

AKTÖRSGEMENSAMMA INSATSER I OLÄNDIG MILJÖ

med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov
i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning



Uppdragsparallellitet
mellan hälso- och sjukvård
och statlig räddningstjänst

Versionsdatum 2020-02-26

Innehåll

FÖRORD	5
SAMMANFATTNING	7
INLEDNING OCH BAKGRUND	10
Metod	11
Nulägesbeskrivning	16
Hälso- och sjukvård	16
Statlig räddningstjänst	18
Fjällräddning	21
Katastrofer i oländig miljö	23
Resurser	23
Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar	24
Internationell utblick	25
Radiokommunikation – Samverkan i Rakelsystemet	29
Tele Medical Assistance Service (TMAS)	30
ANALYSER	31
Scenariobaserad processanalys	31
Analys av system- och beslutsstruktur och verksamhetsanalys	32
Ansvar och mandat	33
Händelseanalyser	37
Mid Term Conference/SWOT-analys	41
Regionernas tjänsteman i beredskap	42
Fjällräddning	42
Samverkan och ledning	44
Utbildningskoncept för medföljande hälso- och sjukvårdspersonal vid sjukvårdsinsatser i oländig miljö	47
SLUTSATSER OCH FÖRSLAG	50
Slutsatser	51
Pågående förändringsarbete	58
Förslag för att nå ökad framtida förmåga	59
BILAGA 1. Referenser	63
BILAGA 2. Utbildningsplan	64
BILAGA 3. Händelseanalyser	74
BILAGA 4. Termer, begrepp och förkortningar	80
BILAGA 5. Deltagande organisationer	85
BILAGA 6. Process för inriktning och samordning	86

Förord

Aktörsgemensamma insatser i svårtillgänglig (oländig) miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddning innebär ofta stora utmaningar för berörda aktörer. Att olyckan eller sjukdomsfallet inträffar i oländig miljö utgör en komplicerande faktor eftersom detta kan medföra särskilda krav på samverkan och ledning mellan berörda aktörer. Detta gäller också händelser i oländig miljö som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt, vilket ökar kraven på samhällets krishanteringsförmåga.

De huvudmän som berörs är Polismyndigheten, Sjöfartsverket och regioner (landsting). Denna projektrapport är en nulägesanalys som riktar sig till såväl projektets styrgrupp som verksamhetsutövare och beslutsfattare, med förslag på förändringar för att nå ökad framtida förmåga. Rapporten ger läsaren inblick i de utmaningar kring bland annat samverkan, ledning och ansvar som är särskilt uttalade vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Dessutom uppmärksammas styrkor och svagheter i nuvarande organisationer i ett nationellt perspektiv. Utgångspunkten har varit vägledningen om ”Sjukvårdsinsatser vid sjö- och fjällräddningens sjuktransporter” som Sjöfartsverket och Socialstyrelsen publicerade 2007.

Ett innerligt tack till alla som bidragit med värdefull kunskap och erfarenhet. Nu fortsätter förbättringsarbetet där samtliga parter uppmanas till solidariskt ansvar för att förvalta nyvunnen kunskap.



Lars Widell, Projektägare



Cecilia Wegnelius, Projektledare

Sammanfattning

Denna rapport tar sin utgångspunkt i befintlig lagstiftning, fastställda roller och ansvar (2019) vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Rapporten är en nulägesanalys riktad till såväl projektets styrgrupp som till verksamhetsutövare och beslutsfattare, med förslag på åtgärder för att nå ökad framtida förmåga. Projektarbetet har varit omfattande och i Sverige har det tidigare inte skett ett motsvarande aktörsgemensamt arbete med statlig räddningstjänst och hälso- och sjukvård som utgångspunkt. Förhoppningen är att rapporten kan utgöra stöd och underlag för verksamhetsplanering, kunskapshöjande insatser och dimensionering av lokala, regionala och nationella resurser.

De senaste årens statistik visar att det årligen inträffar cirka 1 200 sjöräddningsinsatser, 140 flygräddningsinsatser och 350 fjällräddningsinsatser i Sverige och antalet tenderar att öka. Inte sällan leder detta till räddningstjänstinsatser med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov under mycket svåra förhållanden. Merparten av fjällräddningsinsatserna, över 90 procent, innefattar skadade eller sjuka personer där frakturer av olika slag är i majoritet, till skillnad från sjöräddningsinsatserna som domineras av medicinska tillstånd som andningsbesvär, bröstsmärtor och stroke. Dessutom kompliceras omhändertagandet på grund av problematiken med nedkylning (hypotermi).

Många av dessa tillstånd hanteras idag självständigt av räddningstjänstens personal när hälso- och sjukvården inte larmats eller inte kan ta sig till platsen. Det är regionen (landstinget) som behöver ta ställning till om vårdbehov föreligger, för att kunna ta beslut om sjukvårdsinsats, alternativt utesluta sådant behov. Räddningstjänstpersonal har möjlighet att ge första hjälpen, när så behövs, även om regionen alltid är huvudman och ansvarig för den medicinska ambitionsnivån utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Sjukdomsfall och olyckor i oländig miljö kräver god förmåga att genomföra aktörsgemensamma insatser oavsett om händelsen är av mindre karaktär eller om det handlar om en större händelse med många drabbade. Det finns sällan någon enskild aktör vid denna typ av händelse, utan insatserna bygger ofta på samverkan mellan flera olika aktörer. Händelsens utveckling och den nödställdes behov avgör i vilken grad dessa involveras. Aktörsgemensam samverkan och ledning för att uppnå gemensam inriktning och samordning är därför angeläget.

Det finns tre huvudmän i dessa sammanhang: Statlig räddningstjänst som utförs av Sjöfartsverket, med ansvar för sjö- och flygräddning och Polismyndigheten, med ansvar för fjällräddning samt Sveriges 21 regioner som bland annat ansvarar för prehospitla sjukvårdsinsatser inom eget län. I lagar och författningar används fortfarande benämningen landsting men i denna rapport används fortsättningsvis benämningen region för att beskriva landstingsverksamhet även i de fall då hänvisning görs till lagtexter.

Sjöfartsverkets och Polismyndighetens ansvar innefattar dels att efterforska och rädda den som har försvunnit under sådana omständigheter att det kan misstänkas att det finns fara för personens liv eller allvarlig risk för personens hälsa, dels att rädda den som råkat ut för en olycka eller, vid fjällräddning, drabbats av en sjukdom och som snabbt behöver komma under vård. Sjöfartsverket ansvarar även för transport av sjuka och skadade från fartyg.

Regionernas ansvar innefattar bedömning av vårdbehov och genomförande av sjukvårdsinsatsen vilket inkluderar ansvar för sjukvårdsinsatser i oländig miljö på samma sätt som i icke oländig miljö vid t.ex. trafikolyckor eller brand då samverkan med andra räddningstjänstaktörer är viktigt. När ambulanssjukvården har svårt att nå fram till platsen fräntas inte regionen sitt sjukvårdshuvudmannaskap.

Insatserna i oländig miljö är ofta komplicerade och det kan snabbt uppstå brist på tid och resurser vilket ytterligare kan försvåras av oklarheter kring exempelvis den drabbades geografiska position eller aktörernas ansvar och mandat. Detta gäller vid såväl mindre händelser som vid omfattande olyckor med många drabbade personer.

Kommunal räddningstjänst kan också delta vid dessa räddningstjänstinsatser, men denna rapport fokuserar främst på sjukvårdsinsatsen i samband med statlig räddningstjänst, d.v.s. vid sjö-, flyg- och fjällräddning. Flera delar är ändå tillämpbara även för kommunal räddningstjänst. Dessutom finns andra aktörer som kan komma att delta vid dessa insatser, t.ex. frivilligorganisationer, men de agerar då på uppdrag av någon av huvudmännen.

Projektet konstaterar bland annat att hälso- och sjukvården (regionen) idag involveras allt för sällan eller för sent i tidsförloppet i samband med sjukvårdsinsatser i oländig miljö. Utifrån kartläggning kring roller, ansvar och mandat konstateras att det finns förbättringsområden som skulle kunna genomföras med stöd av nuvarande lagstiftning, t.ex. utvecklade arbetssätt för samlad lägesbild, metoder att leda en insats och förståelse för varandras roller samt behov av samverkan.

En viktig del är att alla aktörer behöver delta omedelbart i den inledande larmfasen i syfte att dela information, lägesbild och besluta om deltagande och genomförande. Denna del är särskilt viktig i samband med aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning eftersom omständigheterna ofta är oklara och det initiala informationsbehovet stort. Det finns uppfattningar om att ”man lämnar över till varandra” i stället för att fokusera på parallella insatser och samverkan under hela insatsen. Vid dessa insatser är det också viktigt att aktörernas ledningsfunktioner förstår varandras olika roller, ansvar och mandat. Sjukvårdsledning behöver etableras även om en ambulansresurs inte tilldelas ärendet eller inte når platsen och fortgå tills inget vårdbehov kvarstår.

Ibland utför räddningstjänstpersonalen mer eller mindre kvalificerade omhändertaganden som normalt utförs av ambulanssjukvården. Som huvudregel får räddningstjänstpersonalen inte utöva hälso- och sjukvård. Nödrätten är inte en utväg som regelmässigt ska användas i verksamheten. Det föreligger alltid en risk för att den enskilde räddningsmannen inte går fri från ansvar. Om ett vårdbehov identifierats redan i larmfasen ska sjukvårdsinsatsen, inklusive initial bedömning av vårdbehov, alltid påbörjas av regionen och fortsatt ledas av regionen genom hela händelseförloppet.

Det krävs grundläggande förmågor för aktörsgemensam samverkan, ledning och samsyn om hur samverkan bäst genomförs. Om alla berörda aktörer säkerställer att de har dessa förmågor finns bra förutsättningar att gemensamt bidra till aktörsgemensam inriktning och samordning, d.v.s. att verka tillsammans. Varje aktör ansvarar för sin egen insats. Regionen ansvarar för sjukvårdsinsatsen på samma sätt som i icke oländig miljö och Sjöfartsverket eller Polismyndigheten för räddningstjänstinsatsen. Detta innebär att parallella insatser pågår samtidigt och att både arbetssätt och organisationer behöver vara anpassade för det. Projektet har funnit att det i detta avseende finns en stark förbättringspotential.

För att möjliggöra fortsatt utveckling behövs närmare samverkan och planering mellan berörda aktörer, såväl före som under tiden men inte minst i ett efterperspektiv, för att kontinuerligt kunna bedriva utvecklingsarbete. I vissa fall kan även lagändring för att nå ökad förmåga övervägas.

I avslutande kapitel redovisas förslag för att nå ökad framtida förmåga i samband med aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning, bland annat:

- Respektive aktör föreslås vidta åtgärder som säkerställer att insatser påbörjas utan tidsfördröjning och genomförs på ett effektivt sätt när parallella insatser är aktuella.
- Regionerna föreslås vidta åtgärder som säkerställer hälso- och sjukvårdens deltagande inklusive funktion för sjukvårdsledning genom hela insatsen.
- MSB föreslås att i samråd med berörda aktörer inrätta ett särskilt råd för aktörsgemensamma insatser i oländig miljö.
- Sjöfartsverket, Polismyndigheten och berörda regioner föreslås upprätta överenskommelser om samverkan och ledning samt formerna för medföljande sjukvårdspersonal, vid insatser i oländig miljö såväl innanför som utanför territorialgränsen.
- MSB föreslås att i samråd med respektive huvudman utreda och föreslå en nationell beredskapsplan för aktörsgemensamma insatser i oländig miljö, inklusive MRO-händelser (Mass Rescue Operations).
- MSB föreslås att i samråd med respektive huvudman utarbeta en nationell aktörsgemensam samverkans- och ledningsstruktur för insatser i oländig miljö.

Inledning och bakgrund

Projektets uppdrag

Denna rapport fokuserar på aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Rapporten är dels en nulägesbeskrivning av ansvarsförhållanden, regelverk, termer och begrepp, dels en beskrivning av förslag för att nå ökad framtida förmåga. Rapporten riktar sig till såväl projektets styrgrupp som verksamhetsutövare och beslutsfattare.

När projektet startade 2016 omfattades endast sjö- och flygräddning till sjöss i syfte att uppdatera vägledningen om "Sjukvårdsinsatser vid sjöräddningens sjuktransporter" som Sjöfartsverket och Socialstyrelsen publicerade 2007. I den inledande fasen av projektet genomfördes en processanalys med berörda aktörer vilket ledde till att motsvarande behov uppmärksammades för flygräddning över land och vid fjällräddning. Projektet utökades därefter med dessa perspektiv. Vid projektstart uppfattades kunskaperna om ansvarsförhållandena vid dessa insatser som oklara hos de olika aktörerna.

Under arbetet tydliggjordes även behov av att ta fram en utbildningsprocess för medföljande hälso- och sjukvårdspersonal i annan aktörs transportresurs. Beslut togs då om att inkludera framtagandet av utbildningsprocess, inklusive plan för drift, inom ramen för projektet.

Projektets syfte har varit att:

- Öka förmågan till samverkan och ledning i samband med parallella räddningstjänstinsatser och sjukvårdsinsatser i oländig miljö samt att möjliggöra ett adekvat prehospitalt omhändertagande vid dessa insatser.

Projektets ursprungliga mål har varit att:

- Utifrån den omarbetade vägledningen skapa en generell gemensam syn på planering, genomförande och utvärdering av sjö- och flygräddnings- och sjukvårdsinsatser till sjöss.
- Öka kunskapen om olika aktörers roller och ansvarsområden.
- Genomföra en processanalys och processbeskrivning.
- Utveckla och implementera rutiner för samverkan och ledning.
- Öka samhällets krishanteringsförmåga vid samhällsstörningar.

I det inledande projektarbetet konstaterades att målen behövde anpassas till de nya behov som då identifierades (se analysavsnitt).

Projektets mål reviderades till att:

- Skapa en generell aktörsgemensam syn på planering, genomförande och utvärdering av aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.
- Öka kunskapen om olika aktörers roller och ansvarsområden.
- Beakta, beskriva och föreslå förändringar för en ökad framtida förmåga till aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.

- Genom ovanstående bidra till ökad förmåga vid såväl mindre händelser som vid större olyckor eller katastrofer med många drabbade personer, med syfte att höja samhällets samlade krishanteringsförmåga.

Det är projektgruppens förhoppning att rapporten ska utgöra stöd vid verksamhetsplanering, kunskapshöjande aktiviteter och dimensionering av lokala, regionala och nationella resurser. Rapporten tar sin utgångspunkt i befintlig lagstiftning samt fastställda roller och ansvar (2019) men kommer inte att närmare beröra kommunal räddningstjänst eller civilmilitär samverkan, även om aktörer i dessa sammanhang också kan delta vid dessa insatser.

Projektet har drivits aktörsgemensamt med Sjöfartsverket som projektägare i nära samarbete med Socialstyrelsen och Polismyndigheten. Styrgruppen har bestått av representanter från Sjöfartsverket, Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Polismyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Projektet har finansierats med anslag 2:4 Krisberedskapsanslaget. Utgångspunkt har varit samverkan och ledning med befintliga resurser för en samlad förmåga till räddning och sjukvårdsomhändertagande i oländig miljö.

Rapportens uppbyggnad och läsanvisning

Rapporten är uppbyggd i flera delar där den första, i en nulägesbeskrivning, redovisar allmänna förutsättningar för aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Efterföljande kapitel beskriver resultatet av projektets analyser, referensgruppers arbeten samt studiebesök. Därefter förs en sammanvägd diskussion om slutsatser och utmaningar med förslag för att nå en ökad framtida nationell förmåga i dessa sammanhang.

De vårdrelaterade uttrycken t.ex. sjukvård, vårdbehov, sjukvårdsinsats, vårdärende och hälso- och sjukvård används i olika sammanhang i rapporten. Samtliga vårdrelaterade uttryck innefattas i detta sammanhang under hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Det finns 21 regioner i Sverige, som tidigare kallades landsting. Benämningen landsting används fortfarande i lagar och författningar under en övergångsperiod. I denna rapport används benämningen region för att beskriva landstingsverksamhet även då hänvisning görs till lagtexter. Med region avses inte i denna rapport sjukvårdsregion.

Metod

Projektorganisation

Projektet har använt PPS (Praktisk ProjektStyrning) som projektmodell. I huvudsak har varje deltagande organisation stått för kostnader gällande arbetstid och resor, undantaget projektgruppen. En viktig del i projektet har varit att engagera representanter från alla berörda aktörer vilket i sin tur gjort projektorganisationen mycket stor. Projektorganisationens bredd har varit en förutsättning för att nå de resultat som presenteras. Deltagande organisationer redovisas i Bilaga 5.

Styrgrupp

Lars Widell, Sjöfartsverket, projektägare och styrgruppens ordförande

Per-Åke Nilsson, Socialstyrelsen

Krister Sandquist, Polismyndigheten

Markus Planmo, Sveriges Kommuner och Landsting 2016-04 – 2019-04

Carin Rengér, Sveriges Kommuner och Landsting fr.o.m. 2019-04

Johan Gert, Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap 2016-04 – 2019-09

Henrik Larsson, Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap fr.o.m. 2019-09

Styrgruppen har bedrivit sitt arbete genom regelbundna träffar 3-4 gånger per år och har främst varit rådgivande till styrgruppsordförande kring viktiga vägval under projektets gång. De har även deltagit vid enstaka analystillfällen i syfte att hålla sig uppdaterade kring projektets fokusområden.

Projektgrupp

Thorbjörn Ohlsson, Region Sörmland, projektledare (2016-04 – 2016-10)

Cecilia Wegnelius, Sjöfartsverket, projektledare (bitr. projektledare 2016-04 – 2016-10)

Lennart Engblom, Socialstyrelsen, bitr. projektledare

Anders Benberg, Polismyndigheten

Maria Carlund, Region Jämtland Härjedalen (referensgrupp) och Socialstyrelsen (juristgrupp)

Carina Ekdahl-Hallqvist, Region Skåne

Pontus Rotter, Västra Götalandsregionen (2017-10 – 2018-05)

Isabelle Törnquist, Socialstyrelsen (2017-08 – 2018-06)

Tomas Vibble, Region Jönköping (2016-10 – 2017-06)

Projektgruppen har genomfört möten kontinuerligt under hela projekttiden för att redogöra för och analysera de olika referensgruppernas arbeten. Var och en i projektgruppen har haft huvudansvar för en referensgrupp som i sin tur har haft olika fokusområden att analysera.

Resultaten av de olika analyser som genomförts har vidare sammanställts och analyserats av projektgruppen för att sedan föras ut till de olika referensgrupperna där nya resultat sedan återförts till projektgruppen.

Referensgrupper

Referensgruppsarbetena startade hösten 2016 i samband med den första workshopen i processanalysen där cirka 50 personer från ett 20-tal organisationer (Bilaga 5) deltog och representerade både hälso- och sjukvård och räddningstjänst. Gensvaret var stort och det konstaterades att behovet av analys inom området var omfattande. För att kunna hantera fortsatt analysarbete skapades fyra referensgrupper.

En referensgrupp deltog i olika delar av analysarbetet och en annan remissmottagande referensgrupp granskade analyserna. Två referensgrupper fokuserade fortsatt på områdena sprungit ur analysarbetet.

För att klargöra det legala perspektivet bildades också en särskild juristgrupp med jurister från Sjöfartsverket, Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (MSB) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Arbetet har även här bedrivits upprepat och inriktat på projektets fokusområden och identifierade frågeställningar på uppdrag av projektgruppen. Ett syfte har varit att nå en aktörsgemensam samsyn på juridiska frågor med utgångspunkt från organisationernas syn.

Under projektarbetet tydliggjordes även ett behov av att ta fram en utbildningsprocess för medföljande hälso- och sjukvårdspersonal i annan aktörs transportresurs vilket ledde till att en utbildningsgrupp skapades. Deltagare hämtades från Sjöfartsverket, Polismyndigheten, Region Skåne, Sjöräddningssällskapet och fjällräddningen. Metodiken ”Blended Learning” användes i arbetet, vilket är en kombinations-/hybridutbildning mellan datorbaserat och lärarlett lärande.

Genomgående för referens- och arbetsgrupperna är att representanter från alla berörda organisationer har deltagit med mycket stort engagemang vilket varit en framgångsfaktor och avgörande för projektets breda resultat. Möten har mestadels genomförts fysiskt eftersom det har varit betydelsefullt för att kunna genomföra komplexa analyser och diskussioner.

Analysmetoder

Projektet har genomfört strukturerade analyser som baserar sig på varandras resultat. Utöver dessa har kontinuerligt analysarbete bedrivits i projektgruppen tillsammans med verksamhetsföreträdare och experter.

1. Den första scenariobaserade processanalysen, som påbörjades i oktober 2016 och avslutades i september 2017, genomfördes i fyra steg enligt en morfologisk analysmetod under ledning av analytiker från Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI). Metoden är ett verktyg för att utforska komplexa sammanhang där många faktorer samspelar med varandra på ett svåröverskådligt sätt. I analysfasen bryts problemkomplexet ned i sina beståndsdelar. Slutligen används parametrar för att utforska lösningsrymden.

Processanalysen genomfördes med målet att identifiera områden att gå vidare med inom projektet. Två fokusfrågor formulerades:

- Hur kan vi öka förmågan till samverkan och ledning i samband med sjukvårdsinsatser vid sjö-, flyg- och fjällräddningsinsatser i oländig miljö?
- Hur kan vi möjliggöra ett adekvat prehospitalt omhändertagande i samband med sjuktransporter vid dessa insatser?

Analysarbetet syftade till att samla in information om processen genom en scenariobaserad analys i workshopform med deltagare från berörda myndigheter och organisationer.

2. Den scenariobaserade processanalysen låg till grund för analys av system- och beslutsstrukturer, som i sin tur var utgångspunkt för den efterföljande verksamhetsanalysen enligt VIA-metoden (verksamhets- och informationsbehovsanalys).¹

¹ Lundmark, T, Rosenälv, J. VIA-metoden: Metod för verksamhets- och informationsanalys. Malmö: Publit; 2017.

Analysen genomfördes under tre workshoppar med experter från olika ansvarsområden under perioden oktober 2017 till mars 2018. Arbetet har genomförts enligt metoden "Gemensam verksamhetsbeskrivning". Det innebär att ett terminologiarbete och en verksamhetsbeskrivning enligt VIA-metoden har genomförts parallellt. Syftet med denna analys var att skapa förståelse för olika aktörers beslutsnivåer och typer av beslut, att identifiera eventuella problem och hinder för en effektiv samverkan vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö, oavsett förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov. Arbetet har varit scenariobaserat utifrån olika scenarier. Syftet var att aktörerna bättre ska kunna förstå varandra och säkerställa att man menar samma sak.

3. Projektet har genomfört två händelseanalyser gällande händelser i oländig miljö. Dessutom beaktades en annan sedan tidigare genomförd händelseanalys. Samtliga analyser har utgått från den metod som används i hälso- och sjukvården (Riskanalys och händelseanalys – Analysmetoder för att öka patientsäkerheten) där syftet är att upptäcka organisatoriska brister inom t.ex. kommunikation, samarbete, utrustning och rutiner. De händelseanalyser som beskrivs i analysdelen har inte följt metodiken i sin helhet och beskrivs inte i detalj men har utgått från metoden.
4. Med stöd av metodiken för SWOT-analys ("Strengths", "Weaknesses", "Opportunities", "Threats") genomfördes också en workshop med ett stort antal deltagare från ett flertal aktörer, hösten 2018.

Ett av huvudsyftena med en SWOT-analys är att genom granskning av styrkor, svagheter, hot och möjligheter i den redan befintliga strategin värdera de starka och svaga sidorna. I detta tydliggörs påverkan från organisationens omvärld och möjligheter att hantera omvärldens ständiga förändringskrav kan identifieras. Fyra hypoteser diskuterades.

5. Terminologiarbetet har byggt på terminologiläran och utförts efter en dokumenterad och standardiserad metod, som beskrivs i ISO 704 "Terminology works – Principles and methods".

Terminologiläran har ursprungligen utvecklats för praktiska ändamål och har som syfte att främja fackspråklig kommunikation och utgör ett tvärvetenskapligt område mellan bl.a. språkvetenskap, logik och filosofi. För utförligare beskrivning, se rapporten Enhetlig terminologi för fackområdet samhällsskydd och beredskap, 2013.

En juristgrupp bestående av jurister från respektive myndighet inrättades tidigt i projektet. Gruppen har gemensamt analyserat rättsläget och strävat efter att nå en samsyn om tolkningar som berör uppdrag, ansvar och mandat vid statlig räddningstjänst och vid sjukvårdsinsats i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Juristgruppen har även arbetat med att klargöra rättsläget och ansvarsförhållanden för att underlätta för respektive huvudman att agera utifrån sitt ansvar och mandat. Arbetet har utgått från frågor kring rättsläget som uppkommit i projektets olika analyser och workshoppar.

En kartläggning har genomförts (2017) gällande regionernas instruktion till larmcentral för larmning av regionens tjänsteman i beredskap (TiB) vid sjukvårdsinsatser i oländig miljö i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. En enkät skickades då ut till beredskapssamordnarna i de 21 regionerna.

En referensgrupp har analyserat samverkan vid fjällräddning. Medlemmarna bestod av representanter från SOS Alarm, Polismyndigheten, fjällräddningen, Sjöfartsverket och berörda regioner. Ambulanssjukvården representerades av team från både vägambulans och ambulanshelikopter. Kommunal räddningstjänst bidrog med representanter från 2 fjällkommuner. Gruppen studerade inträffade händelser i fjällen i syfte att identifiera de mest uppenbara bristerna i samband med händelserna. Med hjälp av händelseloggar från alla deltagande aktörer i samma händelse – JRCC, kommunal räddningstjänst och ambulans – rekonstruerades händelseförloppen och orsaksanalyserades. Därmed kunde man identifiera var i processen problemen uppstod.

Stora ansträngningar har gjorts i syfte att inhämta statistiskt underlag som beskriver förekomsten av aktörsgemensamma insatser vid sjö-, flyg- och fjällräddning. Samtliga berörda huvudmän kontaktades. Underlag kunde inhämtas men inte i den utsträckning som vore önskvärt för att djupare analysera och säkerställa en nationell bild. De olika huvudmännen har olika datasystem för verksamhetsuppföljning och statistik vilket inte medgav automatiserad samkörning av data.

I syfte att kvalitetssäkra och förstärka resultaten, i ett samverkans och ledningsperspektiv, har flera möten genomförts med representanter för Socialstyrelsens projekt ”Implementering av gemensamma grunder vid samhällsstörning” i landstingen.

Nulägesbeskrivning

Hälso- och sjukvård

Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård, inklusive sjuktransporter, framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Ansvaret sträcker sig ut till territorialgränsen. I samband med sjöräddningsinsatser i de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där sjöräddningstjänsten ankommer på svenska myndigheter, får regionen bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna av en olycka.

Det finns 21 regioner i Sverige, som tidigare kallades landsting. Gotland är en kommun med regionala uppgifter och regionalt utvecklingsansvar och kallas också för region.

Vid sjö-, flyg- och fjällräddning med förmodat eller bekräftat vårdbehov är det den berörda regionen som ansvarar för sjukvårdsinsatsen i samverkan med den statliga räddningstjänsten, d.v.s. Polismyndigheten vid fjällräddning och Sjöfartsverket vid sjö- och flygräddning.

Regionens ansvar framgår framför allt i hälso- och sjukvårdslagen och innefattar åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.²

Inom varje region ska det finnas en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.³ Sjuktransporter är regionernas ansvar oavsett om det rör sig om oländig miljö eller inte, undantaget är sjuktransport från fartyg, och de förutsätts ha möjlighet att utnyttja resurser som finns hos andra organ genom överenskommelser.

Vid sjöräddningsuppdrag har regionen och Sjöfartsverket ansvar för olika delar i den aktörsgemensamma insatsen. På internationellt vatten har regionen samma formella möjlighet att genomföra en sjukvårdsinsats som inom landets gränser men inte samma skyldighet.⁴

Regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård⁵ samt upprätta en plan för ambulanssjukvård inom sitt geografiska område. Av planen ska det framgå vilka mål som har fastställts, vilka resurser som ska finnas, och hur ambulanssjukvården ska vara organiserad.⁶

Prehospital akutsjukvård

Omedelbara medicinska insatser som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus benämns prehospital akutsjukvård och utförs i de flesta fall av ambulanssjukvården. Grundläggande för en prehospital sjukvårdsinsats är att bedöma, behandla och i vissa fall hänvisa eller transportera patienter till rätt vårdnivå på ett effektivt sätt genom att skapa ett patientflöde och utföra adekvat behandling under tiden. En ambulans definieras som ett transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade. Ambulanssjukvård definieras som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans. Utöver vägambulanser finns luft- och vattenburna ambulanser, t.ex. ambulanshelikopter och ambulansbåt.

² 2 kap. 1 § HSL

³ 7 kap. 6 § HSL

⁴ 10 kap. 4 § HSL

⁵ 7 kap. 2 § HSL

⁶ SOSFS 2009:10 Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.

I ett till ytan stort land, med en spridd befolkning och till stor del väglös geografi är luftburna ambulanstransporter en viktig resurs för regionerna. I samband med sjukvårdsinsatser i oländig miljö är tillgången till helikopterresurser därför ofta nödvändigt för att nå ut till den drabbade och för att genomföra snabb sjuktransport till sjukhus. Ambulanshelikoptrar finns idag region Västra Götaland, Gotland, Stockholm, Uppsala, Värmland, Dalarna, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten. Det finns också överenskommelser mellan regioner i Sverige och våra grannländer Norge, Finland och Danmark avseende ambulanssjukvård.

Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. framgår att en ambulans alltid ska vara bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att administrera läkemedel. Det innebär att det måste finnas minst en sjuksköterska eller läkare i varje ambulans. I tillägg till ambulanser finns det på olika håll andra resurser som erbjuder sjuksköterske- eller läkarbemannad prehospital akutsjukvård, t.ex. akutbilar.

SOS Alarm Sverige AB (SOS Alarm) ansvarar, på uppdrag av staten, för 112-tjänsten och är även, på uppdrag av regionen, den idag vanligast förekommande aktören för prioritering och dirigering av ambulanssjukvårdens resurser, men några regioner har valt att bedriva prioritering och dirigering i annan regi helt eller delvis. I prioriterings- och dirigerings-tjänsten ligger uppgiften och mandatet att identifiera eller utesluta vårdbehov för att bedöma och besluta om hälso- och sjukvårdsresurser.

Det finns ett fåtal exempel på överenskommelser om samverkan mellan Sjöfartsverket, Polismyndigheten och vissa regioner gällande insatser i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.

Ett exempel är Akutsjukvård i extrem glesbygd (AXG) som är en verksamhet som syftar till att skapa trygghet för renskötare i deras yrkesutövande, liksom för andra som vistas i extrem glesbygd. Verksamheten består framför allt av utbildningsinsatser i första hjälpen till lekmän som bor och har sin näring i fjällområdet. Den särskilt anpassade AXG-utbildningen utgår i sitt upplägg från de förhållanden som råder på fjället.

Prehospital sjukvårdsledning

Inom ambulanssjukvården används konceptet PS – Prehospital Sjukvårdsledning® – för kompetensutveckling och nationell harmonisering av ledningsförmågan. Det är ett sammanhållet nationellt utbildningskoncept som tillämpas av regionerna, i huvudsak inom ambulanssjukvården, både vid mindre omfattande så kallade vardagliga händelser och i samband med stora olyckor och katastrofer med omfattande skadeutfall. I konceptet ingår de båda ledningsrollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig.

Konceptet utgår från de lagar och föreskrifter som reglerar hälso- och sjukvårdens arbete i stort och specifikt för katastrofmedicinsk beredskap. Övergripande mål är att skapa en effektiv samverkan och ledning för att ge god och säker vård till patienten.

Hälso- och sjukvårdens inriktningsbeslut, som fattas av sjukvårdsledare, belyser vad som är viktigt att åstadkomma för att uppnå patientflöde. Hälso- och sjukvårdens medicinska inriktningsbeslut fattas av medicinskt ansvarig och talar mer specifikt om behandlingen av patienterna, d.v.s. den medicinska ambitionsnivån. Syftet med inriktningsbeslut och medicinskt inriktningsbeslut är att dels för egen, dels för samverkande organisationer förmedla en bild av vad som är de viktigaste uppgifterna utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

PS-PLUS är en vidareutbildning för särskilt utvalda medarbetare verksamma inom den prehospitala organisationen i respektive region. Deltagarna ska kunna etablera, stödja och förstärka eller överta ledningsrollen vid händelser med stora krav i en redan etablerad sjukvårdsledning, samt kunna ingå i planerad sjukvårdsledning. Medarbetarna utbildas för att få ökad kompetens och ökad förmåga till en effektiv prehospital sjukvårdsledning i samband med händelser med stora krav genom ett tydligare ledarskap och en effektivare samverkan. Exempel på sådana händelser är en komplex hotsituation, händelser med farliga ämnen, publika evenemang eller stort skadeutfall. Funktionen benämns förstärkt sjukvårdsledare prehospitalt (FSP).

Hälsa- och sjukvårdens beredskap vid särskild händelse

Regionerna ska i sina planer beskriva hur hälso- och sjukvården ska ledas vid en bekräftad särskild händelse och upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.⁷ I sammanhanget bör nämnas att termen allvarlig händelse inom hälso- och sjukvården ersätts successivt med särskild händelse. Den övergripande målsättningen inom katastrofmedicin är att så långt det är möjligt skapa förmåga till att upprätthålla medicinsk kvalitet.

I varje region finns också en funktion på regional nivå som är ständigt bemannad och som kan aktiveras vid särskild händelse eller vid risk för sådan händelse. Funktionen benämns tjänsteman i beredskap (TiB) och har bl.a. till uppgift att ta emot och bedöma larm samt initiera och samordna det inledande arbetet, samt att eventuellt initiera särskild sjukvårdsledning på lokal och regional nivå. Regionen ansvarar för att fastställa kriterier för när en operatör vid en larmcentral ska kontakta tjänsteman i beredskap.

Vissa händelser kan kräva samordning och stöd från nationell nivå, vid dessa tillfällen kontaktas Socialstyrelsens TiB. Det kan handla om internationella kontakter eller frågor som berör flera regioner, andra myndigheter eller den centrala politiska ledningen. Primärt har Socialstyrelsen ansvar för nationell samordning och expertstöd inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde på nationell nivå.

Statlig räddningstjänst

Statens ansvar för räddningstjänst är, för räddningstjänstansvariga myndigheter, författningsreglerat, bl.a. i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO), förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor och i respektive myndighets instruktion.

Sjö- och flygräddning

Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddningstjänst och ska i enlighet med detta upprätta program för sjö- och flygräddningstjänst. Programmet ska innehålla uppgifter om vilken förmåga Sjöfartsverket har och avser att skaffa sig för att göra räddningsinsatser, samt uppgifter om samverkan med kommuner, statliga myndigheter och berörda organisationer.

⁷ 7 kap. 2 § HSL samt SOSFS 2013:22 Katastrofmedicinsk beredskap.



Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddningstjänsten inom svenskt territorium (blå markering på kartan) samt inom Sveriges ekonomiska zon med undantag för vattendrag, kanaler, hamnar och andra insjöar än Väneren, Vättern och Mälaren. Räddningsinsatserna leds från JRCC (Joint Rescue Coordination Centre) i Göteborg. Utanför svenskt område leder JRCC sjö- och flygräddningstjänsten över de delar av havet där sådan räddningstjänst är en uppgift för svenska myndigheter genom överenskommelser med grannländer (Svensk Search and Rescue-region, röd markering på kartan) vilket sammanfaller med svenskt FIR (flyginformationsregion), med undantag för ett område kring Bornholm som ingår i dansk räddningsregion.

Sjöfartsverkets målsättning är att genomföra och leda sjö- och flygräddningsinsatser året runt, dygnets alla timmar inom svensk räddningsregion. Efter det att enheter larmats av JRCC är ambitionen för undsättning att denna ska kunna påbörjas omgående efter lokalisering.

Sjö- och flygräddningstjänsten utförs i samverkan med resurser från egen organisation, övriga statliga myndigheter, berörda organisationer, kommuner, privata organ samt grannländer. Överenskommelser finns med samtliga Sveriges grannländer.

Sjöfartsverket har idag fem baseringar med räddningshelikopter: Göteborg, Kristianstad, Visby, Stockholm samt Umeå, där det i utgångsläget finns en räddningshelikopter dygnet runt årets alla dagar.

Sjöfartsverkets lotsstationer runtom Sveriges kust står även i beredskap för sjöräddning. Utmed Sveriges kust finns 23 lotsplatser med lotsbåtar som är specialbyggda för att transportera lotsar till och från fartyg. Transporterna ska kunna utföras dygnet runt året om i nästan alla väder och står även i ständig beredskap för räddningsuppdrag.

Kustbevakningen är en civil statlig myndighet som ansvarar för sjöövervakning och miljöräddningstjänst till sjöss. Kustbevakningen ska ha beredskap för att, och på anmodan av räddningsledare, delta i sjö- och flygräddningstjänst.

Sjöräddningssällskapet är en ideell förening som utmed Sveriges kuster och i Sveriges största sjöar kan delta i sjöräddningsinsatser. Utöver den rena sjöräddningsverksamheten genomför Sjöräddningssällskapet ett stort antal transporter åt regioner.

Polismyndigheten deltar också i sjö- och flygräddningstjänst med dels sjöpolisen, som finns stationerade i Stockholm och Göteborg, dels med polishelikoptrar och bilpatruller på räddningsledarens anmodan.

Försvarsmaktens olika enheter är ytterligare resurser som kan ingå i sjö- och flygräddningstjänst vid behov.

Sjö- och flygräddningens beredskap vid särskild händelse – MRO-händelse (Mass Rescue Operation)

Inom sjö- och flygräddning används begreppet Mass Rescue Operation för att beskriva extraordinära händelser. MRO-händelser är för sjö- och flygräddningstjänsten extraordinära utifrån antalet nödställda och definieras enligt följande i IMO (International Maritime Organisation): *“A mass rescue operation (MRO) is one that involves the need for immediate assistance to large numbers of persons in distress such that capabilities normally available to search and rescue (SAR) authorities are inadequate.”*

Vid en MRO-händelse används samma metodik som vid normala händelser där räddningsledaren och staben följer den aktuella händelsen. Staben på JRCC utökas för att hantera händelsen och varje funktion sköts av en eller flera personer. Detta i linje med krishanteringsmetodiken enligt ansvars-, likhets- och närhetsprincipen. Den gemensamma innebörden av de tre principerna är att krishantering i så stor utsträckning som möjligt ska ske med den löpande verksamhetens kunskaper, resurser, rutiner och metoder. JRCC informationsdelar tidigt till berörda myndigheter och organisationer om dessa extraordinära händelser.

Tillgänglig personal på Ledningscentral Kåringberget (LCK) larmas till att ingå i staben vid JRCC. Tillgänglig personal innefattar administrativ personal hos Sjöfartsverket och vaktgående personal hos Kustbevakningen samt Sjöövervakningen enligt överenskommelse om operativ samverkan vid Ledningscentral Kåringberget. Dessutom har JRCC möjlighet att efterfråga samverkansperson från andra aktörer. Det kan till exempel vara representanter för kommunal räddningstjänst, polisen eller inspektör från Transportstyrelsen. Sjöfartsverket har också tillsammans med myndigheter i Göteborgsregionen en överenskommelse om användande av samverkansperson vid omfattande insatser.

ICS – Incident Command System

Inom MRO internationellt används begreppet Incident Command System (ICS). ICS är ett ledningssystem som ska användas då t.ex. en MRO-händelse inträffar och då det krävs en utbredd samverkan mellan flera myndigheter och aktörer.

I IAMSAR⁸ beskrivs begreppet ICS enligt följande: *“The ICS is designed for use when multiple organizations and jurisdictions need to be jointly involved in a coordinated emergency response activity.”*

Enligt svensk lagstiftning ansvarar flera myndigheter för olika delar i en händelse. Även vid mindre omfattande sjö- och flygräddningshändelser har flera myndigheter och organisationer ett eget ansvar. Då krishantering enligt likhetsprincipen ska använda samma metoder som vid mindre omfattande händelser används inget speciellt ICS i Sverige. Vår normala myndighets-samverkan är att betrakta som ICS.

Sjöfartsverkets tjänsteman i beredskap (TiB) kan vid behov sammankalla en initial krisledning (som utgörs av tre chefer från linjeorganisationen samt TiB). Krisledningen har till uppgift att hantera samhällsstörningar gällande Sjöfartsverkets övriga kärnverksamheter (leverera lotsning, utveckla farleder, leverera sjögeografisk information, leverera sjötrafikinformation, möjliggöra vintersjöfart, skapa framtidens sjöfart samt erbjuda sjömän en aktiv fritid). Alla inblandade ska enkelt och effektivt kunna skapa sig en helhetsbild av läget, en samlad lägesbild, genom att aktivt dela information. Den initiala krisledningen beslutar om behov av inriktning och om samordning ska ske på ett särskilt sätt och därmed om att aktivera central krisledning. Denna utgörs av den initiala krisledningen samt de chefer som behövs för hantering av händelsen.

Fjällräddning

Polismyndigheten är organiserad i sju polisregioner, ett antal nationella avdelningar samt ett kansli. De sju polisregionerna har helhetsansvar för polisverksamheten inom ett angivet geografiskt område. Ansvaret omfattar utredning, brottsförebyggande verksamhet och ingripande-verksamhet samt stöd och service. Varje polisregion leds av en regionpolischef. Det minuteroperativa arbetet leds av ett vakthavande befäl. Vakthavande befäls ansvarsområde är att leda den operativa yttre verksamheten inom polisregionen.⁹ Det regionala vakthavande befälets uppdrag innebär att, med disposition av polisregionens samtliga resurser, dygnet runt, fullgöra Polismyndighetens uppgifter i polisregionen som inte kan vänta.

Polismyndigheten ansvarar, enligt förordningen om skydd mot olyckor,¹⁰ för fjällräddningstjänst inom svenskt fjällområde (grön markering på kartan) och ansvarar även för efterforskning av försvunna personer.¹¹ Detta innefattar dels att efterforska och rädda den som har försvunnit under sådana omständigheter att det kan misstänkas att det finns fara för personens liv eller allvarlig risk för personens hälsa, dels att rädda den som råkat ut för en olycka eller drabbats av en sjukdom och som snabbt behöver komma under vård eller få annan hjälp. Polismyndigheten ansvarar för att transportera skadade och sjuka personer från fjällområdet. Uppdraget klassificeras som statlig räddningstjänst och utförs om kriterierna i lagen om skydd mot olyckor, LSO uppfylls, efter beslut av vakthavande befäl vid berörd regionledningscentral (RLC).

⁸ International Aeronautical and Maritime Search and Rescue Manual "An emergency management concept that provides an integrated organizational structure adaptable to the complexity and demands of a major incident involving multiple missions, response organizations or jurisdiction. The ICS is designed for use when multiple organizations and jurisdictions need to be jointly involved in a coordinated emergency response activity."

⁹ Arbetsordningen för Polismyndigheten

¹⁰ Kap. 4 1§ FSO Förordningen (2003:89) om skydd mot olyckor

¹¹ Kap. 4 1§ LSO Lag (2003:778) om skydd mot olyckor

I de polisregioner som ansvarar för fjällräddningstjänst ska det finnas ett tillräckligt antal räddningsledare för att leda fjällräddningsinsatser. Därutöver ska det i samtliga polisregioner finnas ett tillräckligt antal räddningsledare för att leda räddningstjänst som avser efterforskning av försvunna personer.¹²

Polisens fjällräddningsorganisation omfattar cirka 400 fjällräddare, organiserade inom SVEFRO (Svenska fjällräddares riksorganisation), fördelade på ett 30-tal enheter i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Dalarna. Organisationen har som uppgift att på uppdrag av och med ersättning från polisen utföra räddningsinsatser i fjällområdet.

Fjällräddarnas uppgift är att, under ledning av polisens räddningsledare, utföra fjällräddningsinsatser bestående av undsättning – och i förekommande fall – transportera skadade eller sjuka till av hälso- och sjukvården anvisad plats för vård eller omlastning till ambulans. Transporterna sker både med hjälp av terränggående fordon och helikopter. Till fjällräddningen hör även specialgrupper i alpin fjällräddning och grott-räddning. Den alpina fjällräddningen finns lokaliserad i Kiruna och Östersund och kan utföra insatser, inklusive bårtransport i brant terräng och vinschning med bår, med hjälp av polisens helikoptrar.

Fjällräddningens beredskap vid särskild händelse

Om en händelse är eller förväntas bli så omfattande, allvarlig eller komplex att Polismyndigheten måste planera, organisera eller leda sin verksamhet i särskild ordning får en polisregion eller Polismyndighetens nationella operativa avdelning besluta om särskild händelse och utse en kommanderingschef eller räddningsledare. Händelsen kan vara planerad eller hastigt uppkommen.

Räddningsledaren leder och ansvarar för all verksamhet inom ramen för den särskilda händelsen i regionpolischefens eller chefen för nationella operativa avdelningens ställe. Vid den nationella operativa avdelningen finns ett vakthavande befäl i tjänst, dygnet runt, som är tillika tjänsteman i beredskap (TiB). I denna egenskap ska det vakthavande befälet initiera och samordna det inledande arbetet och upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga kriser. Uppstår det behov får det vakthavande befälet i brådskande fall omdisponera polisresurser mellan polisregioner. Om det inträffar en sådan händelse som kräver att polisregionen i särskild ordning planerar, organiserar och leder sin verksamhet ska det vakthavande befälet vidta de omedelbara åtgärder som föranleds av händelsen samt informera den som är behörig beslutsfattare för beslut om särskild händelse.

Polismyndigheten ansvarar också för katastrofregistrering vid en särskild händelse eller katastrof i Sverige, vilket innebär att registrera uppgifter kring en händelse där många människor på olika sätt drabbats samt där det kan förväntas ett stort tryck från allmänheten, som anmäler sina närstående som efterfrågade eller anträffade.

Polismyndigheten leder den svenska ID-kommissionen som har till uppgift att identifiera omkomna personer i samband med olyckor, katastrofer och terroråd inom och utanför landet. Inom landet kallas kommissionen in när den regionala polisens resurser inte räcker till. Utomlands kallas kommissionen in efter begäran av myndigheterna i det drabbade landet.

¹² "Polismyndighetens program för Efterforskning av försvunnen person samt fjällräddningstjänst."

Katastrofer i oländig miljö

Det finns flera definitioner på vad en katastrof är. Ett exempel är världshälsoorganisationens (WHO) definition som är ”En plötslig, allvarlig påverkan på samhällets funktionalitet, vilken förorsakar skador på många människor, betydande materiella skador, svår skada på miljön eller allvarlig ekonomisk skada. Skadorna är så omfattande att det drabbade samhällets förmåga att hantera händelsen med de egna tillgängliga resurserna är begränsad”.

I oländig miljö är omständigheterna ofta komplicerade och svåra och resurstillgången bristfällig, vilket sammantaget är en stor utmaning för berörda aktörer. I en katastrofsituation involveras i regel ett flertal funktioner i samhället och möjlighet bör finnas att ställa om verksamheten eller skapa utrymme för att möta en ökad belastning under samtidigt minskad försörjning med personal och resurser. Beredskapsplaneringen behöver omfatta planer för den omdisponering som måste göras för att tillgodose behovet för ett stort antal skadade. Planeringen behöver, baserat på dimensionerande uppgifter om skadeutfall och skadepanorama, leda till utrymmesskapande eller resurssparande åtgärder inom minst personalförsörjning, infrastruktur inklusive utrustning, förbrukningsmateriel inklusive läkemedel och blod, samt transportresurser. Katastrofsituationer (särskilda händelser) i oländig miljö är inte undantaget från detta.

En viktig nod i det svenska krishanteringssystemet är SOS Alarms krisberedskapsfunktion som är kontaktpunkt för TiB vid centrala myndigheter och de flesta regioner. Krisberedskapsfunktionen har också möjlighet att larma TiB på eget initiativ vid händelse som berör dessa och arrangera samverkanskonferenser mellan olika aktörer. Larmoperatören informerar krisberedskapsfunktionen vid SOS Alarm om omfattande händelser som kan innebära konsekvenser för andra aktörer och samhällsviktiga funktioner.

Passagerartrafiken inom svensk räddningsregion såväl till sjöss, i luften och i fjällområdet är omfattande vilket ökar risken för olyckor med många drabbade och skadade. Estoniakatastrofen 1994, då färjan och passagerarfartyget M/S Estonia förliste på öppet hav under färd från Tallinn till Stockholm, visar på vikten av att samhället inte bara är förberett för katastrofer på land och i storstadsmiljö. Den nationellt och internationellt samlade förmågan i Sveriges närområde är avgörande för att i dessa sammanhang kunna undsätta ett stort antal drabbade.

Resurser

Förmågan till snabb insatstid och snabb transport till rätt vårdnivå gör att helikoptrar är av stort värde, både vid mindre olyckor och i samband med mer omfattande händelser med större skadeutfall. Detta gäller särskilt vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö. Sverige har idag ingen utvecklad nationell samordnad koordinering av dessa helikoptrar. Ambulanshelikoptrarna dirigeras av regionernas prioriterings- och dirigeringsstjänst och de statliga helikoptrarna av den myndighet som äger dem.

Flera regioner har idag tillgång till ambulanshelikoptrar för såväl primär- som sekundäruppdrag. Ambulanshelikoptrarna kan normalt ta en vårdkrävande patient. Ambulanshelikoptrarna larmas genom prioriterings- och dirigeringsstjänsten.

Utöver regionernas ambulanshelikoptrar har Sjöfartsverket, Polismyndigheten och Försvarsmakten helikoptertyper som i vissa fall kan lämpa sig även för transport av skadade och medföljande hälso- och sjukvårdspersonal. Ambulanshelikoptrar har inte samma möjligheter att undsätta drabbad person i oländig miljö eftersom de idag saknar förmåga att vinscha och oftast har sämre möjligheter att navigera under svåra väderförhållanden.

Sjöfartsverkets helikoptrar kan transportera flera drabbade personer. Försvarmaktens luftburna medicinska evakueringsförmåga används inte för civila sjuktransporter idag. Försvarmakten skall vid livshotande situationer, där omedelbar transport är avgörande för behandlingen av skadade eller sjuka personer, utföra transporter med helikopter på begäran av sjukvårdshuvudman genom flygräddningscentralen.¹³

För ytgående transporter har Sjöfartsverket, Kustbevakningen, Försvarmakten, Polismyndigheten och Sjöräddningssällskapet olika typer av båtar – allt ifrån små ribbåtar till stora miljöräddningsfartyg och jakter. En region har idag (Västra Götalandsregionen) en ambulansbåt, som i första hand är till för sjuktransport mellan skärgårdsöarna och fastlandet. För markgående transporter i fjällområdet har Polismyndigheten tillgång till skotrar, fyrhjulingar och räddningstjänsten har bandvagnar.

Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar

Konceptet ”Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar” har tagits fram av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)¹⁴ i syfte att ge vägledning till aktörer för att underlätta aktörsgemensam inriktning och samordning.

Samverkan i samband med aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg-, och fjällräddning underlättas om aktörerna kan agera tillsammans på ett strukturerat och likartat sätt vilket stärker förmågan att hantera samhällsstörningar. För att förstå varandra behöver aktörerna ha ett aktörsgemensamt språk och kännedom om roller, ansvar och mandat. Ytterligare förhållningssätt och förmågor som underlättar inriktning och samordning är förståelse för olika perspektiv, hänsynstagande till tidsskalor, identifiering av konsekvenser på flera nivåer samt förmågan att fatta beslut i en medveten process och tillsammans med andra.

Som en del i konceptet ”Gemensamma grunder” har funktionen Inriktnings- och samordningskontakt (ISK) definierats och tagits fram som en kontaktpunkt gentemot andra aktörer. Syftet är att öka tillgängligheten samt tydliggöra och underlätta kontakter mellan aktörer. Funktionen är den primära kontaktvägen in i en organisation för att tidigt kunna agera och initiera åtgärder vid samhällsstörningar.

En lägesbild förutsätter alltid någon form av informationsdelning. Detta beskrivs som fyra delar: Efterfråga, göra tillgänglig, skapa och ta emot. En lägesbild består av ett urval av relevant information. Hur detta urval ser ut och vilken detaljeringsgrad på informationen som är relevant skiljer sig mycket beroende på bland annat organisatorisk nivå och vilken typ av beslutsunderlag lägesbilden ska ge. En samlad lägesbild skapas genom en aggregering av information från olika lägesbilder.

Följande är några av de centrala begreppen i konceptet ”Gemensamma grunder”:

- Inriktning är orientering av tillgängliga resurser mot formulerade mål.
- Samordning är anpassning av aktiviteter och delmål så att tillgängliga resurser kommer till största möjliga nytta.

¹³ Förordning (2002:375) om Försvarmaktens stöd till civil verksamhet

¹⁴ Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB777)

- Samverkan är den funktion som, genom att aktörer kommer överens, åstadkommer inriktning och samordning av tillgängliga resurser.
- Ledning är den funktion som, genom att en aktör bestämmer, åstadkommer inriktning och samordning av tillgängliga resurser.

För att åstadkomma inriktning och samordning behöver lednings- och samverkansfunktionen kunna:

- Förstå vad som händer
- Förstå hur situationen kommer att utvecklas
- Förstå vad som behöver göras
- Utöva inflytande på resurser

Representant från projektet har sedan 2017 deltagit i Socialstyrelsens projekt ”Implementering av Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar” i landstingen”. I detta arbete tydliggörs bland annat hälso- och sjukvårdens ledningsnivåer och kontaktvägar in i hälso- och sjukvården vid händelser som kan föranleda sjukvårdsinsatser. På samma sätt har representanter från Socialstyrelsens projekt deltagit i detta projekts styrgrupp och referensgrupp.

Internationell utblick

Bilaterala överenskommelser gällande sjö- och flygräddning

Sverige har genom Sjöfartsverket tecknat överenskommelser och fastställt sjöräddningsregioner (SRR) gentemot samtliga grannländer. (Se karta sidan 19) Avtalen innehåller fastställande av ansvarsområden, så att det alltid finns en ansvarig för räddningsinsatsen vart den nödstälde än befinner sig. Det omfattar även att stöd kan ges med grannlands resurser så fort behovet uppstår samt att gemensamma övningar ska genomföras. De beskriver även utbyte av erfarenheter och att expertstöd kan ges till varandra obehindrat. Det biträdande landets resurser är underställda organisation och ledning i det land där räddningsinsatsen genomförs.

Bilaterala överenskommelser gällande prehospital akutsjukvård

Flera regioner har tecknat överenskommelser med grannländer om samverkan gällande prehospital akutsjukvård. Syftet är främst att personer som drabbas av akut sjukdom eller olycksfall i gränsområden ska få snabbast möjliga vård och behandling oavsett från vilket land resursen kommer och att parterna ska bistå varandra med resurser vid större händelser och katastrofer.

Ett exempel är avtalet¹⁵ mellan berörda regioner i Sverige (Värmland, Västra Götaland, Dalarna, Jämtland/Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten) och de så kallade helsedistriktet i Norge om gränssamverkan avseende ambulanshelikopter. Avtalet omfattar händelser där användning av annat lands ambulanshelikopter ger väsentligt snabbare hjälp än användning av egna resurser. Gränssamarbetet omfattar akutmedicinska uppdrag i respektive avtalsparts geografiska ansvarsområde.

¹⁵ Avtal Sverige/Norge om gränssamverkan avseende ambulanshelikopter

Det biträdande landets resurser är underställda organisation och ledning i det land där sjukvårdsinsatsen äger rum. Avtalsparternas larmcentraler bedömer behov av assistans från annat land efter de kriterier som överenskommits. Search and Rescue (SAR) omfattas inte.

Nordiskt samarbetsavtal Räddningstjänst (Nordred)

Det nordiska ramavtalet¹⁶ trädde första gången i kraft den 9 augusti 1989 mellan Danmark och Norge. Finland och Sverige anslöt sig 1992 och Island år 2001. Ramavtalet är en överenskommelse om räddningstjänstsamverkan mellan länderna och har till uppgift att vara ett tillägg till andra nordiska multi- eller bilaterala avtal inom området. Ramavtalet möjliggör samarbete mellan ansvariga myndigheter i de nordiska länderna i syfte att underlätta erforderligt ömsesidigt bistånd vid olyckshändelser i fredstid och att påskynda insättandet av hjälpande personal och materiel. En kontaktgrupp bestående av representanter för ansvariga myndigheter i de avtalsslutande länderna träffas regelbundet för att ”lämna varandra upplysningar om organisationen och behöriga myndigheter i den egna staten samt lagstiftningsåtgärder och andra viktigare förändringar av betydelse”, enl. artikel 6 i avtalet. Kontaktgruppen arrangerar konferenser vart tredje år.

Bakgrund: På ett nordiskt räddningstjänstmöte i september 1983 föreslogs att samarbetet på räddningstjänstområdet mellan de nordiska länderna skulle formaliseras och en arbetsgrupp tillsattes därför. Resultatet blev att en överenskommelse borde utformas i form av ett ramavtal som skulle fungera som ett komplement till andra bi- och multilaterala avtal på området länderna emellan. Ramavtalet blev underskrivet i Stockholm den 20 januari 1989 av regeringarna i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Överenskommelsen trädde i kraft mellan Danmark och Norge den 9 augusti 1989. Sverige och Finland kunde efter några nödvändiga lagstiftningsmässiga ändringar godkänna avtalet 1992. Island anslöt sig till avtalet under 2001.

Nordiskt samarbetsavtal Hälso- och sjukvård (Nordhels)

De nordiska länderna har sedan 1975, genom sina respektive myndigheter, utväxlat information om ländernas beredskapsarbete. Sedan början på 1980-talet har detta skett främst vid årligen återkommande konferenser (Nordisk Hälsoberedskapskonferens). På mötet i Finland 2000 diskuterades ett mer konkret och förpliktande samarbete. Med detta som utgångspunkt föreslogs på Nordisk Hälsoberedskapskonferens 2001 att sätta upp en arbetsgrupp med mandat att utarbeta mer konkreta förslag till nordiskt samarbete (Svalbardgruppen).

Ordförandeskapet i Svalbardgruppen innehas av det land som ska arrangera nästföljande Nordisk Hälsoberedskapskonferens. Ett nordiskt hälsoberedskapsavtal undertecknades i juni 2002 mellan de fem länderna. Effekterna av detta samarbete har lett till att det finns en struktur för samarbete mellan de nordiska länderna i syfte att förbereda och utveckla hälso- och sjukvårdsberedskapen för att bättre kunna hantera kriser och katastrofer, förberedelser av beredskapsåtgärder samt assistans vid tillfällena då någon av avtalsstaterna drabbas av kris eller katastrof.

¹⁶ Avtal mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om samarbete över territorialgränserna i syfte att vid olyckshändelse hindra eller begränsa skador på människor eller egendom eller i miljön.

Barents Rescue

Barentsrådet, Barents Euro-Arctic Council (BEAC), är ett forum för det mellanstatliga samarbetet i Barentsregionen. Rådet bildades 1993 för att stödja och främja det regionala samarbetet i de nordligaste delarna av Sverige, Norge, Finland och nordvästra Ryssland. Förutom dessa länder är även Island och Danmark medlemmar. Medlemsländerna samarbetar bland annat inom området räddningstjänst.

Målet med samarbetet är att öka möjligheterna att kunna bistå varandra över nationsgränserna vid olyckor eller naturkatastrofer. Den låga befolkningstätheten i nordligaste Europa innebär att räddningstjänstresurserna är få och spridda i ett mycket stort område. Ibland kan de närmast tillgängliga resurserna finnas i ett grannland. Med andra ord har länderna i området nytta av att samarbeta och bistå varandra.

I januari 2008 undertecknade regeringarna i Finland, Norge, Ryssland och Sverige ett avtal om samarbete för förebyggande av, beredskap för, och insatser vid nödsituationer i Barentsregionen. Avtalet omfattar gränsöverskridande inom regionen. Det omfattar också gemensamma övningar och utbildningar med fokus på att förbättra de avtalsslutande parternas förmåga att lämna snabb och effektiv hjälp vid räddningsinsatser. Avtalet tar således sikte på dels operativa insatser, dels utbildning och övning i syfte att förbättra parternas förmåga att lämna snabbt och effektivt stöd vid räddningsinsatser. Avtalet kan för Sveriges del komma att beröra resurser som rör såväl kommunal som statlig räddningstjänst, men även andra resurser såsom militära. Sjukvårdsresurser nämns inte i avtalet, men är inte uteslutna.

Ett av syftena med avtalet är att parterna ska kunna använda en annan stats resurser när dessa finns närmare olyckan. Det gäller även om det är fråga om en mindre olycka. Vid den här typen av olyckor kommer i första hand den kommunala räddningstjänstens (Norrbotten och Västerbotten) resurser att beröras. Den kommunala räddningstjänsten kommer också att beröras då det är fråga om omfattande skogsbränder eller större olyckor. I dessa fall kan det bli fråga om stöd från MSB (olje- och kemsanering), Kustbevakningen (miljöräddning till sjöss), Polisen och Sjöfartsverket (eftersök av försvunna). Ytterligare resurser från andra myndigheter kan också komma i fråga. Ett annat syfte med avtalet är att underlätta gränspassage vid akuta insatser. En Barents Joint Kommitté med representanter från alla Barentsländer har tillsatts för att genomföra och samordna tillämpning av avtalet.

Arctic SAR

Den arktiska Search and Rescue-överenskommelsen (formell överenskommelse om samarbete gällande sjö- och flygräddning i Arktis) är en internationell överenskommelse som ingåtts mellan medlemsstaterna i Arktiska rådet – Kanada, Danmark, Finland, Island, Norge, Ryssland, Sverige och USA – den 12 maj 2011 i Nuuk, Grönland. Överenskommelsen gäller internationell SAR (Search And Rescue) i Arktis och fastställer SAR-ansvaret för varje stat. Med tanke på de motstridiga territoriella gränserna från de olika staterna i Arktis tydliggörs det i överenskommelsen att ”avgränsningen av sök- och räddningsregioner inte är relaterad till och inte ska påverka avgränsningen av någon gräns mellan stater eller deras suveränitet, suveräna rättigheter eller jurisdiktion”. Arctic Search and Rescue Agreement är den första bindande överenskommelsen som förhandlats fram under Arktiska rådets regi. Fördraget återspeglar den arktiska regionens växande ekonomiska betydelse till följd av dess förbättrade tillgänglighet på grund av den globala uppvärmningen. Den trädde i kraft den 19 januari 2013 efter att den hade ratificerats av var och en av de åtta undertecknande staterna.

Länderna arbetar efter dessa former:

- Conscious of the challenges posed by harsh Arctic conditions on search and rescue operations and the vital importance of providing rapid assistance to persons in distress in such conditions,
- Mindful of the increase in aeronautical and maritime traffic and other human activity in the Arctic, including activity of Arctic residents and of people coming to the Arctic,
- Recognizing the great importance of cooperation among the parties in conducting search and rescue operations,
- Emphasizing the usefulness of exchanging information and experience in the field of search and rescue and of conducting joint training and exercises.

SAR-verksamheten i Finland

I oktober 2017 besökte projektet den finska sjöräddningsorganisationen, som lyder under Gränsbevakningsväsendet. Vissa förutsättningar skiljer sig åt jämfört med de svenska. I Finland finns en högre medicinsk förmåga integrerad i SAR-verksamheten. Viss personal på räddningshelikoptrarna är sjuksköterskor och arbetar delvis inom ambulanssjukvården.

Verksamheten lyder också under gränsbevakningslagen som reglerar deltagande i räddningsverksamhet, sjuktransporter och prehospital akutsjukvård. Gränsbevakningsväsendet kan delta i sådan prehospital akutsjukvård som avses i den finska hälso- och sjukvårdslagen och enligt vad som särskilt avtalas.

I Finland finns tre nivåer av sjukvårdsinsatser inom den prehospitala akutsjukvården:

- First response – förmåga att ge livräddande första hjälpen.
- Basic level – förmåga att upprätthålla vitala funktioner på skadeplats och under transport
- Care level – förmåga att ta hand om svårt skadad eller sjuk patient på skadeplats och under transport.

I enheterna inom den prehospitala akutsjukvården ska det finnas följande personal:

- I en enhet för första insatsen (First response) – minst två personer med utbildning som lämpar sig för första insatsen.
- I en enhet inom prehospital akutsjukvård på basnivå (Basic level) – minst en yrkesutbildad person inom prehospital akutsjukvård och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en person som har avlagt räddningsmannaexamen.
- I en enhet inom prehospital akutsjukvård på vårdnivå (Care level) – minst en person som är legitimerad sjukskötare inom prehospital akutsjukvård och minst en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en person som har avlagt räddningsmannaexamen.

Inom SAR-verksamheten uppnår två av tre räddningsbaser Basic level och den tredje First response level. I situationer där den prehospitala akutsjukvården har hög belastning och i speciellsituationer kan man tillfälligt avvika från de normala kraven och utföra uppdrag för den prehospitala akutsjukvården. Gränsbevakningsväsendet kan också utföra brådskande sjuktransporter vid behov och delta i sådan prehospital akutsjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen, enligt vad som särskilt avtalas. Med en helikopter som är i jourberedskap inom sjöräddningstjänsten ska personal kunna delta i akutvårdstjänsten på basnivå i anslutning till efterspanings- och räddningsuppdrag.

Gränsbevakningsväsendet ingår avtal med de regionala eller lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheterna vid de baser där sjöräddningshelikoptrarna är placerade om upprätthållande av yrkeskunskap och påvisande av yrkeskompetens hos transportpersonalen beträffande sjuk-

transporten på basnivå samt om den styrning och rådgivning som transportpersonalen behöver under transporten.

I Finland har man tillsammans, sjukvårdsorganisation och räddningsorganisation (Gränsbevakningsväsendet), kommit överens om att:

- SAR deltar i Emergency Medical Services enligt överenskommelse (större delen av skärgårdsområdet, glesbygdssområden samt alla andra områden vid behov).
- Hälso- och sjukvårdsdistrikten deltar vid Maritime SAR genom att bistå med legitimerad personal vid behov.

Radiokommunikation – Samverkan i Rakelsystemet

En grundförutsättning för aktörsgemensam samverkan och ledning är fungerande kommunikation och samband. Rakelsystemet förväntas idag kunna användas också i oländig miljö, vilket kan ställa särskilda krav – inte minst vid en insats som kräver samverkan mellan flera aktörer och kanske också mellan flera län eller länder. Vid upprättande av komplexa sambandsstrukturer vid större insatser är det viktigt att denna struktur inte krockar organisationer emellan. Det är då viktigt att det i ett tidigt skede är klargjort vilken sambandsstruktur som gäller.

Det finns talgrupper dedikerade för SAR-samverkan och fjällräddningsinsatser. MSB har i samverkan med Socialstyrelsen anvisat talgrupper för nationell, regional och lokal samverkan med hälso- och sjukvården, bl.a. för landets ambulanshelikoptrar. Socialstyrelsen har beskrivit formerna för samverkan i Rakelsystemet inom hälso- och sjukvården och beskriver detta i rapporten ”Rakelsystemet i hälso- och sjukvården – Stöd i den operativa kommunikationsplaneringen”.

Ett antal sjukhus har godkända helikopterflygplatser. För en säker samverkan vid landning och start av ambulanshelikopter (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service) och SAR-helikopter vid sjukhus som har helikopterflygplats rekommenderas att Rakel används.

Sjukvårdshuvudmannen (regionen) ansvarar för att den personal som tar emot en ankommande helikopter vid ett sjukhus kan kommunicera i Rakel.

Talgrupper för samverkan mellan regioner (akutsjukhusens flygplatser) och luftfarkoster som ska föranmäla landning har tilldelats verksamheterna som berör ambulanshelikopter, polisflyg, försvarsmakten och sjöräddningshelikoptrarna (SAR). När överenskommelse mellan samverkande parter har skett, kontaktas regionens prioriterings- och dirigerings-tjänst för upplägg av talgrupper i dirigerings-tjänstens gränssnitt.

Utöver de nationella talgrupperna för samverkan vid flyg- och sjöräddning samt eftersök och fjällräddning finns det nationella talgrupper tilldelade för luftfarkoster i hälso- och sjukvården. Det finns en extern enhets-talgrupp för varje ambulanshelikopter. Talgruppen används vid sammankoppling av talgrupper till RAPS-, SAR-, sjukvårdsinsatsgrupper, samt kan användas vid samverkan med sjukhusens bevakningsorganisation vid start och landning.

I samband med att färden mot sjukhus påbörjas, kan regionens prioriterings- och dirigerings-tjänst sammankoppla enhets-talgruppen och sammankoppla den med aktuell talgrupp för det mottagande sjukhusets bevakningsorganisation eller akutmottagning.

De nordiska länderna har sedan länge samarbetat för att stärka den gemensamma förmågan att hantera och förebygga olyckor, särskilda händelser och kriser. Ett samverkansprojekt, som för svensk del leds av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), mellan Sverige, Norge och Finland för att koppla samman ländernas nationella radiokommunikationssystem är under uppbyggnad. Ett samarbete finns även med Danmark.

Syftet är att möjliggöra effektiv kommunikation över landsgränserna för exempelvis ambulans, räddningstjänst, polis, tull och andra samhällsviktiga aktörer. I samband med sjö-, flyg- och fjällräddning i gränsområdena kan detta få avgörande betydelse för effektiv aktörsgemensam samverkan mellan berörda länders enheter.

När det gäller sammankoppling av talgrupper för samverkan med Norge är det Sjö- och flygräddningscentralen (JRCC) som sammankopplar talgrupperna för sjöräddning och flygräddning, medan polisens nationella ledningscentral hanterar talgrupperna för markräddning.

Tele Medical Assistance Service (TMAS)

Sjöfartsverket utför idag förmedling av läkarråd till fartyg enligt avtal som tecknats mellan Sjöfartsverket och hälso- och sjukvården (Sahlgrenska universitetssjukhuset). Funktionen hanteras från Sjö- och flygräddningscentralen (JRCC) enligt ILO-konvention 164 och den internationella sjöräddningskonventionen. Avtalet ger tillgång till medicinsk rådgivning av särskilt utsedda läkare dygnet runt. Enligt konventionen ska sjömän ha möjlighet att få vård även då de befinner sig ombord på fartygen.

I den nautiska befälsutbildningen ingår det viss hälso- och sjukvårdsutbildning så att befälet ska kunna beskriva symtom, injektionsteknik, viss reponering och distribuera läkemedel ur fartygets apotek på ordination av läkare. För detta har Sjöfartsverket tecknat avtal med hälso- och sjukvården om att tillgängliggöra denna medicinska service. Sjöfartsverket har därmed säkerställt att fartygen kan bli sammankopplade med läkare. Läkarens bedömning kan också ligga till grund för beslut om att evakuera en patient från fartyg eller inte.

Om fartyget befinner sig inom svensk räddningsregion leds insatsen av JRCC, i annat fall kontaktas den ansvariga nationens räddningscentral för genomförande av insatsen.

Analyser

Scenariobaserad processanalys

Resultat

Säkerställ att det finns aktörsgemensamma former för samverkan och ledning

Scenarierna som analyserades skiljde sig åt gällande grad och art av ovisshet. Det blev tydligt under workshopparna att hantering av ovisshet är ett problem som behöver uppmärksammas. Grundprincipen är att var och en leder sin egen organisation, men alla behöver veta vad de andra gör och hur händelsen utvecklar sig.

Förutsättningar för samverkan och ledning är att:

- Alla berörda aktörer kommer med tidigt i händelsen.
- Aktörerna delar information med varandra på ett effektivt sätt.
- Räddningsinsatsen samt sjukvårdsbehovet blir bedömt på bästa möjliga sätt.
- Det finns aktörsgemensamma former för inriktning och samverkan. Som exempel togs upp när JRCC kontaktat hälso- och sjukvården senare i förloppet, vilket kunde leda till att när räddningsenheterna väl går iväg är det för sent att vända om och hämta upp hälso- och sjukvårdspersonal. Det framkom att det fanns oklarheter kring vem som har förmåga och mandat att leda sjukvårdsinsatsen.

Säkerställ bedömning av sjukvårdsbehovet

Frågan om vem som bör göra medicinska bedömningar var oklart när analysen genomfördes. Problem identifierades kring att man tappar tid som inte kan tas igen i ett senare skede. I händelser som analyserats kopplades sjukvården in först då räddningstjänstaktören identifierat ett sjukvårdsbehov, men att det då ansågs vara alltför sent. Räddningsledningen har fullt upp med räddningsinsatsen och tänkte inte på sjukvården, som sällan är med på medhörning.

Gränsdragningen/ansvarsfördelningen mellan 112-operatör och prioriterings- och dirigerings-tjänsten framstår som otydlig för andra aktörer. Om inte 112-operatören fångar ett förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov finns risken att sjukvården (regionen) inte involveras. En frågeställning som togs upp var om regionen i tillräcklig utsträckning ger larmoperatören direktiv hur dessa ärenden ska handläggas på larmcentralen. Kunskapen om larmfasen och larmvägar behöver enligt deltagarna stärkas. Om ovissheten är stor både vad gäller position och sjukvårdsbehov är det idag (vid analysens genomförande 2016-2017) oklart hur man bör agera och det skiljer sig åt i landet. I några få regioner finns särskilda rutiner för olyckor till sjöss.

Säkerställ ett adekvat prehospitalt omhändertagande

Resultatet av analysen visade på att ett adekvat prehospitalt omhändertagande behöver baseras på tillgänglig information om sjukvårdsbehovet. Viktiga frågor för omhändertagandet ansågs handla om vem som får bedriva hälso- och sjukvård, om medicinsk personal ska följa med ut till händelseområdet och i vilken utsträckning regionen ska ansvara för dessa sjukvårdsinsatser och samverkansöverenskommelser med andra aktörer. Olika regioner har skilda förutsättningar vilket behöver vara känt hos den statliga (nationella) räddningstjänstaktören, t.ex. vilka regioner som har hälso- och sjukvårdspersonal med kompetens att medfölja räddningsresurs (exempelvis sjukvårdsinsats till sjöss, SITS i Skåne).

I resultatet av analysen framkom behov av:

- Nationell ambitionsnivå för samordning avseende utbildning och utrustning för personal.
- Förvaltning av operativ kunskap och erfarenhet.
- Prehospital utbildning och övning för hälso- och sjukvårdspersonal med fokus på miljöträning och säkerhet då det rör sig om sällanhändelser.
- Förslag på att skapa rutiner och riktlinjer med efterföljande utbildning – allt för att öka förståelsen samt underlätta arbetet med och mellan aktörer.

Sjukvårdskompetens på plats

Uppfattningen under workshopparna om var gränsen går mellan första hjälpen-åtgärder, basal och mer kvalificerad hälso- och sjukvård skiljer sig åt mellan aktörerna och även inom hälso- och sjukvården. Det finns också uppfattningar och förslag om att vissa bedömningar av sjukvårdsbehov och till och med kvalificerade hälso- och sjukvårdsåtgärder kan/bör utföras av personal utanför hälso- och sjukvårdens ram. Denna fråga ansågs viktig att utreda vidare.

Säkerställ kommunikation genom en gemensam nomenklatur

Det råder oklara förutsättningar kring kommunikation och samband. Allt från rutiner, metoder och tekniska system till termer och begrepp.

Analys av system- och beslutsstruktur och verksamhetsanalys

Resultaten från analys av system- och beslutsstruktur och verksamhetsanalys redovisas här gemensamt:

Resultat

Ett antal konkreta resultat rapporterades enligt nedan.

- Ett stort antal roller, från olika aktörer, involveras vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö.
- Det finns en skillnad mellan olika aktörer vad gäller ledningsstruktur, t.ex. så finns en nationell operativ ledningsnivå inom sjöräddning och flygräddning medan detta endast finns på regional och lokal nivå inom hälso- och sjukvården, då den nationella nivån endast är samordnande och stödjande. Inom fjällräddningen finns en regional operativ nivå.
- De grundläggande behoven – informationsdelning, lägesbild, kommunikation och samband – är i larmfasen i stort de samma hos de olika aktörerna, för att de ska kunna agera inom eget ansvarsområde.

- Det saknas en tydlig struktur och system för aktörsgemensam samverkan i den inledande fasen.
- Instruktioner till 112-tjänsten behöver ses över och samordnas mellan olika ansvarsområden.
- Det saknas en funktion för sjukvårdsledning omedelbart och fortsatt under hela insatsen, motsvarande räddningsledare vid statlig eller kommunal räddningstjänst, även då ingen sjukvårdsenhet anlånt till platsen eller tilldelats uppdraget.
- Det är idag svårt för sjukvården att initiera en insats med egna resurser om händelsen har en okänd skadeplats eller om det är okänt huruvida det finns ett vårdbehov eller inte samt vilka och hur mycket resurser som behövs och med vilken prioritet.
- Det finns ett behov av en utökad regional och nationell samordning av en insats särskilt då vårdbehov och/eller skadeplats är okänt.
- Konceptet ”Gemensamma grunder” har inte implementerats till fullo hos alla aktörer, vilket försvårar det aktörsgemensamma planeringsarbetet och operativa insatser.

Ansvar och mandat

Resultat

I oländig miljö ansvarar Polismyndigheten och Sjöfartsverket för statlig räddningstjänst (sjö-, flyg- eller fjällräddning) till skillnad mot i icke oländig miljö där kommunal räddningstjänst ansvarar för räddningsinsatser. Ansvar för hälso- och sjukvård är i grunden detsamma – oavsett om behovet inträffar i oländig miljö eller inte – eftersom det inte finns några författningssäsa särregler. Utöver ansvaret för att i oländig miljö genomföra en räddningstjänstinsats eller sjukvårdsinsats ansvarar respektive myndighet och organisation för samverkan och ledning av insatsen till dess att inget behov av hälso- och sjukvård eller räddningstjänst kvarstår.

Myndigheter får uppdrag av sina uppdragsgivare – regering och riksdag – genom författningar, regleringsbrev, etc. Myndigheter kan inte ge varandra nya ansvarsområden eller mandat genom avtal eller överenskommelser. Däremot finns det inget som hindrar att myndigheter genom en överenskommelse enas om hur de ska samverka inom ramen för sina respektive myndighetsuppdrag. Två eller flera myndigheter med parallella eller delvis överlappande uppdrag kan på så sätt hitta former och rutiner för hur samverkan kan fungera så smidigt som möjligt.

Parallella insatser

- Statens ansvar för räddningstjänst är, för räddningstjänstansvariga myndigheter, författningsreglerat, bl.a. i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO), förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor och i respektive myndighets instruktion.
- Regionens ansvar för hälso- och sjukvård, inklusive sjuktransporter, framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL). Ansvaret sträcker sig ut till territorialgränsen.
- När den som räddas har behov av såväl räddningstjänst som hälso- och sjukvård bedrivs parallella insatser – en räddningstjänstinsats och en sjukvårdsinsats med ansvarsfördelning enligt ovan. Det kan även bedrivs parallella räddningstjänstinsatser, exempelvis en samtidig kommunal respektive statlig insats.

Sjukvård i samband med sjöräddningsinsatser utanför Sveriges sjöterritorium

Staten genom Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddningstjänst inom svensk räddningsregion som utöver landområde omfattar svenskt territorialhav och, enligt de överenskommelser som har träffats med angränsande länder, de delar av internationellt vatten som ingår i den svenska räddningsregionen. Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård sträcker sig ut till territorialgränsen. För att möjliggöra för regioner att genomföra sjukvårdsinsatser även utanför svenskt territorialvatten gjordes 2015 en ändring i hälso- och sjukvårdslagen. I 10 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, stadgas, gällande sjukvård i samband med sjöräddningsinsatser, att regionen får bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna av en olycka i samband med sjöräddningsinsatser i de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där sjöräddningstjänsten ankommer på svenska myndigheter.

Genom ovan redovisade lagändring i HSL har regionerna ett legalt stöd för att bedriva hälso- och sjukvård även utanför territorialgränsen. Bestämmelsen medför inte en utökad skyldighet för regionerna att genomföra sjukvårdsinsatser utan enbart att sådana kan genomföras utan att det medför en överträdelse av lokaliseringsprincipen.

”Initial medical or other needs”

”Initial medical or other needs” är ett uttryck som finns med i SAR-konventionen¹⁶ och gäller de områden utanför Sveriges sjöterritorium där Sverige har ett sjöräddningsansvar som beskrivits ovan. Svenska staten har åtagit sig att följa SAR-konventionen och statens skyldigheter utövas av Sjöfartsverket. SAR-konventionen saknar definition av *”initial medical or other needs”*.

Begreppet *”initial medical or other needs”* bör tolkas mot bakgrund av *”place of safety”* som är den punkt (säkra plats) där räddningsinsatsen avslutas.¹⁷ Vid en parallell räddnings- och sjukvårdsinsats är denna säkra plats den punkt dit räddningstjänstansvarig myndighet och regionen har kommit överens om att den skadade ska föras för att få sitt vårdbehov tillgodosett. Begreppet *”initial medical or other needs”* bör således ges motsvarande tolkning som första hjälpen enligt LSO.

Aktörsgemensamma insatser

Regionen ansvarar för hälso- och sjukvård (8 kap. 1 § HSL). Regionen ansvarar även för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet (7 kap. 6 § HSL). Det framgår av flera förarbeten, bl.a. prop. 2004/05:17 s.11, att regionen har det samlade huvudmannaansvaret för sjuktransporter även om dessa sker i oländig terräng eller i samband med räddningsinsatser, dock med undantag för sjuktransport från fartyg enligt kriterierna för sjöräddningstjänst.

¹⁶ International Convention on Maritime Search and Rescue. Annex, paragraph 1.3.2: Rescue: An operation to retrieve persons in distress, provide for their initial medical or other needs, and deliver them to a place of safety.

¹⁷ IMO Guidelines, IMO Doc MSC 78/26/Add.2 annex 34, annex para 6.12. “A place of safety (as referred to in the Annex to the 1979 SAR Convention, paragraph 1.3.2) is a location where rescue operations are considered to terminate. It is also a place where the survivors’ safety of life is no longer threatened and where their basic human needs (such as food, shelter and medical needs) can be met. Further, it is a place from which transportation arrangements can be made for the survivors’ next or final destination.”

Staten genom Polismyndigheten ansvarar för fjällräddning.¹⁸ Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddning.¹⁹ Det följer av 4 kap. 1 § LSO att räddningstjänst i fjällområden innefattar att efterforska och rädda den som har försvunnit under sådana omständigheter att det kan befaras att det föreligger fara för dennes liv eller allvarlig risk för dennes hälsa. Vidare ingår: att rädda den som råkat ut för en olycka eller drabbats av en sjukdom och som snabbt behöver komma under vård eller få annan hjälp.

Regeringen har i förarbetena till LSO (prop. 2002/03:119 s. 83 ff) uttalat sig om regionens ansvar i samband med bl.a. fjällräddning:

”Regeringen anser, i likhet med utredningen, att det är naturligt och mest ändamålsenligt att ansvaret för sjuktransportverksamheten är knutet till regionerna såsom huvudmän för hälso- och sjukvården. Detta oavsett var en olycksplats är belägen. Anknytningen till sjukvården är viktig för sjuktransportverksamhetens medicinska standard och målsättningen måste vara att en sjukvårdsinsats skall påbörjas redan när den skadade hämtas på en olycksplats. Som huvudregel får räddningstjänstpersonalen inte utöva hälso- och sjukvård. Regionerna skall således ha det samlade ansvaret för sjuktransportverksamheten. I sammanhanget bör nämnas att de räddningstjänståtgärder som enligt LSO nu omfattas av polisens ansvar för fjällräddningstjänst och efterforskning av försvunna personer i och för sig kan innefatta transporter av skadade och sjuka. Vidare anses, i den hjälpande verksamhet som enligt 2 § 4 polislagen (1984:387) åligger polisen, även ingå att i vissa fall ombesörja transporter av skadade och sjuka. Bestämmelserna i LSO eller polislagen begränsar emellertid inte landstingets principiella ansvar för sjuktransporter enligt HSL. Omhändertagandet av en skadad i samband med en räddningsinsats och ansvaret för att föra denne bort från en riskfylld skadeplats kan falla inom räddningstjänstbegreppet och därmed inom kommunernas ansvar för räddningstjänst. Med beaktande av vad som ovan redogjorts beträffande innehållet i HSL, är det regeringens uppfattning att regionernas ansvar för sjuktransporter redan klart framgår av nu gällande bestämmelser i denna lag. Någon ändring på denna punkt behövs således inte. Det bör understrykas att regionernas ansvar inte innebär att samtliga regioner måste skaffa alla de personella och materiella resurser som krävs för att driva verksamheten i egen regi. Det får i stället närmast betraktas som en förutsättning att regionerna har möjlighet att utnyttja resurser som finns hos andra organ. Sådant utnyttjande kan komma till stånd efter det att nödvändiga överenskommelser träffats mellan inblandade parter.”

Som framgår är fjällräddningen ansvarig för transport i fjällområden av t.ex. sjuka personer som akut behöver komma under vård. Detta befriar dock inte regionen från det principiella ansvaret för sjuktransporter och kräver därför en nära samverkan mellan fjällräddningen och regionen. Det kan här vara värt att uppmärksamma att regionen enligt 7 kap. 2 § HSL bl.a. ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Som framgår av 2 kap. 1 § HSL omfattas sjuktransporter av hälso- och sjukvårdsbegreppet.

¹⁸ 4 kap. 1 § Förordning (2003:789) om skydd mot olyckor

¹⁹ 4 kap. 2, 3 §§ Förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor

Möjlighet för räddningspersonal att utföra vårdåtgärder

Behovet för räddningspersonal att utföra vissa vårdinsatser har uppmärksammats i prop. 2004/05:17. Regeringen konstaterade i nämnda proposition att även om regionen har huvudmannskapet för vård kan kommunal räddningstjänstpersonal ge viss vård i väntan på ambulans (IVPA). IVPA-verksamheten, som avser att säkerställa patientens säkerhet, kan omfatta flera olika typer av insatser, t.ex. rena trygghetsskapande åtgärder, första hjälpen- insatser samt vissa andra åtgärder, bl.a. behandling med syrgas och defibrillering.

Regeringen konstaterade att det var svårt att exakt definiera och kategorisera de olika uppgifter som ingår, men gjorde bedömningen att IVPA-verksamheten i vart fall i vissa delar utgör hälso- och sjukvård.²⁰ Flera landsting hade ingått IVPA-avtal med kommuner för att säkerställa att hälso- och sjukvård kunde ges i väntan på ambulans.

Regeringen konstaterade dock att kommuner vid tidpunkten för propositionen saknade befogenhet att utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder. För att möjliggöra tecknandet av IVPA-avtal infördes därför en särskild bestämmelse i lagen (2009:47) om kommunala befogenheter som gav kommuner befogenhet att ingå avtal med regioner om att utföra sjuktransporter samt IVPA.²¹ Som nämnts arbetar fjällräddarna på uppdrag av Polismyndigheten och SAR personalen på uppdrag av Sjöfartsverket. Det saknas dock lagstöd för Polismyndigheten och Sjöfartsverket att träffa avtal med regionerna som är jämförliga med IVPA-avtal. Det är därför en skillnad mellan förutsättningarna för omhändertagande av skadade och sjuka vid kommunal eller statlig räddningstjänst. Motsvarande möjlighet att träffa avtal inom statlig räddningstjänst skulle kräva en lagändring.

Regioner och statliga räddningstjänstansvariga myndigheter kan dock samverka för att skapa bästa möjliga förutsättningar för respektive part att säkerställa det författningsreglerade ansvaret. Här bör understrykas att räddningstjänstpersonalen idag agerar utanför sina befogenheter när de utför viss nödvändig hälso- och sjukvård.²² Idag hänvisas det ibland till nödrätten enligt vad som framkommit i projektarbetet. Den enskilda räddningspersonalen begår då en brottslig handling och måste i efterhand försvara handlingen genom att hänvisa till nödrätten. Ansvarsfrihet kan dock inte tas för given utan det är upp till domstol att avgöra om det i ett sådant fall verkligen förelåg nöd, d.v.s. huruvida räddningspersonalen ”för att avvärja fara för liv eller hälsa, rädda värdefull egendom eller av annan sådan orsak handlat i nöd”, se brottsbalken (BrB) 24 kap. 4 §, och därigenom beviljas ansvarsfrihet. Nödrätten är alltså inte en utväg som regelmässigt ska användas i verksamheten, utan en ventil som kan användas i undantagsfall av enskild person. Det föreligger alltid en risk att den enskilde räddningspersonalen inte går fri från ansvar, utan straffas. Nödrätten kan inte åberopas av en verksamhet eller myndighet och ska därmed inte heller användas för att beskriva ansvarsgränser på myndighetsnivå.

Alternativa lösningar

Det finns inget juridiskt hinder enligt HSL för att hälso- och sjukvårdspersonal medföljer annat transportmedel som räddningsorganisationen förfogar över och som representerar sjukvårdsorganisationen (t.ex. medföljer fjällräddningsgrupp eller räddningsbåt – ingår i gruppen men representerar inte polisen eller Sjöfartsverket utan regionen). Den organiserade hjälpen utförs inte av någon annan än huvudmannen.

²⁰ Prop. 2004/05:17 s. 9

²¹ 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om kommunala befogenheter

²² Jämför prop. 2002/03:119 s. 83 ff.

Bedömning om vårdbehov

Sammanfattningsvis åvilar ansvaret för sjukvårdsinsatsen regionen och sjö-, flyg- och fjällräddningsinsatsen respektive räddningstjänstaktör. Bedömningen om den drabbades vårdbehov ligger till grund för beslut om sjukvårdsinsats och vilka resurser som behövs. Detta åligger hälso- och sjukvården och den prioriterings- och dirigerings-tjänst eller larmcentral som regionen uppdragit detta till. Bedömning om den drabbades behov av räddning enligt LSO och beslut om räddningsinsats åligger respektive räddningstjänstaktör. I räddningspersonalens uppdrag att ge första hjälpen kan det ingå att göra enklare bedömningar om vårdbehov för att kunna påbörja första hjälpen och livsuppehållande åtgärder. Informationsutbyte och delad lägesbild är avgörande för landstingets/regionens möjlighet att ha det övergripande ansvaret i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Händelseanalyser

De analyser som beskrivs här har inte följt metodiken i sin helhet och beskrivs inte i detalj, men har utgått från redovisade frågeställningar. Händelserna finns även beskrivna i grafer (Bilaga 3).

Båthaveri Harstena

2013 ledde Socialstyrelsen en händelseanalys av en båtolycka som inträffade i december 2011 i Östergötlands skärgård.

Händelseförlopp

Larm inkommer till SOS Alarm. I samtalet framgår att en båt har gått på grund, att båten tar in vatten och att det finns tre personer ombord. I informationen framkommer att personerna på båten har flytoveraller och att båten tar in mycket vatten. Larmet bedöms inte som vårdärende utan som vidarekopplingsärende på SOS Alarm (112-tjänsten) och vidarekopplas till JRCC som beslutar om sjöräddningsinsats. Efter en stunds sökning upptäcker en helikopterbesättning personer i vattnet. Person 1 är okontaktbar och ligger med ansiktet under vattenytan utan flytoverall medan person 2 är kontaktbar. JRCC ställer frågan till SOS Alarm (112-tjänsten) om vilket sjukhus som det är lämpligast att föra de skadade till. SOS Alarm (112-tjänsten) kontaktar regionens prioriterings- och dirigerings-tjänst för att informera om räddningsuppdraget samt diskuterar lämpliga sjukhus och landningsplatser. Vid tillfället avgör inte det medicinska tillståndet för de drabbade vilket sjukhus som är lämpligast att föra personerna till. Diskussion förs var helikoptern har möjlighet att landa och tanka nära ett sjukhus och för att snabbt kunna vara tillbaka på olycksplatsen. Efter ytterligare en stund hittas person 3 med hjälp av helikopterns strålkastare, cirka 2 meter ner i vattnet. Problem uppstod kring både transporter och vilka sjukhus de drabbade skulle föras till.

Bakomliggande orsaker

Händelsen klassades inte som ett vårdärende initialt och hanterades därför enbart som ett räddningstjänstärende fram till att den första personen hittades nedkyld och medvetslös. Ingen värdering skedde utifrån situationen båtolycka i december, hårt väder och minusgrader, därför togs ingen kontakt med hälso- och sjukvården initialt vilket ledde till att varken den prehospitaleda akutsjukvården eller sjukhusen fick möjlighet att förbereda sig på vad som var viktigt i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Samordningen mellan JRCC och den prehospitaleda akutsjukvården var bristfällig och det konstaterades behov av nationell samordning och en ”point of contact” för sjukvårdens sida för att snabbt kunna besluta om genomförandet av insatsen, t.ex. vård och behandling, samt vart patienten skall föras.

Lavinolycka

En av de händelser som analyserats är en lavinolycka som inträffade 2018.

Händelseförlopp

En skidåkare som ingick i en grupp begravdes i en lavin och var livlös när hen hittades. Personer på plats startade HLR och tog även beslut om att avsluta HLR efter en stund. Initialt larmades både räddningsresurser och ambulanshelikopter men eftersom ambulanshelikoptern inte kunde ta sig till platsen avslutades vårdärendet och därmed upprättades ingen sjukvårdsledning. Norsk räddningshelikopter med läkare ombord tillkallades på uppdrag av räddningsledaren, men lämnade platsen då räddningsinsatsen avslutades – d.v.s. när det inte fanns någon försvunnen person längre och inget liv att rädda. Det uppstod oklarheter kring konstaterande av dödsfall och vart den avlidna skulle transporteras.

Citat från analysdeltagarna:

- ”Ingen förstår att det pågår en sjukvårdsinsats.”
- ”Sjukvårdsinsatsen likställs med Fjällräddningsinsats”
- ”Oklart vem som leder vad.”
- ”Var det rätt beslut att avsluta HLR?”

Bakomliggande orsaker

Den norska helikoptern hade inte fått något sjukvårdsuppdrag och det fanns ingen sjukvårdsledning upprättad som den norska läkaren skulle ha kunnat kommunicera med. Det kan vara lätt att förutsätta att den norska läkaren skulle ta medicinskt ansvar och vara involverad i både beslut om att avsluta HLR och konstatera dödsfall. I avtalet om gränssamverkan gällande ambulanshelikopter framgår att det biträdande landets resurser är underställda organisation och ledning på skadeplats i det land där sjukvårdsinsatsen äger rum. Eftersom ingen ambulansresurs tilldelades uppdraget etablerades ingen sjukvårdsledning.

Försvunnen person i fjällmiljö

En annan händelse rör en försvunnen person i Kebnekaise vintern 2018 under mycket svåra väderförhållanden.

Händelseförlopp

Ett larm inkom till SOS Alarm (112-tjänsten) om att ”en person avlidit uppe på fjället”. Ärendet överlämnades till polisens ledningscentral och det togs beslut om fjällräddning. Svåra väderförhållanden rådde och det var svårt att få fram information om bl.a. lokalisering och vad som hänt. Fjällräddningsinsatsen tog lång tid och personen påträffades först dagen efter.

Ambulanshelikoptern, som larmades någon timme efter 112-larmet, nådde då fram till platsen en stund senare. Eftersom personen inte var funnen lämnade ambulanshelikoptern platsen och sjukvårdsinsatsen avslutades. När personen väl påträffades uppstod oklarheter kring hur konstaterande av dödsfallet skulle gå till.

Bakomliggande orsaker

Ingen sjukvårdsinsats inleddes initialt eftersom ärendet inte klassades som vårdbehov från början. När det kommer in uppgifter om ”avliden” till SOS Alarm (112-tjänsten) så räknas det som ej bekräftat dödsfall, vilket är hälso- och sjukvårdens ansvar att hantera. När ambulanshelikoptern kom till platsen upprättades prehospital sjukvårdsledning, men helikopter och besättning lämnade platsen och därmed saknade händelsen återigen sjukvårdsledning eftersom rutinen innebär att sjukvårdsledning utförs av den ambulansbesättning som är på plats. Vid ärenden som detta, när det är oklart både vad som hänt och var platsen är belägen, kan det vara svårt att prioritera och dirigera prehospitala resurser eller följa händelseutvecklingen över tid, när det t.o.m. handlar om flera dagar.

Sammanfattande slutsatser

En slutsats gällande ovanstående tre händelser är att de initialt inte bedömts som vårdärende eller att ambulanshelikopter inte kunnat ta sig till platsen. Därför har inte någon sjukvårdsinsats påbörjats inledningsvis. När ingen sjukvårdsresurs tilldelas uppdraget så etableras ingen sjukvårdsledning, eftersom rutinen innebär att sjukvårdsledning utförs av den ambulansbesättning som är på plats. När hälso- och sjukvården i ett senare skede får kännedom om händelsen är det för sent att börja planera för t.ex. att hälso- och sjukvårdspersonal att medfölja räddningsresurs eller hur konstaterande av dödsfall ska gå till. Det visar på behovet, utifrån dessa händelser, av att en funktion som kan leda sjukvårdsinsatsen och ansvara för den medicinska ambitionsnivån samt bedöma vilka åtgärder som behövs eller vilka behov som uppstår utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv genom hela förloppet, hade kunnat göra skillnad. Alla tre händelserna visar att komplexiteten vid händelser i oländig miljö är stora och ställer höga krav på samordning och delad lägesbild, eftersom behoven kan förändras över tid. Det ställer krav även på räddningsaktörerna att delge information och ha kunskap om ansvar och mandat.

Fartygskatastrof (MRO-händelse)

Projektet har studerat rapporter från två inträffade MRO-händelser. Nedanstående är en kort summering och analys av dessa i ett sjukvårdsinsatsperspektiv och vad som uppfattas som relevanta slutsatser för detta projekt. Följande rapporter har studerats:

- M/S Estonia: ”Den för Estland, Finland och Sverige gemensamma haverikommissionens rapport 1998” och ”Socialstyrelsens Kamedo-rapport 1997:15”.
- M/S Viking Sky: ”Operativ medicinsk erfaringsrapport” (T. Nordseth).

Bilfärjan och passagerarfartyget M/S Estonia förliste den 28 september 1994, under färd från Tallinn till Stockholm. Det är den största fartygskatastrofen, i nordiska farvatten under fredstid och en av de dödligaste över huvud taget i modern tid. Olyckan inträffade på öppet hav i finskt sjöräddningsområde och fartyget sjönk inom 30 minuter. Av ca 1 000 ombordvarande överlevde endast 137 personer.

Kryssningsfartyget M/S Viking Sky råkade i sjönöd utanför Norges kust den 23 mars 2019. Räddningsinsatsen slutade väl, men kunde fått en betydligt allvarligare utgång och utvecklats till en omfattande fartygskatastrof. Ombord fanns 1 376 personer. Fartyget fick motorproblem, saknade drivkraft och drev in mot land under mycket svåra väderförhållanden. Närmare 500 personer evakuerades med hjälp av helikopter.

Slutsats

Fartygskatastrofer (MRO-händelser) engagerar i stort sett hela samhället. Utmaningarna är stora och händelsen riskerar att snabbt utvecklas till en nationell och internationell händelse, vilket kräver väl utvecklad förmåga till samverkan och ledning på alla nivåer. I begreppet katastrof ingår att ingen enskild aktör klarar av insatsen med egna resurser. Exempelvis kan evakuering med helikopter av ett stort antal personer från ett passagerarfartyg ta många dygn. Projektet har inte kunnat finna att någon utvecklad planering finns för aktörsgemensam samverkan och ledning vid MRO-händelser på svenskt vatten och i Sveriges närområde, och att det därför är nödvändigt med utökad aktörsgemensam planering, samverkan och övning för MRO-händelser.

MRO-händelser av sådan omfattning som M/S Estonia och M/S Viking Sky är långdragna, riskfyllda och komplicerade och det är viktigt med aktörsgemensam planering för bemanning och resurstillgång i ett uthållighetsperspektiv. Exempelvis arbetade räddningshelikoptrarna i över 12 timmar vid båda insatserna.

När MRO-händelsen var ett faktum kan man konstatera att det i båda fallen tog lång tid att frigöra resurser, få dessa till händelseområdet och etablera former för aktörsgemensam samverkan och ledning. Det är rimligt att anta att dessa utmaningar kan gälla generellt vid katastrofer i oländig miljö även på land. Dessutom är tillgängliga räddningstjänst- och sjukvårdsresurser få och inte alltid omedelbart gripbara. Det uppstår därför alltid resursbrist, åtminstone inledningsvis. De långa tidsförloppen kräver därför förberedelser och snabba beslut i inledningskedet för att, så långt som möjligt, korta tiden till undsättning av de drabbade.

Exempelvis tog det närmare en timme för första fartyg att nå olycksplatsen för M/S Estonias förlisning. Det var då natt, kallt, blåsigt och kraftig sjögång. Många personer, flottar, livbåtar och flytvästar kunde ses i vattnet och människor hördes skrika. Först efter ca 2 timmar hade 5 fartyg och första räddningshelikopter anlänt till händelseområdet.

Eftersom tidsaspekten är avgörande för möjligheten till överlevnad bör det primära omhändertagandet av drabbade kunna ske ute till sjöss, på närliggande fartyg, i helikopter, på uppsamlingsplats och på angränsande landområde, varför det är viktigt att också regionernas sjukvårdsresurser är förberedda på att delta i insatsen långt ute i händelseområdet och under svåra förhållanden. En utmaning i sammanhanget är svårigheten att avgöra om svårt nedkyllda personer är vid liv eller inte, vilket ytterligare talar för behovet av medföljande hälso- och sjukvårdsresurser som kan göra kvalificerade medicinska bedömningar i direkt anslutning till räddningsinsatsen.

Det är också viktigt att det går snabbt att iordningställa uppsamlingsplats på angränsande fartyg och landområden med tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal som kan göra medicinska bedömningar och vidta nödvändiga medicinska åtgärder, inklusive psykosocialt omhändertagande, mat, varma kläder, kommunikation med omvärlden och läkemedel, i väntan på vidare sjuktransport till sjukhus. I samband med Estoniainsatsen tog det närmare 5 timmar innan första sjukvårdsgrupp anlände till uppsamlingsplats på fartyg.

Vid båda insatserna kunde sjukvårdspersonal som tränats för att medfölja SAR-helikopter vid räddningsuppdrag medfölja i räddningshelikopter. På så sätt kunde sjukvårdspersonalen tidigt göra viktiga medicinska insatser och därigenom frigöra helikopterbesättningen som kunde koncentrera sig på räddningsarbetet.

För att uppnå en samlad aktörsgemensam nationell insatsförmåga vid MRO-händelser krävs regelbunden övning, träning och planering. Med fördel upprättas aktörsgemensamma insats- eller larmplaner för detta. Exempelvis bör regionernas katastrofmedicinska beredskapsplaner inkludera MRO-händelser och samverka med statlig räddningstjänst och vice versa.

Mid Term Conference/SWOT-analys

Den 20 september 2018 sammankallade projektet ett 50-tal aktörer från alla projektets referensgrupper för att genomföra en SWOT-analys kring de fokusområden som framkommit vid tidigare arbete inom projektet. Fyra hypoteser analyserades i grupper:

- Möjligheten för utbildad hälso- och sjukvårdspersonal att kunna medfölja annat transportmedel.
- Möjligheten för räddningstjänstpersonal med hälso- och sjukvårdsutbildning (legitimation) att kunna verka som hälso- och sjukvårdspersonal.
- Möjligheten för räddningstjänstpersonal att i en insats kunna bedriva viss sjukvård.
- En nationell operativ beslutsnivå inom hälso- och sjukvården för samverka vid insatser i oländig miljö.

Resultat

Sammanfattningsvis ansågs det att nyttan med att hälso- och sjukvårdspersonal medföljer räddningstjänstens transportresurser är stor, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet. Samtidigt behöver rutiner skapas för att säkerställa att sjukvården övas, larmas och ges möjlighet att medfölja. Det kan också finnas fördelar med att personal inom statlig räddningstjänst, med hälso- och sjukvårdsutbildning (legitimation) ges möjlighet att verka som hälso- och sjukvårdspersonal, men detta kräver avtal med sjukvårdshuvudman, vilket inte är möjligt idag utan en lagändring.

Detsamma gäller om räddningstjänstpersonal utan legitimation ska kunna utföra vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder på uppdrag av regionen, på samma sätt som inom kommunal räddningstjänst (IVPA).

Frågan om en nationell ledningsförmåga inom hälso- och sjukvården diskuterades. Fördelarna med detta kan vara flera, t.ex. möjligheterna att ge medicinskt expertstöd och nationell samordning. Regionernas självständiga status begränsar dock möjligheterna till nationell sjukvårdsledning. En möjlighet till nationell samordning är att regionerna planerar och samverkar över regiongränserna i större utsträckning än idag.

Regionernas tjänsteman i beredskap

En önskad händelse, som dessutom är att betrakta som sällanhändelse, kräver liksom andra händelser, snabb och effektiv larmning. I det fall normala rutiner inte räcker till behöver funktioner med rätt mandat involveras för att ta nödvändiga beslut. En sådan funktion kan vara regionens tjänsteman i beredskap (TiB). Alla statliga myndigheter och regioner måste ha en TiB med den främsta uppgiften att ta emot information om och eventuellt larma vid särskild händelse. Under projektets gång identifierades en rad olikheter i regionens rutiner för larmning i samband med sjukvårdsinsatser i oländig miljö.

Resultat

Resultatet av en enkät bekräftar bilden av att regionerna har vitt skilda rutiner, eller inga rutiner alls, för larmning av TiB vid sjö- och flygolycka. Endast 9 av 21 regioner uppger sig ha sådana rutiner.

Några få regioner styr larmkedjan via anesthesi- eller helikopterläkare, alternativt lednings-sjuksköterska på akutmottagning eller ambulanschef i beredskap, men de flesta uppger att SOS Alarm gör behovsbedömningen. Kriterierna för antal skadade när TiB ska kontaktas varierar mellan 1-5 drabbade med undantag av 1 region där larmning av TiB vid flygolycka sker om det är fler än 30 passagerare. Gällande fjällräddning finns motsvarande variation, men under projektets gång har funktionen fjällräddningskoordinator inrättats på SOS Alarm, liksom översyn av befintliga rutiner för regionernas beslut om sjukvårdsinsats i samband med fjällräddning.

Fjällräddning

Resultat

Polismyndigheten har ansvaret för fjällräddning enligt LSO, men saknar egna resurser för att sköta detta och anlitar därför frivilliga fjällräddare. Förutom långa avstånd och ofta vädermässigt svåra förhållanden karaktäriseras insatserna i fjällmiljö av sparsamt resurssatta organisationer. Detta gäller både tillgång till tränad hälso- och sjukvårdspersonal och transportmedel. Vad som ytterligare komplicerar insatser i fjällmiljön är att de olika aktörernas ledningssystem ser olika ut, vilket riskerar att försvåra kommunikationen mellan räddningsspersonnel, sjukvård och SOS Alarm avseende mandat, ansvar och befogenhet. Viljan att undsätta den drabbade är stor och räddningsspersonalen tar ett mycket stort ansvar, ibland större än vad man har kompetens eller mandat för.

Det händer att nödbegreppet används för att legitimera sjukvårdsåtgärder för vilka mandat saknas. När hälso- och sjukvårdspersonal inte medföljer fram till den nödställda, förekommer det att sjukvårdsåtgärder utförs av räddningstjänstpersonal. Personalen inom fjällräddningen arbetar utifrån riktlinjer som utfärdats av SLAOs (Svenska Skidanläggningars Organisation) medicinska råd, vilka ligger till grund för den sjukvårdsutbildning för fjällräddare som genomförs varje år. SLAO deltar i ICAR (International Commission for Alpine Rescue), som är en internationell kommission för alpin räddning där medicinkommissionen är en av fem delar.

Internationella erfarenheter delas mellan deltagarländerna och blir till riktlinjer för "Best practise". Utbildningen innehåller delar som motsvarar omhändertaganden som normalt utförs inom regionens ambulanssjukvård och kan ge en förespegling om att de vidtagna åtgärderna, i syfte att hjälpa den skadade och sjuka, är legala. Detta kan innebära att riktlinjerna från SLAOs medicinska råd, som för övrigt inte har något medicinskt ansvar, leder till att räddningstjänstpersonalen får ansvara för sina åtgärder utan någon medicinskt ansvar som stöd.

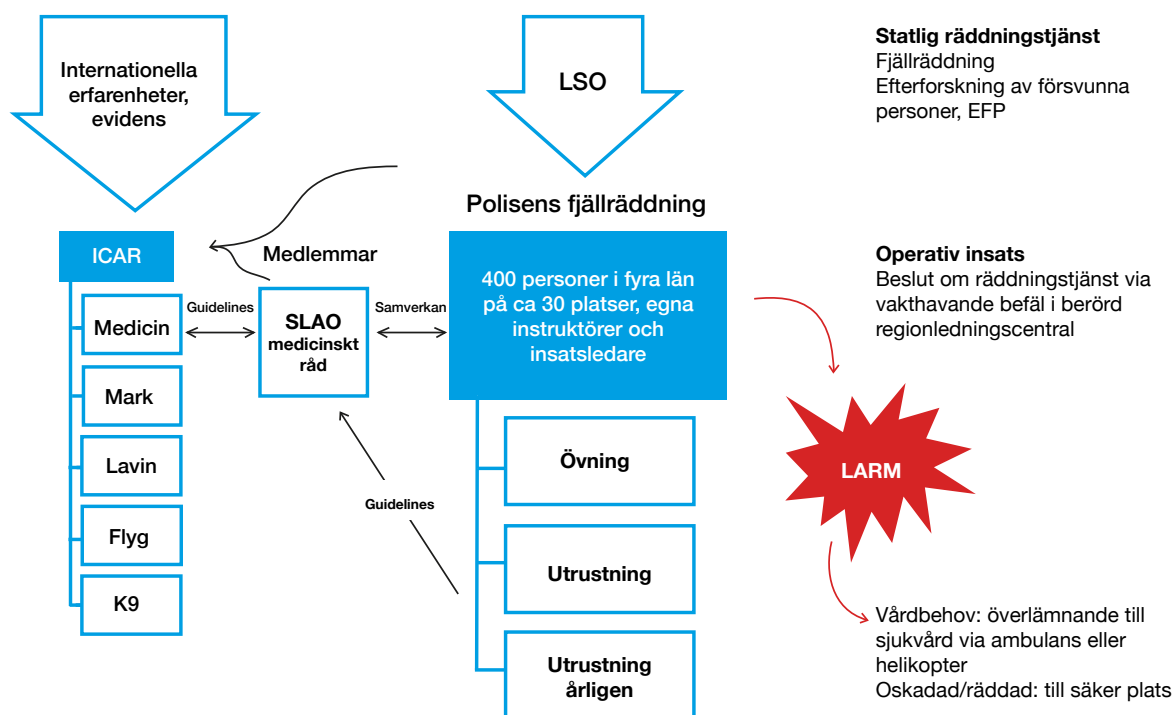


Illustration: Polismyndigheten 2018

Ibland släpper regionens prioriterings- och dirigerings-tjänst händelsen i och med att det står klart att det gäller LSO (Fjällräddning och Polismyndighetens räddningsansvar). Det finns också exempel där fjällräddningen med hjälp av helikopter, polis, SAR-resurs eller privat resurs transporterat den skadade eller sjuka direkt till vårdinrättning utan att sjukvården deltagit i bedömning av vårdbehov, transport och sjukvårdsåtgärder. Endast i några få fall har ambulanssjukvården deltagit genom hela uppdraget, t.ex. då SOS Alarm, Polismyndigheten och anmälare haft god kontakt under hela insatsen. Ambulanspersonalen har då kunnat följa med fjällräddningen ut till den drabbade och vara med under transporten från fjället till den väntande ambulansen, för vidare transport till sjukhus.

Merparten av fjällräddningsinsatserna – över 90 procent – hanterar skadade och sjuka, där frakturer av olika slag är i majoritet. Även om mycket av det som görs idag i samband med fjällräddningsinsatser är bra, så finns det en förbättringspotential gällande det prehospitala omhändertagandet, eftersom förmågan att bedriva hälso- och sjukvård i dessa fall sällan är säkerställd. Därför finns starka skäl att förordna en organisation som säkerställer att regionen deltar i bedömning av vårdbehov och vid beslut om hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Mer eller mindre kvalificerade sjukvårdsåtgärder utförs idag av räddningstjänstpersonal utanför hälso- och sjukvårdsorganisationen, men hälso- och sjukvårdsansvaret kan formellt inte läggas på fjällräddningsorganisationen. Regionens förmåga till sjukvårdsledning riskerar med dagens organisation att försvagas, då man befinner sig på långt avstånd från händelseområdet.

En viktig framgångsfaktor är ett fungerande samband och en effektiv kommunikation mellan aktörerna på samtliga nivåer för att klara ut mandat, ansvar och befogenhet, men också för att den samlade lägesbilden ska vara så komplett som möjligt. Då krävs det att informationen är tillgänglig och möjlig att dela mellan de olika aktörerna, redan från larm och genom hela den aktörsgemensamma insatsen.

Referensgruppen har identifierat behov av att säkerställa aktörsgemensamma rutiner för larmning och beslut om insats samt informationsdelning tidigt i larmkedjan, men också olikheter i aktörernas ledningssystem och hur de kopplar mot varandra i en gemensam räddningsinsats i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov.

Samverkan och ledning

Projektet har studerat formerna för samverkan och ledning inom det svenska krishanteringssystemet med perspektiv på aktörsgemensamma insatser i oländig miljö. Vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning är förmågan att kunna agera tillsammans på ett strukturerat och likartat sätt och effektivt utnyttja samhällets resurser särskilt viktig. Det innebär bland annat att aktörerna behöver besluta om vilka delar av insatsen som ska genomföras gemensamt, exempelvis om hälso- och sjukvårdspersonal behöver medfölja räddningstjänstens resurser för att nå fram till den drabbade eller för att tillsammans genomföra transport av skadade eller sjuka.

Vid hantering av ett ärende kan funktionerna för samverkan och ledning användas i syfte att generera effekter i form av aktörsgemensam inriktning och samordning. Vilken av funktionerna – samverkan och ledning – som tonvikten ligger på, skiljer sig åt från organisation till organisation beroende på hur mandat, planverk och organisation är utformad. Personal vid larmcentral kan exempelvis initialt utgöra ledning vid en särskild händelse och då ha en tonvikt på övergripande strategisk ledning med inslag av samverkan. En grundtanke är att så länge det handlar om ett aktörsgemensamt ärende, ligger tonvikten på samverkan även inom egen organisation. Det är viktigt att fokusera mindre på funktionerna och mer på effekterna. Att skapa effekten gemensam inriktning handlar om att, som organisation eller i det aktörsgemensamma sammanhanget, vara överens om i huvudsak vad som ska åstadkommas med de samlade insatserna. Samordning handlar om att aktörerna arbetar synkroniserat och inte motarbetar varandra, utan drar nytta av varandra. Varje del i systemet påverkar de andra delarna i ett komplex system av ömsesidiga beroenden.

De så kallade beslutsdomänerna systemledning, insatsledning och uppgiftsledning, kan användas som ett exempel för att beskriva olikheterna mellan aktörernas system för ledning. Mest framgångsrika är förmodligen de aktörer som är flexibla och kan förändra sitt sätt att leda, eftersom de då kan hantera en stor variation av uppdrag, oavsett typhändelse, miljöer eller samverkande aktörer.

- Systemledning utövas för att leda verksamheten på övergripande nivå, vilket innebär att beskriva hela organisationens roll, sätta ramar samt prioritera och fördela resurser medan beredskap upprätthålls för övrig riskbild. Systemledning utövas kontinuerligt i tiden.
- Insatsledning utövas för att genomföra en insats inom de ramar systemledningen satt upp. Vid flera samtidigt pågående händelser finns det en beslutsdomän för insatsledning per insats.
- Uppgiftsledning sker för att utföra uppgifter vid en insats enligt direktiv från nivån insatsledning och handlar om ett mycket avgränsat perspektiv och enskilda uppdrag eller åtgärder under ledning av insatsledningen.

Det finns olika sätt att beskriva lednings- och samverkansbehov vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö beroende på vilket perspektiv som ska belysas. En utgångspunkt kan vara jämförelser av hur de olika aktörernas ledningsfunktioner förhåller sig till varandra.

De grundläggande behoven i den initiala larmfasen är i stort de samma hos de olika aktörerna – d.v.s. att skapa lägesbild, göra lägesanalys, ta inriktningsbeslut och vidta åtgärder, vid behov i samverkan. Aktörsgemensam samverkan vid insatser i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning riskerar att kompliceras av att det idag saknas en tydlig aktörsgemensam ledningsstruktur.

Exempelvis är räddningsledare i samband med sjö- och flygräddning placerad vid JRCC – oavsett om händelsen är lokal, regional eller nationell. Räddningsledare vid JRCC befinner sig inte i händelseområdet och leder därför insatsen från annan plats och arbetar främst i ett insatsledningsperspektiv, men också i ett systemledningsperspektiv.

I samband med fjällräddning är räddningsledare placerad vid Polismyndighetens regionala ledningscentral (RLC) som, liksom räddningsledare vid sjö- och flygräddning, leder insatsen från annan plats och främst arbetar i ett systemledningsperspektiv, men också i insatsledningsperspektiv. Ledningsfunktionen inom sjukvården utgörs initialt av särskild sjukvårdsledning på lokal nivå (sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig), som är placerad i anslutning till händelseområdet och aktiveras först när en ambulans är på plats eller i vissa fall tilldelats uppdraget alternativt är på väg till olycksplatsen. Denna sjukvårdsledning arbetar med ett insatsledningsperspektiv. I de fall då sjukvården inte deltar i insatsen, eller befinner sig för långt från händelseområdet, etableras inte alltid någon sjukvårdsledning vilket hindrar aktörsgemensam samverkan och ledning. Samverkan i händelseområdet sker mellan sjukvårdsledare och polisens insatschef vid fjällräddning och med OSC (On Scene Coordinator) vid sjöräddning. Polisens insatschef har ett begränsat ledningsansvar underställd räddningsledare vid RLC. OSC har inget formellt ledningsansvar, endast ett koordineringsansvar underställd räddningsledare vid JRCC. Det är inte alltid en sådan utses, utan uppgifterna kan även ledas från JRCC.

Sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig har ett begränsat lokalt ledningsansvar (insatsledning) för den specifika insatsen och har, vid mindre omfattande händelser, vanligtvis inte ett bakre ledningsstöd (systemledning) motsvarande räddningsledare i statlig räddningstjänst. Inom hälso- och sjukvården finns därför ingen formell systemledningsnivå regionalt, såvida det inte gäller en händelse som måste ledas på ett särskilt sätt. Då kontaktas regionens TiB för beslut om särskild händelse.

Regionens prioriterings- och dirigeringsfunktion har vanligtvis ingen ledningsfunktion i dessa sammanhang, men arbetar på uppdrag av regionen med ett visst begränsat systemledningsperspektiv genom sin möjlighet till prioritering och dirigeringsfunktion av ambulanssjukvårdens resurser.

I ett aktörsgemensamt perspektiv saknas enhetliga planer och rutiner för hur resurser ska begäras, ges och tas emot, liksom stöd för hur aktörer kan ta fram samlade lägesbilder och genomföra lägesanalyser. Vidare saknas kunskapsstöd som bidrar till en effektivisering av arbetet med framtagande av regionala fördelningsnycklar gällande sjuktransporter och hur dessa kan kommuniceras till den alarmeringsfunktion som förväntas bära ansvaret.

Process för inriktning och samordning

Socialstyrelsen har tagit fram en process för inriktning och samordning som i grunden kan användas oavsett funktion eller organisation, vilket gör den tillämplig även vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö. Utförlig beskrivning lämnas i projektrapport för ”Implementering av gemensamma grunder i landstingen” (Socialstyrelsen 2019). Syftet med processen är att den ska underlätta möjligheten att kontrollera en annan process, själva krisen eller den särskilda händelsen för att minska effekterna av densamma.

Processen baseras på några av de mest centrala termerna och begreppen i konceptet ”Gemensamma grunder”: lägesbild, lägesanalys, inriktning och samordning. De flesta processer har följande steg:

- Upptäcka problem eller behov
- Utforska problemet eller behovet grundligare
- Utforma förslag på lösningar
- Utfärda beslut om vilken lösning som ska användas
- Utföra beslutet
- Utvärdering av beslut och resultat

Det som skiljer sig mellan de flesta processer är framför allt benämningar, kategorisering och graden av nedbrytning. Styrkan med processen för inriktning och samordning är att den utgår från konceptet ”Gemensamma grunder” och implementerar dess förhållningssätt och arbetsmetoder i praktiken. För att säkra att de beslutade åtgärderna matchar både akuta och långsiktiga behov i den särskilda händelsen är det viktigt att hanteringen är systematisk. Huvudstegen i processen för inriktning och samordning syftar till att, genom ökad systematik, nå en högre grad av medvetet resonering och medvetet beslutsfattande för att välja och genomföra så adekvata åtgärder som möjligt.

Processen består av fem huvudaktiviteter:

- Sammanställa lägesbild (Vad vet vi om det inträffade?)
- Göra lägesanalys (Vad betyder det inträffade?)
- Inrikta och besluta (Vilka åtgärder behöver utföras?)
- Samordna och genomföra (Vad behöver samordnas?)
- Utvärdera (Hur gick det?)

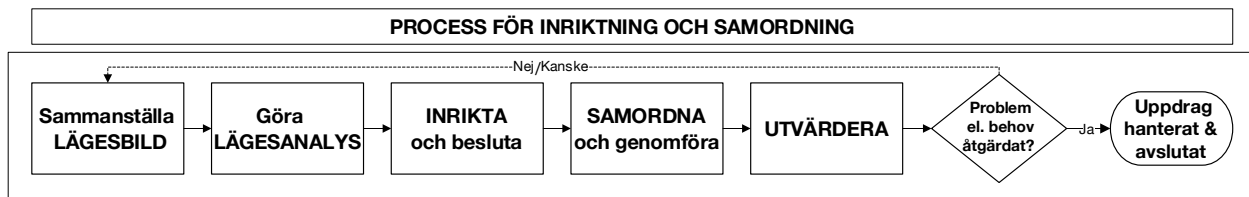


Illustration: Socialstyrelsen

Processen för inriktning och samordning bedöms vara lämplig att nyttja både inom katastrofmedicinsk beredskap och inom det bredare fältet av svensk krisberedskap och krishantering (Bilaga 6).

Utbildningskoncept för medföljande hälso- och sjukvårdspersonal vid sjukvårdsinsatser i oländig miljö

Projektet identifierade tidigt behov av kunskapshöjande aktiviteter för att säkerställa aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Projektet har också uppmärksammat att ambulanspersonal känner osäkerhet kring att medfölja annan transportresurs i de fall det saknas aktörsgemensam utbildning och övning. Därför bildades en arbetsgrupp inom projektet med representanter från Sjöfartsverket, Sjöräddningssällskapet, Räddningstjänsten Kiruna, Region Skåne samt Polisen, som granskat utbildnings- och övningsbehovet. Under arbetet tydliggjordes behov av att tillhandahålla ett utbildningskoncept för medföljande hälso- och sjukvårdspersonal i annan enhet i syfte att förenkla för regionen att upprätta utbildningsplaner och kompetensutveckla egen personal. Därför har arbetsgruppen tagit fram en utbildningsplan (Bilaga 2). Nedan följer en kort sammanfattning.

Generellt gäller att utbildningsplanerna bör vara nationellt inriktade och anpassade till lokala eller regionala förutsättningar. De bör hållas aktuella och tydligt anpassade till relevanta målgrupper och innehålla information om:

- Utbildningens mål och inriktning samt de avsnitt som ingår i utbildningen.
- Utbildningens omfattning, huvudsakligt upplägg och organisation.
- Antalet timmar lärar- eller handledarledd verksamhet som utbildningen omfattar.
- De krav på särskilda förkunskaper som ställs och hur dessa är fastställda.
- De grunder som ska användas vid urval bland behöriga sökande till utbildningen.
- De särskilda mål och krav som ska gälla för en examen om utbildningen avslutas med en sådan.
- Hur utbildningen ska kvalitetssäkras.

När det gäller planer för övning bör inriktningen, oavsett vilket scenario som simuleras, vara att:

- Öka personalens förståelse för kunskapsunderlag, beslutade processer och planer (förstå).
- Utveckla individuell färdighet genom att få träna på den kunskap och de roller man utbildats i (träna).
- Utveckla förmågan att tillsammans med andra hantera händelser genom att öva på scenarier (öva).
- Pröva processer, planer, individuell kompetens och den gemensamma förmågan att hantera en händelse (pröva och validera).

Relevanta övningar anses vara av största vikt då den planering som utförs på lokal, regional eller nationell nivå inte kan betraktas som tillförlitlig innan den prövats och har visat sig vara användbar. Övningar kan grovt kategoriseras till tre huvudtyper: seminarieövningar, simuleringsövningar och övningar med fältenheter (en fjärde kategori kan bestå av en kombination av element från de tre huvudkategorierna). Ett flertal aktörer, däribland MSB, har publicerat kunskapsstöd för att stödja aktörer i vilken typ av övning som är lämpad för ändamålet.

Projektet har tagit fram en utbildningsplan (Bilaga 2) för hälso- och sjukvårdspersonal som kan komma att medfölja annan resurs vid aktörsgemensamma insatser vid sjö-, flyg- och fjällräddning.

- Syftet med föreslagna utbildningsmodell är att legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal efter avslutad utbildning ska ha ökad förmåga att medfölja annat transportmedel än vägambulans och omhänderta skadad eller sjuk i oländig miljö vid sjö-, flyg- och fjällräddning.
- Målet är att legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal efter avslutad utbildning ska kunna medfölja annat transportmedel än egen vägambulans i syfte att nå skadad eller sjuk i oländig miljö samt kunna fatta, för hälso- och sjukvården, inriktningsbeslut och medicinskt inriktningsbeslut och utföra medicinska åtgärder på ett säkert sätt i oländig miljö vid sjö-, flyg- och fjällräddning.

Utbildningen ska som grund ge kännedom om att verka på eller i annat transportmedel genom att informera om de alternativa transportmedlen och genom kunskap om ansvarsförhållanden, avseende i huvudsak säkerhet, eliminera osäkerheter som annars kan hindra transport med dessa färdmedel.

Den föreslagna utbildningsmodellen är uppdelad i tre steg där steg 1 riktar sig till samtliga medarbetare inom regionens ambulanssjukvård och steg 2 och 3 riktar sig till legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal. Ambitionsnivån är att samtliga medarbetare i ambulanssjukvården genomgår steg 1, som bör ses som lägsta nivå för sjukvårdsinsats i oländig miljö vid sjö-, flyg- och fjällräddning. Utbildningen ska skapa trygghet för att medfölja annat transportmedel.

Utbildningskonceptet kommer att läggas upp som webbutbildning på Socialstyrelsens utbildningsportal.

Steg 1: Webbutbildning – teori

Teoretisk webbaserad utbildning. Syftet är att kursdeltagaren ska kunna utföra steg 1 var och när medarbetaren vill, vilket ger hög flexibilitet. Utbildningen kan då distribueras direkt till kursdeltagaren vilket minskar kostnader för resor och frånvaro samt negativ miljöpåverkan.

Utbildningen är interaktiv, vilket gör den effektiv bland annat för att den kan användas för repetition och som uppslagsverk. Steg 1 skall ses som grund/bas med den lägsta förmåga/nivå på sjukvårdsinsats i oländig miljö vid sjö-, flyg- och fjällräddning. Utbildningen avslutas med ett kunskapstest. Tidsåtgång beräknas till cirka 45 min.

Steg 2: Sjö-, flyg och fjäll – praktik och övning

Praktisk övning och miljöträning med att planera insats, medfölja tilldelad resurs och säkra medhavd utrustning samt ge vård på plats i olika miljöer som sjö-, flyg- och fjällmiljö. Förkunskaper inhämtas genom genomförd Steg 1-utbildning med godkänt kunskapstest. Tidsåtgång beräknas till cirka 1 dag för respektive sjö-, flyg- och fjällräddningsinsats. Därefter rekommenderas årlig övning och miljöträning.

Steg 3: Sjö-, flyg och fjäll – praktik och övning

Praktisk övning och miljöträning, eventuellt med specialutrustning, tillsammans med samverkande aktörers personal vid sjö-, flyg- och fjällräddning. Denna del handlar om att efter uttransport ha förmågan att lämna transportmedel genom t.ex. bordning/vinschning/avlastning till annan enhet eller plats och genomföra omhändertagande och vårdåtgärder.

Förkunskaper genomförd Steg 1-utbildning med godkänt kunskapstest och Steg 2-utbildning med godkänt praktiskt test. Tidsåtgång beräknas till cirka 2 dagar för respektive sjö-, flyg- och fjällräddningsinsats. Därefter årlig övning och miljöträning för respektive område.

Slutsatser och förslag

Projektet har, redan innan avslut, bidragit till att öka förmågan till samverkan och ledning i samband med parallella räddningstjänstinsatser och sjukvårdsinsatser i oländig miljö och därmed ökat förmågan till ett adekvat prehospitalt omhändertagande vid sjö-, flyg- och fjällräddning, vilket varit huvudsyftet. Projektarbetet har varit omfattande och i Sverige har det tidigare inte skett ett motsvarande aktörsgemensamt arbete, med statlig räddningstjänst och hälso- och sjukvård som utgångspunkt. Projektledningens förhoppning är att rapporten och de slutsatser och förslag som presenteras ska bidra till ökad kunskap och få betydelse för det fortsatta arbetet med att ytterligare öka denna förmåga. Projektet har haft tre huvudmål:

Mål 1. Skapa en generell gemensam syn på planering, genomförande och utvärdering av aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.

I projektarbetet konstateras att samverkan idag till största delen sker vid genomförandet av insatserna och att gemensam planering eller utvärdering sker i begränsad utsträckning eller inte alls. Projektet vill därför särskilt lyfta fram vikten av gemensam planering och uppföljning med målet att räddningstjänstaktörer och hälso- och sjukvården (regionerna) tillsammans upprättar överenskommelser och planer för hur samverkan ska ske vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö och hur dessa ska utvärderas. Detta är en av de viktigaste framgångsfaktorerna för att nå ökad förmåga.

Mål 2. Öka kunskapen om olika aktörers roller och ansvarsområden.

I denna rapport beskrivs legala förutsättningar för roller, ansvar och mandat som är aktuella 2019. Projektets uppfattning är att frågeställningar kring gränsdragningar tidigare varit centrala och att inställningen varit att ”man lämnar över till varandra” i stället för fokus på parallella (samtidiga) insatser och samverkan utifrån respektive aktörs ansvarsområden.

Mål 3. Beakta, beskriva och föreslå förändringar för en ökad framtida förmåga till aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning och därigenom öka samhällets krishanteringsförmåga vid större olyckor eller katastrofer med många drabbade personer.

Genom att systematiskt analysera händelser och företeelser inom området och involvera representanter med bred kompetens från samtliga berörda aktörer har bilden av problemområden, möjligheter och behov av förändringar successivt växt fram, både inom projektgruppen och hos ett stort antal deltagare och verksamhetsföreträdare från hela landet. Flera viktiga områden har identifierats, där pågående och föreslagna förändringar kommer att ha betydelse för en ökad framtida förmåga. De viktigaste förändringarna gäller ökad kunskap, uppdragsparallellitet och ledningsstrukturer som underlättar samverkan på alla nivåer och att upprätta planer och överenskommelser.

Projektet vidgades i ett tidigt skede till att innefatta, inte bara sjö- och flygräddning utan även fjällräddning, vilket har haft stor betydelse för att nå ett helhetsperspektiv.

Olyckor i oländig miljö, då det saknas farbar väg, kräver god förmåga att genomföra aktörsgemensamma insatser – oavsett om händelsen är av mindre karaktär eller om det handlar om en större händelse med många drabbade. Händelser med omfattande skadefall i oländig miljö är en stor utmaning för berörda aktörer, vilket också kräver nationell aktörsgemensam beredningsplanering och väl utvecklade förmågor för samverkan, ledning och inriktning och samordning. Ökad sjöfart med stora fartyg och många passagerare samt ökad fjällturism ställer höga krav på att aktörerna gemensamt kan inrikta och samordna hanteringen av varje sådan händelse på ett effektivt sätt. Omfattande händelser med ett stort antal drabbade till sjöss eller i fjällmiljö inträffar mycket sällan, men händelserna med passagerarfartygen Estonia och Viking Sky visar på vikten av utvecklad förmåga, aktörsgemensam planering, samverkan och ledning även under extremt svåra förhållanden.

Under projektets uppstart identifierades två grundläggande frågeställningar som låg till grund för det fortsatta arbetet:

- Hur kan vi öka förmågan till samverkan och ledning i samband med aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.
- Hur kan vi möjliggöra ett adekvat prehospitalt omhändertagande vid dessa insatser?

Slutsatser

Projektet har kartlagt roller, ansvar och mandat och konstaterar att det finns förbättringar som kan genomföras med stöd av nuvarande lagstiftning, t.ex. utvecklade arbetssätt för samverkan och samlad lägesbild, metoder för att leda en insats och förståelse för varandras roller. Däremot krävs en lagändring om räddningstjänstpersonal i statlig räddningstjänst ska kunna utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av en region. Det behöver utredas vidare om en sådan möjlighet bör införas som en del i det prehospitala omhändertagande när hälso- och sjukvårdsresurser inte når fram till den drabbade. Projektets utgångspunkt har varit att befintliga resurser bör användas aktörsgemensamt och att gränsdragningar ibland inte kan göras i förväg utan behöver göras i samverkan och i samband med händelsen.

Samverkan och ledning sker idag till största delen vid genomförandet av själva räddningstjänstinsatsen och gemensam planering i ett föreperspektiv eller utvärdering efter avslutat uppdrag sker i alltför begränsad utsträckning eller inte alls.

Det har varit uppenbart att okunskap om ansvar och mandat funnits hos samtliga aktörer och att det kan vara svårt för enskilda aktörer att dra en gräns för var det egna ansvaret börjar eller slutar. Projektet har funnit exempel på att aktörer inte visste vem som ansvarar för att bedöma vårdbehov och att räddningstjänsten endast behöver kontakta sjukvården (regionen) ”om det behövs”. Det har också funnits synsätt om att sjukvårdsinsatsen varit underställd räddningstjänstinsatsen. Det har också funnits uppfattningar om att ”man lämnar över till varandra” i stället för att fokusera på parallella insatser och samverkan under hela insatsen.

Det krävs grundläggande förmågor för aktörsgemensam samverkan och ledning och samsyn om hur samverkan bäst genomförs. Om alla berörda aktörer säkerställer att de har dessa förmågor finns bra förutsättningar för att gemensamt bidra till en aktörsgemensam inriktning och samordning, d.v.s. att verka tillsammans. Projektet har funnit att det i detta avseende finns en stark förbättringspotential.

Om ett vårdbehov, eller misstänkt vårdbehov, identifierats redan i larmfasen är det viktigt att sjukvårdsinsatsen, inklusive initial bedömning av vårdbehov, alltid påbörjas av regionen och fortsatt leds av regionen genom hela händelseförloppet – på samma sätt som Sjöfartsverket och Polismyndigheten kontinuerligt ansvarar för att bedöma behov av räddning och ta beslut om räddningstjänstinsats. När den som räddas har behov av såväl räddningstjänst som hälso- och sjukvård bedrivs parallella insatser – en räddningstjänstinsats och en sjukvårdsinsats med ansvarsfördelning som utgår från respektive lagstiftning i LSO och HSL. Det förutsätter att respektive aktör har förmåga att leda sin egen insats men också att det sker i samverkan med andra. Varje aktör ansvarar för sin egen insats; t.ex. ansvarar regionen för sjukvårdsinsatsen på samma sätt som i icke oländig miljö och Sjöfartsverket eller Polismyndigheten för räddningstjänstinsatsen. Det innebär att parallella insatser pågår samtidigt och att både arbetssätt, samverkansformer och organisation behöver vara anpassade för det.

Händelser i oländig miljö är komplexa och kräver en högre grad av aktörsgemensam förmåga att samverka och leda än vad som görs idag. Detta gäller från det att larm inkommer till att den drabbade förts till vårdinrättning eller inte längre har behov av räddning och sjukvård.

Informationsdelning och samlad lägesbild utan tidsfördröjning är viktigt oavsett vilken väg ett larm kommer in. Detta är nödvändigt för att berörda aktörer ska kunna ta ansvar för sitt eget uppdrag, vidare delaktighet och handläggning. Regionens prioriterings- och dirigeringsstjänst ansvarar för initial bedömning av vårdbehov och beslut om sjukvårdsinsats samt larmar ut prehospitalla resurser, t.ex. ambulans. Det förutsätter initialt att ett vårdbehov eller förmodat vårdbehov identifierats av larmmottagaren och att regionens prioriterings- och dirigeringsstjänst informerats om detta och upprättar ett vårdärende. Larmmottagaren, t.ex. JRCC och RLC, kan initiera en insats med egna resurser omedelbart, men den möjligheten har inte 112-tjänsten som måste vidarekoppla ärendet till berörda aktörer. Det finns därför risk för tids- och informationsförlust i överkopplingen mellan de olika larmcentralerna. Alla aktörers medverkan, så tidigt som möjligt i den inledande larmfasen, är en förutsättning för att kunna dela information, lägesbild och besluta om deltagande. Denna del är särskilt viktig i samband med aktörsgemensamma insatser i oländig miljö eftersom omständigheterna ofta är oklara och det initiala informationsbehovet stort.

För att alla aktörer ska kunna ta sitt ansvar är det centralt att både räddningstjänstresurser och hälso- och sjukvårdsresurser snabbt kan komma till platsen utan tidsförlust. Det innebär att avvägning kan behöva göras om det t.ex. innebär en orimlig fördröjning att invänta hälso- och sjukvårdspersonal. Det pekar på vikten av att ha klara larmvägar och samverkansformer redan innan en aktörsgemensam insats görs och att beslut kan tas på rätt ledningsnivå.

Insatser i oländig miljö engagerar ett stort antal aktörer med olika roller och det konstateras att det finns skillnader mellan aktörerna vad gäller ledningsstrukturer, framför allt vid mindre omfattande händelser med få drabbade personer; t.ex. finns en nationell ledningsfunktion inom sjö- och flygräddning, som även kan anses arbeta i ett regionalt perspektiv. Polismyndighetens ledning finns på såväl regional som nationell nivå.

Regionens sjukvårdsledning finns till största delen på lokal nivå och etableras oftast först när en ambulansbesättning tilldelats uppdraget och kommit fram till händelseområdet. Eftersom det finns exempel på att sjukvårdsledning inte etableras alls om ingen ambulansresurs tilldelats ärendet blir det tydligt att det saknas en funktion som har mandat att leda sjukvårdsinsatsen omedelbart och fortsatt under hela insatsen, även då ambulanssjukvården inte anlänt till platsen eller tilldelats uppdraget, motsvarande räddningsledarfunktionen vid statlig eller kommunal räddningstjänst.

En sjukvårdsinsats vid samtidig räddningsinsats i oländig miljö har samma behov av sjukvårdsledning som i icke oländig miljö i den prehospitla akutverksamheten med en etablerad sjukvårdsledning genom hela händelsen. Vidare konstateras att det kan vara svårt för regionen att initiera en insats om händelseplatsen eller sjukvårdsbehovet är okänt.

Om hälso- och sjukvårdspersonal behöver medfölja annan aktörs resurs krävs en större grad av samverkan redan i inledningsskedet än vid andra händelser då regionens ambulanssjukvård kan nå fram med egna resurser. Således finns behov av en utökad regional och nationell samordning av dessa insatser då vårdbehov eller händelseområde är okänt. Det är därför viktigt med en översyn av tänkbara händelsetyper och samordnad aktörsgemensam planering. Hälso- och sjukvården (regionen) involveras idag allt för sällan eller för sent i tidsförloppet i samband med sjö-, flyg- och fjällräddningsinsatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov.

De grundläggande behoven i den initiala larmfasen vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö är i stort de samma hos de olika aktörerna men hanteringen riskerar att kompliceras av att det, som tidigare nämnts, saknas en tydlig aktörsgemensam ledningsstruktur. Exempel på detta är att räddningsledare i samband med sjö- och flygräddning är placerad på larmcentral vid JRCC och att Polismyndighetens räddningsledare vid fjällräddning är placerad vid RLC. I båda fallen befinner sig räddningsledaren inte i anslutning till händelseområdet. Till skillnad från räddningsledare inom statlig räddningstjänst befinner sig sjukvårdens ledning (särskild sjukvårdsledning på lokal nivå – sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig) på väg till eller i anslutning till händelseområdet. Om ingen sjukvårdsenhet tilldelats uppdraget etableras sällan någon sjukvårdsledning. Räddningsledare kan uppfattas arbeta såväl i ett insatsledningsperspektiv som ett systemledningsperspektiv – till skillnad från prehospital sjukvårdsledning som bedriver begränsad insatsledning, men som oftast saknar ett systemledningsperspektiv. Regionens prioriterings- och dirigerings-tjänst har vanligtvis ingen ledningsfunktion, men arbetar i ett visst systemledningsperspektiv, genom sin möjlighet till prioritering, dirigering och beslut om sjukvårdsresurser.

Vid omfattande händelser med många drabbade då resurserna kan behöva omfördelas och ledas på ett särskilt sätt, så kallade särskilda händelser, aktiveras fler ledningsfunktioner – framför allt inom hälso- och sjukvården (regionen). Först då uppnås en större likhet mellan aktörernas system för ledning. Eftersom sjukvårdsinsatser i oländig miljö ofta kräver ett bredare systemledningsperspektiv och ibland regionalt eller nationellt perspektiv, redan vid händelser med få drabbade, riskerar förutsättningarna för effektiv aktörsgemensam samverkan och ledning att försämrats. Vid en sjö-, flyg- eller fjällräddningsinsats är det därför viktigt att aktörernas ledningsfunktioner förstår varandras olika roller, ansvar och mandat.

Det aktörsgemensamma planeringsarbetet liksom samverkan och ledning underlättas om konceptet ”Gemensamma grunder” har implementerats hos berörda aktörer. Kunskap om detta är en framgångsfaktor för en lyckad insats.

Bakgrunden till varför det funnits skäl att särskilja statlig räddningstjänst från kommunal räddningstjänst har inte utretts av projektet. En orsak till denna ordning skulle kunna vara att få samhällsviktiga resurser behöver samordnas och ledas i ett bredare nationellt perspektiv och att ingen kommunal eller regional aktör förväntas skapa förmåga för nationella ändamål. Projektet har funnit utmaningar med att samordna och leda statlig räddningstjänst i ett nationellt perspektiv i samverkan med hälso- och sjukvårdens 21 regioner. Det kan därför finnas anledning att ytterligare diskutera och utreda denna fråga.

Merparten av fjällräddningsinsatserna, över 90 procent, innefattar skadade och sjuka där frakturer av olika slag är i majoritet. Vid sjöräddning överväger medicinska åkommor som bröstsmärtor, andningsbesvär och stroke. Gemensamt är problematiken med nedkylning (hypotermi). Utifrån de händelser och scenarion som analyserats i projektet dras slutsatsen att vissa av dessa omhändertaganden idag hanteras av räddningstjänstpersonal utan hälso- och sjukvårdens medverkan, t.ex. om ambulanssjukvården inte larmats eller inte är på plats. Det kan i sin tur innebära att ingen sjukvårdsledning etableras.

Eftersom det vid sjö-, flyg- och fjällräddning nästan alltid finns drabbade personer som är i behov av mer eller mindre kvalificerad sjukvård är hälso- och sjukvårdens deltagande avgörande för att säkerställa patientsäkerheten och den medicinska kvaliteten. Då räddningstjänstpersonalen tar hand om skadade och sjuka självständigt, utan hälso- och sjukvårdens (regionens) medverkan, är förmågan att avgöra den medicinska ambitionsnivån och vad som är viktigast i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv inte säkerställd.

Räddningstjänstpersonal har möjlighet att ge första hjälpen, för att rädda liv, när så behövs och behöver kunna göra enklare bedömningar om vårdbehov utifrån det. Det får dock inte ersätta, eller blandas ihop med den bedömning av vårdbehov som ligger till grund för beslut om sjukvårdsinsats och medicinsk ambitionsnivå. Även om regionen alltid är sjukvårdshuvudman och ansvarig för den medicinska ambitionsnivån utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv så kan det finnas utrymme för enklare vårdbedömningar av räddningstjänstpersonal i syfte att kunna påbörja första hjälpen-åtgärder. Om ingen sjukvårdsledning upprättats kan det leda till att räddningstjänstpersonal behöver ta beslut om de sjukvårdsåtgärder som utförs fram till dess att den skadade eller sjuke tagits emot av hälso- och sjukvården (regionen). Om hälso- och sjukvården inte deltar i en insats kan flera medicinska beslut ändå behöva tas under hela förloppet, t.ex. hur en person med ryggskada ska transporteras eller hur bråttom det är vid buksmärta. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det medicinska omhändertagandet viktigt och i förarbeten till lagstiftning finns en tydlighet i att anknytningen till sjukvården är viktig för den medicinska standarden och att målsättningen måste vara att en sjukvårdsinsats ska påbörjas redan i samband med bedömning av vårdbehov.

Även om regionen gör sitt yttersta för att nå fram till den drabbade är det svårare att nå fram i oländig miljö eftersom farbara vägar saknas. När regionen inte når ut med resurser på plats, även om det finns ett uttalat sjukvårdsbehov, kan det i vissa fall finnas fördelar med att räddningstjänstpersonalen har mandat att ta hand om dessa tillstånd utöver vad som kan uppfattas som första hjälpen-åtgärder. Det finns emellertid idag ingen möjlighet för regionen att teckna avtal med statlig räddningstjänst om att utföra vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder på uppdrag av regionen, t.ex. motsvarande vad som är möjligt inom kommunal räddningstjänst (I väntan på ambulans – IVPA). Det kan förmodas att räddningstjänstpersonal i statlig räddningstjänst även i framtiden kommer att behöva ta hand om skadade och sjuka på det sätt som sker idag. Om detta ska kunna ske på uppdrag av regionen och med regionen som huvudman är en öppen fråga som bör utredas vidare.

Överenskommelser om hur samarbetet mellan räddningstjänst och hälso- och sjukvård ska gå till bör upprättas, liksom planer för ledning, utbildning och övning – både när ambulansresurs når fram, när hälso- och sjukvårdspersonal medföljer annan resurs och när räddningstjänstpersonal gör omhändertagandet. Eftersom räddningstjänstpersonal inte har mandat att utöva sjukvård, och viljan att undsätta den drabbade kan vara stor, finns risk för att räddningstjänstpersonal agerar utanför sina befogenheter när de utför viss nödvändig sjukvård. Ibland hänvisas till nödbegreppet. Nödrätten innebär att den som begår en olaglig handling under vissa särskilda förutsättningar kan befrias från straffansvar, vilket prövas i varje enskilt fall. Nödrätten kan åberopas av enskild person, men kan inte utgöra grund för en verksamhets agerande.

Det finns exempel på hur grannländer har organiserat räddningsinsatser och sjukvårdsinsatser som borde beaktas, t.ex. att räddningstjänstpersonal utbildats till ambulanssjukvårdare eller att läkare och ambulanspersonal tränas för att medfölja räddningshelikopter.

Vid parallella sjukvårds- och räddningstjänstinsatser ansvarar regionen för de medicinska inriktningsbesluten medan räddningstjänsten ansvarar för räddningsåtgärderna både vid omhändertagande och transport av drabbad. Eftersom regionerna oftast inte förfogar över transportmedel lämpliga för insatser i oländig miljö krävs aktörsgemensam planering och utvecklad samverkan för att den drabbade ska kunna nås av hälso- och sjukvården (regionen) och för att en patientsäker transport ska kunna genomföras. Detta gäller vid såväl mindre omfattande händelser med få drabbade personer, som vid särskilda händelser med omfattande skadeutfall. Eftersom det i förarbeten till LSO understryks att regionernas ansvar inte innebär att samtliga regioner måste skaffa alla de personella och materiella resurser som krävs för att driva verksamheten i egen regi pekar det på behov av större samverkan, planering och överenskommelser mellan berörda aktörer än vad som finns idag.

En annan viktig del i den aktörsgemensamma ärendehanteringens är att fastställa slutdestination för transporten av skadade och sjuka personer, d.v.s, vart den drabbade ska transporteras och på vilket sätt. Detta kräver nära samverkan mellan ledningsfunktioner och larmcentraler. För att säkerställa både patient- och flygresurssäkerhet krävs slutligen koordinering mellan respektive aktörs larmcentral och flygande resurs samt mottagande vårdinrättning.

Regionen har möjlighet men ingen skyldighet att delta i sjukvårdsinsatser utanför territorialgränsen. Sjöfartsverket och respektive region har ändå behov av att samverka kring dessa sjukvårdsinsatser oavsett om de sker innanför eller utanför territorialgränsen, eftersom det finns nationella åtaganden som ska tillgodoses. Även om sjöräddningsinsatsen genomförs utanför territorialgränsen, med omhändertagande av ett omedelbart vårdbehov, så behöver JRCC snabbt få besked av berörd region om hur drabbade bör tas om hand och till vilket sjukhus eller annan plats som skadade och sjuka ska föras, samt initialt om hälso- och sjukvårdspersonal ska medfölja räddningstjänstens resurser eller inte. Regionens sjukvårdsledning behöver också få besked om situationen på platsen för händelsen för att kunna bedöma sjukvårdsbehovet och besluta om deltagande, rätt vårdnivå och slutgiltig destination. Detta ställer krav på aktörsgemensam samverkan och ledning. Eftersom regionerna har legalt stöd för att verka och samverka utanför territorialgränsen i samma utsträckning som innanför territorialgränsen bör berörda regioner komma överens med Sjöfartsverket om hur en sådan räddningsinsats och sjukvårdsinsats ska samordnas. Den vårdbehövande som räddas utanför territorialgränsen kommer i de flesta fall att behöva föras innanför territorialgränsen och faller då under regionens ansvar för, i vart fall, akutsjukvård.

Eftersom länsgränser kan vara svåra att dra ute till havs kan det också vara svårt att veta vilken region som berörs eller är mest lämpade för att agera på internationellt vatten. Om perspektivet fartygskatastrof (MRO-händelse) och samordnad internationell insats också tas med i sammanhanget kompliceras bilden ytterligare. Det är projektgruppens uppfattning att frågan om insatser utanför territorialgränsen, särskilt i det fall det inträffar en stor olycka till sjöss med många drabbade, behöver diskuteras vidare i ett nationellt och internationellt perspektiv. Utmaningarna vid sådana händelser kan vara övermäktiga enskilda regionala aktörer.

Regionen har det samlade ansvaret för den medicinska ambitionsnivån och vad som är viktigast i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Därför är det viktigt att regionen alltid involveras så tidigt som möjligt i larmkedjan och deltar under hela händelseförloppet, oavsett om regionen kan delta med egen personal och resurser eller inte. Sjukvårdsledning behöver involveras från första larm fram till att sjukvårdsinsatsen avslutas.

Utifrån problematiken att det kan vara svårt för sjukvårdsresurser att ta sig till platsen när det saknas farbar väg kan det vara bra att i förväg ha tydliga prioriteringar. Nedanstående prioriteringsordning bör gälla vid beslut om sjukvårdsinsats:

1. I första hand genomförs sjukvårdsinsatsen med regionens egna resurser. För att drabbade ska få så bra vård som möjligt bör regionen i första hand försöka nå patienterna med egen personal och transportresurser. I oländig miljö handlar det främst om resurser som ambulanshelikopter och ambulansbåtar. Dessa resurser är dock begränsade och finns på ett fåtal ställen i Sverige och har inte alltid har möjlighet att verka fullt ut under svåra förhållanden. Ambulanshelikoptrarna har idag inte möjlighet att vinscha och kan oftast inte heller verka utomskärs. Det finns exempel på där ambulanspersonal medföljer annan sjöräddningsresurs. Om sjukvårdsinsats med regionens egna resurser inte är möjlig måste nedanstående alternativ övervägas för att så långt som möjligt säkerställa hälso- och sjukvårdens deltagande.
2. I andra hand genomförs sjukvårdsinsatsen där regionens personal medföljer räddningstjänstens resurs. Resurser som är specialtillverkade för att verka i oländig miljö är exempelvis skotrar, räddningsfartyg och räddningshelikoptrar med tillhörande personal som är utrustade och tränade för att vinscha i dessa miljöer. Det finns inget juridiskt hinder för att sjukvårdspersonal medföljer annat transportmedel som räddningsorganisationen tillhandahåller. Dock krävs det idag att en räddningsinsats är initierad för att kunna aktivera räddningstjänstens resurser. Regioner bör därför ha viss personal som är övade för att medfölja räddningstjänstens resurser. Räddningstjänstens resurser behöver dock ibland kunna frigöras för nya uppdrag och helst inte låsas för långa sjuktransporter in till sjukhus, vilket innebär att sjukvårdens transportresurser kan behöva möta upp vid närmast farbara väg eller omlastningsplats.
3. I tredje hand genomförs sjukvårdsinsatsen endast med räddningstjänstens resurser, när hälso- och sjukvårdspersonal inte kan medfölja, t.ex. när inte tid finns för att hämta upp hälso- och sjukvårdspersonal eller då det inte finns personal att tillgå, måste omhändertagandet utföras av räddningstjänstpersonal så långt det är möjligt. sjukvårdsledning behöver dock upprättas för att säkerställa medicinska beslut, inriktningsbeslut och vad som är viktigast i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv genom hela insatsen, inklusive anvisningar om vart patienten ska föras.

Det har varit svårt att göra en detaljerad uppföljning av vilka typer av skador eller sjukdomstillstånd som är vanligast förekommande i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Detta beror dels på, att hälso- och sjukvården inte alltid deltar, dels på att statistiskt underlag saknas. Tänkbara orsaker till detta är svårigheterna med att synkronisera de olika aktörernas databaser och okunskap kring ansvar, vilket har försvårat projektets möjligheter att sammanställa en nationell bild.

Statens haverikommission (SHK) har utfärdat rekommendationer (SHK Slutrapport RM 2013:02 Olycka den 15 mars 2012 med ett luftfartyg av typ C-130 med anropssignal HAZE 01 ur norska Luftförsvaret vid Kebnekaise) som i flera delar är i linje med slutsatserna i detta projekt. Bland annat rekommenderas Polismyndigheten att planera och organisera verksamheten på ett sådant sätt att räddningsinsatser påbörjas inom godtagbar tid efter mottaget larm och genomförs med tillräckliga resurser. SHK rekommenderar också MSB att, i samråd med Sjöfartsverket, Transportstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen och SOS Alarm, tillse att alarmering av räddnings- och sjukvårdsresurser genomförs inom godtagbar tid även vid händelser där det endast föreligger överhängande fara för en flygolycka. Vidare rekommenderas att en ledningsmodell utarbetas av Sjöfartsverket för flygräddningstjänsten vid JRCC, som innefattar systemledning och insatsledning inklusive lokal ledning inom befarat område för ett haveri med ett luftfartyg, samt att personalen utbildas och övas i enlighet med fastställd ledningsmodell. Sjöfartsverket rekommenderas också att utarbeta en planering i samverkan med berörda myndigheter och organisationer för lämpliga resurser avseende efterforskning från marken i fjällmiljö och hur dessa ska larmas.

Projektet har inte utrett behoven i ett framtidsperspektiv men har beaktat resultatet från Sjöfartsverkets framtidsstudie (2018-2019) som undersökt förutsättningarna för sjö- och flygräddning år 2027-2037, vilka krav och förväntningar som förväntas finnas på verksamheten och hur dessa skall mötas.

Resultatet från Sjöfartsverkets studie utkristalliserades i sju strategiområden, som i ett framtida arbete kan behöva analyseras med beaktandet av hälso- och sjukvårdens och Polismyndighetens framtida behov:

- Att möta de nya och fortsatt ökade förväntningarna från nödställda privatpersoner.
- Att i större utsträckning bidra till krisberedskap och totalförsvaret.
- Att samhällets resurser används mer effektivt.
- Att verksamheten är adekvat och transparent finansierad.
- Att med ny teknik dela information och leda resurser effektivare och med högre kvalitet.
- Att med förbättrad samverkan och ledarskap bedriva insatser effektivare och med högre kvalitet.
- Att attrahera och säkerställa tillgång till livräddande personella resurser och deras förmåga.

Pågående förändringsarbete

Projektarbetet har resulterat i att en del förändringsarbete redan påbörjats hos vissa aktörer, vilket har bidragit till ökad förmåga vid sjukvårdsinsatser i oländig miljö i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. En av de viktigaste effekterna av projektarbetet har varit nyttan med att samla representanter från ett stort antal verksamheter som berörs och den kunskapshöjning som detta medfört. Detta har lett till bättre kännedom om varandras roller och mandat och till flera exempel på förändringar som bidragit till ökad förmåga att genomföra gemensamma insatser, bland annat översyn av befintliga rutiner. Emellertid finns det mycket som kvarstår och behoven är stora. I efterföljande kapitel redovisas förslag till åtgärder. Nedan följer några exempel på det förändringsarbete som vissa aktörer på eget initiativ startat:

En ny funktion kallad Fjällräddningskoordinator inrättas vid SOS Alarm

SOS Alarm har deltagit med representanter i projektarbetet och i samband med analys av sjukvårdsinsatser i fjällmiljö har utvecklingsbehov kring SOS Alarms handläggning av fjällräddningsärenden identifierats.

En utpekad larmoperatör vid SOS Alarm (112-tjänsten) kommer, vid händelser i fjällräddningsområdet och oavsett län, agera som fjällräddningskoordinator. Fjällräddningskoordinatorn ska ha en övervaknings- och stödfunktion och kommer med hjälp av checklistor säkerställa att hanteringen följer angivna processer och rutiner från det att nödanrop inkommer, att larmning av resurser sker och fram till det att ärendet avslutas. SOS Alarms ambition är att skapa en ökad förmåga i syfte att säkerställa att nödställda i fjällräddningsområdet får ett så snabbt och säkert omhändertagande som möjligt där samverkan mellan inblandade organisationer ska vara i fokus. Ett arbete har påbörjats med att uppdatera SOS Alarms kartstöd vilket är en förutsättning för att fjällräddningskoordinatorn ska kunna aktiveras vid dessa ärenden. Nya telefonlinjer för samverkan mellan SOS Alarms fjällräddningskoordinator och Polismyndighetens regionledningscentral kommer att tas fram. Utbildning av fjällräddningskoordinatorerna pågår med målet att funktionen ska vara etablerad fullt ut under hösten 2019.

Regionernas funktion för sjukvårdsledning utvecklas

Flera regioner som deltagit i projektarbetet har påbörjat utvecklingen av sin ledningsfunktion. Exempelvis har Västra Götalandsregionen sedan tidigare en specialutbildad HEMS-koordinator (Helicopter Emergency Medical Service) för att identifiera och leda regionens ambulanshelikopteruppdrag. Samma ledningsfunktion används nu också vid sjöräddningsuppdrag. Region Stockholm har påbörjat ett utvecklingsarbete gällande ledningsfunktionen i prioriterings- och dirigerings-tjänsten. Regionerna i Dalarna, Jämtland-Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten har tillsammans tagit fram en gemensam strategi för hur de ska bedriva sjukvårdsinsatser i fjällmiljö baserat bl.a. på projektets resultat, där en utvecklings- och implementeringsfas påbörjas under hösten 2019 och samordnas med SOS Alarms nya funktion, Fjällräddningskoordinator.

Översyn av befintliga samverkansformer liksom utvecklade rutiner för utbildning och övning

Befintliga avtal och överenskommelser ses över med en anpassning efter projektets resultat. I de områden där samverkan mellan räddningstjänst och hälso- och sjukvård (regionerna) redan förekommer har vissa aktiviteter påbörjats för att utveckla bättre utbildnings- och övningsrutiner i linje med projektets resultat. Exempelvis har region Stockholm, i upphandling av ambulanssjukvård, inkluderat kravet på att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna medfölja räddningshelikopter vid aktörsgemensamma insatser.

Förslag för att nå ökad framtida förmåga

Mycket kan förbättras inom ramen för befintligt regelverk och även om vissa åtgärder redan påbörjats så återstår flera delar. För att möjliggöra fortsatt utveckling behövs närmare samverkan och planering mellan berörda aktörer, såväl i ett före- som underperspektiv men inte minst i ett efterperspektiv, för att kontinuerligt kunna bedriva utvecklingsarbete. I vissa fall kan det även krävas lagändring för att nå ökad förmåga. Nedan beskrivs förslag till åtgärder för att nå ökad framtida förmåga till aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.

- **Respektive aktör föreslås etablera rutiner som säkerställer att beslut om egen insats alltid tas med utgångspunkt i eget ansvar och mandat.**

I sammanhanget är det viktigt att understryka att regionens prioriterings- och dirigerings-tjänst alltid ska ges möjlighet att bedöma eller utesluta vårdbehov och besluta om sjukvårdsinsats.

- **Respektive aktör föreslås vidta åtgärder som säkerställer att insatser påbörjas utan tidsfördröjning och genomförs på ett effektivt sätt när parallella insatser är aktuella.**

Det är nödvändigt att alla aktörer tar ömsesidigt ansvar för att involvera varandra i det operativa arbetet och att alla är med från början, från larm och genom hela insatsen. Detta innebär att larmmottagaren alltid ska koppla med övriga aktörer för dialog om fortsatt handläggning. Förutsättningarna för delad lägesbild och medlyssning mellan larmcentraler bör därför ses över och vid behov utvecklas.

- **Regionerna föreslås vidta åtgärder som säkerställer hälso- och sjukvårdens deltagande inklusive funktion för sjukvårdsledning genom hela insatsen.**

Regionerna har ansvar för att den drabbade får en patientsäker vård och för den medicinska standarden, oavsett var en olycksplats är belägen och oavsett om ambulansresurser inte lyckas ta sig till platsen.

- **Aktörerna föreslås gemensamt och enskilt planera för utbildnings- och övningsinsatser med utgångspunkt i den utbildningsprocess som tagits fram i detta projekt.**

Det finns särskilda behov gällande sjö-, flyg- och fjällräddning, då det krävs andra typer av utbildning, övning, resurser och ledning för att verka i oländig miljö än vad som normalt krävs i den icke oländiga miljön. Eftersom kunskapsnivån om dessa förhållanden är förhållandevis ojämn hos berörda aktörer, liksom kunskapen om roller, ansvar och mandat, behöver initiativ tas till olika kunskapshöjande utbildnings- och övningsinsatser.

- **MSB föreslås att, i samråd med berörda aktörer, inrätta ett särskilt råd för aktörsgemensamma insatser i oländig miljö.**

Då projektet har skapat ett aktörsgemensamt intresse, grundat på identifierade och prioriterade utvecklingsbehov och även upparbetat ett förtroendekapital med önskemål hos berörda aktörer om att driva dessa frågor vidare, har initiativ tagits till att etablera ett råd, som en undergrupp till befintligt Centralt räddningstjänstforum (CRF), som leds av MSB.

- **Sjöfartsverket, Polismyndigheten och berörda regioner föreslås upprätta överenskommelser om samverkan och ledning samt formerna för medföljande sjukvårdspersonal, vid insatser i oländig miljö såväl innanför som utanför territorialgränsen.**

Sjöfartsverket ansvarar för sjuktransporter från fartyg. Regionen har dock, som ansvarig sjukvårdshuvudman, det samlade ansvaret för att drabbade ska få så bra vård som möjligt. Därför bör regionen ha förmåga att nå patienten, när det behövs, och förmåga att ta medicinska beslut under hela insatsen. Då detta av olika skäl inte är möjligt behöver hälso- och sjukvården (regionen) vara väl förberedd på att delta i aktörsgemensamma insatser, bland annat genom att medfölja annan aktörs resurs. Detta gäller såväl på land som över vatten innanför territorialgränsen. Dessutom bör regionen ta ställning till på vilket sätt ett deltagande är möjligt och rutinerna för detta, även utanför territorialgränsen, eftersom tidsaspekten ofta är avgörande för möjligheten till överlevnad.

Överenskommelserna bör omfatta både mindre händelser med få drabbade och särskilda händelser (MRO-händelser) med många drabbade.

- **Polismyndigheten och Sjöfartsverket föreslås, var för sig men i samråd med övriga berörda, hemställa om att regeringen tillsätter en utredning avseende behovet av att möjliggöra för räddningstjänstpersonal att utföra begränsade hälso- och sjukvårdsåtgärder på uppdrag av regionen.**

Statlig räddningstjänstpersonal får inte utöva hälso- och sjukvård. Det bör dock utredas om statlig räddningstjänstpersonal ska kunna utföra vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder på uppdrag av regionen, på motsvarande sätt som sker inom kommunal räddningstjänst. Om avtal om detta ska kunna tecknas mellan regionerna och statlig räddningstjänst krävs lagändring.

- **Berörda aktörer föreslås samråda kring hur statistik och lämpliga uppgifter för uppföljning kan synkroniseras och delges varandra som uppföljning efter inträffad händelse.**

Projektet har haft svårt att få fram kvalitetssäkrad relevant statistik och data gällande sjukvårdsinsatser i oländig miljö. Huvudmännen och aktörerna har olika system och arbetsprocesser kring ärendelagring vilket gjort att matchningen av data inte kunnat säkerställas. I en framtida organisation och i ett nationellt perspektiv är det en fördel om uppföljningen av insatser i oländig miljö kan effektiviseras.

- **Socialstyrelsen föreslås att, i samråd med regioner och andra berörda aktörer, utarbeta en nationell beredskapsplan för ledning och samutnyttjande av transportresurser lämpliga för sjuktransport i oländig miljö vid såväl mindre händelser med få drabbade som vid särskild händelse med omfattande skadeutfall.**

Sverige saknar nationell samordning av samhällets mark- och luftburna transportresurser, vilket är en avgörande faktor i oländig miljö. Nyttan med en effektivisering av detta slag bedöms som stor, dels för den drabbade, dels samhällsekonomiskt. Förmågan till sjuktransport i oländig miljö är begränsad då regionens resurser inte räcker till, t.ex. när ordinarie ambulanshelikoptrar inte finns tillgängliga eller har förmåga att fullfölja uppdraget. En förstärkt förmåga till medicinsk evakuering förväntas också öka den katastrofmedicinska förmågan i landet vid såväl primär- som sekundäruppdrag. Vidare kan en samordning av befintliga nationella resurser lämpliga för transport av skadade och sjuka (flygplan, helikoptrar, båtar samt terränggående fordon och vägambulanser) stärka Sveriges sjukvårdskapacitet vid såväl stora skadeutfall som vid olyckor i områden med svag infrastruktur och i oländig miljö. Myn-dighetsövergripande samutnyttjande av helikopterresurser kräver utvecklad samverkan, överenskommelser och larm- och beredskapsplaner. Det förutsätter också övning och utbildning, godkännande av medicinsk och medicinteknisk utrustning i aktuella flygfarkoster. Med fördel utgår föreslagna organisationsmodell från de strukturer och rutiner som gäller i vardagen.

- **MSB föreslås att, i samråd med respektive huvudman, utreda och föreslå en nationell beredskapsplan för aktörsgemensamma insatser i oländig miljö, inklusive MRO-händelser.**

Den samlade nationella förmågan att hantera en större händelse eller katastrof i oländig miljö bedöms som svag, bland annat eftersom det idag saknas aktörsgemensamma planer för detta. Särskilda händelser i oländig miljö kräver en god och utvecklad förmåga att genomföra aktörsgemensamma insatser, oavsett om händelsen är av mindre karaktär eller om det gäller en större händelse med många drabbade personer.

Det är viktigt att också den mer omfattande särskilda händelsen i oländig miljö beaktas i respektive aktörs beredskapsplaner. Exempelvis engagerar en MRO-händelse (fartygskatastrof) i stort sett hela samhället och blir snabbt en nationell händelse, vilket kräver väl utvecklad aktörsgemensam förmåga till samverkan och ledning på alla nivåer, inklusive nationell och internationell nivå. Ingen enskild aktör klarar av insatsen med egna resurser.

- **MSB föreslås att, i samråd med berörda aktörer, initiera ett fortsatt arbete med målsättningen att säkerställa en aktörsgemensam terminologi som en del i en översyn av krishanteringssystemets termer och begrepp.**

En gemensam terminologi kan bidra till att förebygga missförstånd vid aktörsgemensam samverkan och ledning. Om aktörerna inte är på det klara med vad som menas riskerar arbetet att fastna i tidskrävande diskussioner som kostar både tid och pengar. Detta kan även i en förlängning orsaka förluster av liv och egendom. Det finns också en risk för att de begrepp som finns definierade återfinns på olika ställen och ibland har flera olika definitioner. Resultatet blir att innebörden av olika begrepp ständigt diskuteras i olika sammanhang, även i direkt samband med pågående händelser. Detta skapar förvirring, fel fokus och är ett resursslöseri. För att undvika detta krävs enhetlig terminologi för samverkan och ledning, inte bara vid sjukvårdsinsatser i oländig miljö.

- **MSB föreslås att utreda, beskriva och fastställa vad som är att betrakta som "fjällområde" med utgångspunkt i aktörsgemensamma räddningsinsatser.**
I lagstiftningen refereras till begreppet fjällområde, men en fastställd beskrivning som kan användas i aktörsgemensam planering och samverkan saknas.
- **MSB föreslås att, i samråd med respektive huvudman, utarbeta en nationell aktörsgemensam samverkans- och ledningsstruktur för insatser i oländig miljö.**
Redan i den inledande fasen av projektet kunde likartade behov mellan sjö-, flyg- och fjällräddning identifieras, då det krävs andra typer av utbildning, resurser och ledning för att verka i oländig miljö än de som krävs för den urbana miljön. Effektiviserad aktörsgemensam samverkan och ledning, med befintliga resurser och inom ramen för gällande regelverk, förväntas ge en ökad samlad förmåga till sjukvårdsinsatser i oländig miljö. Detta försvåras av att det finns olikheter mellan aktörernas system för samverkan och ledning av en händelse. Grunden för detta läggs med fördel, av respektive aktör, genom implementering av konceptet "Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar".
- **Regionerna föreslås skapa rutiner som säkerställer funktioner för sjukvårdsledning då beslut om sjukvårdsinsats tagits.**
Hälso- och sjukvårdens (regionernas) ledningsförmåga vid särskild händelse regleras i Socialstyrelsens föreskrift om katastrofmedicinsk beredskap. I praktiken etableras särskild sjukvårdsledning i alla sjukvårdsuppdrag, inte bara vid särskild händelse. Till skillnad från statlig räddningstjänst har hälso- och sjukvården inte någon tradition av att etablera ledningsfunktioner om ingen resurs tilldelats uppdraget eller då resursen inte kommit fram till händelseområdet. Detta utgör en svaghet och blir särskilt problematiskt vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö, då ledningsfunktioner för statlig räddningstjänst ibland inte har någon samverkanspart. Sjukvården behöver genom sin ledningsfunktion bidra med den medicinska ambitionsnivån och förmedla en bild av vad som är de viktigaste uppgifterna utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.
- **Sjöfartsverket föreslås att, i samråd med Socialstyrelsen, utreda frågan om TMAS (Tele Medical Assistance Service) för att ta fram förslag på hur denna tjänst bör organiseras.**

Bilaga 1. Referenser

1. *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*. 4 uppl. Stockholm: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2018.
2. *Samverkan för säkerhets skull*. Stockholm: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2011
3. Trinkka, J, Nordström, J, Oskarsson, P-A, Johansson, BJE. *Analysstöd för värdering av förmåga till situationsanpassad ledning och samverkan*. Del A Vägledning: Totalförsvarets Forskningsinstitut; 2018.
4. *Socialstyrelsens termbank*. <http://termbank.socialstyrelsen.se>. Socialstyrelsen; 2019
5. Nilsson, H, Kristiansson, T. *Katastrofmedicinsk beredskap – att leda sjukvård på ett särskilt sätt*. Lund: Studentlitteratur; 2015.
6. *Vägledning för beslutsfattande i samband med samhällsstörningar*. Stockholm: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2018.
7. Lundmark, T, Rosenälv, J. *VIA-metoden Metod för verksamhets- och informationsanalys*. Malmö; 2017.
8. *Traumavård vid allvarlig händelse*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
9. *Socialstyrelsens handledning för arbete med begrepp och termer*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
10. *Terminologins terminologi: Ordlistan*. Terminologicentrum; 2008.
11. *Enhetlig terminologi för fackområdet samhällsskydd och beredskap*. Socialstyrelsen; 2013.
12. *Riskanalys och händelseanalys – analysmetoder för att öka patientsäkerheten*. SKL och Socialstyrelsen; 2015.
13. Svensson, S, Cedergårdh, E, Mårtensson, O, Winnberg, T. *Taktik, ledning, ledarskap*. MSB; 2009.
14. *Framtidsstudie SAR 2.0*. Sjöfartsverket; 2018.
15. *Det framtida nordiska hälsosamarbetet*. Nordiska ministerrådet; 2014.
16. *Vård på vingar – Nationell samordning av luftburen ambulanssjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2012.

Bilaga 2. Utbildningsplan

Utbildningsplan för medföljande hälso- och sjukvårdspersonal i samband med sjukvårdsinsatser i oländig miljö

BAKGRUND

Ett projektarbete har bedrivits med utgångspunkt i befintlig lagstiftning och fastställda roller och ansvar (2019) vid aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. Med begreppet oländig miljö avses svårtillgänglig miljö som inte nås med hälso- och sjukvårdens ordinarie transportmedel.

Syftet med projektet har varit att öka förmågan till samverkan och ledning i samband med parallella räddningstjänstinsatser och sjukvårdsinsatser i oländig miljö samt att möjliggöra ett adekvat prehospitalt omhändertagande vid dessa insatser.

Målet med projektet har varit att skapa en generell aktörsgemensam syn på planering, genomförande och utvärdering av aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning, öka kunskapen om olika aktörers roller och ansvarsområden och beakta, beskriva och föreslå förändringar för en ökad framtida förmåga till aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.

Som en del i projektarbetet bildades en utbildningsgrupp som tagit fram denna utbildningsplan för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som ska kunna medfölja annat transportmedel.

PEDAGOGIK OCH METODIK

Utgångspunkter för arbetet

Utbildningsplanen är nationellt inriktad med anpassning till lokala och regionala förutsättningar.

Utbildningarna vänder sig till prehospital hälso- och sjukvårdspersonal. Legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna medfölja annan aktörs transportmedel då hälso- och sjukvårdens ordinarie transportresurser inte kan användas och på så sätt kunna ge adekvat prehospitäl vård till patienter utan att äventyra den egna säkerheten. Målsättningen är att alla ska kunna göra något och att några ska kunna göra mer.

- Vad ska läras ut?
- Varför ska det läras ut?
- Hur ska det läras ut?

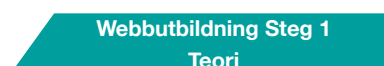
UTBILDNINGSFORM

Utbildningsgruppen valde metodiken för "Blended Learning" som är en kombinationsutbildning eller hybridutbildning mellan datorbaserat och lärarlett lärande.

UTBILDNINGSTRAPPA



Steg 1



Steg 1 är en teoretisk webbaserad utbildningsdel. Kursdeltagaren kan utföra steg 1 var och när medarbetaren vill, vilket ger hög flexibilitet. Utbildningen distribueras direkt till kursdeltagaren, vilket minskar kostnader för resor och frånvaro – inte minst med hänsyn till miljön. Interaktiv utbildning är effektiv bland annat för att den kan användas för repetition och som uppslagsverk.

Steg 1 riktar sig till samtliga medarbetare inom ambulanssjukvården och skall ses som en grund/bas för den lägsta förmåga/nivå på sjukvårdsinsats i oländig miljö. Utbildningen avslutas med ett kunskapstest.
Tidsåtgång ca 45 min.

Steg 2



Steg 2 är praktisk övning och miljöträning som innefattar planering av insats, medfölja tilldelad resurs och säkra medhavd utrustning samt att ge prehospitalet akutsjukvård i olika miljöer i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.

Förkunskaper som krävs är genomförd Steg 1-utbildning med godkänt kunskapstest.

Tidsåtgång ca 1 dag för respektive sjö-, flyg- och fjällräddningsinsats. Därefter sker årlig övning och miljöträning.

Steg 3



Steg 3 är praktisk övning och miljöträning, eventuellt med specialutrustning, tillsammans med samverkande aktörers personal vid sjö-, flyg- och fjällräddningsinsats. Kursdeltagaren ska uppnå förmåga att, efter uttransport kunna lämna transportmedlet genom t.ex. bordning/vinschning/avlastning till annan enhet/plats och genomföra omhändertagande/prehospitalet akutsjukvård.

Förkunskaper som krävs är genomförd Steg 1-utbildning med godkänt kunskapstest och Steg 2-utbildning med godkänt praktiskt test.

Tidsåtgång ca 2 dagar för respektive sjö-, flyg- och fjällräddningsinsats. Därefter sker årlig övning och miljöträning inom respektive område.

MÅLGRUPP	<p>Steg 1: Samtliga medarbetare i ambulanssjukvården</p> <p>Steg 2 och 3: Legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal</p>
FÖRKUNSKAPER	<p>Steg 2 och 3</p> <p>Legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal med kunskap om prehospital akutsjukvård samt egen sjukvårdsorganisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PS – Prehospital sjukvårdsledning® • Rakelutbildning • Hypotermiutbildning <p>Önskad förkunskap:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Katastrofmedicinsk utbildning och övning • Vinterutbildning/arbete i kyla • Fjällvana sommar/vinter
SYFTE	<p>Legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal ska efter avslutad utbildning ha ökad förmåga att transporteras med annat färdmedel än vägambulans och omhänderta drabbad/skadad i oländig miljö i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.</p>
MÅL	<p>Legitimerad prehospital hälso- och sjukvårdspersonal ska efter avslutad utbildning kunna medfölja transport med annat färdmedel än egen vägambulans i syfte att nå drabbad/skadad i oländig miljö.</p> <p>Kunna fatta inriktningsbeslut för sjukvården och medicinskt inriktningsbeslut samt utföra medicinska åtgärder på ett säkert sätt i oländig miljö i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning.</p>
INLÄRNINGSMÅL	<p>Steg 1</p> <div data-bbox="180 1261 571 1339" style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Webbutbildning Steg 1 Teori </div> <p>Kursdeltagarna ska efter utbildning kunna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medfölja annat transportmedel än egen vägambulans i syfte att nå drabbad/skadad i oländig miljö. • Ha underlag för att kunna bedöma vilken utrusning som kan och bör tas med vid transport med annat färdmedel än egen vägambulans. • Veta ansvarsförhållanden på annat transportmedel. <hr/> <p>Steg 2</p> <div data-bbox="180 1541 571 1675" style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning Webbutbildning Steg 1 Teori </div> <p>Kursdeltagarna ska efter utbildning kunna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivt ge vård under transport i annat färdmedel. <hr/> <p>Steg 3</p> <div data-bbox="180 1787 571 1964" style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> Sjö Flyg Fjäll Steg 3 Praktik/Övning Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning Webbutbildning Steg 1 Teori </div> <p>Kursdeltagarna ska efter utbildning kunna lämna annat transportmedel för prehospital vård ”på egen hand” i okänd miljö, vilket inkluderar kunskap och övning i bordning till sjöss, vinschning från helikopter m.m.</p>

FÄRDIGHETSMÅL

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 1

Deltagarna ska efter kurs klara av att:

- Identifiera drabbads tillstånd och för sjukvården fatta inriktningsbeslut och medicinskt inriktningsbeslut för sjukvårdsinsats.
- Veta vilka färdmedel som kan komma att användas.
- Kunna färdas med angivet färdmedel.
- Vara förtrogen med ansvarsförhållanden i aktuellt färdmedel.
- Vara informerad om säkerhetsrutiner och säkerhetsutrustning i angivet färdmedel.

Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 2

Deltagarna ska efter kurs klara av att aktivt kunna ge prehospital vård under transport i annat färdmedel.

Sjö Flyg Fjäll Steg 3 Praktik/Övning

Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 3

Deltagarna ska efter kurs klara av att kunna lämna annat transportmedel för att ge prehospital vård "på egen hand" i oländig miljö.

INNEHÅLL WEBBUTBILDNING**Steg 1****Webbutbildning Steg 1**
Teori

Ambitionsnivån är att samtliga medarbetare i ambulanssjukvården genomgår steg 1 som bör ses som mininivå eller lägsta förmåga/nivå på sjukvårdsinsats i oländig miljö vid sjö-, flyg- och fjällräddning.

Utbildningen ska skapa trygghet för att medfölja annat transportmedel. Genom ökad kunskap om egen och samverkande organisation elimineras osäkerhet.

- Egen säkerhet.
- Ansvar och mandat.
- Förståelse och dubbelt ansvar.
- Vilka andra organisationer finns som kan bidra med transportmedel.
- Vilka fordon/fartyg finns inom ovanstående organisationer.
- Vilka av dessa kan komma att användas för transport av hälso- och sjukvårdspersonal (utrymme ombord och möjligheter att ta med egen utrustning).
- Ansvarsförhållanden vid transport med annat färdmedel.
- Rutiner ombord/säkerhetsrutiner ombord.
- Säkerhetsutrustning.
- Information om att det kanske inte alltid är lämpligt att legitimerad hälso-/sjukvårdspersonal följer med, och om så är fallet – vem som har mandat att göra denna bedömning (p.g.a. vissa omständigheter).

INNEHÅLL SJÖ

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 1 Sjö

Övergripande information och kunskap om olika organisationers fartygstyper, dess huvudsakliga användningsområde, besättning, fartområden, styrkor och svagheter.

Täckta/öppna fartyg. Små/stora fartyg.

Ansvarsförhållanden ombord, fördelning till uppgifter (inom besättningen): "Du" som passagerare, vad ska du förvänta dig att få veta när du kommer ombord? Vilka krav kan du ställa vid utebliven information? Vem säkerställer tillräcklig säkerhetsutrustning anpassat efter uppdrag, väder och ombordvarande?

Personlig säkerhet, utrustning (vad, hur och var): Vad finns ombord, hur fungerar och hur används detta? Vad räcker (förväntas) att själv ha med sig (klädsel m.m.)?

Fartygssäkerhet, utrustning, grundläggande rutiner. Säkerhetsorganisation SAR i händelse av olycka. Möjlighet att ta med egen utrustning.

Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 2 Sjö

Praktisk utbildning (genom förevisning) ombord på olika typer av båtar/fartyg.

Öva att lasta utrustning, lasta skadad från land till båt och vice versa, ge prehospital akutsjukvård ombord, "provåka".

För utbildningen bör avdelas en heldag och helst att flera typer av båtar är samlade. Eventuellt kan heldagen kompletteras med kortare studiebesök/förevisningar av andra fartyg.

Sjö Flyg Fjäll Steg 3 Praktik/Övning Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 3 Sjö

- Avancerade moment som bordning och vinschning samt förflyttning av skadad mellan enheter till sjöss.
- Teoretisk utbildning i metodik.
- Riskmoment.
- Praktisk utbildning/övning i ovanstående.
- För utbildningen bör avdelas en dag för teori och en dag för praktik. Utbildad personal kommer inte alltid att kunna vara tillgänglig, men genom regionernas planering kan de vara gripbara inom en fastställd tid för omfördelning till dessa unika insatser.

INNEHÅLL FLYG

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 1 Flyg

- Säkerhet.
- Landningsområde.
- Säkerhet i och utanför helikopter.
- Säkerhetsbälten, brandsläckare, nödutgångar, flytvästar.
- Nödförfarande.
- Vinschning och flygning med helikopter.
- Metodik.
- Ansvarsförhållanden.
- Säkerhet under flygning/vinschning.
- Kommunikation/belysning.
- Utrustning.
- Säkerhetsutrustning.
- Lyftutrustning.
- Sjukvårdsutrustning.
- Extrautrustning och lastplaner.

Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 2 Flyg

För Steg 2 och 3 tillkommer praktik i olika svårighetsgrader.

Sjö Flyg Fjäll Steg 3 Praktik/Övning

Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 3 Flyg

För Steg 2 och 3 tillkommer praktik i olika svårighetsgrader.

INNEHÅLL FJÄLL

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 1 Fjäll

- Transportsätt för fjällräddare.
- Snöskoter med sjukvårdspulka.
- 4-hjuling.
- Helikopter, polis och olika civila modeller.
- Båt.
- Till fots med hjulbår.
- Klättrande eller på skidor.
- Krypande/klättrande i grottor.
- Fjällräddaren skall vara självförsörjande i 24 timmar vid insats – gäller även för medföljande sjukvårdspersonal.
- Kläder för väder beroende på årstid och någon form av bivacksutrustning.
- Navigations- och kommunikationsutrustning.
- Personlig säkerhetsutrustning beroende på miljön som olyckan skett i.
- Gemensam säkerhetsutrustning och första hjälpen-/sjukvårdsmateriel.

Medföljande legitimerad sjukvårdspersonal ska:

- Förstå innebörden av ett uppdrag i väglös fjällterräng.
- Kunna prioritera och välja personlig säkerhetsutrustning för miljön och årstiden.
- Ha kännedom om de olika transportsätten, fördelar och begränsningar.
- Känna till säkerhetsrutiner för transport med snöskoter/4-hjuling/helikopter/båt.
- Kunna prioritera innehåll och redogöra för vikt på medtagen sjukvårdsutrustning.
- Ha kännedom om fjällräddningens utrustning, fördelar och begränsningar.

Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 2 Fjäll

Utbyta erfarenheter med den lokala fjällräddningsgruppen som utgör primär samverkansgrupp.

Kunskap om den utrustning som fjällräddarna har/använder och kunskap om vilken sjukvårdsutrustning som behövs och kan tas med. Kunskap om olika transportmedel samt lastning av skadad och egen säkerhet.

Sjö Flyg Fjäll Steg 3 Praktik/Övning

Sjö Flyg Fjäll Steg 2 Praktik/Övning

Webbutbildning Steg 1 Teori

Steg 3 Fjäll

- Utbyta erfarenheter med specialistgrupper på alpin och grotta.
- Kunskap om den utrustning som fjällräddarna har/använder i alpin terräng och i grottor och därmed få kunskap om vilken sjukvårdsutrustning som behövs och kan tas med.
- Kunskap om olika transportmedel och lastning av skadad samt egen säkerhet.
- Öva med specialistgrupperna i specifik terräng.
- Vara samtränad/övad med fjällräddarna för att utgöra en resurs och inte en belastning, både sommar- och vintertid.

ÖVRIGT

Utbildningen ska som grund ge kännedom om att verka på/i annat transportmedel genom att informera om de alternativa transportmedlen och genom kunskap om ansvarsförhållanden, avseende i huvudsak säkerhet, eliminera osäkerheter som annars kan hindra transport med dessa färdmedel.

Målsättningen är att alla ska kunna göra något och några ska kunna göra mer.

Vara samtränad/övad med samverkande organisationer så att medarbetare utgör en resurs och inte en belastning.

Socialstyrelsen förvaltar den del av utbildningen som publiceras på myndighetens utbildningsportal.

Instruktör för hälso- och sjukvårdens egen organisation

Varje region bör utse en instruktör för hälso- och sjukvården. Instruktören ska ansvara för att kontakt och samordning med samverkande organisationers instruktörer sker regelbundet så att utbildning enligt Steg 2 och 3 kan planeras, genomföras, utvärderas och utvecklas på ett bra sätt.

Utsedda och utbildade instruktörer för hälso- och sjukvården kan via SAR- och fjällsamordnare regionalt hänvisas till instruktörer lokalt så att utbildningen förvaltas optimalt.

Utvärdering

Utbildningsgruppen fann After Action Review (AAR) som ett bra instrument att använda efter praktisk övning/miljöträning. AAR är en strukturerad dialogprocess för ständig utveckling, där team lär och delar med sig av de erfarenheter man gjort efter genomförda övningar eller insatser.

AAR

- Genomförande i fem steg.
- Vad förväntades hända?
- Vad hände?
- Varför blev det som det blev?
- Vad kan förbättras och hur?
- Vad ska vi sprida vidare?

Dialogen involverar samtliga deltagare under en övning och insats. Öppna frågor ställs så att deltagaren berättar med egna ord.

Med fokus på vad – inte på vem – för att vaska fram styrkor, svagheter och utvecklingsmöjligheter.

RESULTATMALL

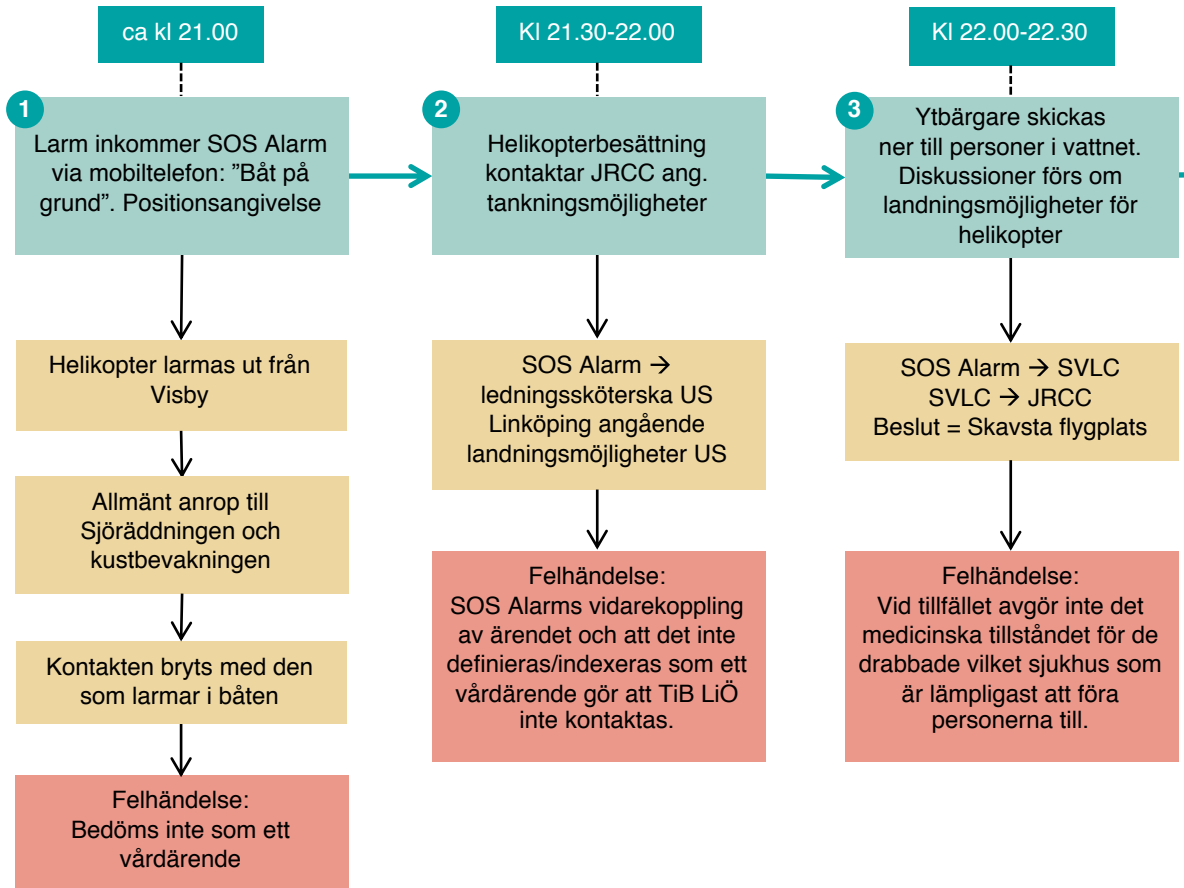
Fortsätta göra	Sluta göra	Börja göra

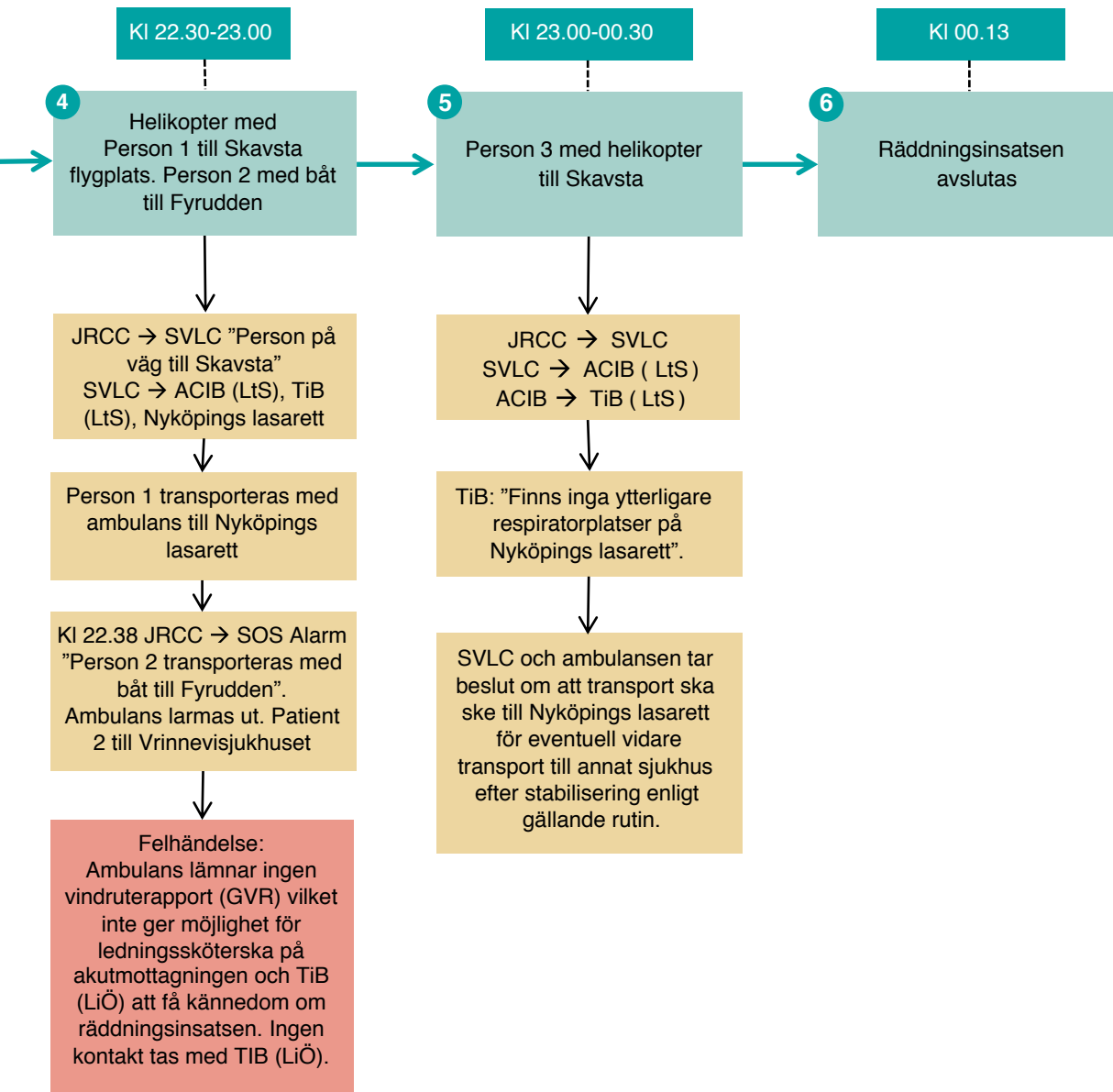
Utbildningen Steg 1, 2 och 3 för sjukvårdsinsats i oländig miljö vid sjö-, flyg- och fjällräddning bör utvärderas och uppdateras minst var femte år så att kursinnehåll stämmer med styrande regelverk och gällande behandlingsprinciper. Detta för effektiv samordning och samverkan med mål att ge god och säker prehospitalvård åt drabbad/skadad.

Kunskapstest ligger separat utanför detta dokument och består av 20 frågor.

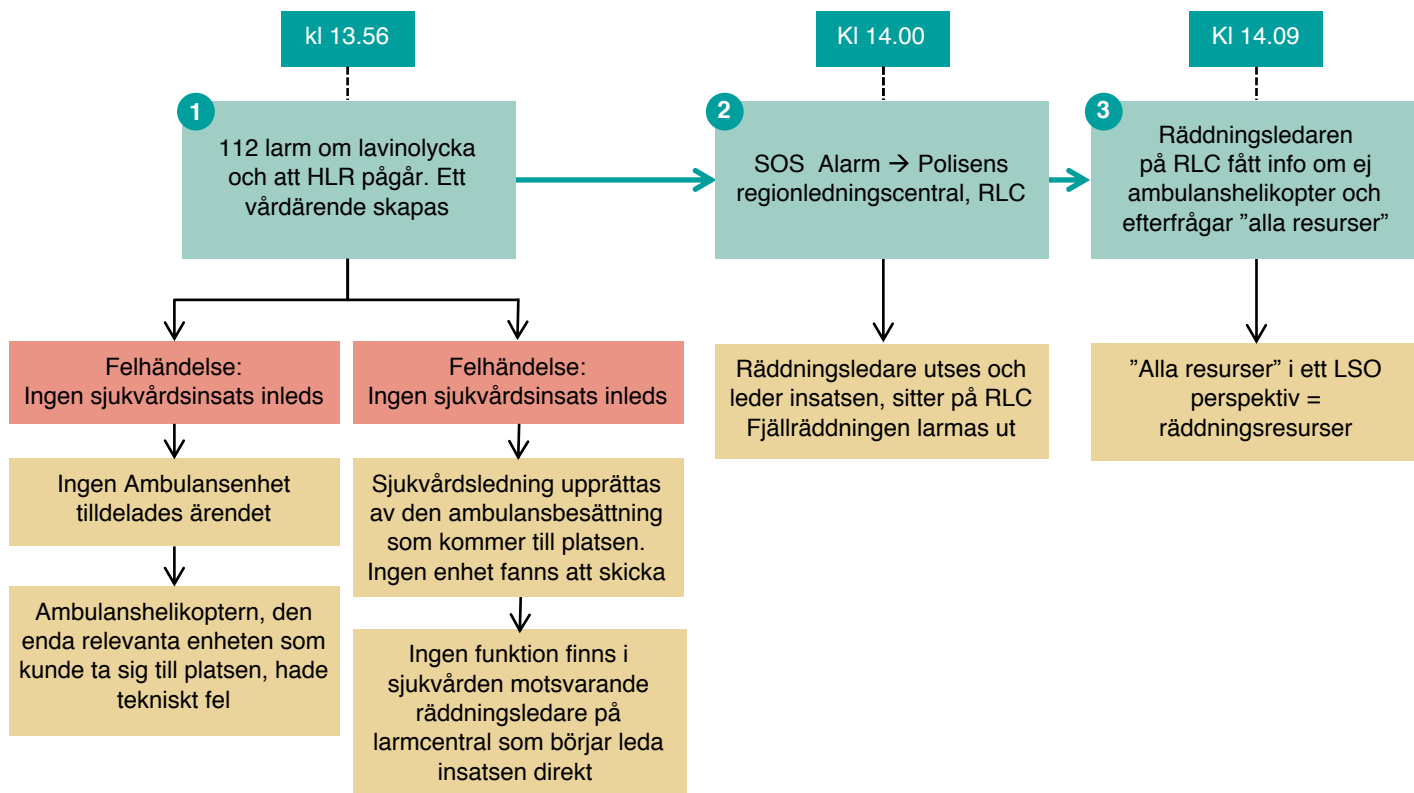
Bilaga 3. Händelseanalys

Båthaveri Harstena



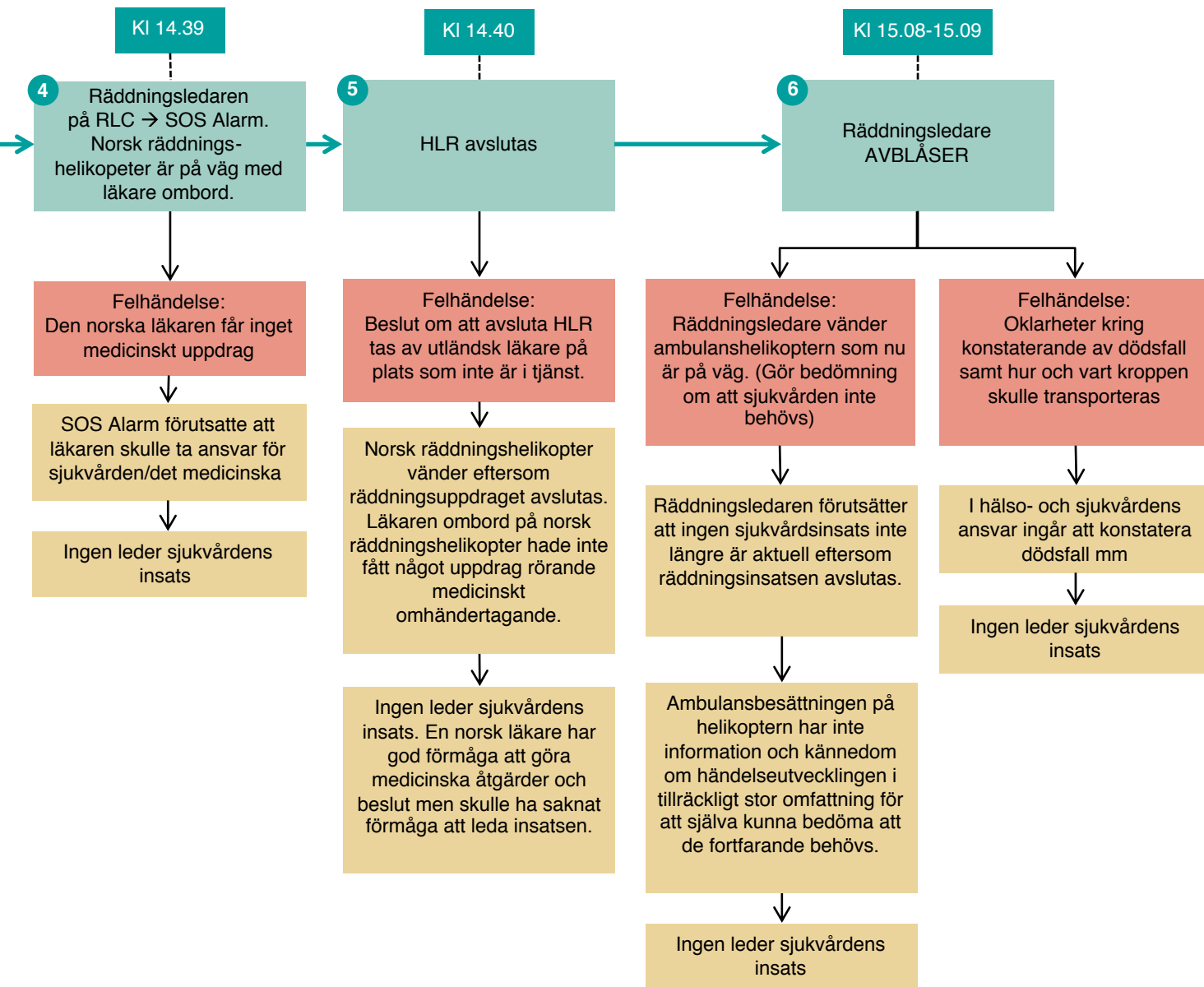


Lavinolycka



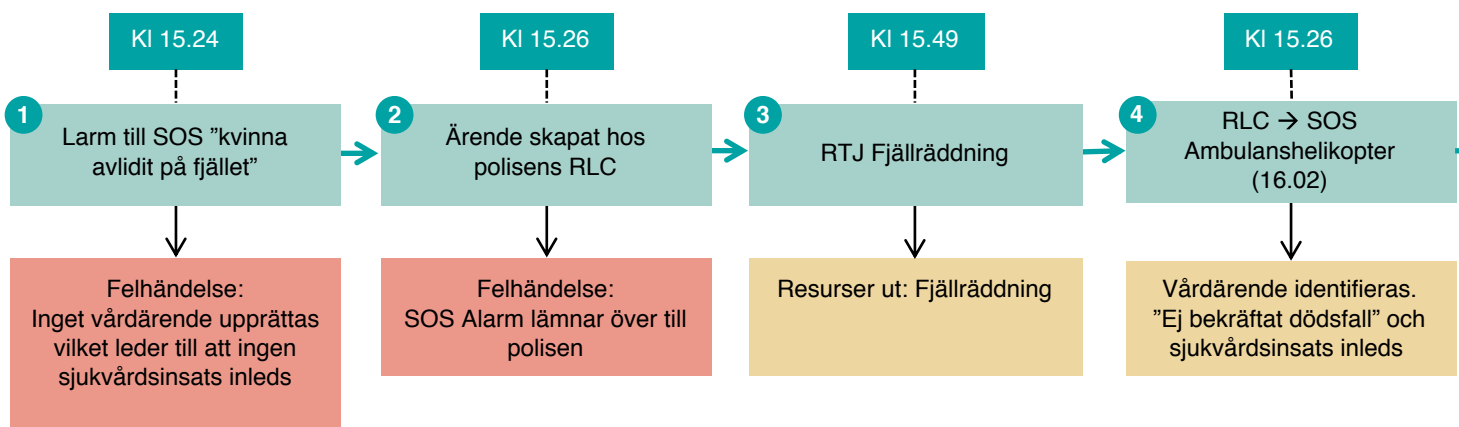
Landstingets sjukvårdsinsats – vart tog den vägen?
Citat från analysdeltagarna:

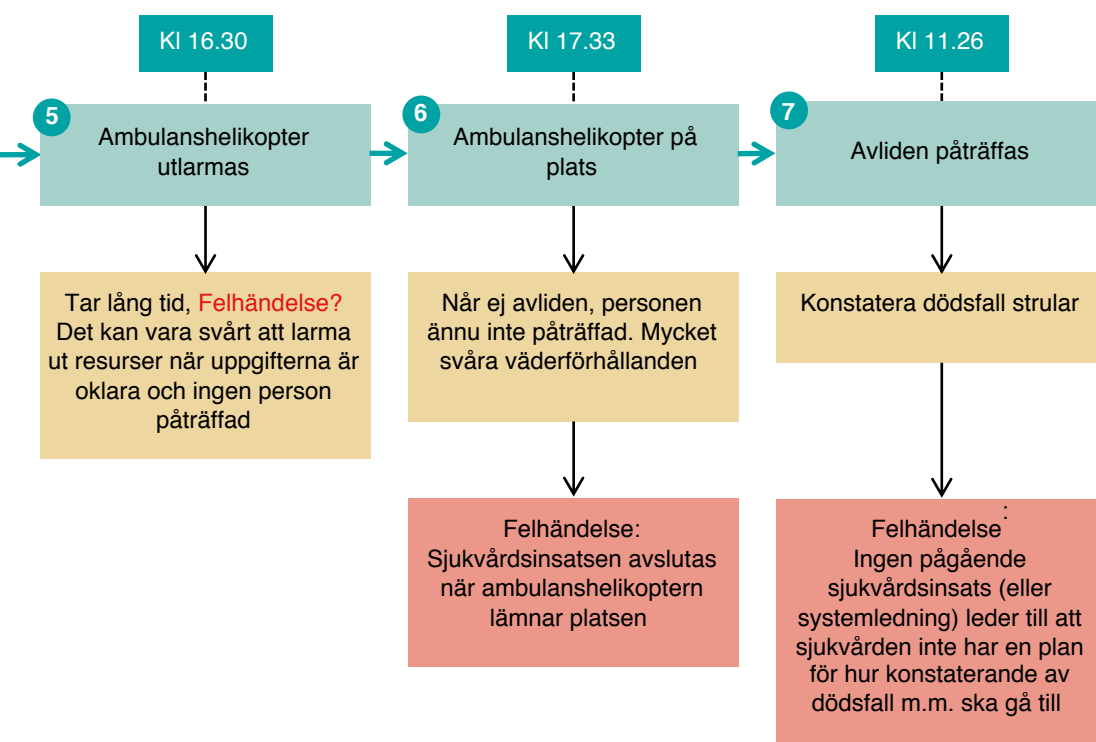
- "Ingen förstår att det pågår en sjukvårdsinsats."
- "Sjukvårdsinsatsen likställs med Fjällräddningsinsats."
- "Oklart vem som leder vad."
- "Borde kanske ha fortsatt till sjukhus", "Varm och död"



Olycksfall fjäll

Dåligt väder,
-4 grader,
11-19 m/s, snöfall.
Kvinna, 35 år





"Hur många kockar" bör avgöra nivå av samverkan = komplexitet istället för skadeutfall

Bilaga 4. Termer, begrepp och förkortningar

Term/begrepp	Definition/Förklaring	Källa	Kommentar
Aktör	Formell organisation, antingen offentlig, privat eller ideell, eller ett spontant socialt nätverk, som har betydelse för hanteringen av samhällsstörningar	Gemensamma grunder	
Aktörsgemensam	"Över organisationsgränser", i kontrast till aktörsintern. Något blir aktörsgemensamt när flera aktörer ska verka tillsammans. Det kan handla om att förstå uttryck på samma sätt, upprätta eller samutnyttja resurser eller ingå i en och samma process, till exempel en samverkanskonferens. Hanteringen av samhällsstörningar blir aktörsgemensam när mer än en aktör är inblandad och när relationer uppstår mellan dessa aktörer för att hantera händelsen	Gemensamma grunder	De aktörer som avses i detta projekt är Polismyndigheten, Sjöfartsverket, regioner och andra organisationer som arbetar på uppdrag av någon av dessa
Allvarlig händelse	Händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt (Se särskild händelse)	Socialstyrelsens termbank	
Ambulans	Transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade	Socialstyrelsens termbank	Ambulanser är försedda med medicinteknisk utrustning och bemannade med hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat utbildning. En ambulans är ett specialutrustat transportmedel för sjuktransport på väg, i vatten eller i luften
Ambulanssjukvård	Hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans	Socialstyrelsens termbank	
Brytpunkt	Geografisk plats dit enhet dirigeras i avvaktan på insats	Socialstyrelsens termbank	Inom katastrofmedicin
Fjällområde	Vanligt förekommande benämning som saknar officiell definition		
Första hjälpen	Åtgärder som omedelbart måste vidtas för att upprätthålla livsviktiga kroppsfunktioner	Socialstyrelsens termbank	Första hjälpen kan utföras av såväl hälso- och sjukvårdspersonal som av lekman
Halvhalt	Tillfälligt stopp under körning, t.ex. till eller från skadeområde		
Helhetssyn	Ett förhållningssätt som utgår från aktörers skyldighet att stödja och samverka med varandra, för att värna samhällets skyddsvärden på bästa sätt. Att ha en helhetssyn innebär att känna ansvar för mer än den egna uppgiften och att se sin egen och andra aktörers	Gemensamma grunder	
Helikopterlandningsplats	Plats där det är möjligt för helikopter att landa och starta	Socialstyrelsens termbank	Inom ett skadeområde ansvarar räddningsledaren för att utse helikopterlandningsplats
Huvudman	Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet	Socialstyrelsens termbank	
Hälso- och sjukvård	Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador	Socialstyrelsens termbank	I begreppet hälso- och sjukvård ryms även viss annan verksamhet, t.ex. abort och sterilisering. I vissa situationer kan en individriktad medicinsk åtgärd, t.ex. hälsoundersökning av blivande värnpliktiga, anses som hälso- och sjukvård trots att syftet kan vara ett annat än att behandla sjukdomar och skador
Hälso- och sjukvårdspersonal	Person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård	Socialstyrelsens termbank	
Hämtplats	Plats där personal i ambulanssjukvård hämtar patient	Socialstyrelsens termbank	Inom ambulanssjukvård och katastrofmedicinsk beredskap
llastningsplats	Plats där patient lastas i ambulans för transport till vårdenhet	Socialstyrelsens termbank	llastningsplats och hämtplats kan vara samma

Term/begrepp	Definition/Förklaring	Källa	Kommentar
Informationsdelning	Olika former av aktiviteter, med eller utan systemstöd, där information inhämtas, utbyts och förmedlas mellan aktörer i syfte att skapa förståelse för vad som har inträffat och vilka relevanta åtgärder som behöver vidtas	Gemensamma grunder	
Inriktning	Orientering av tillgängliga resurser mot formulerade mål. Inriktning är en effekt hos de resurser som hanterar samhällsstörningar. Varje aktör har alltid en egen inriktning. När flera aktörer fungerar tillsammans finns det också en aktörsgemensam inriktning	Gemensamma grunder	
Insatsledning	Insatsledning utövas för att genomföra en insats inom de ramar systemledningen satt upp. Vid flera samtidigt pågående händelser finns det en beslutsdomän för insatsledning per insats	SOU 2018:54. En effektivare kommunal räddningstjänst	
Katastrof	Särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas	Socialstyrelsens termbank	Inom hälso- och sjukvård är katastrof en särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet, och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav för medicinsk behandling trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas
Katastrofmedicinsk beredskap	Beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera negativa konsekvenser vid särskild händelse	Socialstyrelsens termbank	
Krisberedskap	Beredskap för att kunna förebygga, motstå och hantera krissituationer	Socialstyrelsens termbank	Krisberedskap upprätthålls genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris
Larmcentral	Plats där larm tas emot och vidarebefordras till berörda instanser	Socialstyrelsens termbank	
Larmoperatör	Person på larmcentral som tar emot larm, bedömer och prioriterar behov av hjälpinsatser eller vidarebefordrar larm till berörda instanser	Socialstyrelsens termbank	Exempel på berörda instanser är polis, hälso- och sjukvård eller räddningstjänst. Larmoperatörer är hälso- och sjukvårdspersonal i de fall de handlägger sjukvårdsärenden
Ledning	Funktion som, genom att en aktör bestämmer, åstadkommer inriktning och samordning av tillgängliga resurser. Ledning förknippas ofta med hierarkier och enskilda organisationer, men kan också ske i aktörsgemensamma situationer. Ledning kan grundas i mandat (juridisk grund) eller i överenskommelse (social grund)	Gemensamma grunder	För att åstadkomma inriktning och samordning behöver samverkan- och ledningsfunktionen kunna förstå vad som händer, hur situationen kommer att utvecklas, vad som behöver göras och kunna utöva inflytande på resurser
Ledningsplats	Plats varifrån ledning utövas	Socialstyrelsens termbank	
Livshotande tillstånd	Tillstånd som på grund av sjukdom eller skada innebär fara för en människas liv	Socialstyrelsens termbank	
Lägesanalys	Organiserad aktivitet för att strukturerat analysera händelsen, dess konsekvenser och samverkan vid samhällsstörningar. Lägesanalysen kan genomföras både aktörsinternt och aktörsgemensamt och bygger på antingen en aktörspecifik lägesbild eller en samlad lägesbild	Gemensamma grunder	
Lägesbild	En aktörs urval av särskilt viktiga aspekter från den tillgängliga informationsmängden, i form av beskrivningar och bedömningar före, under och efter en händelse	Gemensamma grunder	
Medicinskt ansvarig	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder	Socialstyrelsens termbank	Medicinskt ansvarig är en tilldelad roll som till exempel förekommer när särskild sjukvårdsledning och prehospital sjukvårdsledning etableras. Rollen förekommer också inom kommunal vård och omsorg

Term/begrepp	Definition/Förklaring	Källa	Kommentar
Oländig miljö	Svårtillgänglig miljö, t.ex. väglöst land eller hav		
Omlastningsplats	Plats där drabbad eller materiel byter transportmedel		
Perspektivförståelse	Förståelse för andra aktörers perspektiv, som komplement till det egna perspektivet, som skapar förutsättningar för aktörsgemensam hantering. Aktörer tolkar företeelser och händelser ur olika perspektiv, som utgår från aktörernas egna uppdrag, verksamheter och förmågor	Gemensamma grunder	
Prehospital akutsjukvård	Omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vårdenhet av hälso- och sjukvårdspersonal	Socialstyrelsens termbank	
Prehospital sjukvårdsledning	Ledningsfunktion inom ambulanssjukvården som åstadkommer inriktning och samordning av hälso- och sjukvårdens insatser utanför vårdenhet	Socialstyrelsens termbank	Prehospital sjukvårdsledning åstadkommer inriktning och samordning genom ledning och samverkan, och förekommer på lokal nivå. Består av sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig. I tillägg till detta finns funktionen förstärkt sjukvårdsledare prehospitalt, FSP
Räddningsledare	Räddningsledare är en juridisk funktion som ett befäl från kommunal eller statlig räddningstjänstorganisation utövar under en räddningsinsats. Det finns alltid en räddningsledare vid en räddningsinsats som ansvarar och beslutar om hur insatsen skall genomföras	Lag (2003:778) om skydd mot olyckor, LSO	
Samordning	Anpassning av aktiviteter och delmål så att tillgängliga resurser kommer till största möjliga nytta. Samordning handlar om att aktörer inte ska vara i vägen för varandra, och hjälpa varandra där det går. Samordning är en effekt hos de resurser som hanterar samhällsstörningar	Gemensamma grunder	
Samverkan	En funktion som, genom att aktörer kommer överens, åstadkommer inriktning och samordning av tillgängliga resurser	Gemensamma grunder	För att åstadkomma inriktning och samordning behöver samverkan- och ledningsfunktionen kunna förstå vad som händer, hur situationen kommer att utvecklas, vad som behöver göras och kunna utöva inflytande på resurser
SamSAR	Samverkan Search And Rescue		Projektnamn
SAR-region	Search And Rescue-region		Geografiskt område för regional samverkan
Sjuktransport	Se sjuktransportorganisation	Socialstyrelsens termbank	
Sjuktransportorganisation	Organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet	Socialstyrelsens termbank	Den transport som utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet benämns sjuktransport
Sjukvård	De vårdrelaterade uttrycken t.ex. vårdbehov, sjukvård, sjukvårdsinsats, vårdärende och hälso- och sjukvård används i olika sammanhang i denna rapport. Samtliga vårdrelaterade uttryck innefattas i detta sammanhang under hälso- och sjukvårdslagstiftningen		
Sjukvårdsgrupp	Grupp bestående av hälso- och sjukvårdspersonal med särskild katastrofmedicinsk utbildning som är utrustad för att arbeta inom skadeområde	Socialstyrelsens termbank	Sjukvårdsgruppen sänds ut från en vårdenhet och kan bestå av en läkare samt en sjuksköterska eller undersköterska
Sjukvårdsinsats	Se kommentar	Socialstyrelsens termbank	Termen sjukvårdsinsats används om hälso- och sjukvård inom prehospital akutsjukvård och katastrofmedicin för att skilja sjukvårdsinsatsen från andra typer av insatser, såsom polisinsats och räddningsinsats

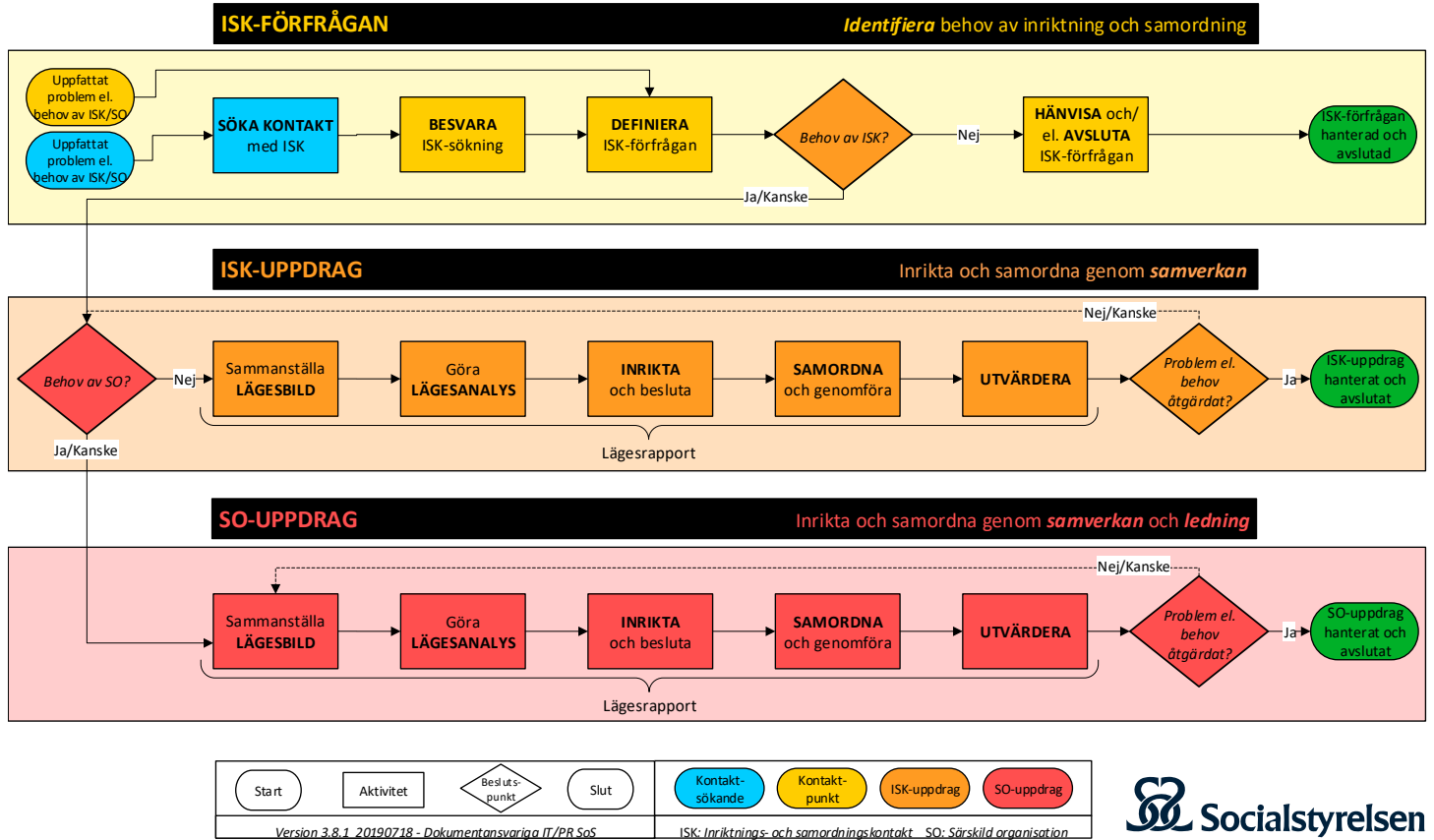
Term/begrepp	Definition/Förklaring	Källa	Kommentar
Sjukvårdsledare	Hälso- och sjukvårdspersonal som leder sjukvårdens arbete	Socialstyrelsens termbank	Sjukvårdsledare utses när särskild sjukvårdsledning eller prehospital sjukvårdsledning etableras
Skadeområde	Område i anslutning till skadeplats inom vilket hälso- och sjukvårds-, polis- och räddningsinsatser leds och organiseras vid en skadehändelse	Socialstyrelsens termbank	Område i anslutning till skadeplats inom vilket sjukvårds-, polis- och räddningsinsatser utförs
Skadeplats	Plats där skadehändelse har inträffat	Socialstyrelsens termbank	Plats i anslutning till skadehändelse där insats behövs för att hantera skada
Stab	Grupp tillsatt utifrån kompetenser som krävs för att lösa en viss uppgift och som utgör ledningsstöd åt chef	Socialstyrelsens termbank	Vid arbete inom en särskild sjukvårdsledning avses med stabchef den person som leder stabens arbete med att ta fram underlag för överordnad chefs beslut
Svensk ekonomisk zon	Lag (1992:1140) om Sveriges ekonomiska zon 1 §		Sveriges ekonomiska zon omfattar de områden utanför sjöterritoriet (Bilaga 4 till lag 2107:1272 om Sveriges sjöterritorium och maritima zoner)
Systemledning	Systemledning utövas för att leda verksamheten på övergripande nivå vilket innebär att definiera hela organisationens roll, sätta ramar samt prioritera och fördela resurser medan beredskap upprätthålls för övrig riskbild. Systemledning utövas kontinuerligt i tiden	SOU 2018:54. En effektivare kommunal räddningstjänst	
Särskild händelse	Händelse som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt	Socialstyrelsens termbank	Särskild händelse används inom hälso- och sjukvård för olika typer av samhällsstörningar, inklusive misstanke eller hot om sådana. Exempel: transportolyckor, explosioner, bränder, utbrott av allvarlig smitta, spridning av farliga ämnen, infrastrukturstörningar, publika evenemang, statsbesök samt psykosocial påverkan på samhället
Särskild sjukvårdsledning	Ledningsfunktion som skapar inriktning och samordning av hälso- och sjukvårdens insatser vid särskild händelse	Socialstyrelsens termbank	Särskild sjukvårdsledning åstadkommer inriktning och samordning genom ledning och samverkan, och kan förekomma på lokal, regional och nationell nivå
Territorialgräns		Havs- och vattenmyndigheten	12 nautiska mil utanför baslinjen (Lågvattenlinjen utmed kusten sådan den angivits i av kuststaten officiellt erkända sjökort)
Tjänsteman i beredskap	Ständigt bemannad funktion som ansvarar för att initialt hantera information om misstänkt särskild händelse	Socialstyrelsens termbank	Tjänsteman i beredskap har till uppgift att ta emot larm och verifiera inkomna uppgifter. Därefter ingår i uppdraget att antingen åstadkomma inriktning och samordning av sjukvårdens insatser genom samverkan, eller besluta att etablera särskild sjukvårdsledning för den egna ledningsnivån. Tjänsteman i beredskap finns på nationell och regional nivå. Tjänsteman i beredskap förkortas TiB
Uppgiftsledning	Uppgiftsledning sker för att utföra uppgifter vid en insats enligt direktiv från nivån insatsledning och handlar om ett mycket avgränsat perspektiv och enskilda uppdrag eller åtgärder under ledning av insatsledningen	SOU 2018:54. En effektivare kommunal räddningstjänst	
Uppsamlingsplats för döda	Plats inom skadeområde dit avlidna förs för identifiering och registrering efter att ha dödförklarats av läkare	Socialstyrelsens termbank	Räddningstjänsten upprättar uppsamlingsplatsen för döda, vilken polisen därefter ansvarar för
Uppsamlingsplats för skadade	Plats inom skadeområde dit skadade förs för prioritering, behandling och registrering före avtransport	Socialstyrelsens termbank	Räddningstjänsten upprättar uppsamlingsplatsen för skadade, polisen sköter registreringen av de skadade medan sjukvården ansvarar för omhändertagandet av de skadade
Vårdärende			Inom hälso- och sjukvård

Förkortning	Förklaring
AAR	After Action Review
AXG	Akutsjukvård i extrem glesbygd
BEAC	Barents Euro-Arctic Council
CRF	Centralt räddningstjänstforum
FIR	Flyginformationsregion
FOI	Totalförsvarets Forskningsinstitut
HLR	Hjärt-lungräddning
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen
ICAR	International Commission for Alpine Rescue
ICS	Incident Command System
ILO	International Labour Organization
IMO	International Maritime Organisation
ISK	Inriktnings- och samordningskontakt
ISO	Internationella standardiseringsorganisationen
IVPA	Första hjälpen i väntan på ambulans enligt 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter
JRCC	Joint Rescue Coordination Centre
LCK	Ledningscentral Kåringberget
LSO	Lag om skydd mot olyckor
OSC	On Scene Coordinator. Räddningsledarens förlängda arm ute på fältet. Till OSC kan räddningsledaren utse vem som helst, men det är vanligtvis en skeppare på en räddningsenhet eller befälhavaren på ett handelsfartyg.
PIC	Polisinsatschef
PPS	Praktisk Projektstyrning
RLC	Regional ledningscentral
SamSAR	Samverkan Search And Rescue
SAR	Search And Rescue
SHK	Statens haverikommission
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
SLAO	Svenska Skidanläggningars Organisation
SRR	Search and Rescue Region
SVEFRO	Svenska Fjällräddares Riksorganisation
TiB	Tjänsteman i beredskap (se även s 83)
VIA	Verksamhets- och informationsbehovsanalys
WHO	World Health Organization
WIS	Webbaserat informationssystem

Bilaga 5. Deltagande organisationer

Organisation	Process- analys	Terminologiskt arbete	System/ Verksamhets- analys	Genomlysning Juridik	Genomlysning Fjällrädd- ningsper- spektiv	Genomlysning Sjöräddnings- perspektiv	Mid Term Conference	Utbildnings- process
Myndighet								
Polismyndigheten	3	2	2	2	5		5	1
Sjöfartsverket	9	2	2	1	2	1	9	3
Kustbevakningen	2						1	
MSB	3			1			2	
Socialstyrelsen	2	3	3	2	2	1	4	
FOI	2	1	1					
Försvarsmakten	1	1	1					
Region								
Jönköping	1	1	1					
Västmanland	1							
Östergötland	3	2	2			1	3	
Sörmland	2							
Kronoberg	1					1		
Skåne	1	1	1			1	1	1
Gotland	1					1		
Halland	2							
Kalmar	2					1	2	
Uppsala	3							
Stockholm	2					1	1	
Blekinge	1					1		
Norrbottn	1				2	1	1	
Västerbotten	1				2	2	3	
Västra Götaland	1					2	1	
Dalarna					1		1	
Jämtland Härjedalen					3		1	
Frivilligorganisationer								
Fjällräddarna (SVEFRO)					2			
Sjöräddningssällskapet	2						1	1
Kommunal räddningstjänst								
Kiruna	1	1	1		1		1	
Åre					1			
Övriga aktörer								
SOS Alarm AB	2	1	1		2		3	
Svensk Luftambulans	2							
Katastrofmedicinskt centrum	2					1		
Scandinavian Air Ambulance	1							
Sveriges Kommuner och Landsting				1				

Bilaga 6. Process för inriktning och samordning





www.sjofartsverket.se/samsar