organizational learning*. <http://www.infed.org/thinkers/argyris.htm>. 2003-04-04.

SRV, http://www.srv.se/templates/SRV_Page_617.aspx. 2005-11-04, Erfarenheter från olycksundersökningar.

I. Bilaga 1

Patric Nilsson, IC, 2005-11-09

1. Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?

Ja, det har skett förändringar, men det hela är fortfarande i startskedet.

2. Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?

Räddningsledaren

3. Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som händer under insatsen?

Nej

4. Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?

Vid större insatser brister det ofta i kommunikationen och vid insatser som inte tillhör de normala rutinuppgifterna är det många som blir blockerade och inte kan tänka klart.

5. Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?

Efter större insatser så är det en ordentlig genomgång, men fortfarande finns det lite en "taggarna utåt" mentalitet om det är någon som blir kritiserad.

6. Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?

Jag var med om en gång när det gick fel med deltidsstyrkan i Burlöv att vi övade med samtliga lag så att alla visste hur de skulle agera i framtiden.

7. Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?

Bra om det kan kopplas ihop med insatsrapporten så att man slipper skriva allt två gånger

8. Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?

Jag känner att utvärdering prioriteras högre nu och därmed kan jag avsätta mer tid till det.

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningsmallen?

Har gjort för få för att yttra mig, bra som lathund vid genomgångar.

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?

Har blivit lättare nu när folk använder mail, men det blir nästan för mycket information ibland.

II. Bilaga 2

Kenneth Faxe, IC, 2005-11-01

1. Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?

Man har blivit mer medveten, mer dokumentation kräver mer tanke.

2. Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?

Räddningsledaren, Nivå 2 larm och uppåt skall alltid utvärderas.

3. Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som hände under insatsen?

Anteckningsblock, det har fungerat bra för mig så jag ser inget behov av att använda en diktafon.

4. Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?

Fel i utlarmningen, vet ej om det är mänskliga fel eller systematiska fel som är vanligaste orsaken till fel. Det blir sällan några fel...

5. Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?

Undersöker vad felet bestod i och pratar igenom det på genomgången.

6. Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?

Styrkecheferna ansvarar för att övningar genomförs med brandmännen. Är det något som vi som insatschefer tycker att det ska tränas på så för vi en dialog med styrkecheferna eller andra berörda befäl.

7. Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?

Till att börja med vill jag säga att jag tycker att självskattningsmallen är bra, den bidrar till ökad eftertanke. Jag tror dock att den kommer att förändras i framtiden och även lägga fokus på mervärdet för allmänheten

8. Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?

Nej!

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningsmallen?

Inget som är riktigt dåligt, kommer att bli bra om man ger det lite tid. Det bästa är som jag har sagt tidigare är att det ökar eftertanken.

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?

Vi måste bli bättre på att fylla i självskattningsmallen och även bli bättre på att formulera oss om det ska bli intressant läsning för andra. I dagsläget läser jag sällan andras utvärderingar.

III. Bilaga 3

Leif Nordström, IC, 2005-11-01

1. Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?

Införandet av den nya självskattningsmallen.

2. Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?

Räddningsledaren

3. Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som händer under insatsen?

Anteckningsblock

4. Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?

Jag upplever att det inte inträffar fel så ofta och kan därför inte dra någon slutsats.

5. Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?

Lugnt och sansat, ingen blir bättre av en riktig utskällning när de vet att de har gjort fel.

6. Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?

Det har vi inte insatsutvärderingen att tacka för.

7. Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?

Kan kännas onödigt omfattande vid utvärdering av små insatser.

8. Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?

Ingen förändring

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningsmallen?

För lik fördjupad insatsrapportering, skriver ofta se insatsrapport

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?

Läser jag något så är det andras fördjupade insatsrapport om det är en insats som är intressant.

IV. Bilaga 4

Lars-Olof Nilsson, IC, 2005-11-10

1. Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?

Självskattningssmallen och Opus

2. Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?

Lite oklart vilka insatser som ska utvärderas

3. Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som händer under insatsen?

När själva utvärderingen skall göras har jag hjälp av insatsrapporten för att minnas vad som händer. Det håller på att utvecklas en checklista som skall finnas med för att underlätta att komma ihåg allt som kan göras efter insatsen som mervärde för Greta.

Genomgången är också ett hjälpmedel för att komma ihåg vad som händer och hur andra upplevde insatsen.

4. Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?

Svårt att säga eftersom systematiska fel kan bidra till mänskliga fel.

5. Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?

Jag tillhör dem som tror att ingen lär sig mer av en hårdare ton i kritiken.

6. Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?

I liten skala fungerar det, t ex om något går fel på övning eller insats så tas det upp i laget om eventuella övningar måste genomföras.

7. Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningssmall kan förbättras?

För tidigt att ha en åsikt om det.

8. Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?

Ingen märkbar förändring, möjligtvis att det prioriteras högre.

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningssmallen?

Svårt att finna mening med själva skattningssystemet (1-5), känns mest tidskrävande.

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?

Man kommer aldrig att sitta och läsa igenom alla utvärderingar här kan analysgruppen fylla en funktion för att sälla i informationen.

V. Bilaga 5

Jonny Ljungkvist, Styrkechef, 2005-11-04

1. Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?

Har haft fullt upp att hitta in i nya rollen som styrkechef så utvärderingsbiten har inte hunnits med ännu.

2. Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?

IC?

3. Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som händer under insatsen?

Nej!

4. Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?

Tekniken är inte bättre än användaren...

5. Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?

Genomgång i grupp

6. Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?

Ja, eftersom vi ansvarar för övningar. Om vi lär oss något som de andra skiften kan ha nytta av så sprider vi det antingen via mail eller muntligen.

7. Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?

Vet för lite för att uttala mig.

8. Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?

Inga!

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningsmallen?

Har inte hunnit sätta oss in i det.

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar.

Det man lär sig av andra är sånt man hör vid fikabordet, sitter inte och läser insatsrapporter.

VI. Bilaga 6

Paul Bjurehag, IC, 2005-11-03

1. Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?

Självskattningsmallen innebär att det har blivit mer att skriva.

2. Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?

Alla nivå 2 och 3 insatser skall utvärderas.

Räddningsledaren fattar beslutet, Jag utvärderar dock bara insatser där han tycker att det finns något att ta lärdom av.

3. Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som händer under insatsen?

Anteckningsblock. Paul kollar även på rapporten om det är tidpunkter eller dyl. som han behöver, eftersom all radiotrafik sparas.

4. Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?

Kombination

5. Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?

Det frossas lite i skuldfrågan. Vissa försöker hitta fel hos andra för att framhålla sig själv. Man borde inte lägga så mycket energi på att hitta och dokumentera fel istället borde mer utrymme ägnas åt att ta fram lämpliga åtgärder.

6. Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?

Intentionerna finns där men det är för tidigt att uttala sig om vilka förbättringar som skett.

7. Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?

I dagsläget är det för mycket att skriva. Om det ska utföras utvärderingar som ska ge något måste de bli snabbare och enklare. Idag orkar vi inte lägga ner mer tid på pappersarbete, men eftersom vi måste gör man det snabbt och odetaljerat.

8. Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?

Nej!

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningsmallen?

Istället för att försöka hitta fel så borde det läggas mer energi på att dokumentera åtgärder. Det blir inte helt ärligt när man skriver ner saker i dokument som ska sparas och granskas av andra. Det är visserligen sagt att självskattningsmallen inte är till för att hitta syndabocker, men alla bedömer dokument på ett annat sätt än något som kommer fram i en diskussion. Jag tycker det blir för mycket att skriva och hade gärna tagit mer muntligt.

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?

Läser inte andras utvärderingar.

VII. Bilaga 7

Bengt Malmberg, IC, 2005-11-01

1. Tycker du att det har skett någon förändring inom utvärderingsområdet sedan den nya lagen trädde i kraft och i så fall hur?

Införandet av en självskattningsmall samt att det bildats en grupp som ansvarar för dessa frågor.

2. Hur bestäms det vilka insatser som skall utvärderas, vem fattar beslutet?

Beslutet ligger hos räddningsledaren (RL). Det är sagt att efter alla Nivå 2 larm skall självskattningsmallen fyllas i såvida det inte är nt uteslutande rutininsats.

3. Använder du något hjälpmedel för att komma ihåg allt som händer under insatsen?

Har införskaffat en diktafon, har dock inte börjat använda den skarpt.

4. Vad tycker du är vanligaste orsaken till fel, mänskliga faktorn eller systematiska fel (fel i taktik och org.)?

Mänskliga fel.

5. Hur hanteras skuldfrågan idag, hur framförs kritik?

När någon gjort tydliga fel så att det har gått rent åt pipan så kan det vara svårare att behålla lugnet och leverera konstruktiv kritik. Vi sådana tillfällen kan det vara lämpligare att någon extern utredare sköter utredningen om risken är stor att det kommer att bli pajkastning. Det samma gäller för insatser där misstagen har lett fram till personskador.

6. Känner du att de slutsatser som dras i utvärderingarna leder till verklig förbättring genom t ex övningar eller dyl. ?

Det här måste vi bli bättre på!

Det har dock genomförts övningar på sånt som har visat sig ha brister i självskattningsmallen, frågan är hur mycket man har självskattningsmallen att tacka för det.

7. Hur skulle du vilja att utformningen av metoden såg ut för att ni ska bli motiverade att genomföra utvärderingar, och hur tycker du att dagens självskattningsmall kan förbättras?

RL kan inte skylla på tidsbrist. Självskattningsmallen kan dock kännas något omfattande i samband med utvärderingar av mindre insatser. Möjligtvis kunde det vara lämpligt att ta fram en slimmad självskattningsmall för mindre insatser. Vissa punkter kan kännas som "kaka på kaka". Vissa punkter skulle kunna slås ihop t ex OBBO och ordergivning som ryms inom det tidigare.

8. Hur mycket resurser har ni för att utvärdera, i tid och pengar, har det skett någon förändring?

Det har inte förekommit några ökade resurser sen den nya lagen trädde i kraft!

9. Vad har varit sämst/bäst med självskattningsmallen?

Mallens funktion som checklista har varit det bästa. Det sämsta, har som nämnts tidigare, varit dess omfattning vid mindre utvärderingar och att vissa frågor är "kaka på kaka".

10. Hur sker spridningen av information idag, tar du lärdom av andra utvärderingar hur ofta läser man andras utvärderingar?

Spridningen sker genom att självskattningsmallarna publiceras på intranätet. Det är dock sällan som man tittar på andras utvärderingar vilket betyder att det finns brister i spridningen av info.

VIII. Bilaga 8



Malmö stad
Malmö Brandkår

Självskattning
- utvärdering efter insats

Namn:		Befälstyp:	
Ärendenummer SOS:	Datum:	Tidpunkt:	Anspänningstid:
Adress:		Typ av insats:	
1) Utlärmning (Korrekt utlärmning, behov kontakt SOS)			Nivåskattning: 3
2) Framkörning (Tillräcklig information, kontakt andra enheter på väg, förberedande order, halvhalt, brytpunkt)			Nivåskattning: 5
3) Vindruterappport			Nivåskattning: 4
4) OBBO (Tillräckliga och rätt resurser larmade)			Nivåskattning: 5
5) BIS (IDA: inledningsvis-därefter-avslutningsvis)			Nivåskattning: 3
6) TGI			Nivåskattning: 4
7) Order (Information, ordergivning, klar-öklar-frågor)			Nivåskattning: 4



Malmö stad
Malmö Brandkår

Självskattning
- utvärdering efter insats

Namn:	Befälstyp:
8) Lägesrapport (OSHBIP: objekt-skada-hot-bedömning/beslut-insats-prognos)	<u>Nivåskattning:</u>
9) Skadepplatsorganisation (ledningsstruktur, sektorindelning)	<u>Nivåskattning:</u>
10) Fortsatt insats (Omfall, förlöpande OBBO, ändrad inriktning, nya order)	<u>Nivåskattning:</u>
11) Övriga beslut	<u>Nivåskattning:</u>
12) Samverkanskontakter under räddningstjänst (Ex. sjukvård, polis, GK, VA-verk, socialjour, miljö, innehavare, nyttjare m.m.)	<u>Nivåskattning:</u>
13) RVR (akut och/eller fortsatt restvärde, RVR-ledare)	
14) Avslut av räddningstjänst (Överlämnande av ansvar, Information om behov av ytterligare åtgärder)	
15) Samverkanskontakter efter avslutad räddningstjänst	<u>Nivåskattning:</u>



Malmö stad
Malmö Brandkår

Självskattning
- utvärdering efter insats

Namn:	Befälstyp:
16) Skydds- och säkerhetsfrågor (Personlig skyddsutrustning, övrig skyddsutrustning säkring, maskiner, skydds nivå 1-2-3)	
	<u>Nivåskattning:</u>
17) Erfarenheter och synpunkter (Vad gick bra, mindre bra, ledningsmässigt, vad kan förbättras)	
18) Metod och teknik (Vad gick bra, var det rätt metod, kan vi förbättra metoden)	
	<u>Nivåskattning:</u>
19) Skadoanmälan, tillbuds- eller avvikelserapport	
20) Avlastning och/eller debriefing	
	<u>Nivåskattning:</u>

IX. Bilaga 9

Verktyg för reflektion

Välj själv en situation - vilken som helst - som inträffat nyligen:

Beskriv

1. Vilken situation var det – vad handlade den om, var och när ägde den rum, vilka var närvarande?
2. Vad hände – vilka var de mest utmärkande händelserna?
3. Vad gjorde du i situationen – på vilket sätt gjorde du det?
4. Vad hoppades du uppnå i situationen – vad var din målsättning?
5. Spelade du en aktiv eller passiv roll i situationen?
6. Vad tror du att andra inblandade personer tyckte om ditt agerande – hur visade de detta?
8. Anser du att situationen var framgångsrik eller misslyckad – enligt vilka kriterier?

Berätta

8. Vems intresse tjänar ditt agerande i den här situationen i första hand?
9. Stödjer ditt agerande – medvetet eller omedvetet – någon samhälls- eller människosyn?
10. Delar du denna samhälls- eller människosyn?
11. Hur påverkades de andra inblandade i situationen av ditt agerande – hur reagerade de?
12. Vilka konsekvenser tror du att ditt agerande får för de andra inblandade i situationen framöver?
13. Vem/vilka kan mer komma att påverkas – positivt eller negativt – av ditt agerande?

Bemöt

14. Varför agerade du som du gjorde?
15. Varför agerade du inte på något annat sätt – vad hindrade dig?
16. Vem/vad har påverkat dig att agera på detta sätt?

Bearbeta

17. Kunde du ha agerat annorlunda – vad skulle du ha gjort då?
18. Hur tror du att de andra inblandade hade reagerat om du hade gjort så?
19. Vilka följder tror du att det hade kunnat få för andra inblandade om du hade agerat så?
20. Kunde någon ha hjälpt dig att agera annorlunda?
21. Ser du på något sätt annorlunda på situationen nu i efterhand än när den inträffade?