



Enheten för lärande av olyckor och kriser
Mona Pütsep
010-240 56 79
mona.putsep@msb.se

Återrapportering Regleringsbrevsuppdrag nr 10, 2011

Hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på kommunal, regional och nationell nivå i syfte att öka lärandet från inträffade kriser och olyckor

**Myndigheten för
samhällsskydd och beredskap**

Datum
2011-11-01

Diarienumr
2011-3365

2 (84)
Utgåva

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	5
Uppdraget.....	5
Slutsatser	5
1. Uppdrag	8
2. Metod och genomförande	8
2.1 Modeller	8
2.2 Samhällsområden (Arenor)	11
2.3 Centrala begrepp.....	12
2.4 Genomförande	13
3. Nationell nivå.....	16
3.1 Arbetslivet.....	16
3.2 Transporter	19
3.3 Skola, hem och fritid.....	22
3.4 Sjukvård	24
3.5 Naturolyckor	26
3.6 El/Elektronisk kommunikation/IT.....	28
3.7 Kriser, haverier och räddningsinsatser.....	32
3.8 Utsatta grupper.....	36
3.9 Samarbetsforum och samarbeten	37
3.10 Analys nationell nivå.....	38
4. Regional nivå	42
4.1 Länsstyrelser	42
4.2 Landsting	45
5. Kommunal nivå	49
5.1 Inrapportering, insamling	49
5.2 Hanteras, lagras, urval.....	50
5.3 Analys, utredning, utvärdering	51
5.4 Tillhandahålla, sprida	52
5.5 Genomföra	53
5.6 Analys kommunal nivå	55
6. Allvarliga händelser	57
6.1 Stormen Gudrun.....	57
6.2 Bussolyckan i Rasbo	59
6.3 Diskoteksbranden i Göteborg	62
6.4 Fågelinfluensan (H5N1).....	66
6.5 Analys allvarliga händelser	67
7. Slutsatser	69

Referenser 75

Sammanfattning

Uppdraget

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har i sitt regleringsbrev för 2011 fått i uppdrag att ”följa upp och redovisa hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på kommunal, regional och nationell nivå i syfte att öka lärandet från inträffade kriser och olyckor”.

Uppdraget är omfattande. Vi har valt att begränsa uppdraget till att ge översiktliga bilder av hur statliga myndigheter hanterar detta inom ett antal samhällsområden samt hur hanteringen sker på regional och kommunal nivå. Våra analyser handlar om förutsättningar för styrning av och systematik för att förbättra erfarenhetsåterföringen, inte om hur det bör ske för olika områden och av vilka aktörer.

Underlag till studien har hämtats från ett flertal olika källor såsom myndighets- och forskarrapporter, webbplatser, databaser samt intervjuer med drygt 100 personer.

Ett stort antal förbättringsförslag har identifierats under arbetet som kommer att vidareutvecklas och diskuteras med berörda parter.

Slutsatser

Kartläggningen och analysen visar att insikten om vikten att ta till vara erfarenheter från inträffade händelser är etablerad inom flertalet områden. De resurser som sammantaget satsas på att samla in, analysera och sprida erfarenhetsbaserad data och kunskap inom det offentliga är betydande.

Det kan dock konstateras att det finns mycket stora skillnader i mognad och resursavsättning när det gäller att ta tillvara erfarenheter mellan olika samhällsområden. Här tycks den styrmodell som tillämpas för respektive område vara den enskilt viktigaste förklaringen.

På den **nationella nivån** ger analysen fog för uppfattningen att förmågan att ta tillvara erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser är mycket beroende på hur riksdagen och regeringen styr säkerhetsarbetet.

Målstyrning eller regelstyrning tillämpas för säkerhetsarbetet inom arbetslivet, transportområdet och patientsäkerhetsarbetet vilket lett till att stora resurser satsas på att följa upp, analysera, utreda och förmedla resultat på ett systematiskt sätt. Motsvarande systematik i erfarenhetsåterföringen har även utvecklats för områdena El/Elektronisk kommunikation/IT.

Områdena räddningstjänst och krisberedskap kan sägas utgöra blandformer av mål- och regelstyrning. Inom räddningstjänstområdet finns krav på kommunerna att undersöka olyckor som föranlett räddningsinsats. Lärandet från sådana kriser, som inte omfattas av den olycksrelaterade lagstiftningens

undersökningskrav, sker för närvarande inte i någon generellt organiserad form. Det bör kunna övervägas om den nuvarande asymmetrin i lagstiftningen rörande undersökningsplikt av olyckor respektive kriser ska bestå.

För områdena barnsäkerhet, äldresäkerhet samt naturolyckor har regeringen ställt krav på berörda myndigheter att på olika sätt samverka. Studien visar att om samverkansmodellen för säkerhetsarbete ska fungera bättre när det gäller tillvaratagande av lärdomar och erfarenheter bör den kompletteras med tydligare krav på

- att följa upp, analysera, utvärdera och förmedla resultat av inträffade olyckor och allvarliga händelser och hur dessa har hanterats
- att tillräckliga resurser avsätts för arbetet
- att resultat avseende säkerhets- och olycksutveckling redovisas.

Ingen tydlig styrning finns avseende säkerhetsarbetet inom områdena skola, hem och fritid. Inga myndigheter har här utpekats som ansvariga. Analysen visar att berörda myndigheter inom olika ämnesområden har mycket begränsade möjligheter att följa upp och analysera inträffade olyckor.

Systematiken i och metoderna för myndigheternas arbete med insamling, lagring, urval, utredning, analys och spridning av erfarenheter från inträffade händelser varierar stort. Samarbetet mellan berörda myndigheter bör utvecklas avseende erfarenhetsåterföring från olyckor och allvarliga händelser. Samarbetet bör syfta till att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling inom området lärande från olyckor och allvarliga händelser.

På den **regionala nivån** lägger landstingen stora resurser på insamling, inrapportering, lagring och utredning. Begränsade resurser satsas på att tillhandahålla och sprida kunskapsunderlag avseende skadestatistik och erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser.

Länsstyrelsen har fokus på att följa upp allvarliga händelser och stora olyckor. Hur detta sker och med vilken ambition varierar. För att bättre kunna ta tillvara på erfarenheter från allvarliga händelser och stora olyckor trycker flera länsstyrelser på behovet av en nationell databas samt utvecklade samverkansformer och utrednings- och analysmetoder för allvarliga händelser och stora olyckor. Vår studie av erfarenheter från fyra allvarliga händelser visar också på behovet av en databas där berörda myndigheter och andra aktörers dokumenterade erfarenheter från allvarliga händelser samlas.

Det går inte att ge någon generell bild av hur **kommunerna** arbetar med att ta tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser. Även på den kommunala nivån ger analysen fog för uppfattningen att förmågan att ta tillvara erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser är mycket beroende på hur den politiska styrningen sker samt om man har skapat organisation, arbetsformer och resurser för ett tvärsektorielt arbete.

För att uppnå ett framgångsrikt **olycks- och skadeförebyggande arbete på nationell, regional och lokal nivå** krävs ett brett samarbete mellan många olika samhällsaktörer. En grundläggande förutsättning för ett sådant arbete är att det finns en tillförlitlig statistik över olyckor och skador. Utan det blir det svårt att bedöma effekterna av ett förebyggande arbete. På kommunal nivå finns det behov av en heltäckande olycks- och skaderegistrering i det egna geografiska området som kan ge en samlad bild över det lokala skadepanoramata.

MSB anser att en heltäckande detaljerad olycks- och skaderegistrering kan komma att ha stor betydelse för utvecklingen av det olycks- och skadeförebyggande arbetet på nationell, regional och kommunal nivå. Ett nationellt system bedöms bli mer kostnadseffektivt i jämförelse med att olika system och lösningar för olycks- och skaderegistrering utvecklas i kommuner och landsting.

SOS Alarm AB är den aktör som har tillgång till mest händelserelaterad och samverkansorienterad data över hela hotskalan. Att dessa data framgent kan utnyttjas i ökad omfattning för utredningar och analyser borde vara en viktig framgångsfaktor för ett bättre tillvaratagande av erfarenheter på alla systemnivåer. De hinder som finns, i form av otydlig tillämpning av sekretessregler samt begränsad lagringstid för larmsamtal, bör därför snarast undanröjas.

1. Uppdrag

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har i sitt regleringsbrev för 2011 fått i uppdrag att "följa upp och redovisa hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på kommunal, regional och nationell nivå i syfte att öka lärandet från inträffade kriser och olyckor". MSB ska redovisa arbetet till Regeringskansliet (Försvarsdepartementet) senast den 15 november 2011.

Regeringen har tidigare framhållit vikten av lärande från inträffade händelser. "Förmågan i samhället att förebygga och hantera olyckor och kriser bör kontinuerligt förbättras genom lärande från inträffade händelser samt genom att erfarenheter och erhållna kunskaper från tillsyn, uppföljning och utvärdering tillvaratas och förmedlas. Arbeta med att inhämta och förmedla kunskaper bör ske på ett systematiskt och strukturerat sätt och genomföras såväl områdesvis som på en övergripande samhällsnivå. Tvärsektoriella och samlade bilder och bedömningar som tillgodoser nationella, regionala och lokala behov bör kunna förmedlas."(Proposition 2010/11:1)

2. Metod och genomförande

2.1 Modeller

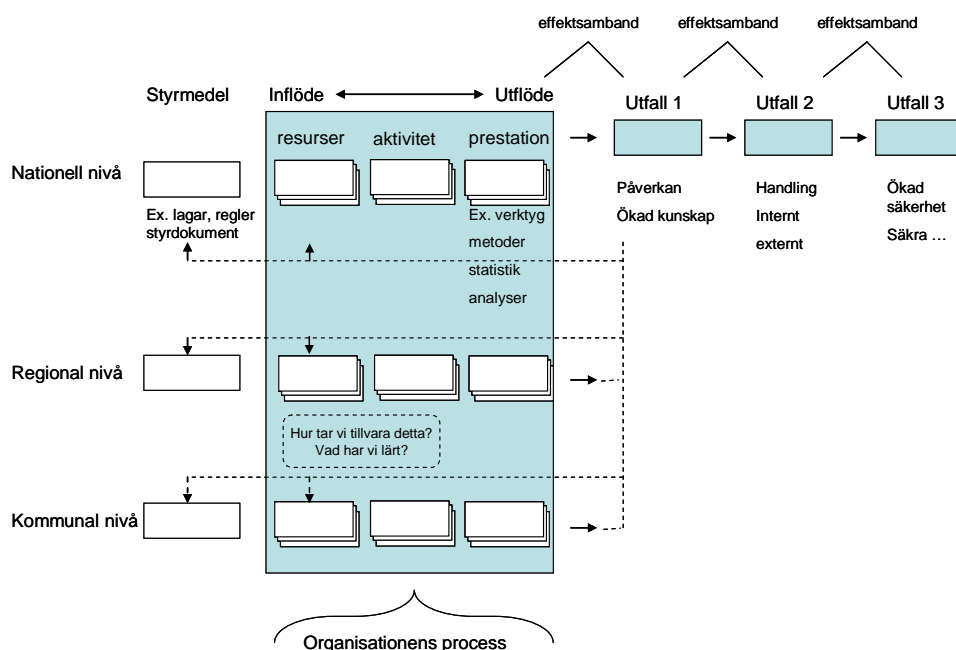
I det aktuella uppdraget har tre huvudsakliga modeller använts; en programteori med aktörsperspektiv, en modell för värdering av kvaliteten i enskilda aktörers erfarenhetsåterföring (kedjemodellen) samt en modell för att belysa samband mellan styrformer inom olika samhällsområden och hur erfarenheter tas till vara inom dessa områden.

2.1.1 Programteori

Programteorin är en teoretisk modell som visar orsak och verkan-samband. Den visar på vad en verksamhet avser uppnå med sina åtgärder och det tänkta sambandet mellan åtgärderna och förväntat resultat.

Programteorin för hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara av olika aktörer är indelad i tre nivåer. Den visar hur utflödet från de tre nivåerna kan leda till utfall i flera steg, exempelvis ökad kunskap som leder till någon slags handling, som i sin tur leder till att säkerheten ökar. Utflödet kan exempelvis bestå av statistik, olycksundersökningar, analyser, utvärderingar mm.

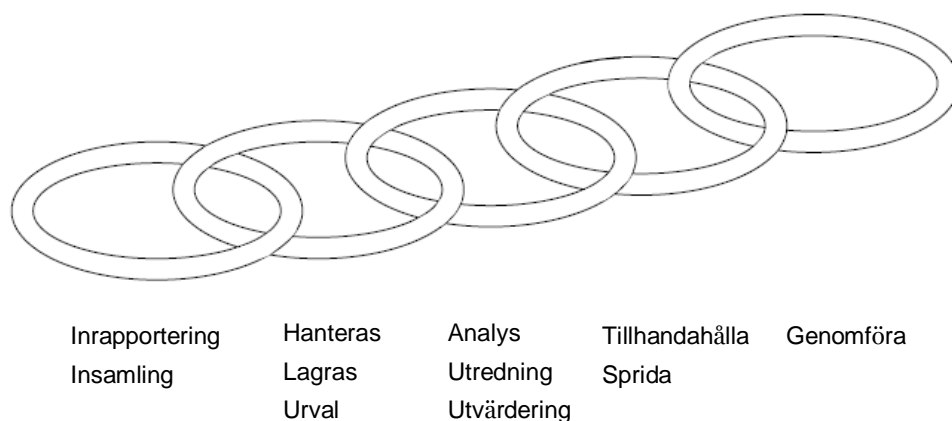
Utflödet och utfallen kan också vara ett inflöde i organisationers processer på samtliga nivåer och även påverka olika styrmedel som lagar, regler mm.



Figur 1. Programteori om hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara av aktörer på kommunal, regional och nationell nivå.

2.1.2 Kedjemodell

Kedjemodellen visar hur erfarenhetsåterföring inom varje organisation kan ses som en "process av händelser och åtgärder vars mål är att undvika att liknande olyckor inträffar igen" (Lindberg 2010). Den bygger på ett helhetstänkande och visar på ett tydligt sätt att om en av länkarna i kedjan fallerar så faller hela kedjan.



Figur 2. Kedjemodellen. Egen bearbetning av Lindberg 2010.

För att förebygga och bättre hantera uppkomna olyckor eller allvarliga händelser erfordras fakta.

Rapporteringsförfarandet är i allra högsta grad viktigt. Om inget rapporteras finns heller inga utsikter för att det ska ske något lärande. Att snegla på andra

för att inhämta inspiration och idéer om hur inrapporteringen kan bli bättre är ett enkelt och många gånger effektivt tillvägagångssätt.

I många miljöer är antalet olyckor så stort att det inte är möjligt att utreda allt. I andra miljöer kan det inträffa många mindre olyckor av samma typ. Det kan även vara en kombination av dessa två som gör att inte alla olyckor utreds. Oavsett orsaken behöver många organisationer göra något slags *urval* av vad som ska utredas.

Själva *utrednings- och utvärderingsfasen* är mittpunkten i erfarenhetsåterföringsprocessen. Ett flertal metoder finns att tillgå som stöd i utrednings- och utvärderingsarbetet.

För att det ska kunna ske ett lärande måste resultat, kunskap och erfarenheter *spridas*. Information måste komma rätt personer till kännedom för att läroprocessen ska kunna starta.

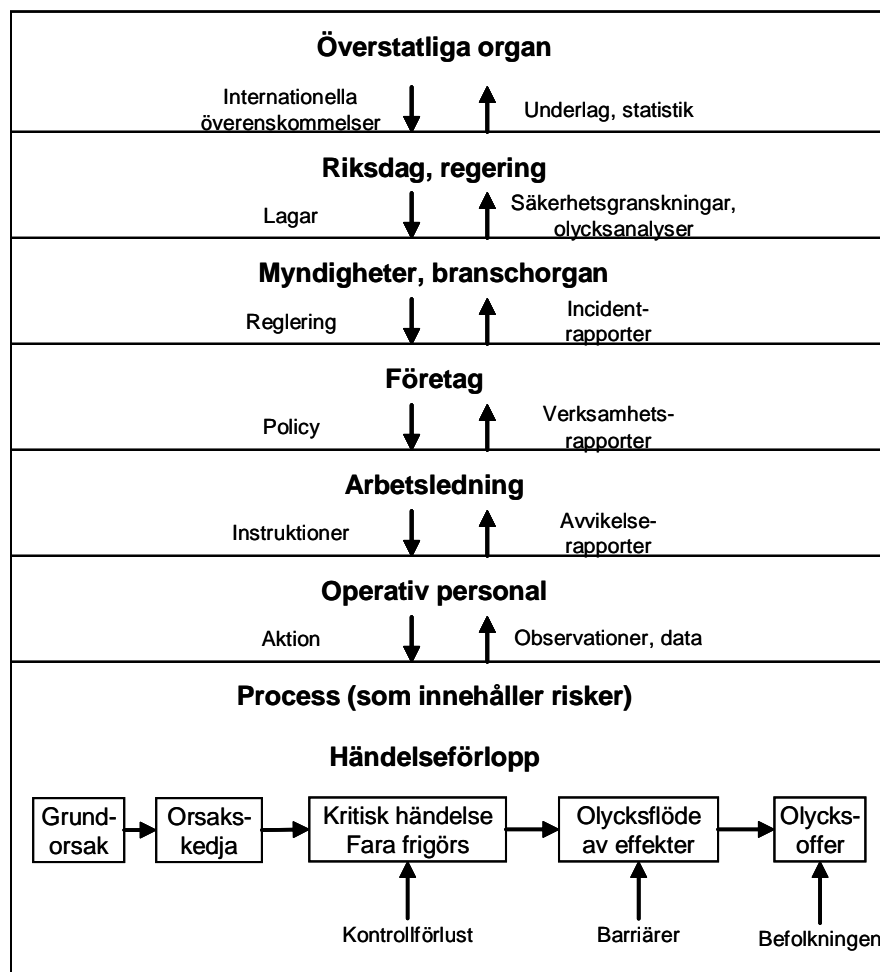
För att nå ett resultat i det förebyggande och förberedande arbetet måste förbättringar utifrån utrednings- och utvärderingsresultat *genomföras*.

Tanken bakom kedjemodellen är mycket enkel. Den bygger på en faktisk kedja på så vis att varje länk måste fungera för att kedjan ska hålla. Syftet med kedjan är att presentera ett enkelt sätt att gå igenom viktiga steg i en erfarenhetsåterföringsprocess. I arbetet med detta regeringsuppdrag har vi valt att studera och presentera hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på kommunal och regional nivå, enligt kedjemodellen. Även på nationell nivå används kedjemodellen för att beskriva de system för statistik och olycksutredning som finns. Skillnaden är att de olika länkarna kan finnas på olika nivåer i det sociotekniska systemet som beskrivs nedan.

2.1.3 En socioteknisk modell för samhällets lärande

Ett sätt att betrakta systematiken i lärandet för ökad säkerhet på samhällsnivå är att se samhället som ett sociotekniskt system enligt den modell som utvecklats av Rasmussen och Svedung (Rasmussen & Svedung 2004). Modellen framhåller återföring av erfarenhets- och tillståndsdata uppåt i systemet som ena delen i en stor förbättrings- eller kvalitetsloop, som på en abstrakt nivå kan betraktas som samhällets "lärande". Syftet med denna återföring är att ge underlag för avstämning och justering av systemets styrande del, bestående av lagstiftning, målformuleringar, resurstilldelning etcetera. Informationen som strömmar i systemet aggregeras uppåt mellan systemnivåerna. På motsvarande sätt anpassas, tolkas eller finfördelas den styrande informationen nedåt i systemet.

I föreliggande rapport har modellen använts som utgångspunkt för analys av hur styrformerna inom olika samhällsområden (arenor) påverkar hur, dvs. med vilken ambition, resursavsättning, systematik etcetera, erfarenheter tas tillvara inom respektive område.



Figur 3. Samhällets lärande för säkerhet. Socioteknisk modell från Rasmussen och Svedung 2004, egen översättning.

2.2 Samhällsområden (Arenor)

Samhällets säkerhetsarbete präglas av stark sektorisering. Det finns begrepp som barnsäkerhet, äldresäkerhet, arbetarskydd, trafiksäkerhet, flygsäkerhet, järnvägssäkerhet, sjösäkerhet, bostadssäkerhet, elsäkerhet, brandsäkerhet, produktsäkerhet och patientsäkerhet med flera.

Styrformerna varierar kraftigt mellan olika områden och för olika olyckstyper. För vissa områden finns ett tydligt ansvar reglerat i lagstiftning, till exempel arbetsmiljö. För andra områden finns ett så kallat samordningsansvar, till exempel barnsäkerhet. För ytterligare områden saknas helt ett uttalat ansvar, till exempel äldresäkerhet.

I denna rapport redovisas hur erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på nationell nivå utifrån följande samhällsområde:

- Arbetslivet
- Transporter

- Skola, hem och fritid
- Sjukvård

Händelser som påverkar en eller flera samhällsområden indelas i:

- Naturolyckor
- El/ Elektroniska kommunikationer/IT(störningar)
- Kriser, haverier och räddningsinsatser

För varje område redovisas:

- dagens riskbild (Bilaga 1)
- statlig styrning
- berörda nationella myndigheter
- hur erfarenheter tas tillvara

Detta ger inte en fullständig bild över alla aktörer och områden men täcker en mycket stor del av samhällsverksamheten.

Ovanstående bilder kompletteras med hur man tillvaratar erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser som drabbar utsatta grupper som barn och äldre samt en beskrivning av samarbetsforum för att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling.

2.3 Centrala begrepp

Begreppen olycka och kris kan i relation till varandra betraktas utifrån en hotskala - från vanligt förekommande händelser till extraordinära händelser.

En *olycka* är en plötslig händelse som får effekter på hälsa, miljö eller egendom och är oavsiktlig.

En *kris* är en händelse som drabbar många människor och stora delar av samhället samt hotar grundläggande värden och funktioner. Kris är ett tillstånd som inte kan hanteras med normala resurser och normal organisation. Den är ofta oväntad, utanför det vanliga och vardagliga och att lösa krisen kräver samordnade åtgärder från flera aktörer (Proposition 2007/08:92). En kris behöver till skillnad från en olycka inte vara oavsiktlig utan kan vara en följd av avsiktliga händelser, s.k. antagonistiska handlingar.

En *allvarlig händelse* är en händelse som avviker från det normala samt innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser.

Begreppen olycka, kris och allvarlig händelse överlappar varandra när det gäller vissa typer av händelser, dvs. en händelse kan av vissa samhälleliga aktörer definieras som antingen en *stor och omfattande olycka* eller en *allvarlig händelse eller kris*. Mot den här bakgrunden kan konstateras att det

dels föreligger vissa skillnader mellan en olycka och en kris, men att det också finns en gråzon där begreppen flyter ihop. Förutom redan nämnda skillnader skiljer sig även strategier och metoder ofta åt när det gäller att förebygga olyckor respektive kriser. De är i många avseenden olika till sin karaktär, bygger på olika lagstiftningsområden och tillgången på data och statistik är av naturliga skäl olika.

I rapporten används såväl begreppen *olycka* och *kris* som *allvarlig händelse*. Begreppen kris och allvarlig händelse behandlas i rapporten som i princip synonyma begrepp.

I lagstiftningssammanhang brukar ofta avsikten bakom en händelse tillmätas stor betydelse. När det gäller erfarenheter och lärande som kan dras från en viss händelse blir ofta uppsåtet bakom händelsen mindre betydelsefullt. Ett exempel utgörs av diskoteksbranden i Göteborg som, trots att den var anlagd, utreddes av Statens haverikommission (SHK) enligt lagstiftningen om undersökning av olyckor. Det går att anföra ett stort antal liknande exempel.

Ett område som tidigare hanterats bristfälligt i exempelvis utredningssammanhang på samtliga nivåer rör självsador. Okunskap och mytbildning kring suicid som företeelse har lett många till den felaktiga uppfattningen att det är en problematik som endast rör den psykiatriska vården. På senare år har emellertid modeller om suicid som ”psykologiskt olycksfall” rönt insteg och gett upphov till preventionsprogram inom såväl järnvägssektorn (Rådbo 2008) som på kommunal nivå (MSB 2009).

Erfarenhetsåterföringsbegreppet är mångfacetterat. Här definieras *erfarenhetsåterföring* som den process i vilken information och kunskap om händelser, som har, eller skulle kunna ha lett till skador på skyddsvärda storheter (människa, miljö, egendom, förtroende för demokratiska värden etcetera) identifierats, samlats in, analyserats och därefter delgetts de aktörer som har nytta av den. I processen ingår särskilt att upptäcka händelser, beskriva händelseförlopp samt dess konsekvenser och orsaker. Syftet är att bidra till ökad säkerhet.

2.4 Genomförande

Uppdraget att följa upp och redovisa hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på kommunal, regional och nationell nivå i syfte att öka lärandet från inträffade kriser och olyckor är omfattande. Vi har valt att begränsa uppdraget till att ge en översiktlig bild av hur statliga myndigheter hanterar detta inom ett antal samhällsområden samt hur hanteringen sker på regional och kommunal nivå. Våra analyser handlar om förutsättningar för, styrning av och systematik för att förbättra erfarenhetsåterföringen, inte om hur det bör ske för olika områden och av vilka aktörer.

På den *nationella nivån* har studien avgränsats till att omfatta myndigheter som på olika sätt är involverade i ovanstående samhällsområden (se kapitel 2.2). Beskrivning av hur man genom uppföljning, statistik och utredningar tar

tillvara erfarenheter har hämtats från två rapporter och från myndigheternas hemsidor. Rapporterna är ”Register över olyckor och allvarliga händelser, MSB kartläggning våren 2010” och ”Svenska myndigheters erfarenhetsåterföring” (Lindberg 2010).

Beskrivningarna har därefter gått på remiss till myndigheterna för granskning och komplettering.

Beskrivningarna avseende dagens riskbild, hur den statliga styrningen sker samt ansvariga aktörer har hämtats från olika rapporter från MSB.

På *regional nivå* har uppdraget avgränsats till att omfatta länsstyrelse och landsting.

För att få en bild av hur länsstyrelserna arbetar med erfarenhetsåterföring av olyckor och allvarliga händelser har intervjuer genomförts med sex länsstyrelser. De funktioner som intervjuats har varierat mellan de olika länsstyrelserna. Den första kontakten har oftast varit med krisberedskapsfunktionen. De som intervjuats har jobbat med krisberedskap, miljöskydd, djurskydd, livsmiljö etcetera. Totalt har 15 personer intervjuats.

För beskrivning av landstingens sammanställning av den förebyggande verksamheten med personskador (olycksfall och skador till följd av avsiktlig självdestruktiv handling och våld/övergrepp), skaderegistrering samt patientsäkerhetsarbetet har uppgifter hämtats från olika webbplatser som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen samt några olika landsting. Uppgifter om skaderegistrering har i huvudsak hämtats ur en rapport om Skaderegistrering från Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (Malmjö 2010). Uppgifter om patientsäkerhet har även inhämtats genom telefonsamtal med en handläggare vid SKL.

Fyra telefonintervjuer om stora olyckor eller allvarliga händelser har genomförts med ansvariga tjänstemän och handläggare inom säkerhet och beredskap i fyra landsting/regioner. Vissa uppgifter har också hämtats från Center för eHälsa i samverkan (CeHis).

På *kommunal nivå* har uppdragets avgränsats till att omfatta kommunen som organisation och med geografiskt områdesansvar.

För att få en bild av hur kommuner arbetar med erfarenhetsåterföring av olyckor och allvarliga händelser har intervjuer genomförts vid 30 kommuner. Dessa kommuner har valts ut genom att ett slumpvis urval dragits inom varje kommungrupp, enligt den indelning som tagits fram av SKL¹.

¹ 1 januari 2011 reviderades Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning. Den nya indelningen innehåller tio kommungrupper.

De funktioner som intervjuats har varierat mellan de olika kommunerna. Den första kontakten har oftast varit med kommunens säkerhetssamordnare (eller liknande funktion) som sedan varit behjälplig med att samla olika funktioner för en gruppintervju. I vissa kommuner har av rent praktiska skäl intervjuer fått genomföras vid flera tillfällen. De som intervjuats har varit säkerhetssamordnare, räddningschefer, olycksutredare, folkhälsoplanerare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), socialchef m fl. Totalt har 86 personer intervjuats.

Intervjuer med företrädare för länsstyrelser, landsting och kommuner har genomförts med stöd av ett strukturerat och standardiserat frågeformulär (Bilaga 2). Framställningen av intervjuerna följer strukturen i kedjemodellens fem steg.

I det avsnitt som behandlar stora olyckor och allvarliga händelser har avgränsningen satts till fyra olika typer av händelser: Stormen Gudrun 2005, bussolyckan i Rasbo 2007, diskoteksbranden i Göteborg 1998 samt Fågelinfluensan (H5N1) 2006. Dessa har valts med tanke på att det ska ha gått några år sen händelsen, så att det funnits tid för implementering av erfarenheter.

Största delen av informationen från allvarliga händelser kommer från rapporter, aktörers egna utvärderingar av arbetet och andra diarieförda dokument från myndigheter, länsstyrelser och kommuner samt MSB:s naturolycksdatabas. Dessa data har kompletterats med information från personer hos berörda aktörer. Dessa kontakter har skett via telefon och mejl, men även genom längre intervjuer hållna med företrädare för myndigheter, länsstyrelse och kommun.

2.4.1 Läsanvisningar

Rapporten börjar (kapitel 3) med att beskriva hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på nationell nivå utifrån olika samhällsområden. Därefter i kapitel 4 och 5 beskrivs hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på regional respektive kommunal nivå.

Kapitel 6 beskriver fyra allvarliga händelser. Där redogörs vilka rekommendationer och lärdomar som dragits från dessa händelser och hur de tagits tillvara av olika aktörer.

Slutligen redogörs studiens slutsatser i kapitel 7.

I en bilaga beskrivs dagens riskbild utifrån olika samhällsområden.

3. Nationell nivå

3.1 Arbetslivet

3.1.1 Definition

Arbetslivet omfattar här verksamhet som bedrivs av juridiska personer. Arbetsmiljölagen omfattar i sin helhet verksamhet i vilken arbetstagare utför arbete för arbetsgivares räkning. Syftet med lagen är att skapa en god arbetsmiljö så att skador och ohälsa på grund av arbetsförhållandena undviks. Den som genomgår utbildning omfattas av arbetsmiljölagen men denna grupp tas upp särskilt i avsnitt 3.3 om skola, hem och fritid. Inom arbetslivet pågår verksamhet som kan påverka egendom och miljö. De händelser inom arbetslivet som omfattar skador på egendom eller miljö finns i avsnittet nedan.

3.1.2 Statlig styrning

Arbetsmiljölagen (1977:1160), Arbetsmiljöförordning (1977: 1166) med tillhörande föreskrifter. (AML, AMF, AFS)

Socialförsäkringsbalken (SB)

Starkströmsförordningen (2009:22)

Lag (1999:381), förordning (1999:382) och föreskrift (2005:2) om åtgärder för att förebygga och begränsa följderna av allvarliga kemikalieolyckor. (Seveolagstiftningen)

Lag (2010:1011) och förordning (2010:1075) om brandfarliga och explosiva varor. (LBE, FBE)

Lag (2003:778) och förordning (2003:789) om skydd mot olyckor omfattande anläggning med farlig verksamhet enligt 2 kap.4§. (LSO, FSO)

Rapporteringsskyldigheten av olyckor och tillbud för Sevesoverksamheter finns reglerad i 2 kap 4§ FSO. Denna rapporteringsskyldighet omfattar även flygplatser, dammar och andra större anläggningar som liksom Sevesoverksamheterna har beslutats som farlig verksamhet av länsstyrelsen.

3.1.3 Berörda nationella myndigheter

Arbetsmiljöverket (AV), MSB och Elsäkerhetsverket.

3.1.4 Hur erfarenheter tas tillvara

Arbetsmiljöverket tillhandahåller officiell statistik över arbetsskador och arbetsorsakade besvär. Arbetsskador insamlas via Försäkringskassan där skador som föranlett minst en dags sjukskrivning registreras. Uppgifterna lagras i informationssystemet för arbetsskador ISA som är sökbar via webben. AV ger även ut en årlig rapport om arbetsskador som baseras på uppgifter ur databasen. Arbets-skadeförsäkringen omfattar endast elever från åk 7 och högre som utför praktik eller liknande uppgifter vilket medför att övriga elever och

studerande inte ingår i den officiella arbetsskadestatistiken. Följdriktigt ingår inte heller värnpliktiga, interner och andra personer i arbetsmarknadsåtgärder i den officiella arbetsskadestatistiken. AV för emellertid en del sådan statistik.

Arbetsorsakade besvär fångas via SCB:s stora arbetsmiljöundersökning som görs på uppdrag av AV vartannat år och vars resultat publiceras i en rapport. Statistiken används dels internt inom myndigheten för tillsyn, föreskriftsarbete och information dels av arbetsgivare, arbetstagare, media, branschorganisationer samt för forskning.

Arbetsgivares anmälningar av olyckor och tillbud enligt 2 § AMF sammanställs i årliga rapporter som används internt inom AV.

Arbetsmiljöverket har ingen lagstadgad skyldighet att genomföra olycksutredningar men gör det inom sitt tillsynsuppdrag. AV får kännedom om olyckorna främst genom arbetsgivarens rapporteringsplikt enligt 2 § AMF. Arbetsmiljöverket uppmärksammar även andra myndigheter på olyckor och tillbud som anmäls, t.ex. finns upparbetade kontakter med Elsäkerhetsverket som på detta sätt blir uppmärksammade på elolyckor inom arbetslivet.

Centralt genomförs djupstudier med särskilda årsvisa teman eller branscher. Djupstudierna har genomförts som ett treårigt projekt som nyligen avslutats och utvärderats. Tema för djupstudierna har varit fall inom byggbranschen, olyckor inom jord- och skogsbruk samt truckolyckor. Syftet med djupstudierna är att hitta bakomliggande faktorer till olyckorna. Erfarenheterna från djupstudierna har redovisats i rapporter som presenterats på AV:s webb, via nyhetsbrev till berörda branscher samt till EU. Internt har djupstudierna använts som underlag till informationsinsatser, för prioritering av inspektioner och vid regelöversyn.

Andra olyckor utreds ofta av distriktskontoren via inspektion som genomförs efter inträffad olycka. Arbetsgivaren är enligt AML skyldig att genomföra en egen utredning efter en olycka. Inspektionen medför som regel att krav ställs på arbetsgivaren att genomföra åtgärder för att förhindra liknande olyckor. Inom tillsynsverksamheten görs alltid uppföljning av att tillräckliga åtgärder vidtagits enligt de krav som ställts vid inspektionen.

Elsäkerhetsverket får kännedom om inträffade elolyckor genom AV, från innehavare av en nätkoncession, från innehavare av en starkströmsanläggning för spårburen trafik eller trådbuss (innehavarna har en lagstadgad skyldighet att anmäla), media eller enskilda anmälningar via hemsidan eller telefon. Via ett webbformulär, samlas uppgifter om elolyckan som sedan överförs och blir registrerade i myndighetens olycksdatabas. Samtliga rapporterade elolyckor genomgår en kvalitetsgranskning, kodning och bedömning för hur vidare hantering av elolyckan ska ske. Information sammanställs och publiceras varje år på Elsäkerhetsverkets hemsida. Kunskaperna används internt för föreskrifts- och standardiseringsarbeten medan branschorganisationer och utbildningsföretag är de största externa målgrupperna.

Elsäkerhetsverket utför utredning av vissa elolycksfall och tillbud i syfte att ge en kunskapsuppbyggnad om risker med el, så att person- och saksador kan förebyggas. Erfarenheter från utredningarna ska ge underlag till myndighetens föreskriftsarbete, verksamhetsplanering, informationsinsatser, tillsynsarbete och standardiseringsarbete. Både AV och Elsäkerhetsverket använder etablerade utredningsmetoder.

Spridningsprocessen sker bland annat genom myndighetens hemsida, där utredningar och information publiceras löpande.

Verksamheter, som är beslutade som så kallade farliga verksamheter enligt 2 kap 4 § LSO, är skyldiga att rapportera olyckor och tillbud till MSB. Rapporteringen sker via ett webbformulär där både statistiska och kvalitativa uppgifter samlas in och lagras i databasen SOOT (Samordnat Olycks- Och Tillbudsrapporteringsystem). Det är möjligt att göra sökningar internt inom myndigheten. Databasen har varit i drift i fem år och det är först nu som mängden händelser är tillräckligt stor för analys och spridning av resultat. Hittills har databasen använts för att lagra och sortera rapporterade händelser och enskilda rapporter har använts internt vid tillståndsärenden. I några fall har olyckor rapporterats vidare till EU:s MARS-databas för Sevesoolyckor.

Händelser med brandfarliga och explosiva ämnen hanteras på samma sätt. Utbildningsföretag som utbildar i hantering av farliga ämnen, forskare och media är grupper som ofta begär utdrag ur databasen. Händelser som rapporteras kan avse skador på såväl personer som egendom och miljö men är helt beroende på hur rapportören fyller i uppgifterna angående konsekvenserna av olyckan. Obligatoriska uppgifter är enbart om skada eller risk för skada funnits för person, egendom eller miljö. Mycket sällan finns uppgifter om kostnader för skadad egendom eller uppmätta skador på miljön. Kvantitativa uppgifter om mängd utläckt ämne och personskador är däremot vanligt.

3.2 Transporter

3.2.1 Definition

Alla väg-, tåg-, fartygs- och flygtransporter.

3.2.2 Statlig styrning

Riksdagsbeslut nollvisionen samt etappmål (för vägtrafik) för en säker trafik: ”Antalet dödade och allvarligt skadade till följd av trafikolyckor inom alla transportslag bör, i enlighet med nollvisionen, fortlöpande minska. Särskilt bör åtgärder som syftar till att förbättra barns trafiksäkerhet prioriteras.”

Lag (2006:263), förordning (2006:311) och föreskrift om transport av farligt gods.

Internationella och nationell regler avseende flyg-, järnvägs- och fartygssäkerhet och tillbud.

Lag (1990:712) om undersökning av olyckor.

3.2.3 Berörda nationella myndigheter

Transportstyrelsen, Trafikverket, Trafikanalys, Luftfartsverket, Sjöfartsverket, MSB och Statens Haverikommissionen (SHK).

3.2.4 Hur erfarenheter tas tillvara

Vägtrafikolyckor

Väl utvecklade och etablerade system finns för att följa upp och utreda vägtrafikolyckor och dess skadeförlopp.

Rapporteringen av vägtrafikolyckor kommer från SOS Alarm och polisen till trafikledningscentralerna och vidare till Trafikverket. Uppföljningen utgör underlag för utredningsverksamheten, se nedan.

Uppföljning av skadeförloppen sker via STRADA som är ett informationssystem för data om skador och olyckor inom hela vägtransport-systemet. Systemet bygger på uppgifter från både polisen och sjukvården. STRADA får uppgifter från 57 av landets 62 akutsjukhus. Med hjälp av uttagswebben – eller genom att beställa datauttag från Transportstyrelsen – kan kommuner, forskare med flera använda informationen i STRADA bl.a. för att stödja det lokala trafiksäkerhetsarbetet.

Trafikverket presenterar skadestatistiken uppdelat för ett antal olika trafikantkategorier på nationell och regional nivå. Trafikanalys har dock ansvar för den officiella statistiken.

Djupstudier av dödsolyckor på väg regleras i instruktionen för Trafikverket. Ett väl utvecklat system finns för hur man samlar in information, utreder, värderar, rapporterar, rekommenderar, fattar beslut och följer upp. Systemet säkerställer att ingenting ”hamnar mellan stolarna”. Djupstudieverksamheten revideras med jämna mellanrum. Djupstudierna har lett till fördjupade

kunskaper om olyckor, varför och hur de uppstått samt vilka skador de lett till. Dessa kunskaper har varit av stor betydelse för trafiksäkerhetsarbetet.

Den så kallade OLA-processen (OLA: Objektiva fakta, Lösningar och Avsikter) som tillämpas inom vägtrafikområdet är en strukturerad form av lärande som kan sägas utgöra ett gott försök att tillämpa kedjemodellen i ett system med många aktörer (Lunds Tekniska Högskola 2005).

Ett väl utvecklat samarbete finns mellan Transportstyrelsen, Trafikverket, och Trafikanalys utifrån deras olika roller.

Luftfarts-, järnvägs- och sjöfartsolyckor

Hanteringen av olyckor och tillbud vid flyg-, tåg- och fartygstransporter har sedan lång tid tillbaka reglerats av internationella standarder/regler och tillämpningen regleras genom lagar och föreskrifter. Myndigheternas roller och ansvar finns tydligt angivna.

Olika kriterier finns uppsatta för när och hur verksamhetsutövare (transportörer och infrastrukturansvariga) ska rapportera olyckor och tillbud till berörda myndigheter. För rapporteringen har myndigheterna olika informationssystem, bl.a. Synergi och JAS inom tågtrafiken, ECCARS inom flygtrafiken, INSJÖ inom fartygstrafiken.

Informationen används som underlag till rapporter om olycksstatistik som publiceras på myndigheternas hemsida. Statistiken rapporteras även vidare enligt olika rutiner till andra myndigheter och internationella organ. Trafikanalys ansvarar för Sveriges officiella statistik inom transportområdet bl.a. transportsektorns negativa konsekvenser till följd av transportsystemets användning, såsom dödade och skadade samt emissioner.

Statistiken används exempelvis för analyser av olyckskostnader, bedömning av olycksutveckling, analyser av orsaker och kan tas fram på flera olika nivåer.

Inom tågtrafiken har Trafikverket och järnvägsföretaget krav från Transportstyrelsen att utreda olycksfall och vidta åtgärder där säkerheten har brustit. Olika kriterier finns uppsatta för när tillbud och olycksfall ska utredas. Inom tågtrafiken är verksamhetsutövare även skyldiga att redovisa en årlig säkerhetsrapport.

Inom flygtrafiken och sjöfarten utreder Statens Haverikommission olyckor och allvarliga händelser.

När ett företag/myndighet har anmält en olycka eller ett tillbud avgörs om detta ska rapporteras vidare till SHK. Som stöd för avgörandet finns kriterielista för respektive trafikslag upprättad av SHK i samarbete med berörda myndigheter. Inom alla områden (luft, sjö, järnväg, andra olyckor) finns instruktioner hur utredningsarbetet ska genomföras och vilka beslut som ska fattas.

Olyckor vid transport av farligt gods

Avsändare eller transportörer av farligt gods, oavsett transportslag, rapporterar in olyckor och tillbud till MSB. Rapporteringen sker via ett webbformulär där både statistiska och kvalitativa uppgifter samlas in och lagras i en databas. Olyckor inom sjöfart och flyg rapporteras även till Transportstyrelsen. De olyckor som uppfyller vissa kriterier som definierats i lagstiftningen måste rapporteras. MSB gör ingen sällning av om andra mindre händelser rapporteras utan ser möjligheter att även lära av dessa. Skada eller risk för skada på såväl människa som egendom och miljö registreras i databasen. Denna används dels för internt bruk inom MSB, dels för analys i en grupp med branschrepresentation. Årliga sammanställningar av olyckor och tillbud presenteras på MSB:s webb.

3.3 Skola, hem och fritid

3.3.1 Definition

I skola, hem- och fritidsmiljöer ingår bostad och bostadsområde, skola, sport- och idrottsmiljöer med flera.

3.3.2 Statlig styrning

Säkerhetskrav regleras i produktsäkerhetslagen (2004:45), leksakslagen (2011:5791) samt lagen om personlig skyddsutrustning för privat bruk (1192:1326).

Boverkets byggregler avseende säkerhet i händelse av brand, olycksfall till följd av halkning, snubbling, fall, sammanstötning, klämning, brännskador, explosioner, drunkning, instängning, förgiftning, el-stötar och elchocker.

Elsäkerhetsverkets föreskrifter inom elsäkerhetsområdet.

Folkhälsopolitiska målet nr.5 Miljöer och produkter.

Lag (2003: 778) och förordning (2003:789) om skydd mot olyckor – brandförebyggande.

3.3.3 Berörda nationella myndigheter

Konsumentverket, Boverket, Elsäkerhetsverket, Folkhälsoinstitutet (FHI), MSB, Skolverket

3.3.4 Hur erfarenheter tas tillvara

Samhällsområdet är inte lagreglerat på samma sätt som områdena arbetsliv och transporter. Det finns få krav på skyldighet att rapportera olyckor inom skola, hem- och fritidsområdet.

Berörda myndigheter har olika sätt att fånga upp olyckor inom sina ansvarsområden. Rapportering kan komma från organisationer och företag, nätverk och genom enskilda anmälningar t.ex. via hemsida. Underlag avseende inträffade olyckor hämtas även från massmedia. Anmälningar registreras i myndigheternas olika ärendehanteringssystem. För elområdet finns en särskild olycksdatabas. Skolverket följer inte upp eller utreder inträffade olyckor .

Berörda myndigheter har olika sätt för att fånga upp statistik från andra myndigheter. Exempelvis får FHI underlag för analyser inom målområdet "Miljöer och produkter" från Socialstyrelsen, Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen, Boverket, Strålsäkerhetsmyndigheten, Trafikverket, MSB, Konsumentverket, Brottsförebyggande rådet samt SKL.

I varierande utsträckning används Socialstyrelsens statistik över skador och förgiftningar som grundar sig på uppgifter från dödsorsaksregistret (DOR), patientregistret (PAR) och Injury Data Base (IDB) Sverige.

Den årliga rapporten "Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård" ger en samlad beskrivning när det gäller personer som vårdats på sjukhus för en skada eller förgiftning. Statistik från den utvidgade och fördjupade skaderegistreringen för IDB finns bland annat i rapporten "Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning". Fördjupade analyser om olyckors skadeförlopp inom hem och fritidsområdet har tagits fram av MSB. MSB samarbetar med berörda myndigheter i detta arbete.

Uppföljning av olyckor inom skola, hem och fritidsområdet som har lett till räddningsinsatser sker genom den kommunala räddningstjänstens insatsrapporter. Dessa sammanställs och analyseras av MSB. Många av de olycksundersökningar som kommunerna genomför skickas på frivillig väg till MSB som avidentifierar dessa och presenterar dem på MSB:s webb. Dessa används för analyser inom olika områden. Ett utvecklat samarbete för denna typ av erfarenhetsåterföring finns med Elsäkerhetsverket, Konsumentverket och Boverket men även andra myndigheter kan bli berörda.

3.4 Sjukvård

3.4.1 Definition

Patientsäkerhet - vårdgivare har ett tydligt ansvar att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskador, i syfte att bidra till hög patientsäkerhet.

3.4.2 Statlig styrning

Patientsäkerhetslag (2010:659) började gälla 1 januari 2011.

Syftet med lagen är att göra vården säkrare. Lagen är tydlig om att ansvaret i vården måste förändras. Enligt lagen ska den som bedriver hälso- och sjukvård vara skyldig att göra allt som behövs för att se till att patienter inte drabbas av vårdskador. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera risker som de lägger märke till i verksamheten enligt lex Maria.

3.4.3 Berörda nationella myndigheter

Socialstyrelsen.

3.4.4 Hur erfarenheter tas tillvara

Vårdgivaren rapporterar enligt formulär till Socialstyrelsen händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarliga vårdskador. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till Socialstyrelsen ge in utredning av händelsen.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Socialstyrelsen säkerställer att händelser som har anmälts till myndigheten har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. För detta finns metodhjälpmedel.

Socialstyrelsen tillvaratar systematiskt information som patientnämnder lämnar och om patientnämndsverksamhet m.m.

Socialstyrelsen sammanställer och presenterar även statistik avseende rapporterade händelser sorterat på län och landsting, verksamhetstyp och huvudman.

Socialstyrelsen sprider information till vårdgivare om inträffade händelser som har anmälts till myndigheten. Detta sker genom fallstudier, riskstudier och temanummer inom området patientsäkerhet. Analyserna visar varför det gick fel och hur bristerna kan åtgärdas ur ett systemperspektiv. Ibland kan även ekonomiska aspekter belysas samt de åtgärder som anmälan motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet.

Socialstyrelsens hemsidor om patientsäkerhet innehåller information, verktyg och metoder för att bygga en säkrare vård.

Ett väl utvecklat samarbetet sker med SKL för att öka patientsäkerheten. SKL har tagit fram åtta åtgärds paket eller kunskapsunderlag. Dessa beskriver hur förebyggande åtgärder inom olika områden effektivt minskar antalet vårdskador. Alla åtgärder bygger på den senaste vetenskapliga evidensen inom respektive område och kan användas både i kommuner och i landsting.

Inom patientsäkerhetsområdet har ett Nationellt IT-stöd för HändelseAnalyser, NITHA, utvecklats genom ett projekt med ett brett deltagande av flera landsting, se vidare landsting. Systemet bör ge stora möjligheter till nationella analyser men det är ännu för tidigt att uttala sig om effekterna.

3.5 Naturolyckor

3.5.1 Definition

I Sverige menas med naturolycka "naturhändelse med negativa konsekvenser". Det finns ingen absolut definitionsmässig gräns mellan olycka och katastrof, och därför nyttjas naturolycka som ett samlingsbegrepp. Att förebygga och hantera naturolyckor är utifrån en svensk kontext synonymt med FN:s definition: Disaster Risk Reduction, det vill säga katastrofriskreducering.

3.5.2 Statlig styrning

Sveriges anslutning till Hyogodeklarationen och Hyogo Framework for Action 2005-2015.

3.5.3 Berörda nationella myndigheter

MSB har i uppdrag att driva den nationella plattformen för arbete med naturolyckor vilken syftar till att förebygga och mildra effekterna av naturolyckor i samhället. Ett av plattformens strategiska målområden är att bedriva en effektiv dataförsörjning. Syftet är att identifiera samhällets behov av data och planeringsunderlag, samt förbättra tillgängligheten och underlätta utbyte av relevant information mellan berörda aktörer.

Den svenska nationella plattformen består av ett tvärsektoriellt nätverk med representanter från sammanlagt 17 myndigheter och organisationer. MSB är ansvarig för den verksamhet som bedrivs inom nätverket. Arbetet genomförs i aktiviteter som samverkande myndigheter bidrar med resurser till. Aktiviteterna kan vara till exempel seminarier, utredningar eller projekt. Samarbetet och samverkan inom den nationella plattformen syftar även till att skapa ett forum för gemensamt lärande och erfarenhetsåterföring från goda exempel på förebyggande arbete och inträffade händelser. Lärandet är inte systematiserat, men aktuella händelser tas upp på plattformens möten. Plattformen har använts för att utforma och initiera internationella observatörsinsatser, vilka administreras av MSB, inom områden som är av särskilt intresse för svenskt vidkommande. Plattformens medlemmar utför regelmässigt fältbesök där ett aktuellt problem studeras och man kan lära något nytt.

3.5.4 Hur erfarenheter tas tillvara

Det finns ingen likriktad systematik eller ambition på nationell nivå när det gäller insamling av data och erfarenhetsåterföring efter inträffade naturolyckor. Den politiska styrningen, nationellt och på EU-nivå, har inneburit en fokusering inom vissa områden. Översvämningsdirektivet, som EU antog 2007 efter ett årtionde med katastrofala översvämnningar i bl.a. Tyskland, Tjeckien och Storbritannien, har medfört en insamling, via länsstyrelserna till MSB som ansvarig myndighet, om historiska översvämnningar 100 år bakåt i tiden. Data som eftersökts handlar om orsaker till översvämnningen samt konsekvenser för liv och hälsa, verksamheter av olika

slag, miljö, kulturarv och hanteringsförmåga i akut skede. Informationen är en del i arbetet att analysera risker för framtida översvämningar och att identifiera områden med betydande översvämningrisker. Direktivet anger att översvämningar som inträffar framgent ska dokumenteras och MSB har ansvaret att samla in data av nämnd typ och rapportera vidare till EU.

Uppföljningar och utvärderingar kan vara resultatet av ett regeringsuppdrag eller att en särskild myndighet utför det inom ramen för sitt ansvarsområde. MSB har tidigare byggt upp en naturolycksdatabas som ett resultat av ett regeringsuppdrag. Databasen består huvudsakligen av kvalitativa uppgifter och är kopplad till ett GIS-verktyg. Någon automatisk rapportering sker inte till databasen utan MSB gör omvärldsbevakning och matar in uppgifter om olyckor som inträffat. Händelser som är katastrofala, och utvecklas till kriser, har följts upp av flera olika myndigheter. Exempelvis utreddes stormen Gudrun 2005 av ett tiotal olika myndigheter. Rapporterna kan laddas hem som digitala dokument från respektive myndighets hemsida, samt finns samlade och syntetiserade i MSB:s naturolycksdatabas. Slutsatser som dras i de olika myndigheternas rapporter kan leda till nya riktlinjer, rekommendationer, förordningar eller lagändringar.

Vid några tillfällen har MSB initierat erfarenhetsseminarier, t.ex. efter skredet på E6 vid Munkedal 2006 och skogsbranden i Bodträskfors samma år, i samverkan med länsstyrelser och drabbade kommuner. Fokus på dessa seminarier har varit räddningsinsats och akut krishantering.

De kostnader som uppstår för skador, eller annan påverkan, samt den akuta hanteringen sammanställs vanligen av kommuner, länsstyrelser och försäkringsbolag. De centrala myndigheterna summerar i sina rapporter de olika instansernas siffror.

3.6 El/Elektronisk kommunikation/IT

3.6.1 Elförsörjningen

Samtliga störningar för stamnätet lagras i Svenska Kraftnäts system för störningsanalyser (Anna-Klara). Alla preliminära störningsrapporter sänds ut till berörda i branschen. Internationellt finns ett gemensamt system för gradering och rapportering (ENTSO-E). Där rapporterar och informerar länderna varandra om störningar och händelser som har eller har kunnat påverka driftsäkerheten. På europeisk nivå är Sverige skyldigt att rapportera störningar av allvarigare art enligt en given definition.

Den lagrade informationen används för uppföljning och informationsspridning samt eventuella förbättringsåtgärder. Alla driftstörningar utreds för att säkerställa eventuella inbyggda fel i systemet. Operativ information, mätning och registreringar från utrustningar i stamnätet samlas i en databas. Sammanställningar görs av de störningar som gjorts på årsbasis, inte enbart på analyser av allvarliga händelser. Allvarliga störningar rapporteras via kvartalsrapport till Svenska Kraftnäts ledningsgrupp och styrelse.

Kontinuerliga genomgångar sker av resultat, av kunskap och information om inträffade störningar och av genomförda utredningar och utvärderingar. Dessa återkopplas sedan internt och används i övningsverksamheten. En Nordisk övnings- och utbildningsenhet utbildar och arrangerar workshops och övningar för den driftoperativa personalen i Norden (Finland, Norge, Danmark, Sverige).

Energimyndigheten får information om störningar och olyckor från Svenska Kraftnät och Energimarknadsinspektionen. De samlar även in information från ett stort antal aktörer. Informationen lagras sedan i ett internt datastöd (SALENA). Vissa större händelser sammanfattas i en rapport som ingår i myndighetens rapportserie. Data används för analyser kring trender, händelseutvecklingar, rekommendationer, beslutsunderlag m.m. Myndigheten rapporterar allvarliga energihändelser till regeringen. När Energimyndigheten bedömer att det finns lärdomar att ta till sig så genomförs utredningar. Dessa sprids internt, publiceras på hemsidan och genom seminarier.

3.6.2 Elektronisk kommunikation

I dagsläget finns ingen etablerad definition av vad som menas med en allvarlig händelse i form av störningar och avbrott i elektroniska kommunikationer.

I enlighet med lagen (2003:389) om elektronisk kommunikation, 5 kap. 6c §, ska den som tillhandahåller ett allmänt kommunikationsnät eller en allmänt tillgänglig elektronisk kommunikationstjänst utan onödigt dröjsmål till tillsynsmyndigheten, Post- och telestyrelsen (PTS), rapportera störningar eller avbrott av betydande omfattning. Det pågår ett arbete för att ta fram en föreskrift för hantering av sådan rapportering. PTS har för ändamålet upprättat en särskild e-postadress.

PTS bedriver en omfattande omvärldsbevakning och har en ständigt bemannad funktion för tjänsteman i beredskap (TiB). Informationen hämtas från öppna internationella och nationella källor som exempelvis massmedia, deltagande olika symposium inom området, information från SOS Alarm, data från krisinformationssystemet för Gemensam Lägesuppfattning (GLU).

I det fall en allvarlig händelse rapporteras och ett ärende upprättas så finns informationen i myndighetens diarie. Informationen används för myndighetens rapportering av allvarlig händelse till MSB och regeringskansliet i enlighet med förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap. Informationen används även som underlag för myndighetens tillsyn. Det årliga arbete som PTS genomför i enlighet med ovanstående förordning i form av risk- och sårbarhetsanalys, nyttjar också denna information.

Allvarliga händelser i form av störningar och avbrott utreds. När misstanke finns om avvikelser från skyldighet i enlighet med lagen (2003:389) om elektronisk kommunikation genomförs tillsyn. Tillsyn innebär en självständig granskning i syfte att kontrollera om tillsynsobjekten uppfyller de krav som följer av lagar och andra bindande föreskrifter. Rapport om initierad tillsyn och resultat hanteras som allmän handling och finns tillgänglig i PTS diaries. Publicering sker också på PTS hemsida och redovisas på årsbasis.

Den insamlade informationen om allvarliga händelser används i utvärderings- och övnings-sammanhang. I dagsläget görs ingen sammanfattande analys om allvarliga händelser. PTS planerar för att ge ut en årsbaserad sammanfattande analys.

PTS arbetar aktivt med att återföra erfarenheter från inträffade allvarliga händelser genom olika forum och verksamheter. Några exempel på dessa är driftsäkerhetsforum med operatörer och Nationella telesamverkansgruppen (NTSG). NTSG är ett frivilligt samarbetsforum med syfte att stödja återställandet av den nationella infrastrukturen för elektroniska kommunikationer vid extraordinära händelser i samhället.

Post- och telestyrelsen bedömer att det inte saknas någon sorts data eller kunskap om allvarliga händelser.

3.6.3 IT-säkerhet

Vad gäller IT-störningar och avbrott finns det en definition med avseende på allvarliga IT-incidenter. Definitionen på en sådan är en IT-relaterad händelse som avviker från det normala och

1. innebär en allvarlig störning i samhällsviktig verksamhet samt
2. kräver skyndsamma och samordnade insatser på nationell nivå.

I enlighet med ISO/IEC 27000 standarden är en incident att anse som en händelse som potentiellt kan få eller kunnat få allvarliga konsekvenser för verksamheten.

Vid sidan av rapporteringsplikten till Socialstyrelsen, inom vård- och omsorgsområdet, samt frågor rörande rikets säkerhet som hanteras av Säkerhetspolisen, saknas rapporteringsskyldighet inom området. Det finns inga regler för inrapportering, all rapportering sker på frivillig basis.

MSB samlar material från öppna källor och genom intervjuer med olika samhällsaktörer samt genom etablerade kontakter hos myndigheter och näringslivet. En heltäckande bild saknas således.

Information om händelser som rapporteras in lagras i MSB:s IT-miljöer. Användning av informationen varierar över tiden, mer i samband med själva händelsen och mindre efter en viss tid. Informationen används till regelbundna bedömningar, som referensmaterial vid bedömningar av andra händelser och vid analyser.

Allvarliga händelser som får mer omfattande samhällsliga konsekvenser på lokal, regional och nationell nivå utreds och analyseras efter ett selektivt förfarande. Dessa dokumenteras i rapporter som sprids till berörda aktörer.

Rapportering sker till regeringen i enlighet med Förordning om instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (SFS 2008:1002) 11 a § om förhållanden på informationssäkerhetsområdet som kan leda till behov av åtgärder inom olika nivåer och områden i samhället. Härutöver sammanställs information i samband med inträffade IT-incidenter av relevans för olika samhällsaktörer.

Återföring sker genom bl.a.:

- program för medvetandehöjande åtgärder,
- kontaktskapande verksamhet,
- MSB genomför och deltar i konferenser på samhällets alla nivåer.
- MSB genomför och deltar i utbildningar, seminarier och stödjer högre utbildningar och erfarenhetsutbyte mellan forskare inom området.
- MSB driver eller deltar i nätverk för informationsutbyte mellan informationssäkerhetsansvariga på samhällets samtliga nivåer (KIS, NIS och SNITS).
- MSB driver även forum för informationsdelning (FIDI) mellan samhällsaktörer inom områden som Styrsystem och SCADA, finansiell verksamhet samt vård och omsorg
- samverkan mellan centrala myndigheter inom området (SAMFI), samt med personer inom civila signalskyddsorganisationer.
- MSBs kanaler för spridning till allmänheten och samhällets aktörer.
- webbsidorna www.informationssakerhet.se och www.cert.se

Fr.o.m. år 2011 ska myndigheterna i sina risk- och sårbarhetsanalyser ange hur de arbetar med informationssäkerhetsfrågorna inom respektive organisation. Efter analys av dessa svar finns det möjlighet att bedöma hur informationen tas

omhand i verksamheterna. Idag sker återkoppling endast vid direkta kontakter med enskilda organisationer, dvs. en samlad bild om hur informationen tas om hand saknas för närvarande.

3.7 Kriser, haverier och räddningsinsatser

3.7.1 Definition

Olyckor, tillbud och allvarliga händelser som föranleder räddningsinsats av polis, ambulans eller kommunal räddningstjänst. I enstaka fall kan lagen om undersökning av olyckor inbegripa ytterligare någon händelse utöver detta.

3.7.2 Statlig styrning

Lag (1990:712) om undersökning av olyckor.

Lag (2003: 778) och förordning (2003:789) om skydd mot olyckor

Förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap

Alarmeringsavtalet

3.7.3 Berörda nationella myndigheter och aktörer

Statens haverikommission, MSB, SOS Alarm, kommunal och statlig räddningstjänst, Socialstyrelsen m.fl.

3.7.4 Hur erfarenheter tas tillvara

SHK:s ansvarsområde omfattar alla typer av svåra olyckor oavsett om de inträffar på land, till sjöss eller i luften. Ett tillbud kan också undersökas om detta kunnat leda till en allvarlig olycka. Avgörande för om en utredning ska genomföras är normalt olyckans svårighetsgrad. Under vissa förutsättningar, som står i lagen om undersökning av olyckor, ska en utredning dock alltid genomföras. I andra fall görs en bedömning.

Alla tillsynsmyndigheter, polisen samt SOS Alarm har skyldighet att rapportera inträffade olyckor och tillbud till SHK som alltid har en jourhavande tjänsteman som tar emot samtalen.

En utredning består av en ordförande, en utredningsledare samt sakkunniga utredare. Externa experter kan upphandlas vid behov. En av SHK:s jurister fungerar som ordförande i utredningarna. Ordföranden fattar beslut huruvida SHK ska utreda eller ej samt beslutar om resurserna i utredningar.

Utvecklingen på MTO-området (Samspelet Människa-Teknik-Organisation) innebär bl.a. att SHK anlägger ett synsätt på hur olyckor ska undersökas som utgår från ett systemtänkande. Detta innebär att man söker efter brister inom det system vari en olycka inträffat som förklaring till denna snarare än att man söker efter fel och missgrepp av enskilda aktörer. På järnvägs- och sjösidan finns EU-direktiv som innehåller mallar för hur en utredning ska se ut. Detta för att få mer likformade utredningar inom EU.

SHK har en skyldighet att informera berörda aktörer, vilket sker vid haverisammanträdena. De inbjudna får möjlighet att ställa frågor och ge respons. Först därefter sammanställs slutrapporten. Rapportens faktadel går ut på remiss till berörda parter. Slutrapporten skickas till den aktuella

tillsynsmyndigheten som inom sex månader skriftligen ska svara på de rekommendationer som SHK ställer. Rapporten skickas även ut till övriga berörda parter samt publiceras på SHK:s hemsida.

SHK följer upp svaren från tillsynsmyndigheterna. Det är ovanligt, men det händer, att tillsynsmyndigheten uppger att de inte har för avsikt att följa rekommendationen. Det är ett beslut som tillsynsmyndigheten fattar inom ramen för sitt ansvar. SHK ska emellertid rapportera detta i sin årsredovisning. SHK arbetar med uppföljning av den egna verksamheten genom intern kvalitetsuppföljning av färdigställda utredningar. Kvalitetsuppföljningen mynnar inte ut i någon offentlig skrift men nämns i årsredovisningen.

SOS Alarm är en av samhällets huvudaktörer i samband med olyckor och kriser. Som centralt organ för mottagning av larm (både automatiska larm och 112-samtal, etcetera), utlarmning och dirigering av räddningstjänst och ambulans får SOS Alarm omfattande erfarenheter från olyckor och krishantering.

De erfarenheter som SOS Alarm får del av är värdefulla både för SOS Alarm som organisation men också för andra aktörer i samhället. I det statliga alarmeringsavtalet finns krav på att SOS Alarm ska medverka till att erfarenheter från olyckor och kriser tas tillvara.

Insamling av data sker indirekt genom larmmottagning och kan bl.a. innehålla tider för inkommet larm och utlarmade hjälpresurser, typ av händelse, omfattning och skadeutredning, läget på olycksplatsen, namn på och telefonnummer till inringaren. Informationen lagras i SOS Alarms olika tekniska system i form av loggar, ljudfiler m.m. Ljudfiler med larmsamtal får lagras högst 3 månader. Medan informationen i sjukvårdsärenden enligt Patientdatalagen ska lagras i minst 10 år, får räddningstjänstärenden enligt ett särskilt regeringsbeslut lagras i högst 3 månader. SOS Alarm tillhandahåller uppgifter genom sammanställningar och statistik av svarstider och hanterade ärenden på Räddningswebben, händelserapport, larmsamtal på ljudfiler och muntlig information från SOS-operatörer. De två sistnämnda kan vara svåra att ta del av p.g.a. otydliga regler om tillämpning av sekretess (Strömgren 2011).

Kommunal räddningstjänst, lokala/regionala samverkansorgan, centrala myndigheter och myndigheter som utreder olyckor eller har tillsyn inom området, har stort behov av uppgifter från SOS Alarm. Detta gäller uppgifter både i sammanställd form och för specifika händelser.

Det finns samverkansforum både på regional och nationell nivå, där erfarenheter sprids. På lokal nivå finns ofta ett bra samarbete men det saknas en systematisk erfarenhetsåterföring.

SOS Alarm genomför i en del fall egna utredningar, exempelvis vid större händelser med många larm (SOS Alarm 2008), eller då det varit allvariga fel i teknikstöd eller andra brister i larmhanteringen.

I de fall då nya aktörer övertar uppgifter som hittills utförts av SOS Alarm, exempelvis när det gäller ambulansdirigering, finns anledning att föra motsvarande resonemang kring vikten av att data tillgängliggörs för utredningsverksamhet och analys.

Kommunal räddningstjänst dokumenterar sina räddningsinsatser i en insatsrapport. Insatsrapporterna skickas till MSB och lagras i en databas. Uppgifterna i insatsrapporterna finns sökbara och presenteras i informationssystemet IDA som finns på MSB:s webb. En årlig rapport "Räddningstjänst i siffror" publiceras där såväl kommunal som statlig räddningstjänst presenteras. MSB gör även analyser som bl.a. baseras på statistik från räddningsinsatser och på Socialstyrelsens skadestatistik som presenteras i IDA i form av faktablad och analyser. Genom överenskommelse med polis och räddningstjänst samlar MSB även in uppgifter om omkomna i bränder. Uppgifterna samlas i en databas och såväl preliminär som kvalitetsgranskad statistik presenteras i IDA.

Många av de olycksundersökningar som kommunerna genomför enligt LSO skickas på frivillig väg in till MSB som sekretessgranskar dessa och presenterar dem på MSB:s webb. Rapporterna presenteras i en grov struktur baserad på typ av händelse och årtal. Sökbarheten är för närvarande mycket begränsad för externa intressenter. Internt inom MSB finns ett enklare sökverktyg som används för att skilja ut vilka rapporter som kan användas inom MSB och av andra myndigheter och intressenter. Ett utvecklat samarbete för denna typ av erfarenhetsåterföring finns med Elsäkerhetsverket, Konsumentverket och Boverket men även andra myndigheter kan bli berörda. Erfarenheter sprids även genom de konferenser och seminarier som hålls regelbundet och som vänder sig till kommunerna.

WIS är ett nationellt webbaserat informationssystem framtaget av MSB för att underlätta informationsdelning mellan aktörerna i det svenska krishanteringssystemet före, under och efter en kris. WIS har utvecklats för att myndigheter, kommuner och landsting enkelt och effektivt ska kunna skapa sig en helhetsbild av läget vid en kris genom aktiv delning av ledningsinformation. På regionala planet saknar man ibland dock vardagsnyttan med systemet.

I samband med större eller särskilt intressanta olyckor eller kriser genomför MSB och andra myndigheter så kallade observatörsinsatser, både nationellt och internationellt, för att på plats lära av såväl insatserna som hur samarbete och förebyggande åtgärder fungerat. Vid vissa typer av händelser inom hälso- och sjukvården genomförs observatörsinsatser som vanligen presenteras i form av Socialstyrelsens så kallade Kamedo-rapporter. Det rör sig om sådana händelser som myndigheten anser bör kunna ge en kunskapsåterföring till svensk hälso- och sjukvård och dess beredskap för allvarliga händelser. Målgrupper är hälso- och sjukvårdspersonal, studenter inom området och andra blåljusmyndigheters personal.

Rapporter från observatörsinsatser, liksom material från erfarenhetskonferenser finns att söka i MSB:s publikationer.

CRISMART, som är en del av Försvarshögskolan i Stockholm vars huvudsakliga uppgift är att utveckla kompetens, utbilda och sprida kunskap om nationell och internationell krishantering har studerat ett stort antal nationella och internationella krishändelser. I huvudsak har studierna ett statsvetenskapligt och policyinriktat perspektiv. Resultaten publiceras i interna och externa publikationer, i vetenskapliga tidskrifter och har utmynnats i ett antal doktorsavhandlingar inom området.

3.8 Utsatta grupper

3.8.1 Barn

Statlig styrning

MSB har regeringens uppdrag att samordna det myndighetsgemensamma arbetet för barn och ungas säkerhet och att motverka skador till följd av olycksfall. Detta sker via ett barnsäkerhetsråd med deltagare från 11 myndigheter och organisationer. Rådet är ett forum för initiativtagande, informations- och kunskapsutbyte samt myndighetssamverkan. Syftet är att öka säkerheten för barn och unga i Sverige.

Barnsäkerhetsrådet har utarbetat en myndighetsgemensam plan för 2010-2011 som ska följas av återkommande planer för det myndighetsgemensamma barnsäkerhetsarbetet i Sverige.

Berörda nationella myndigheter

Följande myndigheter ingår i barnsäkerhetsrådet:

Arbetsmiljöverket, Barnombudsmannen, Boverket, Elsäkerhetsverket, Statens Folkhälsoinstitut, Konsumentverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Skolverket, SLU Movium, Socialstyrelsen, Trafikverket.

Hur erfarenheter tas tillvara

Rådet för barnsäkerhet har gjort bedömningen att den skaderegistrering och den olycksstatistik som finns tillgänglig idag inte ger en fullständig bild av hur skadesituationen ser ut. Tillgång till ett omfattande, representativt faktaunderlag är nödvändigt för att kunna bedriva ett målinriktat barnsäkerhetsarbete.

I planen anges att förbättrad kvalitet, överblick och tillgänglighet avseende befintlig statistik samt för långsiktig utveckling av statistikunderlag utifrån befintliga behov rörande barns skador till följd av olyckor är ett prioriterat område.

Målsättning för det myndighetsgemensamma arbetet är att under tvåårsperioden ytterligare kartlägga befintlig statistik och undersöka behovet av utveckling på statistikområdet.

3.8.2 Äldre

Statlig styrning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med MSB, Statens folkhälsoinstitut (FHI), Rikspolisstyrelsen (RPS) och i samråd med Boverket, Brottsförebyggande rådet (Brå), Trafikverket och andra berörda myndigheter utifrån respektive ansvarsområde samt andra aktörer, t.ex. SKL och pensionärsorganisationer, ta fram en nationell handlings- och åtgärdsplan för säkerhetsfrämjande arbete för personer 65 år och äldre. Planen ska redovisas till regeringen den 1 december 2011.

Hur erfarenheter tas tillvara

Ett av förslagen i utkast till plan är att förbättra tillgängligheten till lokal och nationell statistik om äldre för att belysa förekomst och utveckling av skador och olyckor samt att utveckla indikatorer som beskriver vårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet i det säkerhetsfrämjande arbetet.

3.9 Samarbetsforum och samarbeten

Nationellt forum för olycksutredning, NFO, är ett nätverk mellan myndigheter, näringsliv och forskningsinstitutioner. Nätverket, som leds av MSB har till syfte att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling inom området lärande från olyckor, med fokus på olycksutredning. Inom NFO har utbildningar i olycksutredningsmetodik utvecklats, handböcker tagits fram, sekretess och andra juridiska frågor har genomlysts. En konferens med temat ”lärande av olycksutredningar” planeras inför 2012.

NFO har under 2010 initierat en kartläggning av den lagstiftning som finns med anknytning till olycksundersökning. Avsikten är att belysa olika gemensamma frågeställningar avseende mandat, syfte, skyldigheter, ansvars- och rollfördelning, informationsöverföring och andra frågor som har koppling till området. Detta ska ske genom en redovisning av gällande regelverk och praxis med avseende på de eventuella problem och oklarheter som kan förekomma. En utgångspunkt i kartläggningen är att olycksundersökning kan ske från två olika utgångspunkter eller perspektiv. Dels undersökningar som sker i syfte att lära för framtiden och dels undersökningar som sker i syfte att klarlägga ansvarsförhållanden. Ofta kan det vara svårt att förena undersökningar som har så olika syften. Översikten slutförs vid årsskiftet 2011-2012.

Flera av de idag fungerande rapporteringssystemen kan ses som resultat av goda samarbeten och överenskommelser mellan myndigheter och organisationer. Som exempel kan nämnas AV:s rapportering av arbetsrelaterade elolyckor till Elsäkerhetsverket, räddningstjänstens rapportering av insatser till MSB, polis och räddningstjänsts rapportering av omkomna i bränder etcetera. Det är dock av stor vikt att juridiska frågeställningar, t.ex. sekretessfrågor utreds vid all sådan informationsöverföring.

För krisberedskap finns samarbetsformerna för berörda myndigheter reglerat i Förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap.

3.10 Analys nationell nivå

Inom **arbetslivsområdet** finns en mer än hundraårig tradition av reglering för att skydda arbetstagare mot olyckor. Lagstiftningen växte fram före och under industrialismen dels för att hindra missbruk av minderåriga arbetstagare dels för traditionellt arbetarskydd. Detta har utvecklats över tid och omfattar numera alla arbetstagare och elever från förskola och uppåt. Det finns väl utvecklade system för att rapportera, lagra, analysera, utreda och sprida erfarenheter. Genom djupstudieverksamheten och utvärdering av denna pågår även ett arbete för att genomföra förbättringar. På grund av arbetsskadeförsäkringens uppbyggnad omfattar den officiella arbetsskadestatistiken inte de grupper som inte förvärvsarbetar, vilket gäller merparten av alla skolelever.

Skador på egendom och miljö finns ofta dokumenterade men är helt beroende på hur rapportörerna fyller i uppgifterna angående konsekvenserna av olyckan. Tillförlitlig statistik om konsekvenserna på egendom och miljö saknas.

Inom **transportområdet** finns det väl utvecklade säkerhetskulturer och förståelse för att lära av de olyckor och tillbud som inträffar. System, metoder och rutiner finns för att rapportera, följa upp, analysera, utreda och ta tillvara resultaten. Ansvar och roller för de olika aktörerna är tydliga.

STRADA-systemet för att fånga upp vägtrafikolyckor och dess skadekonsekvenser bedöms vara ett mycket viktigt instrument i säkerhetsarbetet. De fördjupade analyserna avseende dödsolyckor samt för olika kategorier av olyckor genom exempelvis OLA-arbetet (objektiva fakta, lösningar och avsikter) har skapat förutsättningar för att arbeta problemorienterat i ett brett samarbete med andra aktörer.

De myndighetsförändringar som skett inom transportområdet bör skapa bra förutsättningar för en fortsatt utveckling av lärandeprocesserna exempelvis genom gemensamma begrepp, metoder, system, inrapporteringsrutiner för företag etcetera.

En uppföljning och utvärdering av myndigheternas olika system, metoder och rutiner för att rapportera, följa upp, analysera, utreda och ta tillvara resultaten bör kunna vara ett bra underlag för en sådan utveckling.

Inom **skola-, hem- och fritidsområdet** finns det, med undantag av skolområdet, små möjligheter att på nationell nivå följa upp olyckor eftersom det inte går, varken författningsmässigt eller praktiskt att ålägga medborgarna rapporteringsskyldighet. Myndigheternas möjligheter att få kännedom om olyckor är idag helt beroende på andras frivilliga rapporteringar, statistik från andra myndigheter, nätverk och massmediabevakning.

Ökade kunskaper om olycksutvecklingen och skadekonsekvenserna kan i princip endast fås genom skadedata från sjukvården.

En möjlighet är även att de berörda myndigheterna får tillgång till eventuella utredningar som görs på kommunal nivå avseende skola, hem och fritidsolyckor.

Inom **sjukvårdsområdet** har patientsäkerhetsarbetet utvecklats mycket under de senaste åren. En väl utvecklad systematik finns för att rapportera, utreda och förmedla resultat av inträffade vårdskador. SKL kompletterar detta med åtta åtgärds paket eller kunskapsunderlag för ökad patientsäkerhet.

Det nationella IT-stöd för HändelseAnalyser, NITHA som nu implementeras stödjer hela kedjemodellen från insamling, lagring, urval, utredning, analys och spridning och till att skriva handlingsplan. Systemet bör ge stora möjligheter till nationella analyser men det är ännu för tidigt att uttala sig om effekterna.

Inom **naturolycksområdet** organiseras samarbetet mellan ansvariga aktörer genom den nationella plattformen. Plattformen ska vara forum för gemensamt lärande och erfarenhetsåterföring från goda exempel på förebyggande arbete och inträffade händelser. Lärandet är inte systematiserat, men aktuella händelser tas upp på plattformens möten. Det finns ingen likriktad systematik eller ambition på nationell nivå när det gäller insamling av data och erfarenhetsåterföring efter inträffade naturolyckor. En inriktning och systematik bör utvecklas för hur uppföljning, analys och erfarenhetsåterföring bör därför ske inom naturolycksområdet. Den naturolycksdatabas som MSB byggt upp kan vara en grund att bygga systematiken kring.

Inom **El/Elektroniska kommunikationer/IT** har det för respektive område utvecklats systematik för att rapportera, lagra, analysera, utreda och sprida erfarenheter av störningar och allvarliga händelser. Detta arbete har delvis styrts av internationella och nationella regler samt branschöverenskommelser. Områdenas strategiska betydelse (samhällsviktig verksamhet) har lett till ett fortsatt utvecklingsarbete avseende att säkra leveranserna och systemen. Detta arbete ställer ökade krav på att ta tillvara erfarenheterna från inträffade störningar och tillbud.

Avseende **kriser, haverier och räddningsinsatser** är bilden något splittrad. Statens haverikommission har ett väl utvecklat system för rapportering, lagring, analys, utredning, erfarenhetsspridning och uppföljning av de händelser som utreds. Det kan dock ifrågasättas om myndighetens möjlighet att välja händelser att utreda är optimal från ett lärandeperspektiv - med hänsyn till att verksamheten är så pass styrd utgående från internationella bestämmelser, främst inom transportområdet.

Systemet för att ta tillvara erfarenheter inom räddningsinsatsområdet i form av insatsrapporter är förhållandevis utvecklat och täcker i princip samtliga kommuner. Det finns dock tydliga utvecklingsbehov dels när det gäller systemets förmåga att mäta räddningsinsatsernas effektivitet och dels när det gäller flexibilitet i förmågan att fånga upp lärandet från nya händelsetyper. Ett exempel på en tröghet i detta avseende har visat sig när det gäller de händelser med anlagda bränder och hot/våld mot räddningstjänsten som inträffat under

de senaste åren (MSB 2010). Kommunernas förmåga att utföra fördjupande olycksundersökningar har stadigt förbättrats efter genomförandet av LSO och förväntas öka ytterligare som en följd av de nya stöd i form av nätverket för regionala samordnare samt nya utbildningar införts.

Beträffande lärandet från sådana händelser, kriser eller extraordinära händelser, som inte utgör olyckor i lagstiftningens mening, se avsnitt 3.7.4 ovan.

Det finns behov av att tydligare strukturera upp och vidareutveckla rutiner för SOS Alarms medverkan i samhällets erfarenhetsåterföring efter olyckor och kriser (punkt 3.10 i alarmeringsavtalet). Vidare behöver förtydligande tolkningar göras eller nya lagregler tas fram för hur informationsöverföring från SOS Alarm till andra myndigheter ska kunna ske effektivt med tanke på sekretess och arbetsformer. Larmsamtalen behöver sparas betydligt längre tid än de tre månader som gäller för närvarande för att möjliggöra att uppgifter finns tillgängliga i samband med olycksutredning etcetera.

Lärandet från sådana kriser (extraordinära händelser), som inte omfattas av den olycksrelaterade lagstiftningens undersökningskrav, sker för närvarande inte i någon generellt organiserad form i Sverige. Däremot finns fri forskning inom området även i Sverige, varför viss metodik har utvecklats under senare år. Eftersom allvarliga kriser är sällsynta för de flesta organisationer, finns bland dessa bristande erfarenhet, rutiner och metodik för utredning och organisatoriskt lärande, samtidigt som det finns ett stort allmänintresse av att generera och sprida lärdomar från sådana händelser. Det bör kunna övervägas om den nuvarande asymmetrin i lagstiftningen rörande undersökningsplikt av olyckor respektive extraordinära händelser ska bestå. I ett kortare perspektiv bör en förbättrad situation kunna åstadkommas genom utveckling av ett riktat stöd, i första hand till kommuner, länsstyrelser och relevanta aktörer inom exempelvis infrastrukturområdet. Ett stöd, bestående av metदानvisningar och utbildning bör därför utvecklas. Kommunernas säkerhetssamordnare är en naturlig första målgrupp i detta sammanhang. Erfarenheter från olycksundersökningsområdet pekar dock starkt mot att utbildning och metodik måste kompletteras med en mer aktiv, uppsökande stödverksamhet, i första hand för att stödja mindre, resurssvaga kommuner. Resultaten från undersökningar enligt ovan bör göras tillgängliga via en erfarenhetsdatabas för kriser och allvarliga händelser, något som ett flertal intressenter efterfrågat under kartläggningen.

För säkerhetsarbetet avseende **utsatta grupper**, barn och äldre, är det av avgörande betydelse att det finns tillgång till tillräckligt detaljerade skadedata på lokal, regional och nationell nivå. Dessutom krävs det fördjupade analyser och olycksutredningar. Detta saknas i stor utsträckning idag.

Systematiken i och metoderna för myndigheternas arbete med att insamling, lagring, urval, utredning, analys och spridning av erfarenheter från inträffade händelser varierar stort. Inom vissa områden utformades rutinerna för många

år sedan och för andra områden har nyutveckling skett med kvalificerat IT-stöd. På motsvarande sätt som det skapats samarbetsforum för olycksutredningar, NFO, bör samarbetet mellan berörda myndigheter utvecklas avseende erfarenhetsåterföring från olyckor och allvarliga händelser. Samarbetet bör syfta till att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling inom området lärande från olyckor och allvarliga händelser.

4. Regional nivå

4.1 Länsstyrelser

4.1.1 Inrapportering, insamling

Hos länsstyrelserna sker, generellt sett, inte insamling av information systematiskt, utan det sker ofta via informella vägar, nätverk och kontakter. TiB-organisationen larmas vid allvarliga händelser via telefon eller mejl, men allt kommer inte in den här vägen. Det handlar oftast om att hålla ögonen öppna om det har hänt något. I många fall är det länsstyrelsen som uppmärksammat en händelse och i efterhand begär in information och olycksundersökningar. Inskickande av information sker inte per systematik utan bygger mycket på kontakter.

För miljöfarlig verksamhet finns en skyldighet att anmäla incidenter till länsstyrelsen enligt förordning i miljöbalken och Sevesolagstiftning. Länsstyrelsen skriver minnesanteckningar om händelser.

Nätverk är ett viktigt forum för länsstyrelsen för insamling av information. Exempelvis har en länsstyrelse en plattform på regional nivå för kommuner, landsting, polis, myndigheter och experter som även fungerar som erfarenhetsutbyte.

Länsstyrelsen tar också del av information, data och omvärldsanalyser från exempelvis MSB (Insatsstatistik, informationssystemet IDA), Jordbruksverket, Arbetsmiljöverket, WHO och SKL (Öppna Jämförelser). Även media och nyhetsbevakning ses som en viktig källa för informationsinsamling. Denna informationsinsamling sker enligt många mer ad hoc.

4.1.2 Hanteras, lagras, urval

Information som kommer in till länsstyrelsen lagras i olika diarietjäningsystem. Dessa är svåra att söka i. Flera externa system används för att dokumentera händelser och för att lämna data inom olika områden exempelvis WIS (Informationssystem för att underlätta informationsdelning vid en kris, MSB), SOOT (Olycks- och tillbudsrapporteringssystem, MSB), Evira (Register över djurhållningsförbud, Livsmedelsverket), STUDS (Beslutsstöd vid större utbrott av smittsamma djursjukdomar, Jordbruksverket), SMP (miljörapporter, Naturvårdsverket). Dessa system är generellt svåra att söka data och information ur. Flertalet länsstyrelser säger att de saknar en databas för att hantera, återrapportera och sprida erfarenheter av allvarliga händelser.

Vissa allvarliga händelser fångas upp och diskuteras i olika nätverk, men dessa diskussioner dokumenteras sällan. Informella möten räcker oftast som uppföljning och erfarenhetsutbyte som en länsstyrelse uttryckte det. Dokument saknas ofta om stora händelser, vad som gjorts och erfarenheter från dessa.

4.1.3 Analys, utredning, utvärdering

Länsstyrelsen gör få egna utredningar eller utvärderingar av allvarliga händelser. De analyser och utredningar som genomförs görs generellt ad hoc eller kommer som ett återrapporteringskrav från myndigheter i form av redovisningar av ärenden, slutrapporter, avvikelser och liknande.

Organisationen är slimmad och uppdragsstyrd som några länsstyrelser uttrycker det. Bristande resurser är en stor begränsning och det finns små möjligheter att genomföra utvärderingar. Tre länsstyrelser uppger att de kan analysera händelser och utbyta erfarenheter i formaliserade samverkansfora inom krisberedskapsområdet, med deltagare från olika organisationer i regionen. En länsstyrelse uppger att de gör löpande uppföljningar inom länet. En annan att de i vissa fall tar initiativ och puffar på kommunen om vad denna borde utreda noggrannare.

Några systematiska årliga sammanfattningar av tillbud, olyckor och allvarliga händelser uppger ingen länsstyrelse att de har. Däremot uppger flera länsstyrelser att det de får till sig ingår som en del i Risk- och sårbarhetsanalysarbetet. Informationen som samlas in används också som underlag för tillsyn.

4.1.4 Tillhandahålla, sprida

”Bygga erfarenheter att hantera kriser är nästan omöjligt - Att få erfarenhet är svårt eftersom det händer så sällan. Det är inte samma inlärningsprocess som för olyckor”.

För att lära av kriser uppger en länsstyrelse att de har ett antal personer från kommun, polis, landsting och länsstyrelse med i nästan alla större händelser som sker i länet. Krisorganisationen aktiveras även vid mindre allvarliga händelser för att ”öva” och lära. Detta för att hålla gruppminnet och kompetensen levande.

Övningar anger några länsstyrelser som ett viktigt moment i att sprida erfarenheter. Övningarna bygger ofta på erfarenheter från tidigare händelser och olyckor. Övningar som bygger på tidigare händelser blir också bättre utvärderade.

Ett av de främsta forumen för kunskapsspridning som flera länsstyrelser anger är vid tillsyn och tillsynsvägledning. Är det en allvarlig händelse som utretts sprids resultaten av utredningen främst till berörda som exempelvis företag, kommun, räddningstjänst, landsting och polis. Formaliserade nätverk och samverkansfora, årliga konferenser, mejllistor, webbsidor och samverkansprojekt är viktiga forum för kunskapsspridning både mellan länsstyrelser, med kommuner, myndigheter och olika branscher. Däremot är det sällan systematik i hur kunskap tillhandahålls och sprids eftersom insamlandet ofta sker ad hoc, som en länsstyrelse uttrycker det. Processen är mycket beroende av engagerade personer.

4.1.5 Genomföra

Flera länsstyrelser uppger att erfarenheter från olika analyser, utredningar och utvärderingar implementeras i övningar. ”Vid övningar brukar vi använda olyckor som har hänt på andra ställen och lägga scenariot utifrån.”

Samverkansnätverken inom länen och mellan län som nämns av tre länsstyrelser är forum som kommit fram ur behovet av samverkan. Arbets sätt har förändrats till följd av inträffade allvarliga händelser som till exempel stormen Gudrun, tsunamin, bussolyckor och vattenläckor. Exempelvis berättare en länsstyrelse att tsunamin och tätt därefter Gudrun gjorde att organisationen i dagens samverkasfora formaliserades och kulturen byggdes upp. Organisationen har sedan prövats vid flera tillfällen som stormen Per, influensan A(H1N1) och stora översvämningar.

4.1.6 Analys länsstyrelsen

Generellt sker inte insamling av information systematiskt, utan det sker ofta via informella vägar, nätverk och kontakter. Endast inom miljöskyddsområdet, där det finns en skyldighet att anmäla incidenter till länsstyrelsen enligt förordning, rapporteras allvarliga händelser per automatik. Data lagras ofta i diariier eller databaser som gör det svårt att söka information. För att bättre kunna ta tillvara på erfarenheter från allvarliga händelser och stora olyckor trycker särskilt länsstyrelsen på behovet av en nationell databas, motsvarande MSB:s Naturolycksdatabas. En databas med syfte att sammanfatta och tillgängliggöra all information och dokumentation från olika myndigheter, som finns runt en allvarlig händelse.

Resurser och en slimmad organisation är en begränsning uttrycker alla länsstyrelser och det är sällan möjlighet ges till utredningar och utvärderingar. Formella och informella nätverk och samverkansfora är därför mycket viktiga för länsstyrelsen vid informationsinsamling, analys och spridning av information. Dessa diskussioner dokumenteras sällan.

Kunskapsutbytet mellan olika områden och enheter inom Länsstyrelsen är begränsat.

Det sker utveckling inom organisationerna, men det grundar sig inte på någon systematik i erfarenhetsåterföring och förbättringskedjan utan sker mer ad hoc.

Sammanfattningsvis finns det en brist på systematik utmed hela kedjan som gör det svårt att komma till de sista stegen. Mycket handlar om resurser och är personberoende.

4.2 Landsting

4.2.1 Inrapportering, insamling

Personskador och patientsäkerhet

Landstingen har rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen när det gäller döda och skadade (vårdade på sjukhus minst ett dygn) till följd av oavsiktliga och avsiktliga skador. Statistiken sammanställs i Socialstyrelsens dödsorsaksregister (DOR) och Patientregister (PAR). Både den öppna och den sluta vården har uppgiftsskyldighet – primärvården undantagen.

Enligt patientsäkerhetslagen ska den som bedriver hälso- och sjukvård vara skyldig att göra allt som behövs för att se till att patienter inte drabbas av vårdskador. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera risker som de lägger märke till i verksamheten. Landstinget som vårdgivare rapporterar enligt formulär till Socialstyrelsen händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till Socialstyrelsen ge in utredning av händelsen. Ett ändamålsenligt avvikelsesystem för patientsäkerhetsarbetet har införts i vissa landsting.

57 av 62 akutsjukhus rapporterar i Transportstyrelsens informationssystem STRADA om skador i samband trafikolyckor.

Nio akutsjukhus rapporterar alla olycksfall och skador i Socialstyrelsens IDB (Injury Data Base). Data samlas in vid akutmottagningar och sjukhusanslutna jourcentraler. Vid besök får patienten (eller medföljande) en enkät att fylla i där de omständigheter som lett fram till skadehändelsen utförligt beskrivs. Den administrativa personalen rapporterar om datum och tid för besök och den medicinska personalen om de konsekvenser skadan gett.

I en enkätundersökning till alla akutmottagningar svarade 22 av 59 att de bedriver skaderegistrering i syfte att kommunvis kartlägga förekomsten och typen av skador för att ge de enskilda kommunerna ett underlag till ett skadeförebyggande arbete och förbättrad samhällsplanering. Hur denna skaderegistrering bedrivs och vilken information som registreras ser olika ut. Vanligast är att information om skadan och skadehändelsen dokumenteras av vårdpersonal eller av både vårdpersonal och patienten själv. Vid de flesta akutmottagningarna sker registreringen på en pappersblankett men några akutmottagningar dokumenterar direkt i någon form av elektronisk journal.

Stora olyckor och allvarliga händelser

När det gäller stora olyckor och allvarliga händelser (och kriser) rapporteras dessa in på olika sätt. Massskador och stora olyckshändelser rapporteras ofta till regional tjänsteman i beredskap (RTiB) och till läkare i beredskap. I Västra Götalandsregionen finns samordningscentret Prehospitalt och katastrofmedicinska centrum, PKMC. Vissa större sjukhus har egen TiB.

Rapportering av stora händelser sker även förutom via SOS Alarm från räddningstjänsten, polisen, akut direktmottagning i mobiltelefoner samt Rakel.

Andra situationer som framkallar särskild uppmärksamhet är interna nödlägen som påverkar sjukvården, till exempel brottslighet, elavbrott och bränder.

Vid beredskapsläge dokumenteras alla händelser i TiB:s dagbok och ibland används WIS. Vid större händelser går ärendet vidare och kan föras vidare till den politiska ledningen – Krisledningsnämnden. Ofta sker då genomlysning av frågan och förslag till åtgärder lämnas i skriftlig rapport.

Andra data om stora olyckor och allvarliga händelser som samlas in kommer exempelvis från nationella och internationella kongresser, via yrkesnätverk eller via händelseanalys, riskanalys och risk- och sårbarhetsanalys.

4.2.2 Hanteras, lagras, urval

Ofta är det TiB/beredskapssamordaren som är ingången till att hantera och att ta emot informationen om stora olyckor och allvarliga händelser.

Rapporteringsskyldighet finns enligt lagen om extraordinära händelser. Om sådana inträffar rapporteras till Socialstyrelsen, MSB och Länsstyrelsen.

Information om stora olyckor och allvarliga händelser lagras ofta hos TiB.

Ärendet diarieförs som en rapport och/eller i lokala och regionala noteringar.

När det gäller hantering av de mest frekventa personskadorna används i regel kommersiella statistikprogram eller databashanterare.

4.2.3 Analys, utredning, utvärdering

Stora olyckor och allvarliga händelser utreds beroende på omfattning i olika utsträckning. Exempel på större händelser och utredningar är järnvägsolyckan i Lerum 1987, diskoteksbranden i Göteborg 1998, och influensan A(H1N1) 2009. Utvärderingarna från dessa händelser används fortlöpande i lärandeprocessen. Erfarenheter finns också från allvarliga händelser som inte resulterat i katastrofläge.

Interna olycksfall eller allvarliga incidenter utreds via till exempel händelseanalys. Aktuella ärenden kan vara patientrelaterade situationer, elavbrott, IT-problematik eller brand. Tekniska brister kan ofta åtgärdas relativt snabbt. Ledningsbrister kräver mer analys när akuta skeden är över.

Den insamlade informationen om stora olyckor och allvarliga händelser används i utvärderingssammanhang ofta när det gäller tekniska händelser. Vid ett landsting har ett 25 tal åtgärdsförslag framtagits.

Utredningar genomförs av alla lex Maria anmälningar.

Rapporter som redovisar de mest frekventa personskadorna ges regelbundet ut av ett flertal landstingsregioner.

4.2.4 Tillhandahålla, sprida

Från intervjuerna av kommunerna framgår det att det är stor variation på hur landstingen stödjer kommunerna med kunskaper från landstingens skaderegistrering för kommunens säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete. Många kommuner känner inte till eller har inte tillgång till skadedata.

Erfarenheter från stora olyckor och allvarliga händelser återförs inte alltid systematiskt inom landstinget, men sker via föreläsningar, kontakter med andra landsting eller via intranät. Olycksutredningar och utvärderingar sprids i olika nätverk, men inte på något givet sätt.

När det gäller extern spridning av erfarenheter från stora olyckor och allvarliga händelser till övriga landet sker detta på olika sätt exempelvis via samverkansövningar, "lesson learned" genomgång, regelbundna telefonkonferenser och erfarenhetskonferenser. Ett landsting uppger att det regionala rådet för krisberedskap sammanträder två gånger om året, med deltagande av bland annat länsstyrelsen, polisen, räddningstjänsten, fjällräddningen, Sveriges Radio m.fl.

4.2.5 Genomförande

Vid en intervju sägs att regionen har lärt sig hantera olika situationer och att man förstår sambanden bättre. Mycket erfarenhet hämtas ur Socialstyrelsens Kamedo-rapporter. Organisationskunskandet har ökat i och med att möjligheter finns att ta del av andras och egna erfarenheter.

En respondent säger "det insamlade materialet används till att lära oss mera. Vem kunde till exempel ana eller förutse askmolnet gånger 2? Detta påverkade ambulansflyg, -transporter med mera". Ytterliga användningsområden är återkoppling till vardagen, ändringar och förbättringar i planer, generella åtgärder, uppdatering av larmlistor, noggrannhet vid karantäner, uppmärksamhet inom hamnområden och på flygplatser etcetera. Diskussioner förs om krisberedskap med många olika samhällsaktörer. Man har till exempel bra samarbete med länsstyrelsen och dess krisenhet.

Vid en intervju sägs "inom landstinget är vi bäst på genomförande av handling när händelsen har ägt rum och vi är sämst på spridning av resultat".

Inom patientsäkerhetsområdet har ett Nationellt IT-stöd för Händelseanalyser, NITHA, utvecklats genom ett projekt med ett brett deltagande av flera landsting. SKL och Cehis (Center för eHälsa i Samverkan) driver systemet och tjänsten är kostnadsfri för alla landsting och de som driver vård på vårdavtal hos landstingen. Styrkan med NITHA är att det stödjer hela kedjemodellen från insamling, lagring, urval, utredning, analys och spridning och till att skriva handlingsplan. Systemet används till allt från analyser av mindre avvikelser upp till de allvarligaste som Lex Maria. Systemet ger stora möjligheter till ett systematiskt arbete avseende patientsäkerhet men det är ännu för tidigt att uttala sig om effekterna. Systemet möjliggör även uppföljningar och lärande på nationell nivå av de analyser som är kvalitetssäkrade av en expertgrupp.

4.2.6 Analys landsting

En slutsats är att landstingen generellt sett har en god beredskap för att kunna tackla olika händelser med olika metoder beroende på arten av händelsen.

När det gäller inrapportering så samlas mycket data in. Man har rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen när det gäller döda och skadade samt patientsäkerhet. Flera landsting rapporterar till Transportstyrelsens informationssystem STRADA, har egna skaderegistreringssystem eller rapporterar till IDB, Socialstyrelsen.

Rutiner finns för hur rapportering sker av stora olyckor och allvarliga händelser och hur dessa ska hanteras i organisationen.

Utredningar genomförs av stora olyckor och allvarliga händelser, interna olycksfall och allvarliga incidenter samt lex Mariaärenden.

I arbetet med att ta tillvara och sprida erfarenheter finns olika ambitionsnivåer. Det är stor variation på hur landstingen stödjer kommunerna med kunskaper från landstingens skaderegistrering för kommunens säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete. Erfarenheter från stora olyckor och allvarliga händelser återförs inte alltid systematiskt inom landstinget, men sker i förekommande fall via föreläsningar, kontakter med andra landsting eller via intranät. Olycksutredningar och utvärderingar sprids i olika nätverk, men inte på något givet sätt. När det gäller extern spridning av erfarenheter från stora olyckor och allvarliga händelser till övriga landet sker detta på olika sätt exempelvis via samverkansövningar, ”lesson learned” genomgång, regelbundna telefonkonferenser och erfarenhetskonferenser.

Med det nya systemet NITHA, som byggts upp ifrån ett behov hos de som bedriver vård i landstingets regi, finns stora möjligheter att få en fullt fungerande kedjemodell från avvikelserapportering till spridning av erfarenheter på alla nivåer. Ambitionen i systemet är dessutom att stödja åtgärder i handlingsplan och ge möjlighet för uppföljning vilket kan höja patientsäkerheten på sikt.

5. Kommunal nivå

5.1 Inrapportering, insamling

Hos en stor del av kommunerna samlas samma sorts data in. Det är vanligt förekommande med incidentrapportering som riktar sig till det som sker internt i kommunens förvaltningar. I vissa kommuner har man det bara inom några få förvaltningar som skolan eller socialförvaltningen medan det i andra rapporteras allt från "olyckor till inbrott". I många kommuner har respektive förvaltning egna rutiner för att samla in data om incidenter men det är få kommuner som har en samlad bild över alla förvaltningars och verksamheters incidenter. Det finns dock exempel på kommuner där man har riskhanteringsgrupper med deltagare från alla förvaltningar som samlas regelbundet och går igenom aktuella incidenter.

Hos alla kommuner skrivs en rapport från de insatser som räddningstjänsten gör. Ansvarig räddningsledare för insatsen lämnar uppgifter i en insatsrapport, bland annat om det inträffade och det arbete som genomförts. Sedan januari 2011 tar MSB emot räddningstjänstens insatsrapporter i ett nytt och mer effektivt system. Det nya systemet gör det enklare för räddningstjänsten att skicka in insatsrapporter till MSB, kvaliteten på uppgifterna förbättras samtidigt som det blir möjligt för MSB att ta fram och presentera aktuell statistik. Det finns kommuner som samlar in information utöver det som rapporteras i insatsrapporter. Det kan till exempel vara data om mekanismer bakom det inträffade.

Vid alla dödsolyckor och alla olyckor som bedöms vara intressanta att granska djupare än den rutinmässiga insatsrapporten ska det göras en olycksundersökning av specialutbildad personal. Detta görs vid de flesta kommuner där vi genomfört intervjuer. I en kommun anger man dock att man inte gör några renodlade utredningar på grund av att det inte finns någon olycksutredare i organisationen och i en annan kommun gör man bara enklare utredningar.

Hos alla kommuner i studien har man avvikelserapportering inom den kommunala vården och omsorgen. Med avvikelser menas här negativa händelser och tillbud (Sveriges Kommuner och Landsting 2011). En avvikelserapport kan också ligga till grund för en Lex Maria- eller Lex Sarah-anmälan. Avvikelse­rapportering sker oftast via blanketter, ibland datoriserat och ibland på papper. Det kan exempelvis vara läkemedelshändelser, händelser med medicinska produkter, fall- och fallskador, uteblivna insatser, informationsöverföringsfel eller andra händelser som sker i samband med vård- och omsorgsinsatser.

Det är få kommuner som fångar upp data om olyckor i hemmet. Där det sker är det oftast hos kommuner där landstingen har lokal skaderegistrering. Det är också få kommuner som samlar in information om suicid eller suicidförsök.

Allvarliga händelser som sker i kommunen rapporteras ibland muntligt från till t.ex. säkerhetssamordnare till kommunledning och ibland skrivs det rapporter om händelsen. Anmälan om händelser kommer ofta in via olika jourer som TiB, vägjour, trafikjour mm.

De flesta kommunerna samlar in data eller information om olyckor och allvarliga händelser från källor utanför kommunen. Ofta använder man sig av nationell statistik för att man har för litet eget underlag.

I kommunerna använder man sig ofta av MSB:s informationssystem IDA och av SKL:s rapport "Öppna Jämförelser Trygghet och säkerhet". Dessa används många gånger för att göra jämförelser mellan den egna och andra kommuner. Andra källor för informationshämtning är Transportstyrelsens informationssystem STRADA, Socialstyrelsens databaser, landstingens lokala skaderegistrering, andra kommuners olycksundersökningar, forskningsrapporter och konferenser. MSB:s integrerade beslutsstöd RIB används av någon kommun för att söka om det finns någon olycka internationellt inom något bestämt område och vad man lärt av det. Detta används sedan vid till exempel projektering av farliga anläggningar. "Allvarliga olyckor måste vi gå ut internationellt då det är så få händelser."

Inrapportering och insamling av data om olyckor och allvarliga händelser samlas ofta in stuprörsvis, det vill säga att det ofta är så att man har kunskap om vad som händer inom förvaltningens egna verksamhetsområden men inte andra förvaltningars. Det är få kommuner som har en samlad bild.

Vid intervjuerna frågade vi om det var någon statistik eller annan data som kommunerna sakade. Något som flera av de intervjuade från räddningstjänst sade sig sakna var information från ambulansen. På grund av sekretessregler kan man inte få återrapportering om personer som skadats i olyckor och om räddningstjänstens insatser vid olycksplatsen varit tillräckliga. Det mest vanliga svaret på frågan annars var: "Det vi skulle behöva är lokal skadestatistik. Annars är det inte mer statistik vi behöver utan stöd i hur vi ska tolka och använda oss av den som finns. Det vi däremot saknar är exempel på evidensbaserade åtgärder".

5.2 Hanteras, lagras, urval

Incidentrapporter hanteras på olika sätt i kommunerna. Allt från incidentrapporter enligt pappersmodellen som sparas i pärmar till datoriserade incidentrapporteringssystem. Ibland är det så att alla anställda och chefer är skyldiga att rapportera in det som händer i verksamheten och i andra kommuner har man inte formulerat det som att någon har rapporteringsskyldighet i kommunen. Det är ofta så att respektive förvaltning sköter sin egen rapportering. I en kommun berättas att man inte har någon urvalsprocess över vilka händelser eller olyckor som ska undersökas "utan det är stort som smått".

Insatsrapporter från räddningstjänster lagras i olika datasystem. Samtliga rapporter sänds till MSB där de lagras i en databas för att sedan sammanställas till statistik. I några kommuner har man en erfarenhetsbank utöver insatsrapporterna där man till exempel redogör mer om händelserna och drabbade personer.

I de kommuner där man gör olycksundersökningar har man ofta kriterier som styr hur omfattande undersökningarna ska genomföras och av vem. Det kan också vara så i kommunen att en eller några personer avgör vilka olyckor man ska göra olycksutredningar på.

Avvikelse rapporter samlas ofta i digitala avvikelsesystem men det finns också kommuner där rapporterna lagras i en pärm. Ibland har man ett digitalt system för avvikelser medan Lex Sarah-händelser hanteras manuellt. Flera kommuner använder sig av Socialstyrelsens riktlinjer när det gäller vilka avvikelser som ska undersökas närmare. Det är oftast kommunens MAS som gör bedömningar om avvikelser ska resultera i en Lex Maria. I en kommun utreds alla olyckor och incidenter som inträffar i kommunens boenden och handikappomsorg. Vid en intervju uttryckte sig en MAS: ”det finns en helt annan vana att rapportera avvikelser inom vården. Det är starkt, det är stark text som ger mig mandat att kräva. Det är väldigt tydligt”.

Rapporter om allvarliga händelser lagras oftast som diarieförda dokument. Ibland diskuteras några av händelserna informellt i en ledningsgrupp, ibland gör man enkla analyser och ibland utvärderingar. I en kommun görs utvärderingar och en analys av alla allvarliga händelser. Det finns inte något generellt mönster över hur allvarliga händelser hanteras, lagras eller väljs ut för vidare utredningar i kommunerna.

5.3 Analys, utredning, utvärdering

Även när det gäller hur kommunerna analyserar, utreder och utvärderar incidenter hanteras det olika hos de kommuner där intervjuer genomförts. Vid någon intervju berättas att man inte gör några renodlade undersökningar vid incidenter. Det kan i stället vara så att man tittar hur händelser gått till och hur man kan hantera det, men inte att man gör någon dokumentation. Hos andra kommuner kan man göra utredningar eller utvärderingar men har ingen systematik i arbetet. I en kommun där man har ett övergripande kommunalt incidentrapporteringssystem görs analyser med ett årsperspektiv för att se vilka grupper som skadas och var i kommunen olyckorna sker.

Det finns många kommuner där man har mallar för fördjupade olycksutredningar och där rapporterna t.ex. kategoriseras utifrån bostäder, vård- och omsorg, skola samt hotell och restaurang. Där presenteras också mottagare och förbättringsförslag. I en kommun gör man inte några renodlade utredningar men man gör vissa analyser kring det som inträffat. Dessa analyser härrör ofta till insatsens genomförande men inte till någon orsaksutredning.

I en kommun har man en riskanalysgrupp där alla räddningstjänsthändelser diskuteras och alla extraordinära händelser analyseras enligt viss metodik.

Det är inte ofta som kommunens olycksutredningar sammanställs på årsbasis, men hos några kommuner görs en årssammanställning som huvudsakligen består av statistik.

Utredningar av avvikelser inom den kommunala vården och omsorgen genomförs på olika sätt hos kommunerna. I en kommun har man inte någon fastställd struktur eller metodik för utredningsförfarandet medan man i en annan har en särskild metodik för utredningar och utgår från en mall. Vid en intervju berättas att då man samlar in fakta för att utreda en avvikelse får alltid personalen skriva på fri hand. Erfarenheten har visat att det blir lättast när de får uttrycka med egna ord vad som hänt. Sedan formaliserar MAS detta utifrån de mallar som finns. Vid Lex Sarah gör ofta MAS en riskanalys och händelseanalys som handlar om att bland annat utreda bakomliggande orsaker till att den oönskade händelsen inträffat.

Hos några kommuner sammanställs avvikelser halvårs- och helårsvis.

Vid allvarliga händelser berättas vid en intervju att man går ut med enkäter till berörda förvaltningar och sedan har i vissa fall resultatet från dessa använts till utvärderingar. I en annan kommun där alla allvarliga händelser utreds säger man att det sker genom samtal där staben diskuterar "vad är våra erfarenheter och vilka lärdomar kan vi dra av det som hänt?". I en kommun där alla allvarliga händelser mynnar ut i en analys och en utvärdering säger man sig inte ha någon särskild metodik för de utvärderingar som görs, utan att det varierar från fall till fall beroende på olyckstyp. I en kommun har inte några allvarliga händelser utretts därför att man anser att de händelser man haft har varit hanterbara och därmed har det inte funnits några behov av någon utredning.

5.4 Tillhandahålla, sprida

Erfarenheter från händelser, analyser, utredningar och utvärderingar tillhandahålls och sprids på många olika sätt i kommunerna. Ibland sker det med en systematik, ibland ad hoc. Det finns även kommuner där man säger att man inte sprider erfarenheter vidare alls.

Det finns ofta olika nätverk där man utbyter erfarenheter, diskuterar och lär av varandra både genom regelbundna möten och kommunikation via mejl. I ett nätverk finns en tidning där man har stort fokus på att sprida erfarenheter från olycksutredningar.

Vanliga redskap för att sprida erfarenheter är intranät, hemsidor, media, konferenser, sociala medier, nyhetsbrev, pensionärsråd eller vid utbildningar. Det är också vanligt att sammanställa och förmedla erfarenheter till kommunens politiker.

En kommun har som regel att alla olycksutredningar ska skickas till minst två externa mottagare. Olycksutredningar skickas också ofta till Länsstyrelsen och MSB. Det händer också att de skickas till företag som tillverkar produkter, som kan utgöra en brandrisk.

Hos en kommun skickas en åtgärdsmatris till berörda instanser, oftast intern men även externt, innan en utredning är helt klar. Sedan ombeds de yttra sig och komma med synpunkter. Detta blir ett sorts åtgärdskapitel som bakas in i utredningen, för att de på detta sätt ska bli delaktiga i utredningen.

I en kommun finns en säkerhetsgrupp där förvaltningsansvariga ingår och de har ansvar för att inom sin förvaltning föra vidare erfarenheter från utredningar.

Det finns många som berättar om svårigheter att nå ut med information. Vid en intervju sägs "Det är svårt att sprida erfarenheter lokalt. Ingen vill bli uthängd för att det hänt något på exempelvis en skola. Även inom kommunen är konkurrensen hård om eleverna. Vi försöker klä in erfarenheter i generella termer. Dessa sprider vi sedan via tillsyn, utbildningar och via ombud".

En synpunkt angående spridning av erfarenheter är att det är svårt att nå ut med information till deltidsbrandkårerna.

Hos en kommun har olycksutredningar sammanställts men man har sedan upptäckt att många av dessa blivit hyllvärmare. Därför har man nu startat ett projekt med syfte att återföra den kunskap man fått fram i organisationen.

Andra berättar att de inte kommunicerar erfarenheter på ett bra sätt så kunskapen når ut. Det är inte säkert, enligt intervjupersonen, att organisationen har förmåga att lära sig.

5.5 Genomföra

Erfarenheter från olika analyser, utredningar och utvärderingar implementeras ofta i övningar och utbildningar. Det har också medfört ändrade metoder och arbetssätt samt förändrade målgrupper för förebyggande arbete.

Arbetssätt har förändrats till följd av inträffade allvarliga händelser som till exempel stormen Gudrun, bussolyckor och vattenläckor. I en kommun var hanteringen av stormen Per betydligt bättre än vid Gudrun. I en annan kommun har det upprättats konkreta handlingsplaner som en följd av erfarenheter från översvämningar. Det berättas också att Rinkebybranden fått räddningstjänstpersonal mer engagerade i att gå ut och informera för att öka säkerheten i bostäder. Även krissamverkan har utvecklats som en effekt av erfarenheter från allvarliga händelser. Men det finns också kommuner där man inte kan dra sig till minnes något empiriskt exempel där man förändrat rutiner eller föreskrifter till följd av en allvarlig händelse.

Resultat från utredningar används i nya generationers handlingsprogram enligt Lagen om skydd mot olyckor (LSO) samt i kommunernas risk- och

sårbarhetsanalyser. Det har också lett till organisationsförändringar, mer riktad tillsyn och nya riktlinjer.

Det finns olika syn inom kommunerna om arbetet leder till någon effekt. En synpunkt var att det tar några år innan det händer något, men att man i kommunen absolut ser resultat. I några kommuner säger man att det inte sker alls eller att det sker ibland. Andra anser att det fungerar väl och att man som exempel inom räddningstjänsten fått ner antalet radhusbränder i ett område och anlagda bränder i en kommun. I kommunen måste man också väga kostnader mot nytta, ibland kan man inte genomföra vissa saker för att det kostar för mycket.

I en mindre kommun säger man att det har skett mycket utveckling och att erfarenhetsåterföring nog är lättare i små kommuner. De har det bra på så sätt att de kan kontakta varandra på informell basis, informera och fråga om vissa saker. Därför händer saker snabbt.

Flera anser att implementering av förändringar till följd av olycksutredningar fungerar väl. En informant anser att om någon utrustning brister rent tekniskt åtgärdas det oftast direkt, men att den svåraste biten är förändringar i rutiner som ofta tar lång tid innan det används.

När det gäller avvikelserapportering finns det också olika syn på om det leder till förändringar. Vid en intervju sägs att händelser rapporteras och sedan händer det inte så mycket, förutom när det gäller de allvarligaste händelserna. Den vanligaste synen är dock att avvikelser som rapporteras leder till förbättringar generellt sett, som exempelvis reviderade delegeringsrutiner och ändrade rutiner för läkemedelshantering. Det sägs vid en kommun att ”detta är ett Sisyfosarbete, man får hela tiden jobba med att implementera det som redan är känt. Det strömmar fortfarande in avvikelser. Nu är det den mänskliga faktorn, det är nästan aldrig beroende på teknik. Man har glömt. Det är den svåraste utmaningen”.

I en kommun sägs att det är svårt att få ork med en lärande process. Det är också svårt med olycks- och haveriutredningar då de inte skapar en lärande process. För att det ska kunna ske måste lärdomar sammanfattas och kondenseras bättre. Man anser också att kommunen måste lära av tillbud då olyckor som händer ofta ändå är för få för att lära av.

Oftast säger man att man inte har någon kunskap om huruvida rekommendationer till externa aktörer följs. Det är en brist i att fånga upp om åtgärder verkligen blir genomförda.

Det finns en syn att förståelsen för behov av förändringar ökar efter allvarliga händelser. Då har man varit med om det på riktigt, är medveten om att det kan hända och inte bara är ett scenario. Om man i kommunen pekar på det som hänt är det lättare att få igenom en åtgärd.

5.6 Analys kommunal nivå

Studien visar att det inte går att ge någon generell bild av hur kommunerna arbetar med att ta tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser. Det finns kommuner där man inte har någon systematik i sitt arbete och inte heller någon samverkan mellan olika förvaltningar. Å andra sidan finns det kommuner som jobbar mycket systematiskt med alla delar i kedjemodellen, har en klar bild över vilka olyckor och allvarliga händelser som inträffat i kommunen och har ett systematiskt lärande från dessa. Om man studerar intervjuresultaten utifrån SKL:s kommunindelning går det inte heller att se något mönster i hur kommunerna tar tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser.

I några kommuner har räddningstjänsten ett tydligt politiskt uppdrag i att ta en samordnande roll inom trygghetsarbetet i kommunen. Där fungerar räddningstjänsten som ett nav för att samordna kommunens arbete med olyckor och allvarliga händelser. I några kommuner har man organiserat säkerhetsgrupper med representanter från olika förvaltningar. Det förekommer även att föreningar, bostadsbolag m.fl. deltar i arbetet. Gruppernas uppgifter och roller varierar från att ansvara för att ta fram beslutsunderlag för kommunens styrning av säkerhetsarbetet till att ett forum för erfarenhetsåterföring.

Det är enbart i en kommun som en intervjuperson utanför räddningstjänsten diskuterar kommunens skyldighet att göra olycksundersökningar enligt LSO. Det mest vanliga är istället att detta enbart anses vara räddningstjänstens ansvar.

Det finns problem när erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser inte dokumenteras. Vid flera kommuner sker analyser och erfarenhetsåterföring muntligt eller via mejl. Det innebär att då personer slutar lämna dessa erfarenheter organisationen.

I flera kommuner har man påpekat vikten att motverka syndabocksmentalitet och istället mer rikta in sig på organisation och problemlösning. Framför allt när det gäller avvikelserapportering säger kommuner att de har lyckats få bort syndabockstänket och fått fram budskapet om varför man har ett avvikelserapporteringssystem.

Genom att avdramatisera det hela och fånga upp brister i kommunen och andra organisationer kan man arbeta med förbättringsåtgärder.

Om man ser till olika delar i kommunen finns det mest systematiserade arbetet när det gäller incidenter inom arbetsmiljön och avvikelshantering inom vård och omsorg. Det verkar fungera väl i de flesta kommuner där intervjuer genomförts. Vid en intervju uttrycktes "När det gäller Lex Sarah och arbetsmiljöfrågor blir det effekt, för där finns det en systematik och det är lagstyrt. Andra områden är inte lika utvecklade".

Det finns mycket som görs inom varje del i kedjemodellen och många har processer för hur arbetet ska ske, men ofta saknas det systematik. Ju längre bort man kommer i kedjan desto fler brister kan man se. Mycket data samlas in och lagras på olika sätt. Vissa händelser analyseras, utreds eller utvärderas men redan i det här steget börjar systematiken försvagas. Mycket av den information som sprids läggs ut på intranät och webbsidor eller finns tillgängliga via diarieförda dokument, men inte så ofta genom att man aktivt ser till att mottagare tar emot information om erfarenheter. Sista steget i kedjemodellen är den svagaste länken. Det är inte inom många områden eller hos många kommuner där erfarenheter leder till genomförande av förändringar på ett systematiskt sätt.

I en kommun, som ingår i studien, där kedjemodellen syns fungera bra finns en riskhanteringsgrupp som samlas varje månad. I gruppen ingår handläggare från varje förvaltning där alla har mer eller mindre mandat att påverka i sin egen förvaltning. Varje handläggare i gruppen har ett antal säkerhetsombud. Risker, tillbud och skador inrapporteras i ett incidentrapporteringssystem som lagras i en server i kommunens egen regi. I systemet kan alla rapportera sina risker, skador och tillbud. Verksamhetsansvarig har sedan ansvaret att genomföra åtgärder. Om detta inte sker kommer det att synas i systemet. Alla olyckor utreds av räddningstjänst, säkerhetssamordnare och ytterligare en person. Information återkopplas sedan till riskhanteringsgruppen. Enligt en intervjuperson har detta arbetssätt lett till effekter i kommunen. Enligt SKL:s "Öppna Jämförelser Trygghet och Säkerhet 2010" hör kommunen till de 25 procent kommuner med bäst värde för indikatorn "Antal sjukhusvårdade (inskrivna på sjukhus minst ett dygn) till följd av oavsiktliga skador (olyckor) per 1 000 invånare".

6. Allvarliga händelser

6.1 Stormen Gudrun

Stormen Gudrun var en kraftig orkan som drog in över Götaland och sydligaste Svealand under lördagen och natten till söndagen den 8 och 9 januari år 2005. Den kraftiga stormen var inte en ovanlig företeelse ute över norra Atlanten, men de uppmätta vindhastigheterna förekommer över Sverige endast vart 30:e-50:e år. Vindstyrkan nådde 30 m/sek eller mer i nästan samtliga kommuner i Skåne, Blekinge, Halland, Kronoberg och Gotland samt i delar av Jönköpings län, Kalmar län och Västra Götaland. 7 personer omkom i olyckor under stormnatten. Till och med januari 2006 hade ytterligare 11 personer omkommit i samband med uppröjningsarbetet. Stormen orsakade sällsynt stora skador på skog, vägar, järnvägar, el- och telenät. Röjningsarbetet påbörjades så fort vinden hade avtagit. Efter några dygn var de flesta större vägar framkomliga, medan röjning av mindre vägar tog längre tid (MSB Naturolycksdatabas 2011).

6.1.1 Rekommendationer och lärdomar

Många lärdomar har dragits av Gudrun, och rekommendationer har lagts inom olika områden. Detta just för att många blev berörda av stormen. Vi har valt att ta upp några av dessa lärdomar och rekommendationer som kan anses vara viktiga.

Efter krishanteringen under Gudrun pekades det på behovet av en grundläggande säkerhetsnivå inom främst den tekniska infrastrukturen. Bland annat märkte man att störningarna i telekommunikationen hämmade möjligheten till åtgärder för de aktörer som hanterade krisen. Man menade också att det var viktigt att samhället ställer krav på en viss krishanteringsförmåga hos teleoperatörer och nätägare, då det upplevdes som om operatörerna saknade en relevant krisledningsorganisation (Krisberedskapsmyndigheten 2005).

Frivilliga som ville ställa upp i efterarbetet visade sig spela en stor roll. Dock pekade en del på att utnyttjandet av dessa begränsades i en del fall då enbart vissa personer med avtalade försäkringar kunde användas. Förberedda försäkringsavtal rekommenderades om en liknande händelse skulle ske igen (Energimyndigheten 2006).

Frivilligorganisationer hade också ha en stor betydelse. Framförallt när ordinarie personal hade jobbat länge och var slitna var organisationerna en bra resurs. Dock angav många att de upplevt verksamheten med de olika organisationerna som förvirrande. Ett önskemål som kom var att det mellan dessa funktioner vore bra med samordning och en diskussion om ansvar och gränser (Sveriges Kommuner och Landsting 2005).

Många var i behov av reservkraft när strömmen var borta under en längre tid. Vid händelsen saknades det ett centralt register som gjorde det möjligt att

samordna tillgången till reservkraft. Detta efterfrågades för att lättare få en överblick av tillgängliga aggregat. Det pekades även på att ansvaret för prioritering och fördelning av reservkraft borde klaras ut. Under Gudrun var det många ställen där det var oklart om det var kommunen eller länsstyrelsen som skulle bära det ansvaret (Energimyndigheten 2006).

När inte telenätet fungerade så blev alternativ kommunikation viktigare. Flera kommuner och landsting pekade på att användarkretsen av Rakel-systemet måste utvidgas så det omfattar samtliga delar av deras verksamhet som behöver fungera vid en kris, exempelvis hemtjänst (Sveriges Kommuner och Landsting 2005).

Flertalet rapporter uttrycker att det är krångligt att veta vad som gäller vid händelser som innefattar räddningstjänst och extraordinära händelser, och vill därför få ett klagande i innebörden i dessa (Krisberedskapsmyndigheten 2005).

6.1.2 Hur har dessa lärdomar och rekommendationer tagits tillvara?

För att få en uppfattning av hur dessa rekommendationer och lärdomar tagits tillvara och implementerats, har representanter från ett av de mest drabbade länens länsstyrelse och kommun intervjuats.

Enligt respondenterna har krishanteringsförmågan gällande telekommunikation säkerställt på lokal och regional nivå genom att man har infört Rakel på alla kommunledningsplatser, länsstyrelsens ledningsplats och att länsstyrelsens tjänsteman i beredskap har tillgång till detta. Om den grundläggande säkerhetsnivån har ändrats hos teleoperatörer och nätägare är dock oklart enligt de intervjuade. De kunde heller inte svara på om det skett någon ändring av krishanteringsansvaret hos teleoperatörer och nätägare.

De intervjuade stötte inte på något problem gällande frivilliga arbetare då de redan innan Gudrun hade en kommunal insatsstyrka med frivilliga där det fanns skrivna avtal som innefattade bland annat försäkringsfrågor, betalning etcetera. Endast småsaker behövde ändras, vilket har justerats i avtalen. De kände heller inte något behov av att utforma en samordning för frivilligorganisationerna under Gudrun, så inget sådant är gjort.

Enligt respondenterna finns det inget centralt register över reservkraftverk, men dock ett regionalt register. Kommunerna har dokumenterat var alla reservkraftverk finns, hur många det är, storlek och bränsleåtgång. Under Gudrun var en person på länsstyrelsen ansvarig och fördelade alla reservkraftverk. Detta hade full acceptans av länets kommuner. Enligt respondenten fanns det under Gudrun nyckeltal där dessa avgjorde hur prioritering mellan kommunerna skulle ske.

I länet som de intervjuade företrädare används inte Rakel i några andra områden än de som nämns ovan. Det finns planer för att införa systemet, men som det är just nu fyller inte Rakel de funktioner som länet efterfrågar för att

kunna tas i bruk. Tanken är att det kan införas runt år 2012-2013 om länet får hjälp från central nivå, och att de problem som finns i systemet löses. De anser just nu att satellittelefoner är säkrare redskap att använda.

När det gäller räddningstjänst och extraordinära händelser så har ingen klarläggning skett även om det diskuteras mer eller mindre i samband med olika händelser.

6.1.3 Kort slutsats

Det finns mycket dokumentation om händelsen, kring lärdomar och rekommendationer. MSB:s naturolycksdatabas var användbar vid denna händelse då många myndighetsrapporter och andra utvärderingar finns samlade här. Det är svårt att veta hur många av rekommendationerna som verkligen implementerats. De intervjuade kände dels att de var långt fram i förberedelserna redan innan händelsen som gjorde att det inte fanns behov av ändringar, och dels att de i vissa områden inte riktigt visste om det hade skett några ändringar eller inte.

6.2 Bussolyckan i Rasbo

Tidigt på morgonen den 27:e februari år 2007 kolliderade två linjebussar vid möte med varandra på länsväg 288. Bussarna körde mellan Östhammar/Öregrund och Uppsala. Det snöade lätt under natten och var vinterväglag med snömodd och fläckvis halka. Bussarna kom från varsitt håll på en lång raksträcka med skog på båda sidorna. Vid kollisionen trängde bussarna in i varandra och delar av karossernas vänsterväggar slets bort. Vid olyckan omkom 6 personer. De satt alla på bussarnas vänstra sida i det område där den andra bussen trängde in. Det exakta olycksförloppet har inte kunnat fastställas (Statens Haverikommission 2008).

6.2.1 Rekommendationer och lärdomar

Statens Haverikommission (SHK) har skrivit en utförlig rapport där de beskriver händelsen, undersöker de flesta omständigheter som kan ha spelat in för utfallet och slutligen framfört ett flertal rekommendationer på ändringar till berörda myndigheter. Här nedan har vi valt att presentera några av dem.

(RO 2008:01 R1) Till Statens Räddningsverk riktades en rekommendation att tillsammans med berörda myndigheter och företag i branschen utarbeta riktlinjer och rutiner för säker helikoptersamverkan i luften och på olycksplatsen i samband med kommunal räddningstjänst. Detta var ett problem under räddningsaktionen vid bussolyckan i Rasbo.

(RO 2008:01 R2) SHK anser att bussarna inte hade tillfredsställande skydd mot krockvåld utifrån rådande omständigheter på vägsträckan. Vägverket har fått en rekommendation att se över gällande hastighetsgräns på vägar av aktuell storlek, med aktuell trafikintensitet samt att överväga att införa variabla hastighetsgränser beroende på väglag, ljusförhållanden och trafikintensitet.

Detta särskilt i de fall mitträckesseparation inte kan uppnås på den aktuella vägen.

(RO 2008:01 R3) SHK konstaterade att kraven på de strukturer som ska skydda passagerare och förare vid kollisioner av det aktuella slaget är anmärkningsvärt låga. Till Vägverket riktas en rekommendation om att verka för utveckling av provningsmetoder, normer och bestämmelser för krocksäkerhet hos bussar.

(RO 2008:01 R5) Enligt SHK:s bedömning framfördes de två bussarna med höga hastigheter, även om de inte överskred gällande hastighetsbestämmelser. Bussförare som intervjuades vittnade om att de ofta känner press från passagerare och företag att hålla satta tidtabeller. Att ha ett konkret stöd från företag och beställare att falla tillbaka på i besvärligt väglag och väder skulle sannolikt kunna vara ett stöd för bussförare. SHK rekommenderar därför Vägverket att i samverkan med bussbranschens aktörer och upphandlare av kollektivtrafik utveckla allmänna rekommendationer om hastighet för busstrafik som genomförs i riskfyllda väglag samt i dåliga sikt- och väderförhållanden.

(RO 2008:01 R7) Även då bussarna hade fel däckdimension, bedömdes detta inte haft någon betydelse för olyckan. Ändå riktades en rekommendation gällande detta mot Vägverket. Där menar man att de bör överväga införande av stickprovskontroll av däckdimensioner vid den årliga kontrollbesiktningen av bussar.

(RO 2008:01 R9) I en av bussarna fanns det fukt och olja i bromssystemets kretstankar. Det konstateras i rapporten att dräneringsfunktionen sitter så till att det är svårt att se om det finns föroreningar i bromssystemet hos fordon med tryckluftstankar. SHK vill att Vägverket ska verka för att dräneringsfunktionen är lätt åtkomlig för att kunna se om föroreningar finns i bromssystemen på fordon med tryckluftstankar.

(RO 2008:01 R10) Det exakta olycksförloppet kunde inte med säkerhet fastställas. Det fanns inte någon automatisk registrering i bussarna med information om deras rörelser på vägen och vägens friktionsvärden med flera parametrar som kunde ha hjälpt till att klarlägga olycksförloppet. Man vill att Vägverket ska verka för att bussar i yrkesmässig trafik förses med utrustning för registrering av viktiga körparametrar så att analys av olyckor och tillbud underlättas.

(RO 2008:01 R11) Till Arbetsmiljöverket riktas en rekommendation att man ska verka för utvärdering av arbetsscheman för bussförare ut trötthetssynpunkt (Statens haverikommission 2008).

6.2.2 Hur har dessa lärdomar och rekommendationer tagits tillvara?

I SHK:s rapport ber de berörda myndigheter om svar på vad myndigheterna har planerat att göra, eller redan gjort, av de utdelade rekommendationerna. Vi

har fått ta del av svarsdokumenten och sammanfattar här svaren från några av dem. Då Transportstyrelsen bildades under denna tid, riktades vissa av rekommendationerna till dem istället för Vägverket, bland annat (RO 2008:01 R7) gällande däckdimensioner m.fl.

(RO 2008:01 R1) Räddningsverket har fört diskussioner med företrädare för helikopterbranschen om hur man ska uppträda vid olyckssituationer. Räddningsverket har också kommit fram till att det finns ett behov av en gemensam utbildning för respektive myndighetsorganisation och branschen gällande rutiner för utlarmning och att ta emot helikopterassistans. Vi kontaktade en myndighetsföreträdare och enligt denne så hölls minst en sådan utbildning.

(RO 2008:01 R2) Vägverket skriver i sitt svar från 2009-03-13 att de har för avsikt att besluta om 80 km/h på delar av väg 288, om inga trafiksäkerhetsförbättrande åtgärder vidtas inom en treårsperiod. Vi har kontaktat Trafikverket för att följa upp om några ändringar skett fram tills idag (2011-10-28), de säger att ingen hastighetsändring har skett men att förslaget till ändring ligger kvar.

(RO 2008:01 R3) Transportstyrelsen medverkar i utveckling av de internationella bestämmelserna om bussar inom Förenta Nationernas Ekonomiska Kommission för Europa (ECE) i Genève. Flera större arbeten pågår för närvarande, dessa berör viktiga egenskaper för bussars säkerhet. Alla dessa arbeten är omfattande och engagerar många bussexperter. Transportstyrelsen bedömer att det inte finns resurser att införa något ytterligare arbetsområde utan målet måste vara att slutföra pågående arbete. Det är därför inte aktuellt att ta upp frågan om skydd vid sidokollision.

(RO 2008:01 R5) Vägverket bifogar i sitt svar en projektplan, "Utveckling av trafiksäkerhetssystem för persontrafik på väg". Syftet med detta projekt är att utveckla en metod som ska kunna integreras i befintliga trafikledningssystem för att kunna ge en saklig vägledning utifrån olika yttre faktorer som kan påverka trafiksäkerheten vid en specifik vägtransport. Detta kan leda till att det aktuella fordonet framförs med reducerad hastighet eller att resan senareläggs alternativt ställs in (Vägverket 2008).

(RO 2008:01 R7) Då det inte finns några kända uppgifter om att felaktiga dimensioner på bussdäck skulle vara en vanlig orsak till olyckor, och att däcken inte bedömdes haft någon inverkan på aktuell olycka, avser för närvarande inte Transportstyrelsen att införa kontroll av däck vid kontrollbesiktningen.

(RO 2008:01 R9) Transportstyrelsen för en dialog med Bussbranschens Riksförbund om bland annat underhållet av bussar. De har dock ingen möjlighet att föreskriva något om placering av dräneringsfunktion. Vi tog kontakt med Transportstyrelsen för att se om dialogen hade lett vidare till någon handling. De kunde dock inte få fram något från Bussbranschens riksförbund om det skett någon ändring av dräneringsfunktionen.

(RO 2008:01 R10) Enligt Transportstyrelsen så har frågan diskuterats inom Förenta Nationernas Ekonomiska Kommission för Europa (ECE) i Genève. För närvarande (datum för dokumentet 2009-03-13) pågår ett forskningsprojekt inom EU kallat VERONICA som arbetar med Event Data Recorder (EDR). Arbetet inriktas mot att EDR ska kunna installeras i yrkesfordon som lastbilar och bussar. Transportstyrelsen är beredd att stödja arbetet då det tas upp inom ECE. Även här tog vi kontakt med Transportstyrelsen för att se hur långt arbetet har kommit idag. De pekar på att de inte har egen registrering av denna typ av utrustning vilket gör det svårt att svara på om fordonen ändrats eller inte. Någon analys av bussar har heller inte beställts. De säger även att när det gäller användande av EDR så ser Svenska Bussbranschens riksförbund inte det som troligt att denna typ av utrustning eftermonteras på fordon i bruk. Utrustning måste komma in i form av krav på nya bussar.

(RO 2008:01 R11) I sitt brev skriver Arbetsmiljöverket att de anser att utformningen av bussförarens arbetsscheman är en viktig faktor för att motverka olyckor på grund av stress och trötthet. Inom ramen för deras ordinarie tillsynsverksamhet planerar de för att anordna samverkansmöten med parterna inom bussbranschen och där diskutera lämplig utformning av arbetsscheman för att minska riskerna för trötthetsrelaterade olyckor.

Vi har kontaktat Arbetsmiljöverket och ställt frågan om det skett några samverkansmöten med parterna inom bussbranschen och vad de i sådana fall har lett till. De kunde inte ge några kompletta svar på detta. De visste att det på vissa håll hållits möten med bussbranschen, men inte om just denna fråga tagits upp till diskussion.

6.2.3 Kort slutsats

Bussolyckan är utförligt dokumenterad i och med SHK:s rapport. Även här är det många av rekommendationerna som är planerade in i det löpande arbetet, eller så förklaras det hur man för närvarande redan behandlar dessa delar i den befintliga verksamheten.

6.3 Diskoteksbranden i Göteborg

Den 29 oktober 1998 startade en brand i Makedoniska föreningens lokal i Göteborg. Lokalen hade hyrts ut för att användas som festlokal i samband med allhelgonahelgen.

Det har efteråt konstaterats att det var omkring 375 ungdomar i lokalen. Vid midnatt märkte några ungdomar en stark och obehaglig lukt. Någon såg att det trängde ut rök under dörren till nödutgången och dörren öppnades. Man upptäckte då att det brann i trapphuset. Dörren till nödutgången förblev öppen och branden spred sig snabbt in i danslokalen från trapphuset.

Ungdomarna började utrymma lokalen, men det blev snabbt packat med människor och svårt att röra sig. Vid entrédörren bildades en propp av människor som blockerade utgången helt. Då första räddningsstyrkan kom

fram slog redan lågorna ut genom flera fönster och hela platsen var kaotisk. Totalt omkom 63 ungdomar i branden och ett femtiotal fick allvarliga skador (Statens haverikommission 2001).

6.3.1 Rekommendationer och lärdomar

Statens Haverikommission (SHK) har skrivit en utförlig rapport där de beskriver händelsen, undersöker de flesta omständigheter som kan ha spelat in för utfallet och slutligen framfört ett flertal rekommendationer på ändringar till berörda myndigheter. Här nedan har vi valt att presentera några av dem.

(RO 2001:02 R4) I och med att lokalen låg på andra våningen så försvårades utrymningen. En rekommendation pekar på att det bör övervägas om det bör ställas särskilt höga krav på brandskyddsanordningar i samlingslokaler som är placerade eller utformade på sådant sätt att utrymning försvåras.

(RO 2001:02 R8) Man anser det även viktigt att verka för att det ställs krav på att det för varje samlingslokal utses en brandskyddsansvarig.

(RO 2001:02 R12) I SHK:s analys av räddningsinsatsen konstateras att räddningsledarens resurser för att effektivt kunna leda och samordna insatsen var otillräckliga. Under hela insatsen var räddningsledaren i princip ensam på skadeplatsen – utan några stabsresurser. Den bakre staben (strategiska ledningen) byggdes emellertid upp snabbt och tidigt fanns flera stabsfunktioner bemannade. Till Räddningsverket riktades en rekommendation om ”att verka för att det utvecklas system för att vid en räddningsinsats snabbt kunna förstärka såväl den operativa ledningen på skadeplatsen som den strategiska ledningen i bakre staber med tillräckliga stabsresurser”.

(RO 2001:02 R17) SHK pekar på att det behövs förbättrade rutiner som säkerställer att ett stort antal ambulanser snabbt kommer till en skadeplats och att en snabb förstärkning av ambulansresurserna också kan ske.

(RO 2001:02 R21) SHK:s analys av hur ungdomarna i festlokalen uppfattade de varningar som gavs om branden visar att många ungdomar först i ett sent skede av branden tog varningarna på allvar och att det av det skälet dröjde alltför länge innan man försökte ta sig ut. I och med detta riktar SHK en rekommendation till Skolverket att efter samråd med Statens Räddningsverk överväga i vilken omfattning generella kunskaper om risker i samhället och om hur dessa ska hanteras bör ingå i läroplanen för grundskolan, liksom hur sådana kunskapsmål på bästa sätt kan uppnås (Statens haverikommission 2001).

6.3.2 Hur har dessa lärdomar och rekommendationer tagits tillvara?

I SHK:s rapport ber de berörda myndigheter om svar på vad de har planerat att göra, eller redan gjort, av de utdelade rekommendationerna. Vi har fått ta del av svarsdokumenten och sammanfattar här svaren från några av dem.

(RO 2001:02 R4) Boverket har övervägt att föra in detta som råd i samband med revidering av Boverkets byggregler som pågår för närvarande (dokument skrivet 2002-01-09). Boverket har efter diskussioner med bl.a. den referensgrupp som de använder för brandfrågor, Boverkets brandforum, kommit fram till att det inte är en lämplig åtgärd.

Några av argumenten mot ett sådant råd är bl.a. vilka effekter det skulle få med ett stort ökande antal skyltar för brandsäkerheten, men även att det kan vara svårt att tolka det. Tolkningsproblemet kan exempelvis avse vilka typer av lokaler det ska omfatta, om det ska finnas en undre gräns där det inte krävs skylt etcetera. Boverket skriver att de har ett tydligt uppdrag av regeringen att skriva verifierbara funktionskrav. De anser att det inte ligger i linje med Boverkets uppdrag eller syn på byggregler att införa nya detaljkrav som är svåra att verifiera och som ger osäker nytta.

(RO 2001:02 R8) Ett seminarium med olika intressenter genomfördes den 14 november 2001 i syfte att diskutera brandsäkerhet generellt i samlingslokaler. Räddningsverket har också tagit fram en rapport som belyser frågan om införande av krav på brandskyddsdokumentation i befintliga verksamheter. Det allmänna rådet som fått rubriken "Systematiskt brandskyddsarbete" utkom i januari 2002. Under 2002 har ett antal informationsdagar genomförts om det allmänna rådets innehåll och tillämpning. Målgruppen har enligt Räddningsverket varit dels ägare och innehavare av byggnader och anläggningar, dels brandsyneförättare.

Räddningsverket skriver också att det under året (dokument skrivet 2002-12-20) har kommit ett betänkande (SOU 2002:10) om reformerad räddningstjänstlagstiftning. Där föreslås att nuvarande brandsyneverksamhet förändras och att det blir en skyldighet för ägare och innehavare att dokumentera brandskyddet i sin byggnad eller anläggning. I Lag (2003:778) om skydd mot olyckor, 2 kap. 3§, formulerades det "Ägare av byggnader eller andra anläggningar, där det med hänsyn till risken för brand eller konsekvenserna av brand bör ställas särskilda krav på en kontroll av brandskyddet, skall i skriftlig form lämna en redogörelse för brandskyddet".

(RO 2001:02 R12) I en lägesredovisning (dnr. 139-4676-2004) redovisade Räddningsverket att utveckling och uppbyggnad av förstärkningsresurser för ledning måste avvägas och hanteras i sammanhang med andra övergripande utredningsarbeten. Räddningsverket integrerade frågan i verkets analys och bedömning av de utvecklingsbehov som fanns avseende den kommunala räddningstjänstens förmåga att genomföra effektiva räddningsinsatser. Räddningsverket behandlade också frågan i det underlag som verket lämnade till Krisberedskapsmyndigheten i fråga om mål, åtgärder och kostnader för förstärkt operativ förmåga vid svåra påfrestningar på samhället.

Frågan om förstärkningsresurser för ledning har sedan inte aktualiserats då det fanns en farhåga för att kommunernas eget ansvar för att utveckla denna förmåga genom samarbete med grannkommuner i regionen skulle hämmas.

Räddningsverket såg en risk att kommunerna skulle förlita sig helt på en statligt samordnad resurs istället för att själva säkerställa förmågan.

Frågan om statliga förstärkningsresurser (både materiel och personella resurser) är fortfarande aktuell. Arbetet pågår för att fastställa vilka grundläggande förmågor kommunerna bör ha och i det arbetet finns det skäl att titta på förmågor och behov av förstärkningsresurser för att hantera ledning och samverkan vid olyckor och kriser på lokal nivå.

(RO 2001:02 R17) I sitt kompletterande svarsbrev till SHK skriver Socialstyrelsen (SoS) att de bl.a. inom ramen för sin totalförsvarsuppgift genomför projektet Swede i syfte att utveckla ett nationellt IT-baserat ledningssystem för akuta pehospitala sjukvårdsinsatser. De beskriver systemet som ett stöd i den dagliga normala sjukvårdsverksamheten och vid en stor olycka/katastrof (särskild händelse) ska systemet utgöra ett aktivt stöd för ledningen av sjukvården såväl inom som mellan landsting eller motsvarande. Det nya ledningssystemet Swede kommer att underlätta kommunikationerna mellan olika ledningsnivåer och utformningen av ledningsorganisationen.

Under 2004 gjordes en utvärdering av projektet och det visade sig att alltför få landsting var beredda att satsa i IS Swede som vardagssystem för ambulanssjukvården. Ansvarig för IS Swede under denna period säger att grundtanken i projektet var att använda samma system till vardags som vid allvarliga händelser. Han pekar då på att det krävs att landstingen har någorlunda samma system (Dagens Medicin 2005).

I oktober 2004 beslutade Socialstyrelsen att avveckla sitt ansvar för IS Swede från och med 2006 (Frivilliga Radioorganisationen 2005).

(RO 2001:02 R21) Skolverket skriver i sitt svarsdokument att risker i form av brand och andra typer av olyckor och katastrofer tas upp på olika sätt i grundskolans kursplaner. De visar urklipp ur de olika kursplanerna där de pekar på att det finns tydliga mål för att eleverna ska få utbildning för hur man ska hantera olika situationer och redskap som omfattar brand och andra olycksrisker.

I ett senare, kompletterande brev pekar dock Skolverket på att det är regeringen som fastställer kursplaner och läroplaner. Kursplanerna fastställs efter förslag från Skolverket. Skolverkets ansvar ligger i att vid utveckling av kursplaner i olika ämnen se till att det ställs krav på kunskap inom viktiga områden. Det är dock kommunen/skolan som har det fulla ansvaret för organisering av undervisningen och det är de som väljer lämpligt stoff och undervisningsmaterial mm. Skolverket har alltså inte några befogenheter att i kurs- eller läroplaner förordna "integrerade temata". Det är inte Skolverket som har ansvar för att utveckla läromedel eller annat undervisningsmaterial.

I Skolverkets utredning av katastrofberedskapen inom skolområdet (dnr: 99:15089) konstateras att det är viktigt att personal och elever får utbildning i krishantering, krisreaktioner och brand. Som följd av utredningen har de givit

ut "Beredd på det ofattbara", en skrift om krishantering baserad på rönen från efterarbetet av brandkatastrofen i Göteborg samt intervjuer i skolor som av olika anledningar drabbats av sorg.

6.3.3 Kort slutsats

Även här har SHK gjort en utförlig rapport.

Det är många av rekommendationerna som är planerade in i det löpande arbetet, eller så förklaras det hur man för närvarande redan behandlar dessa delar i den befintliga verksamheten. Vår slutsats är att de flesta är nöjda med hur läget ser ut nu och att de anser att det inte finns skäl att förändra så mycket.

6.4 Fågelinfluensan (H5N1)

I februari 2006 hittades de första fallen av den aggressiva formen av influensaviruset H5N1 hos fyra döda viggas i Oskarshamn. Ytterligare smitta kunde senare konstateras hos fler vilda fåglar, en vild mink samt hos en gräsand i ett vilthägn. Senaste utbrottet var 2006, men det finns fortfarande en hög beredskap om sjukdomen skulle uppträda igen (Krisinformation.se 2011).

6.4.1 Rekommendationer och lärdomar

Som man kan läsa i ett flertal rapporter, så drog man många lärdomar vid arbetet under själva utbrottet fågelinfluensan. Det är svårt att hitta konkreta rekommendationer som enbart kommer från just fågelinfluensan. Många av lärdomarna och rekommendationerna är inbakade i dokument blandat med lärdomar från andra tillfällen, exempelvis "Nationell plan för pandemisk influensa – med underlag för regional och lokal planering". Bland berörda myndigheter delar många åsikten att det är främst inom informations- och kommunikationsområdet det drogs flest lärdomar. Kort sammanfattat kan man se att de flesta berörda aktörer är nöjda hur arbetet fortlöpte under fågelinfluensan, men att det fortfarande kan bli bättre.

En stor del av nationella myndigheters arbete kring influensa handlar om hur man ska agera vid ett eventuellt utbrott, hur man ska få ut myndighetsgemensam information till allmänheten och hur berörda myndigheter ska arbeta tillsammans etcetera.

Under fågelinfluensan var myndigheterna hårt belastade av massmedia och frågor från allmänheten. Det fanns ett behov av samverkan och många såg att information och kommunikation kunde effektiviseras på flera olika plan.

6.4.2 Hur har dessa lärdomar och rekommendationer tagits tillvara?

Efter fågelinfluensan har det kommit ut mycket information och regler, exempelvis för verksamhetsutövare innehavande av fjäderfäuppfödning. Främst är det Jordbruksverket som ansvarar för detta.

Under fågelinfluensan kände berörda myndigheter att det behövdes en kanal för gemensam information till allmänhet och massmedia. Det upprättades en telefontjänst dit man kunde ställa frågor och en myndighetsgemensam webbsida "Fagelinfluensa.info". Där kunde berörda myndigheter tillsammans gå ut med information, vilket sparade både resurser och tid. Man märkte att samverkan var en nyckel till framgång och bland annat har en rapport kring detta upprättats av KBM, "Utbrotten av fågelinfluensa i Sverige 2006 – myndigheternas beredskap och samverkan".

Flera av de personer från berörda myndigheter som kontaktats har uttryckt att fågelinfluensan troligtvis har fungerat som en katalysator för arbete och forskning kring pandemiska förberedelser.

6.4.3 Kort slutsats

Det är svårt att läsa sig till konkreta erfarenheter från fågelinfluensan. Dock finns mycket av denna kunskap hos personer som arbetade när detta hände. Det beskrivs i rapporter om vad som gjordes under själva utbrottet, men det är svårt att hitta dokumenterade rekommendationer som riktar sig mot framtiden.

Det samlade intrycket är dock att erfarenheter av fågelinfluensan har påverkat informations- och kommunikationsområdet.

6.5 Analys allvarliga händelser

Något som framkommit när dessa händelser studerats är att det skiljer sig mycket i hur dessa händelser följts upp eller utvärderats. Dels när det gäller vilka erfarenheter som dokumenterats, men även vilka av dessa erfarenheter som implementerats. Exempelvis så finns många rapporter med erfarenheter från stormen Gudrun samlade i en databas, medan rapporter med erfarenheter från fågelinfluensan är mycket svåra att hitta.

Det visar sig också att det sällan skett en uppföljning av om det verkligen skett några förändringar, i exempelvis arbetsprocedurer, när några år har passerat efter händelsen. De enda som vi sett följa upp de rekommendationer de gett är SHK. SHK följer upp svaren de fått från berörda myndigheter och ber därefter om kompletteringar när de anser att detta behövs. Dessa kompletteringar ligger ofta dock ganska nära i tiden.

En nationell databas där berörda myndigheter och andra aktörers dokumenterade erfarenheter från allvarliga händelser samlas är något att sträva efter inom fler områden. Dels är det lättare att ta del av erfarenheter då alla finns på samma plats, dels blir det enklare att vid uppföljning veta vad som anses behöver göras. Genom en databas blir dokumentation och erfarenhetsåterföring oberoende av att någon person på berörda myndigheter ska leta i deras egna diarie.

Som nämnts tidigare finns det inte många dokument som är en uppföljning av vad som hänt efter att det gått ett flertal år, utan de som finns är gjorda endast

ett eller ett par år efter händelserna. Risken är då att man inte hunnit göra något eller att det endast finns planer för att göra ändringar. Att veta vad som sedan verkligen blivit implementerat är på så sätt svårt att få klarhet i. Vi anser att uppföljning av möjliga implementeringar av erfarenheter bör ske systematiskt efter en förbestämd tid som ligger en bit bort i tiden.

7. Slutsatser

Kartläggningen och analysen visar att insikten om vikten att ta till vara erfarenheter från inträffade händelser är etablerad inom flertalet områden. De resurser som sammantaget satsas på att samla in, analysera och sprida erfarenhetsbaserad data och kunskap inom det offentliga är betydande.

Det kan dock konstateras att det finns mycket stora skillnader i mognad och resursavsättning när det gäller att ta tillvara erfarenheter mellan olika samhällsområden. Här tycks den styrmodell som tillämpas för respektive område vara den enskilt viktigaste förklaringen.

En generell slutsats är även att förmågan till insamling och analys i många fall kan vara god, men att flertalet system tycks vara "framtungade", det vill säga det är de sista länkarna - i den "kedjemodell" som använts som en av utgångspunkterna för analysen - som är de mest bristfälliga. Det finns en stor förbättringspotential när det gäller förmågan att sprida och återföra erfarenheterna till berörda säkerhetsaktörer på lokal, regional och nationell nivå.

På den **nationella nivån** ger analysen fog för uppfattningen att förmågan att ta tillvara erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser är mycket beroende på hur riksdagen och regeringen styr säkerhetsarbetet.

Styrningen av de studerade samhällsområdena kan principiellt beskrivas på följande sätt:

- Målstyrning av de samhällseffekter som ska uppnås avseende döda och svårt skadade, avbrott eller liknande
- Regelstyrning avseende säkerhetskrav och säkerhetsarbetet
- Samverkanskrav på myndigheter för att förbättra säkerheten
- Ingen styrning

Strikt målstyrning tillämpas endast för transportområdet (tidigare för vägtransporter men nu för alla transportslag) vilket lett till att stora resurser satsats på att följa upp, analysera, utreda och förmedla resultat på ett systematiskt sätt. Regelstyrning är det traditionella styrsättet som tillämpas inom flyg-, tåg- och fartygssäkerhetsområdena, arbetslivsområdet samt, på senare tid, inom patientsäkerhetsområdet. Av reglerna framgår hur ansvariga aktörer ska följa upp, analysera, utreda och förmedla resultat av inträffade olyckor och tillbud. Statistik om olyckor och skador inom transport- och arbetslivsområdena finns redovisade i Sveriges officiella statistik och är tillgängliga för allmän information, utredning och forskning enligt Lag (2001:99) om den offentliga statistiken.

Områdena räddningstjänst och krisberedskap kan sägas utgöra blandformer av mål- och regelstyrning. Dessa redovisas inte i Sveriges officiella statistik.

Inom räddningstjänstområdet finns krav på kommunerna att undersöka olyckor som föranlett räddningsinsats. Såväl fler utbildningar som ett system med regionala samordnare har tillkommit under det senaste året, vilket bör medverka till att såväl fler som bättre utredningar kommer att genomföras. Kommunernas skyldighet enligt LSO 3:10 att undersöka och sprida erfarenheter av olyckor bör på ett tydligare sätt även involvera SOS Alarm i framtiden.

Lärandet från sådana kriser, som inte omfattas av den olycksrelaterade lagstiftningens undersökningskrav, sker för närvarande inte i någon generell organiserad form. Eftersom allvarliga kriser är sällsynta för de flesta organisationer, finns bristande erfarenhet/rutiner/metodik för utredning, samtidigt som det finns ett stort allmänintresse av att generera och sprida lärdomar från sådana händelser. Det bör kunna övervägas om den nuvarande asymmetrin i lagstiftningen rörande undersökningsplikt av olyckor respektive kriser ska bestå.

För områdena barnsäkerhet, äldresäkerhet samt naturolyckor har regeringen ställt krav på berörda myndigheter att på olika sätt samverka (Barnsäkerhetsråd, Nationell handlings- och åtgärdsplan för äldresäkerhet, Nationell plattform för arbete med naturolyckor).

Möjligheterna att på ett systematiskt sätt följa upp, analysera, utreda och förmedla resultat av inträffade olyckor för äldre och barn är här helt beroende på tillgång till tillräckligt detaljerad olycks- och skadedata. I det myndighetsgemensamma arbetet med naturolyckor har det ännu inte utvecklats metoder och former för att systematiskt följa upp, analysera, utreda och förmedla resultat av inträffade olyckor.

För att samverkansmodellen, som även kan betecknas kunskapsstyrning, för säkerhetsarbete ska fungera bättre när det gäller tillvaratagande av lärdomar och erfarenheter bör den kompletteras med tydligare krav på

- att följa upp, analysera, utvärdera och förmedla resultat av inträffade olyckor och allvarliga händelser och hur dessa har hanterats
- att tillräckliga resurser avsätts för arbetet
- att resultat avseende säkerhets- och olycksutveckling redovisas.

Ingen tydlig styrning finns avseende säkerhetsarbetet inom områdena skola, hem och fritid. Inga myndigheter har här utpekats som ansvariga. Analysen visar att berörda myndigheter inom olika ämnesområden har mycket begränsade möjligheter att följa upp och analysera inträffade olyckor.

Systematiken i och metoderna för myndigheternas arbete med insamling, lagring, urval, utredning, analys och spridning av erfarenheter från inträffade händelser varierar stort. Inom vissa områden utformades rutinerna för många år sedan och för andra områden har nyutveckling skett med kvalificerat IT-stöd. På motsvarande sätt som det skapats samarbetsforum för olycksutredningar, NFO, bör samarbetet mellan berörda myndigheter utvecklas

avseende erfarenhetsåterföring från olyckor och allvarliga händelser. Samarbetet bör syfta till att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling inom området lärande från olyckor och allvarliga händelser.

För krisberedskap finns samarbetsformerna för berörda myndigheter reglerat i Förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap. Samverkansområdena bör vara lämpliga arenor för att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling inom området krisberedskap och utveckla metoder för och genomföra uppföljning, utredning, värdering, rapportering, identifiera åtgärder och följa upp inträffade allvarliga händelser och hur dessa hanterats.

På den **regionala nivån** styrs landstingens arbete med att följa upp, rapportera och analysera, skador, olyckor och allvarliga händelser inom sina ansvarsområden av lagar, föreskrifter och av Socialstyrelsens och Transportstyrelsens system. Stora resurser läggs på de första stegen – insamling, inrapportering, lagring och utredning. Begränsade resurser satsas på att tillhandahålla och sprida kunskapsunderlag avseende skadestatistik och erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser.

Vid länsstyrelsen sker, generellt sett inte insamling av information systematiskt, utan det sker ofta via informella vägar, nätverk och kontakter. TiB får information vid större akuta händelser. Endast inom miljöskyddsområdet, där det finns en skyldighet att anmäla incidenter till länsstyrelsen enligt förordning, rapporteras allvarliga händelser per automatik.

Länsstyrelsen, som geografiskt områdesansvarig, har fokus på att följa upp allvarliga händelser och stora olyckor. Hur detta sker och med vilken ambition varierar. Generellt brister systematiken utmed hela kedjan, som gör det svårt att komma till de sista stegen. Man anger att det handlar om brist på resurser och att det är personberoende. Formella och informella nätverk och samverkansfora är mycket viktiga för länsstyrelsen vid informationsinsamling, analys och spridning av information.

För att bättre kunna ta tillvara på erfarenheter från allvarliga händelser och stora olyckor trycker flera länsstyrelser på behovet av en nationell databas samt utvecklade samverkansformer och utrednings- och analysmetoder för allvarliga händelser och stora olyckor. En databas med syfte att sammanfatta och tillgängliggöra all information och dokumentation från olika myndigheter, som finns runt en allvarlig händelse. Vår studie av erfarenheter från fyra allvarliga händelser visar också på behovet av en databas där berörda myndigheter och andra aktörers dokumenterade erfarenheter från allvarliga händelser samlas.

Det går inte att ge någon generell bild av hur **kommunerna** arbetar med att ta tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser. Det finns kommuner där man inte har någon systematik i sitt arbete och inte heller någon samverkan mellan olika förvaltningar. Å andra sidan finns det kommuner som jobbar mycket systematiskt med alla delar i kedjemodellen, har en klar bild över vilka olyckor och allvarliga händelser som inträffat i kommunen och har

ett systematiskt lärande från dessa. Om man studerar intervjuresultaten utifrån SKL:s kommunindelning går det inte heller att se något mönster i hur kommunerna tar tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser. Även på den kommunala nivån ger analysen fog för uppfattningen att förmågan att ta tillvara erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser är mycket beroende på hur den politiska styrningen sker samt om man har skapat organisation, arbetsformer och resurser för ett tvärsektorielt arbete.

För att uppnå ett framgångsrikt **olycks- och skadeförebyggande arbete på nationell, regional och lokal nivå** krävs ett brett samarbete mellan många olika samhällsaktörer. En grundläggande förutsättning för ett sådant arbete är att det finns tillförlitlig statistik över olyckor och skador. Utan det blir det svårt att bedöma effekterna av ett förebyggande arbete. På kommunal nivå finns det behov av en heltäckande olycks- och skaderegistrering i det egna geografiska området som kan ge en samlad bild över det lokala skadepanoramat. Jämfört med nationella data ger lokala data fler detaljer om vilka som drabbas av skador, om utlösande faktorer och vilka produkter som orsakat skadan, bakgrunden till skadehändelsen och händelsens förlopp. Lokala data skapar också ett lokalt engagemang när skadepanoramat blir tydligt och när konkreta riskgrupper, riskfaktorer och riskfyllda platser kan pekas ut.

Idag sker en detaljerad olycks- och skaderegistrering på 57 av 62 akutsjukhus i Transportstyrelsens informationssystem STRADA om skador i samband trafikolyckor samt på 9 akutsjukhus i Socialstyrelsens IDB (Injury Data Base) av alla olycksfall och skador. 22 akutsjukhus har egna system för detaljerad skaderegistrering.

Socialstyrelsen, Transportstyrelsen, Konsumentverket och MSB utreder tillsammans med tre landsting förslag på hur en heltäckande detaljerad olycks- och skaderegistrering, SKADA, kan genomföras. MSB anser att en sådan kan komma att ha stor betydelse för utvecklingen av det olycks- och skadeförebyggandearbetet på nationell, regional och kommunal nivå. Ett nationellt system bedöms bli mer kostnadseffektivt i jämförelse med att olika system och lösningar för olycks- och skaderegistrering utvecklas i kommuner och landsting.

SOS Alarm är den aktör som har tillgång till mest händelserelaterad och samverkansorienterad data över hela hotskalan. Att dessa data framgent kan utnyttjas i ökad omfattning för utredningar och analyser borde vara en viktig framgångsfaktor för ett bättre tillvaratagande av erfarenheter på alla systemnivåer. De hinder som finns, i form av otydlig tillämpning av sekretessregler samt begränsad lagringstid för larmsamtal bör därför snarast undanröjas. I de fall då nya aktörer övertar uppgifter som hittills utförts av SOS Alarm, exempelvis när det gäller ambulansdirigering, finns anledning att föra motsvarande resonemang kring vikten av att data tillgängliggörs för utredningsverksamhet och analys, och att dessa aspekter beaktas i samband med upphandling och uppföljning.

	NATIONELL NIVÅ											
	Arbetslivet	Transporter	Skola, hem o fritid	Sjukvård	Naturolyckor	El, Elektronisk kommunikation, IT	Kriser, haverier, räddningsinsats	Därav Barn	Därav Äldre	Regional nivå	Kommunal nivå	
Fungerande kedjemodell?	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Nej	Nej	Mycket begränsad	Delvis	
Styrkor	Systematik i insamling, lagring och spridning	Systematik i hela kedjan. Framför allt i analys och genomförande.	Allvarliga skador i skolmiljö rapporteras	Systematik i hela kedjan för patientsäkerhet. Relativt ny modell. SKL	Insamling påbörjad med systematik i vissa områden. Fungerande lagring.	Systematik för el och elektronisk kommunikation.	Systematik i hela kedjan vid haverier och delar av kedjan vid räddningsinsats.	Enstaka analyser genomförs.	Enstaka analyser genomförs.	Systematisk insamling i landstingets regi.	Systematik i hela kedjan i vissa kommuner.	
Brister	Bristande data om vissa grupper, miljö och egendom. Begränsade analyser och genomförande.	Sjöfartsolyckor - rapportering	Systematik saknas	Analys och genomförande? Tillräckligt för att åstadkomma resultat? Organisatoriskt lärande?	Saknas systematik i analys och genomförande.	Frivillig rapportering inom IT-området	Saknas systematik i kedjemodellen för kriser.	Systematik saknas	Systematik saknas	Systematik saknas.	Systematik saknas helt i vissa kommuner.	
Finns det av riksdagen antagna mätbara mål?	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej			
Är regeringens styrning tydlig?	Ja	Ja	Nej	Ja	Inom vissa områden (EU-direktiv)	Nej	Ja	Nej	Nej			
Finns det ett tydligt ansvar på nationell nivå?	Ja	Ja	Nej	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Nej			
Finns det etablerat samarbete mellan berörda myndigheter på nationell nivå?	Ja	Ja	Nej	Ja, endast en myndighet	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej			
Sker uppföljning och analys på nationell nivå?	Ja	Ja	Nej	Delvis	Nej, men på gång inom vissa områden	Delvis	Delvis	Ja	Nej			
Officiell statistik	Delvis, arbetsskador	Ja	Nej	Delvis, patient- och dödsorsaksstatistik	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej			
Antal döda/år	50	300	2600	3000**	1	-----	-----	70	1900			
Antal skadade/år*	50 000	90 000	540 000	100000***		-----	-----	190 000	110 000			
Trend	Minskande	Minskande	Ökande	Historiska data saknas	Ingen klar bild	Ingen klar bild	Oförändrat?	Oförändrat	Ökande			

* Skattat antal skadade personer som uppsöker ett akutsjukhus. ** Där vårdskadan kan varit en bidragande orsak. *** Antal patienter som drabbas av en vårdskada per år

Figur 4. Översiktlig redovisning av hur systematisk erfarenhetsåterföringen är inom olika samhällsområden kopplat till hur styrning sker och antal döda och skadade inom samhällsområdet.

**Myndigheten för
samhällsskydd och beredskap**

Datum
2011-11-01

Diariennr
2011-3365

(84)
Utgåva 74

Referenser

- Dagens Medicin. (2005). *Utveckling av IT-system för katastrofledning stoppades*. Hämtad 19 oktober 2011 från <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/utveckling-av-it-system-for-katastrofledning-stoppades/>
- Energimyndigheten. (2006). *Stormen Gudrun. Vad kan vi lära av naturkatastrofen 2005?* Hämtad 13 september 2011. <http://ndb.msb.se/Document/Report/633275273560300000.pdf>
- Frivilliga Radioorganisationen. (2005). *Swede i Stockholms läns landsting - början på slutet?* Hämtad 28 oktober 2011 från <http://www.grimsta.fro.se/node/519>
- Krisberedskapsmyndigheten. (2005). *Krishantering i stormens spår*. Hämtad 19 september 2011. <http://ndb.msb.se/Document/Report/633275274240143750.pdf>
- Krisinformation.se. (2011). *Fågelinfluensa*. Hämtad 28 oktober 2011 från http://www.krisinformation.se/web/Pages/Page_31992.aspx
- Lindberg, Anna-Karin. (2010). *Svenska myndigheters erfarenhetsåterföring. En intervjustudie*. Stockholm: KTH & MSB
- Lunds Tekniska Högskola. (2005). *Utvärdering av Vägverkets djupstudie och OLA-arbete. Bulletin 228, 2005*. Lund: LTH
- Malmsjö, Jenny. (2010). *Skaderegistrering. Vem skaderegistrerar och varför? – en kartläggning över akutmottagningarnas skaderegistreringsarbete, Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer*
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2009) *Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid*. 0088-09 Karlstad: MSB
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, (2010) *Register över olyckor och allvarliga händelser, MSB kartläggning våren 2010*. Intern rapport, MSB
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, (2010). *Observatörsrapport. Anlagda bränder och hot/våld mot räddningstjänsten*. Karlstad: MSB
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2011) *Naturolycksdatabasen, sök händelse:storm, Stormen Gudrun 2005*. Hämtad 13 september 2011. <http://Ndb.msb.se>
- Proposition 2007/08:92. *Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull*. Stockholm: Försvarsdepartementet
- Proposition 2010/11:1. *UTGIFTSOMRÅDE 6 Förslag till statsbudget för 2011, Försvar och samhällets krisberedskap*. Stockholm: Regeringen

Rasmussen, Jens. & Svedung, Inge. (2004) *Proactive risk management in a dynamic society*. Karlstad: Räddningsverket.

Rådbo, Helena. (2008) *Systeminriktad prevention av järnvägssjälvmord. Doktorsavhandling vid Karlstads universitet. 2008:34*. Karlstad: Karlstads universitet

Socialstyrelsen. (2011). *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning Statistik från Socialstyrelsens Injury Database (IDB) Sverige, 2009*. Hämtad 2 november 2011 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18322/2011-5-5.pdf>

SOS Alarm. (2008) *Bussolyckan i Gagnef 2008. SOS Alarm rapport 2:2008*. Stockholm: SOS Alarm

SOS Alarm. (2008) *Utvärdering regnoväder västra Skåne den 5 juli 2007. SOS Alarm rapport 1:2008*. Stockholm: SOS Alarm

Statens haverikommission. (2001). *Brand på Herkulesgatan i Göteborg, O län, den 29–30 oktober 1998. Rapport RO 2001:02*. Hämtad 19 september 2011 från http://www.havkom.se/virtupload/reports/367137144_ro2001_02.pdf

Statens haverikommission. (2008). *Kollision mellan två bussar med registreringsnummer XCA 758 och XCA 777 på länsväg 288 vid Rasbo, NO Uppsala, C län, den 27 februari 2007 Rapport RO 2008:01*. Hämtad 10 september 2011 från http://www.havkom.se/virtupload/reports/560098479_ro2008_01.pdf

Strömgren, Mattias. (2011). *Uppgifter från SOS Alarm som underlag för olycksundersökning enligt 3 kap. 10 § LSO*. Promemoria MSB Dnr 2011-2935

Sveriges Kommuner och Landsting. (2005). *Storm. Krishantering i kommuner och landstingsom drabbats av stormen Gudrun*. Hämtad 15 september 2011. <http://ndb.msb.se/Document/Report/633275282377487500.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2010). *Öppna Jämförelser. Trygghet och Säkerhet 2010*. Västerås: SKL

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Kommungruppsindelning*. Hämtad 25 mars 2011 http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/om_kommuner/kommungruppindelning

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011) *Säkrare vård och omsorg – handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete*. Stockholm: SKL

Vägverket. (2008). *Projektplan – Utveckling av trafiksäkerhetssystem för persontrafik på väg, EK 50 A 2008:5426*. Diariennr. BR TV 080623-2 C

Bilaga 1 Riskbild

Arbetslivet

Risken att omkomma till följd av olyckor inom arbetslivet har minskat stadigt sedan 1940-talet, men minskningen har planat ut. I mitten av 1950-talet omkom ca 400 arbetstagare per år till följd av olyckor, och idag omkommer ca 50 arbetstagare per år (exkl. egenföretagare). Flest dödsfall (17 stycken) under 2008 inträffade inom byggverksamheten. Inom jord- och skogsbruket och fiskenäringen finns de största riskerna för dödsolyckor (sett till antalet verksamma personer). Många av de dödsolyckor som sker drabbar äldre personer. Av de 13 omkomna i jordbruk, skogsbruk och fiske tillhörde sju personer gruppen 55 år och äldre. De yrken där arbetsolycksfall var vanligast bland män under 2003 – 2005 var brandmän, processoperatörer vid stål- och metallverk samt processoperatörer i pappersindustri².

Fordonsolyckor som inträffat under arbetstid är den vanligaste orsaken till dödsfall i arbetet bland arbetstagare och egenföretagare. Över hälften av dödsfallen i arbetslivet har skett i vägtrafik. De därefter vanligaste orsakerna till dödsfall i arbetet är fallolycka, ras, glidning av föremål eller material samt maskinolycka.

Verksamheter med farliga ämnen, t.ex. Sevesoverksamheter eller företag som hanterar brandfarliga eller explosiva ämnen har ofta ett omfattande säkerhetsarbete och omgärdas av mycket regler. Trots det så händer olyckor och tillbud, där de vanligaste är läckage och utsläpp av olika slag. Därefter följer brand och explosion. Egendomsskador är vanligast men även miljö- och personsador förekommer. Mellan 2001 och 2005 rapporterades ett trettiotal händelser med farliga ämnen vid fasta anläggningar. De som dominerade var utsläpp av gas/vätska (14 händelser) och brand/explosion (13 händelser). Bland annat kollapsade en cistern innehållande 16 000 ton 96-procentig svavelsyra. Ett speciellt problem med den här typen av ämnen är att spridning också kan tänkas ske avsiktligt, till exempel genom terroristhandlingar.

Transporter

Vägtransporter

Antalet dödsfall till följd av olyckshändelser inom vägtrafiken har sedan omläggningen till högertrafik minskat trots att antalet fordon på vägarna mångdubblats. Enligt uppgifter från Trafikverket omkom 283 personer i vägtrafiken år 2010. Det är en stor minskning i jämförelse med 2007 då enligt dåvarande Vägverkets statistik 471 personer omkom i trafikolyckor.

² Informationssystemet om arbetsskador (ISA) administreras av Arbetsmiljöverket och innehåller information om arbetsolyckor som anmälts till Försäkringskassan

I själva verket har så låga tal inte redovisats sedan 1930-talet. En förklaring till att dödstalen sjunker under lågkonjunkturer är, förutom minskande antal tunga transporter, att unga personer inte har råd att ta körkort och skaffa bil.

Antalet som har skadats svårt i vägtrafikolyckor som rapporterats av polisen är 3460 personer under 2009.

Dödstalen har sedan slutet på 1960-talet minskat för alla trafikantkategorier utom motorcyklister. Antalet dödade motorcyklister har gått upp och ner under perioden i takt med antalet motorcyklister på våra vägar. De senaste tio åren syns en ökning av antalet dödade motorcyklister.

Antalet svårt skadade mopedister har ökat och är nu lika stort som under mitten av 80-talet.

Spårtransporter

Att resande omkommer i järnvägsolyckor är numera mycket sällsynt. Under 2010 omkom dock en kvinna. De olyckor som fortfarande är ofta förekommande och medför personskador är plankorsningsolyckor och olyckor orsakade av att obehöriga personer vistas på spåret. Under 2008 dog 21 personer i sådana olyckor på järnväg, spårväg och T-bana. Utöver dessa olyckor har det under 2008 dessutom inträffat 77 självmord, under 2007 var motsvarande siffra 83.

Sjötransporter

I fartyg i reguljär trafik har ingen passagerare avlidit till följd av sjöolycka i svenskt vatten sedan 1992. Under 2008 omkom en passagerare som ramlade ner för en trappa. De flesta dödsfall på sjön hänförs till fritidsbåtar och under 2008 omkom 43 personer i sådana olyckor.

Flygtransporter

Under 2008 inträffade 19 allvarliga tillbud. Haverier med dödlig utgång har för svensk kommersiell luftfart inte inträffat sedan 2001 (Linateflygplatsen utanför Milano där 118 personer omkom). I Sverige inträffade ett haveri med dödlig utgång med en militär helikopter under 2006 och under 2007 inträffade också en olycka med dödlig utgång med en polishelikopter.

Ett av Kustbevakningens flygplan störtade 2006 i Falsterbo kanal varvid fyra personer omkom. Flest haverier och flest dödsfall inträffar inom privatflyget.

Det har i Sverige under det senaste årtiondet varit ovanligt med stora transportolyckor inom flyg-, båt- och tågtrafiken. De stora olyckor som inträffat har hittills oftast skett inom vägtrafiken. Under 2000-talet var ca 80 procent av samtliga stora olyckor, med fem eller fler omkomna personer, vägtrafikolyckor.

Farligt godstransporter

Merparten av de olyckor som sker vid transport av farligt gods sker vid lastning och lossning. I de flesta fall handlar det om utsläpp eller risk för utsläpp av det farliga ämnet. De händelser som sker under själva transporten är ofta trafikolyckor med avåkning och vältning utan inblandning av det farliga godset.

Risk för läckage föreligger emellertid i de flesta fallen. Mellan 2000 och 2007 rapporterades totalt ca 650 händelser och tillbud vid transport av farligt gods (alla transportslag). Rapporteringarna dominerades helt naturligt av händelser i samband med vägtransport följt av järnvägstransport. Statistiken bygger på företagens rapporterade händelser enligt direktivet om säkerhetsrådgivare.

I februari 2011 kolliderade en tankbil lastad med flytande svavel med lastbil på E 6 utanför Helsingborg och i oktober 2011 exploderade 50 000 liter bensin och diesel på E6 norr om Kungälv då en tankbil körde in i en stillastående lastbil. Föraren omkom.

Skola, hem och fritid

Det finns ingen miljö där så många människor dör eller skadas till följd av olyckor som i eller kring bostaden (Socialstyrelsen 2011). Totalt beräknas ca 250 000 personer varje år uppsöka ett akutsjukhus efter att ha skadats i eller i närheten av sin bostad. Risken att skadas i eller kring bostaden är högst för små barn och äldre, vilket självfallet hänger samman med att det är dessa grupper som framför allt vistas där. Små barn ramlar nedför trappor, från möbler, skötbord, lekredskap och ur barnvagnar. Barn klämmer sig i dörrar, äter och dricker farliga hushållskemikalier och läkemedel, skär sig på vassa föremål, kolliderar med andra barn och fasta föremål, bränner sig på varma vätskor och föremål, drunknar i trädgårdsdammar, badkar och pooler. Vuxna personer skadar sig i s.k. ”gör det själv olyckor” och i trädgårdsarbetet.

Äldre människor skadar sig framför allt i fallolyckor och ofta så allvarligt att de omkommer eller behöver sjukhusvård och andra kommunala stödåtgärder under lång tid. Enbart äldres fallolyckor beräknas kosta kommuner och landsting över fem miljarder kronor årligen. Många äldre personer har också nedsatt förmåga att sätta sig i säkerhet vid bränder. De är därför överrepresenterade i bränder, i kvävningsolyckor och i dödsfall orsakade av frysskador.

Varje år skadas 73 000 män och 39 000 kvinnor i samband med sport- och idrottsaktiviteter inklusive skolgymnastik. Risken att skadas är störst för män och pojkar och för båda könen inträffar flest skador i åldersgruppen 10-20 år. För både män och kvinnor är fotboll den sport som i särklass leder till flest skador, och det är också den sport som har flest utövare. Efter fotboll är ishockey, utförsåkning och motorsporter de sporter som ger flest skador hos män. Hos kvinnor är det vanligast att drabbas av skador på grund av ridsport, utförsåkning och handboll. Om man enbart ser till antalet tävlings- och motionsutövare är motorsport, ishockey och utförsåkning aktiviteter med många skador per utövare. Golf och löpning är däremot aktiviteter med få skador per utövare.

Varje år skadas ca 40 000 barn och ungdomar under barnomsorgs- och skoltid så allvarligt att de behöver akut sjukhusvård. Fallolyckor är den vanligaste orsaken till skador. Fyra av fem olyckor som kräver akutsjukvård sker dessutom under skol- och fritiden. Många barn skadar sig också i kollisioner

med andra barn och föremål. De flesta skadorna uppstår på skolgården eller i en sporthall. Sex av tio skadade barn är pojkar.

Hälso- och sjukvård

Under ett år lämnas cirka 1000 anmälningar in till Socialstyrelsen enligt Lex Maria, 3 500 anmälningar till HSAN, 22 000 anmälningar till landstingens patientnämnder och cirka 3 000 anmälningar om läkemedelsbiverkningar.

År 2008, beräknas antalet skadade till över 100 000. För tre procent av patienterna eller 3 000 människor beräknas vårdskadorna lett till eller bidragit till döden. Detta är siffror som ligger långt över de som redovisas i officiell statistik. Vårdskadorna i Sverige leder till ett omfattande mänskligt lidande. Stora resurser, mer än 600 000 extra vårdagar, i sjukvården tas i anspråk.

Hälften av alla vårdskador inträffar i samband med operationer eller andra invasiva åtgärder och kan till exempel bestå av skador på inre organ. Den näst vanligaste typen av vårdskador är vårdrelaterade infektioner. Felaktigheter i läkemedelshanteringen var bakgrunden till drygt en fjärdedel av alla vårdskador. Överdoser, utebliven behandling och olika biverkningar dominerar. Andra skador inom vården uppstår genom till exempel fallolyckor.

Naturolyckor

De naturolyckor som vi normalt hanterar är stormar, översvämningar, skred, skogsbränder, snöoväder och skyfall samt laviner. Naturkatastrofer som orsakar stora ekonomiska, miljömässiga och mänskliga skador är sällsynta. Sannolikheten att omkomma till följd av en naturolycka är därför låg, ca en på miljonen per år. De senaste 100 åren har Sverige drabbats av allvarliga stormar vid sju tillfällen. Stormarna Ada 1969, Gudrun 2005 och Per 2007 krävde sammanlagt 34 människors liv och flera hundra skadade. Merparten av dödsfallen inträffade i samband med röjningsarbeten i områden med stormfälld skog. Det svenska samhällets förmåga att hantera konsekvenserna av en naturolycka har de senaste åren i princip bara överskridits i samband med stormen Gudrun 2005.

Extremt stora nederbördsmängder har blivit ett allt vanligare fenomen under 2000-talet. 1950-1999 inträffade i genomsnitt sju sådana skyfall per tioårsperiod. Under åren 2000-2007 registrerades 11 skyfall. Extrema skyfall medför i regel inga dödsfall. Med några års mellanrum faller dessutom extremt stora snömängder lokalt. Det är dock ovanligt att det inträffar några dödsfall som en direkt följd av stora snömängder. Även dödsfall i samband med översvämningar är ovanliga. På senare år har ett fåtal drunkningsolyckor inträffat i samband med kanotpaddling och sportfiske i översvämningssituationer, där de höga flödena sannolikt bidragit till olyckorna.

Laviner är ett relativt sällsynt fenomen i de svenska fjällen, jämfört med andra alpina områden. Trots att vi idag har god kunskap om vilka faktorer som bidrar till laviner och var de mest riskfyllda områdena finns, omkommer statistiskt sett en person om året i svenska lavinolyckor. När det gäller stora skred

inträffar det i genomsnitt ett stort skred (>10 ha) vart tionde år. Ibland utlöses skred i tätbebyggt område, och då kan detta orsaka både dödsfall och stora materiella skador. Sedan 1950-talet har 13 personer dödats och ca 170 skadats i samband med skred.

EI/IT/Tele

Samlade uppgifter saknas.

Barn

Varje år skrivs cirka 18 000 barn och ungdomar in på sjukhus till följd av olycksfall och mellan 60 och 80 barn dödas i olyckor.

Skador är den vanligaste dödsorsaken för barn över ett år, både bland pojkar och bland flickor.

Varje år söker nästan 200 000 barn och ungdomar akut läkarvård efter olycksfall. Cirka åtta procent av olyckorna sker i trafiken. Den allra vanligaste skadeplatsen är hemmet eftersom barnen tillbringar större delen av sin tid där. Fallolyckor är vanligast, de står för två av tre olyckor under det första levnadsåret och för hälften av olyckorna i förskoleåldrarna. När barnet blir äldre är det vanligare med olyckor där barnen springer ihop och ramlar under lekar. Barn upp till fem år skadar oftast huvudet, medan frakturer på armar och händer är typiska bland de lite äldre barnen. För 15–17-åringarna är vrickningar och stukningar vanliga. Pojkar skadar sig oftare än flickor, de står för sex av tio olycksfall.

De flesta olyckor som drabbar barn och ungdomar sker i eller kring bostaden (33 procent). Därefter följer olyckor som inträffar under sport- och idrottsutövning (29 procent), olyckor inom skola och barnomsorg (18 procent), olyckor inom övriga så kallade hem och fritidsarenor (12 procent) och olyckor i trafiken (8 procent).

Antalet vård dygn för dem som skadas så allvarligt att de behöver läggas in på sjukhus är ett mått på hur allvarlig skadan är. Även här dominerar olyckor i och kring bostaden (30 procent), följt av olyckor i samband med sport och idrott (26 procent). Därefter följer olyckor i trafiken (18 procent) och olyckor under barnomsorgs- och skoltid (14 procent).

Äldre

Äldre personer (65 + år) står för två tredjedelar av alla dödsolyckor i Sverige och utgör hälften av alla som behöver sjukhusvård till följd av olycksfall. Denna åldersgrupp utgör dock enbart 17 procent av befolkningen. Äldre är också överrepresenterade i självmordsstatistiken.

Däremot är äldre – tvärt emot vad de ofta själva tror – underrepresenterade när det gäller mord och dråp. År 2006 omkom 1 877 personer (969 män och 908 kvinnor) 65 år och äldre i olyckor.

Efter 65 år minskar antalet suicid med ökande ålder för både män och kvinnor. Med ökande ålder minskar också männens överrepresentation i suicid. Under år 2006 omkom 307 personer (222 män och 85 kvinnor) 65 år eller äldre i suicid. Under år 2006 vårdades 67 000 personer 65 år och äldre till följd av skador och förgiftningar.

Fallolyckor var den vanligaste yttre orsaken och låg bakom 64 procent av alla som behövde vård till följd av skador.

Totalt genererade skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker över en halv miljon vårddygn år 2006 i åldersgruppen 65 år och äldre. Antalet vårddygn ökar med ökande ålder. Den diagnosgrupp som leder till flest vårddygn är lårbensfraktur. Denna diagnos står ensamt för nästan 45 procent av samtliga vårddygn. Räknat i vårdtid är lårbensfraktur den tredje största diagnosgruppen överhuvudtaget efter schizofreni och cerebral infarkt (stroke).

Lårbensfrakturer genererar fler vårddygn än hjärtinsufficienser och hjärtinfarkter.

Totalt uppskattas nästan 200 000 personer 65 år och äldre varje år uppsöka en akutmottagning efter att ha skadats. Av dessa skadas 105 000 i bostaden (20 000 män och 85 000 kvinnor) och 35 000 på sjukhus, sjukhem eller i särskilda boenden (5 000 män och 30 000 kvinnor).

På trottoarer, gångbanor, vägar, gator, cykelvägar etcetera, skadas årligen knappt 30 000 personer (7 000 män och 22 000 kvinnor) så allvarligt att de behöver uppsöka ett akutsjukhus.

Psykologiska olycksfall

Själv mord är den vanligaste dödsorsaken hos yngre män (28 %) och den näst vanligaste hos yngre kvinnor (19%). Nästan alltid ligger psykiska störningar bakom. Årligen görs ca 20 000 självmordsförsök i Sverige. Ca 1 600 personer suiciderar per år. Ca 7-10 % sker i eller i anslutning till psykiatrisk vård. Mer än två tredjedelar av de som suiciderar är män. Suicidrisken ökar med åldern, men impulsiva handlingar sker ofta hos yngre. Själv mordsförsök är vanligare hos kvinnor och yngre och utgörs oftast av förgiftning i kombination med skärning i handleden. Själv mordsförsök är alltid indikation för psykiatrisk konsultation. Självstympling tyder på en psykotisk störning. Kvinnor visar en nedgång i högre år medan män når en maximal nivå i de högsta åldersgrupperna. Läkemedel är den vanligaste metoden följt av hängning. Män använder mer drastiska metoder.

Bilaga 2 Intervjuguide

Inrapportering, Insamling

1. Vilka olyckor och allvarliga händelser (och kriser) rapporteras och hur går detta rapporteringsförfarande till?
2. Vilken annan data om olyckor och allvarliga händelser samlas in? Från vilka källor?

Hanteras, Lagras, Urval

3. Vem/vilka tar emot/hämtar informationen om inträffade olyckor och allvarliga händelser?
4. Har någon/några rapporteringsskyldigheter?
5. Hur lagras information om olyckor och allvarliga händelser?
6. Vem/vilka har tillgång till den lagrade informationen?
7. I vilken omfattning används den lagrade informationen om olyckor och allvarliga händelser?
8. Vad används den till?

Analys, Utredning, Utvärdering

9. Utreder kommunen olyckor och allvarliga händelser? Om ja
 - a. Vilken sorts olyckor och allvarliga händelser?
 - b. Hur sammanställs den?
10. Analyseras insamlad information om olyckor och allvarliga händelser? Om ja
 - a. Vilken sorts olyckor och allvarliga händelser?
 - b. Hur sammanställs den?
11. Används den insamlade informationen om olyckor och allvarliga händelser i utvärderingssammanhang?
12. Görs någon sammanfattande analys om olyckor och allvarliga händelser (t.ex. på årsbasis)?

Tillhandahålla, Sprida

13. Arbetar kommunen uttryckligen med att återföra erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser, dvs. finns det processer och systematik för erfarenhetsåterföring?
14. Vad görs för att sprida resultat, kunskap och information om inträffade olyckor och allvarliga händelser, genomförda olycksutredningar och utvärderingar?
 - a. Internt?
 - b. Externt?
 - c. Samverkansprojekt eller nätverk?
15. Finns det kanaler för spridning av kunskap och information?

Genomförande?

16. Hur används resultaten och av vem/vilka?
17. Vad leder det till? Har det gett effekt?

Avslut

18. Finns det någon sorts data/kunskap om olyckor och allvarliga händelser som saknas? Om ja
 - a. Vilken?
 - b. Hur skulle den användas?
19. Om vi tittar på kedjemodellen, var finns era styrkor och var finns era största förbättringsområden?