

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken

Dokument 3:7 (2025–2026)

Til Stortinget

*Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:7 (2025–2026)
Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse
med Alexander L. Kielland-ulykken.*

Dokumentet har følgende inndeling:

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag

Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming

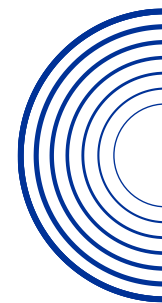
Riksrevisjonen, 16. desember 2025

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Oppdraget er så langt det passer, gjennomført som en forvaltningsrevisjon i henhold til

- lov om Riksrevisjonen § 5-1
- INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon



Om undersøkelsen

Kort oppsummert

Bakgrunn

Et enstemmig Storting ga i juni 2019 Riksrevisjonen i oppdrag å undersøke hvordan myndighetene har ivaretatt sitt ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken. Oppdraget omfattet blant annet å undersøke myndighetenes ansvar for granskingen av årsakene til ulykken, kartlegging av ansvarsforholdene og oppfølging av de etterlatte og overlevende. Riksrevisjonen rapporterte denne undersøkelsen i Dokument 3:6 (2020–2021).

I ettertid er det offentliggjort to nye rapporter:

- en studie om overlevende og pårørende etter ulykken fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i 2024
- en empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken fra Universitetet i Stavanger i 2025

I forbindelse med behandlingen av et representantforslag 5. juni 2025 fattet Stortinget følgende vedtak:

På bakgrunn av rapportene «Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken» og «Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken» må Riksrevisjonen avklare myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje, og myndighetenes manglende oppfølging av overlevende og etterlatte.

Formål

Målet med den nye undersøkelsen er å vurdere om nye fakta fra de to rapportene har betydning for Riksrevisjonens vurderinger av myndighetenes ansvar som framkom i Dokument 3:6 (2020–2021).

Konklusjoner

- Det er ikke ny vesentlig informasjon om myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje.
- Myndighetene hadde ikke hovedansvaret for ulykken, men det var alvorlige svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt før ulykken.
- Nye fakta viser at de berørte av Alexander L. Kielland-ulykken har mye helseplager og redusert livskvalitet.

Overordnet vurdering

Riksrevisjonen kritiserte i Dokument 3:6 (2020–2021) blant annet at

- myndighetene var kjent med flere svakheter i regelverket og kontrollen med flyttbare innretninger før ulykken skjedde, uten å gjennomføre tiltak
- Sosialdepartementet ikke valgte å sørge for oppfølging av de etterlatte
- departementet ikke sørget for en tilstrekkelig oppfølging av de overlevende.

Riksrevisjonen vurderer at de to nye rapportene ikke gir grunnlag for å endre kritikken i Dokument 3:6 (2020–2021).

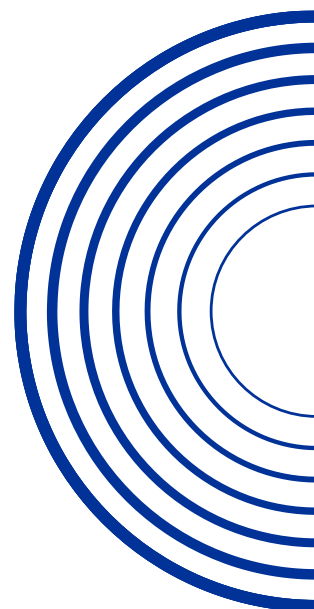
De private aktørene hadde hovedansvaret for at sikkerheten i petroleumsvirksomheten ble ivaretatt, og at regelverket ble fulgt i egen virksomhet. Myndighetene hadde ansvaret for å fastsette regelverket, gi godkjenninger og tillatelser og å føre tilsyn. Undersøkelsen konkluderer med at myndighetene ikke hadde hovedansvaret for Alexander L. Kielland-ulykken, men at det var alvorlige svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt før ulykken. Svakheterne kan ha hatt betydning for at ulykken kunne skje og at konsekvensene av ulykken ble så store som de ble.

Riksrevisjonen har ikke funnet ny vesentlig informasjon om myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje, verken i den empiriske undersøkelsen til Universitetet i Stavanger eller i arkivmateriale.

Undersøkelsen til NKVTS viser at de berørte av Alexander L. Kielland-ulykken har mye helseplager. Denne undersøkelsen gir ikke ny informasjon om myndighetenes oppfølging, men utfyller fakta i Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 om hvilke konsekvenser manglende oppfølging fra myndighetenes side har hatt for de overlevende og etterlatte.

Anbefalinger

Riksrevisjonen har ingen anbefalinger.



Innhold

Ordliste og forkortelser	9
Del 1: Riksrevisjonens vurderinger	11
1 Bakgrunn	12
1.1 Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken rapportert i 2021	12
1.2 Stortingets nye oppdrag til Riksrevisjonen i 2025	14
2 Mål og problemstillinger	15
3 Konklusjoner	17
4 Overordnet vurdering	17
5 Utdyping av konklusjoner	17
5.1 Riksrevisjonen fastholder kritikken som gjaldt alvorlige svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt før ulykken	18
5.2 Nye fakta viser at de berørte har mye helseplager og redusert livskvalitet, noe som bekrefter Riksrevisjonens kritikk	23
6 Anbefalinger	25
7 Statsrådenes svar	26
8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådenes svar	26
Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag	27
9 Innledning	28
9.1 Dokumentasjonsprosjektet og den empiriske undersøkelsen til Universitetet i Stavanger	28
9.2 Studien til NKVTS om berørte etter ulykken	28
9.3 Nærmere om avgrensinger og tilnærming til oppdraget	29
10 I hvilken grad har nye fakta betydning for Riksrevisjonens konklusjoner om og kritikk av hvordan myndighetene ivaretok sitt ansvar før ulykken?	30
10.1 Sammenligning av problemstillinger	30
10.2 Sammenligning av anvendte metoder	33
10.3 Sammenligning av konklusjoner	33
10.4 Sammenhengen mellom årsakene til ulykken og ansvarsforholdene	35
10.5 Sammenligning av fakta om de medvirkende og bakenforliggende årsakene til ulykken	40
11 I hvilken grad har nye fakta betydning for Riksrevisjonens konklusjoner om og kritikk av myndighetenes oppfølging av de overlevende og etterlatte etter ulykken?	57
11.1 Sammenligning av problemstillinger	57
11.2 Sammenligning av anvendte metoder	58

11.3 Sammenligning av konklusjoner.....	61
11.4 Sammenligning av fakta.....	63
Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming	70
12 Revisjonskriterier.....	71
13 Metodisk tilnærming og gjennomføring.....	71
13.1 Dokumentanalyse	71
13.2 Intervjuer.....	74
13.3 Ekstern kvalitetssikring.....	75
14 Referanseliste	76
Vedlegg 1: Brev til statsråden i Energidepartementet	81
Vedlegg 2: Statsrådets svar	83
Vedlegg 3: Brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet.....	85
Vedlegg 4: Statsrådets svar	87
Vedlegg 5: Dokumentasjon av arkivgjennomgang	90

Tabelloversikt

Tabell 1 Sammenligning av problemstillinger.....	30
Tabell 2 Temaer i den empiriske undersøkelsen til UiS fordelt på kapitler	32
Tabell 3 Sammenligning av konklusjoner	34
Tabell 4 Sammenligning av fakta om ombygging og løst, tungt utstyr på dekk relatert til egenkontrollansvaret.....	46
Tabell 5 Sammenligning av fakta om åpne vanntette dører og luker relatert til egenkontrollansvaret.....	48
Tabell 6 Sammenligning av fakta om sikkerhetsopplæring og beredskap- og redningsarbeidet relatert til egenkontrollansvaret.....	50
Tabell 7 Sammenligning av fakta om klarhet i ansvarsfordeling mellom myndighetene og klaseselskapenes rolle	54
Tabell 8 Sammenligning av problemstillinger.....	58
Tabell 9 Sammenligning av metoder.....	59
Tabell 10 Sammenligning av konklusjoner	61
Tabell 11 Sammenligning av fakta om konsekvenser av manglende oppfølging	63
Tabell 12 Sammenligning av fakta om psykisk og fysisk helse	65
Tabell 13 Sammenligning av fakta om livskvalitet.....	66
Tabell 14 Sammenligning av fakta om sorg.....	66
Tabell 15 Sammenligning av fakta om resiliens og positive endringer.....	67
Tabell 16 Sammenligning av fakta om sosial støtte	67
Tabell 17 Sammenligning av fakta om arrangementer og støttegrupper	68
Tabell 18 Oversikt over arkiver gjennomgått i 2025.....	72

Tabell 19 Sammenligning av arkiver gjennomgått av Riksrevisjonen og Universitetet i Stavanger (UiS)	91
---	----

Figuroversikt

Figur 1 Riksrevisjonens kritikknivåer i 2021 og i 2025	13
Figur 2 Illustrasjon av sammenhengen mellom den utløsende årsaken til ulykken og myndighetenes ansvar	37
Figur 3 Illustrasjon av sammenhengen mellom årsakene til omfanget av ulykken og myndighetenes ansvar	39

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Riksrevisjonens kritikk av myndighetene i Dokument 3:6 (2020–2021).....	13
Faktaboks 2 Den utløsende årsaken til ulykken og rettssaken i etterkant.....	20
Faktaboks 3 Årsaken til at omfanget av ulykken ble så stort.....	21
Faktaboks 4 Problemstillingene omfattet i Dokument 3:6 (2020–2021)	29
Faktaboks 5 Årsaken til utmattingsbruddet og forliket som ble inngått	36
Faktaboks 6 Ansvar for å godkjenne plattformen.....	41

Ordliste og forkortelser

I denne rapporten bruker vi de følgende betegnelse:

Bakenforliggende årsak	grunnleggende eller systematiske forhold som muliggjør den utløsende årsaken
CFEM	det franske verftet som bygget Alexander L. Kielland-plattformen (CFEM står for Compagnie Francaise d'Entreprises Metalliques)
De franske sakkyndige	det sakkyndige utvalget som den franske handelsretten oppnevnte i forbindelse med rettssaken i Paris i 1982, og som i 1985 leverte sin rapport om flere aspekter ved Alexander L. Kielland-ulykken
Det Norske Veritas	norsk skipsklassifikasjonsselskap (klasseselskap) som utførte flere kontrolloppgaver på vegne av norske myndigheter, og som i dag er en del av konsernet DNV GL
Flyttbar innretning	en flytende flyttbar offshoreinnretning som er registrert i et nasjonalt skipsregister, og som dermed skal følge et maritimt driftskonsept, for eksempel med hensyn til krav fra klasseselskap og maritime myndigheter
Kielland-nettverket	et nettverk stiftet i 2016 som består av overlevende og etterlatte etter Alexander L. Kielland-ulykken
Medvirkende årsak	faktorer som medvirker til den utløsende årsaken til en ulykke
NKVTs	Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress
Operatør	den av deltakerne i en utvinningstillatelse (rettighetshaverne) som leder virksomheten på vegne av alle deltakerne (operatøren på Alexander L. Kielland-plattformen var Phillips Petroleum)
Reder	den som utstyrer og driver en flyttbar innretning (Stavanger Drilling var eier og reder av Alexander L. Kielland-plattformen)
Utløsende årsak	det som utløser kjeden av hendelser som fører til en ulykke
Utmatting	sprekkdannelse som opptrer i et materiale når det utsettes for vekslende spenning over en viss størrelse over lang tid
Utmatningsbrudd	brudd i metall som følge av utmatting, hvor bruddflaten som oftest består av to typiske soner: en glattere flate med karakteristiske «årringer» der selve utmattingen har foregått, og en mattere overflate som representerer restbruddet

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

Ikke tilfredsstillende



Når vi finner svakheter, feil og mangler som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Kritikkverdig



Når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Sterkt kritikkverdig



Når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Del 1:

Riksrevisjonens vurderinger

1 Bakgrunn

Alexander L. Kielland var en flyttbar boreplattform som ble brukt som boligplattform på Ekofiskfeltet i Nordsjøen. Den 27. mars 1980 ble ett av plattformens fem bein revet av i høy sjø, og plattformen kantret i løpet av 20 minutter. Av 212 personer om bord omkom 123. Ulykken regnes som den største industriulykken som har skjedd i Norge. Regjeringen satte dagen etter ulykken ned en granskingskommisjon. I mars 1981 konkluderte kommisjonen med at et utmattingsbrudd i et støttestag til et av plattformens bein hadde utløst ulykken.¹

1.1 Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken rapportert i 2021

Kielland-nettverket, som representerer mange av de overlevende og etterlatte, har arbeidet for å få en ny gransking av ulykken. Et enstemmig Storting ba i juni 2019 Riksrevisjonen undersøke hvordan myndighetene har ivaretatt sitt ansvar når det gjelder

- gransking og klargjøring av årsakene til at Alexander L. Kielland-ulykken inntraff, og om granskingen har kartlagt ansvarsforholdene rundt ulykken tilstrekkelig
- oppfølging av anbefalinger fra granskingsarbeidet, herunder implementering av tiltak for å forebygge og forhindre nye ulykker
- oppfølging av de etterlatte og overlevende²

Riksrevisjonen rapporterte undersøkelsen om Alexander L. Kielland-ulykken til Stortinget i 2021.³ Dette var hovedfunnene:

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

Riksrevisjonens kritikk er gjengitt i faktaboks 1. Da undersøkelsen ble rapportert, brukte Riksrevisjonen en firdelt skala for kritikk, og kritikken er dermed ikke direkte sammenlignbar med den som brukes i dag, se figur 1.

¹ NOU 1981: 11. (1981). *Alexander L. Kielland-ulykken*. Utredning avgitt til Justis- og politidepartementet.

² Stortinget 2019 [Sak - stortinget.no](https://www.stortinget.no). Vedtaket ble gjort i forbindelse med Stortingets behandling av Riksrevisjonens undersøkelse av Petroleurstilsynets oppfølging av helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten, jf. Dokument 3:6 (2018–2019) og Innst. 411 S (2018–2019).

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

Faktaboks 1 Riksrevisjonens kritikk av myndighetene i Dokument 3:6 (2020–2021)

- Det er **alvorlig** at myndighetene var kjent med flere svakheter i regelverket og kontrollen med flyttbare innretninger før Alexander L. Kielland-ulykken skjedde, uten å gjennomføre tiltak.
- Det er **alvorlig** at Sosialdepartementet ikke valgte å sørge for oppfølging av de etterlatte etter Alexander L. Kielland-ulykken. Gjennom det medisinske fagmiljøet var departementet godt kjent med at de etterlatte hadde behov for oppfølging.
- Det er **sterkt kritikkverdig** at Sosialdepartementet ikke sørget for en tilstrekkelig oppfølging av de overlevende etter Alexander L. Kielland-ulykken.
- Det er **sterkt kritikkverdig** at myndighetene ikke gjennomførte en fullstendig kartlegging av ansvaret til Stavanger Drilling og Phillips Petroleum etter ulykken.
- Det er **kritikkverdig** at myndighetene involverte Det Norske Veritas i både granskingsarbeidet og snuoperasjonen, ettersom de var part i saken.

Kilde: Dokument 3:6 (2020–2021).

Figur 1 Riksrevisjonens kritikknivåer i 2021 og i 2025

Gamle former for kritikk	Nye former for kritikk
Svært alvorlig brukes ved forhold der konsekvensene for samfunnet eller berørte borgere er svært alvorlige, for eksempel risiko for liv eller helse.	Sterkt kritikkverdig Vi bruker dette kritikknivået når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
Alvorlig benyttes ved forhold som kan ha betydelige konsekvenser for samfunnet eller berørte borgere, eller der summen av feil og mangler er så stor at dette må anses som alvorlig i seg selv.	Kritikkverdig Vi bruker kritikknivået når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
Sterkt kritikkverdig angir forhold som har mindre alvorlige konsekvenser, men gjelder saker med prinsipiell eller stor betydning.	Ikke tilfredsstillende Vi bruker kritikknivået når vi finner svakheter, feil og mangler, som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
Kritikkverdig brukes for å karakterisere mangelfull forvaltning der konsekvensene ikke nødvendigvis er alvorlige. Dette kan gjelde feil og mangler som har økonomiske konsekvenser, overtredelse av regelverk eller saker som er tatt opp tidligere og som fortsatt ikke er rettet opp.	

Kilde: Riksrevisjonen

Stortinget behandlet Riksrevisjonens undersøkelse i juni 2021 og gjorde følgende enstemmige vedtak:⁴

- Stortinget vil på det sterkeste beklage den mangelfulle oppfølgingen overlevende og etterlatte opplevde etter Alexander L. Kielland-ulykken (vedtak 1155).
- Stortinget ber regjeringen gi Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken for å få kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter ulykken, og ulykken i seg selv, har for menneskers fysiske og psykiske helse. Studiene skal gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket (vedtak 1156).
- Stortinget ber regjeringen gå i dialog med Kielland-nettverket og bidra til et arbeid med å samle og gjøre tilgjengelig nettverkets arbeid, dokumentasjon og innsamlet materiell i en historisk dokumentasjon om Alexander L. Kielland-ulykken og arbeidet i etterkant, med den hensikt å dokumentere opplevelsene sett fra overlevende og etterlattes ståsted (vedtak 1157).

1.2 Stortingets nye oppdrag til Riksrevisjonen i 2025

Energidepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Stortingets vedtak i 2021 gjennom øremerkede bevilgninger over statsbudsjettet.⁵

Bevilgningene fra Energidepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har blitt brukt for å gjennomføre et dokumentasjonsprosjekt om Alexander L. Kielland-ulykken som har vært ledet av Norsk Oljemuseum. Universitetet i Stavanger har som et ledd i dette gjennomført forskningsprosjektet som resulterte i rapporten *Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken*. Rapporten ble offentliggjort i januar 2025.⁶

I mai 2024 offentliggjorde NKVTS en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken.⁷

⁴ Innst. 577 S (2020–2021), jf. Dokument 3:6 (2020–2021) [Sak - stortinget.no](https://www.stortinget.no/Sak-1155)

⁵ Prop. 1 S (2021–2022). Olje- og energidepartementet, Prop. 1 S (2021–2022). Arbeids- og sosialdepartementet; Prop. 1 S (2021–2022). Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶ Smith-Solbakken et al. (2025). *Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken*. Universitetet i Stavanger [Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken](https://www.uis.no/utgivelser/empirisk-undersokelse-av-myndighetenes-oppfolging-av-ansvar-etter-alexander-l-kielland-ulykken) | UiS Scholarly Publishing Services

⁷ Bækkelund et al. (2024). *Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken*. NKVTS <https://www.nkvts.no/content/uploads/2024/06/Studie-overlevende-og-parorende-Kiellandulykken.pdf>

I forbindelse med behandlingen av et representantforslag 5. juni 2025 fattet Stortinget følgende vedtak:

På bakgrunn av rapportene «Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken» og «Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken» må Riksrevisjonen avklare myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje, og myndighetenes manglende oppfølging av overlevende og etterlatte. Riksrevisjonens nye undersøkelse skal gjennomføres og fremlegges innen utgangen av 2025.

Kilde: Vedtak 917

I samme vedtak ba Stortinget regjeringen etablere en særskilt kompensasjonsordning for de overlevende og etterlatte etter Alexander L. Kielland-ulykken.⁸

2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om nye fakta fra de to rapportene som er spesifisert i oppdraget fra Stortinget, har betydning for Riksrevisjonens vurderinger av myndighetenes ansvar som framkom i Dokument 3:6 (2020–2021).

Undersøkelsen har to hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad har nye fakta betydning for Riksrevisjonens konklusjoner om og kritikk av hvordan myndighetene ivaretok sitt ansvar før ulykken?
2. I hvilken grad har nye fakta betydning for Riksrevisjonens konklusjoner om og kritikk av myndighetenes oppfølging av de overlevende og etterlatte etter ulykken?

Denne undersøkelsen bygger på de samme revisjonskriteriene som Dokument 3:6 (2020–2021). Fra 1. juli 2023 er forvaltningsansvaret for arbeidsmiljø, sikkerhet og beredskap i petroleumsvirksomheten overført fra Arbeids- og sosialdepartementet til Energidepartementet.⁹ I 2025 har Helse- og omsorgsdepartementet ansvaret for å sikre befolkningen helsetjenester, herunder at sektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer.¹⁰

Revisjonskriteriene for myndighetenes ansvar før ulykken er utledet av blant annet

- *lov om arbeidervern og arbeidsmiljø* (arbeidsmiljøloven), jf. Ot.prp. nr. 3 (1975–76) og Innst. O. nr. 10 (1976–77)
- *lov om Statskontrol med Skibes Sjødyktighet m.v. av 1903* (sjødyktighetsloven)
- *lov om utforskning etter og utnyttelse av undersjøiske petroleumforekomster av 1963* (kontinentalsokkelloven)

⁸ 14. oktober 2025 ba Stortinget regjeringen legge fram forslag til kompensasjonsordning for ofre og etterlatte etter Kielland-ulykken, i tråd med vedtak 917 (2024–2025), innen mars 2026 (vedtak 7).

⁹ Prop. 1 S (2023–2024). Olje- og energidepartementet.

¹⁰ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

- St.meld. nr. 11 (1968–69). *Undersøkelse og boring etter petroleumsforekomster på den norske kontinentalsokkel i Nordsjøen* og Innst. S. nr. 99 (1968–69)
- St.meld. nr. 22 (1965–66). *Undersøkelse etter og utvinning av petroleumsforekomster på den norske kontinentalsokkel i Nordsjøen*, jf. Innst. S. nr. 90 (1965–66)
- St.meld. nr. 95 (1969–70). *Undersøkelse etter og utvinning av undersjøiske naturforekomster på den norske kontinentalsokkel m.m.* og Innst. S. nr. 294 (1970–71)
- St.prp. nr. 113 (1971–72). *Om opprettelse av statens oljedirektorat og et statlig oljeselskap m.m.* og Innst. S. nr. 316 (1971–72)
- St.meld. nr. 30 (1973–74). *Virksomheten på den norske kontinentalsokkel m.v.* og Innst. S. nr. 381 (1973–74)
- St.meld. nr. 53. (1979–80). *Om virksomheten på den norske kontinentalsokkel*, jf. Innst. S. nr. 309 (1980–81)
- Innst. S. nr. 166 (1976–77). *Innstilling fra industrikomiteen om Oljedirektoratets årsberetning 1975 m.v.*, jf. St.meld. nr. 16 (1976–77)
- Innst. S. nr. 22 (1978–79). *Innstilling fra industrikomiteen om Oljedirektoratets årsberetning 1977 m.v.*, jf. St.meld. nr. 87 (1977–1978)

Fakta og konklusjoner i Dokument 3:6 (2020–2021) danner hovedgrunnlaget for undersøkelsen. Riksrevisjonen har vurdert hvilke nye fakta som kommer fram i de to rapportene, om det er fakta der som Riksrevisjonen ikke vurderte, og om det er nye fakta som står i motstrid til faktaene som Riksrevisjonen la til grunn i Dokument 3:6 (2020–2021). Riksrevisjonen har også gjennomgått nytt arkivmateriale. Riksrevisjonen har vurdert om og eventuelt hvordan nye fakta påvirker Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk i Dokument 3:6 (2020–2021). Riksrevisjonen har videre analysert myndighetenes ansvar med utgangspunkt i årsakene til ulykken og revisjonskriteriene.

Stortinget har bedt Riksrevisjonen om å avklare «myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje». Med myndighetenes ansvar mener vi departementene og direktoratenes oppgaver med å regulere og følge opp sikkerheten i petroleumsvirksomheten før ulykken. Ansvar for at ulykken kunne skje, omfatter også ansvaret for at omfanget av ulykken ble så stort som det ble.

Metoden for undersøkelsen er nærmere beskrevet i Del 3 av dette dokumentet.

Et utkast til rapport er forelagt Energidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 17. november 2025. Departementene hadde ingen merknader.

3 Konklusjoner

- Det er ikke ny vesentlig informasjon om myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje.
- Myndighetene hadde ikke hovedansvaret for ulykken, men det var alvorlige svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt før ulykken.
- Nye fakta viser at de berørte av Alexander L. Kielland-ulykken har mye helseplager og redusert livskvalitet.

4 Overordnet vurdering

Riksrevisjonen kritiserte i Dokument 3:6 (2021–2021) blant annet at myndighetene var kjent med flere svakheter i regelverket og kontrollen med flyttbare innretninger før Alexander L. Kielland-ulykken skjedde, uten å gjennomføre tiltak. Riksrevisjonen kritiserte også at Sosialdepartementet ikke valgte å sørge for oppfølging av de etterlatte og at departementet ikke sørget for en tilstrekkelig oppfølging av de overlevende.

Riksrevisjonen vurderer at det ikke er grunnlag for å endre kritikken i Dokument 3:6 (2020–2021).

De private aktørene hadde hovedansvaret for at sikkerheten i petroleumsvirksomheten ble ivaretatt, og at regelverket ble fulgt i egen virksomhet (egenkontrollansvar).

Myndighetene hadde ansvaret for å fastsette regelverket, gi godkjenninger og tillatelser og føre tilsyn med petroleumsvirksomheten. Undersøkelsen konkluderer med at myndighetene ikke hadde hovedansvaret for Alexander L. Kielland-ulykken, men at det var alvorlige svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt før ulykken. Svakheterne kan ha hatt betydning for at ulykken kunne skje og at konsekvensene av ulykken ble så store som de ble. Vi har ikke funnet ny vesentlig informasjon om myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje, verken i den empiriske undersøkelsen til Universitetet i Stavanger eller i arkivmateriale.

Undersøkelsen til NKVTS viser at de berørte av Alexander L. Kielland-ulykken har mye helseplager. Denne undersøkelsen gir ikke ny informasjon om myndighetenes oppfølging, men utfyller fakta fra Riksrevisjonens undersøkelse offentliggjort i Dokument 3:6 (2020–2021) om hvilke konsekvenser manglende oppfølging fra myndighetenes side har hatt for de overlevende og etterlatte.

5 Utdyping av konklusjoner

Utdypingen av konklusjonene bygger på faktaframstillingen i Del 2 og de kildene det er vist til der.

5.1 Riksrevisjonen fastholder kritikken som gjaldt alvorlige svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt før ulykken

Industridepartementet hadde det overordnede myndighetsansvaret for å kontrollere petroleumsvirksomheten fram til Olje- og energidepartementet ble opprettet 11. januar 1978. Den 1. januar 1979 ble myndighetsansvaret for sikkerhet og beredskap i petroleumsvirksomheten overført til Kommunal- og arbeidsdepartementet.

Sikkerhetsreguleringen var spredt på tre regelsett: sokkelovgivningen, arbeidsmiljølovgivningen og sjøfartslovgivningen. Da Alexander L. Kielland-ulykken skjedde, var myndighetenes godkjennings- og tilsynsansvar delegert til ni institusjoner. Sjøfartsdirektoratet (en etat under Handelsdepartementet) hadde ansvar for å koordinere kontrollen av flyttbare innretninger. Oljedirektoratet var den ansvarlige etaten for å følge opp petroleumsvirksomheten.

5.1.1 Det er ikke ny vesentlig informasjon om myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje

Den empiriske undersøkelsen til Universitetet i Stavanger og Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021) har delvis overlappende problemstillinger:

- Den empiriske undersøkelsen vurderer hvordan den politimessige og strafferettslige etterforskningen av Alexander L. Kielland-ulykken ble utført, med tanke på ansvaret for katastrofen, hvilke resultater den ga, og hvilke følger den fikk for de impliserte partene.
- Riksrevisjonens undersøkelse omfattet granskingen og politietterforskningen.
- Riksrevisjonens drøftet, i motsetning til Universitetet i Stavanger, sammenhengen mellom utløsende, medvirkende og bakenforliggende årsaker til ulykken.
- Riksrevisjonen gjorde sine vurderinger ut fra revisjonskriteriene, som reflekterer Stortingets vedtak og forutsetninger, inkludert rettstilstanden da ulykken skjedde.
- Den empiriske undersøkelsen har ikke en tilsvarende vurdering av rettstilstanden. Undersøkelsen peker på ansvarsforhold, men har ikke gjort en fullstendig kartlegging av myndighetenes ansvar for ulykken.

Forskerne bak den empiriske undersøkelsen uttaler i intervju som er gjennomført i forbindelse med undersøkelsen, at vurderingen av ansvar som Riksrevisjonen gjorde i 2021, var godt begrunnet og langt tydeligere framstilt enn i deres undersøkelse. Forskerne mener også at Riksrevisjonen har gjort en bredere vurdering av myndighetsorganenes roller, samhandling og ansvarsområder.

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 og den empiriske undersøkelsen til Universitetet i Stavanger bygger i stor grad på det samme omfattende arkivmaterialet, men har lagt vekt på ulike ting:

- Riksrevisjonen gikk gjennom og la vekt på dokumentasjon fra flere arkiver fra forvaltningen enn forskerne fra Universitetet i Stavanger.
- Forskerne fra Universitetet i Stavanger la i større grad vekt på erfaringene og refleksjonene til de overlevende og etterlatte og andre berørte av ulykken.
- Forskerne ved Universitetet i Stavanger gikk i forbindelse med dokumentasjonsprosjektet gjennom arkiver forskere ikke har sett på tidligere. Noen av disse gikk imidlertid Riksrevisjonen gjennom i 2019 og 2020 og la dermed til grunn i Dokument 3:6 (2020–2021).
- Forskerne gikk også gjennom noen arkiver som Riksrevisjonen ikke gjennomgikk i 2019 og 2020.

Riksrevisjonen har gått gjennom det nye arkivmaterialet i 2025. Dette er i hovedsak politiske dokumenter, korrespondanse med Riksadvokaten og dokumenter som belyser godkjenningen av plattformen og undersøkelsene som ble gjort i Frankrike etter ulykken. Selv om noen av disse dokumentene er nye, inneholder de ikke nye, vesentlige fakta sammenlignet med det Riksrevisjonen la til grunn i Dokument 3:6 (2020–2021).

Forskerne fra Universitetet i Stavanger opplyser i intervju at de kjenner seg igjen i alle fakta i Riksrevisjonens undersøkelse, og de mener det er godt samsvar mellom faktaene i deres undersøkelse og i Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021. Forskjellene mellom de to undersøkelsene i både problemstillinger og datagrunnlag gjør det imidlertid vanskelig å sammenligne faktagrunnlaget og konklusjonene.

Rapporten til Universitetet i Stavanger konkluderer med at nasjonale interesser overskygget behovet for sannhet og rettferdighet. Riksrevisjonen har ikke funnet dokumentasjon som gjør at vi kan stille oss bak denne konklusjonen.

Etter Riksrevisjonens vurdering inneholder ikke den empiriske undersøkelsen til Universitetet i Stavanger og det nye arkivmaterialet nye, vesentlige fakta som belyser myndighetenes ansvar for ulykken.

5.1.2 Myndighetene hadde ikke hovedansvaret for ulykken

Prinsippet om forsvarlig petroleumsvirksomhet ble etablert gjennom St.meld. nr. 22 (1965–66), jf. Innst. S. nr. 90 (1965–66). Grunnprinsippet i sektorens sikkerhetsregime var i 1980 som i dag at både myndighetene og de private aktørene har ansvar:

- De private aktørene har hovedansvaret for at sikkerheten blir ivaretatt, og at regelverket blir fulgt i egen virksomhet (egenkontrollansvar).
- Myndighetene har ansvar for å fastsette regelverk, gi godkjenninger og tillatelser og føre tilsyn med petroleumsvirksomheten med tilhørende sanksjonsmyndighet.

Ansaret for feil oppstått ved byggingen av plattformen

Faktaboks 2 beskriver den utløsende årsaken til ulykken og hvordan den ble vurdert i rettssaken etter ulykken. Rettssaken involverte blant annet konstruktøren, verftet som bygget plattformen, operatøren av plattformen på norsk sokkel og Norsk Oljeforsikringspool. Myndighetene var ikke en del av rettssaken.

Faktaboks 2 Den utløsende årsaken til ulykken og rettssaken i etterkant

- Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 viste at det var bred enighet om at et utmattingsbrudd i et støttestag på plattformen var den utløsende årsaken til ulykken.
- Bruddet i staget førte til at plattformen mistet ett av de fem beina og kantret.
- Operatøren (Phillips Petroleum) og Norsk Oljeforsikringspool (som hadde dekket tapet til rederen Stavanger Drilling) saksøkte høsten 1981 konstruktøren og verftet som bygget plattformen.
- Partene i saken var uenige om utmattingsbruddet var forårsaket av feil som ble gjort under planlegging og bygging av plattformen, slik den norske granskingskommisjonen konkluderte med, eller hadde andre årsaker, slik som driften av plattformen på norsk sokkel.
- Rettssaken etter ulykken endte med et forlik i 1991.

Kilde: Dokument 3:6 (2020–2021).

Myndighetenes ansvar i byggefasen var å inspisere plattformen under byggeperioden og gi samtykke til å ta plattformen i bruk, jf. St.meld. nr. 30 (1973–74) *Virksomheten på den norske kontinentalsokkel m.v.* og Innst. S. nr. 381 (1973–74). Myndighetene hadde også ansvaret for forvaltningen av regelverket.

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 viser at det var flere svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt:

- Regelverket var dårlig tilpasset flyttbare innretninger, blant annet kravene til stabilitet og konstruksjon, og det var ulike krav til flyttbare og faste innretninger.
- Det var svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret for å føre tilsyn med og godkjenne plattformen før den ble tatt i bruk på norsk sokkel. Blant annet var arbeidsdelingen mellom Sjøfartsdirektoratet og klasseselskapet Det Norske Veritas uheldig. Det var også flere feil og svakheter i Sjøfartsdirektoratets og Det Norske Veritas' godkjenninger av plattformens stabilitet og innfestingen av boligkvarteret.
- Selv om alle rutinemessige tilsyn med Alexander L. Kielland-plattformen som var forutsatt i regelverket, hadde blitt gjennomført, var ikke kvaliteten på tilsynene gode nok.

Ansaret for sikkerheten i driftsfasen

Rederen, operatøren og de andre firmaene som hadde ansatte om bord på plattformen, hadde ansvar for at sikkerheten ble ivaretatt i driftsfasen. Arbeidsmiljøloven trådte i kraft på sokkelen gjennom kongelig resolusjon av 24. juni 1977. Industrikomiteen understreket rettighetshaverens ansvar for at sikkerhetsforskrifter for installasjoner på sokkelen ble fulgt, jf. Innst. S. nr. 166 (1976–77) og Innst. S. nr. 61 (1978–79). Flertallet i komiteen viste til at myndighetenes kontroll ikke måtte utføres på en slik måte at ansvaret ble overført til myndighetene.

Undersøkelsen viser at det var mange utfordringer med arbeidsmiljøet og hvordan sikkerheten på sokkelen ble ivaretatt, da Alexander L. Kielland-ulykken skjedde. Faktaboks 3 beskriver noen viktige årsaker til at omfanget av ulykken ble så stort. Undersøkelsen viser at disse årsakene først og fremst skyldtes svakheter i egenkontrollen. De private aktørenes arbeid med å innføre egenkontroll var kommet kort.

Faktaboks 3 Årsaken til at omfanget av ulykken ble så stort

- Etter tapet av det ene beinet krenget plattformen kraftig, og vann strømmet inn gjennom åpninger på dekket og i plattformbeina. Plattformen kantret etter 20 minutter.
- Den raske kantringen gjorde det vanskelig å evakuere for dem som var om bord, og de fleste opplevde at det ikke var tid til å gå til lugarene for å hente redningsdrakt eller redningsvest.
- Flere av dørene og ventilasjonslukene i deksstrukturen som sto åpne, skulle ifølge driftshåndboken enten være stengt permanent eller stenges ved storm eller skade på plattformen. Enkelte av de vanntette dørene kunne ikke lukkes, fordi de var ødelagt, eller fordi det var trukket rør og slanger gjennom. Dersom vanntette luker og dører hadde vært stengt, kunne plattformen holdt seg flytende i den krengede posisjonen i lengre tid enn den gjorde, og dermed ville sannsynligvis flere ha kommet seg ut av plattformen før den kantret.
- Det var mye løst utstyr på dekket som ble satt i bevegelse da plattformen krenget. Disse gjenstandene sperret utganger og gjorde det vanskelig å evakuere plattformen. Overlevende fra ulykken har også beskrevet at flere ble skadet og drept av disse gjenstandene.
- Redningsutstyret fungerte ikke slik det skulle. Bare to av de sju livbåtene kom til slutt på vannet. Redningsflåtene var også vanskelige å løsne.

Kilde: Dokument 3:6 (2020–2021).

Myndighetenes ansvar for *driftsfasen* var å utforme regelverket, gi dispensasjoner, gjennomføre tilsyn og eventuelt ilegge reaksjoner. Både Sjøfartsdirektoratet og Oljedirektoratet hadde på 1970-tallet utfordringer med å utvikle regelverket og å gjennomføre kontroller, blant annet fordi det var for lite kompetanse og kapasitet. Det var

flere svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt i driftsfasen til Alexander L. Kielland-plattformen:

- Som nevnt var regelverket dårlig tilpasset flyttbare innretninger.
- Alle tilsynene som var påkrevd, ble gjennomført. Imidlertid var det svakheter i kvaliteten på de gjennomførte tilsynene. Dette førte til at sikkerhetsoppfølgingen på plattformen ikke var god nok.
- Det var utydelig rolle- og ansvarsdeling mellom
 - Sjøfartsdirektoratet og Oljedirektoratet
 - myndighetene og private aktører om praktiseringen av regelverket
 - rederen og operatøren av flyttbare innretninger
- Mange av dem som var om bord på plattformen, hadde ikke fått tilstrekkelig sikkerhetsopplæring. Dette skyldtes både at regelverket var mangelfullt, at utdanningskapasiteten var dårlig, og at myndighetene ga dispensasjon fra kravene til sikkerhetsopplæring.

Regelverket for sikkerhet i petroleumsvirksomheten ga myndighetene begrensede strafferettslige sanksjonsmuligheter. Sokkelovgivningen og sjøfartslovgivningen ga kun adgang til å sanksjonere fysiske personer, mens arbeidsmiljøloven ga adgang til å sanksjonere både fysiske og juridiske personer (selskaper). Den empiriske undersøkelsen omtaler ikke disse begrensningene. Undersøkelsen trekker likevel fram at det aldri ble reist tiltale etter ulykken, til tross for at politiets egen rapport avdekket flere kritikkverdige forhold, blant annet knyttet til åpne ventiler, luker og dører, samt mangelfulle redningsmuligheter. At det aldri ble et rettsoppgjør, har ifølge forfatterne ført til ansvaret for en av Norges største industrielle tragedier forble uavklart.

Ny informasjon Riksrevisjonen fant i Riksadvokatens arkiv, belyser hvorfor det ikke ble reist tiltale mot fysiske personer. Det var flere personer som skiftet på jobb og ansvar i de aktuelle stillingene, og riksadvokaten vurderte derfor at det ville være uriktig å legge ansvaret på dem som tilfeldigvis gjorde tjeneste akkurat da ulykken skjedde. Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 omtalte ellers at flere selskaper ble bøtelagt for brudd på arbeidsmiljøloven.

5.1.3 Det var alvorlige svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt før ulykken

Myndighetene hadde ikke hovedansvaret for selve ulykken. Det er likevel Riksrevisjonens vurdering at svakhetene i regelverket, tilsyn og godkjenninger har økt risikoen for at de private aktørene hadde mangelfull egenkontroll. Dette kan indirekte ha bidratt til at ulykken kunne skje, og at omfanget av ulykken ble så katastrofalt.

Riksrevisjonen konkluderte i Dokument 3:6 (2020–2021) med at det er **alvorlig** (nest sterkest kritikk av de fire nivåene i den daværende kritikkskalaen, se figur 1) at myndighetene var kjent med flere svakheter i regelverket og kontrollen med flyttbare innretninger før Alexander L. Kielland-ulykken skjedde, uten å gjennomføre tiltak.

Riksrevisjonen begrunnet den sterke kritikken mot myndighetene med at de var kjent med mange av svakhetene i ivaretagelsen av egenkontrollansvaret, regelverket og eget tilsyn før ulykken. Etter Riksrevisjonens oppfatning foreligger det ikke ny, vesentlig, informasjon som gir grunnlag for å endre denne sterke kritikken.

Riksrevisjonen understreker at det var de private aktørene som bygget, eide og driftet plattformen som hadde hovedansvaret for at sikkerheten ble ivaretatt. Det er etter Riksrevisjonens oppfatning ikke mulig å fastslå hvor stor betydning de alvorlige svakhetene i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret sitt, har hatt for Alexander L. Kielland-ulykken. Riksrevisjonen dokumenterte i Dokument 3:6 (2020–2021) at myndighetene iverksatte mange tiltak for å bedre sikkerheten etter ulykken. Både næringen og myndighetene har lært av tidligere ulykker. Dette har etter Riksrevisjonens vurdering samlet sett bidratt til å bedre sikkerheten i petroleumsvirksomheten vesentlig. Det er samtidig tragisk at det måtte en alvorlig ulykke til for å få på plass nødvendige forbedringer.

5.2 Nye fakta viser at de berørte har mye helseplager og redusert livskvalitet, noe som bekrefter Riksrevisjonens kritikk

For de 89 som overlevde, var ulykken en svært traumatisk hendelse. For alle dem som mistet en far, ektemann, sønn eller bror, var den en tragedie. Mange hadde behov for hjelp etter ulykken.

Sosialdepartementet hadde det overordnede ansvaret for helsetjenester i 1980. Offentlige myndigheters ansvar for å følge opp overlevende og etterlatte etter ulykker var svakt lovregulert i 1980. Norsk forskning på krisepsykiatri var imidlertid i front, og fagfolk hadde derfor god kunnskap om hvilke behov overlevende og etterlatte har etter en katastrofe.

Undersøkelsene til Riksrevisjonen og NKVTS har litt ulike problemstillinger:

- Riksrevisjonen undersøkte hvordan myndighetene har fulgt opp etterlatte og overlevende etter ulykken, med vekt på psykisk helse, jf. Dokument 3:6 (2020–2021).
- NKVTS har hatt som formål å framskaffe og oppsummere kunnskap om konsekvensene Kielland-ulykken og den manglende oppfølgingen, har hatt for helsen til de overlevende, etterlatte og pårørende.

Det er også enkelte metodiske forskjeller mellom Riksrevisjonens undersøkelse og undersøkelsen til NKVTS. Undersøkelsen til NKVTS er gjennomført i 2024, og gir dermed oppdatert kunnskap om hvordan de som er berørt av ulykken, har det i dag. NKVTS trekker selv fram to usikkerhetsfaktorer ved spørreundersøkelsen de har gjennomført:

- Det er ikke mulig å være sikker på om det er ulykken eller den manglende oppfølgingen som forårsaker de kvantitative resultatene.

- Svarene er subjektive fordi det er respondentens opplevde helse og livskvalitet som kartlegges.

NKVTS konkluderte med at

- det er særlig kritikkverdig at pårørende av de omkomne, inkludert barna som brått mistet faren sin, ikke fikk noen oppfølging
- de overlevende ikke fikk den oppfølgingen som situasjonen krevde
- de berørte av Kielland-ulykken, og særlig de overlevende, strever med uforholdsmessig mye helseplager og lavere livskvalitet, sammenlignet med den generelle befolkningen
- det er faglig grunnlag for å hevde at en bedre oppfølging ville redusert omfanget av fysisk og psykiske helseplager, både for de overlevende og etterlatte

Undersøkelsen viser at både Riksrevisjonen og NKVTS beskriver at det ikke ble gitt tilstrekkelig oppfølging, verken for de overlevende, som fikk noe hjelp, eller de etterlatte, som ikke fikk hjelp i det hele tatt. NKVTS dokumenterer at disse gruppene opplever at de fikk mindre hjelp etter ulykken enn de hadde behov for. Dersom de overlevende og etterlatte etter Alexander L. Kielland-ulykken hadde blitt fulgt opp med dagens oppfølgingsstandard, ville sannsynligvis en del av dem ha slitt psykisk uansett, men færre enn tilfellet er i dag. NKVTS viser til at det er usikkert hvor mye god oppfølging faktisk har å si for hvordan folk klarer seg etter en traumatisk hendelse.

Det er også godt samsvar mellom fakta i NKVTS' og Riksrevisjonens undersøkelser om de overlevende og etterlattes fysiske og psykiske helse. Riksrevisjonen konkluderte basert på en forskningsstudie gjennomført i 2007 med at en god del av de overlevende hadde psykiske helseproblemer 27 år etter ulykken. NKVTS viser at dette også gjelder 44 år etter ulykken. Studien til NKVTS viser at det ikke bare er de overlevende som sliter, men også i stor grad enkene etter omkomne. Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 manglet informasjon om de etterlattes helsetilstand.

I tillegg til dårligere psykisk helse har de overlevende og etterlatte etter Alexander L. Kielland-ulykken også dårligere livskvalitet enn befolkningen i Rogaland, som utgjorde kontrollgruppen i undersøkelsen. Riksrevisjonen vurderte ikke livskvalitet i sin undersøkelse. NKVTS viser videre til at det er vanlig at en alvorlig ulykke har negativ effekt på livskvaliteten. Det er imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at en bedre oppfølging hadde hjulpet.

Riksrevisjonen konkluderte i Dokument 3:6 (2020–2021) med at det er **alvorlig** (nest sterkeste kritikk av de fire nivåene på den daværende kritikkskalaen, se figur 1) at Sosialdepartementet ikke valgte å sørge for oppfølging av *de etterlatte* etter Alexander L. Kielland-ulykken. Dette var sterkt kritikk fra Riksrevisjonen. Riksrevisjonen la i sin vurdering vekt på at gjennom det medisinske fagmiljøet var departementet godt kjent med at de etterlatte hadde behov for oppfølging. Sosialdepartementet prioriterte imidlertid ikke å bruke ressurser til dette. De etterlatte fikk videre lite informasjon etter ulykken. Da

Riksrevisjonens spørreundersøkelse ble gjennomført i 2020, svarte 68 prosent av de etterlatte at de opplevde at helsemyndighetene *ikke i det hele tatt* sørget for tilstrekkelig oppfølging av dem som ble rammet av ulykken.

Riksrevisjonen konkluderte i Dokument 3:6 (2020–2021) med at det er **sterkt kritikkverdig** (nest laveste av de fire kritikknivåene på den daværende skalaen) at Sosialdepartementet ikke sørget for en tilstrekkelig oppfølging av de *overlevende* etter Alexander L. Kielland-ulykken. Riksrevisjonen la i sin vurdering vekt på at selv om de overlevende fikk et godt tilbud om hjelp sammenlignet med hva som var vanlig i 1980, opplevde mange at de ikke fikk den hjelpen de trengte. Oppfølgingen var sentralstyrt, og Sosialdepartementet sørget ikke for å involvere og veilede det lokale hjelpeapparatet. Riksrevisjonen vurderte også at det var en uheldig sammenblanding av forskning på og oppfølging av de overlevende etter ulykken.

Forskningsstudien fra 2007 konkluderte med at flesteparten av de overlevende (61 prosent) har klart seg bra og har hatt lite problemer. Andre har hatt større utfordringer, og for noen har problemene tiltatt med årene. Ulykken har hatt negativ innvirkning på deltakelsen deres i arbeidslivet. Spørreundersøkelsen Riksrevisjonen gjennomførte i 2021, viste at 74 prosent av de overlevende opplevde at helsemyndighetene *ikke i det hele tatt* eller *i liten grad* sørget for tilstrekkelig oppfølging i tiden etter ulykken.

Riksrevisjonen vurderer at undersøkelsen til NKVTS fra 2025 utfyller fakta fra Riksrevisjonens undersøkelse offentliggjort i Dokument 3:6 (2020–2021) om konsekvensene av manglende oppfølging fra myndighetenes side. Undersøkelsen til NKVTS omfatter ikke myndighetenes oppfølging etter ulykken, men gir oppdatert og supplerende informasjon om helsetilstanden til dem som er berørt av ulykken. NKVTS gir ny informasjon om hvilke grupper som sliter, og hvor mye de sliter. NKVTS mener også at en bedre oppfølging ville ha hjulpet, men at det er usikkert hvor mye. Riksrevisjonens kritikk for manglende oppfølging var i 2021 basert på en implisitt forventning om at oppfølging faktisk hjelper.

Bildet som NKVTS tegner av helsesituasjonen, er kanskje enda dystre enn det som Riksrevisjonen baserte seg på i 2021. Undersøkelsen til NKVTS viser at problemene fortsatt består, og at det ikke bare er den psykiske og fysiske helsen, men også ulike aspekter ved de berørtes livskvalitet som er redusert. Etter Riksrevisjonens oppfatning underbygger de nye faktaene kritikken i Dokument 3:6 (2020–2021) av oppfølgingen av både de overlevende og de etterlatte. De nye faktaene gir imidlertid ikke ny informasjon om svakheter i myndighetenes oppfølging. På denne bakgrunn mener Riksrevisjonen at det ikke er grunnlag for å endre styrken på kritikken.

6 Anbefalinger

Riksrevisjonen har ingen anbefalinger.

7 Statsrådenes svar

Dokument 3:7 (2025–2026) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken* ble sendt til statsrådene i Energidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet til uttalelse. Svarene fra departementene følger i vedlegg 2 og 4.

8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådenes svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt av Riksrevisjonen 14. desember 2025

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Tom-Christer Nilsen

Helga Pedersen

Anne Tingelstad Wøien

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Del 2:

Riksrevisjonens faktagrunnlag

9 Innledning

I Del 2 av denne rapporten legger vi fram faktagrunnlaget som konklusjonene i Del 1 bygger på.

9.1 Dokumentasjonsprosjektet og den empiriske undersøkelsen til Universitetet i Stavanger

Regjeringen bevilget over statsbudsjettet for 2022 8 millioner kroner til Norsk Oljemuseum for å gjennomføre dokumentasjonsprosjektet.¹¹ Prosjektet har gått over tre år.

Mandatet har vært¹²

- å samle dokumentasjon og innhente og tilgjengeliggjøre kunnskap om Alexander L. Kielland-ulykken som kan belyse saken og danne grunnlag for forskningsprosjekt, artikler, utstillinger, bøker, kulturelle aktiviteter og annet
- å bidra til at pårørende, overlevende og andre berørte etter ulykken føler seg sett, hørt og tatt på alvor, og at de så langt det er mulig, får svar på spørsmål

Norsk Oljemuseum har som en del av dokumentasjonsprosjektet etablert et nettsted med informasjon om prosjektet, samt artikler, bilder og annet stoff om ulykken.¹³

Gjennom dokumentasjonsprosjektet har Norsk Oljemuseum tildelt 2,1 millioner kroner til Universitetet i Stavanger (UiS) til å gjennomføre prosjektet «Minnebank og arkivstudier». Norsk Oljemuseum viser til at UiS selv tok initiativ til å utarbeide rapporten «Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L Kielland-ulykken».¹⁴

9.2 Studien til NKVTS om berørte etter ulykken

Helse- og omsorgsdepartementet bevilget over statsbudsjettet for 2022 2 millioner kroner til NKVTS for å gjennomføre studien om overlevende, pårørende og etterlatte etter Alexander L. Kielland-ulykken.¹⁵ Studien skulle gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket. I 2023 bevilget departementet 300 000 kroner ekstra til en kunnskapsoppsummering av Kielland-forskningen og annen forskning på helsekonsekvenser av lignende katastrofer og ulykker.¹⁶

¹¹ Prop. 1 S (2021–2022). Olje- og energidepartementet og Prop. 1 S (2021–2022). Arbeids- og sosialdepartementet.

¹² <https://www.norskolje.museum.no/samler-dokumentasjon-om-kielland-ulykken/>

¹³ [Nettsider om Alexander L. Kielland-ulykken | Norsk Oljemuseum](#)

¹⁴ Norsk Oljemuseum. (2025). *Spørsmål Riksrevisjonen - dokumentasjonsprosjektet Alexander Kiellandulykken*. E-post til Riksrevisjonen 13. august 2025.

¹⁵ Prop. 1 S (2021–2022). Helse- og omsorgsdepartementet.

¹⁶ Helsedirektoratet (2023). *Endringer av avtalen etter avtaleinngåelsen*. Avtale om forsknings- og utredningsoppdrag. 14. september 2023.

9.3 Nærmere om avgrensinger og tilnærming til oppdraget

Med «nye fakta» mener vi fakta som ikke ble gjennomgått og vurdert i undersøkelsen som ble rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021).¹⁷ Nye fakta omfatter opplysninger i undersøkelsen til UiS, undersøkelsen til NKVTS og nytt arkivmateriale.

Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021) omfattet fire problemstillinger, se faktaboks 4.

Faktaboks 4 Problemstillingene omfattet i Dokument 3:6 (2020–2021)

1. Hvordan har myndighetene ivaretatt ansvaret for å *klargjøre årsakene til ulykken*?
 - organisering og gjennomføring av granskingen
 - undersøkelser og vurderinger av årsakene til ulykken
2. Hvordan har myndighetene ivaretatt ansvaret for å *kartlegge ansvaret for ulykken*?
 - arbeidsforhold og sikkerhet på sokkelen
 - regelverk og organisering, svakheter som kom fram etter ulykken
 - myndighetenes kartlegging av ansvarsforholdene
3. Hvordan er anbefalingene fra granskingsarbeidet fulgt opp?
 - tiltak som er gjennomført
 - endringer i sikkerheten på sokkelen siden ulykken
4. Hvordan har myndighetene fulgt opp etterlatte og overlevende etter ulykken?
 - tilrettelegging og informasjon fra statlige myndigheter
 - oppfølging av helse
 - hvordan systemet for oppfølging av mennesker som er rammet av ulykker, har endret seg fram til i dag

Kilde: Dokument 3:6 (2021–2021).

Det nye oppdraget (se kapittel 1.2 i Del 1 av rapporten) er avgrenset til «å avklare myndighetenes ansvar for at ulykken kunne skje, og myndighetenes manglende oppfølging av overlevende og etterlatte», med utgangspunkt i nye fakta. Dette er temaer som i hovedsak er dekket i problemstilling 2 og 4 i Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021.

¹⁷ Det er flere datakilder som ble gjennomgått i forbindelse med undersøkelsen enn dem som spesifikt framkommer av referanselisten i vedlegg til dokument 3:6 (2020–2021). Hvilke arkiver som ble gjennomgått, framkommer av kapittel 2 «Metodisk tilnærming og gjennomføring» i denne undersøkelsen.

10 I hvilken grad har nye fakta betydning for Riksrevisjonens konklusjoner om og kritikk av hvordan myndighetene ivaretok sitt ansvar før ulykken?

I dette kapittelet sammenligner vi først problemstillinger, metoder og konklusjoner mellom rapporten «Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken» offentliggjort av Universitetet i Stavanger (UiS) og Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021). Deretter oppsummerer og sammenligner vi relevante fakta for temaer som er sentrale for vurderingene av ansvaret «for at ulykken kunne skje».

10.1 Sammenligning av problemstillinger

Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021) hadde fire problemstillinger, jf. faktaboks 4 i kapittel 9.3. Av de fire problemstillingene har UiS i den empiriske undersøkelsen belyst problemstilling 1 og 2, se tabell 1.

Tabell 1 Sammenligning av problemstillinger

Problemstilling i den empiriske undersøkelsen fra UiS	Problemstillinger i Riksrevisjonens undersøkelse
«Hvordan ble den politimessige og strafferettslige etterforskningen av 'Alexander L. Kielland'-ulykken utført med tanke på ansvaret for katastrofen, hvilke resultater ga den og hva ble følgene for de impliserte partene?» (s. 8)	1. «Hvordan har myndighetene ivaretatt ansvaret for å klargjøre årsakene til ulykken?» 2. «Hvordan har myndighetene ivaretatt ansvaret for å kartlegge ansvaret for ulykken?»

Tabell 1 viser at den empiriske undersøkelsen har lagt hovedvekt på å belyse forholdene etter ulykken, mens Riksrevisjonen i sin undersøkelse belyste både årsaksforholdene *før* ulykken inntraff, og granskingen, politietterforskningen og ansvarsforholdene *etter* ulykken.

Intervju med hovedforfatteren bekrefter at undersøkelsen fra UiS har lagt hovedvekt på påtalemyndighetens rolle i og arbeid med etterforskningen og den politiske håndteringen etter Alexander L. Kielland-ulykken.

Oppdraget Riksrevisjonen har fått av Stortinget i juni 2025, omfatter ikke myndighetenes ansvar for granskingen og politietterforskningen, men er avgrenset til å handle om myndighetenes ansvar *for at ulykken kunne skje* – altså ivaretagelsen av myndighetsansvaret *før* ulykken inntraff.

Selv om undersøkelsen fra UiS i hovedsak har konsentrert seg om forholdene *etter* ulykken, belyser den også hvordan ansvaret for sikkerheten er fulgt opp før ulykken. Tabell 2 oppsummerer hvilke hovedtemaer som er omtalt, og hvilke undertemaer som belyser ansvarsutøvelse før ulykken, i hvert av kapitlene i den empiriske undersøkelsen.

I kapittel 10.5, der vi sammenligner fakta fra UiS- og Riksrevisjonen-undersøkelsen om *ansvaret for at ulykken kunne skje*, vil vi ta utgangspunkt i de ulike ansvarsområdene til myndighetene og de private aktørene i høyre kolonne.

Tabell 2 Temaer i den empiriske undersøkelsen til UiS fordelt på kapitler

Kapittel i UiS-rapporten	Hovedtema	Undertema som belyser ansvaret for at ulykken kunne skje
«Kunsten å isolere en ulykke»	- granskingskommisjonens arbeid og konklusjoner - oversikt over tidligere publikasjoner som belyser ulykken og årsaker til ulykken - nye kilder til informasjon - sikkerheten i petroleumsvirksomheten før ulykken - målkonflikter mellom sikkerhet og raskere utvinning / høyere kostnader	- tilsynsansvar og -ressurser - egenkontrollansvaret - sikkerheten ombord - sikkerhetskultur i petroleumsvirksomheten - sikkerhetsopplæring - dispensasjoner
Etterforskning og gransking	- undersøkelser av årsakene til ulykken og den raske kantringen - etterforskningen - hva som ble undersøkt - bevisforspilling - vurdering av bevis - grunnlag for henleggelse av saken - granskingskommisjonens mandat og sammensetning - redningsarbeidet - erstatningsoppgjøret	- godkjenningsansvar for plattformen - driften av plattformen (åpne dører og luker og uorden) - verftets ansvar - tilsynsansvar - beredskapsansvar
Politisk behandling og vurdering av ansvar	- politisk oppfølging av ulykken - behandling av kommisjonsrapporten - vurderinger av behovet for å gjøre endringer i petroleumsvirksomheten - arbeidet med å snu plattformen	- egenkontrollansvar - regelverket - tilsynsansvar og -ressurser - sikkerhetsopplæring og dispensasjoner
Konsekvensene	- granskingskommisjonens rapport - manglende tillit til granskingen og etterforskningen - mangel på rettsoppgjør - erstatningsoppgjøret	- tilsynsansvar - regelverket - egenkontrollansvar
Konklusjon	oppsummering og vurderinger	

10.2 Sammenligning av anvendte metoder

Både den empiriske undersøkelsen til UiS og Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 baserer seg på arkivstudier i Norge. Den empiriske undersøkelsen bygger også på fransk arkivmateriale.¹⁸

En oversikt over hvilke arkiver som er gjennomgått av henholdsvis UiS og Riksrevisjonen (i undersøkelsen fra 2021 og i denne nye undersøkelsen), er framstilt i tabell 19 (i vedlegg 5).

Forskerne ved UiS har i forbindelse med dokumentasjonsprosjektet gjennomgått arkiver forskere ikke har sett på tidligere. Noen av disse ble imidlertid gjennomgått av Riksrevisjonen i 2019 og 2020 og dermed lagt til grunn i Dokument 3:6 (2020–2021).

Tabell 19 viser at UiS og Riksrevisjonen i stor grad bygger på det samme arkivmaterialet, men at det er forskjeller i hva som er vektlagt. Riksrevisjonen har gått gjennom og vektlagt dokumentasjon fra flere arkiver fra forvaltningen, blant annet Handelsdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet og Oljedirektoratet. I intervju viser forskerne fra UiS til at undersøkelsen deres legger mer vekt på erfaringene og refleksjonene til de overlevende og etterlatte, myndighetsapparatet, redningspersonell, arbeidsgivere og andre berørte av ulykken, samt politietterforskningen.

Riksrevisjonen gikk gjennom dokumentasjon i norske arkiv om blant annet tilsynsaktiviteten, etterforskningen og granskingen, og en oversatt versjon av rapporten fra det franske sakkyndige utvalget som ga informasjon om årsakene til ulykken og ansvarsforholdene.¹⁹

UiS har intervjuet mange mennesker som på ulike måter har vært berørt av ulykken, og har samlet og tilgjengeliggjort dette materialet.²⁰ Dette materialet ble også gjennomgått av Riksrevisjonen i undersøkelsen fra 2021.

Riksrevisjonen gjennomførte i forbindelse med sin undersøkelse fra 2021 flere intervjuer med aktører som var involvert i granskingen, etterforskningen eller oppfølging etter ulykken.

10.3 Sammenligning av konklusjoner

Hovedkonklusjonene i den empiriske undersøkelsen til UiS og i Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 er gjengitt i tabell 3.

¹⁸ «Archives nationales du monde du travail» i Frankrike, arkivet til Compagnie Francaise d'Entreprises Metalliques (CFEM), for perioden de var nasjonalisert. CFEM bygget Alexander L. Kielland som sto ferdig 1976 i Dunkerque i Frankrike. Det tilgjengelige arkivmaterialet begrenser seg til perioden CFEM var nasjonalisert, 1982–1990.

¹⁹ Sakkyndig rapport (1985). Plattformen Alexander L. Kielland. Ulykken 27. mars 1980. Tribunal de Commerce de Paris, juni 1985.

²⁰ Universitet i Stavanger [Alexander L. Kielland-ulykken: Minnebank | UiS Scholarly Publishing Services](#)

Tabell 3 Sammenligning av konklusjoner

Konklusjonen i den empiriske undersøkelsen	Riksrevisjonens konklusjon og kritikk om myndighetsansvaret
- Nasjonale interesser overskygget behovet for sannhet og rettferdighet. Dette baserer seg blant annet på følgende argumenter: - Kielland-katastrofens etterspill synliggjør en iboende spenning mellom nasjonale interesser og prinsippet om rettssikkerhet. - Nasjonale økonomiske interesser og et ønske om å bevare Norges omdømme som en troverdig oljenasjon overskygget behovet for å avdekke sannheten og sikre rettferdighet for de etterlatte og overlevende etter Kielland-katastrofen. Til tross for at 123 mennesker mistet livet på en arbeidsplass preget av gjentatte regelbrudd og uaktsom drift, ble søkelyset på norske aktørers ansvar begrenset. - Operasjonelle forhold, som sikkerhetsrutiner, arbeidsmiljø og ledelseskultur samt styrings-systemer inkludert tilsyn ble ikke tilstrekkelig undersøkt og satt i sammenheng med ulykkesforløpet. Denne systemiske svikten har bidratt til svekket tillit til institusjoner og etterlatt ofrene og deres familier med en vedvarende følelse av urettferdighet.	- Riksrevisjonen konkluderte med at ansvarsforholdene rundt ulykken ikke ble fullstendig kartlagt, og kritiserte - at myndighetene var kjent med flere svakheter i regelverket og kontrollen med flyttbare innretninger før Alexander L. Kielland-ulykken skjedde, uten å gjennomføre tiltak - at myndighetene ikke gjennomførte en fullstendig kartlegging av ansvaret til Stavanger Drilling og Phillips Petroleum etter ulykken - at myndighetene involverte Det Norske Veritas i både granskings-arbeidet og snuoperasjonen, ettersom de var part i saken

Tabell 3 viser at det i tråd med ulikhetene i problemstillingene som er belyst, også er tematiske forskjeller mellom konklusjonene i undersøkelsene. Derfor er de uegnet for en direkte sammenligning. Videre er det forskjeller i hva konklusjonene i undersøkelsene er basert på. UiS baserer i mindre grad enn Riksrevisjonen konklusjonen på en bred analyse av bakenforliggende årsaksforhold før ulykken inntraff. Videre trekker UiS mer vidtrekkende slutninger om motiv og årsaksforklaringer relatert til myndighetsansvaret enn det Riksrevisjonen både gjorde og kan gjøre ut fra sitt mandat og rolle.

I intervju med hovedforfatteren av undersøkelsen fra UiS kommer det fram at forskerne oppfattet at vurderingen av ansvar som Riksrevisjonen gjorde i 2021, var godt begrunnet og langt tydeligere framstilt enn i deres undersøkelse. Videre kommer det fram at det ikke er gjort en totalvurdering av ansvar i undersøkelsen fra UiS, da det lå utenfor forskernes

oppdragsbeskrivelse. Forskerne mener også at Riksrevisjonen har gjort en bredere vurdering av myndighetsorganenes roller, samhandling og ansvarsområder.

10.4 Sammenhengen mellom årsakene til ulykken og ansvarsforholdene

Myndighetenes ansvar for Alexander L. Kielland-ulykken må sees i sammenheng med

- hva som var utløsende, medvirkende og bakenforliggende årsaker til ulykken og for at omfanget av ulykken ble så stort som det ble²¹
- det formelle ansvaret de norske myndighetene hadde da plattformen var under planlegging og utbygging i Frankrike, og da den var i bruk på norsk sokkel

Prinsippet om at petroleumsvirksomheten på norsk sokkel skal foregå på en forsvarlig måte og ivareta hensynet til sikkerhet for personell og miljø, ble etablert i 1965²² og senere stadfestet²³ og videreført²⁴ i petroleumsloven.

Grunnprinsippet i sektorens sikkerhetsregime var i 1980 som i dag at både myndighetene og de private aktørene har ansvar:

- De private aktørene har hovedansvaret for at sikkerheten blir ivaretatt, og for at regelverket blir fulgt i egen virksomhet (egenkontrollansvar).
- Myndighetene har ansvar for å fastsette regelverk, gi godkjenninger og tillatelser og føre tilsyn med petroleumsvirksomheten med tilhørende sanksjonsmyndighet.

10.4.1 Reguleringen og organiseringen av myndighetenes ansvar for sikkerheten i årene før ulykken

Da ulykken skjedde, var ansvaret for sikkerheten i petroleumsvirksomheten og myndighetenes sanksjonsmyndighet ikke regulert samlet, men spredt på tre regelsett: sokkelovgivningen, arbeidsmiljølovgivningen og sjøfartslovgivningen. Faste innretninger falt inn under sokkelovgivningen, mens en flyttbar innretning som Alexander L. Kielland-plattformen ble ansett som ukonvensjonelt «fartøy» og falt inn under sjøfartslovgivningen.²⁵ Deler av regelverket under sokkelovgivningen var likevel relevant.

Ansvar etter sokkelovgivningen og arbeidsmiljølovgivningen

Industridepartementet hadde det overordnede myndighetsansvaret for å føre kontroll med petroleumsvirksomheten fram til 11. januar 1978, da Olje- og energidepartementet ble opprettet. Den 1. januar 1979 ble myndighetsansvaret for sikkerheten og beredskapen i petroleumsvirksomheten overført til Kommunal- og arbeidsdepartementet.²⁶

²¹ Se ordliste foran Del 1 av rapporten.

²² Innst. S. nr. 90 (1965–66), jf. St.meld. nr. 22 (1965–66) *Undersøkelse etter og utvinning av petroleumsforekomster på den norske kontinentalsokkel i Nordsjøen*.

²³ Petroleumsloven. (1985). Lov om petroleumsvirksomhet 1985 (LOV-1985-03-22-11) § 45.

²⁴ Petroleumsloven. (1997). Lov om petroleumsvirksomhet (LOV-1996-11-29-72) § 10-1.

²⁵ Kaasen, K. (1984). *Sikkerhetsregulering i petroleumsvirksomheten: en rettslig studie av regelverkene om sikkerhet på norsk kontinentalsokkel*, s. 218–219.

²⁶ Dokument 3:6 (2020–2021). Rapport, punkt 3.1 Roller og ansvar.

Da Oljedirektoratet ble opprettet i 1972, fikk det ansvar for å følge opp og sikre at petroleumsvirksomheten var i samsvar med gjeldende sikkerhetsforskrifter. Senere fikk det også ansvar for å følge opp store deler av arbeidsmiljøloven.

Ansvar etter sjøfartslovgivningen

Handelsdepartementet hadde ansvar for å regulere og føre kontroll med flyttbare innretninger, med Sjøfartsdirektoratet som utøvende etat. Myndighetenes godkjennings- og tilsynsansvar for flyttbare innretninger var delegert til ni institusjoner, blant annet Oljedirektoratet og Sjøfartsdirektoratet.²⁷ Sjøfartsdirektoratet hadde også ansvar for å koordinere kontrollvirksomheten.

10.4.2 Ansaret for den utløsende årsaken til ulykken

Riksrevisjonen konkluderte i Dokument 3:6 (2020–2021) med at det var bred enighet om at et utmatningsbrudd i et støttestag på plattformen var den utløsende årsaken til ulykken. Etter ulykken var det imidlertid diskusjoner om den medvirkende årsaken til utmatningsbruddet, se faktaboks 5.

Faktaboks 5 Årsaken til utmatningsbruddet og forliket som ble inngått

Plattformen ble produsert på et verft i Frankrike. Den norske granskingskommisjonen konkluderte med at det ble gjort feil under planlegging og bygging av plattformen.

De franske sakkyndige som gjorde egne undersøkelser av årsakene til ulykken, var enig i den norske kommisjonens konklusjon om at bruddet i D6-staget skyldtes utmatting. De sakkyndige støttet imidlertid ikke granskingskommisjonens konklusjon om hvordan utmattingssprekken i staget, som over tid utviklet seg til et brudd, hadde oppstått. Riksrevisjonens vurdering i 2021 var at den norske granskingskommisjonen gjorde svært grundige tekniske undersøkelser av hvordan utmattingssprekken i staget oppsto. Den norske kommisjonens forklaring er dessuten bedre undersøkt og dokumentert enn de franske sakkyndiges forklaring.

Phillips Petroleum (operatøren av plattformen) og Norsk Oljeforsikringspool saksøkte verftet (CFEM) og designeren (Forex Neptune) for til sammen 700 millioner kroner. Bakgrunnen var at designet og konstruksjonen av plattformen forårsaket ulykken, som igjen medførte økte kostnader, inntektsbortfall og verditap. Motparten mente at årsaken til bruddet var feil bruk av plattformen. Etter en ti år lang rettsprosess ble det i 1991 inngått et forlik hvor de norske partene fikk 7,7 millioner dollar utbetalt og 13,5 millioner dollar i kreditt. Innrømmelsen skulle ikke tolkes som anerkjennelse av erstatningsansvar.

Kilde: Dokument 3:6 (2020–2021).

²⁷ St.meld. nr. 67 (1981–82). Ulykken med plattformen «Alexander L. Kielland».

Figur 2 illustrerer sammenhengen mellom den utløsende årsaken til ulykken og ansvaret til henholdsvis de private aktørene og myndighetene. Figuren legger til grunn årsaksforklaringen til den norske granskingskommisjonen. Det kommer ikke fram av dokumentgjennomgangen at det er stilt spørsmål om hva som var myndighetenes ansvar i forbindelse med ulike årsaksforklaringer.

Figur 2 Illustrasjon av sammenhengen mellom den utløsende årsaken til ulykken og myndighetenes ansvar



Kilde: Dokument 3:6 (2020–2021); NOU (1981: 11) Alexander L. Kielland-ulykken.

De private aktørenes ansvar i byggefasen

De private aktørenes ansvar i byggefasen lå hos konstruktøren og verftet som bygget plattformen, og rederen som bestilte plattformen. Eieren (rederen) måtte sørge for at verftet bygget en plattform som tilfredsstilte sikkerhetskravene for å bli sikkerhetssertifisert og/eller godkjent for bruk på norsk sokkel i tråd med regelverket som norske myndigheter hadde fastsatt. Som illustrert i figur 2 og forklart i faktaboksen ble det gjort feil under planleggingen og byggingen av plattformen. I tillegg avdekket ikke egenkontrollen feil som ble gjort.

Det var i ettertid en lang rettssak mellom de private aktørene som endte i et forlik, se faktaboks 5.

Det er i all hovedsak samsvar mellom Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 og den empiriske undersøkelsen til UiS om hva som var den direkte utløsende årsaken til ulykken. UiS-undersøkelsen peker imidlertid på at granskingskommisjonen i for stor grad plasserte

ansvaret for ulykken på det franske verftet og i for liten grad på norske myndigheter, operatøren og rederen:

Et komplekst hendelsesforløp ble forenklet og skylden ensidig plassert på det franske verftet. Ulykkesårsaken ble dermed isolert fra sin sammenheng. (s. 73)

Kilde: Smith-Solbakken et al. (2025).

Myndighetenes ansvar i byggefasen

Figur 2 illustrerer at myndighetene la rammene for konstruksjonen av plattformen gjennom utforming av regelverket og gjennom tilsyn og godkjenning av plattformen før den kunne tas i bruk på norsk sokkel.

Myndighetenes godkjennings- og tilsynsansvar innebar at de skulle gi samtykke til at en flyttbar plattform kunne tas i bruk på norsk sokkel.²⁸ For et nybygg omfattet dette inspeksjoner ved verftet i byggeperioden.

Svakhetene i myndighetenes arbeid kan anses som bakenforliggende årsaker til ulykken. I kapittel 10.5 beskriver vi svakhetene i myndighetenes arbeid med utgangspunkt i den empiriske undersøkelsen og Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021.

10.4.3 Ansvar for ulykkens omfang

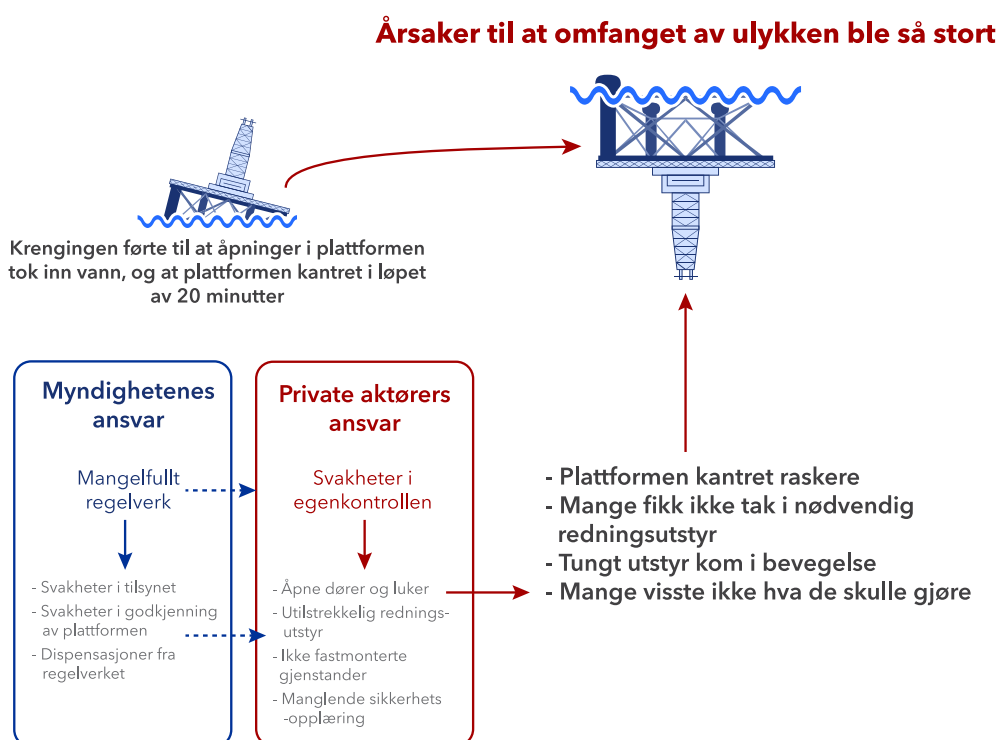
Utmattingsbruddet førte til at plattformen mistet et bein og begynte å krenge. Krengingen førte til at åpninger (dører, luker og ventiler) i plattformen tok inn vann, og at plattformen kantret. Mye av det tunge utstyret som var lastet om bord, kom i bevegelse. De fleste om bord på plattformen opplevde at det ikke var tid til å gå til lugarene for å hente redningsdrakt eller redningsvest. Redningsutstyret fungerte ikke slik det skulle.²⁹ Dette var *medvirkende* årsaker til omfanget av ulykken.

Sammenhengen mellom utmattingsbruddet, det videre hendelsesforløpet og de alvorlige konsekvensene av ulykken er illustrert i figur 3. Figuren illustrerer også hva som var ansvaret til de private aktørene og til myndighetene.

²⁸ St.meld. nr. 30 (1973–74). *Virksomheten på den norske kontinentalsokkel m.v., jf. Innst. S. nr. 381 (1973–74).*

²⁹ Dokument 3:6 (2020–2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*, kapittel 4.1.2.

Figur 3 Illustrasjon av sammenhengen mellom årsakene til omfanget av ulykken og myndighetenes ansvar



Kilde: Dokument 3:6 (2020–2021); NOU (1981: 11) Alexander L. Kielland-ulykken.

Da ulykken skjedde, hadde de private aktørene et lovpålagt egenkontrollansvar:

- *Operatør og rettighetshavere* var fra 1975 gjennom sokkelovgivningen pålagt å sørge for at aktiviteten foregikk på forsvarlig måte i samsvar med god og fornuftig praksis innen petroleumsindustrien.³⁰ Dette innebar en plikt til å etterleve sikkerhetsbestemmelsene (overholdelsesplikt) og gjennom egenkontroll å kontrollere at bestemmelsene faktisk etterleves (påseplikt) i sin del av virksomheten. For de private aktørene i petroleumsvirksomheten har alle leddene i hver virksomhet plikt til å kontrollere egen og underordnet ledds etterlevelse av regelverket. Det innebærer at det er rettighetshaver med operatør som har det overordnede ansvaret for å sørge for at fastsatte krav etterleves.³¹
- *Arbeidsgivere* var gjennom arbeidsmiljølovgivningen fra 1977 pålagt å sørge for at arbeidsmiljøet skulle være fullt forsvarlig ut fra både en enkeltvis og en samlet vurdering av de faktorene i arbeidsmiljøet som kan påvirke arbeidstakerens fysiske og psykiske helse og velferd.³²

³⁰ Kongelig resolusjon av 3. oktober 1975 om sikkerhet m.v. for undersøkelse og boring etter undersjøiske petroleumsforekomster gitt med hjemmel i kontinentalsokkelloven § 3.

³¹ Kaasen, K. (1984). *Sikkerhetsregulering i petroleumsvirksomheten: En rettslig studie av regelverkene om sikkerhet på norsk kontinentalsokkel*, s. 218–219.

³² Arbeidsmiljøloven ble med noen unntak gjort gjeldende for petroleumsvirksomheten på norsk sokkel i 1977, jf. Ot.prp. nr. 3 (1975–76) og Innst. O nr. 10 (1976–77), også omtalt i Innst. S nr. 166 (1976–77).

- *Arbeidsgivere* var gjennom arbeidsmiljølovgivningen fra 1979 pålagt å sørge for at innkvartering som ble stilt til disposisjon på flyttbar innretning, måtte være forsvarlig utført, innredet og vedlikeholdt.³³

Som illustrert i figur 3 og som nærmere utdypet i kapittel 10.5.4 bidro svakheter i egenkontrollen til å øke omfanget av ulykken og sannsynligvis til at flere omkom.

Som vist i figur 3 og redegjort for i kapittel 10.5 nedenfor hadde myndighetene også et ansvar for driftsfasen. Ansvarer besto i å

- utforme regelverket (se kapittel 10.5.1)
- følge opp at regelverket ble fulgt av de ansvarlige aktørene gjennom tilsyn og godkjenningsordninger og eventuelt iverksette sanksjoner ved brudd på regelverket (se kapittel 10.5.3)
- føre tilsyn med både materielle sikkerhetskrav og prosessuelle krav slik som egenkontroll og rapportering³⁴

Svakheter i myndighetenes ansvar kan dermed sees på som *bakenforliggende* årsaker til ulykken og til at omfanget ble så stort.

10.5 Sammenligning av fakta om de medvirkende og bakenforliggende årsakene til ulykken

I kapittel 10.5 vil vi gå gjennom de bakenforliggende årsakene til ulykken. Her vil vi oppsummere hvilke fakta Riksrevisjonen la vekt på, og sammenligne med den empiriske undersøkelsen til UiS.

I intervju med hovedforfatteren av undersøkelsen fra UiS kommer det fram at forskerne kjenner seg igjen i alle fakta i Riksrevisjonens undersøkelse, og at de mener det er godt samsvar i faktaene mellom deres undersøkelse og Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021.

10.5.1 Sikkerhetsregelverket var ikke tilpasset flyttbare innretninger

Som beskrevet i kapittel 10.4.1 var sikkerhetsreguleringen da ulykken inntraff, spredt på sokkelovgivningen, arbeidsmiljølovgivningen og sjøfartslovgivningen.

I Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 er det i kapittel 7.4.2 omtalt at den fragmenterte reguleringen førte til ulike regelverk for faste og flyttbare innretninger. Sokkelovgivningen stilte strengere sikkerhetskrav enn sjøfartslovgivningen. Sjøfartslovgivningen var basert på regelverket for skip og ikke tilpasset flyttbare innretninger, blant annet når det gjaldt krav til stabilitet og konstruksjon. Flyttbare innretninger kunne få helt andre typer skader enn skip, som å miste et helt bein.

³³ Kongelig resolusjon av 1. juni 1979 om forskrift om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. i forbindelse med undersøkelse etter og utnyttelse av undersjøiske petroleumforekomster.

³⁴ Kaasen, K. (1984). *Sikkerhetsregulering i petroleumsvirksomheten: en rettslig studie av regelverkene om sikkerhet på norsk kontinentalsokkel*, s. 272.

Den fragmenterte reguleringen gjorde det også uklart hvilket regelverk som for gjaldt for ulike personellkategorier som jobbet på flyttbare innretninger, og hvem som hadde kontrollansvaret for disse.

Undersøkelsen fra UiS omtaler ikke direkte hvordan rettstilstanden for sikkerhetsreguleringen var da ulykken inntraff. I undersøkelsen fra UiS er det imidlertid under overskriften «Årsak og ansvar» på side 47–48 omtalt at granskingskommisjonen i sin rapport påpekte at stabilitetssvikten, som var hovedårsaken til den utilsiktede krengingen, fyllingen og kantringen, «skyldes at forskriftene ikke inneholdt krav til konstruksjonens flyteevene ved bortfall av en søyle».

Det kommer ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon som gir grunnlag for å endre Riksrevisjonens beskrivelse av fakta på dette punktet.

10.5.2 Det var svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret for å føre tilsyn med og godkjenne plattformen før den ble tatt i bruk på norsk sokkel

Flere myndigheter og classeselskapet Det Norske Veritas («Veritas») var involvert i arbeidet med å godkjenne plattformen før den ble tatt i bruk på norsk sokkel. Sjøfartsdirektoratet hadde hovedansvaret, se faktaboks 6.

Faktaboks 6 Ansvaret for å godkjenne plattformen

- Sjøfartsdirektoratet hadde ansvar for å utstede sikkerhetssertifikater med hjemmel i sjødyktighetsloven.³⁵
- Sjøfartsdirektoratet var den koordinerende myndigheten for å godkjenne flyttbare innretninger, og baserte sin godkjenning på egne og de åtte andre etatenes godkjenninger innenfor ulike fagområder.
- Det Norske Veritas hadde status som godkjent classeselskap i henhold til sjødyktighetsloven og utførte kontrolloppgaver på vegne av Sjøfartsdirektoratet i henhold til avtale med Handelsdepartementet i 1965. Veritas hadde godkjent Alexander L. Kielland-plattformen og førte tilsyn med plattformen under både bygging og drift.

Kilde: Dokument 3:6 (2020–2021) Rapport side 14 og 77.

Riksrevisjonens rapport fra 2021 omtaler flere svakheter i myndighetenes ivaretagelse av sitt tilsyns- og godkjenningsansvar før plattformen ble satt i drift:

- Arbeidsdelingen mellom Sjøfartsdirektoratet og Veritas var uheldig. Sjøfartsdirektoratet hadde ikke vurdert hvordan Veritas forvaltet regelverk sitt, og om det var i overensstemmelse med direktoratets forskrifter (s. 78–79).

³⁵ Sjødyktighetsloven. (1903). lov om Statskontrol med Skibes Sjødyktighet m.v. av 1903.

- Det var flere svakheter i direktoratets godkjenninger av plattformens stabilitet (s. 84 og 85).
 - Sjøfartsdirektoratet kontrollerte ikke verftets beregninger av stabilitet, og kommisjonens beregninger viste at disse var feilaktige (s. 66 og s. 84).
 - Sjøfartsdirektoratet hadde ikke påpekt at den vanntette inndelingen av plattformen var for dårlig (s. 84).
 - Sjøfartsdirektoratet la til grunn at alle dører og ventiler kunne stenges i en nødssituasjon, noe kommisjonen mente var en urealistisk forutsetning (s. 85).
- Veritas hadde ikke vurdert utformingen og plasseringen av hydrofonholderen med hensyn til konstruksjonens styrke (s. 90).
- Veritas godkjente plattformen uten dokumentasjon på at det var utført utmattingsberegninger, til tross for at Veritas' eget regelverk stilte krav om at dette skulle gjennomføres (s. 90).
- Selv om alle rutinemessige tilsyn med Alexander L. Kielland-plattformen som var forutsatt i regelverket hadde blitt gjennomført, var ikke kvaliteten god nok – særlig tilsynene som var gjennomført under byggingen av plattformen, og spesielt av stagene. Til tross for at Veritas skulle inspisere sveiseforbindelsen grundig, klarte de ikke å oppdage en 7 cm lang sprekk (s. 81–82).

Også den empiriske undersøkelsen omtaler at det var svakheter i myndighetenes og Veritas' tilsyn- og godkjenningsarbeid. Om organiseringen av godkjenningsarbeidet skriver UiS at det i etterkant av ulykken ble anbefalt å sikre rutiner for saksbehandling innad og mellom institusjoner (s. 40). Når det gjelder Veritas' inspeksjoner av riggen før den ble tatt i bruk, viser forskerne bak den empiriske undersøkelsen i intervju til at de har lagt vekt på en uttalelse fra Bjørn Lian (som gjennomførte de metallurgiske undersøkelsene for granskingskommisjonen) hvor det framkom at han mente at sprekken kunne vært oppdaget før ulykken skjedde.

Det kommer ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon som gir grunnlag for å endre Riksrevisjonens beskrivelse av fakta på dette punktet.

10.5.3 Det var svakheter i hvordan myndighetene ivaretok ansvaret for godkjenninger og dispensasjoner i driftsfasen

Plattformen var bygget og utstyrt for å drive leteboring, men ble tatt i bruk som bolig-plattform fra første stund.³⁶ Innkvarteringskapasiteten ble økt i flere omganger, fra 80 køyeplasser ved levering til 348 ved siste utvidelse i mars/april 1978.

³⁶ Dokument 3:6 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken kapittel 4.1.

I tillegg til at myndighetene skulle godkjenne plattformen før den ble tatt i bruk, godkjente de løpende flere forhold mens den var i drift³⁷:

- Sjøfartsdirektoratet førte tilsyn med blant annet stabiliteten og redningsutstyret og la Veritas' klassegodkjenning for styrke, konstruksjon og maskineri til grunn for den generelle godkjenningen.
- Klasseselskapenes kontroll omfattet årlige tilsyn av begrenset omfang og en hovedkontroll hvert fjerde år.
- Oljedirektoratet skulle gi samtykke før et boligkvarter ble tatt i bruk.³⁸

Også her var det flere svakheter, som er omtalt i Riksrevisjonens rapport fra 2021:

- Veritas godkjente aldri innfestingen av boligkvarteret selv om den var underlagt deres kontroll. De mottok aldri tegninger av innfesting til godkjenning, selv om de etterspurte dette (s. 85).
- Sjøfartsdirektoratet godkjente en alarminstruks som manglet prosedyrer og instruks for stenging av dører og luker i tilfelle skade eller storm (s. 70).
- Alle oppankringene var godkjent av Sjøfartsdirektoratet med åtte ankere, mens driftshåndboken og førstegangsgodkjenningen i 1977 var basert på ti ankere. Direktoratet stilte aldri krav om at det skulle utføres beregninger av bruken av åtte ankere i asymmetrisk mønster (s. 86).
- Sjøfartsdirektoratet godkjente en minimumsbesetning på 13 personer. Den godkjente alarminstruksen innebar imidlertid et behov for 21 erfarne livbåtansvarlige om bord på grunn av det høye antallet «gjester». Det var altså en åpenbar forskjell mellom kravet til minimumsbesetning som var fastsatt av Sjøfartsdirektoratet, og hvor mange livbåtansvarlige det til enhver tid skulle være om bord ifølge alarminstruksen (s. 87).

Undersøkelsen fra UiS omtaler at boligkvarteret manglet godkjenning for styrkemessige forhold fordi rederiet aldri søkte om det, til tross for at Veritas hadde gjort dem oppmerksomme på det (s. 60). UiS-undersøkelsen omtaler ikke de øvrige godkjenningene der myndighetene fikk kritikk av granskingskommisjonen. I intervju påpeker forskerne at avvikene sannsynligvis ikke hadde noen konsekvenser for ulykken, men er en god illustrasjon på at det var mye som ikke var i orden i oljebransjen på den tiden ulykken skjedde.

De fleste av dem som var om bord på plattformen, manglet grunnleggende sikkerhetsopplæring³⁹:

- Myndighetene ga omfattende dispensasjoner fra krav om grunnleggende sikkerhetsopplæring for den faste besetningen.

³⁷ Dokument 3:6 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken kapittel 7.5.2.

³⁸ St.meld. nr. 29 (1977–78). Oljedirektoratets årsberetning 1976 og Innst. S. nr. 63 (1977–78).

³⁹ Dokument 3:6 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken kapittel 7.5.2 s. 88 og s. 92.

- Det var utilstrekkelig opplæringskapasitet, både i selskapene og i det offentlige.
- Det var også vanlig å gi dispensasjon fra kravene til sikkerhetsopplæring for ansatte som var tidligere sjømenn.
- Det var ikke noe forskriftsfestet krav om at de som var innkvartert på plattformen («gjestene»), måtte ha gjennomgått sikkerhetskurs.

Som vi omtaler i kapittel 10.5.4, var det også svakheter i de private aktørenes ivaretagelse av egenkontrollansvaret for sikkerhetsopplæring. Granskingskommisjonen mente imidlertid at manglende sikkerhetsopplæring ikke hadde særlig innvirkning på besetningens sjanse for å overleve ulykken (s. 88 i Riksrevisjonens rapport).

Gjennomgangen av relevant dokumentasjon i riksadvokatens arkiv viser at det lenge hadde hersket uenighet mellom Oljedirektoratet og Direktoratet for sjømenn om cateringpersonalet var å anse som mannskap og underlagt opplæringskravene. At cateringpersonalet skulle vært påmønstret (som mannskap) og med det hatt sikkerhetsopplæring, ble først avklart etter ulykken.⁴⁰

Det kommer ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon som gir grunnlag for å endre Riksrevisjonens beskrivelse av fakta på dette punktet.

10.5.4 Det var mangler i de private aktørenes utøvelse av egenkontrollansvaret i driftsfasen

At det var mangler i de private aktørenes utøvelse av egenkontrollansvaret, er trukket fram i både Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 (kapittel 7.3) og den empiriske undersøkelsen fra UiS (blant annet side 22 og utover), men med noe ulikt detaljeringsnivå. Oppsummert gikk manglene ut på

- at dårlig sikkerhetskultur og arbeidsforhold på sokkelen i 1970-årene førte til mange alvorlige ulykker med tap av menneskeliv
- at plattformen var oppankret med åtte ankere og ikke ti som den var designet for
- at det var svikt i sikkerhetsrutiner da ulykken skjedde
 - dekket var uryddig med tungt utstyr som ikke var festet forskriftsmessig
 - vanntette dører og luker sto åpne med kabler og slanger trukket gjennom
- at det var svikt i beredskaps- og redningsarbeidet, ved at
 - mange hadde ikke fått sikkerhetsopplæring
 - det var uklart hvilket ansvar beredskapsfartøyet «Siver Pit» hadde
 - redningsutstyret ikke fungerte som det skulle

I kapittel 7.4.1 i Riksrevisjonens rapport fra 2021 står det at selv om både rettighetshaveren og rederen hadde et generelt ansvar for egenkontroll og sikkerhet, gikk det ikke tydelig fram av regelverket hvem av dem som hadde ansvar for hva. Regelverket viste til rettighetshaverens ansvar for sikkerheten, men ikke spesifikt til operatørens ansvar.

⁴⁰ Statsadvokaten i Rogaland. (1981). «Alexander L. Kielland-ulykken». Notat til riksadvokaten 14. desember 1981.

Riksrevisjonen beskrev også at de private aktørene manglet forståelse av ansvaret de hadde for egenkontroll. Videre la Sjøfartsdirektoratet ikke vekt på å føre tilsyn med etterlevelsen av egenkontrollen.

Sikkerhetskultur og arbeidsforhold på sokkelen

Dårlig sikkerhetskultur og arbeidsforhold på sokkelen er omtalt i begge undersøkelsene, og det er ingen motstrid i omtalen. Hvilke fakta som er vektlagt, er imidlertid noe forskjellig. Undersøkelsen fra UiS legger størst vekt på at sikkerheten ble nedprioritert av de private aktørene på grunn av press for å utvinne raskere av økonomiske hensyn (side 24 og 25). Riksrevisjonen la størst vekt på ulike arbeidskulturelle forhold og de regulatoriske skrankene (kapittel 7.3.1 og 7.3.2).

Riksrevisjonen beskrev også at myndighetene hadde dårlig informasjon og statistikk om dødsfall, ulykker og nestenulykker. Bedre data var nødvendig for å iverksette effektive sikkerhetstiltak (kapittel 7.3.1 og 7.3.2).

Det kommer ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon som gir grunnlag for å endre Riksrevisjonens beskrivelse av fakta på dette punktet.

Oppankringen og forhalingen av plattformen

Begge undersøkelsene omtaler oppankringen av plattformen, og det er ikke noen motstrid i omtalen. Hvor detaljert fakta er omtalt, er imidlertid forskjellig. Undersøkelsen fra UiS slår dette bare fast (side 44). Riksrevisjonens rapport påpeker i tillegg hva hensikten med ankersystemet var, hvordan systemet også skulle brukes til forhaling bort fra Edda-plattformen i dårlig vær, og hvordan oppankringen og forhalingen kan ha medvirket til bruddet i staget (kapittel 6.5). Til tross for ulikt detaljeringsnivå kommer det ikke fram i dokumentgjennomgangen at det er ny informasjon som gir grunnlag for å endre beskrivelsen av fakta på dette punktet.

Svikt i sikkerhetsrutiner

Tabell 4 gir en skjematisk sammenstilling av hvor og hvordan fakta om at plattformen var under ombygging, og at dekket var uryddig med løst og tungt utstyr, er omtalt i hver av undersøkelsene.

Tabell 4 Sammenligning av fakta om ombygging og løst, tungt utstyr på dekk relatert til egenkontrollansvaret

UiS	Riksrevisjonen
Plattformen var under ombygging	
Temaet er omtalt flere steder, men særlig på side 43–44 under deloverskriften «Kielland under ombygging»: • I tiden da ulykken skjedde, var Kielland under ombygging og skulle klargjøres til boreplattform (s. 5, s. 27 og s. 43). • Stavanger Drilling hadde fått kontrakt med Shell på britisk sektor. Det var også behov for å gjennomføre forsterkningsarbeid i strukturen på plattformen (s. 44). • Ut fra vitneobservasjoner og ut fra tilgjengelig dokumentasjon vet vi at dette arbeidet var i gang på riggen før ulykken skjedde (s. 44).	• Plattformen var i ferd med å bli klargjort for boreoppdrag da ulykken skjedde. Mye tungt utstyr var derfor lastet om bord og sto løst på dekk (kapittel 4.1). • I brev til Veritas datert den 26. februar 1980 informerte Stavanger Drilling om at plattformen skulle inn i smult farvann i stavangerområdet i midten av mars 1980 for å ta i land boligmodulene og bygge plattformen om til boreplattform igjen (s. 84).
Løst og tungt utstyr på dekk	
Temaet er omtalt få steder: Flere arbeidere har rapportert om en uryddig rigg, med tungt utstyr som ikke var festet forskriftsmessig (s. 44).	Kapittel 7.6.3 side 94: • Det var mye løst utstyr på dekket på Alexander L. Kielland som ble satt i bevegelse da plattformen krenget. Dette var til dels stort og tungt utstyr, som containere, borerør og en lastetruck. • Disse gjenstandene sperret utganger og gjorde det vanskelig å evakuere plattformen. Overlevende fra ulykken har også beskrevet at flere ble skadet og drept av disse gjenstandene.

Tabell 4 viser at rapporten til UiS omtaler at plattformen var under ombygging. Riksrevisjonen beskrev at plattformen var i ferd med å bli klargjort for boreoppdrag da ulykken skjedde, og at det innebar at det var løst og tungt utstyr på dekk. Det er ikke noe direkte motstrid i omtalene, men detaljeringsnivået er ulikt. Undersøkelsen fra UiS omtaler detaljert at plattformen var under ombygging under en egen deloverskrift, «Kielland under ombygging», mens Riksrevisjonens rapport bare kort omtaler at plattformene var i ferd med å bli klargjort for å bygges om til boreplattform.

I omtalen av løst og tungt utstyr på dekk slår undersøkelsen fra UiS bare fast at dette var rapportert av flere informanter. Riksrevisjonens rapport inneholder flere detaljer om at det løse og tunge utstyret kom i bevegelse, at utstyret sperret utganger og gjorde

evakueringen vanskelig, og at flere ifølge overlevende ble skadet eller drept av utstyret. I intervju påpeker hovedforfatteren av undersøkelsen fra UiS og Kielland-nettverket at det som framgår av identifiseringsarbeidet til Kripos om at alle omkom av drukning, ikke kan stemme. Det blir også påpekt at Kripos antok at riktig identifisering var gjort, selv om ingen av de omkomne ble obdusert.

Undersøkelsene har ulikt detaljeringsnivå, men det kommer ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon om ombygging av plattformen og løst tungt utstyr på dekk som gir grunnlag for å endre beskrivelsen av fakta på dette punktet.

Tabell 5 gir en skjematisk sammenstilling av hvor og hvordan det er omtalt i hver av undersøkelsene at vanntette dører og luker sto åpne med kabler og slanger trukket gjennom.

Tabell 5 Sammenligning av fakta om åpne vanntette dører og luker relatert til egenkontrollansvaret

UiS	Riksrevisjonen
Åpne vanntette dører og luker	
Temaet er omtalt flere steder, men særlig på s. 42–45 og 56: • Plattformen kunne holdt seg flytende i 115 minutter dersom plattformen ikke var blitt fylt med vann. Innen da ville redningsbåter ha vært på plass, og kanskje også de første redningshelikoptrene. • Flere vitner har i politiavhør forklart at da ulykken skjedde, var dører som skulle vært lukket i dårlig vær, åpne, og at de ikke lot seg lukke fordi det var trukket slanger og kabler gjennom døråpningene (s. 43–45). • Dykkere påviste åpne dører og luker straks vraket av Kielland var slept til land (side 43). • Gjennom film og observasjoner 21. april 1980 noterte dykkere at dører og luker i C-leggen og E-leggen var åpne, og at en dør var «sprengt» innover (s. 56). • Senere bemerket også de franske sakkyndige at flere fleksible rør var stukket gjennom noen av de vanntette dørene slik at disse ikke kunne lukkes. De observerte også at en av dørene i E-leggen var demontert (s. 56). • Politiets rapport etter at plattformen var snudd (i 1983), dokumenterte at en rekke dører og luker var åpne, noen bundet fast i åpen posisjon (s. 56).	Kapittel 6.6.2 Årsakene til den raske kantringen: Det var usikkerhet rundt hvilke dører og luker som var lukket på ulykkestidspunktet, om de skulle være lukket eller ikke, og hvilken betydning de hadde for fyllingsforløpet: • Flere av dørene og ventilasjonslukene i deksstrukturen som sto åpne, skulle ifølge driftshåndboken enten være stengt permanent eller stenges ved storm eller skade på plattformen. • Det var usikkert om værforholdene på ulykkestidspunktet tilsa at dører og luker skulle ha vært stengt. • Plattformen kunne holdt seg flytende i den krengede posisjonen i lengre tid enn den gjorde, dersom vanntette luker og dører hadde vært stengt. • Etter at plattformen ble snudd høsten 1983, inispiserte kommisjonen blant annet tilstanden til de dørene og lukene som det var usikkerhet rundt om var lukket eller ikke. Dette førte til at kommisjonen korrigerte enkelte av antakelsene om hvilke dører og luker som var stengt. Flere åpninger kunne ikke lukkes, og mannskapet hadde ikke øvd på det: • Alarminstruksen, som var godkjent av Sjøfartsdirektoratet, inneholdt ikke prosedyrer for stenging av dører og luker i tilfelle skade eller storm. Det var derfor ikke klart hvem som skulle stenge hvilke dører. • De franske sakkyndige observerte at enkelte av de vanntette dørene var dårlig vedlikeholdt, og at de ikke kunne lukkes på grunn av ødelagte lukkingsmekanismer eller fordi de var blokkert. • De franske sakkyndige bemerket at det var trukket forskjellige fleksible rør gjennom noen av de vanntette dørene, noe som medførte at de ikke kunne lukkes.

Tabell 5 viser at det er omtalt i begge undersøkelsene at dører og luker sto åpne, og at plattformen kunne holdt seg flytende i den krengede posisjonen i lengre tid dersom vanntette dører og luker var stengt. Det er ingen motstrid i den generelle omtalen av fakta om dette. Hvilke fakta som er vektlagt for å belyse hvorvidt dette bidro til raskere vannfylling som så svekket flyteevnen, er imidlertid forskjellig.

Undersøkelsen fra UiS legger stor vekt på forklaringene gitt i avhør av de overlevende om at dører og luker, som burde vært lukket i dårlig vær, var åpne da ulykken skjedde. Videre legger UiS-undersøkelsen vekt på at politiets rapport etter at plattformen var snudd (i 1983) dokumenterte at en rekke dører og luker var åpne, noen bundet fast i åpen posisjon.

Riksrevisjonen la i sin omtale i undersøkelsen fra 2021 vekt på å problematisere at det var usikkerhet rundt hvilke dører og luker som var lukket på ulykkestidspunktet, om de skulle være lukket eller ikke, og hvilken betydning de hadde på vannfyllingsforløpet. I tillegg omtalte Riksrevisjonen at alarminstruksen ikke inneholdt prosedyrer og instruks for stenging av dører og luker i tilfelle skade eller storm, og at det derfor var uklart hvem som skulle stenge hvilke dører ved storm eller skade. Riksrevisjonen knyttet dermed uklarhet om ansvar i alarminstruksen tettere til myndighetens godkjenningsansvar enn det UiS gjorde.

I intervju trekker hovedforfatteren av undersøkelsen fra UiS fram at det gjennom granskingskommisjonen og politietterforskningen skulle vært avklart hvem som hadde ansvar for at det pågikk arbeid om bord som medførte at dører og luker sto åpne, og at plattformen kantret etter bare 20 minutter.

Selv om undersøkelsene har ulik vektlegging, kommer det ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon om åpne vanntette dører og luker som gir grunnlag for å endre beskrivelsen av fakta på dette punktet.

Svikt i beredskap- og redningsarbeidet

Tabell 6 gir en skjematisk sammenstilling av hvor og hvordan fakta om svikt i beredskap- og redningsarbeidet relatert til egenkontrollansvaret er omtalt i hver av undersøkelsene.

Tabell 6 Sammenligning av fakta om sikkerhetsopplæring og beredskap- og redningsarbeidet relatert til egenkontrollansvaret

UiS	Riksrevisjonen
Manglende sikkerhetsopplæring	
Temaet er omtalt flere steder, blant annet:	Kapittel 7.5.2 (s. 88 og 89):
- Kommisjonen kritiserte sikkerhetsopplæringen på plattformen for å være mangelfull, men i likhet med øvrig kritikk ble dette vektlagt som et læringspunkt for framtiden (s. 14). - Ved utgangen av 1970-årene hadde den norske oljestaten betydelige økonomiske overskridelser på utbyggingsprosjekter, mangler innen sikkerhet og opplæring, og et press på økt utvinningstempo. (s. 22). - Phillips Petroleum vedgikk i 1987 å betale 100 000 kroner for at selskapet ikke hadde sørget for tilstrekkelig opplæring av fire ansatte i et kontraktørselskap, men vedkjente seg ikke skyld i saken (s.e 55).	- Flertallet av dem som var innkvartert på Alexander L. Kielland, hadde ikke sikkerhetsopplæring. - Flere av de overlevende oppga i avhør at de fikk sikkerhetsopplæring på de faste plattformene de jobbet på i Nordsjøen, men ikke på flyttbare plattformer. - Videre rapporterte flere av de overlevende at de selv måtte finne ut hvilken livbåt de tilhørte, og hvor nødutgangene var på Alexander L. Kielland-plattformen.
	Kapittel 7.6.2 (s. 92) og 7.6.3 (s. 92 og 93):
	- Granskingskommisjonen påpekte svakheter i Phillips Petroleums ansvarsutøvelse når det gjaldt manglende sikkerhetsopplæring. - Phillips Petroleum vedgikk i 1987 en foretaksbot på 100 000 kroner, for ikke å ha sørget for sikkerhetsopplæring av fire ansatte i kontraktørselskap. Boten ble betalt for å få saken avsluttet, og innebar ikke en innrømmelse av skyld.
Mangler i beredskapen	
Tema er omtalt flere steder, men særlig på s. 54–55 under deloverskriften «Årsak og ansvar»:	Kapittel 7.6.2 (s. 92):
- Deler av årsaken til at konsekvensene av at Kielland fikk slagside og etter kort tid tippet rundt ble så fatale, var dels at deler av redningsflåten ble satt ut av spill, men også at beredskapsfartøyet ikke nådde fram før det var for seint. - Beredskapsfartøyet lå nesten en time unna havaristedet. I et politiavhør forklarte kapteinen at han ikke hadde fått opplyst om at båten hadde ansvar	- Granskingskommisjonen påpekte svakheter i Phillips Petroleums ansvarsutøvelse når det gjaldt beredskapsplaner for Ekofiskfeltet. - Kommisjonen kritiserte at det nærmeste hjelpefartøyet som skulle betjene Alexander L. Kielland, lå i feil posisjon, og at kapteinen på skipet ikke visste at det var hjelpefartøy for Alexander L. Kielland. - Det hadde blitt iverksatt en ny beredskapsplan for Ekofiskfeltet som ble godkjent av Oljedirektoratet i mars

for området som «Alexander L. Kielland» lå i.

- Phillips Petroleum ble ilagt en bot på 2 millioner kroner for at selskapet hadde hatt mangler ved hjelpefartøysordningen, men nektet å vedta boten.

1980, men kommunikasjonssvikt førte til at denne ikke var kjent blant dem som skulle ha visst om den, for eksempel kapteinene på hjelpefartøyene.

- Granskingskommisjonen vurderte ikke disse forholdene opp mot Phillips Petroleums utøvelse av ansvaret som rettighetshaver.

Redningsutstyr som ikke fungerte

Tema er omtalt få steder:

- Solidariteten mellom oljearbeiderne og kraften i arbeiderfellesskapet sto fram da helikoptre manglet redningsheis, utløser-mekanismer på livbåter ikke fungerte og redningsvester var på andre steder enn der hvor folk trengte dem da ulykken skjedde og plattformen tippet over (side 55).

Kapittel 4.1.2:

- De fleste opplevde at det ikke var tid til å gå til lugarene for å hente redningsdrakt eller redningsvest.
- Redningsutstyret fungerte ikke slik det skulle.
- Det var vanskelig å løsne livbåtene med den sterke slagsiden plattformen hadde.
- Flere av båtene ble knust mot plattform-siden.
- Bare to av de sju livbåtene kom til slutt på vannet.

Tabell 6 viser at begge undersøkelsene omtaler mangler knyttet til sikkerhetsopplæring, beredskap og redningsutstyr relatert til de private aktørenes utøvelse av egenkontrollansvaret, og at det ikke er noen motstrid i omtalene.

I omtalen av sikkerhetsopplæring legger undersøkelsen fra UiS størst vekt på at ulykken må ses i lys av rammene på 70-tallet, da press for å utvinne raskere og økonomiske overskridelser på utbyggingsprosjekter førte til mangler innenfor sikkerhet og opplæring, og at granskingskommisjonen ikke integrerte dette i sin analyse av årsaksforhold. Riksrevisjonens rapport legger størst vekt på hva de overlevende opplevde, og at manglende sikkerhetsopplæring for de innkvarterte gjestene kan ha sammenheng med at reguleringen av sikkerhetsopplæring ikke var tilpasset flyttbare innretninger. Riksrevisjonen knyttet dermed manglede sikkerhetsopplæring mer til myndighetens regulatoriske ansvar enn det UiS gjorde.

Begge undersøkelsene omtaler mangler ved ordningen med beredskapen til hjelpefartøy som operatøren hadde ansvar for, og svikt i kommunikasjonen om hva ordningen innebar for de involverte. Undersøkelsen fra UiS har mer detaljer om hvor hjelpefartøyet lå, og om uklarhet i hvilket beredskapsområde fartøyet hadde ansvar for. Riksrevisjonens rapport har mer detaljer om at skipskapteinen verken visste at skipet var beredskapsfartøyet for

Alexander L. Kielland-plattformen, eller var kjent med den nye beredskapsplanen som var godkjent av Oljedirektoratet.

Begge undersøkelsene omtaler at redningsutstyr var vanskelig tilgjengelig og heller ikke fungerte slik det skulle. Riksrevisjonens rapport er imidlertid noe mer detaljert i omtalen av at redningsdrakter og redningsvester lå på lugarene, og at bare to av sju livbåter til slutt kom på vannet.

Selv om det er forskjeller i hvordan undersøkelsene legger vekt på fakta, og i detaljeringsnivået i omtalen, kommer det ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon om svikt i beredskap- og redningsarbeidet som gir grunnlag for å endre beskrivelsen av fakta på dette punktet.

10.5.5 Det var svakheter i myndighetenes utøvelse av tilsynsansvaret mens plattformen var i drift

Riksrevisjonen viste i sin rapport fra 2021 til at myndighetene og Veritas hadde gjennomført alle tilsyn som var påkrevd i regelverket, men at kvaliteten på tilsynene var for dårlig. Granskingskommisjonen mente at spesielt Veritas' årlige tilsyn ikke ble utført på en måte som gjorde det mulig å vurdere den tekniske tilstanden på en fullstendig måte (s. 81).

Riksrevisjonens rapport drøfter også om sprekken i plattformen burde vært oppdaget (s. 82 og 83):

- Det var usikkert om sprekken allerede var der på tidspunktet for det årlige tilsynet høsten 1979 (og dermed kunne vært oppdaget).
- Siden regelverket ikke krevde at området der sprekken oppsto, skulle inspiseres i de årlige tilsynene, var det uansett lite sannsynlig at den ville blitt oppdaget.
- Fireårskontrollen, som ville medført en grundigere undersøkelse av plattformen, ble i mars 1980, altså rett før ulykken, besluttet utsatt til 1. juli 1981. Dette var det imidlertid anledning til i regelverket til Sjøfartsdirektoratet og Veritas, og den norske granskingskommisjonen kritiserte derfor ikke dette.

Det er i liten grad nye opplysninger om utøvelsen av tilsynsansvaret i den empiriske undersøkelsen. UiS-undersøkelsen viser flere steder til kilder som gir dårlig tilsyn deler av ansvaret for at ulykken inntraff. Blant annet mente både de franske fagkyndige (s. 15) og Bjørn Lian at sprekken kunne vært oppdaget i inspeksjoner (s. 40). UiS viser også til at Veritas, rett etter ulykken besluttet å framskynde og utvide de årlige tilsynene med andre mobile plattformer (s. 63).

I intervju viser forskerne ved UiS til at enkelte vitner mener at plattformen ble hevet mens den var i Nordsjøen, og at sprekken var kjent. Andre kilder igjen mener at det ikke var forsvarlig å heve riggen, og at det uansett ville være vanskelig å oppdage en slik sprekk uten å inspisere den ved land. Forskerne konkluderer med at det her altså er påstand mot

påstand. De viser til at det imidlertid er dokumentert at plattformsjefen ba om tillatelse til å heve plattformen, men fikk avslag fra ledelsen på Edda-plattformen.

10.5.6 Rollene og ansvarsfordelingen mellom myndighetene og de private aktørene for sikkerheten var uklar

Som beskrevet foran i kapittel 10.4.1 var reguleringen og organiseringen av sikkerhetsansvaret fragmentert. At dette bidro til at rollene og ansvaret for sikkerhetskontrollen ble uklart, er trukket fram i både Riksrevisjonens undersøkelse og undersøkelsen fra UiS. Oppsummert gjaldt uklarheten

- ansvarsfordelingen mellom myndighetene og de private aktørene (rettighetshaver/operatør og reder)
- ansvarsfordelingen mellom de ulike myndighetene
- rollen til klasseselskapene

Uklarhet i ansvarsfordelingen mellom myndighetene og de private aktørene

At det var uklarheter i kontrollansvaret for flyttbare innretninger, og at ansvarsfordelingen mellom myndighetene og selskapene var utydelig, er kun omtalt i Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 (kapittel 7.4.1):

- Det var grunnleggende forskjeller mellom regelverkene for faste og flyttbare innretninger med hensyn til hvordan rettighetshaverens egenkontroll ble vektlagt.
- For faste innretninger hadde rettighetshaverne etter sokkelovgivningen et overordnet ansvar for sikkerhetskontrollen og skulle blant annet påse at plattformen med innretninger og utstyr til enhver tid var i forskriftsmessig stand.
- For faste innretninger var Oljedirektoratet opptatt av at rettighetshavernes egenkontroll skulle være en sentral del av sikkerhetskontrollen, og at rettighetshaverne gjennom dette også fikk et utstrakt ansvar for sikkerheten på innretningene.
- For flyttbare innretninger hvilte ansvaret for sikkerheten etter sjøfartslovgivningen i større grad på myndighetene.
- For flyttbare innretninger skulle rederen gjennom egenkontrollen vise at betingelsene i godkjenninger og sertifikater var opprettholdt, uten at krav eller godkjenningsprosedyrer for egenkontrollen var spesifisert av Sjøfartsdirektoratet.

Uklarhet i ansvaret mellom de ulike myndighetene og klasseselskapenes rolle

Tabell 7 gir en skjematisk sammenstilling av hvor og hvordan fakta om uklarheter i ansvarsfordelingen mellom myndighetene og i klasseselskapenes rolle er omtalt i hver av undersøkelsene.

Tabell 7 Sammenligning av fakta om uklarhet i ansvarsfordeling mellom myndighetene og classeselskaperens rolle

UiS	Riksrevisjonen
Uklarhet i ansvaret mellom de ulike myndighetene	
Temaet er omtalt på side 40 under deloverskriften «Plattformen fyltes raskt med vann»: I en rapport, som tok for seg stabilitetsundersøkelse av Alexander L. Kielland-plattformen fra september 1980, rettet Emil Aall Dahle pekefingeren mot de godkjennende institusjonene og skrev at det ved saksbehandling måtte sikres langt bedre rutiner både innen og mellom institusjonene.	Kapittel 7.4.1 og 7.4.3: - Ansaret for sikkerhetskontrollen av flyttbare innretninger var fordelt mellom ni fagetater med Sjøfartsdirektoratet som koordinerende myndighet (s. 76 og 77). - Kommisjonen beskrev kontrollsystemet, men vurderte ikke utfordringene med mange aktører og uklare ansvarsforhold (s. 80).
Uklarhet i classeselskaperens rolle	
Temaet er ikke omtalt for flyttbare innretninger, men for faste innretninger på side 23 under overskriften «Norge blir en oljestat»: - Etter brannen på Ekofisk Alpha-plattformen november 1975 fulgte det en liten dragkamp om makt over sikkerhetskontrollen mellom Oljedirektoratet og Veritas. - Selv etter Alpha-brannen presset Veritas på overfor Industridepartementet for å få klarlagt hvilken rolle Veritas skulle ha i framtiden av sikkerhetskontrollen i Nordsjøen. - I 1977 ble det laget en rammeavtale mellom Veritas og Oljedirektoratet, men Oljedirektoratet fikk også med et punkt i avtalen som gjorde det klart at også andre instanser enn Veritas kunne bli benyttet i sikkerhetskontrollen i Nordsjøen.	Kapittel 7.4.1 Det var flere uklarheter i kontrollansaret for flyttbare innretninger: Classeselskaperens rolle i sikkerhetskontrollen av flyttbare plattformer var uklar. - Den delen av Sjøfartsdirektoratets tilsyn og kontroll som angikk blant annet plattformers styrke og struktur, var delegert til classeselskapet Veritas, i henhold til en avtale med Handelsdepartementet fra 1965, selv om avtalen kun gjaldt skip og ikke flyttbare innretninger (s. 77). - Sjøfartsdirektoratet hadde lagt Veritas' klassifisering av Alexander L. Kielland til grunn for sine godkjenninger (s. 78). - Granskingskommisjonen mente at arbeidsfordelingen mellom Sjøfartsdirektoratet og Veritas var uheldig, blant annet fordi direktoratet ikke hadde gjort en vurdering av hvordan Veritas forvaltet regelverket sitt, og om det var i overensstemmelse med Sjøfartsdirektoratets forskrifter (s. 79). - Det fantes ingen egen avtale mellom Sjøfartsdirektoratet og Veritas om delegering av kontroll for flyttbare plattformer. Avtalearbeidet, som ble påbegynt i 1976, var utfordrende grunnet uenighet mellom partene om hvorvidt Sjøfartsdirektoratet hadde adgang til å kontrollere om kvaliteten på Veritas' tilsyn og kontroller var i overensstemmelse med Sjøfartsdirektoratets forskrifter (s. 79).

Tabell 7 viser at undersøkelsen fra UiS understøtter de faktaene i Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 som handler om uklarhet i ansvarsfordelingen mellom de ulike myndighetene og rollen til classeselskapet Veritas. Undersøkelsen fra UiS gjør imidlertid ikke en helhetlig analyse av uklarhetene i ansvarsfordeling og roller som Riksrevisjonen påpekte i Dokument 3:6 (2020–2021).

Det kommer ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon om uklarhet i kontrollansvaret som gir grunnlag for å endre beskrivelsen av fakta på dette punktet.

10.5.7 Myndighetene hadde begrenset sanksjonsmulighet

Den spredte reguleringen av myndighetenes tillagte sanksjonsmyndighet i forbindelse med godkjennings- og tilsynsansvaret innebar at den forvaltningsmessige og strafferettslige sanksjonsmyndigheten ikke var rettet mot samme pliktsubjekt i de aktuelle tre regelsettene: sokkelovgivning, arbeidsmiljølovgivningen og sjøfartslovgivningen.

Forvaltningsrettslig sanksjonsmulighet

Den forvaltningsrettslige sanksjonsmyndigheten, som var å tilbakekalle tillatelser og godkjenninger, midlertidig å stanse virksomheten eller å holde et fartøy tilbake, var rettet mot juridiske personer i alle tre regelsett.

Riksrevisjonens rapport fra 2021 omtaler i kapittel 7.6.4 myndighetenes manglende bruk av sanksjoner:

- Myndighetene hadde sanksjonsmyndighet for mange av de typer forhold som medvirket til ulykken.
- De hadde mulighet til å ilegge sanksjoner i form av forvaltningsvedtak (for eksempel pålegg og tilbakekalling av godkjenninger), men ikke strafferettslige sanksjoner (som selskapsbøter).
- Sanksjonsmulighetene ble ikke benyttet, og det er heller ingen dokumentasjon som indikerer at de ble vurdert.

Undersøkelsen fra UiS omtaler ikke myndighetenes sanksjonsmuligheter.

Strafferettslig sanksjonsmulighet

Den strafferettslige sanksjonsmyndigheten ved forsettlig eller uaktsom overtredelse av sikkerhetsreglene var derimot kun rettet mot fysiske personer i sokkelovgivning og sjøfartslovgivningen, men mot både juridiske og fysiske personer i arbeidsmiljøloven. Alexander L. Kielland-plattformen falt, som flyttbar innretning, inn under sjøfartslovgivningen. På en flyttbar innretning var det plattformsjefen som måtte regnes som skipsfører. Det innebar at av fysiske personer var det i realiteten kun plattformsjefen myndighetene ville hatt adgang til å straffesanksjonere ut fra sjøfartslovgivningen.⁴¹

⁴¹ Kaasen, K. (1984). *Sikkerhetsregulering i petroleumsvirksomheten: en rettslig studie av regelverkene om sikkerhet på norsk kontinentalsokkel*, s. 232.

Riksrevisjonen omtalte i kapittel 7.6.3 i rapporten fra 2021 at politiets etterforskning resulterte i foretaksbøter for brudd på arbeidsmiljøloven. Bøtene ble utstedt til Phillips Petroleum, Stavanger Drilling og flere av underleverandørene til Phillips Petroleum som hadde personell om bord på Alexander L. Kielland-plattformen.

Riksrevisjonen omtalte også i kapittel 7.6.3 at Oljedirektoratet, under noe tvil, mente at Phillips Petroleum ikke hadde brutt arbeidsmiljøloven relatert til løst og tungt utstyr på dekk, men at Phillips Petroleum hadde brutt flere spesialforskrifter innenfor Oljedirektoratets forvaltningsområde. Forskriftsbruddene ga ifølge direktoratet ikke grunnlag for foretaksstraff mot Phillips Petroleum i denne saken. Riksrevisjonen omtalte dermed tydeligere at det var en sammenheng mellom myndighetenes manglende straffesanksjonering og den regulatoriske rettstilstanden, enn det UiS gjorde.

Gjennomgangen av undersøkelsen fra UiS viser at den på side 34–35 under overskriften «Etterforsket som forseelsessak» omtaler at riksadvokaten i sin instruks til statsadvokaten i brev 10. april 1980 hadde presisert at politi- og påtalemyndighet skulle vurdere strafferettslige ansvarsforhold. Undersøkelsen omtaler imidlertid ikke hvordan rettstilstanden begrenset myndighetenes strafferettslige sanksjonsmyndighet da ulykken inntraff. Likevel slås det fast at den endelige etterforskningen i stor grad bare ble konsentrert om mulige brudd på arbeidsmiljøloven. Politiet valgte ikke å forfølge mulige, mer alvorlige strafferettslige spor, som uaktsomt drap etter straffeloven, til tross for at politiets egen rapport avdekket flere kritikkverdige forhold, blant annet åpne ventiler, luker og dører samt mangelfulle redningsmuligheter. Under overskriften «Det ble aldri et rettsoppgjør» stiller undersøkelsen på side 74 spørsmål om utenomrettslige hensyn, heller enn en strengt juridisk vurdering, kan ha påvirket riksadvokatens beslutning om å ikke forfølge noen og ikke starte etterforskning for uaktsomme drap i Kielland-saken.

Gjennomgangen av relevant dokumentasjon i riksadvokatens arkiv viser ny informasjon om bakgrunnen for at straffeansvar etter arbeidsmiljøloven for juridisk personer og ikke fysiske personer ble benyttet. Dette var fordi det var flere personer som skiftet på jobb og ansvar i de aktuelle stillingene, og at riksadvokaten derfor vurderte at det ville være uriktig å legge det generelle ansvaret på dem som [tilfeldigvis] gjorde tjeneste akkurat da ulykken skjedde.⁴²

Selv om det er ny informasjon fra riksadvokatens arkiv, kommer det ikke fram noe i dokumentanalysen eller intervjuene som gir grunnlag for å endre Riksrevisjonens beskrivelse av fakta om myndighetenes bruk av sanksjoner.

10.5.8 Myndighetene hadde svak kapasitet og kompetanse

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 omtaler i kapittel 7.3.3 at myndighetene mistet ansatte til oljeindustrien og hadde rekrutteringsvansker før ulykken. Både Sjøfartsdirektoratet og Oljedirektoratet rapporterte at de ikke maktet å gjennomføre alle oppgavene sine. Ifølge direktoratene gikk dette utover både regelverksarbeid og tilsyn.

⁴² Statsadvokaten i Rogaland. (1981). «Alexander L. Kielland-ulykken». Notat til riksadvokaten 14. desember 1981.

Denne utfordringen er også omtalt på side 25 i undersøkelsen fra UiS. UiS-undersøkelsen peker i tillegg på at nedskjæringer i Sjøfartsdirektoratet i 1979 og 1980 førte til et underskudd på 25 stillinger, noe som svekket sikkerhetsarbeidet.

Det kommer ikke fram i dokumentanalysen eller intervjuene at det er ny informasjon som gir grunnlag for å endre Riksrevisjonens beskrivelse av fakta på dette punktet.

11 I hvilken grad har nye fakta betydning for Riksrevisjonens konklusjoner om og kritikk av myndighetenes oppfølging av de overlevende og etterlatte etter ulykken?

I dette kapittelet sammenligner vi først problemstillinger, metoder og konklusjoner mellom NKVTS' rapport «*Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland ulykken*» og Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021). Deretter oppsummerer og sammenligner vi relevante fakta for sentrale temaer.

Sosialdepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) hadde i 1980 det overordnede ansvaret for å levere helsetjenester til befolkningen.

11.1 Sammenligning av problemstillinger

Med sin undersøkelse *Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland ulykken* kastet NKVTS lys over en del av problemstilling 4 i Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021), se tabell 8.

Tabell 8 Sammenligning av problemstillinger

Målet med NKVTS-studien	Riksrevisjonens undersøkelse
Å framskaffe og oppsummere kunnskap om konsekvensene Kielland-ulykken, og den manglende oppfølgingen har, for de overlevendes, etterlatte og pårørendes helse, samt å lage en kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser for, og oppfølging av, berørte etter skips- og industrikatastrofer.	Hvordan har myndighetene fulgt opp etterlatte og overlevende etter ulykken? Undersøkelsen la vekt på oppfølgingen av psykisk helse.

Det framgår av tabell 8 at NKVTS og Riksrevisjonen hadde komplementære mål om å undersøke oppfølgingen av de overlevende og etterlatte etter ulykken. Mens Riksrevisjon undersøkte *myndighetenes oppfølging*, undersøkte NKVTS hvilke *konsekvenser* myndighetenes oppfølging, og ulykken i seg selv har hatt for de involverte. NKVTS sier i intervju at myndighetenes oppfølging ikke var en problemstilling i undersøkelsen. Dette er i tråd med Stortingets vedtak.⁴³ NKVTS har lagt Riksrevisjonens undersøkelse til grunn for sine konklusjoner på dette området.

Som det framgår av tabell 8, omfatter NKVTS-studien overlevende, pårørende (av overlevende) og etterlatte (av omkomne), mens Riksrevisjonens undersøkelse omfatter oppfølgingen av overlevende og etterlatte, men ikke pårørende av overlevende. I det følgende bruker vi «pårørende» om pårørende av overlevende. I tråd med undersøkelsen til NKVTS bruker vi begrepet «berørte» om alle de tre gruppene.

11.2 Sammenligning av anvendte metoder

Metodene som er brukt i NKVTS-studien og Riksrevisjonens undersøkelse, er oppsummert i tabell 9.

⁴³ Vedtak 1156, se del 1 av denne rapporten.

Tabell 9 Sammenligning av metoder

NKVTS	Riksrevisjonen
Dokumentanalyse og litteraturgjennomgang	
Formål: Kartlegge det eksisterende kunnskapsgrunnlaget om psykiske, psykososiale og psykosomatiske konsekvenser av, samt psykososiale intervensjoner gitt etter, store ulykker og katastrofer til havs. Grunnlag: Studier som så på konsekvenser for overlevende som var i en profesjonell setting når ulykker til havs inntraff, samt deres pårørende og etterlatte. I tillegg ble studier av oppfølging i etterkant av slike hendelser kartlagt.	Formål: Belyse oppfølgingen de overlevende fikk, og hvordan det gikk med dem. I tillegg undersøke kunnskapsgrunnlaget om behovet for oppfølging av etterlatte. Grunnlag: Arkivmateriale og forskningsartikler relatert til Alexander L. Kielland-ulykken spesifikt.
Intervjuer	
Det ble gjennomført fem fokusgruppeintervjuer med berørte. Formål: Få informasjon om hvilke konsekvenser ulykken har hatt for de berørt, hvordan de har opplevd oppfølgingen, og hvordan oppfølgingen kunne ha vært bedre.	Det ble gjennomført to intervjuer med psykiatere og psykologer som var involvert i oppfølgingen av de overlevende. Formål: Få supplerende informasjon om hvordan oppfølgingen av de overlevende og etterlatte ble planlagt og gjennomført, og hvilke vurderinger som ble gjort underveis, blant annet vurderinger av behovet for oppfølging.
Minnebanken	
I tillegg til å intervju selv gikk forskerne gjennom Minnebanken og oppsummerte systematisk temaene som har blitt beskrevet i intervjuene i Minnebankens bok 1 Vi som overlevde og bok 3 Vi som mistet.	Riksrevisjonen vurderte opplysninger fra intervjuer i Minnebanken, men ikke systematisk.
Spørreundersøkelse	
• populasjon: overlevende, deres pårørende og etterlatte av omkomne fra Kielland-nettverkets lister • respondenter: ○ 28 overlevende ○ 24 pårørende (ektefeller og barn av overlevende)	• populasjon: overlevende og etterlatte av omkomne i politiets arkiver og i Kielland-nettverkets lister • respondenter: ○ 39 overlevende (svarprosent: 80) ○ 134 etterlatte (foreldre, ektefeller og barn: svarprosent 69)

- 101 etterlatte (ektefelle, barn, søsken og annet)
- 17 ukjent/annet
- svarprosent: 78
- formål: få kvantitative data for å supplere de kvalitative dataene
- utarbeidet etter innspill i fokusgruppene og med utgangspunkt i lignende undersøkelser (Utøya og Scandinavian Star)
- inkluderte spørsmål for å kunne sammenligne overlevende, pårørende og etterlatte med en kontrollgruppe
- formål: kartlegge de overlevendes og etterlattes vurdering av den oppfølgingen som ble gitt
- utarbeidet med utgangspunkt i en lignende ulykke (Scandinavian Star) og etter innspill fra overlevende og etterlatte
- inkluderte ikke spørsmål for å sammenligne overlevende og etterlatte med en kontrollgruppe

Tabell 9 viser at selv om NKVTS og Riksrevisjonen brukte de samme hovedmetodene, hadde undersøkelsene ulik innretning. De viktigste forskjellene er at NKVTS

- gjorde en omfattende litteraturgjennomgang av forskningsstudier. Riksrevisjonen la kun til grunn noen spesifikke studier av helseeffekter hos de overlevende som ble utarbeidet som en del av oppfølgingen og senere forskning. Riksrevisjonen gjennomgikk imidlertid et omfattende arkivmateriale;
- gjennomførte fokusgruppeintervjuer med overlevende, pårørende og etterlatte som har bidratt med kvalitative data i analysen av hva slags fysiske og psykiske helseplager ulykken og oppfølgingen har ført med seg. Riksrevisjonen intervjuet derimot to av de involverte psykiaterne om oppfølgingen og helseeffekter;
- stilte mange spørsmål i spørreundersøkelsen om respondentens selvopplevde helse og livskvalitet, mens Riksrevisjonen konsentrerte seg om respondentenes vurdering av den oppfølgingen som ble gitt dem;
- inkluderte spørsmål som gjorde det mulig å sammenligne svarene med en kontrollgruppe;⁴⁴
- inkluderte pårørende av overlevende i undersøkelsen sin, noe som Riksrevisjonen hadde avgrenset seg mot.

NKVTS-undersøkelsen påpeker at det er en svakhet med deres analyse av svarene fra spørreundersøkelsen at den er gjennomført som en tverrsnittsstudie. Dette innebærer at man ikke kan være sikker på om helseproblemene som undersøkelsen avdekker, faktisk skyldes selve ulykken, den manglende oppfølgingen eller andre årsaker. Undersøkelsen svarer heller ikke på hvordan helsen har utviklet seg siden ulykken.⁴⁵

Spørreundersøkelsene er også subjektive i den forstand at det er respondentens opplevde helse og livskvalitet som kartlegges. Som NKVTS-undersøkelsen påpeker, er det

⁴⁴ For de fleste variablene det ble målt på, var kontrollgruppen enten nasjonale estimater fra folkehelseundersøkelser, eller folkehelseundersøkelsen i Rogaland for 2023.

⁴⁵ Bækkelund et al. (2024). *Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken* s. 62.

en mulighet for at svarene kan ha blitt påvirket av respondentenes ønske om å framstå på en bestemt måte. De kan ha hatt et ønske om å framstå svake for å underbygge kritikken mot myndighetene for den dårlige oppfølgingen de fikk. NKVTS-undersøkelsen poengterer imidlertid at svarene de har fått, ikke skiller seg fra sammenligningsgrunnlaget for *alle* typer helseplager. Undersøkelsen peker på at dette viser at dersom respondentene *har* overdrevet egne plager, så har de i hvert fall ikke gjort det systematisk, for alle helsevariablene.⁴⁶ I intervju opplyser NKVTS at de til tross for feilkildene har tro på at de selvrapporterte helseplagene er reelle.

11.3 Sammenligning av konklusjoner

NKVTS opplyser i intervju at undersøkelsen de har gjennomført, i all hovedsak bekrefter gjeldende kunnskap, inkludert funn og konklusjoner i Riksrevisjonens undersøkelse.

I tråd med ulikhetene i problemstillinger er det også tematisk forskjell på konklusjonene i undersøkelsene til NKVTS og Riksrevisjonen. Konklusjonene er oppsummert i tabell 10.

Tabell 10 Sammenligning av konklusjoner

Konklusjoner til NKVTS (s. 64)	Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk
Oppfølging av overlevende	
- De overlevende fikk ikke den oppfølgingen som situasjonen krevde. - Det er faglig grunnlag for å hevde at en bedre oppfølging ville redusert omfanget av fysiske og psykiske helseplager. - De berørte av Kielland-ulykken, og særlig de overlevende, strever med uforholdsmessig mye helseplager og lavere livskvalitet sammenlignet med den generelle befolkningen.	- Riksrevisjonen kritiserte at Sosialdepartementet ikke sørget for en tilstrekkelig oppfølging av de overlevende etter ulykken. - Selv om de overlevende fikk et godt tilbud om hjelp sammenlignet med hva som var vanlig i 1980, opplever mange i dag at de ikke fikk den hjelpen de trengte. - Oppfølgingen var sentralstyrt, og Sosialdepartementet sørget ikke for å involvere og veilede det lokale hjelpeapparatet. - Flesteparten av de overlevende (61 prosent) har klart seg bra og har hatt lite problemer etter ulykken. Andre har hatt større utfordringer, og for noen har problemene tiltatt med årene. I 2020 opplevde 74 prosent av de overlevende at helsemyndighetene ikke i det hele tatt eller i liten grad sørget for tilstrekkelig oppfølging i tiden etter ulykken

⁴⁶ Bækkelund et al. (2024). *Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken* s. 62–63.

- Det var en uheldig sammenblanding av forskning på og oppfølging av de overlevende. Prosjektene har vært en kombinasjon av forskning og tilbud om hjelp, med avtakende vekt på å hjelpe.

Oppfølging av etterlatte

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Som påpekt av Riksrevisjonen mener NKVTS at det er særlig kritikkverdig at pårørende av de omkomne, inkludert barna som brått mistet faren sin, ikke fikk noen oppfølging. • De etterlatte strever også med uforholdsmessig mye helseplager sammenlignet med befolkningen for øvrig, men i mindre grad enn de overlevende. • Det er faglig grunnlag for å hevde at en bedre oppfølging ville redusert omfanget av fysisk og psykiske helseplager. | <ul style="list-style-type: none"> • Riksrevisjonen kritiserte at Sosialdepartementet valgte å ikke sørge for oppfølging av de etterlatte etter ulykken. <ul style="list-style-type: none"> • Departementet var godt kjent med at de etterlatte hadde behov for oppfølging. • De etterlatte fikk lite informasjon etter ulykken. • De etterlatte fikk ingen organisert oppfølging av helsemyndighetene. • I dag opplever en større andel av de etterlatte enn av de overlevende at helsemyndighetenes oppfølging den gang var utilstrekkelig. |
|---|---|

Som det framgår av tabell 10, konkluderer både Riksrevisjonen og NKVTS med at oppfølgingen som ble gitt de overlevende, var for dårlig og at de etterlatte ikke fikk oppfølging, noe som er særlig kritikkverdig / alvorlig. NKVTS konkluderer i tillegg med at de berørte av ulykken har mer psykiske og fysiske helseplager enn befolkningen ellers. På grunn av svakhetene i metoden diskutert ovenfor kan de ikke konkludere med sikkerhet om helseforskjellene skyldes ulykken i seg selv, oppfølgingen som ble gitt, eller andre forhold. I intervju påpeker NKVTS at de rapporterte forskjellene *indikerer* at ulykken har hatt en negativ effekt. Videre viser de til at det er faglig enighet i dag om at tidlig oppfølging *har* en positiv effekt på helsen, og at de kan stå inne for konklusjonen sin.

Når det gjelder Riksrevisjonens konklusjon om at de overlevende fikk et godt tilbud om hjelp sammenlignet med hva som var vanlig i 1980, viser NKVTS i intervju til at fagmiljøene på ulykkestidspunktet hadde kunnskap om posttraumatiske plager, men at praktiseringen av kunnskapen ikke var systematisert.

I motsetning til Riksrevisjonen skilte NKVTS mellom ulike kategorier av etterlatte i sine konklusjoner. Av dette skillet blir det synlig at det på flere områder har gått dårligere med enkene enn med barna. NKVTS viser i intervju til at det likevel ikke nødvendigvis er naturlig å skille mellom de to gruppene i kritikken som rettes mot myndighetene. I dag er rådende praksis at det er hele familien som får tilbud om støtte.

I intervju svarer representanter fra Kielland-nettverket at de kjenner seg igjen i Riksrevisjonens konklusjoner om svakhetene i myndighetenes oppfølging av de overlevende og etterlatte etter ulykken. De mener imidlertid at Riksrevisjonen har lagt for stor vekt på at de overlevende fikk *noe* oppfølging, og de er ikke enige i at kritikken mot myndighetene på dette punktet er svakere enn for oppfølgingen av de etterlatte, som var helt fraværende. Nettverket mener at oppfølgingen som ble gitt de overlevende i kommunene, var svært begrenset. Oppfølgingen de overlevende fikk fra sentralt hold etter ulykken, bar preg av å være forskning, og de overlevende opplevde at disse samtalerne var lite til hjelp.

Nettverket uttaler videre at de mener framstillingen til NKVTS er dekkende, og at den gir de overlevende og etterlatte en anerkjennelse for det de sliter med den dag i dag.

11.4 Sammenligning av fakta

I denne delen oppsummer vi viktige fakta i undersøkelsen til NKVTS under hvert av temaene de har trukket fram i sitt diskusjonskapittel (s. 52–64). Disse sammenligner vi med faktaene i Riksrevisjonens undersøkelse om samme tema.

Tabell 11 Sammenligning av fakta om konsekvenser av manglende oppfølging

NKVTS	Riksrevisjonen
Om de berørte fikk nok oppfølging	
- Overlevende, pårørende og etterlatte [berørte] beskriver at de i svært liten grad fikk noen form for oppfølging eller helsehjelp i forbindelse med Kielland-ulykken (s. 59). - Overlevende, pårørende og etterlatte med helseplager rapporterer i stor grad at manglende oppfølging har påvirket deres psykiske og fysiske helse (s. 59). - To tredeler av overlevende og etterlatte (lavest andel utgjøres av de overlevende 60,7 prosent, og høyest andel utgjøres av barn av omkommet 73,3 prosent, jf. s. 34) rapporterer om høyere grad av hjelpebehov enn mottatt hjelp og kan derfor sies å ha eller ha hatt udekkede psykiske hjelpebehov (s. 59).	74 prosent av de overlevende, 81 prosent av enkene og 85 prosent av barna mener at helsemyndighetene i liten eller ingen grad sørget for tilstrekkelig oppfølging av dem som ble rammet av ulykken (s. 133). - De etterlatte fikk ingen organisert hjelp, til tross for at dette var et behov som fagmiljøet var klar over at var der og burde vært prioritert (s. 128–129).

Konsekvensene av manglende oppfølging

- En del av dem som oppgir å ha et udekket hjelpebehov, har samtidig oppgitt å kun i noen eller liten grad ha et slikt behov. Konsekvensene av manglende helsehjelp behøver ikke være stor for denne gruppen (s. 59).
- En sammenligning med oppfølgingen og helsesituasjonen hos de overlevende etter 22. juli-terroren indikerer at også med dagens standard på psykososial oppfølging ville mange overlevende etter Alexander L. Kielland-ulykken fått store helseplager, men at andelen kunne vært redusert (s. 60).
- For barna av de omkomne ville muligens bedre oppfølging i tiden etter ulykken ha vært svært betydningsfull, siden psykologisk behandling av traumerelaterte reaksjoner hos barn har vist seg å være svært effektiv (s. 60).
- Konsekvensene av manglende oppfølging ble ikke undersøkt direkte av Riksrevisjonen.
- Både de overlevende, enkene og barna av omkomne oppfattet i 2020 at myndighetenes håndtering av Alexander L. Kielland-ulykken har hatt negativ innvirkning på deres livskvalitet (jf. avsnittet om livskvalitet) (s. 132).
- Fagmiljøet var klar over at de etterlatte hadde behov for oppfølging (s. 129).

Som det framgår av tabell 11, viste både Riksrevisjonen og NKVTS at oppfølgingen som ble gitt, ikke var tilstrekkelig, verken for de overlevende, som fikk noe hjelp, eller de etterlatte, som ikke fikk hjelp i det hele tatt. NKVTS gikk lenger og dokumenterte at alle disse gruppene rapporterer om et udekket hjelpebehov i tiden etter ulykken. NKVTS skrev videre at dersom de overlevende og etterlatte etter ulykken hadde blitt fulgt opp med dagens oppfølgingsstandard, ville sannsynligvis en del av dem ha slitt psykisk uansett, men færre enn tilfellet er i dag.

Tabell 12 Sammenligning av fakta om psykisk og fysisk helse

NKVTS	Riksrevisjonen
• De berørte av ulykken, og særlig de overlevende og enkene, har fremdeles store psykiske helseplager sammenlignet med kontrollgruppen. Sammenlignet med kontrollgruppen har svært mange av de berørte av ulykken, og særlig de overlevende og enkene, opplevd og opplever store helseutfordringer (s. 52). • Over en tredel i disse to gruppene har så store problemer at det kunne kvalifisert til en psykiatrisk diagnose (s. 52). I den sammenlignbare gruppen er den tilsvarende andelen 18,2 prosent (s. 30). • Tilsvarende mange lider av søvnvansker (s. 52). • Det går bedre med barn og søsken av omkomne enn med enkene (s. 53). Her er det mindre forskjeller fra kontrollgruppen. • Verken overlevende eller etterlatte er mer plaget av smerter i korsrygg eller nakke i dag enn befolkningen for øvrig (s. 32).	• Riksrevisjonen viste til at en forskningsstudie gjennomført i 2007 viste at 39 prosent av de overlevende hadde høye nivåer av stressreaksjoner etter ulykken, men forløpet varierte mellom dem: Én gruppe hadde psykiske helseproblemer i hele perioden (fram til 2007), en annen hadde høye nivåer i starten som sank gradvis gjennom perioden, mens den siste gruppen hadde lavere nivåer i starten, men fikk stadig større problemer i de påfølgende tiårene (s. 124).

Som tabell 12 viser, er det godt samsvar mellom fakta i NKVTS' og Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 om de overlevendes og etterlattes fysiske og psykiske helse i dag. Riksrevisjonen viste til studier av de overlevendes helsetilstand,⁴⁷ som konkluderer med at en god del av de overlevende hadde psykiske helseproblemer 27 år etter ulykken. NKVTS viste at dette også gjelder 44 år etter ulykken, og ikke bare de overlevende, men også i stor grad enkene etter omkomne. Riksrevisjonen omtalte ikke de etterlattes helsetilstand, fordi det ikke var tilgjengelig informasjon.

⁴⁷ Dokument 3:6 (2020–2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken* kapittel 9.4.2, s. 120–121 og 123–124.

Tabell 13 Sammenligning av fakta om livskvalitet

NKVTS	Riksrevisjonen
• De berørte av ulykken og særlig de overlevende og enkene rapporterer lavere enn kontrollgruppen på de aller fleste indikatorene for livskvalitet (s. 55). • Barn av omkomne rapporterer om mer ensomhet og lavere tillit enn befolkningen ellers (s. 55).	• I spørreundersøkelsen svarer over halvparten av de overlevende at myndighetenes håndtering har hatt ingen eller liten negativ innvirkning på deres livskvalitet, mens bare en firedel av enkene og 13 prosent av barna svarer det samme (s. 132).

Som det framgår av tabell 13 viser NKVTS-undersøkelsen at livskvaliteten er lavest hos enker og overlevende i dag sammenlignet med befolkningen for øvrig, og at det går bedre med barna av omkomne. Riksrevisjonen kom på sin side fram til at enkene og barna i større grad enn de overlevende mente at deres livskvalitet har blitt negativt påvirket av *myndighetenes håndtering av ulykken*. NKVTS viser i intervju til at forskjellene reflekterer at spørsmålene som er stilt, er svært forskjellige og dermed ikke sammenlignbare. Videre forteller NKVTS at oppdraget fra Helsedirektoratet var å vurdere helsekonsekvensene. Tilleggsdimensjonen livskvalitet var imidlertid viktig for Kielland-nettverket. Det er vanlig at en alvorlig ulykke har negativ effekt på livskvaliteten. Det er imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at en bedre oppfølging hadde hjulpet.

Tabell 14 Sammenligning av fakta om sorg

NKVTS	Riksrevisjonen
• Rapporten omtaler posttraumatiske reaksjoner, inkludert forlenget sorglidelse (s. 53–54). Oppsummert legger NKVTS vekt på at intervjuene i Minnebanken indikerer at mange etterlatte kan tilfredsstille en diagnose for forlenget sorglidelse, men det er ikke gjort studier som kan bekrefte eller avkrefte dette.	• Det kommer fram i rapporten at omtrent halvparten av barna savnet hjelp til å bearbeide sorgen (s. 128).

Som det framgår av tabell 14, viser undersøkelsen til NKVTS at de etterlatte kan lide av forlengede sorglidelser som følge av ulykken. Denne mulige konsekvensen ble ikke omtalt i Riksrevisjonens rapport fra 2021. NKVTS viser til i intervju at noe av denne dimensjonen likevel blir fanget opp av «livskvalitet».

Tabell 15 Sammenligning av fakta om resiliens og positive endringer

NKVTS	Riksrevisjonen
• Langt fra alle de berørte av Kielland-ulykken opplever store helseplager eller redusert livskvalitet. Nesten halvparten rapporterer at de ikke opplever å ha fått fysiske eller psykiske helseplager relatert til ulykken (s. 56). • Både overlevende og etterlatte rapporterer om positive personlige endringer etter ulykken, som å sette mer pris på livet (s. 56). • Mange overlevende trekker fram at det var viktig for dem å komme raskt tilbake til jobb på plattform for å overvinne frykten etter ulykken (s. 56).	• Riksrevisjonen viser til en studie fra 2007, der en av hovedkonklusjonene var at flesteparten av de overlevende (61 prosent) hadde lite stressreaksjoner like etter ulykken og kom seg fort etter den første fasen. De holdt seg friske i hele perioden og hadde få psykiske helseproblemer i de 27 årene (s. 124). • Riksrevisjonen viste også til en studie fra 1988, der det kom fram at de overlevende hadde lavere inntekt enn kontrollgruppen det ble sammenlignet med, og at en tredel hadde sluttet i offshorejobben som følge av ulykken (s. 123).

Som det framgår av tabell 15, viste både NKVTS og Riksrevisjonen til at mange overlevende har klart seg bra. NKVTS viste at dette også gjelder de etterlatte, men at bildet er sammensatt. Riksrevisjonen omtalte ikke positive livsendringer for noen av de berørte som en følge av ulykken. I intervjuet påpeker NKVTS at noe av forskjellen mellom andelene kan skyldes at NKVTS baserte seg på en spørreundersøkelse, mens litteraturstudiene som Riksrevisjonen viste til, benytter personlige intervjuer. Ifølge NKVTS er det vanligvis færre som rapporterer høy grad av plager i personlige intervjuer enn på spørreskjema.

NKVTS viste til at det var viktig for mange overlevende å komme seg tilbake på jobb på plattform etter ulykken. Riksrevisjonen viste at dette ikke lyktes for alle, og at ulykken har hatt en negativ innvirkning på de overlevendes deltakelse i arbeidslivet.

Tabell 16 Sammenligning av fakta om sosial støtte

NKVTS	Riksrevisjonen
• Flere av de etterlatte, både enkene og barna, beskrev god sosial støtte fra familien og nettverket sitt, men det var også en del som fortalte at de hadde opplevd negative sosiale reaksjoner i tiden etter ulykken (s. 57). • Forskningslitteraturen viser at traumeutsatte kan bli møtt med negative sosiale reaksjoner som benektelse, kritikk, klandring, stigmatisering, avvisning og fordømmelse (s. 58).	• Riksrevisjonen viser til en uttalelse fra krisepsykiater Weisæth i 2019 om at en av årsakene til at de overlevende ble prioritert i oppfølgingsarbeidet på bekostning av de etterlatte, var at de sosiale nettverkene (familie, venner, naboer og kollegaer) var flinkere til å støtte etterlatte enn til å gi overlevende etter ulykken den hjelpen de trengte (s. 129).

Tabell 16 viser at for *sosial støtte* er det i noen grad avvikende fakta i Riksrevisjonens og NKVTS' undersøkelser. Riksrevisjonen viste til en uttalelse fra krisepsykiater Lars Weisæth, som var involvert i oppfølgingen i 2019. Weisæth skrev at de etterlatte i større grad enn de overlevende hadde et sosialt støttende nettverk som kunne hjelpe dem, og at det gjorde det riktig å prioritere de overlevende. I intervju opplyser NKVTS at en slik prioritering ikke har støtte i forskningen. De viser til at det varierer stort både hva den enkelte har behov for av støtte, og hva slags støtte de får fra nettverkene sine. NKVTS viste i undersøkelsen sin at flere av de etterlatte ikke bare opplevde positiv støtte, men også fikk negative reaksjoner. Dette samsvarer med funn i forskningslitteraturen. Kvaliteten på den sosiale støtten ble ikke vurdert i Riksrevisjonens undersøkelse.

NKVTS intervjuet også de berørte av ulykken om deres erfaringer med media. De finner at de overlevende, pårørende og etterlatte har hatt positive og negative erfaringer med media. De positive erfaringene handlet særlig om at de fikk nyttig informasjon om ulykken via journalister/media, mens de negative erfaringene handlet om journalistenes tilnærming (som de opplevde som svært påtrengende) samt den negative vinklingen på saken.⁴⁸

Temaet «erfaringer med media» er ikke omtalt i Riksrevisjonens rapport, men den oppgir at 20 prosent av de etterlatte fikk dødsbudskapet overbrakt av media.⁴⁹

Tabell 17 Sammenligning av fakta om arrangementer og støttegrupper

NKVTS	Riksrevisjonen
- Nesten 80 prosent av de berørte oppgir at de har deltatt på samlinger eller arrangementer gjennom Kielland-nettverket / Kielland-fondet (s. 61). 85 prosent av dem som har deltatt, beskriver det som ganske eller veldig nyttig for dem, der særlig det å møte andre berørte og få mer informasjon oppleves som nyttig (s. 61). - Enn så lenge finnes det lite forskning på støttegruppers funksjon og betydning for direkte berørte traumer (s. 61).	28 prosent av enkene og barna, og 41 prosent av de overlevende oppgir å ha deltatt på arrangementer i regi av Kielland-nettverket / Kielland-fondet (s. 128). - Støttegruppene er et viktig supplement til det offentlige apparatet (s. 135). - Spørreundersøkelsen viste at både overlevende og etterlatte etter ulykken savnet å møte andre i samme situasjon etter ulykken (s. 135).

Som det framgår av tabell 17, avviker faktaene i NKVTS-undersøkelsen en del fra faktaene i Riksrevisjonen rapport når det gjelder andelen som opplyser å ha deltatt på samlinger eller arrangementer i regi av Kielland-nettverket og forløperen Kielland-fondet. NKVTS peker i intervju på at dette kan skyldes at nettverket gjennomførte en del samlinger etter at Riksrevisjonen gjennomførte sin undersøkelse og før NKVTS gjennomførte sin

⁴⁸ Bækkelund et al. (2024). *Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken* s. 58.

⁴⁹ Dokument 3:6 (2020–2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*. kapittel 9.4.2, s. 126.

spørreundersøkelse. I tillegg omfattet populasjonen i NKVTS-undersøkelsen bare personer som var identifisert gjennom Kielland-nettverkets lister, mens Riksrevisjonen også hadde funnet respondenter fra politiets arkiver som ikke var tilknyttet Kielland-nettverket.

Konklusjonen i NKVTS-undersøkelsen viser til at svært mange av de berørte har deltatt på og ønsker å delta på slike samlinger som NKVTS arrangerte sammen med Kielland-nettverket, og at de opplever at disse arrangementene er viktige for dem. NKVTS skrev derfor at de håper at Kielland-nettverket gis anledning til å fortsatt kunne invitere til slike samlinger, og at disse samlingene kan bidra til samhørighet, mening og støtte for deltakerne.

I intervju bekrefter Kielland-nettverket at de kjenner seg igjen i denne anbefalingen, og beklager seg over at myndighetene ikke har ønsket å støtte slike samlinger økonomisk. Det er derfor usikkert om eller når det blir flere slike samlinger.

Del 3:

Revisjonskriterier og metodisk tilnærming

12 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er de samme som ble lagt til grunn i Dokument 3:6 (2020–2021).⁵⁰

13 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen bygger i hovedsak på dokumentanalyse. Vi har i tillegg gjennomført noen intervjuer for å supplere og kvalitetssikre dokumentanalysen.

13.1 Dokumentanalyse

13.1.1 Problemstilling 1

Sammenligning av rapportene

Vi har sammenlignet problemstillinger, metoder og konklusjoner mellom rapporten fra Universitetet i Stavanger «Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken» og Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021). Vi har ikke sammenlignet fakta i den empiriske undersøkelsen med andre kilder.

Deretter har vi oppsummert og sammenlignet relevante fakta for sentrale temaer. Denne sammenligningen er krevende fordi rapporten fra Universitetet i Stavanger, Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021) og undersøkelsen som rapporteres i denne rapporten, i noen grad har ulike formål og problemstillinger:

- Rapporten fra Universitetet i Stavanger vurderer i hovedsak *etterforskningen av ulykken* med tanke på ansvaret for katastrofen.⁵¹
- Dokument 3:6 (2020–2021) vurderer hvordan *myndighetene har ivaretatt ansvaret sitt* i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken. Dette omfatter
 - ansvaret for å klargjøre årsakene til ulykken
 - ansvaret for å kartlegge ansvaret for ulykken
 - hvordan anbefalingene fra granskingsarbeidet er fulgt opp
 - hvordan myndighetene har fulgt opp overlevende og etterlatte etter ulykken
- Denne undersøkelsen legger vekt på om nye fakta har betydning for Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk når det gjelder hvordan myndighetene ivaretok sitt *ansvar før ulykken*.

Basert på årsakene til ulykken som kommer fram gjennom fakta i Dokument 3:6 (2020–2021), og revisjonskriteriene har vi analysert hvilke forhold de private aktørene

⁵⁰ Riksrevisjonen (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken*. Vedlegg 9 til Dokument 3:6 (2020–2021) Rapport. Kapittel 3 Rapport.
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2020-2021/dok3-202021-006-vedlegg.pdf>.

⁵¹ Problemstillingen var denne: «Hvordan ble den politimessige og strafferettslige etterforskningen av «Alexander L. Kielland»-ulykken utført med tanke på ansvaret for katastrofen, hvilke resultater ga den og hva ble følgene for de impliserte partene?»

hadde ansvar for før ulykken, og hvilke årsaker som kan knyttes til svakheter i myndighetsutøvelsen. Vi har sammenlignet faktaene for de mest sentrale årsaksforholdene vi har identifisert. Selv om rapporten fra Universitetet i Stavanger legger mest vekt på etterforskningen, inneholder rapporten relevante fakta som belyser ansvaret for at ulykken kunne skje.

Gjennomgang av nytt arkivmateriale

«Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken» bygger i hovedsak på det samme arkivmaterialet som Riksrevisjonen gikk gjennom i forbindelse med arbeidet Dokument 3:6 (2020–2021). Med utgangspunkt i rapporten fra Universitetet i Stavanger har vi identifisert arkivmateriale vi ikke gikk gjennom sist, og har gått gjennom dette for å finne ny relevant informasjon og belyse årsaker til ulykken og ansvarsforhold. Disse arkivene og hva de inneholder, er oppsummert i tabell 18.

Tabell 18 Oversikt over arkiver gjennomgått i 2025

Arkiv	Arkiveier	Innhold i arkivet og relevans for Riksrevisjonens undersøkelse
Arbeiderpartiets stortingsgruppe (ARK-10006)	Arbark ⁵²	Diverse politiske notater 1978–1981, som har liten relevans for vurdering av ansvarsforhold for ulykken.
Landsorganisasjonen i Norge (ARK-1579)	Arbark	Politiske notater 1978–1983, inkludert høringsinnspill og notater vedrørende utviklingen av ansvars- og sikkerhetsforhold i petroleumsindustrien i etterkant av ulykken.
Bjartmar Gjerde (ARK-2578)	Arbark	Politiske notater 1978–1980. Inneholder lite informasjon om vurderinger av sikkerheten i petroleumsvirksomheten.
Finn Lied (ARK-2691)	Arbark	Politiske notater som har liten relevans for vurdering av ansvarsforhold for ulykken.
Odvar Nordli (Ark-2734)	Arbark	Politiske notater 1976–1980. Inneholder et notat fra Industridepartementet om sikkerhetsmessige og beredskapsmessige spørsmål i forbindelse med petroleumsvirksomhet. Ellers lite av relevans for vurdering av ansvarsforhold for ulykken.
Einar Førde (ARK-2633)	Arbark	Politiske notater 1981–1989 som har liten relevans for vurdering av ansvarsforhold for ulykken.

⁵² Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Gro Harlem Brundtland (ARK-2369)	Arbark	Politiske notater 1980–1982. Flere notater om arbeidet med å snu plattformen. Også enkelte notater som er relevante for denne undersøkelsen, herunder vurdering av hvilke myndigheter som hadde ansvar for hva.
Lars Skytøen (ARK-3368)	Arbark	Skytøens arkiv har en god oversikt over regjeringsskonferansene i perioden rundt Alexander L. Kielland-ulykken. Noen av notatene handler om oppfølgingen etter ulykken, blant annet arbeidet med å snu plattformen og sikkerhetsopplæring. Det er også notater som vurderer ansvarsfordelingen mellom Sjøfartsdirektoratet og Oljedirektoratet når det gjelder rutiner og godkjenning av plattformen.
Riksadvokaten		Dokumentasjon som belyser rettstilstanden da ulykken skjedde, og korrespondanse om etterforskningen mellom nivåene i påtalemyndigheten, og med fagmyndighetene.
CFEM		Arkivet er gjennomgått av forskergruppen ved Universitetet i Stavanger. Vi har ikke hatt tilgang til arkivet direkte, men har fått tilgang til og gjennomgått dokumentene som forskerne har tatt kopi av. Arkivet inneholder enkelte dokumenter som belyser korrespondanse mellom CFEM og Sjøfartsdirektoratet i forbindelse med godkjenning av plattformen og en omfattende dokumentasjon av korrespondansen med advokater etter ulykken, korrespondanse med de franske sakkyndige og tekniske undersøkelser som ble gjort. Arkivet dokumenterer de ulike private aktørenes synspunkter på ansvarsforholdene. Det står lite om myndighetenes ansvar i dokumentene.

Kilde: Dokumentanalysen

I arkivgjennomgangen vi har gjort i 2025 har vi funnet noen relevante dokumenter som også ligger i arkiver vi gjennomgikk i 2021. Vi har imidlertid også funnet enkelte relevante dokumenter vi ikke har sett tidligere.

Til slutt har vi vurdert om, og eventuelt hvor stor, betydning nye fakta har for Riksrevisjonens kritikk i Dokument 3:6 (2020–2021).

13.1.2 Problemstilling 2

Vi har sammenlignet problemstillinger, metoder og konklusjoner mellom NKVTS' rapport «Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland ulykken» og Riksrevisjonens undersøkelse rapportert i Dokument 3:6 (2020–2021).

Deretter har vi oppsummert og sammenlignet relevante fakta for sentrale temaer. Temaene vi legger vekt på, er de temaene som kapittelet «Diskusjon» i NKVTS-undersøkelsen er strukturert rundt. Dette er temaer NKVTS vurderer er særlig relevante. Vi har vurdert hvilke fakta som er ny informasjon som ikke ble lagt til grunn i Dokument 3:6 (2020–2021). Vi har også vurdert i hvilken grad det er samsvar mellom fakta i de to rapportene. Til slutt har vi vurdert hvilken betydning nye fakta har for Riksrevisjonens kritikk i Dokument 3:6 (2020–2021).

13.2 Intervjuer

Vi har intervjuet representanter fra forskergruppen ved Universitetet i Stavanger som har gjennomført arbeidet med «Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken». Intervjuet ble gjennomført med Marie Smith-Solbakken (professor i samfunnsfag) og Olav Yan Brattebø Holmane og Tor Gunnar Tollaksen (deler av intervjuet).

Intervjuet ble brukt til følgende avklaringer:

- overordnet vurdering av forskjeller mellom rapporten fra Universitetet i Stavanger og Riksrevisjonens undersøkelse
- forskjeller i metode og datakilder
- forskjeller i fakta når det gjelder ansvaret for ulykken

Vi har også intervjuet Harald Bækkelund, som var prosjektleder for undersøkelsen til NKVTS. Intervjuet ble brukt til å avklare

- metodene og utvalget NKVTS har brukt, og betydningen av forskjeller mellom Riksrevisjonens metoder og NKVTS' metoder for de funnene som er gjort
- i hvilken grad det er samsvar mellom fakta i de to undersøkelsene

Vi har også intervjuet Andres Helliksen og Åse Kringlebotn, som er henholdsvis styreleder og styremedlem i Kielland-nettverket. Intervjuet ble brukt til å avklare

- om de, som representanter for nettverket er enige i kritikken Riksrevisjonen kom med i 2021 og hva de eventuelt er uenige i
- om de er enige i konklusjonene i henholdsvis rapporten fra Universitetet i Stavanger og NKVTS
- hva som er vesentlig ny informasjon i de to undersøkelsene
- forhold Riksrevisjonen bør legge vekt på i undersøkelsen

Alle referatene er verifisert av dem som deltok på intervjuene.

13.3 Ekstern kvalitetssikring

Professor emeritus i rettsvitenskap Knut Kaasen, ved Nordisk institutt for sjørett ved Universitetet i Oslo, har vært engasjert som ekstern kvalitetssikrer. Han har

- gjennom et innledende møte bidratt til å belyse og drøfte fakta rundt ansvarsforholdene med utgangspunkt i gjeldende rett og rettspraksis da ulykken skjedde, samt fakta og konklusjoner i Dokument 3:6 (2020–2021)
- gitt muntlige innspill og kommentarer til et rapportutkast (kapittel 1–10)

14 Referanseliste

Lover og forskrifter

- Arbeidsmiljøloven. (1977). *Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø* (LOV-1977-02-04-4). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1977-02-04-4>
- Sjødyktighedsloven. (1903). *Lov om Statskontrol med Skibes Sjødyktighet m.v.* (LOV-1903-06-09-7). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1903-06-09-7>
- Kontinentalsokkelloven. (1963). *Lov om utforskning og utnyttelse av undersjøiske naturforekomster* (LOV-1963-06-21-12). Lovdata.
<https://lovdata.no/nav/lov/1963-06-21-12>
- Petroleumsloven. (1985). *Lov om petroleumsvirksomhet 1985* (LOV-1985-03-22-11) § 45. Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1985-03-22-11>
- Petroleumsloven. (1997). *Lov om Petroleumsvirksomhet* (LOV-1996-11-29-72) § 10-1. Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1996-11-29-72>
- Kongelig resolusjon av 3. oktober 1975 om sikkerhet m.v. for undersøkelse og boring etter undersjøiske petroleumsforekomster gitt med hjemmel i kontinentalsokkelloven § 3.
- Kongelig resolusjon av 1. juni 1979 om forskrift om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. i forbindelse med undersøkelse etter og utnyttelse av undersjøiske petroleumsforekomster.

Stortingsdokumenter

Innstillinger til Stortinget

- Innst. S. nr. 90 (1965–66). *Innstilling fra utenriks- og konstitusjonskomiteen om undersøkelse etter og utvinning av petroleumsforekomster på den norske kontinentalsokkel i Nordsjøen.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1965-66&paid=6&wid=a&psid=DIVL1642>
- Innst. S. nr. 99 (1968–69). *Innstilling fra den forsterkede industrikomite om undersøkelse og boring etter petroleumsforekomster på den kontinentalsokkel i Nordsjøen.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1968-69&paid=6&wid=a&psid=DIVL1204>

- Innst. S. nr. 294 (1970–71). *Innstilling fra den forsterkede industrikomiteen om undersøkelse etter og utvinning av undersjøiske naturforekomster på den norske kontinentalsokkel m.m.*
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1970-71&paid=6&wid=a&psid=DIVL2203&pgid=a_0647&s=True
- Innst. S. nr. 316 (1971–72). *Innstilling fra industrikomiteen om opprettelse av statens oljedirektorat og et statlig oljeselskap m.m.*
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1971-72&paid=6&wid=a&psid=DIVL2199&pgid=a_0622&s=True
- Innst. S. nr. 381 (1973–74). *Innstilling fra industrikomiteen om virksomheten på den norske kontinentalsokkel m.v.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1973-74&paid=6&wid=a&psid=DIVL2557>
- Innst. O. nr. 10 (1976–77). *Innstilling fra kommunal- og miljøvernkomiteen om lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1976-77&paid=6&wid=b&psid=DIVL525>
- Innst. S. nr. 166 (1976–77). *Innstilling fra industrikomiteen om Oljedirektoratets årsberetning 1975 m.v.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1976-77&paid=6&wid=a&psid=DIVL1837>
- Innst. S. nr. 63 (1977–78). *Innstilling fra industrikomiteen om Oljedirektoratets årsberetning 1976 m.v.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1977-78&paid=6&wid=a&psid=DIVL1145>
- Innst. S. nr. 22 (1978–79). *Innstilling fra industrikomiteen om Oljedirektoratets årsberetning 1977 m.v.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1978-79&paid=6&wid=a&psid=DIVL895>
- Innst. S. nr. 309 (1980–81). *Innstilling fra Industrikomiteen om virksomheten på den norske kontinentalsokkel.*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1980-81&paid=6&wid=a&psid=DIVL2162>
- Innst. S. nr. 157 (1983–84). *Innstilling fra kommunal- og miljøvernkomiteen om ulykken med plattformen «Alexander L. Kielland».*
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1983-84&paid=6&wid=a&psid=DIVL1063>

Proposisjoner til Stortinget

- St.prp. nr. 113 (1971–72). *Om opprettelse av statens oljedirektorat og et statlig oljeselskap m.m.* Industridepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1971-72&paid=2&wid=b&psid=DIVL672&s=True>
- Ot.prp. nr. 3 (1975–76). *Om lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v.* Kommunal -og arbeidsdepartementet.
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1975-76&paid=4&wid=a&psid=DIVL249&pgid=a_0109&s=True
- Prop. 1 S (2021–2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2022.* Arbeids- og sosialdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/031d037cff7c482c9142ec04a75cc2e8/no/pdfs/prp202120220001asdddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S (2021–2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2022.* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/3fbb254528af4aefa1090b60f2c02eda/no/pdfs/prp202120220001hoddddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S (2021–2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2022.* Olje- og energidepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f2da0c393fb24b1cb2ed0254d76521da/no/pdfs/prp202120220001oeddddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S (2023–2024). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2024.* Olje- og energidepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/9fd440e350c8423ab46e9aa67ee674ca/nn-no/pdfs/prp202320240001oeddddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S (2024–2025). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2025.* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/6aa02b79155b44278bf5bf9e817fbfc5/no/pdfs/prp202420250001hoddddpdfs.pdf>

Meldinger til Stortinget

- St.meld. nr. 22 (1965–66). *Undersøkelse etter og utvinning av petroleumsforekomster på den norske kontinentalsokke i Nordsjøen.* Industridepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1965-66&paid=3&wid=b&psid=DIVL229&s=True>

- St.meld. nr. 11 (1968–69). *Undersøkelse og boring etter petroleumsforekomster på den norske kontinentalsokkel i Nordsjøen*. Industridepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1968-69&paid=3&wid=a&psid=DIVL1783>
- St.meld. nr. 95 (1969–70). *Undersøkelse etter og utvinning av undersjøiske naturforekomster på den norske kontinentalsokkel m.m.* Industridepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1969-70&paid=3&wid=d&psid=DIVL896>
- St.meld. nr. 30 (1973–74). *Virksomheten på den norske kontinentalsokkel m.v.* Industridepartementet.
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1973-74&paid=3&wid=c&psid=DIVL920&pgid=c_0595
- St.meld. nr. 16 (1976–77). *Oljedirektoratets årsberetning 1975 m.v.* Industridepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1976-77&paid=3&wid=b&psid=DIVL666>
- St.meld. nr. 29 (1977–78). *Oljedirektoratets årsberetning 1976 m.v.* Industridepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1977-78&paid=3&wid=c&psid=DIVL581>
- St.meld. nr. 87 (1977–1978). *Oljedirektoratets årsberetning 1977 m.v.* Olje- og energidepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1977-78&paid=3&wid=e&psid=DIVL738&s=True>
- St.meld. nr. 53. (1979–80). *Om virksomheten på den norske kontinentalsokkel.* Olje- og energidepartementet.
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1979-80&paid=3&wid=e&psid=DIVL148&pgid=e_0063
- St.meld. nr. 67 (1981–82). *Ulykken med plattformen «Alexander L. Kielland».* Kommunal- og arbeidsdepartementet.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1981-82&paid=3&wid=e&psid=DIVL301>

Riksrevisjonens undersøkelse

- Riksrevisjonen (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med Alexander L. Kielland-ulykken. Dokument 3:6 (2020–2021).*
<https://www.riksrevisjonen.no/undersokelse-av-myndighetenes-arbeid-med-alexander-l.-kielland-ulykken/>

Studier, undersøkelser, utredninger og fagrapporter

- Bækkelund, H. Alve Glad, K., Nilsen, L. Stene, L. og Lie Andreassen, A. (2024). *Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken.* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
<https://www.nkvts.no/content/uploads/2024/06/Studie-overlevende-og-parende-Kiellandulykken.pdf>
- Kaasen, K. (1984). *Sikkerhetsregulering i petroleumsvirksomheten: en rettslig studie av regelverkene om sikkerhet på norsk kontinentalsokkel.*
https://www.nb.no/maken/item/URN:NBN:no-nb_digibok_2013030106015/open
- NOU 1981: 11. (1981). «Alexander L. Kielland»-ulykken». Utredning avgitt til Justis- og politidepartementet.
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1981-82&paid=3&wid=e&psid=DIVL301&pgid=e_0283&vt=e&did=DIVL349&s=True
- Sakkyndig rapport. (1985). *Plattformen Alexander L. Kielland. Ulykken 27. mars 1980.* Tribunal de Commerce de Paris, juni 1985.
- Smith-Solbakken, M., Joly, E., Fanebust, F. og Tollaksen, T. G. (2025). *Empirisk undersøkelse av myndighetenes oppfølging av ansvar etter Alexander L. Kielland-ulykken.* Universitetet i Stavanger.
<https://doi.org/10.31265/USPS.302>.
- Universitet i Stavanger.
[Alexander L. Kielland-ulykken: Minnebank | UiS Scholarly Publishing Services](#)

Brev og e-poster

- Helsedirektoratet. (2023). *Endringer av avtalen etter avtaleinngåelsen.* Avtale om forsknings- og utredningsoppdrag. 14. september 2023.
- Norsk Oljemuseum. (2025). E-post til Riksrevisjonen 13. august 2025. *Spørsmål Riksrevisjonen - dokumentasjonsprosjektet Alexander Kielland-ulykken.*
- Statsadvokaten i Rogaland. (1981). «Alexander L. Kielland-ulykken». Notat til riksadvokaten 14. desember 1981.

Vedlegg 1:

Brev til statsråden i Energidepartementet

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

ENERGIDEPARTEMENTET
Postboks 8148 Dep
0033 OSLO

Til energiminister Terje Aasland

Oversending av Dokument 3:7 (2025–2026) Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:7 (2025–2026) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken.*

Dokumentet bygger på rapporten som ble sendt til Energidepartementet i brev datert 17. november 2025.

Statsråden bes om å gi eventuelle kommentarer til Riksrevisjonens konklusjon og vurdering. Riksrevisjonen har ingen anbefalinger.

Svaret fra statsråden vil i sin helhet legges ved dokumentet. Vi ber om at svaret blir sendt som PDF eksportert fra Word, ikke som skannet bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i tråd med kravene til universell utforming.

Vi gjør oppmerksom på at likelydende brev har gått til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre.

Svarfrist: Torsdag 11. desember 2025

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:

Statsrådets svar



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref
25/1746-

Dato
11. desember 2025

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken

Jeg viser til Riksrevisjonens brev 9. desember 2025 vedrørende Dokument 3:7 (2025–2026) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken*.

Jeg vil takke Riksrevisjonen for det grundige arbeidet som er lagt ned med denne nye gjennomgangen. Rapporten gir et godt bidrag til forståelsen av ansvarsforholdene knyttet til ulykken og oppfølgingen i etterkant.

Alexander L. Kielland-ulykken er den største ulykken i norsk industrihistorie. Mine tanker går til de overlevende og etterlatte som fortsatt lever med konsekvensene av denne.

Med hilsen

Terje Aasland

Vedlegg 3:

Brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Oversending av Dokument 3:7 (2025–2026) Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:7 (2025–2026) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes ansvar i forbindelse med Alexander L. Kielland-ulykken*, del I.

Dokumentet bygger på rapporten som ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i brev datert 17. november 2025.

Statsråden bes om å gi eventuelle kommentarer til Riksrevisjonens konklusjon og vurdering. Riksrevisjonen har ingen anbefalinger.

Svaret fra statsråden vil i sin helhet legges ved dokumentet. Vi ber om at svaret blir sendt som PDF eksportert fra Word, ikke som skannet bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i tråd med kravene til universell utforming.

Vi gjør oppmerksom på at likelydende brev har gått til energiminister Terje Aasland.

Svarfrist: Torsdag 11. desember 2025

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 4:

Statsrådets svar



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref
19/4976-

Dato
9. desember 2025

Statsrådets svar - Riksrevisjonens undersøkelse av Alexander L. Kielland-ulykken

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

Nedenfor følger mine kommentarer til de delene av rapporten som omhandler mine ansvarsområder som helse- og omsorgsminister.

Oppfølging av etterlatte og overlevende

Nye fakta viser at de berørte av Alexander Kielland-ulykken har helseplager og redusert livskvalitet. Etter Riksrevisjonens oppfatning gir de nye faktaene ikke ny informasjon om svakheter i myndighetenes oppfølging, men underbygger kritikken i Dokument 3:6 (2020–2021), både om manglende oppfølgingen av de overlevende og de etterlatte.

At så mange av de berørte, både overlevende og etterlatte har helseplager og redusert livskvalitet er svært beklagelig. Det er ingen tvil om at de etterlatte skulle fått bedre hjelp og oppfølging i etterkant av ulykken. Det understøttes også med den nye undersøkelsen fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). I 1980 var imidlertid kunnskapen om traumebehandling og oppfølging av overlevende og etterlatte begrenset.

Mye har skjedd med hensyn til oppfølging av berørte etter kriser og katastrofer i årene etter Alexander L. Kielland-ulykken, slik Riksrevisjonen også har påpekt. Kommunene er pålagt å ha planer for psykososial oppfølging etter større alvorlige hendelser som skjer innenfor kommunen. Ansvar for psykososial oppfølging og beredskap er også tydeliggjort i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet har gitt ut veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Denne har vært viktig for

kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeid med krise- og katastroferammede. I veilederen understrekes blant annet behovet for tidlig, proaktiv hjelp.

Kompetanse er en annen viktig faktor som har bidratt til et mer robust system. NKVTS og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har gitt mer forskningsbasert kunnskap og kompetanseheving ut mot tjenestene.

Erfaringer fra ulike kriser er at helsetjenestenes evne til å ivareta befolkningens behov for psykososial støtte raskt overskrides i krisesituasjoner. Det er viktig for regjeringen å støtte kommune i arbeidet med psykososial beredskap og oppfølging. Fra og med statsbudsjettet for 2023 er det derfor årlig bevilget 5 mill. kroner til at RVTS-ene kan gi nødvendig tjenestestøtte til kommuner ved uforutsette og akutte kriser, ulykker og katastrofer. Formålet er å kunne gi enkeltkommuner bistand til å håndtere befolkningens hjelpebehov i kriser på en rask og effektiv måte.

Denne regjeringen har lagt fram en tiårig opptrappingsplan for psykisk helse. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har psykiske helseplager skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Planen omfatter hele befolkningen og hele bredden i det psykiske helsearbeidet, fra forebygging og helsefremming, til hjelp, behandling og oppfølging i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Planen styrker feltet med 3 milliarder kroner over ti år. Det er en permanent styrking til et nytt nivå.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Vedlegg 5:

Dokumentasjon av arkivgjennomgang

Tabell 19 Sammenligning av arkiver gjennomgått av Riksrevisjonen og Universitetet i Stavanger (UiS)

Arkiv	UiS og Riksrevisjonen	Kun UiS	Kun Riksrevisjonen (2020-2021)	Riksrevisjonen (2025)
<i>Statsarkivet i Stavanger</i>				
Stavanger politikammer	x			
Stavanger byrett (tvistemål – Stavanger Drilling)	x			
Kontinentalsokkel-kontoret (Statens helsetilsyn)			x	
Sjøfartsdirektoratet (stasjon Stavanger)	x			
Kielland-fondet	x			
Norsk Olje- og Petrokjemisk Fagforbund (NOPEF)	x ⁵³			
Sammenslutningen av Fagorganiserte i Energisektoren (SAFE)	x			
Stavanger Drilling	x			
Phillips Petroleum Company Norway			x	
Statoil ASA			x	
Total Norge AS, Petrofina S.A. og Norsk Agip AS (som var medeiere i Ekofisk-lisensen)	x			
<i>Riksarkivet</i>				
Handelsdepartementet			x	
Sjøfartsdirektoratet	x			
Statsministerens kontor	x			
Statsministerens kontor (regjeringskonferanser)		x ⁵⁴		

⁵³ Universitetet i Stavanger har sett på deler av arkivet til NOPEF, særlig oljekartetlet.

⁵⁴ Riksrevisjonen gjennomgikk regjeringsnotater fra regjeringen Nordli og regjeringen Brundtland.

Hygienekontoret (i arkivet fra Helsedirektoratet – Sosialdepartementet)			x	
Justisdepartementet – dokumenter etter undersøkelseskommisjonen	x			
Justisdepartementet – øvrige dokumenter			x	
Olje- og energidepartementet			x	

Andre arkiver – offentlige etater

Tidligere Kommunal- og arbeidsdepartementet			x	
Oljedirektoratet			x	
Riksadvokaten		x		x

Andre private arkiver

ConocoPhillips Norge			x*	
Equinor ASA			x*	
CFEM		x		x
Kåre Willochs privatarkiv	x			
Landsorganisasjonen (LO)	x*			
Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek		x		x
Svein Muffetangens personlige arkiv		x		

**Riksrevisjonen har ikke selv gått gjennom disse arkivene, men har fått kopi av dokumenter arkiveier har vurdert som relevante.*

Kilde: Riksrevisjonens undersøkelse og informasjon mottatt fra forskergruppen ved Universitetet i Stavanger.