



Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap

Olycksutredning

Samverkan i samband med branden på Stena Scandica

Med fokus på kommunala räddningstjänstens ledning



Samverkan i samband med branden på Stena Scandica – Med fokus på kommunala räddningstjänstens ledning

© Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

Enhet: Enheten för lärande från olyckor

Kontaktperson: Mattias Strömgren, MSB

Kontaktperson: Frida Ryberg, MSB

Foto omslag: Olle Waktel

Text: Thomas Hansson och Mattias Andersson

Publ nr: MSB2316 – april 2024

ISBN: 978-91-7927-478-8

Förord

Branden på passagerarfartyget Stena Scandica och den efterföljande dramatiska händelseutveckling på Östersjön utanför Gotland den 29 augusti 2022 kom att beröra flera myndigheter och olika delar av samhällets räddningsresurser. MSB bedömde att det kunde finnas viktiga erfarenheter från den samverkan, ledning och samordning som ägde rum mellan berörda myndigheter under eftermiddagen och kvällen den aktuella dagen. Eftersom MSB arbetar med utveckling av samverkan och ledning med utgångspunkt från kommunal räddningstjänst bedömdes det därför värdefullt att ta till vara på erfarenheter kring dessa delar genom en olycksutredning. Utredningens fokus har legat på den kommunala räddningstjänstens ledning och samverkan med andra aktörer. Denna rapport redovisar händelseutvecklingen samt analys och slutsatser.

Karlstad, 2024-04-29

Marianne Stålheim

Enhetschef, Enheten för lärande från olyckor

Henrik Larsson

Enhetschef, Enheten för ledning och räddningstjänst under höjd beredskap

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	6
Syfte och uppdrag	6
Avgränsningar	6
Utredningens genomförande	7
Utredarna	7
BAKGRUND	9
Platsen för olyckan	9
Väderförhållanden	10
Fartyget	10
Statlig och kommunal räddningstjänst	10
Samverkande aktörer	10
Räddningsledningssystemen	11
PRESENTATION AV INSAMLAD INFORMATION	13
Händelsen	13
Eskalering av händelseförloppet	13
Händelseförlopp ur ett ledningsperspektiv	15
Strukturer för samverkan	19
Aktörernas tolkning av sina respektive uppdrag	20
Övergripande ledning och lokal räddningstjänst	25
DISKUSSION OCH ANALYS	28
Samverkan	28
Räddningsinsats enligt LSO	34
Uppdragsparallellitet	36
Räddningsledningssystemet och förhållandet till lokal räddningstjänst	38
SLUTSATSER	41
Vikten av samlad lägesbild	41
Initiativ till och förmåga att leda samverkan	41
Svårigheter att agera proaktivt	41
Inledande av räddningsinsats	42
Vem var ISK för kommunal räddningstjänst?	43
Kunskap och utbildning	43
Samverkanspersoner	44
REFERENSER OCH KÄLLOR	45
Följande funktioner har intervjuats	45
Följande dokumentation och litteratur har använts	45
ORDLISTA	47

Sammanfattning

Branden på passagerarfartyget Stena Scandica vid lunchtid blev starten på en dramatisk händelseutveckling på Östersjön utanför Gotland den 29 augusti 2022. Branden utgjorde en akut farlig situation för de omkring 300 personerna ombord. När branden hade släckts uppstod nya problem med strömbortfall och medföljande förlust av framdrivning, navigation och styrning av fartyget. Hårda vindar drev fartyget mot Fårö och under kvällen befarades grundstötning och åtföljande räddningsåtgärder under svåra förhållanden. Under kvällen lyckades personal ombord på fartyget få igång maskinerna och en grundstötning kunde undvikas.

Det kommunala räddningsledningssystemet, som räddningstjänsten Gotland ingår i, fick tidigt information om händelsen i samband med att två specialstyrkor för fartygsbrandsläckning aktiverades via överenskommelser med Sjöfartsverket. Räddningstjänsten Gotland, Region Gotland och Länsstyrelsen Gotland fick också tidigt information om branden på fartyget. Under eftermiddagen var händelseutvecklingen oklar för många aktörer trots kontakter mellan berörda aktörer. Först klockan 20:00 genomfördes ett första gemensamt samverkansmöte där alla aktörer fick en samlad lägesbild och en förväntad händelseutveckling.

Utredningen belyser vikten av att alla aktörer tidigt får en samlad lägesbild och bedömer att en mer organiserad samverkan borde ha initierats tidigare. Alla aktörer har ansvar för att tidigt initiera samverkan mellan berörda samhällsaktörer för att skapa förutsättningar så att hela hjälpbehovet omhändertas.

Den osäkra men allvarliga händelseutvecklingen på fartyget borde enligt utredningen ha föranlett ett mer proaktivt agerande från den kommunala räddningstjänsten. Ifall en grundstötning skulle inträffa så hade troligen mer räddningsresurser behövts för att kunna ta hand om nödställda från fartyget samt ett eventuellt oljeutsläpp. Ett beslut att inleda kommunal räddningsinsats hade kunnat haft betydelse för insatsen och bidragit till att styrningen från den övergripande ledningen blivit tydligare. Det hade även möjliggjort befogenhet att begära hjälp från statliga myndigheter och kommuner vilket kunnat bidra till en snabbare resurstillväxt.

Under händelsen genomfördes externa kontakter på olika nivåer inom det kommunala räddningsledningssystemet men det saknades en sammanhållen kontaktpunkt. Bedömningen är att det varit otydligt för andra aktörer vilken funktion som haft rollen inriktnings- och samordningskontakt (ISK) för den kommunala räddningstjänsten.

Bedömningen är att samverkanspersoner har upplevts som positivt av alla inblandade aktörer. Samverkansperson är en roll som kan användas mer hos de kommunala räddningstjänsterna för att skapa bättre förutsättningar för den egna organisationen att tolka sitt uppdrag.

Inledning

Syfte och uppdrag

Syftet med utredningen är att ta fram ett underlag som kan användas för utveckling av samverkan vid ledning av flera samtidigt pågående räddningsinsatser i statlig och kommunal räddningstjänst. Utöver det finns möjligheten att sätta räddningsinsatserna i ett större samhällsperspektiv där många andra samhällsaktörer vidtar åtgärder för att möta hjälpbehoven i det drabbade sammanhanget.

Detta görs genom att ge en översiktlig beskrivning av händelseförloppet med fokus på förhållanden som har påverkan på samverkan och ledning. Där extra fokus och lärdomar finns att hämta sammanfattas i nedan punkter:

1. Vilka strukturer för samverkan fanns under händelsen?

Det har genom olika aktörsinternas utvärderingar framkommit att det fanns olika lägesförståelse hos de olika aktörerna och att det var svårt att få en samlad förståelse av det faktiska läget. Vilka konsekvenser som detta medförde eller hade kunnat medföra är av intresse att utreda. Det är också av intresse att se om det fanns en planering mellan de olika aktörerna om hur de gemensamt skulle agera om fartyget gått på grund, eller om branden hade blivit mer omfattande.

2. Hur tolkade de olika aktörernas sina uppdrag?

Det är av intresse att se om de olika aktörerna inledde räddningstjänst och/eller agerade som stöd i annan myndighets uppdrag. Det ska även utredas om det fanns och hanterades en uppdragsparallellitet och hur förändrades och hanterades de olika uppdragen över tid vid händelsen.

3. Hur förhöll sig räddningsledningssystemets övergripande ledning till de lokala perspektiv Räddningstjänsten Region Gotland behövde hantera vid händelsen?

Det är av intresse att titta på vilka särskilda utmaningar som finns för ett räddningsledningssystem vid mera omfattande händelser, där det kan finnas en geografisk och mental distans mellan den övergripande ledningen och den lokala räddningstjänstens hantering av händelsen.

Avgränsningar

Utredningen ska inte utreda orsaken till branden. Utredningen ska inte heller utreda räddningsinsatsernas tekniska genomföranden, varken de statliga räddningsinsatserna eller förstärkningen från den kommunala räddningstjänstens MIRG-styrka.

Utredningens genomförande

Utredningen har genomförts av Thomas Hansson och Mattias Andersson från Medelpads Räddningstjänstförbund. En grupp sakkunniga inom MSB har löpande bistått i arbetet med bland annat olika underlag och bedömningar. Gruppen har bestått av Frida Ryberg och Samuel Koelega, sakkunniga inom samverkan och ledning för räddningstjänst, samt Ulf Bergholm och Mattias Strömgren, sakkunniga inom olycksutredning. Mattias Strömgren har varit samordnare för utredningsarbetet.

Datansamling har skett genom intervjuer med ett antal personer som innehaft olika funktioner under händelsen, granskning av diverse loggar, händesedokumentation och utrednings- och utvärderingsrapporter samt besök på Räddningscentral Mitt (RC Mitt) i Stockholm. Analysen har bland annat genomförts med utgångspunkt från de perspektiv och förhållningssätt som beskrivs i rapporten *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*¹, MSB:s arbete med ett enhetligt ledningssystem för kommunal räddningstjänst (ELS) samt etablerade arbetssätt hos räddningsledningssystemen inom kommunal räddningstjänst. Centrala delar i analysen har varit kartläggning av kommunikationsvägar, vilken information som funnits tillgänglig hos olika aktörer vid olika tidpunkter samt aktörssamordning och beslutsfattande.

Utredningsarbetet genomfördes cirka ett år efter olyckan. Den långa tiden som gått sedan händelsen kan i någon mån ha påverkat minnet hos de intervjuade personerna. För att väga upp denna brist har även loggar, aktörernas egna insatsutvärderingar, danska haverikommissionens rapport samt övrig dokumentation använts som informationskällor. Den sammantagna bedömningen är att den samlade information som framkommit i utredningen i allt väsentligt speglar de förhållanden, bedömningar och vidtagna åtgärder som var aktuella under hanteringen av olyckan.

Utredningen har kvalitetssäkrats genom att de intervjuade personerna fått möjlighet att granska lämnade sakuppgifter. Den grupp med sakkunniga inom MSB som har löpande har följt arbetet har också bidragit med kvalitetssäkringen.

Utredarna

Thomas Hansson arbetar i Medelpads Räddningstjänstförbund som olycksutredare och chef för enheten *Operativ Utveckling* vars uppdrag är att upprätthålla och utveckla räddningstjänstförbundets operativa förmåga. Thomas har även en operativ funktion som vakthavande befäl i Räddningsregion MittNorrland.



Mattias Andersson arbetar också i Medelpads Räddningstjänstförbund som olycksutredare och brandinspektör på förebyggande avdelningen vilket innebär att han arbetar till stor del

¹ MSB (2018) *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*

med händelsebaserad tillsyn. Mattias har även en operativ funktion som insatsledare i Medelpads Räddningstjänstförbund.

Thomas och Mattias har cirka 20 års erfarenhet vardera av kommunal räddningstjänst. Båda två har bakgrund som brandmän och har genom åren arbetat i olika ledningsfunktioner både i övergripande ledning och skadeplatsnära ledning.

Bakgrund

Platsen för olyckan

Fartyget var på ordinarie färd från Nynäshamn till Ventspils i Lettland. Vid tidpunkten för brandstarten var fartyget på väg att passera söder om Gotska Sandön.



Bild 1: Stena Scandicas position klockan 12:00. Källa: Danish Maritime Accident Investigation Board

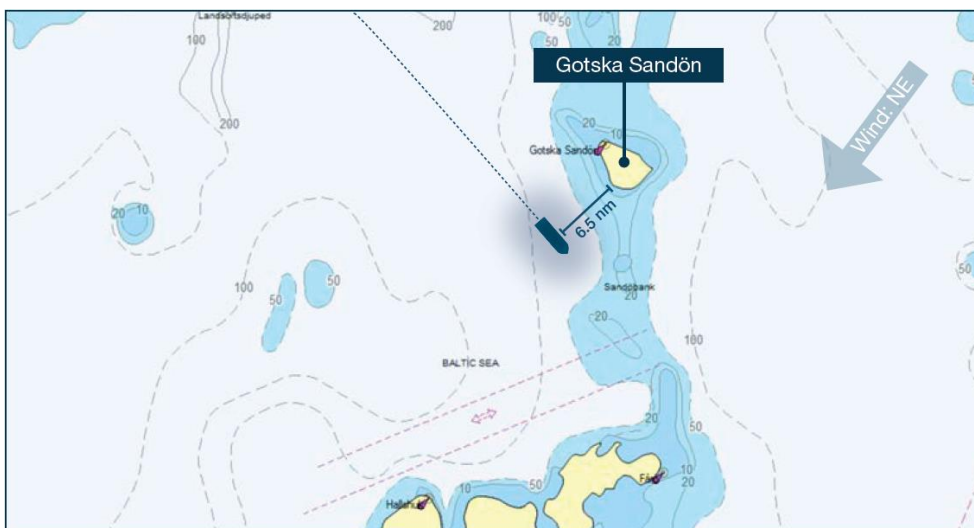


Bild 2: Stena Scandicas position klockan 12:20. Källa: Danish Maritime Accident Investigation Board

Väderförhållanden

Vid tidpunkten för branden var det mulet väder och blåste en nordostlig vind med en styrka av 14-17 meter per sekund. Under eftermiddagen och kvällen ökade vinden till 15-20 meter per sekund. Våghöjden vid platsen låg mellan 2 och 3 meter. SMHI:s väderstation på Gotska Sandön har under den aktuella dagen registrerat en temperatur mellan 15-16 °C.

Fartyget

Fartyget Stena Scandica är ett passagerar-/Ro-Ro-fartyg med två motorer som är byggt 2005. Fartyget var vid händelsen danskflaggat och ägdes av Kollsholmens Shipping AB och användes av Stena Marine Management ApS med dagliga resor mellan Nynäshamn, Sverige och Ventspils, Lettland. Fartyget hade varit registrerat i Danmark sedan 2021.

Efter en ombyggnation 2020 utökades fartygets längd för att kunna ta emot fler passagerare och fordon. Efter ombyggnationen hade fartyget en kapacitet att ta ombord 922 passagerare.

Fartyget hade en total längd av 222 meter och en bredd av 25,6 meter.

Statlig och kommunal räddningstjänst

Hur räddningstjänst ska bedrivas i Sverige styrs av lag (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO). I det första kapitlet, 2 § framgår att staten eller kommunerna skall ansvara för räddningsinsatser vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom och miljön.

Fjärde kapitlet i lagen behandlar statens skyldigheter. I förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor (FSO) beskrivs att Sjöfartsverket ska ansvara för sjöräddningstjänst på statligt vatten och att Kustbevakningen ska ansvara för miljöräddningstjänst till sjöss.

För olyckor som inträffat eller kan inträffa (överhängande fara) på kommunens mark eller kommunalt vatten är kommunen skyldig att inleda räddningsinsats då rekvisiten i 1 kap. 2 § LSO är uppfyllda.

Samverkande aktörer

Händelsen med fartyget Stena Scandica involverade flera aktörer i samhället.

Sjöfartsverket involverades genom sjöräddningstjänst. Kustbevakningen genom att händelsen skulle kunna leda till miljöräddningstjänst till sjöss.

Sjöfartsverket larmade ut egna resurser och sjöräddningssällskapet SSRS.

Eftersom Sjöfartsverket och Kustbevakningen har överenskommelser med vissa kommunala räddningstjänster om att bistå med räddningstjänst och brandsläckning till sjöss, involverades Räddningscentral Mitt (RC Mitt) i Stockholm, räddningsstyrkor i Stockholm och Karlskrona samt regional insatsledare och övergripande ledning vid Västra Räddningsregionen i Göteborg.

SOS Alarm tog del av händelsen när Sjöfartsverket begärde assistans av kommunala styrkor och larmade sedan i sin tur även tjänsteman i beredskap (TiB) på Region Gotland, Länsstyrelsen Gotland och MSB.

Räddningstjänsten Gotland meddelades i ett tidigt skede men aktiverades inte förrän senare under kvällen.

I ett senare skede togs kontakt med Räddningscentralen Öst (RC Öst), Södertörn, som i sin tur kontaktade Länsstyrelsen Stockholm.

Räddningsledningssystemen

Händelsen med Stena Scandica inträffade på statligt vatten inte långt från Gotska Sandön och senare Fårö, Gotland. Det kommunala räddningsledningssystem som hanterar händelser på Gotska sandön, Fårö och Gotland är Räddningscentral Mitt.

RC Mitt har sin ledningscentral belägen på brandstationen i Täby, Stockholm. RC Mitt larmar och leder räddningsinsatser i 31 kommuner i fyra olika län, har omkring 2,6 miljoner invånare i området och resurssätter omkring 22 000 händelser per år.

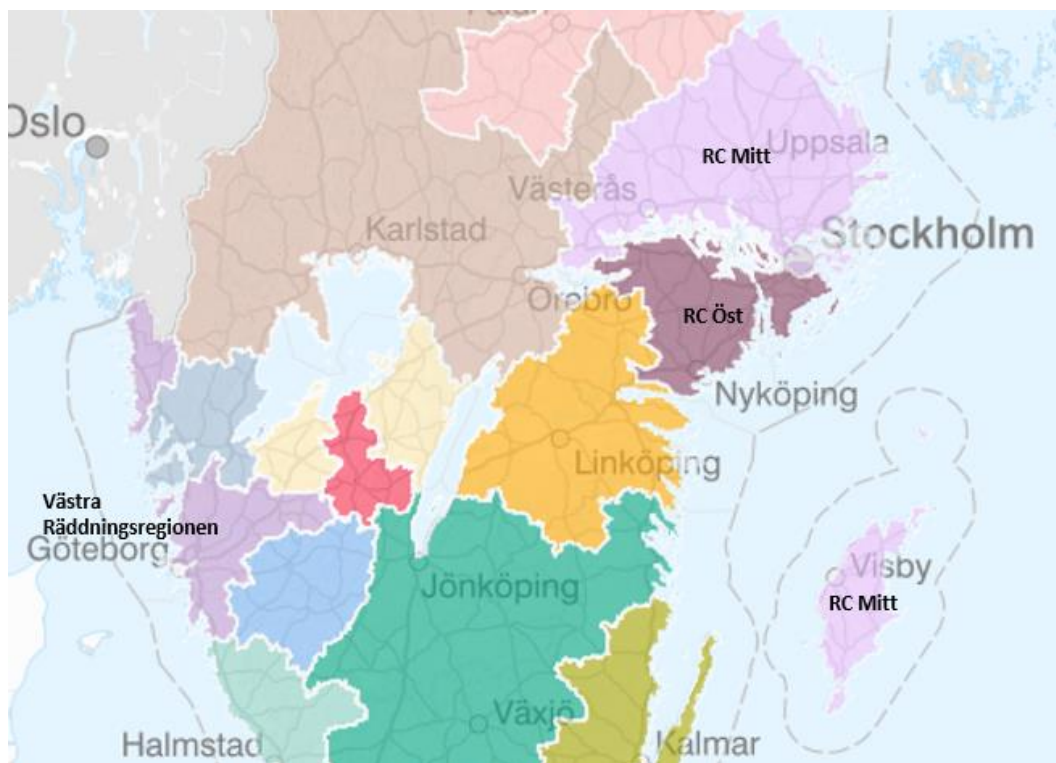


Bild 3: Visar hur de olika räddningsledningssystemen finns lokaliserade. Tillsammans bildar RC Mitt och RC Öst Räddningsregion Östra Svealand. Källa: MSB

Systemet RC Mitt har alltid en vakthavande räddningschef i beredskap, ett vakthavande befäl som innehar rollen driftchef, ett ledningsbefäl samt minst fyra larmoperatörer.

I den aktuella händelsen blev räddningsledningssystemet aktiverat initialt genom att Sjöfartsverkets nationella sjö- och flygräddningscentral, Joint Rescue Co-ordination Centre (JRCC) aktiverade Maritime Incident Response Group (MIRG), via överenskommelser där vissa kommunala räddningstjänster skickar räddningspersonal för insats till sjöss. Längre in i insatsen blev det mer tydligt att det även fanns en hotbild att fartyget skulle kunna gå på grund mot Fårö eller Gotlands kust, vilket då även skulle involvera RC Mitt i fler aspekter än bara som förstärkning till annan myndighet.

Förutom RC Mitt blev även räddningsledningssystemet Västra Räddningsregionen i Göteborg inblandat då resurser aktiverades för samverkan. Senare involverades även Räddningscentralen Öst då fartyget anlände till Nynäshamn som ligger inom det området.

Presentation av insamlad information

Händelsen

Det var vid lunchtid på måndagen den 29 augusti 2022 som en brand bröt ut på bildäck på passagerarfartyget Stena Scandica, på ruten Nynäshamn-Ventspils (Lettland), som vid tillfället befann sig norr om Gotland. Klockan 12:38 skickade fartyget ut ett nödanrop. Ombord fanns 299 personer varav 241 passagerare.

Sjöfartsverket inledde en räddningsinsats, och Kustbevakningen, Sjöräddningssällskapet med flera aktörer bistod i insatsen. MIRG, en specialstyrka hos kommunala räddningstjänsten som är inriktad mot att bekämpa bränder ombord på fartyg, larmades ut med Sjöfartsverkets helikoptrar från Norrtälje och Kallinge. Stena Scandicas egen brandstyrka lyckades släcka branden som hade uppstått i ett kylaggregat på en lastbil.

Konsekvensen av branden blev att viktiga kablar förstördes vilket medförde att fartyget blev helt strömlöst, motorerna stannade och fartyget blev manöverodugligt och började driva söderut. En bogserbåt skickades mot Stena Scandica men hade lång gångtid. Färjan befarades grundstötta mot Fårö innan bogserbåten skulle hinna fram. Stena Scandica lyckades få igång sina motorer och undvek den akuta risken för grundstötning, men fick en ny brand i skorstenen i samband med detta. Detta resulterade i en ny risk för grundstötning mot Gotland. Även denna brand släcktes och motorerna kunde sedan åter startas och färjan kunde gå sakta för egen maskin till Nynäshamn.

Händelseförloppet på fartyget, brandorsak, brandförlopp, orsak till strömbortfallet samt evakueringen av passagerare har utretts av den danska maritima haverikommissionen (Danish Maritime Accident Investigation Board)².

Eskalering av händelseförloppet

Händelseförloppet startar med en brand som skapar en farlig situation ombord och eskalerar sedan under flera timmar. När branden är släckt är en första akut situation över men riskerna för ytterligare farliga situationer ökar succesivt under eftermiddagen och kvällen.

Tidigt i händelsen utgjorde branden en allvarlig fara för personer ombord på fartyget. Redan cirka 10 minuter efter att brandlarmet hade aktiverats hade rök spridit sig till samtliga passagerarutrymmen och branden hotade tidigt att sprida sig till ovanliggande däck. När branden bedömdes släckt uppstod tekniska problem med fartygets brandsläckningssystem och under flera timmar fanns inget

² Danish Maritime Accident Investigation Board (2023), Marine accident report on fire on board Stena Scandica on 29 august 2022 (<https://dmaib.com/reports/2022/stena-scandica-fire-on-29-august-2022>). Länk kontrollerad 2024-02-26.

släckvatten att tillgå. Den enda utrustning som då kunde användas var handbrandsläckare.

I samband med branden slutade flera vitala säkerhetssystem att fungera vilket bland annat medförde att fartyget inte gick att kontrollera normalt och riskerna för ytterligare olyckor ökade. Fartygets båda GPS:er slutade fungera samt övrig navigationsutrustning så som AIS³ och radar. Flera interna styr- och kommunikationssystem slutade även att fungera. Systemen för hantering av roder och fällning av ankare påverkades också.

En dryg timme efter brandstart uppstod totalt strömbortfall (blackout) och fartyget drev under 6,5 timmar okontrollerat mot Fårö med risk för grundstötning med potentiellt allvarliga konsekvenser för människor, miljö och fartyget. Den västra kusten vid Fårö, där fartyget bedömdes grundstöta, har ett djup på 20-60 m. Strax innan ön finns en bergsklack där djupet snabbt minskar till 3-4 m. Fartygets djupgående är 6,63 m.

Det är oklart vad en grundstötning hade inneburit för fartyget och personerna ombord. Det gick dock inte att utesluta ett allvarligt scenario där många personer kunde hamnat i nöd och behövde undsättas. Fartygets befälhavare, tillsammans med rederiets kristeam och JRCC, bedömde att riskerna för passagerarna vid en eventuell grundstötning var så stora att man beslutade att evakuera fartyget. Flera aktörer planerade också för livräddningsinsats i svår miljö i fall fartyget skulle gå på grund vid Fårö. Vidare bedömdes risken som överhängande att en grundstötning kunde medföra utsläpp av olja till havs. Vid tillfället rådde kraftig vind och höga vågor och vädret försämrades under kvällen. En räddningsinsats i samband med grundstötning hade kunnat bli väldigt komplicerad och krävt omfattande räddningsresurser. En grundstötning kunde till slut undvikas men med små marginaler. Fartyget befann sig cirka 6,5 km från Fårö och uppskattningsvis cirka 1,5 timme från att gå på grund när fartygets maskiner kunde återstartas strax efter klockan 20 på kvällen.

³ Automatic Identification System (AIS) är ett system som gör det möjligt att identifiera ett fartyg och följa dess rörelser från andra fartyg. Källa: www.wikipedia.se, hämtad 2023-11-21.



Bild 4: Stena Scandicas position klockan 20:50. Källa: Danish Maritime Accident Investigation Board

Sammantaget kan säkerhetssituationen för Stena Scandica beskrivas som kritisk under hela eftermiddagen och kvällen den 29 augusti.

Händelseförlopp ur ett ledningsperspektiv

29 augusti 2022

12:15 Brandlarm aktiverades på Stena Scandica. Personal ombord började undersöka och påbörjade insats.

12:26 Rökspridning hade skett till hela passagerarutrymmet ombord på fartyget. Befälhavaren beslutade att alla passagerare skulle flyttas till soldäcket på däck 7.

12:38 Efter flera försök att nå Sjöfartsverkets nationella Sjö- och flygräddningscentral, JRCC på VHF kanal 16 skickades MAYDAY som DSC nödlarm. Larmet togs emot av JRCC 12:38.

12:48 JRCC larmade MIRG via SOS Alarm. RC Mitt blev då sökt av SOS Alarm och larmade därefter ut MIRG-styrkor klockan 12:53.

12:56 Stena Scandica meddelade att branden var under kontroll och att ingen extern hjälp med brandsläckning behövdes. JRCC beslutade ändå att de larmade resurserna skulle fortsätta mot fartyget.

12:59 TiB Region Gotland (kommun med ett utökat ansvar för uppgifter som normalt hör till regioner) söktes av SOS Alarm och blev informerad om händelsen.

13:00 Vakthavande befäl RC Mitt informerade tjänstgörande insatsledare vid räddningstjänsten Gotland om händelsen.

13:07 TiB Region Gotland kontaktade Visby sjukhus. Sjukhuset sattes i stabsläge för att kunna ta emot många skadade personer.

13:15 TiB Länsstyrelsen Gotland larmades av SOS Alarm. TiB Länsstyrelsen ringde då upp TiB Region Gotland för att informera och fick då reda på att de redan blivit larmade.

13:18 TiB MSB larmades av SOS Alarm.

13:20 JRCC skickade e-post till Västra Räddningsregionens övergripande ledning med information om pågående MIRG-larm.

13:32 Fartyget drabbades av blackout och drev nu okontrollerat.

13:43 Samtal mellan TiB Region Gotland och ambulanschef i beredskap (ACIB). Diskuterade om sjukvården skulle höja sin förmåga. Samtal fördes även om var tältresurser fanns.

Cirka 13:45 Kustbevakningen bedömde att det förelåg överhängande fara för miljöskada och inledde därmed räddningsinsats enligt 1 kap. 2 § LSO. Biträdde samtidigt till Sjöfartsverkets räddningsinsats, skickade flygplan och fartyg mot platsen.

13:56 TiB MSB uppdaterades med information av SOS KBA.

13:59 Ingen ström ombord på fartyget. Rederiet begärde assistans av externa brandmän. Bogserbåt beställdes av rederiet.

13:59 Samverkansperson Västra Räddningsregionen på plats hos JRCC för att stötta och samverka runt MIRG-insatsen.

14:44 Västra Räddningsregionens övergripande ledning tog första kontakt med VB RC Mitt. Förmedlade att man har en samverkansperson på plats hos JRCC och kunde ta på sig att försöka ge återkommande information till RC Mitt.

14:45 TiB Länsstyrelsen Gotland i kontakt med VB RC Mitt. TiB hänvisades till JRCC för att få information.

15:00 Krisgrupp Länsstyrelsen Gotland samlades. Försvarsdirektören Gotland beslutade att inte upprätta stab.

Cirka 15:00 Övergripande ledning Västra Räddningsregionen tog kontakt med RC Öst. Lämnade information om händelsen med hänvisning till eventuell mottagande hamn för fartyget ligger inom deras område.

Informerade strax därefter även VB Räddningstjänstsamverkan Småland Blekinge, med tanke på att MIRG Karlskrona tillhör deras system.

15:23 TiB Länsstyrelsen Gotland i kontakt med JRCC. Frågade om JRCC ansåg att det fanns samverkansbehov. Fick svaret nej, inte i detta läge.

16:15 TiB Region Gotland avslutade ärendet och lämnade arbetsplatsen. Bedömningen var att det kommer att gå bra och bogserbåt skulle hinna fram.

16:17 Bogserbåten Freja beräknades vara framme cirka 21:00

17:26 JRCC hade kontakt med bogserbåten Karl-Erik som fanns i Fårösund. Det kom fram att Karl-Erik varken hade utrustning eller kunskap för att ta uppdraget. De behövde dessutom runda Fårö och hade då samma distans som Freja.

18:13 Fartyget drev fortfarande och eftersom driften inte verkade avta beslutade JRCC att ändra inriktning och ville evakuera vissa passagerare (barn, deras föräldrar, äldre, och personer med funktionsnedsättningar) från fartyget. Totalt handlade det om minst 69 personer.

18:33 JRCC pratade med befälhavaren ombord på Stena Scandica och man kom överens om att påbörja evakuering av vissa personer.

18:44 TiB Länsstyrelsen Gotland var i kontakt med TiB KBV. Fick information om att Kustbevakningens fartyg på plats inte kunde bogsera. Fick även fram att KBV inte ansåg att det fanns samverkansbehov.

18:45 TiB Länsstyrelsen Stockholm kontaktades av VB RC Öst. Fick information om händelsen och att eventuellt mottagande hamn för fartyget är Nynäshamn.

18:52 Första helikopter var på plats för att påbörja evakuering. Samma helikopter hade med sig en samverkansperson från KBV som sattes ombord på fartyget.



Bild 5: Under kvällen genomförs evakuering av 33 personer med hjälp av helikopter. Planen var att evakuera 69 personer men evakueringen avbröts när fartyget hade fått igång motorerna. Foto: Olle Waktel

18:58 TiB Region Gotland var i kontakt med JRCC. Fick information om att läget inte var under kontroll. Krisledningsstab upprättades på Region Gotland.

19:10 JRCC ville att KBV skulle initiera samverkanskonferens via Länsstyrelsen Gotland och att kommunal räddningstjänst skulle larmas.

19:26 KBV ringde TiB Länsstyrelsen Gotland och ville ha ett samverkansmöte. TiB började kalla berörda deltagare till möte.

19:45 KBV kontaktade räddningstjänstens insatsledare (IL) på Gotland och informerade om läget. IL uppfattade att fartyget beräknades gå på grund mot västra sidan av Fårö klockan 22. IL och räddningschefen på Gotland beslutade därefter att upprätta egen stab på brandstationen i Visby samt att styrkor från Visby, Slite, Fårösund och värnet på Fårö skulle larmas.

19:46 TiB Länsstyrelsen Gotland var i kontakt med TiB Länsstyrelsen Stockholm. Fick reda på att Stockholm också hade kallat till samverkansmöte. Beslut togs att avboka mötet som Gotland kallat till och fortsätta med alla aktörer till det möte som Stockholm kallat till.

20:00 Samverkansmöte. Länsstyrelsen Stockholm var värd för detta. Syfte med mötet var att skapa en samlad lägesbild. Deltagande på mötet var länsstyrelserna i Stockholm och Gotland, Region Gotland, räddningstjänsten Gotland stab, RC Mitt, Västra räddningsregionen, Sjöfartsverket (JRCC), KBV, polisen, Tullverket, SSRS. Under mötet framkom information om att Stena Scandica fått igång en maskin.

Cirka 20:00 Samtal mellan VB på RC Mitt och IL på Räddningstjänsten Gotland. IL efterfrågar avsikt med insats (AMI) och får svar ”Se över er utrustning och kunskaper inför en eventuell livräddning i svår miljö”.

20:07 Fartygets framdrivning fungerade. Vid denna tidpunkt var fartyget cirka 1,5 timme från grundstötning.

20:19 JRCC fick information från Stena Line att man fått igång en huvudmaskin med styrning från bryggan. Färjan strävade nu mot avdriften för att hålla position.

20:22 Räddningstjänsten Gotland begav sig mot Fårö.

20:35 JRCC fick bekräftat att båda maskinerna var igång och färjan hade framdrift.

20:42 Kraftig rök observerades från skorstenen.

20:52 Evakuering med helikopter avbröts då det började bli mörkt.

21:01 KBV informerade TiB MSB om händelsen.

21:04 Brand med öppna lågor i skorstenen bekräftades.

21:08 JRCC noterade att motorerna på fartyget åter hade stannat. Fartyget drev igen.

21:12 6 personer som evakuerats med helikopter flögs till Visby flygplats. Räddningstjänsten på Gotland mötte upp dessa och skjutsade dem till ett hotell i Visby.

21:30 Ledningsplats etablerades vid Lauters hamn, Fårö. IL Räddningstjänsten Gotland hade under framkörning haft kontakt med KBV:s samverkansperson på Gotland.

21:45 Samverkansperson från KBV anlände till ledningsplats Fårö.

21:46 JRCC noterade blackout igen på fartyget.

22:00 Länsstyrelsen Stockholm genomförde nytt samverkansmöte med samtliga aktörer. Under mötet förmedlades att fartyget haft en brand i skorsten men att den var släckt. Fartyget gick mot Nynäshamn med bogserbåt och sjöräddningsenheter vid sin sida. Det framgick inte information på mötet om att motorerna hade stannat återigen och fartyget just då hade blackout.

22:00 Personal från räddningstjänsten Gotland stannade kvar på Fårö.

22:40 JRCC noterade att motorerna återigen var i drift, fartyget gick sakta för egen maskin mot Nynäshamn.

Cirka 23:00 IL på räddningstjänsten Gotland fick besked från RC Mitt att flytta till Fårösunds brandstation.

30 augusti 2022

00:26 JRCC bedömde att det fortfarande fanns stort behov av att övervaka fartyget på färden mot Nynäshamn.

00:39 JRCC informerade räddningstjänst på Fårö att allt verkade gå bra med fartyget.

01:00 Kommunal räddningstjänst lämnade Fårö och återvände mot station.

09:00 Nytt samverkansmöte med berörda aktörer.

10:03 KBV avslutade räddningsinsats enligt LSO.

11:03 Stena Scandica anlände till Nynäshamn.

11:17 Sjöfartsverket (JRCC) avslutade räddningsinsats enligt LSO

Strukturer för samverkan

Den första aktören som fick reda på händelsen förutom fartyget och dess rederi var Sjöfartsverket JRCC i samband med nödanropet som skickades ut. Det var starten till att larma ut räddningsresurser, både i form av Sjöfartsverkets egna, Sjöräddningssällskapet samt allmänt anrop till alla i närheten att bistå vid sjönöd.

I samband med att JRCC kontaktade SOS Alarm för att aktivera MIRG-styrkor noterades händelsen av SOS Alarm krisberedskapsavdelning, KBA.

KBA sökte därefter tjänsteman i beredskap hos både Region Gotland och Länsstyrelsen Gotland för att informera om händelsen. Dessa aktörer har därmed fått möjlighet att tolka sitt eventuella uppdrag i händelsen och kunna börja arbeta i ett tidigt skede.

Vid klockan 13:00 hade i princip alla aktörer i stort fått reda på vad som hänt. Flera av aktörerna har i efterhand beskrivet att det i detta läge fanns ett stort behov av mer information. Det fanns ingen samlad lägesbild och aktörerna vände sig mot Sjöfartsverket för att få reda på mer.

Mängder med kontakter har under eftermiddagen tagits mellan olika aktörer, men det var först klockan 20:00 som ett formellt samverkansmöte hölls, via

Länsstyrelsen i Stockholm, med syfte att skapa en samlad lägesbild för samtliga aktörer.

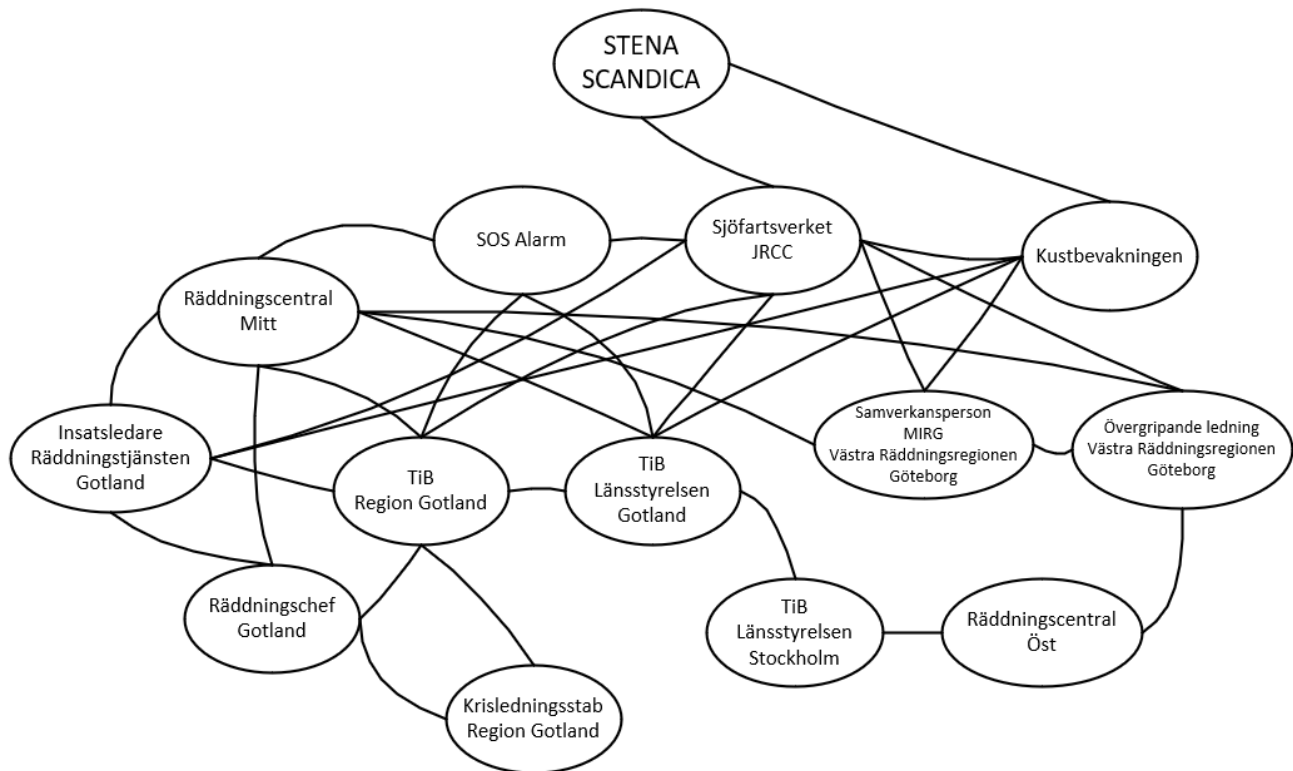


Bild 6: Kontaktlista som beskriver hur samverkan och kontakter mellan olika aktörer sett ut under händelsen.

Under eftermiddagen och kvällen har Länsstyrelsen Gotland varit i kontakt med de olika aktörerna och försökt få reda på hur respektive aktör såg på behovet av att samverka med andra. I alla de fallen frågan har ställts till aktörerna har svaret varit: ”nej, vi har inget behov av att samverka”.

Vid klockan 19 förde JRCC och KBV en dialog kring behovet av samverkan med andra myndigheter. KBV kontaktade TjB Länsstyrelsen Gotland som kallade till ett gemensamt samverkansmöte. Ungefär samtidigt hade Länsstyrelsen Stockholm också förberett för att börja kalla till ett samverkansmöte.

Aktörernas tolkning av sina respektive uppdrag

En händelse som denna riskerar att leda till omfattande konsekvenser för både enskilda direkt drabbade människor men också för anhöriga, olika verksamhetsutövare och hela samhället och miljön. Detta brukar benämnas som drabbat sammanhang⁴.

Vid olyckor och kriser är det viktigt att de olika aktörerna som har ett tydligt och direkt ansvar att agera, exempelvis myndigheter som ansvarar för räddningstjänst enligt LSO, analyserar och identifierar det drabbade sammanhanget så att andra

⁴ Räddningsverket (2006), Ledning av räddningsinsatser i det komplexa samhället, s. 206

aktörer i samhället också ges möjlighet att agera utifrån sina respektive ansvar och skyldigheter.

I ELS-handboken⁵ beskrivs begreppen hjälpbehov, drabbat sammanhang, geografiskt områdesansvar, aktörssammanhang och uppdragsparallellitet ytterligare och med bakgrund av detta är det av intresse att utreda hur de olika aktörerna tolkat sina respektive uppdrag.

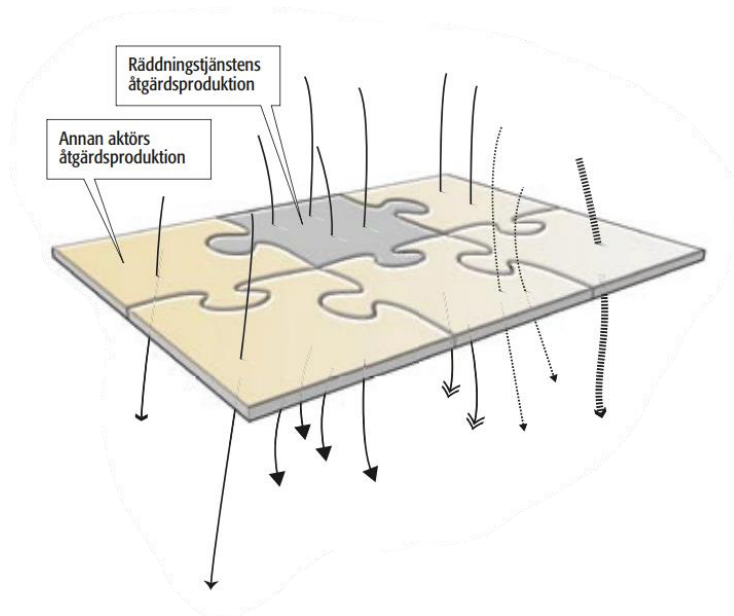


Bild 7: Olika samhällsaktörer agerar parallellt och utför olika åtgärder. Begreppet aktörssammanhang står för den aktuella grupperingen av berörda organisationer och den samlade åtgärdsproduktionen som de svarar för. Källa: MSB⁶

Sjöfartsverket

Ansvarar för sjöräddningstjänst enligt förordning (2003:789) om skydd mot olyckor 4 kap. 8 §. Inledde räddningsinsats enligt 1 kap. 2 § LSO. Begärde att andra myndigheter skulle delta i räddningsinsatsen med stöd av 6 kap. 7 § LSO. Bedrev räddningsinsatsen till dess att Stena Scandica anlät till Nynäshamn.

Kustbevakningen

Deltog inledningsvis i Sjöfartsverkets räddningsinsats på anmodan av räddningsledaren. Bedömde kort därefter att det förelåg överhängande fara för miljöskada genom utsläpp av olja och/eller drivmedel ifall fartyget skulle gå på grund och inledde med bakgrund av detta en räddningsinsats enligt 1 kap. 2 § LSO klockan 13:44. Har under hela händelseförloppet även bistått Sjöfartsverkets räddningsinsats.

Bedrev den egna räddningsinsatsen till klockan 10:03 dagen efter då Stena Scandica var kopplad till bogserbåtar i närheten av Nynäshamn. KBV hade följt med fartyget mot Nynäshamn.

⁵ MSB (2022), Ett enhetligt ledningssystem för kommunal räddningstjänst – ELS, kap 5.

⁶ Bild hämtad från Räddningsverket (2006). Ledning av räddningsinsatser i det komplexa samhället, s. 208

Räddningsledningssystemet RC Mitt

Resurssatte MIRG på begäran av Sjöfartsverket. Styrde bort kommunikationen med MIRG-styrkan till JRCC/samverkansperson från Västra Räddningsregionen. Informerade räddningstjänsten Gotland om händelsen. Fattade inget beslut om att inleda räddningsinsats enligt 1 kap. 2 § LSO. Deltog i samverkansmöten under kvällen.

Vid klockan 21 identifierade VRC på RC Mitt tre olika troliga händelseutvecklingar:

1. Fartyget går på grund norra Fårö. Inriktning att bistå de som kommer iland, och potentiellt stödja en miljöinsats.
2. Fartyget evakueras på Fårö eller annan plats på Gotland. Inriktning att bistå de som kommer iland.
3. Fartyget går mot Nynäshamn med bogserbåt

VRC bedömde vid den tidpunkten att det tredje alternativet var det mest troliga.

Räddningstjänsten Gotland

Fick information om händelsen vid 13-tiden. Följde händelseutvecklingen via media under eftermiddagen. Bedömde då att det inte skulle krävas åtgärd från räddningstjänsten. Fick ny information under tidiga kvällen om att det fanns risk att färjan skulle gå på grund inom några timmar. Då blev räddningschefen en del av staben som Region Gotland upprättat. De upprättade en egen mindre stab på brandstationen vars syfte var att förbereda för en eventuell grundstötning. Det gjordes bland annat genom att förbereda personal som skulle kunna kallas in med kort varsel om behovet uppstod.

Insatsledare, Visby heltid, Slite hel- och deltid, Fårösund deltid samt Fårö värn skickades ut till Lauters hamn på Fårö med uppgift att rekognoscera de platser där färjan riskerade att gå mot land, samt att förbereda för att vid en grundstötning kunna hjälpa personer som hamnade i vattnet. Insatsledarens riskbedömning utifrån det dåliga vädret med hög sjö medförde dock en restriktion om att ingen personal skulle befinna sig i vattnet. Arbetet skulle ske från land.

Fattade inget beslut om att inleda räddningsinsats enligt 1 kap 2 § LSO.

Bistod med transport av evakuerade personer från flygplatsen till boenden som Region Gotland ordnat.

Deltog på samverkansmöten som Länsstyrelsen Stockholm kallat till.

Region Gotland

Region Gotland utgör både kommun och region i samma organisation.

Tjänsteman i beredskap larmades tidigt av SOS Alarm och satte omgående i gång arbete i regionen och kommunen. Sjukhuset sattes tidigt i stabsläge och kontakt togs med Länsstyrelse, Gotlands hamn, ambulanschef i beredskap (ACIB) och insatsledare räddningstjänsten Gotland.

Vid 16:05 återgick Visby sjukhus till normalläge då hotet upplevdes litet. TiB avslutade sitt arbete och åkte hem.

Senare under kvällen uppmärksammades att det fanns ett reellt hot att fartyget skulle få grundstötning och en ny krisledningsstab etablerades. Omkring 19:00 bestod krisledningsstaben av bland annat TiB Region Gotland, ACIB, räddningschef Gotland, hamnchef, kommunikatör och regiondirektör.

Region Gotland ordnade så att evakuerade personer fick någonstans att ta vägen, ordnade transporter, aktiverade Röda Korset och försåg personer med mat. Regionen var även behjälpliga med att hitta möjligheter för att senare få tillbaka evakuerade passagerare till Nynäshamn.

Länsstyrelsen Gotland

TiB Länsstyrelsen Gotland larmades av SOS Alarm. TiB tog då en tidig kontakt med TiB Region Gotland och informerades om att sjukhuset var satt i stabsläge.

TiB tog vid 15:23 kontakt med JRCC för att undersöka behovet av samverkan men fick till svar att JRCC inte såg något behov i detta läge.

En mindre krisgrupp samlades hos länsstyrelsen. Började fundera på frågor som hur inkvartering av drabbade personer skulle fungera på Gotland och om det fanns behov av samverkan. TiB föreslog för samlad krisgrupp att en liten stab skulle startas men Länsstyrelsen Gotlands Försvarsdirektör bedömde att det inte behövdes utan att det räckte med redan aktiverad personal. Det innebar TiB som regelbundet skulle stämma av med Försvarsdirektör och kommunikationschef via telefon.

Under eftermiddagen var det svårt för TiB att hålla allting uppdaterat. TiB tog under denna tid hjälp av egen anhörig, som också är anställd vid länsstyrelsen Gotlands län, för att få hjälp med att vara uppdaterad på händelseförloppet.

18:44 var TiB i kontakt med KBV. Samtalet resulterade bland annat i att KBV inte såg sig ha något samverkansbehov och hjälp av Länsstyrelsen.

Ungefär tre kvart senare, 19:26, inkom samtal från KBV igen. Denna gång bedömde KBV att det fanns behov av att få igång samverkan mellan alla aktörer och önskade att Länsstyrelsen skulle anordna detta.

Länsstyrelsen i Gotlands län skickade kallelse till samverkansmöte. Strax därefter skickade även Länsstyrelsen Stockholm kallelse till samverkansmöte. TiB Länsstyrelsen Gotland styrde då över alla till samma samverkansmöte det vill säga det Stockholm kallat till.

Länsstyrelsen Gotland deltog som en aktör i samverkansmötet men inte som drivande arrangerande part.

Västra Räddningsregionen

Information om att MIRG-styrkor blivit larmade kom från JRCC till VB på Västra Räddningsregionen i Göteborg klockan 13:20 via e-post. Vakthavande

räddningschef hade i samma veva sett ett inslag om händelsen som en nyhetsflash och tog eget beslut att gå in på ledningscentralen.

Det beslutades att ta kontakt med JRCC och bjuda in sig själva och skicka över en samverkansperson till ledningscentralen hos JRCC. Det första svaret de fick var något tvekan från JRCC:s håll om det verkligen behövdes. Oavsett så skickades den regionala insatsledaren (RIL) som samverkansperson, tillsammans med en ledningsoperatör, till JRCC och fick en arbetsplats tilldelad inne på ledningscentralen.

Samverkanspersonen blev den som under händelsen hade kontakt med MIRG-insatsledaren ombord på Stena Scandica.

Utöver det så tänkte den övergripande ledningen i ett större perspektiv och bedömde att även Räddningscentral Öst (RC ÖST) behövde få ta del av händelsen och informationen eftersom den planerade mottagande hamnen vid bogsering var Nynäshamn som ingår i området som RC Öst leder.

VRC skrev tidigt ner följande inriktning för den övergripande ledningen:

1. Samverkansperson JRCC
2. MIRG Kortedala (Storgöteborg) beredda på Säve flygplats efter dialog med Sjöfartsverket.
3. Förmedla lägesbild från samverkansperson på JRCC till:
 - VB RC Mitt
 - VB RC Öst
 - VB RSB (Räddningstjänstsamverkan Småland Blekinge)
4. Förbereda extern och intern kommunikation

Länsstyrelsen Stockholm

TiB Länsstyrelsen Stockholm blev sökt av VB RC Öst klockan 18:45 och sattes in i vad som hade hänt. Det fördes diskussion mellan TiB och VB hur RC Öst och Länsstyrelsen Stockholm skulle kunna bidra i händelsen. Det pratades om att eventuellt aktivera Samverkan Stockholmsregionen⁷, men det utfördes inte fullt ut, utan istället valdes berörda aktörer ut för att delta på samverkansmöte.

TiB Länsstyrelsen Stockholm bedömde att Länsstyrelsen Gotland sannolikt var väldigt upptagna samtidigt som läget i Stockholm var lugnt. Det fanns utrymme för att Länsstyrelsen i Stockholm kunde vara behjälpliga omgående. Det gjordes genom att förbereda och kalla till samverkansmöte för alla inblandade parter.

Klockan 19:46 togs kontakt med Länsstyrelsen Gotland. Meddelade att Stockholm kallat till samverkansmöte och ställde frågan om Gotland kunde säkerställa att Räddningstjänsten Gotland kunde delta. Länsstyrelsen Gotland informerade om vilka som blivit inbjudna och styrda till mötet som Länsstyrelsen Stockholm kallat till.

⁷ Samverkan Stockholmsregionen är en etablerad samverkan mellan ett fyrtiotal samhällsaktörer i Stockholmsregionen som tillsammans har ansvar för att hantera störningar och krissituationer i Stockholms län. Källa: <https://www.samverkanstockholmsregionen.se/>, länk kontrollerad 2024-02-26.

TiB Länsstyrelsen Stockholm menar i efterhand att de kanske gick lite utanför sitt mandat genom att kalla till möte, samtidigt som de agerade för att lösa problem och agera då TiB Länsstyrelsen Gotland sannolikt var väldigt upptagen.

Länsstyrelsen Stockholm fortsatte att hålla i resterande samverkanskonferenser under insatsen.

RC Öst

Blev involverad på initiativ av Västra Räddningsregionen efter att det framgick att fartyget sannolikt skulle bogseras till Nynäshamn och då hamna i området som RC Öst agerar i.

VB tog kontakt med TiB Länsstyrelsen Stockholm och diskuterade behov av samverkan och samlad lägesbild.

SOS Alarm

Blev involverade i samband med att Sjöfartsverket begärde hjälp av kommunal räddningstjänst i form av MIRG.

SOS Alarms krisberedskapsavdelning informerade Region Gotland, Länsstyrelsen Gotland, Regeringskansliet, MSB, Transportstyrelsen och Trafikverket.

Övergripande ledning och lokal räddningstjänst

Den övergripande ledningen för RC Mitt fick tidigt information om händelsen eftersom de fick MIRG-larm. I samband med detta informerades insatsledaren på Gotland av VB RC Mitt om händelsen. I RC Mitts övergripande ledning hanterades beredskapsfrågor i Stockholm som uppstått i och med att MIRG larmats ut. VB informerade VRC om händelsen och insatsledaren informerade räddningschefen på Gotland. Bedömningen hos dessa funktioner var då i det inledande skedet och under eftermiddagen att händelsen inte skulle få konsekvenser som medförde att räddningstjänsten Gotland behövde agera.

Strax före klockan 19 informerades TiB Region Gotland av JRCC om att bogserbåtarna riskerade att inte hinna fram i tid och att färjan riskerade att gå på grund mot Fårö vid 21:30-22:00 samt att evakuering av vissa passagerare hade påbörjats. TiB sammankallade då krisledningsstab där bland annat räddningschefen på Gotland kom att ingå.

Klockan 19:10 bad Sjöfartsverket KBV att initiera samverkanskonferens via Länsstyrelsen på Gotland samt att kommunal räddningstjänst skulle larmas.

Insatsledaren på Gotland fick klockan 19:45 ett samtal från KBV om att man beräknade att Stena Scandica skulle gå på grund mot västra sidan av Fårö klockan 22. Vid klockan 20 delgavs denna information till VB RC Mitt.

Insatsledaren och räddningschefen beslutade att upprätta stab på brandstationen i Visby vars uppgift var att följa händelseförloppet och samla in information samt

att förbereda personal som kunde kallas in om det skulle behövas. Man beslutade också att larma styrkor till Fårö.

Räddningschefens syfte med detta var i första hand att ta hand om människor som hamnade i vattnet och spolades upp på land och i förlängningen såg man också risk för oljeutsläpp vilket skulle innebära uppgifter för kommunal räddningstjänst.

IL efterfrågade AMI (Avsikt Med Insats) från VB och fick till svar: ”Se över er utrustning och kunskaper inför en eventuell livräddning i svår miljö”

Räddningschefen upplevde att om informationen mellan räddningstjänsten och andra samverkande aktörer på Gotland, såsom Regionen, Länsstyrelsen, Destination Gotland, Hamnen, KBV osv. skulle gå via RC Mitt i Täby så skulle kommunikationsvägarna bli väldigt långa. Därför ansåg han att det här var ett bra tillfälle att tillämpa områdesledning och han förde dialog med VB om detta under eftermiddagen. VB tog informationen vidare till VRC, som i sin tur uppfattade informationen från VB som att räddningschefen hädanefter ville ha kommunikation direkt med VB. Detta gjorde att VRC upplevde en otydlighet vad rollen som räddningsledningschef nu innebar vilket i sin tur gjorde att VRC blev mindre aktiv i sin roll och inte längre arbetade på det sätt han normalt gör.

Vad områdesledning innebär och hur den övergripande ledningen och den lokala räddningstjänsten skulle förhålla sig till varandra redades aldrig ut.

På samverkansmötet klockan 20 medverkade både VB RC Mitt och räddningschefen Gotland. På samverkansmötet gavs information om att Stena Scandica fått i gång en maskin och att de började ta upp ankarkätting.

Insatsledaren hade kontakt med Fårö räddningsvärn och Fårösunds räddningsstyrka via telefon och skickade dem mot Lauters hamn på Fårö. IL kontaktade VB RC Mitt vid 20:20 och bad dem larma styrkor från Visby, Slite, Fårösund och Fårö. Med anledning av att IL redan innan utalarmeringen haft kontakt med styrkorna var de i viss utsträckning redan på väg när de larmades vid 20:22. När de första styrkorna anlände till Lauters hamn ringde de upp insatsledaren och meddelade att de såg haveristen från land. Då gjordes bedömningen att IL och styrkorna från Visby inte skulle hinna fram innan färjan skulle gå på grund.

På väg mot Fårö, cirka klockan 20:50, blev insatsledaren kontaktad av samverkansperson från KBV på Gotland och de bestämde att även denne skulle bege sig mot Lauters hamn.

Vid klockan 21 meddelades från Stena Line till JRCC att 6 personer som evakuerats från haveristen inte skulle sättas ned på M/S Visby som de andra, utan istället flygas direkt till Visby flygplats. JRCC tog informationen vidare till TiB Region Gotland som satt i stab tillsammans med räddningschefen. Beslut fattades att räddningstjänsten skulle hämta de 6 personerna från flygplatsen och skjutsa dem till ett hotell i Visby.

IL anlände till Lauters hamn vid cirka 21:30. Personalen, som då bestod av 20-talet brandmän, fick till uppgift att förbereda för livräddning i strandkanten. Riskbedömningen gjorde att man på grund av det hårda vädret och höga vågor

valde att inte ha någon personal i vattnet. Vid en eventuell grundstötning skulle de assistera personer när de kom i land. Samverkansbefälet från KBV anlände till ledningsplatsen vid Lauters hamn vid 21:45.

IL upplevde att man med hjälp av samverkansbefälet från KBV fick en mycket bättre bild av händelsen och vad som skedde. Nya prognoser visade att färjan nu beräknades missa Fårö och att en eventuell grundstötning väntades ske utanför Ars kust. Med anledning av detta omgrupperade styrkorna till Fårösunds brandstation vid klockan 23 och strax efter fick man information om att fartyget gick för egen maskin mot Nynäshamn. Styrkorna stannade kvar på brandstationen i Fårösund till klockan 01 då fartyget kommit ut en bit och det inte längre förelåg en överhängande fara för grundstötning.

Diskussion och analys

Samverkan

Vid en olycka eller kris är det sällan en enda samhällsaktör som bär ansvar för hela det drabbade sammanhanget. Även vid en liten trafikolycka är det flera samhällsaktörer som ansvarar för att tillgodose olika delar av hjälpbehovet. Det viktiga är att de åtgärder som genomförs hela tiden utgår från de drabbades behov. Det är inte alls ovanligt att en aktör genomför åtgärder som den formellt inte är skyldig att utföra, bara för att det totala hjälpbehovet ska tillgodoses på ett så effektivt sätt som möjligt. Ett exempel på detta är när räddningstjänsten sköter trafikdirigering vid en trafikolycka, en uppgift som normalt sett utförs av polisen, i syfte att skapa framkomlighet för andra trafikanter eftersom dessa också är en del av det drabbade sammanhanget.

När fler aktörer börjar få reda på denna händelse växer snabbt behovet hos samtliga att få reda på mer information. De flesta aktörer som intervjuats efter händelsen vittnar om att det fanns en osäkerhet om vad som egentligen hände och hur det skulle fortskrida.

Det är anmärkningsvärt att det löper så lång tid innan den första formella samverkanskonferensen hålls. Det är också anmärkningsvärt att flera av aktörerna vid några tillfällen under eftermiddagen och kvällen fått fråga från Länsstyrelsen Gotland om de ansåg att det fanns ett samverkansbehov, men då svarat nej till detta. Vad grundar det sig egentligen i? Är det att den enskilda organisationen bedömer att den har full koll på just sitt uppdrag och inte behöver assistans eller hjälp med det, eller är det avsaknad av förmåga att se händelsen ur ett större perspektiv och se det totala hjälpbehovet? Eller att de enskilda aktörerna inte förstår vilken eventuell påverkan deras agerande kan innebära för andra aktörer?

I ELS-handboken⁸ beskrivs i kapitel 5.7 att ”för att omhänderta de behov som finns och som hotar det skyddsvärda och som aktörerna anser att de ska bidra med, behöver samhällets samlade åtgärdsproduktion fungera så bra som möjligt. De aktörer som bidrar med olika åtgärder behöver agera så att hjälpbehovet omhändertas som helst. Genom att identifiera behov kan också aktörssammanhang identifieras som behöver samverka för att åstadkomma den aktuella åtgärdsproduktionen och skapa aktörsgemensam inriktning och samordning.”

För att samhället tillsammans ska kunna omhänderta hela det drabbade sammanhanget måste de olika aktörerna snabbt bli aktiverade och sedan snabbt få en uppdaterad samlad lägesbild.

I den aktuella händelsen blev både Region Gotland och Länsstyrelsen informerade om händelsen av SOS Alarms krisberedskapsavdelning. Dock fanns inte en tydlig lägesbild om vad som hände på platsen och de försökte därefter ta reda på mer genom att prata med varandra och ta kontakt med RC Mitt. Från RC Mitt blev Länsstyrelsen hänvisad att ta kontakt med JRCC för att få information.

⁸ MSB (2022), Ett enhetligt ledningssystem för kommunal räddningstjänst – ELS

De flesta av de intervjuade inblandade parterna tycks ha haft ett synsätt att det är Sjöfartsverket (JRCC) som ”äger” händelsen och därmed förväntas vara den part som skulle hålla i taktpinnen för att initiera och leda samverkan med andra.

RC Mitt hade initialt inte så mycket information om händelsen och agerade i första hand utifrån att Sjöfartsverket aktiverat MIRG-styrkor. Det är möjligt att RC Mitt i ett tidigare skede skulle kunna tänka mer i formen av ”vad är det värsta som kan hända?” Hade ledningscentralen i det läget då kunnat agera annorlunda om det värsta tänkbara scenariot i ett tidigt skede varit att fartyget skulle gå på grund mot Gotlands kust och i värsta fall få hundratals personer i vattnet som måste tas omhand, samtidigt som olja och bränsle från fartyget skulle riskera att förorena kuststräckan.

Även om en av aktörerna tolkar läget och förbereder sig för sin värsta tänkbara händelseutveckling är det osäkert om hela det drabbade sammanhanget tas omhand om inte lägesbild och information om planerade åtgärder delas med övriga aktörer. I utredningen har det framgått att det inte har delats en samlad lägesbild förrän vid det första formella samverkansmötet som hölls klockan 20:00. Även om samtliga aktörer vid det mötet skulle ha enats om vad som skulle vara den värsta tänkbara händelseutvecklingen, hade det varit för sent för att kunna få ut resurser till Gotland.

Om aktörerna istället hade haft ett tidigt samverkansmöte, och då kunnat enas om en bedömning av den troliga händelseutvecklingen, hade samtliga aktörer haft bra förutsättningar till fortsatt arbete och tolkning av det egna uppdraget. Frågor som hade kunnat behandlas är bland annat: Hur ser aktörernas analyser ut? Vilka tänkbara händelseutvecklingar finns? Hur ska vi gemensamt agera för att hantera dessa? Vilka resurser finns? Vilka resurser saknas? Vilken aktör har dessa resurser? Hur ska vi få resurser till Gotland? Vilken aktör kan med rätt lagstöd begära hjälp? Vilken aktör gör vad?

Skyldighet att underrätta vid inledande av räddningsinsats

Larmkedjan från SOS Alarms krisberedskapsavdelning har fungerat i denna händelse i den meningen att olika aktörer blivit informerade om vad som hänt. En fråga som är värd att ställas i sammanhanget är vad som skulle ha skett om det inte hade varit en brand ombord. Reflektera kring ett alternativt scenario där fartyget av någon anledning skulle drabbats av blackout utan att de kommunala styrkorna från MIRG hade aktiverats – hur lång tid skulle det då ha tagit innan region, kommun, kommunal räddningstjänst etcetera hade fått reda på vad som hänt och var på väg att hända?

I utvärdering efter händelsen har det framförts kritik mot att det saknas notifieringsfunktion i applikationen SOS.nu då endast Sjöfartsverket eller Kustbevakningen inlett insats. Det förekom frågor som ”varför delar inte Sjöfartsverket larmen?”. Det framkom även synpunkter att en sådan notis kan ha ett stort värde vid alla räddningsinsatser och inte bara då någon kommunal räddningsinsats inleds eller förstärkningsresurs aktiveras.

Enligt LSO är myndigheter skyldiga att underrätta polisen⁹ när en räddningsinsats inleds. Om SOS Alarm underrättas på motsvarande sätt kan SOS Alarms krisberedskapsavdelning snabbt värdera händelsen och informera andra myndigheter och aktörer vid behov. På det sättet skulle det säkerställas att larmkedjan startas och att fler aktörer ges möjlighet att tolka sitt uppdrag och bidra till en mer heltäckande helhetsbild för att samhället ska kunna tillgodose att hela det drabbade sammanhanget omhändertas vid olyckan, även om det endast är en statlig räddningsinsats inledd initialt. Om det även ska innefatta notifieringar i SOS.nu eller på annat sätt bör vara en fråga för inblandade myndigheter och SOS Alarm att avgöra.

Ansvar för samverkan

Under eftermiddagen vid den aktuella händelsen var det tydligt att ingen aktör har tagit ett helhetsgrepp för att få en samlad lägesbild. Som det beskrivits tidigare i rapporten har många vänt sina blickar mot Sjöfartsverket och JRCC, med synen att det är den aktören som bör ansvara för att få igång en fungerande samverkan. Under denna utredning har det framkommit åsikter om att Sjöfartsverket som ”räddningstjänstansvarig” skulle gjort mer. Företrädare för kommunal räddningstjänst har både under insatsen, i utvärdering efteråt och under denna utredning menat att Sjöfartsverket även skulle tagit ansvar i frågor gällande inkvartering, samverkanskonferenser, inriktning etcetera. Det förstärker bilden av att många aktörer förväntade sig att Sjöfartsverket skulle vara den aktör som ”äger” händelsen och därmed skulle ”äga” ansvaret att få igång samverkanskonferenser samt även ta ett större ansvar i hanteringen utanför sitt eget uppdrag. Utredningen delar inte den bilden och gör bedömningen att Sjöfartsverket är en av parterna som har tolkat sitt uppdrag väl, men att de i ett tidigare skede borde varit tydligare med att det kunde finnas behov av samverkan med fler aktörer än de som initialt var inblandade.

Frågan är om Sjöfartsverket i det läge som de då befann sig i, hade de resurser som behövts för att även kunna tillgodogöra alla andras behov av att samverka och få en samlad lägesbild. Den aktuella räddningsledaren vid JRCC har haft fullt upp med att just leda räddningsinsatsen som Sjöfartsverket ansvarar för och har sannolikt inte haft en bra möjlighet att samtidigt värdera och analysera vilka andra aktörer som kan bli inblandade och därmed avgöra vilket samverkansbehov som kunde finnas för att alla aktörer ska kunna få en samlad bild av händelseförloppet. Exempelvis fick JRCC frågan från Länsstyrelsen Gotland klockan 15:23 om JRCC ansåg att det fanns behov av samverkan och svarade då nej.

Det har också framkommit under utredningen att Sjöfartsverket saknar den normativa ledning som motsvarar exempelvis kommunal räddningstjänsts övergripande ledning. För att samverkan mellan myndigheter ska kunna fungera på ett tillfredsställande sätt bör förutsättningar finnas för att samverkan ska kunna ske på alla nivåer.

⁹ 6 kap.10 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.



Bild 8: Generell bild från Sjöfartsverkets nationella sjö- och flygräddningscentral, Joint Rescue Coordination Centre (JRCC). Foto: Emilie Asplund

På samma sätt som att det inte går att säga att en aktör ”äger” en händelse är det samtidigt svårt att säga vem som bär ansvaret för att initiera samverkan. Samhällets aktörer behöver var för sig värdera vilka åtgärder som är rimliga inom ramen för sitt uppdrag och därmed ”äga” ansvaret för att agera inom just det området. Alla inblandade aktörer måste då också värdera behovet av att samverka med andra aktörer och i vilken utsträckning aktörer själv kan bidra till detta. Om en aktör bedömer att det saknas information som behövs för att kunna tolka och utföra sitt uppdrag kan det vara rimligt att den aktören själv initierar exempelvis ett tidigt samverkansmöte. Sjöfartsverket borde kanske ha identifierat att det fanns många som saknade tillräcklig information och att de satt på merparten av den efterfrågade informationen och därmed tagit ansvar för att initiera samverkan.

Det är värt att beakta de grundprinciper för hantering av allvarliga händelse som finns i Sverige:

- Ansvarsprincipen som innebär att en verksamhets ansvar vid normala förhållanden även kvarstår vid en samhällsstörning. Med andra ord, ingen övertar ansvaret från någon annan.
- Likhetsprincipen som innebär att en verksamhet som ansvarar för en händelse vid normala förhållanden även hanterar den på ett liknande sätt under samhällsstörning.
- Närhetsprincipen som innebär att en samhällsstörning hanteras där den inträffar och av dem som är närmast ansvariga och berörda.

Att någon aktör sätter igång en snabb, fungerande samverkan vid en händelse, innebär inte att någon annan övertar ledning eller någon enskild aktörs ansvar eller

mandat, utan ska syfta till att samordning och gemensam inriktning ska åstadkommas utifrån den aktuella situationen och behoven.

I förordning 2017:870 om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter inför och vid höjd beredskap, framgår att det är Länsstyrelsen som särskilt ska ansvara för att en samlad regional lägesbild sammanställs vid krissituationer och samhällsstörningar. Länsstyrelsen ska även verka för att nödvändig samverkan mellan kommuner, regioner och myndigheter sker kontinuerligt både inom länet och med närliggande län. Med ovanstående text kan det tolkas som att ett stort ansvar för att få till en fungerande samverkan och ge alla aktörer en gemensam lägesbild ligger hos just länsstyrelsen, men att samtliga inblandade aktörer har ett ansvar att se hela det drabbade sammanhanget och vid behov initiera och påtala behovet för att samverka med andra.

Länsstyrelsen Gotland har trätt in i sitt uppdrag och börjat undersöka samverkansbehovet hos de olika aktörerna, men utan att tydligt själv värdera just behovet i ett större perspektiv. Istället för att ställa frågan om det finns behov kanske det istället ska framställas som att "länsstyrelsen bedömer att det finns behov för en samverkanskonferens" och därmed direkt kalla till möte på eget initiativ. Det finns en risk att frågan om behov av samverkan istället uppfattas som en fråga om den parten behöver assistans eller hjälp för att lösa sitt uppdrag, istället för att klargöra om det finns behov av att andra myndigheter och organisationer får reda på händelsen och får en samlad lägesbild.

I Stockholmsområdet finns Samverkan Stockholmsregionen (SSR), en satsning med 37 olika aktörer som på förhand har en planering och organisering för att snabbt få igång aktörsgemensam samverkan, dela lägesbild och snabbt kunna fatta beslut i gemensam riktning. I intervjuer med inblandade parter är bedömningen att det är lättare att snabbt få en samlad lägesbild och framför allt att kunna fatta snabba beslut i detta forum jämfört med om Länsstyrelsen själv skulle ansvara för att initiera och organisera samverkan när det behövs. Genom att snabbt aktivera samtliga inblandade parter ges var och en av dessa en tidig möjlighet att själv värdera läget och behovet för sin organisation att agera. SSR har även aktivt arbetat för att sänka tröskeln för att använda samverkansforumet för att öka sannolikheten att funktionen används när den behövs.

Det går inte att säga hur händelsen med Stena Scandica hade sett ut om det hade varit mot fastlandet eller Stockholms skärgård fartyget riskerade grundstötning. Sannolikt hade Samverkan Stockholmsregionen snabbt aktiverats och varit de som tillsammans med länsstyrelsen initierat och organiserat samverkan över alla inblandade aktörer. På det sättet är det möjligt att det hade kunnat förmedlas en samlad lägesbild tidigare och där det tydligare kunnat arbetas mot en gemensam värsta tänkbara händelseutveckling.

Nu finns inte motsvarigheten till Samverkan Stockholmsregionen på Gotland och då är det Länsstyrelsen som ska initiera och organisera samverkan för att det regionala samverkansbehovet omhändertas. En tänkbar lösning skulle kunna vara att inrätta en nationellt sammanhållande funktion som leder samverkan vid

händelser som berör fler än en länsstyrelse och/eller där det finns behov att nyttja nationella förstärkningsresurser.

Den aktör som leder samverkan bör även eftersträva att en gemensam, trolig händelseutveckling fastställs så att alla aktörer arbetar åt samma håll.

Förhoppningsvis blir det då lättare för samtliga parter att tolka sitt uppdrag och verkligen kunna agera och inte ha bilden av att det är en enskild aktör som ”äger” händelsen.

Samverkanspersoner

Under insatsen har rollen samverkansperson tillsatts på flera håll och som då geografiskt har placerats hos annan aktör. I alla de fall som observerats i denna händelse har sättet att arbeta med en samverkansperson upplevts positivt och på ett bra sätt underlättat förmågan att samverka med varandra.

Personal från Västra Räddningsregionen placerades fysiskt på ledningscentralen hos JRCC för att användas i rollen som samverkansperson i samband med MIRG-insatsen och vara den person som MIRG-insatsledaren hade kontakt med. Man skulle kunnat nyttja denna roll även i ett större perspektiv som samverkansperson för hela den kommunala räddningstjänsten och framför allt i de fall en kommunal räddningsinsats hade inletts. Det finns en svårighet i detta då samverkanspersonen organisatoriskt tillhör Västra Räddningsregionen och inte företräder den berörda räddningstjänstorganisationen. Fördelarna med att ha en person med kännedom om kommunal räddningstjänst på plats överväger sannolikt i jämförelse med att inte ha den kunskapen på plats, även om personen är från en annan organisation.

Det har i utredningen framkommit att den övergripande ledningen hos Västra räddningsregionen, Göteborg fick reda på att en MIRG-styrka hade larmats genom e-post från JRCC. Just i detta fall upptäcktes e-posten direkt och ärendet fick ingen fördröjning, men utredningen bedömer ändå att arbets sättet bör ses över. Så fort en MIRG-styrka larmas från någon station i Sverige finns ett behov av att snabbt få en samverkansperson till JRCC eller KBV. Utlarmning av denna funktion bör ske på ett säkrare sätt och helst via normala larmvägar till VB och eventuellt även VRC.

En besättningsmedlem från en av Kustbevakningens båtar flögs ut med Sjöfartsverkets helikopter, sattes ombord på Stena Scandica och fick en roll som samverkansperson. Samverkanspersonen kunde då följa arbetet ombord och lättare hålla kommunikationen mot Kustbevakningens ledningscentral och JRCC. Vid ett tillfälle när fartyget återigen drabbades av blackout gick det ändå att följa fartygets position genom den dator som samverkanspersonen hade med sig. Kontakt mellan staben i Göteborg och samverkanspersonen ombord skedde via handburen Rakelterminal.

Kustbevakningen sände även ut egen personal till Fårö för att kunna vara behjälplig med hantering av material, läns och liknande på land. Denna person agerade som en form av samverkansperson för KBV mot den lokala räddningstjänsten på Gotland. Räddningstjänstens insatsledare på plats upplevde

denna kontakt som väldigt positiv och var en av källorna som gav den bästa lägesbilden för de styrkor från kommunal räddningstjänst som befann sig på Fårö.

Användandet av ovanstående roller som samverkanspersoner följer i stort den beskrivning och tanke som ges i ELS-handboken¹⁰. Det är viktigt att det klargörs vilka uppgifter och befogenheter som samverkanspersonen har i just det specifika tillfället. Det ska även förtydligas att samverkanspersonen oftast inte motsvarar hela behovet av samverkan, men det kan underlätta väsentligt. Detta medför dock en risk att den övergripande och högsta ledningen inte får den info som de behöver när information går mellan samverkanspersoner som befinner sig skadeplatsnära eller hos andra aktörer. Det är viktigt att samverkan sker på alla nivåer för att rätt information ska gå till den som har mandat att fatta beslut eller rätt förutsättningar för att skapa en lägesbild och därmed kan agera.

Räddningsinsats enligt LSO

Lagen om skydd mot olyckor och tillhörande förordning klargör skyldigheter och ansvar hos kommuner och staten vid olika typer av olyckor eller överhängande fara för olyckor som uppfyller rekvisiten för räddningsinsats. När rekvisiten är uppfyllda är det alltså en skyldighet för den aktuella myndigheten att inleda en räddningsinsats, inte en möjlighet. Det förekommer dock att det i bedömningen av rekvisiten läggs in en värdering om huruvida det föreligger behov av att nyttja de juridiska befogenheter som inledande av en räddningsinsats enligt LSO medför. Detta kan leda till att bedömningen av rekvisiten ibland görs på felaktiga grunder.

En förutsättning för att en bedömning av rekvisiten ska vara aktuell är att det antingen har inträffat en olycka eller att det föreligger överhängande fara för att en olycka ska inträffa. Olycksbegreppet definieras i regeringens proposition 1985/86:170 sid. 62. Där framgår bland annat att en olyckshändelse i lagens mening är en plötsligt inträffad händelse som har medfört eller kan befaras medföra skada. Vidare står det på sidan 63 att ett ingripande alltid är motiverat när det gäller fara för människors liv eller hälsa och att kostnadsaspekten då är av underordnad betydelse. Vad som är överhängande fara för olycka beskrivs i avsnitt 6.2 på sidan 69 i proposition 2002/03:119. Där framgår att överhängande fara för olycka innebär både hög risk för att olyckan inträffar och stor sannolikhet att den inträffar nära i tiden. Vad ”nära i tiden” innebär framgår inte tydligt utan blir också en bedömning som får anses vara relativ till olyckans art. Detta kan också ställas i relation till att det i definitionen av olycka beskrivs att det ska vara en plötslig händelse och att långsamma eller ständigt pågående skeenden inte ska räknas som olyckshändelser.

Inledande av räddningsinsats

I den aktuella händelsen inledde Sjöfartsverket en räddningsinsats enligt LSO på grund av konsekvenserna av att det uppstått en brand på Stena Scandica. Kustbevakningen inledde också en räddningsinsats enligt LSO utifrån skyldigheten

¹⁰ MSB (2022), Ett enhetligt ledningssystem för kommunal räddningstjänst – ELS kap. 13.5.4.1

att de ansvarar för miljöräddningstjänst till sjöss och att de bedömde att det förelåg en överhängande fara för miljöskada om färjan skulle gå på grund.

Kommunal räddningstjänst inledde inte en räddningsinsats enligt LSO, trots att flera av de intervjuade personerna både från övergripande ledningen i RC Mitt och från den lokala räddningstjänsten på Gotland uttryckte att man ansåg att det förelåg en överhängande fara för olycka som kunde föranleda kommunal räddningsinsats. I den bemärkelsen och utifrån det ovanstående resonemanget anser utredningen att den kommunala räddningstjänsten kanske borde ha inlett räddningsinsats enligt LSO. I intervjuerna har det framkommit olika anledningar till att man inte inledde räddningsinsats enligt LSO. Någon uttryckte att det inte fanns behov att nyttja de befogenheter som det medför och att det inte skulle innebära någon skillnad i praktiken då man ändå utförde de åtgärder som krävdes. Någon annan menade att man inte lägger så stor vikt vid det formella beslutet om att inleda räddningsinsats utan att det viktiga är vad man gör och hur man agerar. Det har också framkommit under intervjuerna att den övergripande ledningen i RC Mitt normalt sett inte fattar beslut om att inleda räddningsinsats, utan det formella beslutet fattas av det första behöriga befälet som anländer till skadeplatsen. Anledningen till detta är att det endast är VB i RC Mitt som har den formella behörigheten att vara räddningsledare och därmed är den enda som har befogenhet att fatta beslut om att inleda räddningsinsats. Därmed blir det inte praktiskt genomförbart att en enda funktion fattar detta beslut i en räddningscentral som resurssätter 22 000 händelser per år. Det innebär att det inte är ett invariant arbets sätt i den övergripande ledningen i RC Mitt att värdera rekvisiten för räddningsinsats och formellt fatta beslut om att inleda räddningsinsats enligt LSO.



Bild 9: Omkring klockan 20 började situationen på fartyget att stabiliseras. Fartygets hade då fått igång en huvudmaskin med styrning från bryggan. Vid denna tidpunkt var fartyget cirka 1,5 timme från befarad grundstötning. Foto: Olle Waktel

Resurstillväxt och proaktivitet

Om valet att inte inleda räddningsinsats inneburit någon skillnad i praktiken eller inte har utredningen inte kunnat visa. Detta beror delvis på att det under hela förloppet ur kommunal räddningstjänsts perspektiv endast förelåg överhängande fara för olycka och att någon verklig olycka inte inträffade. Utredningen har dock kunnat visa att flera av de intervjuade personerna bedömer att de resurser som fanns tillgängliga på Fårö inte var tillräckliga för att hantera ett scenario där Stena Scandica gått på grund mot kuststräckan vid Digerhuvud på Fårö. Vid denna plats finns en bergsklack som gör att djupet snabbt minskar från 20-60 m till 3-4 m. Fartyget hade cirka 300 personer som hade kunna vara i akut behov av hjälp med bland annat sjukvård eller undsättning i vattnet med 2-3 meter höga vågor.

Vid de flesta olyckor med ett stort skadeutfall upplevs nog, åtminstone i ett tidigt skede, resursbrist. Det är inte många räddningstjänstorganisationer i Sverige som kan mobilisera tillräckliga resurser i tid för att hantera den värsta tänkbara händelseutvecklingen likt det som beskrivs ovan. Undantaget från detta är troligtvis endast storstadsregionerna. Resurstillväxt tar tid och en organisation uppstår inte helt momentant¹¹, detta är särskilt påtagligt i glesbygd och exempel på detta finns bland annat att hämta från bussolyckan som inträffade utanför Sveg 2017¹² eller från branden i Polarbröds fabrik i Älvsbyn 2020¹³. Platsen där en händelse inträffat eller, som i det här fallet, riskerar inträffa har betydelse för måttet av proaktivt agerande hos den övergripande ledningen. Det faktum att Gotland är en ö medför att det tillkommer särskilda utmaningar att få förstärkning till en skadeplats.

När kommunal räddningstjänst nu organiserar sig i stora räddningsledningssystem ökar risken för att den geografiska distansen även skapar en mental distans hos den övergripande ledningen vilket kan få negativa konsekvenser på räddningsinsatsers genomförande, särskilt i glesbygd. Därför är det viktigt att alla dessa system känner till riskerna och arbetar aktivt med att arbeta på ett sätt som uppfyller det nationella målet i LSO om ”ett med hänsyn till de lokala förhållandena tillfredställande och likvärdigt skydd mot olyckor”.

Uppdragsparallellitet

Som berörts tidigare i denna utredning under avsnittet om samverkan är det flera av de intervjuade som anser att lägesbilden var för otydlig under eftermiddagen den 29 augusti och att Sjöfartsverket borde tagit ett större ansvar för att initiera samverkan med andra myndigheter och aktörer. Efter denna händelse har det framkommit synpunkter från kommunal räddningstjänst att andra aktörer inte i tillräcklig omfattning ser och förstår hela det drabbade sammanhanget, och att de i stor utsträckning gör en för snäv tolkning av den skyldighet de har att agera.

Det är naturligtvis viktigt att alla aktörer har god förmåga att tolka skeenden och identifiera hjälpbehov och åtgärdsbehov. Men det är lika viktigt att ha förståelse

¹¹ Räddningsverket (2005), Taktik, ledning, ledarskap

¹² Jämtlands Räddningstjänstförbund (2018) Olycksundersökning – Bussolycka E45 söder om Sveg, april 2017

¹³ Uppsala Brandförsvaret (2021) Brand i Polarbröds fabrik – Utredning av räddningsinsats

för att olika aktörer har olika förutsättningar och kan vara olika belastade i olika situationer och att man då kompenserar för varandra i syfte att nå ett gemensamt resultat på bästa möjliga sätt för den eller de som är drabbade. I LSO framgår, som beskrivits tidigare, olika myndigheters ansvar och skyldigheter. Det ska dock betonas att LSO inte förbjuder någon aktör att göra mer än vad som lagligen krävs. Ur den aspekten kan det i vissa fall vara en avsevärd skillnad på räddningsinsats enligt LSO och räddningstjänstens insats. Det är också värt att i detta sammanhang betona att det är varje aktör som var för sig äger rätten att tolka sitt eget uppdrag. Vid exempelvis ett larm om drunkning på statligt vatten är det Sjöfartsverket som är skyldiga att ingripa, men kommunal räddningstjänst äger trots det rätten att tolka sin egen roll och kan fatta egna beslut kopplat till detta och kan därmed också inleda en räddningsinsats enligt LSO. Vid en sådan händelse kommer det alltså finnas två aktörer som bedriver varsin räddningsinsats med stöd av LSO och det kommer då också finnas två räddningsledare. Det har såklart ingen betydelse ur den drabbades perspektiv om den räddas av en aktör som inte var skyldig enligt lag att agera. Däremot kan det innebära allvarliga konsekvenser för den drabbade om den aktör som kunde varit först på plats valt att inte agera bara för att denne inte har skyldighet till det. Vidare kan också förtydligas att även det statliga vattnet ofta ligger inom en kommuns geografiska område vilket kan innebära att den kommunala räddningstjänsten trots allt också borde agera.

En enskild händelse kan innebära både skyldigheter att agera för flera olika aktörer och att flera aktörer agerar på frivillig basis eller genom avtal. Oavsett vilket är det av stor vikt att händelser som hotar det skyddsvärda i samhället¹⁴ värderas utifrån den drabbades perspektiv och att samhällets resurser används i syfte att skapa så god effekt som möjligt. Inte att händelser principiellt avfärdas utan någon vidare värdering för att de inte faller inom ramen för det uppdrag man är skyldig att utföra.

Under denna utredning har det noterats att flera aktörer tittar mer på vad andra gör och inte gör än vad man själv kan göra för att både bidra i åtgärdsproduktion och att man genom inflytande försöker påverka andra till agerande. En händelse som denna riskerar att få enorma konsekvenser om det värsta tänkbara inträffar och den fick väldigt stor påverkan även fast det värsta aldrig hände. Det har vid denna händelse gjorts enormt många bra åtgärder och insatser som till slut lett till att det värsta tänkbara scenariot ändå kunde förhindras. Men det har också under händelsen uppstått en hel del friktion mellan olika aktörer för att man anser att någon annan borde agera annorlunda. För att undvika dessa friktioner är det utredningens uppfattning att det i vissa fall saknas kunskap om andra aktörers uppdrag och förutsättningar. Men det saknas i vissa fall också kunskaper om det egna uppdraget eller förutsättningar till att utföra det egna uppdraget.

I gemensamma grunder¹⁵ beskrivs helhetsmetodens fyra steg. Dessa hjälper att skapa struktur för samordning och gemensam inriktning genom samverkan. För att detta ska fungera måste alla aktörer aktivt arbeta med att tolka sina respektive

¹⁴ MSB (2018) Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar

¹⁵ MSB (2018) Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar

uppdrag, sina pusselbitar i helheten. Men då räcker det inte att alla endast utför det man är skyldiga enligt lag att utföra, samtidigt som det måste finnas respekt för att en aktör kan vara så belastad att man inte ens har förmåga att utföra det man är skyldig till. För att det ska fungera behöver andra aktörer vara beredda på att gå utanför sitt ordinarie uppdrag, systemet måste kompensera för den som är belastad.

Räddningsledningssystemet och förhållandet till lokal räddningstjänst

Områdesledning

När räddningstjänsten på Gotland fick information om att läget på Stena Scandica inte var lugnt så fördes en dialog mellan räddningschefen och vakthavande befäl om att tillämpa områdesledning. Områdesledning innebär att en del av räddningsledningssystemets totala geografiska ansvarsområde leds av en biträdande chef till den som ansvarar för systemledning¹⁶. Områdesledningen hanterar då en delmängd av den totala beslutsdomänen systemledning. Förutsättningarna för detta och förhållandet mellan den övergripande ledningen och områdesledningen reddes i det aktuella fallet aldrig ut.

Eftersom områdesledningen är en delmängd av systemledningen så är det fortfarande den som ansvarar för systemledningen som ansvarar för innehållet i områdesledningen och som behöver definiera vilka delar den ska innefatta, vilka ramar områdesledningen har att förhålla sig till och så vidare.

Räddningsledningssystemet finns till för att i stunden se till att räddningstjänsten är ändamålsenligt ordnad och att räddningsinsatser påbörjas inom godtagbar tid och genomförs på ett effektivt sätt. Det är alltså räddningschefens ansvar i grunden som är delegerat till systemet att hantera i stunden. För att detta ska fungera är det rollen räddningsledningschef (VRC) som kan agera med en definierad del av räddningschefens beslutsbefogenhet. I det här fallet var det räddningschefen själv som ville initiera områdesledning i dialog direkt med driftchefen (VB) utan att räddningsledningschefen var involverad i den diskussionen. När dessutom ansvarsförhållandet mellan räddningsledningssystem och områdesledning inte reddes ut och det genom intervjuer framkommit att räddningschef och driftchef hade olika uppfattning om vad områdesledning innebar så uppstod det många otydligheter i systemet. Det fick bland annat konsekvens för insatsledaren på Gotland som under sin färd mot Fårö kontaktade VB och efterfrågade en avsikt med insats (AMI), och då fick ett svar som skiljde sig från den avsikt som räddningschefen på Gotland under intervjun beskrev att han hade med att skicka styrkor till Fårö. Det fick också konsekvenser för VRC som, när han fick veta från VB att räddningschef Gotland ville att han och VB fortsatt skulle ha direkt kontakt med varandra, blev osäker på sin egen roll och därefter blev mindre aktiv i hantering av händelsen.

¹⁶ MSB (2021) Ett enhetligt ledningssystem för kommunal räddningstjänst – ELS

Den övergripande ledningens styrning

Hela denna händelse faller ur kommunal räddningstjänsts perspektiv utanför ramen för de arbetssätt som man vanligtvis arbetar efter. Processen kommunal räddningsinsats följer oftast ett invariant mönster där agerandet initieras via ett larmsamtal till SOS Alarm, beslut fattas om att respondera, styrkor larmas och när de anländer till skadeplatsen inleds åtgärdsproduktion som är väl inövad. Om händelsen är en villabrand där det framkommer information redan i larmsamtalet om att lågor slår ut genom ett eller flera fönster så sker det mesta av denna process på ren rutin, utan några särskilda ställningstaganden eller svåra beslut.

Vid denna händelse inkom ärendet som begäran om resurser från en annan myndighet som bedrev räddningsinsats och resurserna tillhandahölls inom ramen för en överenskommelse och de konsekvenser för beredskapen som detta medförde åtgärdades. Insatsledaren för MIRG styrkan från Stockholm uppmanades av VB att all rapportering skulle ske till samverkanspersonen på JRCC som Västra Räddningsregionen tillsatt. Följden av detta blev att fortsatt händelsevärdering inte skedde i någon större omfattning under eftermiddagen på RC Mitt.

På grund av flera olika faktorer uppstod otydligheter i räddningsledningssystemet. En faktor var när initiativet att börja agera kom nerifrån och upp genom telefonsamtal från KBV via insatsledaren på Gotland. Detta ledde till att Räddningstjänsten Gotland agerade autonomt och det vanliga invanda mönstret bröts. Den övergripande ledningen definierade inte räddningsinsatsens omfång och ram. Insatsledaren på Gotland efterfrågade AMI från den övergripande ledningen och fick ett svar som troligtvis inte genomarbetats fullt ut eftersom det inte var den övergripande ledningen som initierat åtgärdsproduktionen, och det rådde olika uppfattning om läget inom ledningssystemets olika delar. Dessutom fanns oklarheter kring områdesledning som beskrivits ovan.

Detta fick också till följd att de övriga resurser som RC Mitt hade till sitt förfogande bortsågs från. Även om räddningschefen på Gotland började agera så var hans roll fortfarande begränsad till räddningschef på Gotland, vilket inte gav tillgång till övriga resurser i räddningsledningssystemet. Det faktum att han var aktiv vid händelsen motsäger inte att Gotland fortfarande ingår som en del i ett större räddningsledningssystem. Räddningstjänsten på Gotland hade troligtvis inte förmåga att själva hantera de konsekvenser det skulle innebära om Stena Scandica hade gått på grund. Varken att undsätta människor i nöd eller att hantera oljepåslag på kusten.

De lärdomar och erfarenheter som framkommit från händelserna kring Stena Scandica borde kunna användas för att utveckla arbetssätt och förhållanden mellan övergripande ledning och ledningen för den lokala räddningstjänsten.

Ett exempel på både ett proaktivt förhållningssätt och tolkning av det egna uppdraget återfinns vid denna händelse hos Västra Räddningsregionen. Där uppfattades händelsen tidigt både via notis från en nyhetssida och information om larmet som skickades från JRCC via e-post. VRC, VB och RIL samlades tidigt och analyserade vad som behövde göras från deras håll, vilka som behövde ta del av

information, vad som behövde kommuniceras både internt, externt och även vilka konsekvenser händelsen skulle kunna innebära i förlängningen. Detta underlättades av att funktionerna är samlokaliserade, de kunde både snabbt och enkelt samlas för att tänka tillsammans och sedan agera.

Organisering av den övergripande ledningen

En av driftchefens (i det här fallet VB RC Mitt) uppgifter enligt ELS-handboken är att vid behov aktivera fler roller i ledningsarbetet. Vid den aktuella händelsen uppmanades insatsledaren för MIRG att kommunicera och rapportera direkt till samverkanspersonen på JRCC. Detta kan vara klokt ur den aspekten att kommunikationsvägen mellan MIRG och JRCC blir så kort som möjligt eftersom MIRG aktiverats på begäran av Sjöfartsverket. Nackdelen med detta var i detta fall att RC Mitt inte i samma utsträckning fick förstahandsinformation om hur läget var på fartyget. Avsaknaden av information och aktörsgemensam inriktning gjorde det också svårare att, efter MIRG-behovet tillgodosetts, fortsätta värdera händelsen ur perspektivet kommunal räddningstjänst.

Om rollerna händelsevärdering och insatsuppföljning tillsatts för denna händelse hade det kunnat hjälpa driftchefen att identifiera behovet av att tolka organisationens roll och initiera den bedömningen tillsammans med räddningsledningschefen i ett tidigare skede. Om uppdraget hade tolkats annorlunda än vad som nu gjordes hade det kunnat leda till ett mer proaktivt förhållningssätt med bättre förutsättningar att få och bibehålla kontroll över händelsen under eftermiddagen istället för att agera reaktivt och parera på det sätt som nu skedde senare på kvällen.

Slutsatser

Vikten av samlad lägesbild

Ett första formellt samverkansmöte för att skapa en samlad lägesbild borde ha initierats tidigare. Händelsen hade ursprunglig start klockan 12:15, första samverkansmötet hölls klockan 20:00. Många samverkanskontakter hade tagits fram till mötet klockan 20:00, men inte i ett gemensamt forum där alla aktörer fått en samlad lägesbild och en förväntad händelseutveckling.

Utredningen har visat att de flesta av de inblandade aktörerna saknat information om vad som egentligen hände under eftermiddagen och tidiga kvällen. Detta är en förutsättning för att respektive aktör ska ha förutsättningar att kunna tolka det egna uppdraget och kunna agera proaktivt.

Initiativ till och förmåga att leda samverkan

Alla aktörer ansvarar för att tidigt initiera andra berörda samhällsaktörer för att skapa förutsättningar så att hela hjälpbehovet omhändertas. Vid fråga från länsstyrelsen om det finns behov av att samverka bör svaret i en liknande händelse inte kunna vara nej. En stor förståelse bör finnas hos alla aktörer så att ett behov av att samverka inte fördröjs flera timmar för att aktörer inte ser just det behovet i ett större perspektiv. Det finns en risk att frågorna om behovet av samverkan i denna händelse misstolkats och istället upplevts som en fråga, om den egna organisationen behövde hjälp för att lösa just sitt uppdrag i händelsen.

I en händelse med så många inblandade aktörer som denna, bör länsstyrelsen tidigt och på eget initiativ kalla till samverkansmöte. Detta utifrån helhetsmetoden som beskrivs i gemensamma grunder,¹⁷ skapa en samlad lägesbild och genom samverkan komma fram till en gemensam inriktning och ett gemensamt agerande.

Svårigheter att agera proaktivt

Det är svårt att vara proaktiv och det är lätt att vara efterklok. Svårigheten med proaktivitet är att det ofta behöver ske på svaga indikationer och att beslut måste fattas och åtgärder vidtas, redan innan behovet uppstår¹⁸. Kommunal räddningstjänst genomgår just nu en stor förändring med föreskrifter som ställer tydliga krav på förmåga, krav som grundar sig i erfarenheter som framkommit genom olika utredningar. Det räcker inte att kommunal räddningstjänst organiserar sig i räddningsledningssystem, det krävs också förändringar i gamla invanda arbetssätt och förhållningssätt. Om kommunal räddningstjänst ska kunna agera proaktivt så måste det skapas förståelse för varför det är viktigt genom hela räddningsledningssystemet, både det övergripande och i anslutning till skadeområdet. Mentala, tekniska och fysiska barriärer som hindrar ett proaktivt förhållningssätt behöver arbetas bort och det måste finnas en acceptans för de

¹⁷ MSB (2018) Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar

¹⁸ Räddningsverket (2006), Ledning av räddningsinsatser i det komplexa samhället.

gånge ett proaktivt förhållningssätt leder till att åtgärder görs i onödan och de kostnader som åtgärden då medför. Det ställer stora krav på olika ledningsfunktioner inom räddningstjänsten, inte minst kommunikativt. Kommunal räddningstjänst kan inte själva åstadkomma en sådan förändring. Acceptans för ett proaktivt förhållningssätt måste finnas i hela det svenska krishanteringssystemet.

Inledande av räddningsinsats

Det arbetssätt som används i vardagen kommer även att vara arbetssättet som används vid en mer sällan förekommande händelse. Det är orimligt att förvänta sig av någon människa att hen ska agera annorlunda vid en mer stressad eller sällan förekommande situation.

RC Mitt har inte ett arbetssätt i vardagen där övergripande ledning fattar beslut om att inleda räddningsinsats utan det formella beslutet fattas normalt av första behöriga befäl ute på skadeplats. Vid räddningstjänsten på Gotland är det normalt den lokala insatsledaren som fattar beslut om att inleda räddningsinsats. Detta arbetssätt har troligtvis bidragit till att den övergripande ledningen för RC Mitt inte värderade eller tolkade behovet av och skyldigheten till att inleda en kommunal räddningsinsats vid denna händelse.

Att räddningsinsats inte formellt inleddes beror troligtvis också på att RC Mitts övergripande ledning i ett tidigt skede inte genomförde någon djupare analys av händelsen ur ett större perspektiv än MIRG-insatsen. För att göra denna bedömning fanns det dock ett behov av att ha de ingångsvärden som visade på att det fanns en möjlig risk för grundstötning. Hade det gjorts, kunde bedömning om huruvida det rådde överhängande fara för olycka eller inte legat till grund för ett medvetet beslut gällande att inleda räddningsinsats eller inte. Det beslutet hade då troligen haft betydelse för den fortsatta insatsens genomförande och bidragit till att styrningen från den övergripande ledningen blivit tydligare. Att den typen av analys inte genomfördes beror troligen delvis på avsaknaden av både samlad lägesbild och aktörsgemensam bedömning av både den värsta tänkbara, och den troliga, händelseutvecklingen.

Om kommunal räddningsinsats inleddes, hade befogenheten att begära hjälp från andra statliga myndigheter och kommuner kunnat bidra till ett mer proaktivt agerande vilket hade kunnat leda till bättre förutsättningar för en snabbare resurstillväxt. Som nämnts tidigare i denna utredning är det svårt att vara proaktiv men lätt att vara efterklok. Särskilt då händelser inträffar eller riskerar att inträffa på platser där det är svårt eller tar tid att få fram resurser, exempelvis glesbygd, fjällmiljö eller som i detta fall en ö. I detta arbete behövs former för en samverkan med andra aktörer som skapar förutsättningarna för en bättre samlad lägesbild och gemensam analys, vilket ger större möjlighet att vara proaktiv.

Vem var ISK för kommunal räddningstjänst?

Varje aktör behöver en kontaktpunkt, en inriktnings- och samordningskontakt (ISK), för att underlätta kommunikationen med andra aktörer och vara den primära kontaktvägen in i en organisation¹⁹. Hur respektive aktör kontaktas behöver vara tydligt och välkänt för övriga aktörer.

Under utredningen har det framkommit att ett flertal kontakter tagits mellan aktörer och den kommunala räddningstjänsten utan att VB RC Mitt, varit delaktig. Det har bland annat framkommit att en av de första kontakterna som TiB Region Gotland tog var med den lokala insatsledaren på räddningstjänsten. Det mest korrekta hade kanske varit om kontakten tagits med VB RC Mitt istället.

Senare under insatsen har direktkontakter till den lokala insatsledaren även tagits från både KBV och Sjöfartsverket. I samband med att länsstyrelsen Stockholm hade kontakt med länsstyrelsen Gotland inför samverkansmötet ställdes frågan om länsstyrelsen Gotland kunde säkerställa att räddningstjänsten Gotland skulle delta på mötet. Det här tyder på att andra aktörer inte förstått att räddningsledningssystemet företräder den kommunala räddningstjänsten och att det bör vara räddningsledningssystemet som beslutar om vem eller vilka personer och med vilka roller de ska delta i olika samverkansforum.

Räddningschefen på Gotland ingick i region Gotlands krisledningsstab, en form av inriktning och samordningsfunktion (ISF). Enligt ELS-handboken kan rollen samverkansperson representera räddningsledningssystemet i en ISF. Det är då viktigt att samverkanspersonens befogenheter och uppgifter tydliggörs och att rollen tilldelas individer utifrån behovet och principen om rollogik. Eftersom kommunikationen mellan Region Gotland skedde direkt med den lokala räddningstjänsten istället för räddningsledningssystemet RC Mitt så tillsatte aldrig räddningstjänstens övergripande ledning rollen samverkansperson i Region Gotlands ISF. Därmed tydliggjordes heller inte vilka befogenheter och uppgifter detta medförde. Det blir dessutom problematiskt att följa principen om rollogik eftersom det var räddningschefen, som är uppdragsgivare åt räddningsledningssystemet, som ingick i ISF:en.

Sammantaget är bedömningen att det varit otydligt för andra aktörer vilken funktion som haft rollen ISK för den kommunala räddningstjänsten. Det visar på att det finns behov av att i situationer som denna både internt reda ut och vara tydlig med vilka befogenheter och mandat samverkanspersoner i olika situationer har samt att kommunicera detta till andra aktörer. Detta är förhållanden som kan underlättas av att inom räddningsledningssystemet ha i förväg upprättade rutiner.

Kunskap och utbildning

Kommunal räddningstjänst genomgår just nu stora förändringar i och med organiseringen i räddningsledningssystem. Det är viktigt att förhållningssätt, arbetssätt, rutiner osv. uppfyller syftet. Det är också viktigt att alla som arbetar i

¹⁹ MSB (2018) Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar

räddningsledningssystemens olika delar får fortbildning så att de har den kunskap och kompetens som krävs för en enhetlig kommunal räddningstjänst.

För att åstadkomma förändring krävs att vi analyserar och identifierar sammanhang där vi inte har använt de nya arbetsätten och utifrån det lär oss var vi behöver förändrade beteenden. Det tar tid att förändra beteenden och det behöver finnas en öppen inställning till att lära av det som inträffat.

Samverkanspersoner

I de fall en samverkansperson har använts i denna händelse är bedömningen att det upplevts som positivt av alla inblandade aktörer. Rollen som samverkansperson är en roll som kan användas mer hos landets räddningstjänster, både vid pågående händelser och i ett proaktivt syfte för att skapa bättre förutsättningar för den egna organisationen att tolka sitt uppdrag. Precis som det beskrivs i ELS-handboken bör initiativet att skicka en samverkansperson tas så tidigt som möjligt och på en ”låg” tröskel – så fort minsta indikation om behov finns. Det är rimligt att en organisation själv tolkar behovet av att tillsätta en roll som samverkansperson och inte förvänta sig att en annan, belastad organisation ska efterfråga just en samverkansperson.

Arbetsättet att larma samverkansperson vid MIRG-larm bör ses över av Sjöfartsverket, KBV och Västra Räddningsregionen. Endast e-post är inte en tillförlitlig larmväg med tanke på hur viktig rollen som samverkansperson är vid MIRG-larm.

Det kan även undersökas hur Västra Räddningsregionen skulle kunna användas som samverkansperson för fler händelser i hela Sverige där både kommunal räddningstjänst och Sjöfartsverket eller KBV är aktiverade tillsammans.

Referenser och källor

Följande funktioner har intervjuats

- Räddningschef Gotland
- Vakthavande räddningschef RC Mitt
- Vakthavande befäl RC Mitt
- TiB Region Gotland
- TiB Länsstyrelsen Gotland
- TiB Länsstyrelsen Stockholm
- Räddningsledare Kustbevakningen
- Räddningsledare JRCC, Sjöfartsverket
- Räddningstjänstsamordnare Sjöfartsverket
- Insatsledare räddningstjänsten Gotland
- Insatsledare räddningstjänsten Gotland
- Vakthavande räddningschef Västra Räddningsregionen
- Regional insatsledare Västra Räddningsregionen
- TiB Länsstyrelsen Västernorrland

Följande dokumentation och litteratur har använts

- Danish Maritime Accident Investigation Board (2023), Marine accident report on fire on board Stena Scandica on 29 august 2022
- MSB (2022), Ett enhetligt ledningssystem för kommunal räddningstjänst, Publikationsnummer: MSB 1794 – reviderad mars 2022
- MSB (2018) Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar, Publikationsnummer: MSB777 – reviderad oktober 2018
- Räddningsverket (2005), Taktik, ledning, ledarskap, Publikationsnummer: MSB 0015-09
- Räddningsverket (2006), Ledning av räddningsinsatser i det komplexa samhället, Publikationsnummer: U30-644/06
- Händelserapporter, loggar och insatsutvärderingar från:
 - Räddningstjänsten Gotland
 - Region Gotland
 - Länsstyrelsen Stockholm

- RC Mitt – MIRG-insatsen
- Kustbevakningen
- SOS Alarm
- JRCC
- SSRS
- Västra Räddningsregionen
- Räddningstjänsten Östra Blekinge

Ordlista

ACIB – Ambulanschef i beredskap

AMB – Avsikt med beredskap

AMI – Avsikt med insats

ELS – Ett enhetligt ledningssystem för kommunal räddningstjänst

IL – Insatsledare

ISF – Inriktning och samordningsfunktion

ISK – Inriktning och samordningskontakt

JRCC – Joint Rescue Co-ordination Centre

KBA – Krisberedskaps Avdelningen på SOS Alarm

KBV – Kustbevakningen

LSO – Lag (2003:778) om skydd mot olyckor

MIRG – Maritime Incident Response Group

RC – Räddningscentral

RIB – Räddningspersonal i beredskap

RIL – Regional insatsledare

SSRS – Sjöräddningssällskapet

TiB – Tjänsteperson i beredskap

VB – Vakthavande befäl

VRC – Vakthavande räddningschef



Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap