



Havarikommisjonen for Civil Luftfart og Jernbane
Langebjergvænget 21
4000 Roskilde

Høringssvar vedr. 2. høringsrunde. Passager i klemme i dør, Vejle 2013

DSB vil indledningsvis sige tak for et godt og konstruktivt møde fredag den 11. september 2015, hvor vi fik lejlighed til mundtligt at kommentere 2. høringsudgave af rapport vedr. passager, som kom i klemme i dørene på Vejle Station den 23. februar 2013.

Som aftalt på mødet fremsender DSB herved de bemærkninger, vi mundtligt fremsatte og uddybede på mødet den 11. september. DSB håber at dette høringssvar kan bidrage til, at rapporten efterfølgende kan indgå som et endnu bedre fundament for, at opnå en læring, der kan medvirke til yderligere at reducere risikoen for tilsvarende hændelser i fremtiden. Neden for følger en sammenfatning af DSB's bemærkninger og observationer.

Udeladelse af informationer, der af DSB vurderes som afgørende for analyse og konklusion

Havarikommisjonen undlader at nævne, at afgangsproceduren vedr. gennemførelse af efterkontrol, ikke blev udført i overensstemmelse med DSB's driftsinstruks ODI 4.1.2 for MF. At der fejlagtigt blev stolet på indikatorlampen, førte som bekendt til, at DSB i 2013 revurderede og præcisering ODI vedr. afgangsproceduren. Derudover iværksatte DSB i 2013 efteruddannelsesaktiviteter for alle berørte lokomotivførere. Begge tiltag blev taget som direkte konsekvens af hændelsen i Vejle.

Havarikommisjonen undlader som årsagsfaktor, at forholde sig til den generelle adfærd blandt passagergruppen, herunder gruppens beruselse. Kraftig beruselse reducerer efter DSB's opfattelse uundgåeligt både dømmekraft og evnen til at navigere, herunder forstå ellers enkle piktogrammer og lokalisere nødbremsen.

Havarikommisjonen har valgt at inkludere en tabel, der viser, at der over en 15-årig periode fra 2000 til 2015, har været i alt 206 hændelser i forbindelse med ind- og udstigning. Havarikommisjonen anfører, at tabellen ikke er udtryk for, at disse hændelser har samme alvorlige karakter, som den aktuelle hændelse. Derved mister tabellen i DSB's optik, sin relevans i forhold til rapporten.

DSB har i forbindelse med første høringssvar oplyst Havarikommisjonen om, at der i samme periode er tale om i alt 3 registrerede hændelser, hvor passagerer på

DSB

14. september 2015

Telegade 2 B 2, 1
2630 Taastrup

Direkte telefon [REDACTED]

[REDACTED]
www.dsb.dk

Deres ref. HCLJ 611-2013-127

enmandsbetjente Fjern- og Regionaltog, har været i fysisk kontakt med lukkede døre. Det undrer DSB, at Havarikommisionen fravælger denne information og i stedet fastholder, at inkludere tabellen med de 206 irrelevante hændelser.

Det undrer ligeledes DSB, at Havarikommisionen undlader at beskæftige sig med den egentlige risiko, fx ved at sammenholde antallet af sammenlignelige hændelser, med DSB's aktiviteter i øvrigt (kørte kilometer, antal passagerer el.lign.).

Urigtige og udokumenterede informationer

Havarikommisionen anfører, at en togfører bedre kan varetage sikkerheden end lokomotivfører, der har flere samtidige sikkerhedsopgaver. Dette er, som også nævnt i DSB's første høringsvar, en fejlagtig og dermed misledende information. Som tidligere oplyst og dokumenteret, har lokomotivføreren i forbindelse med passagerudveksling og afgang kun én sikkerhedsmæssig opgave, nemlig at varetage rollen som togfører.

Det nævnes i rapporten, at det af lokomotivføreren krævede fokus på dørlukning og efterkontrol, fortsat er en distraktion i forhold til lokomotivførerens hovedopgave, nemlig at iagttage signaler og rettidighed. Som nævnt tidligere, er Havarikommisionens udlægning forkert. Videre ser DSB det ikke forklaret hvad ordet 'fortsat' refererer til.

Undersøgelsesmetode og misledende informationer

Havarikommisionen oplyser at have forespurgt tilfældige lokomotivførere om deres viden. Det angives samtidig, at undersøgelsen hverken er kvalitativ eller kvantitativ. DSB finder det uacceptabelt, at Havarikommisionen vælger at gennemføre en undersøgelse blandt DSB's personale, uden at informere DSB. På samme måde undrer det DSB, at Havarikommisionen vælger at referere til et undersøgelsesresultat, uden at angive undersøgelsesmetode, formål eller andre relevante informationer om undersøgelsen og dens baggrund.

Videre er det i DSB's optik bekymrende, når Havarikommisionen ubegrundet anfører, at kommissionen i forvejen havde en formodning om undersøgelsesresultatet. DSB finder det på den baggrund uacceptabelt, at undersøgelsesresultatet indgår i rapporten.

I DSB's optik svækker ovenstående, og forholdet at det samtidig anføres, at undersøgelsen hverken er kvalitativ eller kvantitativ repræsentativ, grundlaget for rapportens konklusioner.

Rapportens analyse

Indledningsvis savner DSB afsnittets analytiske element.

Videre savner DSB, at Havarikommisionen forholder sig til passagergruppens generelle berusede tilstand; både i relation til gruppens gentagne overtrædelser af Lov om Jernbane, og gruppens evne til bedre at kunne have forstået piktogrammer og lokalisere nødbremsetrækket.



Ligeledes savner DSB at rapporten forholder sig til, om skiltning med informationer om afgangsp proceduren, kunne forventes at have haft effekt på gruppens adfærd. Det undrer DSB, at Havarikommissionen i analysen igen vælger at referere til de 206 hændelser, der, som tidligere nævnt, ikke på nogen måde kan sammenholdes med den aktuelle hændelse.

Rapportens konklusion

Det er DSB's vurdering, at en række fejl og udeladelser, fjerner rapportens fokus fra den afgørende fejl, der skete på grund af svigt i afgangsp proceduren. Derved får rapporten efter DSB's vurdering, et ensidigt fokus på dørlukkemekanismen snarere end på den procedure, der skal sikre en sikker afgang.

DSB finder det uacceptabelt og miskrediterende, at Havarikommissionen, udokumenteret konstaterer, at DSB's sikkerhedsledelsessystem ikke i tilstrækkelig grad, adresserer opretholdelse af sikkerhedsniveauet.

DSB konstaterer, at der i konklusionsafsnittet inddrages ny information, men forstod på mødet, at dette var en redaktionel fejl.

Rapportens afsnit om sikkerhedsmæssige rekommandationer

DSB savner indsigt i det analytiske arbejde, der har ledt frem til rekommandationen vedr. gennemførelse af en risikovurdering af passagersikkerhed ved afgang ved enmandsbetjening på fjernbanestrækninger ved anvendelse af IC3-materiel m.v.

Det undrer DSB, at Havarikommissionen fokuserer på tekniske løsninger, når der før hændelsen, i DSB er mange års erfaring med enmandsbetjent kørsel. Den aktuelle form for enmandsbetjening var på tidspunktet for hændelsen, ligeledes godkendt og anerkendt og anvendt i en årrække. Antallet af hændelser med lighed til hændelsen i Vejle, har, som Havarikommissionen er bekendt med, været minimalt.

Havarikommissionen refererer til 'kendt viden i DSB'. DSB savner en nærmere beskrivelse af hvilken kendt viden Havarikommissionen har i tankerne.

Afsluttende bemærkninger

Som også oplyst på mødet den 11. september, er sikkerhed fundamentet for hele DSB's virke. Derfor ønsker DSB, at hændelser som den i Vejle for snart 3 år siden, bidrager til størst mulig læring, så tilsvarende hændelser kan undgås i fremtiden.

DSB's egen interne undersøgelse førte som bekendt til iværksættelse af flere aktiviteter i 2013, herunder efteruddannelse af lokomotivførerne og en tydeliggørelse af, at afgangsp proceduren skal udføres forfra, hvis den bliver afbrudt.

DSB er i sagens natur særdeles interesseret i, at undgå, at noget tilsvarende hændelsen i Vejle sker igen. Derfor har DSB som nævnt iværksat egne foranstaltninger. DSB ønsker om muligt, at kunne uddrage yderligere læring af





Havarikommissionens rapport, men ser ikke, at der i det foreliggende udkast til rapport, er basis for at opnå læring, der supplerer DSB's egne initiativer.

DSB vil snarest fremsende dokumentation for efteruddannelsesaktiviteterne samt effektmåling af disse.

Med venlig hilsen



Afdelingsleder, Styring og Kvalitet

