



Myndigheten för  
samhällsskydd  
och beredskap



KTH Arkitektur  
och samhällsbyggnad

# Svenska myndigheters erfarenhetsåterföring

Bilaga 2. Intervjutexter

## **Bilaga 2. Intervjutext**

I bilaga 2 redovisas intervjutexterna. Telefonintervjuerna spelades in, skrevs ut i textform och sorterades in under rubriker som sedan sorterades in i kategorier (se huvudrapporten, sida 12). Kategoriseringen har använts i analysen. Här redovisas intervjutexterna i rubrikutförande. Varje deltagare har fått möjlighet att justera sin text vid två tillfällen: såsom texterna ser ut här, det vill säga före sorteringen i kategorier, samt i den slutgiltiga versionen som den presenteras i rapporten. Intervjufrågorna finns i bilaga 1, se huvudrapporten.

# Innehållsförteckning

Arbetsmiljöverket.....	4
Banverket.....	8
Barnombudsmannen.....	12
Boverket.....	16
Elsäkerhetsverket.....	20
Försvarsmakten.....	23
Konsumentverket.....	27
Kriminalvården.....	32
Kustbevakningen.....	34
Livsmedelsverket.....	36
Läkemedelsverket.....	40
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.....	44
Naturvårdsverket.....	49
Rikspolisstyrelsen.....	54
Sveriges geologiska undersökning.....	56
Statens haverikommission.....	63
Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut.....	67
Socialstyrelsen.....	69
Strålsäkerhetsmyndigheten.....	73
Transportstyrelsen (Järnvägsavdelningen).....	78
Transportstyrelsen (Luftfartsavdelningen).....	81
Transportstyrelsen (Sjöfartsavdelningen).....	86
Vägverket.....	89
Eskilstuna kommun.....	94
Falu kommun.....	99
Öckerö kommun.....	104

# Arbetsmiljöverket, Solfrid Nilsen

**Avdelning:** Avdelningen för regelarbete och expertstöd.

**Arbetsuppgifter:** Projektledare för myndighetens djupstudier. Medverkar även i övergripande utvecklingsprojekt.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 2 juli 2008.

## Allmänt om olycksutredning

Arbetet med olycksutredning har hög prioritet inom Arbetsmiljöverket även om myndigheten enligt lag inte har skyldighet att utreda olyckor. I Arbetsmiljöverkets föreskrifter definieras en olycka på följande sätt:

"Olycksfall innebär fysisk eller psykisk skada till följd av en plötslig händelse. Ett olycksfall kan leda till såväl en lindrig skada som till dödsfall."

Ett tillbud definieras på detta sätt i samma föreskrifter:

"Ett tillbud är en oönskad händelse som kunnat leda till ohälsa eller olycksfall. Allvarliga tillbud är händelser som i sig innebär stor fara för ohälsa eller olycksfall. Det behöver inte finnas någon fara för person i den aktuella situationen. Ett exempel är en explosion i en lokal där ingen vistas för tillfället. Tillbud är ofta en följd av brister i arbetsmiljöarbetet."

Arbetsmiljöverket har inga möjligheter att välja olycksutredningar utifrån sakområden. Alla arbetsplatsrelaterade olyckor faller inom myndighetens ansvarsområde. Ett av myndighetens uppdrag är att arbeta för att minska ohälsa och risken för arbetsolyckor. Myndighetens preventiva arbete sker till stor del genom inspektionsverksamheten.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Enligt arbetsmiljölagstiftningen är arbetsgivaren skyldig att rapportera allvarigare olyckor och tillbud som sker på arbetsplatser till Arbetsmiljöverket. Detta kan arbetsgivare göra via telefon, fax eller genom det särskilda formulär som finns på myndighetens hemsida. Det händer att arbetsgivare av olika anledningar missar att anmäla olyckor och att vetskap om en olycka kommer till myndighetens kännedom via media.

Det är svårare att exakt specificera vad som ska rapporteras när det handlar om tillbud och därför sker en viss överrapportering av sådana. Tillbud utreds och hanteras i övrigt på samma sätt som olyckorna.

Arbetsmiljöverkets olycksutredningar sparas i en intern databas (SARA) som alla anställda har tillgång till. Utöver detta producerar myndigheten en officiell årlig sammanställning av alla arbetsskador (olyckor och sjukdomar som samlas i informationssystemet om arbetsskador,

ISA). Informationssystemet och statistiken bygger på arbetsskador som anmäls enligt Lagen om arbetsskadeförsäkring (SFS 1976:380) och Lagen om statligt personskadeskydd (SFS 1977:265).

## Utredning av olyckor

I det fall det är fråga om en allvarlig olycka eller ett allvarligt tillbud genomför något av de tio inspektionsdistrikten en inspektion. Själva genomförandet av inspektionen är reglerat i interna föreskrifter. Just nu pågår ett utvecklingsarbete gällande olyckor och olycksutredning. Myndigheten arbetar med inspektion av olyckor för att kunna ställa krav på arbetsgivaren att vidta åtgärder denne enligt lag har en skyldighet att genomföra. Även djupstudier är betydelsefulla i syfte att höja kunskapen inom specifika områden där riskerna anses vara höga. Även vilka händelser som bör inspekteras regleras i myndighetens interna föreskrifter (Regler för inspektion, avsnitt 4.3). Platsbesök är inte alltid möjligt. Dock är det i första hand arbetsgivaren som har utredningsansvar vid olyckor. Det händer att inspektören tar del av arbetsgivarens utredning men är inget som sker per automatik.

Inspektioner och djupstudier genomförs av inspektörerna ute på distrikten. Särskild experthjälp utifrån har hittills inte varit något man använt sig av men funderingar finns att i framtiden vid behov göra det. Det skulle då kunna handla både om experter som stöd till ansvarig inspektör och att låta experter genomföra själva utredningsarbetet.

Olycksfallsutredningar är en viktig del för planeringen av inspektionsarbetet. Utredningarna kan indikera behov av marknadskontroll, fungera som underlag för statistik eller informationsmaterial vid möten med olika branscher, påvisa behov av uppföljning inom sakområden samt fungera som underlag vid regel- och föreskriftsarbete

I djupstudiearbetet görs fallbeskrivningar av enskilda olyckshändelser. Syftet med arbetet är att ge svar på bakomliggande orsaker som påverkat eller framkallat en olycka samt att ge förslag på förebyggande åtgärder som sedan kan återkopplas till myndighetens verksamhet samt ge ett underlag för kommande prioriteringar av tillsynen.<sup>1</sup> Målet är att genomföra tio djupstudier varje år. Metoden som används är händelseutredning med MTO-analys (människa-teknik-organisation). Varje djupstudie redovisas för myndighetens ledningsgrupp och alla åtgärdsförslag tas om hand av en ledningsgrupp på lägre nivå. Åtgärdsförslagen delas in i olika nivåer utifrån hur akuta dessa bedöms vara och utifrån de resurser som finns. De flesta tas omhand i den årliga planeringen. Varje år kommer djupstudierna att sammanställas i en årlig rapport varvid en djupare analys kommer att genomföras samt de förslagna åtgärderna värderas. Kommunikation är något som myndigheten arbetar mycket med, både internt och externt. Det finns information om djupstudieverksamheten på Arbetsmiljöverkets externa hemsida och projektet har en egen sida på myndighetens intranät som alla anställda har tillgång till. Studierna genomförs av inspektörer med utbildning i

---

<sup>1</sup> Arbetsmiljöverkets intranät, 2009-11-20

olycksutredning. Varje distrikt bör ha minst två kvalificerade djupstudieutredare men detta är självklart beroende på vilka resurser myndigheten kan tillhandahålla. Hur lång tid en utredning tar varierar. Det har beslutats att en djupstudier som mest får ta 35 dagar.

Vad gäller olycksutredningsmetodik har Arbetsmiljöverket beslutat att använda Händelseutredning med MTO analys (människa, teknik, organisation) vid genomförande av djupstudier. Metodiken har även tidigare till viss del varit synlig i utredningsarbetet men ska från och med nu bli ännu tydligare.

Det finns idag en ganska omfattande utbildning för inspektörer med möjlighet till olika fördjupningar. Att fördjupa sig inom olycksutredning kommer i fortsättningen att prioriteras.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Arbetsmiljöverket arbetar aktivt med att förbättra spridning och återföring av resultat och kunskap från olycksfallsutredningar (djupstudier etc.). Hur detta sker varierar beroende på vilken nivå utredningarna har. Det sker dock alltid en återkoppling efter genomförd inspektion av en olycka eller en utredning eftersom resultaten ska återföras till arbetsgivaren. Ett annat sätt att sprida erfarenheter är att myndigheten väljer att gå ut med information på nationell nivå i media. En kommunikationsplan är en del av varje utredning/studie. I planen anges vem som ska ha informationen, vad det är som kommuniceras samt hur resultaten av utredningen ska användas.

Systematik och processer för erfarenhetsåterföring är under utveckling. I processbeskrivningen för djupstudierna beskrivs tydligt hur resultaten från studierna ska användas både ute på distrikten och på huvudkontoret. Det kan gälla information, seminarier och konferenser likväl som föreskrifter och behov av forskning.

Arbetsmiljöverket har samverkansavtal med ett antal andra myndigheter. I dessa avtal är uttryckt att samverkan vid olyckor ska ske. Sådana avtal finns bland annat med Elsäkerhetsverket, Banverket, Vägverket etc. En del andra samarbeten med andra aktörer förekommer också. Vissa av inspektionsdistrikten har väl utvecklade samarbeten med andra myndigheter. Emellertid saknar samverkansavtalen med andra myndigheter erfarenhetsåterföringsperspektivet. Det har föreslagits att dessa avtal ska ses över eftersom det finns behov av att formalisera samarbetena. I dagsläget står i avtalen ATT samverkan ska ske men inte HUR. Avtalen behöver bli mer specifika.

Vissa samarbeten med myndigheter i andra länder finns, exempelvis ett europeiskt samarbete där det finns möjlighet att ställa frågor inom vissa sakområden. Solfrid Nilsen har ganska nyligen besvarat en sådan fråga där någon undrade hur de olika länderna utreder olyckor. Resultatet av denna förfrågan kommer den som ställt frågan till del. Ytterligare ett samarbete som finns är the European Safety, Reliability and Data Association (ESReDA) som anordnar konferenser, seminarier etc. men detta är mer på forskningsnivå vilket kan upplevas som väl teoretiskt för den som arbetar praktiskt med olycksutredning.

Diverse mer sporadiska kontakter med olika myndigheter finns, även ett nordiskt samarbete men inget särskilt har upprättats för olycksutredningar och arbetsmiljö.

## **Uppföljning och utvärdering**

Utvärdering av det egna arbetet har inte fungerat tillfredsställande och systematik för detta saknas. Dock är det något som mer och mer införlivas i verksamheten.

Generellt är uppföljning något som behöver förbättras. Det finns möjlighet att ta ut statistik om genomförda olycksutredningar från databasen men det är inget som sker annat än sporadiskt. Ett undantag är när den årliga statistikrapporten tas fram.

Genom de interna föreskrifterna (processbeskrivningar för genomförande och uppföljning) finns system för att hålla kunskap kvar i myndigheten. Det finns än så länge inga speciella rutiner för erfarenhetsåterföring i form av särskilda grupper men det planeras för att inspektörer som arbetar med djupstudierna kommer att få möjlighet att träffas några gånger per år för att utbyta erfarenheter.

Hittills har inte en genomgång av alla inträffade olyckor under en viss period prioriterats. Det är något som man hoppas bli bättre på genom utvecklingsarbetet. Olycksstatistiken kan exempelvis användas för att identifiera särskilt riskbenägna arbetsplatser, och därför är databasen ett viktigt incitament för hur tillsynsinsatserna ska planeras. I princip är det att anse som ett krav att varje gång en inspektör planerar en inspektion ska denne också se efter i databasen för att få vetskap om vad som hänt på arbetsplatsen tidigare. Detta kan också ses som en slags uppföljning, en typ av direkt återkoppling.

## **Diverse**

Tre områden betonas särskilt vara i behov av förbättring:

- Uppföljning och återkoppling av resultaten från utredningar, hur dessa används internt och externt samt feedback till inspektörerna.
- Samverkan med andra myndigheter. Solfrid Nilsen tror det finns mycket att vinna på att formalisera samarbetena genom att bland annat uttala vad som ska göras. De befintliga nätverken är bra men det skulle kunna bli ännu bättre om det styrdes upp mer.
- Bättre stödsystem. Ett väl fungerande rapporteringssystem för inkommande utredningar där det också går att följa vad som händer i ett ärende vore önskvärt.

Solfrid Nilsen poängterar också risken med att utredningar hanteras som en produkt "som stoppas in i en bokhylla där inget händer". Därför menar hon att beskrivningar av hela proceduren måste till och där måste även finnas en tydlig avslutning. Det måste finnas en tydlig beskrivning av hur utredningarna ska användas och vem som ska ansvara för detta.

# Banverket, Erik Lindberg

**Avdelning:** Avdelningen för expertstöd trafik och elsäkerhet.

**Arbetsuppgifter:** Risk- och forskningsfrågor, samverkan med andra myndigheter, etc.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 26 juni 2008.

## Allmänt om olycksutredning

Olyckorna som faller inom Banverkets ansvarsområde inträffar inom järnvägsdriften. Ett antal klassificeringar av olyckstyper finns:

- Kollision (sammanstötning mellan järnvägsfordon)
- Urspåring (tåg lämnar räls)
  - Det har i Sverige inträffat två kollisions- och urspårningsolyckor med dödlig utgång sedan 1990.
- Plankorsningsolyckor
  - Det inträffar ungefär 30 plankorsningsolyckor per år, ca 10 av dem med dödlig utgång. De som omkommer i plankorsningsolyckor är i princip enbart bilförare.
- Påkörning
  - En sammanstötning mellan ett järnvägsfordon och annat föremål såsom en sten eller ett träd som fallit ner på spåret.
- Brand i järnvägsfordon eller i annan egendom till följd av järnvägstrafik
  - Tågen kan orsaka bränder i annan egendom genom exempelvis gnistor som bildas vid inbromsning som tänder eld på torrt gräs och liknande.
- Personolycka
  - Det här är den vanligaste typen av allvarlig olycka. Kategorin innefattar olycka där person skadas och där kriterierna för olyckan inte stämmer in i det ovanstående. I ca 99 procent av fallen handlar det om personer som blir påkörda av tåg. Det är i den här kategorin som det sker flest dödsfall (ungefär 80-100 stycken per år). Självmord tillhör kategorin och dessa utgör cirka hälften av dödsfallen.
- Utsläpp
  - Farligt gods etc.
- Elolyckor
  - Inträffar mellan två till fem per år. Dödsfallen är ungefär en eller två per år. Vid dödsolyckor är det ofta ungdomar som klättrar på tågen som kommer åt kontaktledningen som driver tåget framåt.
- Övrigt



## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Kraven på Banverket är strikta vad gäller rapportering av olyckor. Rapporteringen sker till stor del internt genom de interna larmkedjorna. När något inträffar i järnvägssystemet är det viktigt att någon från myndigheten snabbt kommer ut på olycksplatsen för att se över säkerheten. Det är ofta den personen, det vill säga förste man på plats, som samlar in fakta kring själva händelsen. Utredarna har ofta ett stort geografiskt ansvarsområde vilket gör att det kan vara svårt för dem att komma ut på plats snabbt. Därför sköts faktainsamlingen ofta av någon som redan befinner sig på plats. Dessa personer ska alltid ha utbildning i hur arbetet ska gå till.

Banverkets personal har telefonpassning hela dygnet genom att utredarna har beredskap. Om något inträffar utanför kontorstid ska det alltid finnas en utredare att kontakta. Kärnan i det här systemet är utredningscentralerna där trafikledarna finns. Dessa är bemannade dygnet runt. Alla anställda inom myndigheten ska känna till vad det är som ska rapporteras. Alla allvarliga järnvägsolyckor och tillbud ska omedelbart rapporteras till Transportstyrelsens järnvägsavdelning som har en jourtelefon öppen dygnet runt. Elolyckor ska rapporteras till Elsäkerhetsverket.

Definitionen på allvarlig olycka, det vill säga om det är en olycka som ska rapporteras till Transportstyrelsens järnvägsavdelning, lyder:

"En allvarlig olycka är en olycka där minst en person omkommer eller där minst en person blivit så allvarligt skadad att denne uppskattas behöva sjukhusvård i mer än 24 timmar, eller järnvägsfordon, järnvägsinfrastruktur eller annan egendom fått skador som uppskattas uppgå till ca 1 miljon kronor".

Olyckor som endast av en ren tillfällighet inte medfört konsekvenser enligt ovan ska anmälas som tillbud till en allvarlig olycka.

Avvikelse rapporteringssystemet Synergi används för att registrera alla typer av händelser. Tillgång till Synergi har anställda som arbetar med att mata in uppgifter i systemet vilket sker regionalt samt den personal som använder sig av informationen. Synergi påminner om ett ärendehanteringssystem genom att det går att titta på en specifik händelse och se hur långt man kommit med utredningsarbetet, vem som är handläggare etc.

## Utredning av olyckor

Både Banverket och järnvägsföretaget (exempelvis SJ) har krav från Transportstyrelsens järnvägsavdelning (som är tillsynsmyndighet) att utreda olycksfall. Det har förekommit att man gjort gemensamma utredningar vid större händelser men det har visat sig vara tämligen svårt på grund av vållandeaspekten. Det är den som är vållande som får uppbara hela eller större delen av kostnaden för olyckan. Erik Lindberg tror dock inte att olycksutredning har prioriterats på det sätt det borde. På grund av olika anledningar har det inte alltid varit möjligt att genomföra utredningar.

Banverket är själva huvudmottagare av de egna utredningarna även om Transportstyrelsen ibland begär in utredningar. Det händer att Statens haverikommission går in och utreder

särskilt allvarliga olyckor inom Banverkets ansvarsområde. Oberoende av det genomför Banverket alltid en egen utredning.

Banverkets definitioner av olycka, tillbud och avvikelse ser ut som följer:

- Olycka: En oönskad händelse som resulterar i skador på människor, utrustning, material eller miljö (ur Järnvägsstyrelsens Handbok 2008).
- Tillbud: En händelse som under andra betingelser kunde ha lett till en olycka.
- Avvikelse: En avvikelse är ett agerande eller en teknisk eller organisatorisk funktion som avviker från avsedd säkerhetsnivå utan att för den sakens skull ge upphov till ett tillbud. (Exempel på avvikelse kan vara ett fel i en anläggning som upptäcks vid besiktning eller att någon bryter mot en regel men att det inte får några konsekvenser.)

Banverket arbetar med kriterier för när en olycka, ett tillbud eller en avvikelse ska utredas. Händelserna klassificeras i klass 1 och klass 2 händelser. En klass 1 händelse är en olycka eller ett allvarigare tillbud och ska alltid utredas individuellt. En klass 2 händelse är en slags mängdhändelse, en händelse som förekommer tämligen ofta men som inte får så stora konsekvenser. Både klass 1 och klass 2 ska registreras i Synergi. Klass 2 händelser ses över en gång per år i syfte att fånga upp trender eller mönster. I det fall något särskilt upptäcks vid genomgången ska det utredas. Antalet klass 1 händelser är mellan 100 till 200 per år, klass 2 händelser betydligt fler.

Tidigare har Järnvägsstyrelsen givit ut en handbok med rekommendationer om vad en utredningsrapport bör innehålla. Denna handbok har Banverkets utredare använt sig av både när det gäller utredning av olyckor och av tillbud (mer om utredarna, se längre ner).

Alla klass 1 utredningar följs upp individuellt. Ett av huvudsyftena med utredningarna är att förhindra ett upprepande av händelsen vilket innebär att utredningarna ska resultera i rekommendationer (det förekommer att utredningar inom typen personolyckor saknar rekommendationer) det vill säga det ska i utredningsrapporten finnas förslag på åtgärder och dessa åtgärder ska sedan genomföras och följas upp. Åtgärderna handlar ofta om förändringar av något slag. Det förekommer att åtgärder tidsbestäms men det styrs mycket av vad åtgärden gäller. Om det är en omfattande och kostsam åtgärd behöver den in i verksamhetsplaneringen medan mindre billigare åtgärder kan genomföras snabbare.

Banverket har på eget bevåg satt upp en tidsram för olycksutredningsarbetet på maximum tre månader. Självklart kan det vid större händelser eller om det inträffar många händelser samtidigt vara svårt att hålla tidsgränsen.

Banverket har särskilda olycksutredare vars främsta uppgift är att utreda olyckor och tillbud. Dock räcker utredningsuppgifterna oftast inte till att täcka en heltidstjänst utan får kompletteras med en del andra arbetsåtaganden. Myndigheten har ett 20-tal olycksutredare spridda över hela landet som utreder olyckor inom sitt eget geografiska område. Alla utredarna har genomgått en internt hållen 14 dagars utbildning som utgörs till hälften av teori och till hälften av praktik. Utredarna arbetar vid behov tillsammans.

Fortbildning för olycksutredarna är inget som sker kontinuerligt. Utredarna får respons på utredningarna de producerar men det är inget som sker systematiskt. Detta är dock något som myndigheten blivit bättre på.

Vid behov (personalbrist) finns möjligheten att ta in utomstående konsulter för att utföra utredningsarbete.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Informationsspridning och erfarenhetsåterföring anser Erik Lindberg fungerar bra, bland annat genom det egna intranätet. En viktig del av myndighetens erfarenhetsåterföring handlar om att se till att sprida kunskap uppåt i organisationen. En gång per månad tas statistik fram över vad som hänt och detta skickas sedan uppåt i organisationen.

Gällande återföring av kunskap och information sker en del via myndighetens hemsida. Årligen publiceras exempelvis en statistikbroschyr om olyckor på spåranläggningar. Olycksutredningsrapporterna läggs inte ut på hemsidan. Ingen särskild reklam görs när en rapport är färdig.

Inom myndigheten finns ett antal yrkeskategorier som har så kallad säkerhetstjänst vilket är anställda som både kan orsaka olyckor och som kan råka ut för olyckor. Dessa yrkeskategorier får även fortbildning kontinuerligt. En eller två dagar varje år samlas de för information om nyheter inom branschen, nya tekniker etc. Om det sedan det senaste mötet har inträffat en särskilt intressant olycka som givit upphov till nya insikter, används forumet för att sprida kunskaper om denna.

Samarbete med andra myndigheter i fråga om olycksutredning sker inte. Däremot deltar Banverket i MSB:s myndighetsövergripande arbete om barns säkerhet tillsammans med 14 andra myndigheter och förbund.<sup>2</sup>

### **Uppföljning och utvärdering**

Vad gäller utvärdering av utredningsarbetet är detta inte något som sker systematiskt. Myndigheten har tidigare inrättat en särskild analysgrupp som utifrån ett större antal genomförda utredningar sett över ett antal problemområden och utifrån dessa samlade erfarenheter och kunskaper. Önskemål inom myndigheten finns att öka kvaliteten på utredningarna. I dagsläget varierar kvaliteten tämligen mycket vilket delvis är en avspeglning av den höga arbetsbelastningen. Myndigheten genomgick år 2007 en större omorganisation vilket tagit mycket kraft och tid. Därför har utveckling av utredningsarbetet legat lite i träda.

---

<sup>2</sup> [http://www2.msb.se/Shopping/pdf//upload/Publikationsservice/MSB/0141-10\\_barnsakerhet\\_myndighetsgemensam\\_plan.pdf](http://www2.msb.se/Shopping/pdf//upload/Publikationsservice/MSB/0141-10_barnsakerhet_myndighetsgemensam_plan.pdf) 2010-01-21

# Barnombudsmannen, Inger Andersson-Kagios

**Arbetsuppgifter:** Utredningsansvarig. Pensionerades 2009. Korrekturläst av Hanna Larheden.  
**Tidpunkt för telefonintervjun:** 12 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Barnombudsmannen var fram till år 2001 ansvarigt för samordning av samhällsförebyggande insatser för barns säkerhet och förebyggande av olycksfall men efter en utredning lyftes ansvaret bort eftersom man ville renodla Barnombudsmannens arbetsuppgifter. Istället skulle man bland annat arbeta med att stödja andra myndigheters arbete med FN:s konvention om barns rättigheter (barnkonventionen). Myndigheten utbildar och informerar andra om barnkonventionen samt bevakar hur den efterlevs i samhället.

År 2002 lades samordningen av samhällets förebyggande insatser för barns och ungas säkerhet i en statlig kommitté, Barnsäkerhetsdelegationen, som verkade i två år. År 2005 tog dåvarande Räddningsverket över detta ansvar.

Definitionen av olycka och tillbud som myndigheten använder är att det är något som ska drabba en person, framförallt fysiskt. Det finns ingen nedskreven definition utan Barnombudsmannen ansluter sig till den som används i folkhälsosammanhang.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Någon rapporteringsskyldighet är inte aktuell för Barnombudsmannen. Däremot går man regelbundet ut med enkäter till kommuner, landsting och statliga myndigheter som rör deras arbete med att genomföra barnkonventionen. Vid ett tillfälle gjorde Barnombudsmannen en djupdykning i hur socialtjänsten arbetar utifrån barnkonventionen för att se över hur ett barnperspektiv garanteras i ärendena man arbetar med.

## Utredning av olyckor

Barnombudsmannen utreder inte enskilda olyckor. Arbetet med att återföra erfarenheter sker genom framställning av material och analys av resultat. Information och kunskap om olyckor och tillbud sker genom statistiska sammanställningar. Vart tredje år tas en bok fram som har titeln Upp till 18. I bokens avsnitt om hälsa återges hur skadebilden och utvecklingen på skade- och olycksområdet för barn och ungas del ser ut. Boken riktar sig till en bred målgrupp vilket har medfört att en viktig faktor vid framtagandet av boken är att göra den så lättillgänglig som möjligt. Tanken är att även den som inte är van vid statistik ska kunna ta del av informationen. Upp till 18 kan köpas och även kostnadsfritt laddas ner som pdf-fil på myndighetens hemsida. Antalet nedladdningar är högt.

På erfarenhetsområdet arbetar man även med mycket annat än sådant som rör skador och hälsa. Det kan handla om barn i utsatta situationer, barnomsorg, skola, familjesituationer, kultur och fritid etc. I Lag (1993:335) om Barnombudsman anges att barnombudsmannen ska arbeta med att samla och sprida kunskap om barn och barns villkor.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Informationsspridningen sker via rapporterna som läggs ut på hemsidan. De källor som används för statistiska sammanställningar är mestadels officiell statistik men även forskningsrapporter kan användas. Andra typer av källor är dödsorsaksregistret, patientregistret IDB Sverige (tidigare EHLASS), uppgifter från Vägverkets trafiksäkerhetsenkäter etc.

Många myndigheter vänder sig till Barnombudsmannen för stöd i olika barnrelaterade frågor. Genom åren har Barnombudsmannen haft fördjupade kontakter med flera sektorer. Det kan till exempel ha handlat om utbildningsinsatser om vad man ska tänka på eller hur man kan arbeta med barnkonsekvensanalys. Flera svenska myndigheter har i sina regleringsbrev fått krav på att arbeta med barnkonsekvensanalys och att ha barnperspektiv i sin verksamhet.

Barnombudsmannen är med i många nätverk vilket i sig genererar personliga kontakter med berörda personer på andra myndigheter. Räddningsverket inrättade år 2006 Rådet för barnsäkerhet som bestod av 14 myndigheter (MSB har tagit över detta arbete). En kartläggning över vilka olika nätverk dessa 14 myndigheter deltog i gjordes och den visade att Barnombudsmannen var den myndighet som klart var med i flest. Barnombudsmannen arbetar ju överallt där det finns frågor som gäller barn.

Myndighetens internationella arbete handlar till stor del av kunskapsöverföring mellan olika barnombudsmän i Europa i nätverket ENOC. Det händer att man gör gemensamma utspel. De senaste åren har man arbetat mot våld mot barn eftersom många länder fortfarande saknar förbud mot barnaga. Ett annat exempel på en gemensam insats var då ENOC år 2009 träffades i Oslo på en tandläkarkonferens för att gemensamt informera tandläkarna om vikten att de uppmärksammar övergrepp mot barn. Många av övergreppen framförallt mot små barn, både fysiskt våld och sexuella övergrepp, sker mot överkroppen och därför är tandläkare en yrkesgrupp som har möjlighet att upptäcka sådant. Då är det viktigt att de använder sin anmälningsplikt och anmäler detta till socialförvaltningen eller till polisen. Med anledning av detta kommer den svenska Barnombudsmannen att kontakta alla landets landsting och ta del av deras erfarenheter.

### **Uppföljning och utvärdering**

Utvärderingen av det egna arbetet har hittills skett genom enkäterna. Tidigare har Barnombudsmannen inte varit tillräckligt bra på att arbeta stringent och strategiskt anser Inger Andersson-Kagios. Det är en svaghet gällande erfarenhetsåterföring att Barnombudsmannen

inte varit särskilt konkret vid utvärderingar av olika produkter, hur projekt fallit ut etc. Istället har man snabbt gått vidare till nya områden. Myndigheten har dock tagit lärdom av detta och den nuvarande verksamheten är långsiktigt och strategiskt planerad.

Mellan åren 1994 till 1996, när Barnombudsmannen fortfarande hade samordningsansvar för barnsäkerhetsområdet, bjöds en rad aktörer in för att delta i en manifestation för barns säkerhet som kallades BUS. I projektbeskrivningen fanns utvärdering inbyggt på ett mycket bra sätt.

Spridning av material, information och kunskap har inte särskilt konkret utvärderats. Det har förekommit frågor i enkäter till kommuner, landsting och myndigheter som rört hur man använder Barnombudsmannens tjänster och vad som mest efterfrågas. Det har då visat sig att det som används mest och som oftast efterfrågas är Barnombudsmannens rapporter.

En styrka som Barnombudsmannen har tror IAK är att deras rapporter och andra skrifter är lättlästa.

## **Diverse**

Att Barnombudsmannen arbetar med enskilda fall är en vanlig missuppfattning, och därför inkommer det en del information om enskilda människors förhållanden. Både barn och vuxna vänder sig till Barnombudsmannen för att få hjälp med sina egna problem (rapportera om enskilda händelser). Barnombudsmannen försöker dock i sin planering att använda sig av uppgifterna och lyfta dem när det går att se trender eller generella problem i materialet. Exempelvis har Barnombudsmannen på detta sätt uppmärksammat att lagstiftning som berör flyktingbarn ibland krockar genom att utlänningslagen (2005:716) i vissa fall verkar ta över Lagen om vård av unga (1990:52) som ju är en tvångslagstiftning. Barn som varit omhändertagna enligt LVU har riskerat att bli utvisade.

Ett annat område som Barnombudsmannen fått kännedom om är att polisens barnperspektiv varit mycket bristande vid tillslag hemma hos misstänkta. Polisen kan ha stormat in i hem där det finns barn och sedan lämnat barnen utan någon förklaring om vad som hänt vilket kan ha varit väldigt traumatiskt för barnen. Barnombudsmannen arbetar därför på att försöka ta tillvara information om enskilda, konkreta fall och lyfta upp dem till en generell nivå.

Barnombudsmannen har ett verktyg i sin utövning som är speciellt för just dem som kallas rättsliga befogenheter. Detta innebär att de har rätt att kräva att landsting, kommuner och statliga myndigheter informerar Barnombudsmannen i frågor som rör barns rättigheter. Det kan handla om att svara på frågor från Barnombudsmannen eller att delta i möten. Om Barnombudsmannen i en kallelse anger att det är påkallat utifrån de rättsliga befogenheterna som står i lagen om barnombudsman måste de ställa upp. Det har hänt att Barnombudsmannen vid enkätomgångar först påmint på ett snällt sätt och sedan till slut använt sig av den rättsliga befogenheten.

Barnombudsmannen har alldeles nyligen använt sig av det här vid en kallelse till tre av Sveriges största landsting. Det har visat sig att vissa landsting har skuldsatt barn för uteblivna

patientbesök. Avgiften har helt enkelt påförts barnet. I de fall föräldrarna av olika orsaker inte betalat in har ärendet hamnat hos Kronofogden och avgiften har blivit till en skuld som när barnet fyllt 18 år i vissa fall varit stor. Flera myndigheter har engagerat sig i det här problemet, bland annat Rikskronofogden. Barnombudsmannen kallade in de tre största landstingen i landet genom att använda sig av de rättsliga befogenheterna. Vid mötet med landstingen visade det sig att ett av dem, Region Skåne, hade lyckats hitta en bra lösning på problemet som både innebar att barn inte behövde hamna i skuld och ett sätt att avskriva tidigare skulder. Region Skåne berättade om sitt sätt och i maj 2009 kom ett beslut från finanslandstingsrådet att Stockholm läns landsting avskriver alla skulder, även retroaktivt. Lagstiftningen kommer att ändras för att omöjliggöra detta i framtiden. Barnombudsmannen är en mycket liten myndighet med ett mycket stort uppdrag. Myndigheten förfogar inte över några egna pengar för forskning.

# Boverket, Sofia Lindén

**Arbetsuppgifter:** Personsäkerhet, byggnader och tomtmark.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 15 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Boverket arbetar bland annat med regionplanering, översiktsplaner, detaljplaner och byggnader.

Det olycksförebyggande arbetet sker inom följande sakområden:

- Naturkatastrofer, ras och skred
- Brand
- Konstruktion
- Skidliftar, hissar och andra motordrivna anordningar
- Personsäkerhet i övrigt

Boverket saknar dokumenterat olycksbegrepp. Istället används en mer informell definition som är den samma som många andra myndigheter använder sig av i sitt praktiska arbete, det vill säga att en olycka är en plötslig, oavsiktlig händelse som resulterar i något negativt. Även tillbud och incident är begrepp som används men för det mesta är det endast faktiska olyckor som analyseras av Boverket. Det finns inte underlag att analysera sådana händelser.

Sofia Lindén arbetar med personsäkerhet och med krav på utformning av byggnader och tomter. I Byggnadsverkslagen (1994:847) finns nio tekniska egenskapskrav på byggnader som är grunden för de föreskrifter som Boverket utfärdar. Vad gäller säkerhet vid användning är kravet utvecklat i byggnadsverksförordningen (Förordning 1994:1215 om tekniska egenskapskrav på byggnadsverk m.m.) § 6. Den anger att "Byggnadsverk ska vara projekterade och utförda så att de inte innebär oacceptabel risk för olyckor vid användning eller drift som halka, fall, sammanstötning, brandskador, elektriska stötar eller skador vid explosioner." I Boverkets byggregler regleras även sådant som skydd mot instängning, skydd mot förgiftning och att kemikalier i hemmiljöer kan behöva särskild förvaring. Det är däremot inte reglerat i Boverkets instruktion eller regleringsbrev hur myndigheten ska arbeta olycksförebyggande utan det är upp till myndigheten att utforma.

Boverkets byggregler (BBR) har nyligen reviderats. Det sista att revidera var avsnittet om brand. Under revideringsarbetet med avsnitt tre och åtta sökte man mycket aktivt efter underlag som kunde peka på trender eller visa på svagheter. Man kom fram till att vissa avsnitt behövde ändras och några exempel på det är att det numer anges att trösklar bör undvikas samt att det bör finnas stödhandtag i duschplatser. Ett avsnitt om klämskador tillkom efter att Konsumentverket publicerat en rapport som handlade om skador i kontakt med dörrar. Konsumentverkets rapport fungerade som underlag vid revideringsarbetet. Ett sådant



omfattande revideringsarbete sker inte särskilt ofta och det innebär ett tämligen stort arbete som också fungerar som en kunskapsspridning. En stor revidering föranleder som regel särskilda informationsinsatser.

### **Rapportering och registrering av tillbud och olyckor**

Boverket gör ett visst urval bland intressanta ärenden (det handlar dock inte om olycksutredningar). Metoderna som används skiljer sig en del mellan myndighetens olika sakområden. Personen som arbetar med hissar, skidlifftar etc. tar emot rapporter om händelser från vissa ackrediterade besiktningsorgan och därmed kan det inkomna materialet behandlas tämligen systematiskt genom att händelserna tas om hand som marknadskontrollärenden. Handläggarna som arbetar inom området konstruktion tar in information via kanaler från kommunala byggnadsnämnder och Boverkets pressbevakning.

Sofia Lindén utreder sällan enskilda olyckor. Istället handlar det mer om att olyckor i ett statistiskt sammanhang är intressanta. Därför är den främsta informationskällan statistik från olika aktörer men hon använder också pressbevakning. När något dyker upp sparar Lindén det och sorterar det ämnesvis. När antalet händelser i samma kategori är tillräckligt går hon igenom dem och söker efter trender och tendenser i det som inträffat. Självfallet går det på detta sätt inte att fånga upp allt. Mycket faller bort bara genom att olyckor i bostäder anses vara "lågstatusolyckor" även om Lindén upplever att det skrivits mer i media om exempelvis fallolyckor på senare tid. Statistiken hämtas från IDB Sverige när det gäller olyckor i hem- och fritidsmiljö. En del kommer till Lindéns kännedom genom kontakter med andra myndigheter, exempelvis har hon mycket kontakt med Konsumentverket. Genom myndighetsnätverken kan en hel del erfarenhetsåterföring komma in.

Det är alltid den lokala byggnadsnämnden som har tillsynsansvaret och som ska bevaka att enskilda byggnationer lever upp till samhällskraven. Boverket har ingen direkt koppling till enskilda byggnader, däremot vill man ha in information om vad som händer för att kunna sätta in det i ett större sammanhang och utefter det kunna göra ändringar i föreskrifter för att kunna förebygga så det inte händer igen.

Rent allmänt vad gäller erfarenhetsåterföring och förebyggande arbete inom Boverkets domän finns belägg för att detta faktiskt har haft stor effekt. Särskilt inom barnsäkerhetsområdet kan man tydligt se en skillnad på antalet dödsolyckor. I mitten av 1950-talet påbörjades det systematiska barnsäkerhetsarbetet. Då var antalet dödsolyckor ungefär 400 per år. Idag är siffran cirka 80 per år. Det är en stark återkoppling på att föreskrifterna som Boverket förvaltar faktiskt är viktiga och att dessa ska fortsätta förvaltas och utvecklas när så behövs. Återkopplingen kan med andra ord både vara i form av en inträffad olycka men också enbart bestå av att inget inträffar.

## **Utredning av olyckor**

Sofia Lindén utreder sällan i enskilda ärenden. På personsäkerhetsområdet yttrar sig myndigheten i enskilda ärenden efter remiss från domstol. Den som arbetar med hissar och andra motordrivna anordningar tar emot ungefär 35 ärenden per år och av dessa är det två till tre som föranleder en utredning i form av en marknadskontroll. På sakområde brand görs inte heller några utredningar och det förs ingen särskild statistik. Istället används MSB:s statistik och utredningsprogram. Här finns det emellertid utvecklingspotential. Boverket har ingen gemensam databas för alla sakområden.

Arbetsmetoderna för erfarenhetsåterföring som används är inte systematiserade. Det sker viss återrapporering men det handlar till stor del om personlig kunskap och personliga erfarenheter. Ett arbete på myndigheten pågår just nu där man försöker kartlägga behovet av statistik och hur man på bästa sätt kan samarbeta med SCB. SCB har tidigare inte levererat data kring byggnader och eftersom Boverket förväntas ha en samlad uppsikt över byggandet i hela landet är en samlad statistisk grund mycket viktig. Inom vissa områden finns exakt statistik men exempelvis finns ingen idag som vet hur många byggnader som finns i Sverige, hur dessa byggnader ser ut samt hur många våningar de består av etc. Förhoppningen är att i framtiden få bättre grundstatistik som sedan systematiskt kan följas upp. Som ett led i arbetet med att få fram bättre statistik har varje enhet på myndigheten inventerat behovet av statistik (inte bara olycksförebyggande utan alla egenskapskrav som myndigheten arbetar med). Man har pratat om att ta ett egenskapskrav och göra ett pilotprojekt för att se hur arbetet med statistikutvecklingen bör göras. En annan ingång i det här är ett arbete kallas BETSI. Där handlar det om byggnaders tekniska egenskaper där man i en statistisk urvalsundersökning går in och tittar på 2000 byggnader ur flera olika aspekter. Lindén tror att också det kan ge ett visst underlag när det sedan är färdigt.

## **Spridning av resultat och kunskap**

Spridning av information och lärdomar sker genom diverse olika trycksaker, till exempel Olyckor i boendet som ingår i NCO:s rapportserie (Nationellt Centrum för Olyckor fanns tidigare på Räddningsverket). Lindén tror dock att när det gäller erfarenhetsåterföring det till stor del handlar om att förändra i föreskrifter eftersom det i sin tur påverkar byggandet. Allmänna råd är också ett sådant sätt att påverka. Boverket kan i sitt underlag till kommunerna föra in egna erfarenheter och således få god spridning. Informationsspridningen kan därför sägas vara ganska väl systematiserad eftersom det till stor del sker via ändringar i föreskrifter och i allmänna råd.

I samband med revideringen av BBR användes ett lite annorlunda sätt att sprida information. Myndigheten genomförde en informationsturné i tretton svenska städer. Då presenterades muntligen förändringarna i BBR samt dess bakomliggande faktorer. Det fungerade som en direkt utbildning i de reviderade reglerna. Framförallt var det kommunala byggingenörer som

var intresserade av detta men även privata aktörer. Detta har haft stort genomslag och myndigheten kommer att ordna en årlig "BBR-dag".

I övrigt informerar Boverket om redan befintliga regler på hemsidan. Det är en kunskapsspridning som upplevs som ganska effektiv.

Boverket deltar aktivt i internationella samarbeten. Bland annat har myndigheten en internationell sekreterare som arbetar med kontakter med omvärlden, dock ej specifikt sådant som är kopplat till olyckor. Övrigt utlandsarbete sker mestadels inom EU, bland annat inom ramarna för Standing Committee. Harmonisering av regler inom EU är ett enormt arbete som på något sätt berör alla med ansvar för reglerna.

### **Uppföljning och utvärdering**

Uppföljning hur Boverkets erfarenheter tas om hand sker genom olika marknadsundersökningsföretag, exempelvis har Markör<sup>3</sup> anlåtats vid ett flertal tillfällen. Markör har använts både för att få information om läget innan en förändring och efter för att se vad som har hänt. En Markör-undersökning kan föregå utformandet av en skrift av något slag, till exempel nu när myndigheten håller på att ta fram en avfallshandbok har Boverket anlutat Markör att undersöka vilka problem som är förenade med sophantering av olika slag. Sådana marknadsundersökningar sker tämligen ofta. Under 2008 beställde myndigheten fyra sådana undersökningar.

Något direkt övergripande arbete mellan de olika sakområdena myndigheten arbetar med sker inte. Revideringen av BBR var en slags utvärdering. I det arbetet användes tämligen strikta modeller för hur problemformuleringar och målsättningar skulle redovisas. Hela revideringsarbetet var styrt i en tydlig modell vilket nog har varit positivt. Själva revideringsarbetet samt informationsturnén har utvärderats. Utvärderingen av informationsturnén gjordes helt enkelt genom att man markerade på en Sverigekarta varifrån deltagarna kommit. Detta gav en bra bild över vilka geografiska områden som täckts in. Denna information kan användas i framtiden om något liknande ska göras.

### **Diverse**

Arbetet med erfarenhetsåterföring och dess effektivitet varierar beroende på vilket av myndighetens ansvarsområden det handlar om. I vissa fall är det tämligen osystematiskt medan den i andra fall fungerar riktigt bra. Orsaken till att erfarenhetsåterföringen inte fungerar lika bra i alla områden kan vara att arbetet på en övergripande nivå är så pass omfattande att det inte alltid går att ha en modell för hur det ska genomföras. När det handlar om erfarenhetsåterföring och återrapportering bygger det en hel del på personlig kunskap och personliga erfarenheter.

---

<sup>3</sup> Företag som arbetar med undersökningar och utvärderingar.

# Elsäkerhetsverket, Håkan Lidman

**Avdelning:** Tillsyn av elanläggningar, tillsynskontor Nord.

**Arbetsuppgifter:** Tillsynsuppdrag. Pensionerades 2009. Korrekturläst av Fredrik Sjödin.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 26 juni 2008

## Allmänt om olycksutredning

En av Elsäkerhetsverkets huvuduppgifter är att hålla elsäkerheten i samhället under bevakning. Det kan vara olyckor där personer fått ström genom kroppen eller utsatts för ljusbågar. Totalt inträffar ungefär 250 sådana olyckor varje år. Olyckor med strömgenomgång är klart fler än med olyckor ljusbågar.

Elsäkerhetsverket använder sig av följande definition av begreppet olycka:

”Olycka är en händelse som medfört att elektricitet orsakat skada på person eller egendom.”

Elsäkerhetsverket har ingen särskild definition för tillbud. Håkan Lidman tror att det handlar om ungefär lika många tillbud som olyckor som rapporteras in varje år.

Olyckor delas in i tre kategorier:

- Olyckor som inte utreds
- Enklare utredningar
- Fördjupade utredningar

Den första kategorin är alltså olyckor som inte utreds alls. Inrapporterade uppgifter från dessa olyckor förs in i en databas men inte mer. Med att inte utreda avses att nöja sig med de uppgifter som lämnats enligt en mall. Inte heller alla enkla och fördjupade utredningar utförs då till exempel arbetsgivaren själv redan kan ha gjort en ingående utredning där alla viktiga fakta redovisas. Inga särskilda rutiner för vilka olyckor som ska utredas finns utan det är utredaren som efter samråd avgör huruvida det är intressant att gå vidare med en utredning. Alla dödsfall och allvarliga olyckor utreds. Situationen och konsekvenserna av en olycka är ofta avgörande. Ett fåtal brandutredningar görs. Om det exempelvis brinner i en villa och el misstänks vara orsaken sker per automatik ingen utredning. Om det däremot vid branden har förolyckats ett barn så bistår myndigheten som regel med hjälp till polisens egna utredare. I sådana fall är det alltid polisen som utreder och Elsäkerhetsverkets personal ställer upp som experter.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Arbetsmiljöverket är den vanligast förekommande rapportören av elolyckor. Arbetsgivare är enligt lag skyldiga att rapportera arbetsplatsolyckor till Arbetsmiljöverket, däremot saknas skyldighet att rapportera till Elsäkerhetsverket. Fritidsolyckor, det vill säga icke arbetsplatsrelaterade olyckor, får myndigheten ofta kännedom om via massmedia. Bevakningen sköts bland annat av konsultföretag vars uppgift är att hålla uppsikt i media om det inträffat någon olycka där el som orsak misstänks. På myndighetens hemsida finns ett formulär som alla kan använda för att rapportera olyckor med el.

Elsäkerhetsverket får även in rapporter om tillbud. Alla tillbud utreds inte men även dessa sammanställs i en databas. Databasen för olyckor och tillbud används till statistik, att dra slutsatser om inträffade händelser samt påvisa trender etc. Ett exempel på en trend som nyligen uppmärksammats på detta sätt är olyckor i samband med byte av elmätare. Alla elmätare skulle bytas före år 2009 och Elsäkerhetsverket har under några år konstaterat att det finns en klar uppåtgående trend för den typen av olyckor. Därför har myndigheten gått ut med information till branschorganisationer, Elektriska installatörsorganisationen (EIO) och till fackförbundet Svenska elektriker förbundet (SEF) om hur situationen ser ut. Det finns inga systematiska rutiner för vilka kanaler som ska användas för spridning av sådan information. Den personal på myndigheten som är involverad diskuterar sig fram till vilka som bör kontaktas. Ett bra hjälpmedel är myndighetens hemsida, [www.elsakerhetsverket.se](http://www.elsakerhetsverket.se).

Cirka 75 procent av alla olyckor som rapporteras in till myndigheten registreras endast i databasen, 20 procent resulterar i enklare utredningar, och resterande 5 procent föranleder en fördjupad utredning. Myndigheten har målsättningen att göra mellan fem och tio sådana utredningar per år. Fler finns inte utrymme för eftersom det är en tämligen resurskrävande verksamhet. Även tillbud som potentiellt hade kunnat leda till en större katastrof utreds men dessa är tämligen få.

## Utredning av olyckor

En fastställd rutin finns för själva utredningsarbetet. Elsäkerhetsverket använder ett koncept och en mall för hur fakta ska samlas in, hur dokumentationen ska gå till etc. En viktig fördel med arbetssättet är att alla utredningar blir ungefär likadana oavsett vem som genomför dem. Myndigheten har en särskild policy för hur fördjupade utredningar ska behandlas innan de offentliggörs. Fem särskilda utredare (två i mellersta distriktet, två i södra distriktet och en i det norra distriktet) arbetar med de fördjupade utredningarna. Nya utredare utbildas internt. Det är väldigt sällan experter utifrån behöver nyttjas men möjligheten finns.

Elsäkerhetsverket använder en olycksutredningsmetod som kallas SUMO (Säkrare utredningsmetod för olyckor). Metoden har myndigheten arbetat fram på egen hand. Alla anställda har grundutbildning i SUMO. En speciell metod för utredning av tillbud saknas men exempelvis rapporteringen av tillbud är ungefär den samma som för olyckor. SUMO-metoden

går att använda även för tillbud. Däremot spridning av kunskaper och information om tillbud är sämre än för olyckor.

Hur lång tid det tar att genomföra en utredning beror på olyckans omfattning. Enklare utredningar tar några dagar medan en fördjupad utredning kan ta flera veckor.

I myndighetens resultatredovisning anges att olycksfallsutredningar tillhör en av de viktigaste arbetsuppgifterna. Det finns även uttryckt att myndigheten ska arbeta med att återföra erfarenheter från tillsyn, och i tillsynen ingår ju utredning av olyckor. Kunskap ska återföras in i verksamheten. Bland annat sprids information via hemsidan, exempelvis läggs alla olycksutredningsrapporter ut. Lidman tror att ganska många tar del av materialet som läggs ut på hemsidan.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Spridning av kunskap utåt från genomförda utredningar sker även om särskilda rutiner för detta saknas. Elsäkerhetsverkets hemsida uppdateras regelbundet. Syftet med myndighetens olycksutredningar är att förhindra upprepning av olyckor.

### **Uppföljning och utvärdering**

Den uppföljning av rekommendationer och liknande som anges och uppmärksammas i olycksutredningar följs upp genom tillsynen. Trender för olyckor och tillbud styr också tillsynsarbetet.

Det är svårt att upprätthålla kunskapen om olycksutredningsarbete då branschkunskaper är viktiga. Omlokaliseringar, omorganiseringar etc. kan också försvåra detta.

### **Diverse**

Det har skett en positiv utveckling vad gäller dödsolyckor till följd av el. När Håkan Lidman började på Elsäkerhetsverket inträffade ungefär 25 dödsfall per år i det norra tillsynsdistriktet. Idag handlar det snarare om ett dödsfall vart femte år. Orsakerna till detta tror han är flera, bland annat att bättre material används, nya tekniker och förbättrad kunskap om elsäkerhet bland dem som arbetar i branschen. Även användning av jordfelsbrytare tror han har haft betydelse.

Enligt Håkan Lidman kan Elsäkerhetsverket förbättra erfarenhetsåterföringen och analysarbetet genom att exempelvis resultat analyseras och vidareförmedlas på ett bättre sätt. Information sammanställs och förs in i databaser men materialet skulle också behöva analyseras ytterligare för att ge mer.

# Försvarsmakten, Per Erik Gyllestad

**Arbetsuppgifter:** Arbetsmiljöhandläggare, personalstaben. Arbetar strategiskt med arbetsmiljö och som processledare för olika arbetsmiljöprocesser.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 12 juni 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Försvarsmakten har en fastställd, skriftlig definition av olycka som lyder:

"Olycka är en oförutsedd eller icke-önskvärd skada på materiel, egendom eller person."

Dock finns ett litet definitionsproblem som andra myndigheter nog inte har och det är problemet med tredje man. Försvarsmakten har i vissa situationer som en del av sitt uppdrag rätt att skada andra. Därigenom finns också en inte obetydlig risk att själv ådra sig skada till följd av annan parts verkan i ett konfliktområde. Ska det definieras som en olycka eller som något som gjorts med uppsåt? Begreppsmässigt har problemet inte lösts. Rent statistiskt definieras det som en olycka och rent praktiskt har det lösts på så vis att olyckor där annan part är inblandad inte utreds på samma sätt. Självklart analyseras vad som de facto har inträffat och att det vid behov vidtas lämpliga och möjliga åtgärder. Olycksdefinitionen finns nedskrivna i Försvarsmaktens manual, som just nu är ute på remiss. Definitionen bygger i det stora hela på Arbetsmiljöverkets definition. En incident är liksom en olycka en avvikelse och behandlas därefter.

Rutiner och metoder för olyckor finns samlade i manualer. Försvarsmakten har tre manualer, en för varje område (mark-, flyg- och sjöverksamhet).

Exempel på sakområden i Försvarsmakten är trafik, dykeriverksamhet, flygverksamhet, rehabilitering, vapensystem, fordon med tillhörande verksamhet, örlogsfartyg, luftfarkoster, försvarspsykologi, yttre miljö, brandfarliga och explosiva varor, transport av farligt gods, elsäkerhet, fara i kemiska ämnen och blandningar, systematiskt brandsäkerhetsarbete, hörselskador och buller, arbetsskadestrategi, verksamheter på och omkring NBC (kembanor), trafiksäkerhet och lastsäkring, systematiskt psykosocialt arbetsmiljöarbete, värdegrund jämte jämlikhet och lika behandling, drogprevention, sjukfrånvaro, krisstöd för veteransoldater etc. Ett ganska omfattande stödsystem har byggts upp för att kunna svara mot de olika områdena.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Det finns en mall för inrapportering av händelser men inget krav att mallen ska användas då det finns kompletterande digitala system beroende på vilket område det gäller. Det finns ett specifikt system som är flygsäkerhetsbaserat och ett särskilt för sjögående förband. För markverksamheten är det fortfarande inrapportering via e-post eller fax som gäller.

Exakt hur många olyckor som inträffar på ett år är inte möjligt att säga eftersom inte allt som borde rapporteras verkligen rapporteras. Det är heller egentligen inte möjligt att prata om antalet inrapporterade olyckor eftersom det som registreras i avvikelserapporteringssystemet är anmälda skador, och det kan vara flera skadade i en olycka. Det som är relevant för Forsvarsmakten är det faktiska skadeutfallet som är kopplat till en olycka. Under år 2008 var antalet anmälningar om arbetsskada 2494. 184 av dessa har inkommit från utlandsstyrkorna. Typen av skador är allt från incidenter med stukade fötter till dödsfall.<sup>4</sup>

### **Utredning av olyckor**

Ansvar för att olyckor utreds ligger på förbandsnivå om det inte finns särskilda skäl som gör att utredningen bör ske på central nivå. Bedömning av var utredningen ska genomföras åligger verksamhetsansvarig på rekommendation från den som tar emot avvikelserapporten. Det kan också initieras av chefen för säkerhetsinspektionen. På central nivå finns en uppföljningsenhet som lämnar rekommendationer till verksamhetsutövaren om vilka åtgärder som bör vidtas med anledning av den inrapporterade olyckan. I vissa fall ska det också direktrapporteras till Arbetsmiljöverket. En sådan anmälan går alltid upp till central nivå.

Alla anmälda skador bedöms. Lämpliga åtgärder rekommenderas. Om det till exempel handlar om en lättare stukning är det ju svårt att åtgärda på annat sätt än att det tar en vecka att läka och då vidtas kanske ingen speciell åtgärd.

Det är inte alltid möjligt att vidta förändringar för att förhindra skador. Vissa delar av verksamheten är mer riskabla än andra. Exempelvis genomförs operationer ibland i skogsmiljöer där är marken ojämn. Det är heller inte möjligt att undvika sådana operationer även om riskerna för stukade fotleder är uppenbara.

Efter en genomförd olycksutredning vidtas lämpliga åtgärder med anledning av vad utredningen kommit fram till. Det blir inte alltid en skriftlig rapport utan det beror på olyckans storlek och karaktär.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Det finns en centrummyndighet bestående av 12 statliga myndigheter och inom ramen för detta samarbete genomförs möten och gemensamma projekt. Bland annat har ett arbetsutskott tagit fram ett antal nyckeltal som är kopplade till arbetsmiljö och ökad hälsa. Samarbetet och nyckeltalen underlättar möjligheterna för myndigheterna att jämföra hur de ligger till, exempelvis sjukfrånvaromässigt. Dessa myndigheter är: Arbetsförmedlingen, Domstolsverket, Forsvarsmakten, Försäkringskassan, Kriminalvården, Kronofogden, Migrationsverket, Rikspolisstyrelsen, Skattemyndigheten, SIS, Tullverket och Åklagarstyrelsen.

---

<sup>4</sup> Sjukfrånvaro för anställda: 352 arbetsolycksfall, 116 arbetssjukdomar, 42 färdolycksfall. För värnpliktiga var antalet: 1485 olycksfall, 34 sjukdomar, 92 fritidsskador



Samarbeten med andra myndigheter när det gäller olyckor sker till exempel genom diskussioner med andra berörda aktörer. Det handlar ofta om att Försvarsmakten bistår med expertkompetens. I det fall en olycka inom något av Försvarsmaktens sakområden utreds av Statens Haverikommission utses alltid någon i myndigheten som fungerar som expertstöd till kommissionen.

## Uppföljning och utvärdering

Försvarsmakten följer alltid upp sådant som information om åtgärder som lämnats vidare. Detta sker genom personliga kontakter eller en särskild begäran om återkoppling. Åtgärder är alltid tidsbestämda. Arbetsmiljöolyckor följs upp på så vis att man gör en bedömning och ser över vilka åtgärder som vidtagits och vilka åtgärder som behöver justeras utifrån utredningarna som görs med anledning av en olycka. Processledare har skyldighet att ansvara för att förbättra processerna utifrån olycksutredningar i de fall det behövs. Även andra behov av åtgärder kan tydliggöras som behöver följas upp. Det finns i alla olyckor och tillbud ett statistiskt värde som måste följas upp för att kunna bedöma om det finns trender och utefter det bedöms om det finns behov av åtgärder. Det handlar med andra ord också om ett systematiskt arbetsmiljöarbete på koncernnivå genom att man följer upp utfallet av inkomna värden. Detta ger en mer sammanhållande rekommendation till dem som har ansvaret. Det finns också ett fackmässigt stödansvar som egentligen innebär att värden inkommer som sammanställs och analyseras. Därefter lämnas förslag på åtgärder till myndighetens ansvariga verksamhetsutövare.

Uppföljningar i statistiken sker kontinuerligt och en formaliserad uppföljning sker på årsbasis genom en sammanställning i textform. Man tittar efter trender och sådant som sticker ut. Försvarsmakten har även börjat följa upp utfall genom försäkringsbolaget Kammarkollegiet. Detta underlag fungerar som ett komplement till tidigare analysunderlag.

Ett nytt administrativt stödsystem som kommer att innehålla bland annat personaladministration, ekonomiadministration och system för utvärdering etc. håller på att införas. Systemet heter PRIO (SAP) och det kommer i framtiden att ersätta ett antal administrativa stödsystem. Rent praktiskt kommer det att innebära att Försvarsmakten kommer att ha ett antal processledare som ansvarar för att beskriva och kontinuerligt utveckla "sin egen" process. Ett antal mätvärden ska identifieras för att processer ska kunna följas upp och förslag på åtgärder ska lämnas till någon slags huvudprocessledare som också är den som ska fastställa att processen förändras. Om en olycksutredning görs ska inte bara *vad* följas upp utan också *hur*.

Ett digitalt utvärderingsverktyg och rapporteringssystem, AFFE, skulle ha varit i bruk vid det här laget men har temporärt lagts på is i avvaktan på en analys av vad SAP kan erbjuda för uppföljnings- och statistikstöd till verksamheten avseende avvikelser. AFFE är tänkt att bli gemensamt för alla tre områdena.

## Diverse

En svaghet inom Försvarmakten just nu när det gäller erfarenhetsåterföring är att myndigheten befinner sig i ett mellanläge. Det tar tid att införa nya system vilket också innebär att arbetsformer och arbetssätt måste arbetas om. Allt detta sammantaget försvagar organisationen och det finns en risk att brister uppstår när det finns otydligheter i verksamheten.

En svaghet är också de tre avvikelshanteringssystemen, ett för varje område. Beroende på vem som tolkar vad, kan systemen ha olika acceptans vilket gör att rapporteringen kan bli väldigt skiftande. På rapporteringsplanet ska allting ha samma värde, oberoende av vilket område det gäller. Just nu ligger ett förslag på ÖB:s bord om att ersätta dessa tre system med ett gemensamt. Det har tidigare fattats beslut om detta men då detta inte hunnit implementeras fullt ut behövs därför ett nytt beslut för att saken vidare ska kunna drivas vidare.

Inrapporteringsfrekvensen och synsättet på rapporteringen skiljer sig åt mellan de olika områdena. Flygområdet är föredömet inom Försvarmakten. Där finns en mycket tillåtande attityd till vad som rapporteras och rapporteringen är inte straffsanktionerad. Övriga områden har straff kopplat till rapporteringen, exempelvis om någon av misstag avfyrar sitt vapen får denne löneavdrag istället för att man undersöker varför felet uppstod och återför den kunskapen till verksamheten och försöker att åtgärda felet på sikt genom utbildning etc. Det finns ju ingen som gör sådant med vett och vilja och straffet i det här sammanhanget hjälper ju varken den inblandade eller hindrar någon från att i framtiden göra samma sak.

Försvarmakten har en väl etablerad struktur vad gäller erfarenhetsåterföring. Självklart kan strukturen bli bättre. Rutiner och metoder måste till stor del vara specifika för Försvarmakten eftersom deras verksamhet är ganska speciell. Ett problem som myndigheten kämpar med är de ständiga omorganiseringarna och de konsekvenser det får vad gäller tydligheten i ansvarsfördelningen. Det som går fort att förstöra genom en omorganisation tar väldigt lång tid att bygga upp igen.

# Konsumentverket, Lotten Strindberg

**Arbetsuppgifter:** Arbetar med produktsäkerhet, särskilt med personlig skyddsutrustning.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 19 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Inte endast faktiska olyckor är av intresse för Konsumentverket. Det handlar mycket om tillbud och "nästan-olyckor". Produktsäkerhetslagen (2004:451) syftar till att förhindra framtida olyckor och när det exempelvis gäller leksaker räcker det med att en förälder anmäler att denne hittat en trasig skallra med lösa delar i närheten av barnet. Även om det egentligen inte har hänt något är det tillräckligt för att Konsumentverket ska se över produkten. Det finns ingen skriftlig definition på vad som menas med ett tillbud och det tror Lotten Strindberg heller inte behövs. Däremot om behovet skulle dyka upp ligger Socialstyrelsens definitioner nära till hands.

Sakområden som myndigheten arbetar med är:

- Marknadskontroll (konsumentköplagen och marknadsföringslagen) (1788 anmälningar)
- Avtalsvillkor (576 anmälningar)
- Prisinformation (891 anmälningar)
- Produktsäkerhet (384 anmälningar)
- Övrigt (189 anmälningar)

Inkomna anmälningar blir till ärenden som följs upp. Som i exemplet med skallran tillskriver Konsumentverket tillverkaren och ber dem redovisa sin produkt. Myndigheten utreder inte särskilt ansvarsfrågan i inträffade händelser när det exempelvis gäller skadestånd.

De inkomna tillbuden är med andra ord ofta ett tillräckligt underlag. Inom produktsäkerhetsområdet är barnsäkerhet ett extra prioriterat område även om lagstiftningen inte gör någon skillnad mellan olika produkter. Myndigheten vill ha in anmälningar om alla typer av produkter men antalet anmälningar om barnprodukter är betydligt fler vilket troligen beror på benägenheten att anmäla.

Inom begreppet "produkt" innefattas både begreppen tjänst och vara. Det är emellertid tämligen svårt att arbeta gentemot tjänstesektorn. Om någon anmäler en produkt, exempelvis en barnvagn från en viss tillverkare, kan den skickas för provning till Sveriges Provnings- och Forskningsinstitut. Resultaten från provningen fungerar som underlag i den fortsatta kommunikationen med tillverkaren. Men när det handlar om tjänster (det kan till exempel handla om turridning, dyklektioner, skidåkning inom skidliftsystem) är det inte alls lika lätt att samla in uppgifter. Då handlar det mer om förebyggande arbete. Konsumentverket har tagit fram en broschyr om systematiskt säkerhetsarbetet i syfte att försöka få företagen inom

tjänstesektorn att ta hand om sina kunder på samma sätt som man tar hand om sin personal genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete och systematiskt brandskyddsarbete. Att företagen att i förväg fundera igenom samt göra en riskanalys och säkerhetsplan samt gå igenom personalens kompetens och utbildning samt registrera vad som händer. Lotten Strindberg tror inte att det sker särskilt mycket sådant arbete på företagen. Marknadskontrollen inom tjänstesektorn är svår men sedan tre år tillbaka pågår ett projekt i dykbranschen där man tittar på olika saker, bland annat dykluft och dykapparater. Dykområdet är mycket olycksdrabbat med fyra till fem dödsfall varje år i samband med fritidsdykning. Konsumentverket får även information om dykolyckor genom skadestatistiken i IDB (Injury Data Base) som Socialstyrelsen tar fram.

Konsumentverket har arbetat med aktivt med tjänster i fem till sex år.

### **Rapportering och registrering av tillbud och olyckor**

Konsumentverket tar bara emot anmälningar från privatpersoner. Anmälan kan göras genom konsumentvägledningen i hemkommunen eller direkt till Konsumentverket. Så kallade konkurrentanmälningar det vill säga när ett företag anmäler ett annat, tas i princip inte emot av myndigheten. Samtidigt undersöks sådant som rör farliga produkter som kommer till myndighetens kännedom oavsett på vilket sätt informationen inkommit. Men huvudprincipen är att konsumenterna ska anmäla.

År 2008 inkom 384 anmälningar inom produktsäkerhetsområdet till Konsumentverket, vilket motsvarar ungefär tio procent av den totala mängden inkomna anmälningar till myndigheten. Urval bland anmälningarna är inte aktuellt. Handläggningen av ärenden startar tämligen omgående, myndighetens ambition är att allt ska ske löpande och omedelbart.

Inkomna anmälningar används även som ett underlag för planering när marknadskontroller görs. År 2008 gjordes marknadskontroller gällande dykning, varningstext på leksaker med magneter, reflexer, varningstexter på chokladägg (Kinderägg), våningssängar, säkerhetsvästar för ridning, barnvagnar, innebandyglassögon, lektolar, lekplatser, solgardiner med sugkoppsfästen, utbildningsmaterial inom äventyrsturism.

Konsumentverket har ej någon rapporteringsskyldighet tillbaka till anmälaren och egentligen har myndigheten inte något ärende med konsumenten. Efter att en anmälan inkommit öppnas ett ärende mot den som tillverkar produkten. Det är helt upp till den enskilde handläggaren huruvida återrapportering till anmälaren görs eller inte. Det finns inte någon systematik för detta. Ärendehanteringsprocessen är tyvärr för lång.

Konsumentverket tar även emot anonyma anmälningar vilket dock inte är särskilt vanligt på produktsäkerhetsområdet.

## Utredning av olyckor

Hur ett ärende hanteras varierar beroende på vilken produkt det handlar om. Anmälningar från privatpersoner till Konsumentverket kommer oftast in via e-post, brev eller telefon. Konsumentverket vill veta var konsumenten har köpt produkten och vem tillverkaren är. Om det är möjligt vill man också att produkten skickas in eftersom det är svårt att bedöma och arbeta med en produkt som man inte själv kan granska och undersöka. Vissa produkter går ju inte att skicka på något smidigt sätt, till exempel våningssängar. Uppgifter om företaget, dess omsättning, antalet sålda produkter under en viss tidsrymd etc. tas alltid in. Om produkten ska anmälas som farlig till andra länder, via RAPEX (Rapid alert system for all dangerous consumer products), sker detta på färdiga formulär.

Konsumentverket har ingen särskild databas för inkomna ärenden men allt registreras i diarieföringssystemet. Statistik hämtas från bland annat IDB Sverige som Socialstyrelsen ansvarar för. Mängdmässigt är ärendena få och att söka trender i det kan vara missvisande. Ett år kan 15 anmälningar om leksaker komma in men bara fem nästkommande år. Det behöver inte betyda att leksakerna har blivit bättre. Snarare beror det på konsumenters benägenhet att anmäla, att det blivit svårare att hitta till Konsumentverkets hemsida eller att många kommuner lagt ner sina konsumentvägledningar. Att förlita sig på siffror på det här sättet vore inget bra sätt ha uppsikt över marknaden.

Säkerheten kommer inte alltid först. Gåstolar till barn har Konsumentverket velat förbjuda i 15 års tid men det är oerhört svårt att förbjuda en hel produktkategori. Istället har åtgärderna fått skötas genom standardiseringsändringar och ett krav på att alla gåstolar ska ha en broms som gör att om ett hjul tappar fästet mot golvytan går en bromsmekanism in så att stolen inte längre går att rulla framåt. Konsumentverket gjorde en marknadskontroll för fem år sedan och då hade ingen produkt broms. Under 2009 har ytterligare en marknadskontroll genomförts och det har då visat sig att sex av elva gåstolar har broms. Lotten Strindberg menar att det finns anledning att fundera över vilka åtgärder som behövs eftersom resultatet inte är bättre än så. Information och kontroll vart femte år räcker uppenbarligen inte. Att mäta förekomst är ju ett sätt men det räcker inte. Emellertid betonar Strindberg att hon tror att det är viktigt att inte lägga för mycket skuld och ansvar på den enskilde konsumenten.

Arbetsgången när en anmälan inkommer är att handläggaren startar ett ärende, tillskriver produkttillverkaren som svarar och förhoppningsvis bifogar all begärd dokumentation, annars tillskrivs tillverkaren igen. Tidigare har Konsumentverket själva tagit in produkter och genomfört provningar men nu försöker man istället få tillverkaren att bekosta provningarna. Det gäller att försöka bedöma om det var ett enstaka fel på just den produkten eller om det kan inträffa igen. Det kan ju vara så att tre exemplar av samma produkt provas och ingen av dem fallerar. Om det däremot visar sig vara något fel på produkten leder det till ändringar på produkten eller att den helt enkelt ska bort från marknaden. Ganska ofta går det att föreslå ändringar på produkten. Konsumentverket har möjlighet att utdöma ekonomiska sanktioner men det har man inte kommit igång med än. Det står i Produktsäkerhetslagen att försök till frivillig åtgärd ska ske i första hand.

## **Spridning av resultat och kunskap**

När det gäller marknads kontroll är det inga större problem med spridning av information, bland annat finns en nyhetsbyrå som bevakar myndigheten. Myndighetens hemsida används liksom även riktad information direkt till branscherna, egna pressmeddelanden etc. En del sprids säkert också via de kommunala konsumentvägledarna.

Information om tillbud och annat som sker i världen kommer in via massmedia, kontakter och nätverk. Mycket handlar om personliga kontakter. Info om farliga produkter sker via RAPEX.

Tidigare har många samarbeten med andra myndigheter funnits men det har försämrats när flera myndigheter utlokaliserats. Folkhälsoinstitutet har tidigare varit en naturlig samarbetspartner men sedan deras flytt till Östersund har kontakterna inte varit lika frekventa. Kontaktnäten som fanns tidigare har till stor del slagits sönder. Nya byggs upp men det tar tid. Det finns en del internationella nätverk och samverkansgrupper, bland annat inom EU finns kommissionens arbetsgrupper för de tre direktiv som Konsumentverket arbetar med: Allmänna produktsäkerhetsdirektivet, Leksaksdirektivet och Personlig skyddsutrustningsdirektivet. En del samverkansgrupper med andra europeiska myndigheter som arbetar med produktsäkerhet finns, liksom med de nordiska ländernas myndigheter. Men även i övriga Norden har en del strukturella förändringar skett som gjort det svårt att hålla kontakten. Strindberg anser att det finns ett behov av att hålla kontakt med övriga Norden och det verkar fungera.

## **Uppföljning och utvärdering**

Utvärdering är något som Konsumentverket pratar mer och mer om bland annat eftersom de, liksom alla tillsynsmyndigheter, ska göra marknads kontrollplaner enligt SWEDACs modell och där finns krav på utvärdering. Tyvärr har detta inte hunnits med än eftersom det sedan utlokaliseringen har handlar mycket om att hinna med den löpande verksamheten. Strindberg tror att verksamheten måste "sätta" sig innan den kan utvärderas. Den utvärdering som gjorts hittills är möjlig genom att det i samband med årsredovisningen planeras vad som ska prioriteras nästkommande år men det tycker hon inte är tillräckligt systematiskt.

Det finns heller ingen bra systematik för att behålla kunskap inom myndigheten. De senaste åren har det varit ganska rörigt i och med utlokaliseringen. Det var inte många i personalstyrkan som följde med från Stockholm till Karlstad. Vid nyrekryteringen har man försökt att finna personer som har med sig erfarenheter sedan tidigare som kan tillämpas på Konsumentverket och många duktiga personer har anställts men personliga kontakter och kunskapen om hur just Konsumentverket arbetar har ju försämrats. Den nya personalen "jobbar ju i kapp", skaffar sig egna erfarenheter och kontakter men det tar ju en tid. Tidigare har inte Konsumentverket haft någon direkt personalomsättning. När Lotten Strindberg började för 20 år sedan hade ingen ny anställts på enheten på 13 år

## **Diverse**

Personalen som arbetar med produktsäkerhet arbetar till viss del mot vissa produkter. Strindberg har arbetat mycket med personlig skyddsutrustning, bland annat med cykelhjälm där ett omfattande arbete har genomförts med att ta fram en europeisk standard för cykelhjälm. Personlig skyddsutrustning är ett område som troligen kommer att bli större genom skyddsprodukter såsom till exempel olika kroppsskydd som ryggskydd när man rider, åker slalom etc. Många skyddsprodukter används i samband med olika aktiviteter inom äventyrsturismen. Ett annat område som alltid är prioriterat och aktuellt är barnartiklar, exempelvis barnvagnar är ett ständigt återkommande inslag liksom leksaker och lekplatsutrustningar. Just när det gäller leksaker finns det i olycksstatistiken ingen egentlig motivering till att så många arbetar med detta på Konsumentverket utan det handlar om känslan att en leksak måste vara säker. Det finns helt enkelt inte politisk acceptans att inte jobba med leksaker.

Erfarenhetsåterföringen sker inte särskilt systematiskt men Strindberg menar att detta är något som man på Konsumentverket känner till och som kanske inte går att lösa. Systematiska metoder och liknande kommer i andra hand när all energi och tid går åt till att överhuvudtaget utföra det löpande arbetet. Samtidigt utförs det löpande arbetet ofta utav två till tre personer i samverkan.

Lotten Strindberg anser att kommunikationen inom enheten fungerar mycket bra. Personalen är helt enkelt bra på att prata med varandra, vilket är ett tidskrävande arbetssätt men oerhört viktigt att vårda.

# Kriminalvården, Gudrun Österdahl

**Arbetsuppgifter:** Säkerhetsexpert. Arbetar med skydd och säkerhet på central nivå.  
Gudrun Österdahl har valt att besvara frågorna skriftligt.

## Allmänt om incidenter/olycksfallsutredning

Incident (Kriminalvården använder begreppet olycka som underrubrik i betydelsen att en olyckshändelse är en incident).

"En plötslig och oväntad händelse som på ett negativt sätt påverkar eller riskerar att påverka Kriminalvårdens verksamhet, anställdas och klienters säkerhet och trygghet samt allmänhetens förtroende"

Exempel på händelser inom kriminalvården som kategoriseras som incidenter:

- Rymningar
- Dödsfall
- Bränder
- Hot och våldshändelser
- Olycksfall
- Skadegörelse

## Rapportering av incidenter

När en incident inträffar ska den rapporteras i Kriminalvårdens verksgemensamma incidentrapporteringssystem. Det pågår för närvarande en övergång från ett inrapporteringssystem i pappersform till ett webbaserat system. Man kan i det webbaserade systemet se en ökande rapporteringsfrekvens i jämförelse med det tidigare inrapporteringssystemet. Alla anställda kommer att ha tillgång till det webbaserade inrapporteringssystemet via myndighetens Intranät och kan således vara rapportör. Någon särskild behörighet krävs inte.

När rapportören har fyllt i formuläret och skickat rapporten kommer den att tas om hand av den som är verksamhetsansvarig och som har det operativa ansvaret för att hantera och ansvara för att inträffad incident åtgärdas och utreds i de fall regelverket kräver det.

I dagsläget finns inte någon verksgemensam utredningsmetodik inom Kriminalvården.



### **Utredning (av olyckor)**

I de fall ett utredningsansvar föreligger ska en utredning snarast påbörjas och beslut om vem eller vilka som ska ansvara för utredningen ska fattas. Genomförd utredning ska lämnas till berörd regionchef eller huvudkontoret beroende på incidentens allvarlighetsgrad.

Regler om utredningsförfarande finns bland annat i arbetsordning för Kriminalvården och i Kriminalvårdens administrativa föreskrifter.

### **Uppföljning och utvärdering**

Erfarenheter från incidentrapporter och genomförda utredningar återförs till organisationen både lokalt, regionalt och centralt på olika sätt. Det kan exempelvis ske genom att man lokalt och regionalt gör uppföljningar av inträffade händelser och vidtar åtgärder i syfte att förebygga samt förhindra att liknande händelser inträffar i framtiden. På central nivå kan det handla om att utfärda nya föreskrifter, riktlinjer eller förmedla information inom organisationen.

# Kustbevakningen, Thomas Fagö

**Arbetsuppgifter:** Chef för Kustbevakningens räddningstjänst.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 6 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Kustbevakningen är ingen utredande myndighet när det gäller orsaker till olyckor eller förloppet från nautisk synvinkel. Det uppdraget åligger Sjöfartsverket. För Kustbevakningens del handlar det om att göra utredningar i syfte att bistå polisen i samband med olyckor för att se om det föreligger brott som bakomliggande orsak till olyckan. Snabb dokumentation av händelser är ofta mycket viktigt men därefter lämnar Kustbevakningen vidare utredningen till polisen. Det är emellertid Kustbevakningen som ansvarar för miljöräddningstjänst till sjöss det vill säga om olja eller annat skadligt hamnar i svenska vatten eller i svensk ekonomisk zon (EEZ). Beredskap vid sjöräddning ingår också i ansvarsområdet. Dock är det Sjöfartsverket den myndighet som leder sjöräddningsinsatser och som rent administrativt tar hand om olycksutredningar, statistik, etc. Kustbevakningen arbetar efter en räddningstjänstplan och antalet miljöräddningsoperationer är ungefär 30 till 50 per år. Operationerna dokumenteras i ett särskilt system i vilket besluten dokumenteras. Besluten fungerar i regel som underlag vid begäran om ekonomisk ersättning, både till staten från skadevällande samt vid ersättning för eventuella extra kostnader i samband med en operation (Kustbevakningen ersätts av MSB).

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Rapporteringsplikt är inte aktuellt för Kustbevakningen.

## Uppföljning och utvärdering

Kustbevakningen genomför en så kallad operativ utvärdering efter större insatser för att se hur den egna operationen fungerat. Det är inte särskilt ofta som olyckor av den digniteten inträffar så uppskattningsvis sker operativa utvärderingar två till tre gånger per år. Räddningstjänstplanen anger hur den operativa utvärderingen bör genomföras. Det finns även en mall att använda som stöd. I det fall det handlar om en större operation inbjuds representanter från andra inblandade myndigheter till ett möte för att samtala om operationen. Utvärderingen görs av chefen för den region i vilken operationen ägt rum. Förutom myndighetens egen stabspersonal som deltagit i operationen brukar även exempelvis befälhavare och fartygspersonal på inblandade fartyg bjudas in. En person från Räddningstjänstavdelningen vid Kustbevakningens Centrala Ledning deltar som regel vid utvärderingen. En operativ utvärdering resulterar i en skriftlig rapport. Det finns inga färdiga

formulär att tillgå, däremot används ovan nämnda mall i vilken det bland annat finns förslag på rubriker.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Kustbevakningen deltar i flera arbetsgrupper, bland annat finns en arbetsgrupp som består av myndigheter som arbetar med utveckling och återföring av erfarenheter när det gäller olja. Den består bland annat av MSB, Naturvårdsverket, Sjöfartsverket, Institutet för vatten- och luftvård samt Kustbevakningen. I gruppen finns även goda möjligheter att uppdatera varandra om vad som händer när det gäller olyckor och miljöolyckor.

När det handlar om sjöräddningstjänst finns två grupper. Dels Sjösäkerhetsrådet dels en central samrådsgrupp för sjöräddningsfrågor (CSS) i vilken alla sjöräddningsmyndigheter samt Sjärräddningssällskapet är medlemmar. Där redogörs för olyckor och olycksförlopp när det gäller räddning av människoliv. Det finns en del internationella grupperingar, exempelvis Helsingforskommissionen (vars huvudsyfte är att skydda Östersjön från alla typer av föroreningar), Bonnavalet (handlar om samarbete vid bekämpning av förorening av Nordsjön) samt Köpenhamnsavtalet (består av de nordiska länderna som förbundet sig att samverka för att skydda havsmiljön). Rapportering av inträffade olyckor är en stående punkt på dagordningen när dessa grupperingar sammanträder.

### **Diverse**

Den juridiska gränsen mellan kommunal räddningstjänst och Kustbevakningens räddningstjänstupdrag är definierad i Lag om skydd mot olyckor (2003:778).<sup>5</sup> Geografiskt omfattar Kustbevakningens ansvar Sveriges sjöterritorium och ekonomiska zon. Vattendrag, kanaler, hamnar samt andra insjöar än Värnen, Vättern och Mälaren ingår ej. Gränsdragningsproblem finns vad gäller hamnar men personalen på kommunala räddningstjänster och Kustbevakningen försöker alltid samarbeta och hjälpa till så långt det är möjligt.

Erfarenhetsåterföringen för Kustbevakningens del fungerar bra enligt Thomas Fagö. De operativa utvärderingarna och orderrapporteringssystemet har byggts upp under de år som han arbetat i myndigheten. Att Kustbevakningen är en väl fungerande verksamhet framkom även då Riksrevisionen hade revision om oljeberedskapen till sjöss.

---

<sup>5</sup> I lagen anges sex statliga räddningstjänster, dvs. områden där staten svarar för räddningstjänsten. Dessa områden är: fjällräddningstjänst (polisen), flygräddningstjänst (Luffartsverket), sjöräddningstjänst (Sjöfartsverket), efterforskning av försvunna personer i andra fall (polisen), miljöräddningstjänst till sjöss (Kustbevakningen), räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen (länsstyrelserna).

# Livsmedelsverket, Therese Frisell

**Arbetsuppgifter:** Veterinärinspektör.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 27 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Livsmedelsverket är en beredskapsmyndighet med särskilt ansvar för krisberedskap och samverkan. Begreppet olycka är inget som används av myndigheten, istället pratar man om händelser vilket är livsmedelsrelaterade problem. Begreppet kris används men det saknar fastställd definition.

Livsmedelsverket har sedan sommaren 2008 en generell krisplan i form av checklistor. Krisplanen är utformad så att det även i en mycket stressig situation enkelt ska gå att ta till sig informationen. Den innehåller kriskriterier som består av frågor såsom om händelsen är en fara för konsument, vilken roll i händelsen Livsmedelsverket har, etc. Kriterierna används för att avgöra om krisledningsorganisationen behövs eller ej. Krisledningsgruppen består av alla myndighetens avdelningschefer, kommunikationschefen samt beredskapsgruppen. Vid krisledningsgruppens möten förs minnesanteckningar.

Sedan krisplanen infördes har tre händelser föranlett vidare hantering i krisledningsgruppen (larmen har rört dioxin, melamin samt glasbitar i kycklingprodukter). Oftast kan händelser hanteras inom den normala organisationen men i vissa fall kan trycket från massmedia vara stort vilket gör att det inte fungerar att arbeta med händelsen på sedvanligt vis. Det kan vara en anledning till att krisledningsorganisationen får startas upp. Det kan även hända att man kommer fram till att en krisledningsorganisation inte behövs men att en särskild person eller grupp behöver utses som ska hantera händelsen.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Livsmedelsverket får oftast kännedom om händelser genom massmedia (åtminstone när det gäller dricksvatten). Information om mindre händelser kan inkomma genom att företag direkt rapporterar till myndigheten. Livsmedelsverket har direktinsyn i cirka 500 till 600 livsmedelsföretag och det händer att dessa rapporterar avvikelser. Det kan till exempel handla om att man upptäckt att en produkt som inte borde innehålla nötter ändå gör det. Då hör företaget av sig till Livsmedelsverket och på detta sätt kan händelser komma till myndighetens kännedom innan det kommer ut i media.

Kommunerna rapporterar varje år livsmedelsburna utbrott till Livsmedelsverket som har huvudansvaret för utredning av sådana utbrott. Emellertid hanteras sådana utredningar rent praktiskt av miljöskyddsnämnder, smittskyddsläkare, länsstyrelser m.fl. Kommunerna rapporterar sedan till Livsmedelsverket som tar del av resultaten och ansvarar för

statistikuppgifter. I enstaka fall kan även myndigheten bli inblandad i själva hanteringen av händelsen men då oftast som koordinator.

### **Utredning av olyckor**

De flesta händelser är så pass rutinartade att de hanteras i den normala organisationen. Men när det gäller händelser av lite större dignitet får dessa gå genom krishanteringssystemet. Det är ofta en organisationsfråga som avgör skillnaden mellan krishantering och den normala hanteringen. Om en händelse blir så pass krävande att den inte kan hanteras med den vanliga bemanningen måste andra metoder vidtas, exempelvis kan expertis utifrån kallas in.

Det förekommer att händelser analyseras och en slags metod finns i krisplanens åttonde kapitel. I krisplanen anges att respektive avdelning på myndigheten ska analysera och fundera över händelseutvecklingen men det anges inte mer i detalj. Det finns ett antal stödfrågor för analys men systematik saknas.

Livsmedelsverket använder ingen databas för att registrera händelser. Händelser som hanteras i enlighet med krisplanen ska dokumenteras i en gemensam loggbok. Detta är förenat med vissa tekniska problem eftersom avdelningar och enheter har separata utrymmen på dataserverna. Gemensamma utrymmen finns men då behöver behörigheter delas ut. Det har diskuterats om diariet kan användas för samling för all dokumentation (arbetshandlingar) för händelser. Men i dagsläget är det alltså inte möjligt att lista alla händelser. Therese Frisell påpekar att det kan finnas mindre ärenden som är högintressanta men som hanteras i den normala organisationen och som därför inte kommer upp till ytan i sådana här sammanhang. Vattenfrågor åligger Livsmedelsverket och sedan några år tillbaka finns en vattenkatastrofgrupp (VAKA-gruppen) som ska ge stöd till kommuner som har problem med dricksvattnet. VAKA är ett slags projekt som består av olika experter inom miljö- och hälsoskydd, räddningstjänst m.fl. Gruppen har bland annat arbetat med observationer av ett antal händelser i Norge och Finland och med anledning av dessa givit ut rapporter. VAKA ska inte fatta beslut utan är en stödfunktion som också ger coaching och tar fram beslutsunderlag. Syftet med VAKA är att stödja vid kris samt samla erfarenheter och lärdomar samt sprida detta i kommuner och till andra berörda så att dessa i sin tur kan förebygga eller underlätta hanteringen av liknande händelser.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Livsmedelsverket är anslutna till WIS (Webbaserat informationssystem) som är ett system som drivs av MSB (tidigare KBM). WIS är frivilligt och tanken är att alla myndigheter ska kunna ansluta till systemet och att det ska underlätta informationsspridningen mellan aktörer som är inblandade i kriser. Även om systemet främst har utvecklats för användning under en kris fungerar det också ypperligt som en erfarenhetsbank i det förebyggande arbetet samt som stöd vid övningar och utbildningar. WIS kan användas i två olika nivåer. När ett

dokument skapas sker det först i anteckningsboksform. Användaren kan sedan välja att publicera det och då kan även andra ta del av det. Dokumenten går att behörighetsstyra så två myndigheter kan ha en gemensam plattform med information som bara de kan se. Ett problem för Livsmedelsverkets del gällande WIS är att företag inte får ansluta. Livsmedelsverket ska ju samverka även med näringsliv och företag. Dock är en stor fördel med WIS att det är ett system som går att logga in på bara tillgång till Internet finns och att det går att söka information om händelser. Det behövs särskild utbildning och behörighet för att få använda WIS. På Livsmedelsverket är det främst krisledningsgruppen och Tjänsteman i beredskap (TIB) som använder WIS. TIB använder även systemet för att återrapportera sina TIB-veckor.

Egentligen finns ingen särskild systematik för spridning av resultat och erfarenheter. Myndigheten arbetar inte riktat med spridning av information utanför myndigheten, däremot är mediebevakningen god och på så vis sprids information.

Livsmedelsverkets kommunikationskanaler med andra myndigheter är goda. Eftersom myndigheten pekas ut i krisberedskapsförordningen deltar man i två samverkansområden: spridning av farliga ämnen samt teknisk infrastruktur. Därigenom finns bra kontaktnät. Livsmedelsverket är också med i Forum för beredskapsdiagnostik vilket är en sammanslutning av myndigheter som har labb. Där utbyts erfarenheter och tankar med syfte att dessa myndigheter vid en kris ska kunna samverka och samutnyttja sina resurser. Samverkan finns med Jordbruksverket när det gäller epizootifrågor. Även en zoonos-samverkansgrupp finns. Självklart sker flera utbyten inom EU eftersom lagstiftningen på livsmedelsområdet är gemensam för hela gemenskapen. Där finns samverkansgrupper, projektgrupper och plattformar.

## **Uppföljning och utvärdering**

Uppföljning sker vid behov. Beslut om uppföljning kan fattas i enstaka händelser.

Vad gäller utvärdering sker mindre utvärderingar, "blädderblocksvarianten", i krisledningsgruppen. Beslut fattas i varje enskilt ärende huruvida utvärdering behövs eller ej. En flik i krisplanen handlar om just utvärdering och den ska hanteras efter en avslutad händelse. I kapitel 8 i krisplanen finns en ordning för återföring och utvärdering men det är ett problem i sammanhanget att det är så få händelser som blir så stora att de hanteras enligt krisplanen. Efter krishanteringsfasen är över ska ärendet lämnas över till dem som hanterar frågan i den normala organisationen.

Therese Frisell arbetar i en grupp som under ett antal år har arbetat med medel från Krisberedskapsmyndigheten (numer MSB) med studier och olika projekt. Inom ramen för det arbetet sker uppföljningar i syfte att återrapportera vad medlen används till.

Alla medlemsländer i EU ska vara år göra en nationell kontrollplan i vilken det ska anges hur livsmedelskontrollen är uppbyggd och vad som görs.

## Diverse

Livsmedelsverket har kommit långt i sitt krishanteringsarbete enligt Therese Frisell. Krisledningsgruppen är relativt snabb att aktivera och krisplanen är bra eftersom den är konkret med ett bra upplägg som stämmer väl in i verksamheten samt är anpassad till alla typer av kriser som myndigheten kan bli involverad i.

Något som Frisell dock vill betona är att det interna arbetet inte får glömmas bort. Det är synd att pressmeddelanden och nyheter inte läggs ut internt. Återföring och utvärdering kan bli bättre. Det är viktigt att någon eller några personer har ansvar för detta, i dag är det till stor del Frisell som själv får driva detta. Händelser hanteras ju hela tiden, personalen är pressade och det är alltid ont om tid. Utvärdering och återföring tar tid och kraft vilket gör att det inte prioriteras. Man tar sig inte tid att stanna upp, reflektera och utvärdera om det inte påtalas mer konkret i organisationen. Utvärdering finns i myndighetsstrukturen men det är också viktigt att fundera över vilka typer av händelser som ska utvärderas.

Under 2009 diskuterades glasbitarna i kyckling mycket. Det fanns de som menade att det vore intressant att utvärdera detta bland annat på grund av att det finns en gränsdragningsproblematik genom att glas inte är ett livsmedel och om någon äter glas är det mer en humanmedicinsk fråga. Andra ansåg att det inte alls var intressant för Livsmedelsverket just därför att det inte självklart hör till det egna området. Det är i krishanteringsarbete viktigt att inte kliva över på någon annans område men en viktig fråga är vad som händer när gränsen inte är tydlig. Det finns då en risk att inte någon tar ansvar och det måste förhindras. En annan intressant aspekt just när det håller glasen i kycklingen är att vissa kommuner snabbt tog bort kyckling från sina menyer på förskolor, skolor och andra liknande inrättningar medan andra inte gjorde det. Det kan uppfattas av allmänheten som märkligt att kommunerna fattar olika beslut och Frisell funderar över om Livsmedelsverket kanske borde ha givit ut rekommendationer. Emellertid är det alltid svårt att på förhand sja om vilken betydelse saker och ting får. Just nu håller man på och planerar för en riktad insats i vilken just glasbitarna ska behandlas. Troligen kommer detta att ske i form av en workshop till vilken inblandade bjuds in att delta på ett eller annat sätt.

# Läkemedelsverket, Per Gillblom

**Arbetsuppgifter:** Utredare och handläggare, medicinteknik.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 6 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Läkemedelsverket ansvarar för godkännanden och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Myndighetens uppgift är att se till att den enskilda patienten och hälso- och sjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att dessa används ändamålsenligt och kostnadseffektivt. På den medicintekniska enheten handläggs olyckor och tillbud av ungefär tio utredare. Olyckor är sådant som kan ge skada eller dödsfall hos patient, personal eller andra, eller som skulle kunna ge upphov till skada hos patient, personal eller andra. Definitionen på vad som menas med skada är t.ex.

- Livshotande sjukdom.
- Skadade kroppsfunktioner eller kroppsdelar.
- Ett tillstånd som kräver medicinsk eller kirurgisk behandling, sjukhusvistelse eller förlängd vårdtid.
- Indirekta skador som beror på felaktig diagnos eller felaktiga provsvar fosterskador.

Ett exempel är om en operation förlängs eftersom en apparat fallerar. Då behöver patienten i fråga mer läkarvård och således faller ärendet inom rapporteringsskyldigheten till Läkemedelsverket. Ytterligare ett exempel är att klämskador som behöver gipsas ska rapporteras vilket inte gäller för klämskador som inte gett upphov till skada.

Den medicintekniska utrustningen är indelad i klasser. Utöver aktiva implanterbara produkter såsom pacemakers och invitrodiagnostiska produkter så är det uppdelat i fyra klasser: Klass I, IIa, IIb och III. Klass I är lägsta riskklassen där oftast handikaphjälpmiddel hamnar. Klass IIa är enklare diagnostikutrustning. Klass IIb är oftast behandlande utrustningar som ger energi till patienter. Klass III är implantat, produkter som används nära hjärtat, centrala nervsystemet eller hjärnan. För klass IIa, IIb och III krävs att produkten har certifikat från ett anmält organ, ett tredjeparts organ som ser över att företaget har ett fungerande ledningssystem såsom ISO9001 eller liknande. Om man har det finns i systemet också rutiner för hur man ska kontakta myndigheter etc.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Ett färdigt dokument för rapportering (MEDDEV 2.12) att använda som en guideline finns på myndighetens hemsida. Dokumentet har tagits fram av EU-kommissionen just för olyckor och tillbud inom området men är inte juridiskt bindande. Det medicintekniska regelverket baseras på ett direktiv som kom 1993 och som fullt ut började gälla 1998. Ansvar för



medicintekniska produkter har delats upp på så vis att det är Läkemedelsverket som ansvarar för användningen av medicintekniska produkter för legitimerad personal (sjukvårdspersonal etc.) medan Socialstyrelsen har hand om att produkterna tas i bruk. (En gråzon finns vad gäller produkter i hemsjukvården med icke-legitimerad personal.) I princip finns angivet i direktiv och skrivningar att tillverkare är rapporteringsskyldiga till Läkemedelsverket. Det brukar inkomma ungefär 2000 tillbud per år och alla skrivs in i databasen LVIS som också är kopplad till diariet.

I enlighet med MEDDEV 2.12 ska företagen vid ett uppmärksammat tillbud först skicka in en initialrapport innehållandes uppgifter såsom att företaget har fått kännedom om det inträffade. Företagen har tio dagar på sig att rapportera om det gäller dödsfall och 30 dagar om det är fråga om skada. Utredningsansvaret ligger alltid på tillverkaren. Alla medicintekniska produkter är CE-märkta. Det är med andra ord alltid tillverkaren som är ansvarig för sin produkt, dess egenskaper och farligheter. Läkemedelsverket som tillsynsmyndighet har ansvar för eftermarknadskontrollen, det vill säga om det framkommer att en produkt på marknaden är farlig har myndigheten rätt att ordna försäljningsstopp på den produkten. Principen som följs är att det är tillverkaren som kan sin produkt bäst och som därav får ansvara för att en riskanalys görs innan marknadssättning och att den uppdateras när så krävs.

Rapporteringsförfarandet ser ut som så att när något inträffat i sjukvården ska vårdpersonalen rapportera till tillverkaren med kopia till Läkemedelsverket. Sedan ska tillverkaren rapportera till Läkemedelsverket. Myndigheten ska med andra ord i bästa fall få rapporter både från vården och från tillverkaren.

Ett problem när det gäller rapporteringsrutiner och sjukvård gäller skuldfrågan. Börjar man leta syndabockar i rapporteringen kommer den att minska. Kritik mot hur Socialstyrelsen hanterar ansvarsfrågan genom Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) finns. Det behöver ju inte vara just den som direkt orsakat olyckan som har hela skulden. Även bakomliggande orsaker är viktiga att ta med i utredningarna. Ett misstag kan ju bero på underbemanning eller liknande. Gillblom skulle vilja att olyckor och tillbud med anknytning till medicinteknik som idag hamnar hos Socialstyrelsen även fick utredas av Läkemedelsverket för att se över användarvänlighet etc. Ett exempel är att en tillverkare levererar en bil till sjukvården, upplyser om att i det nya fordonet har gas och broms bytt plats i jämförelse vad personalen varit van sedan tidigare. En olycka inträffar, vårdpersonalen utreds av HSAN, och blir prickade. Gillblom menar att det i exemplet handlar om säkerhet och användarvänlighet, och mindre om vårdpersonalens individuella skuld.

### **Utredning av olyckor**

Vad som händer med ett inrapporterat tillbud beror på dess storlek. Ibland handlar det om rena reklamationer och då kan det i sällsynta fall hända att man bara stänger det. Om en rapport inkommer från vården med något som kanske inte riktigt är rapporteringspliktigt

brukar Gillblom ändå skriva till tillverkaren och meddela att det blivit rapporterat och samtidigt begära in en kommentar från tillverkaren.

När tillverkaren gjort sin initialrapport utreder de ärendet och när utredningen är klar ska de skicka en slutrapport till Läkemedelsverket. Slutrapporten ska innehålla en redogörelse för vad som hänt, varför det har hänt och vilka åtgärder som vidtagits. Inga tidskrav finns för framtagandet av slutrapport under förutsättning att produkten inte är farlig. Om Läkemedelsverket upptäcker en produkt som man bedömer bör tas bort från marknaden kontaktas myndighetens jurister som utfärdar ett föreläggande om att produkten ska stoppas, ett så kallat preliminärstopp vilket i princip kommer att gälla i hela EU.

### **Uppföljning och utvärdering**

Uppföljning av uppgifter som förts in i LVIS sker genom statistik. Det är enligt Gillblom ett problem att utredarna inte får uttrycka åsikter utan att ha väldigt starkt stöd för det. Det händer att utredarna vet att en produkt är av undermålig kvalitet men då det inte är deras uppdrag att bedöma kvaliteten på produkter utan endast se om dessa är tillräckligt säkra för att kunna passera lägsta nivån vad gäller säkerhet finns inget de kan göra. Ett konkret exempel är vissa rollatorer som finns ute på marknaden som är godkända men Gillblom och hans kollegor vet att de rent kvalitetsmässigt borde vara bättre. Genom tillsynsverksamheten tillses företagens kvalitetssystem vad gäller olycks- och tillbudsrapportering, om företagen har ett fungerande system vid olyckor, om man rutiner för rapportering till Läkemedelsverket, vem som ansvarar för rapportering etc.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Hur information ska föras ut diskuteras. Ett gott exempel på informationsspridning är när en tillverkare kontaktade Gillblom eftersom denne snabbt behövde komma ut med information till sina kunder. Gillblom skrev om det på hemsidan vilket Dagens Medicin plockade upp och i sin tur skrev om. På så sätt kom tillverkaren i kontakt med kunder som denne inte hade lyckats få tag i på egen hand.

Att låta framtagen statistik komma andra till gagn är förenat med ett problem: sekretesslagstiftningen. Hittills har Läkemedelsverket varit mycket försiktigt med att lägga ut information på hemsidan. En del information har lagts ut när det varit något som behövt komma till allmän kännedom. Det som publiceras på hemsidan fångas ofta upp av Dagens Medicin och dagspressen. En del publiceras också i Läkemedelsverkets tidskrift Information från Läkemedelsverket. Det brukar få bra effekt att lägga ut information på hemsidan men det är svårt att överblicka var gränsen går gällande hur mycket som bör läggas ut.

Medicintekniska enheter på svenska sjukhus har i flera år tyckt att information om olyckor och tillbud från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket inte varit tillräckligt bra och därför har man startat en egen rapporteringsgrupp som kallas REIDAR (Rikstäckande Elektronisk

InformationsDatabas för Avvikelser Rörande MedicinTekniska Produkter) ([www.reidar.se](http://www.reidar.se)). Medicintekniska enheter på svenska sjukhus rapporterar avvikelser till REIDAR. Informationen är avidentifierad eftersom det här inte alls handlar om att hitta någon eller några skyldiga. Avvikelsedatabasen drivs av föreningen Reidar Medicinsk Teknik i vilken alla medicintekniska avdelningar på svenska sjukhus är medlemmar. Läkemedelsverket är emellertid inte inblandad i REIDAR.

### **Diverse**

Exempel på medicintekniska produkter är: Datortomografer, pacemakers, rullstolar, infusionspumpar, hjärtklaffar, kryckkäppar, ultraljudsutrustningar, höftimplantat, glasögon, katetrar, graviditetstester, hörapparater, sprutor och kanyler, blodsockermätare, plåster, sjukhussängar, tester för hepatit, hiv m.fl. kondomer och pessar (info hämtad från [www.mpa.se](http://www.mpa.se) 2009-05-08).

# Myndigheten för samhällsskydd och beredskap,

## Ulf Erlandsson

**Arbetsuppgifter:** Handläggare, arbetar bland annat med dödsbränder.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 7 maj 2009.

### Allmänt om olycksutredning

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) saknar nedskrivna definitioner av begreppet olycka. Den informella definition som används lyder att en olycka ska vara en plötslig, oönskad, oavsiktlig händelse som resulterar i något negativt. Man brukar inom myndigheten ibland prata om att en ordentlig definition skulle behövas men hittills har avsaknaden inte varit något problem. Begrepp såsom tillbud och incident har ingen central roll i myndigheten.

MSB skiljer idag på brandutredning och olycksutredning. Detta är dock något som Ulf Erlandsson anser behöver föras samman för gemensam hantering.

### Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Inrapporteringen till Erlandsson sker genom brandutredarnas inskickade rapporter och genom att alla kommuner meddelar honom när en dödsbrand inträffat, se mer nedan. Det finns en databas för registrering av dödsbränder.

### Utredning av olyckor

Ulf Erlandsson arbetar med brandutredningar. Redan 1994 beslutade regeringen att dåvarande Statens Räddningsverk skulle arbeta aktivt med att skaffa erfarenheter från inträffade olyckor genom brandutredningar. En åtgärd var att utbildningen för polisens brandtekniker gjordes om. Räddningsverket gick samman med Polihögskolan och en helt ny fyraveckors utbildning utformades. Utbildningen förlades till räddningsskolan i Revinge och även personal från den kommunala räddningstjänsten erbjöds utbildningen. En del av syftet med utbildningen var att sammanföra den kommunala räddningstjänsten med polisteknikerna. 15 kommunala brandbefäl parades ihop med en polistekniker från den egna orten som gick kursen ihop. Utfallet blev mycket bra. Brandpersonal och polistekniker fortsatte att göra brandutredningar ihop vilket man inte hade gjort innan utbildningen. De brandbefäl som visade mest intresse för brandutredningar knöt Räddningsverket till sig genom kontrakt med deras arbetsgivare och 1995 var brandutredningsprogrammet ett faktum. Räddningsverket betalade tio procent av årslönen till hemkommunen mot att brandbefälen producerade minst 14 rapporter per år. Till att börja med var antalet kontrakterade brandbefäl nio, utspridda i

olika kommuner. Alla nio hade ett gott samarbete med polisteknikern på orten. (Brandutredarna är brandmästare eller brandingenjörer.) Antalet brandutredare ökade för varje år och ett mål på 80 brandutredare sattes upp. Så långt kom man dock aldrig. Idag finns ungefär 40 kontrakterade brandutredare. Att antalet brandutredare inte blev fler än 40 menar Erlandsson inte som något problem. Utredningarna måste också tas om hand, noga läsas och eventuella åtgärder genomföras. Att bara samla på hög utredningar är inte till någon nytta. Därför bestämdes att 400 till 500 rapporter per år var tillräckligt. Det är brandutredarna själva som avgör vad som ska utredas. Dock ska alla dödsbränder undersökas. Även bränder med fara för annans liv i publika lokaler såsom restauranger, vårdinrättningar, hotell etc. ska följas upp. Det är Erlandsson som är "spindeln i nätet" i brandutredarprogrammet. Han läser alla rapporter i syfte att hitta återkommande faktorer såsom till exempel systemfel och tekniska problem. Brandutredarna träffas två gånger per år, dels vid Föreningen för Brandutredares årsstämma, dels vid de två utbildningsdagar som MSB håller i. Då är det enbart brandutredarna som träffas. Erfarenheter utbyts genom att alla har med sig fall som sedan diskuteras. Det brukar vara mycket uppskattat. Brandutredarprogrammet var från början ett projekt med Erlandsson som projektledare men sedan 2001 har det varit ett löpande inslag i budgeten.

Genom Lagen om skydd mot olyckor (2003:778) fick alla kommuner i uppgift att utan ersättning göra utredningar och uppföljningar. Men Räddningsverket fortsatte med de kontrakterade brandutredarna. Erlandsson tror att bemötandet brandutredarna får i jämförelse med hur övriga kommuners olycksutredare skiljer sig åt. Olycksutredningarna läses men han menar att den feedback som utredarna får tillbaka i många fall är mycket negativ. Inom brandutredarprogrammet tas utredarna om hand och har en personlig kontakt med personerna som tar emot deras rapporter på MSB.

Idag finns en liten konflikt mellan olycksutredningar och brandutredningar som inte borde finnas. Problemet är att de som arbetar med olycksutredningar är mer byråkrater medan personer som arbetar med brandutredningar är mer inriktade på resultatet, att försöka förändra för att i framtiden förhindra olyckor och bränder.

Erlandsson poängterar att brandutredarprogrammet handlar om så mycket mer än statistik. Den kommunala räddningstjänstens insatsrapporter är bra för statistik men urvalet inom brandutredarprogrammet sker slumpmässigt och därför skulle statistiken ändå inte säga något. Det är ju brandutredarna själva som väljer ut vad de vill utreda. Ett problem är att myndighetens jurister inte vill att produktnamn nämns i rapporterna. Emellertid är det ju ofta en del av själva huvudsyftet att kunna följa upp om en viss produkt ofta orsakar brand.

Erlandsson anser att det är viktigt att brandutredningar och olycksutredningar slås ihop. Hur detta ska göras finns ingen egentlig plan för. Hur framtiden kommer att se ut för brandutredarprogrammet är inte helt klart. Mycket har ändrats genom den nya myndigheten. Förändringar är inget negativt. Ibland är det bra att det rörs om i grytan.

Erlandssons egna utredningar är tidsmässigt planerade så att han är ute på olycksplatsen ungefär en halv arbetsdag och skriver rapport i en till två arbetsdagar. Det finns inga

fastställda tidsramar att följa. En gång varje kvartal lämnar Erlandsson vidare inkomna rapporter till relevant avdelning på MSB. Erlandsson har då läst, följt upp och vidtagit de åtgärder han kunnat. Han tar också en gång varje kvartal ut alla rapporter som handlar om brand i elektronik, stämmer därefter träff med Elsäkerhetsverket och går igenom rapporterna med någon där.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Fastställd plan över hur kunskaper och lärdomar från brandutredningarna ska spridas saknas. Däremot har Erlandsson på egen hand ett tillvägagångssätt som visat sig vara mycket effektivt. Tidningen Tjugofyra ges ut av MSB och den når ut till räddningspersonal, branschfolk och andra intresserade. I varje nummer har Erlandsson ett uppslag som kallas "Erfarenheter" där han informerar om rapporter och annat som han tycker är av allmänintresse. I anslutning till artiklarna finns kontaktuppgifter till Erlandsson. Det här inslaget har bidragit till många nya erfarenheter genom information från försäkringsbranschen, polisen och industrier.

Erlandsson är ofta ute och håller föredrag för försäkringsbranschen, polisen etc. Han arbetar också med dödsbranduppföljning. Alla dödsbränder fångas på ett eller annat sätt upp. Det finns en överenskommelse med alla Sveriges kommuner att så fort en dödsbrand inträffat ska detta meddelas till Erlandsson. Han får kopia av insatsrapporter och tar själv kontakt med polisen för att få tillgång även till deras rapport. Det här har fungerat riktigt bra. Svårigheten har tidigare varit att få tillgång till rapporter från Rättsmedicinalverket men det problemet har löst sig. Det är viktigt att läsa obduktionsrapporten för att få kännedom om personen/personerna avlidit av själva branden eller av något annat, exempelvis vid en trafikolycka om den dödande orsaken var själva krocken.

Erlandsson har ett väl fungerande kontaktnät som består bland annat av kontakter med polis, Polishögskolan, Rikspolisstyrelsen, Statens kriminaltekniska laboratorium, Elsäkerhetsverket, Konsumentverket, Boverket etc. I samarbete med Boverket arbetar man för tillfället med tre frågor: radhusbränder, isolering av cellplast samt påbyggnader på flerfamiljshus. Det har visat sig att radhusbränder ofta blir mycket större än lägenhetsbränder i flerfamiljshus och orsaken är skillnader i brandskyddsreglerna. I ett radhus är meningen att varje lägenhet ska vara en egen brandcell men i praktiken är avskiljningen i vindsutrymmena mellan lägenheterna för dåligt. Ett tänkbart scenario är därför en brand som går ut genom ett fönster, fångas upp av taket och på så sätt går upp på vinden. I hus med dålig avskiljning sidledes kan elden enkelt sprida sig. MSB vill att Boverket skärper lagstiftningen i nästa byggnorm för att minska dessa problem. Isolering av cellplast blir allt mer vanligt och man trodde från början att sådan isolering spred brand. Det har dock visat sig att det inte var riktigt så illa som man först befarade. Det tredje området som berör Boverket gäller att det blir allt populärare att bygga på en fjärde våning i trä på äldre trevåningshus. Flera allvarliga bränder har inträffat.

Erlandsson har också vid behov använt sig av tv, radio och tidningar för att sprida information. Det har fungerat mycket bra tycker han.

Vad gäller samarbeten utomlands har Erlandsson kontakt med Norge, Danmark, Finland och Island när det handlar om dödsbränder. I Sverige finns några riktigt bra nätverk och ett exempel är den ideella Föreningen för Brandutredare. Föreningen startades för ungefär 20 år sedan och var från början till för polisens tekniker och folk från försäkringsbranschen. Omkring 1996 höll föreningen på att dö ut men då såg Erlandsson till att bli invald som sekreterare och fick fart på verksamheten igen. Räddningsverket har uppmuntrat föreningen och till viss del bidragit genom att ge legitimitet till föreningen. Idag har föreningen ungefär 330 medlemmar. Medlemmarna kommer från försäkringsbranschen, brandpersonal (MSB betalar medlemskapet för de 40 brandutredarna), poliser och polistekniker, intresserade från industrin (till exempel från Scania, Volvo etc.)

### **Uppföljning och utvärdering**

På egen begäran gjorde myndighetens egna revisorer 2006 en grundlig revision av brandutredarprogrammet. Detta resulterade i en grundlig rapport i vilken vissa svagheter pekades ut.

Erlandsson är nöjd med sina år på Räddningsverket och han är stolt över att mycket har åstadkommit. Självfallet finns fortfarande mycket kvar att göra. Ett exempel på att arbetet faktiskt haft effekt är när Räddningsverket bestämde sig för att undersöka bränder som startat i eldstäder. Man hade märkt att sådana bränder ökat och man samlade in information. Erlandsson berättade om sina fynd för de två sotarna som arbetade på myndighetens brandskyddsavdelning. Sotarna gjorde ett ordentligt arbete och genom det kom en hel del nya saker fram. De nya lärdomarna förde sotarna sedan vidare vid träffar för skorstensfejare från hela landet. Nu är tillsynen på skorstenar bättre anser Erlandsson. Ytterligare ett gott exempel är bränderna i kylskåp. Chefen för myndighetens statistikavdelning vände sig till Erlandsson eftersom han uppmärksammat att många bränder startat i kyl- och frysskåp. Erlandsson var själv ute på några bränder bland annat en där elden självslocknat och man kunde se exakt vad som hänt. Boven i dramat var ett litet relä vars funktion var att slå på och av en kompressor. Erlandsson tog med reläet till Växjö Kyl och Maskin och visade upp det för chefen som direkt förstod att det handlade om Danfoss startrelä. Han hade i sin skrivbordslåda flera sådana reläer som brunnit. Erlandsson började då att undersöka alla bränder som startat i kylar och frysar genom att granska kommunala räddningstjänstens insatsrapporter. Han ringde dessutom runt och pratade med brandbefäl som varit på sådana bränder. Slutligen kom han fram till att orsaken var ett systemfel, ett konstruktionsfel i kylmaskiner. Detta skrev han om i Sirenen som tidningen Tjugofyra7 tidigare hette, han kontaktade Danfoss och efter en hel del turer med diverse hot från Danfoss sida så visade det sig att detta var ett fel som företaget kände till och Danfoss tvingades att ändra på konstruktionen. Tyvärr återkallades inte omedelbart produkter som redan sålts. Startreläet i

Danfoss kylprodukter har sedan dess orsakat två dödsbränder. Först 2008, 13 år efter att felet uppdagades, har Danfoss återkallat samtliga farliga startreläer.

Erlandsson kommer efter årsskiftet att gå i pension och han hoppas att MSB anställer någon som kan ta över hans arbete med brandutredarprogrammet.

Erlandsson och hans kollegor har en lista som de kallar "Stora skrytlistan" där det kortfattat redogörs för vad de har utträttat år från år.

## **Diverse**

Att det faktiskt finns folk ute i kommunerna som arbetar med utredningar märks. Erlandsson har just nu en utredning på sitt bord som kommer från en liten kommun. Den här kommunens gatukontor hade grävt ett dike tvärs över en väg mitt i en backe som många cyklister använde varje dag på väg till och från arbetet. Diket fylldes igen men asfalterades inte. En morgon kom en kvinna cyklandes. Hon uppmärksammar gruset som korsar vägen och cyklar sakta intill kanten där det fanns asfalt. Efter henne kommer en man i hög fart som vill cykla om henne och han kör ut i gruset. Båda kör omkull, mannen dör. I brandbilen som rycker ut finns en person som arbetar med olycksrapporter och han skriver en rapport som han sedan skickar in till Erlandsson. Det viktiga i det här exemplet är att brandutredaren också tar med sig rapporten till chefen för kommunens gatukontor. Samma dag på eftermiddagen låter gatukontoret asfaltera igen diket.

Utredning av olyckor och bränder ska inte bestå av färdiga rapportformulär utan det bör istället finnas rubriker att checka av för att minska risken att något glöms bort. Insatsrapporterna är utmärkta som underlag för statistik, brand- och olycksutredningar ska gå längre. Dessutom går man ytterligare lite längre vid utredning av dödsbränder. Då vill Erlandsson ha insatsrapporten, utredning från en brandutredare, polisrapport, obduktionsprotokoll och tidningsklipp. Journalister är bra på att fånga upp allmänt småprat som ofta förekommer på olycksplatser. Kanske intervjuas en granne som berättar något intressant. Det händer att Erlandsson kontaktar grannen och själv förhör sig om viktiga detaljer som kan vara mycket svåra att få fram annars.

Det svagaste området är just erfarenhetsåterföringen. Ibland kan man förledas att tro att det som stått i Tjugofyra7 också har kommit ut till alla berörda men så är det ju inte. Det är ibland svårt att nå ut.



# Naturvårdsverket, Bengt Andersson

**Avdelning:** Avdelningen för verksamhetsstöd

Bengt Andersson har valt att besvara frågorna skriftligen. Hans svar presenteras nedan tillsammans med respektive fråga.

**Fråga 1. Vilka områden (sakområden) inom myndighetens ansvarsområde är kopplade till olyckor och tillbud?**

**a. Vilka typer av olyckor och kriser kommer myndigheten i kontakt med?**

**b. Behöver myndigheten göra urval bland inträffade olyckor inom de olika sakområdena? Och i så fall, finns metoder för hur urvalet ska göras?**

Svar 1a. Vid olika slags miljökriser, exempelvis naturkatastrofer och större utsläpp av giftiga ämnen, bistår Naturvårdsverket vid behov de operativa myndigheterna och regeringen med expertis. I övrigt kan olika slags händelser med olyckliga konsekvenser inträffa i det dagliga arbetet och dessa måste myndigheten hantera på ett bra sätt.

Svar 1b. Naturvårdsverket gör inga urval i egentlig mening. Vår medverkan vid till exempel miljökriser avgörs av regeringen eller i form av en begäran om bistånd från annan myndighet.

**Fråga 2. Ungefärligt antal olyckor per år som utreds/inträffar inom sakområdet och inom myndighetens ansvarsområde som helhet.**

Svar 2. Olyckor av sådan dignitet att Naturvårdsverkets medverkan krävs på det nationella planet är mycket sällsynta, mindre än en per år. Interna olyckshändelser eller incidenter som föranleder krishantering är likaledes sällsynta, färre än tio tillfällen årligen. Expertstöd till exempelvis länsstyrelser vid regional begränsade händelser betraktas som en del av det ordinarie myndighetsarbetet.

**Fråga 3. Finns en fastställd plan för hur myndigheten ska:**

**a. Utredda olyckor?**

**b. Sprida kunskap om olyckor?**

**c. Arbeta preventivt?**

Svar 3a. Nej, vid miljökriser faller utredningsansvaret normalt på de operativa myndigheterna varvid verket biträder i till exempel konsekvensbedömningar. Vid interna olyckshändelser/kriser kontaktas exempelvis polismyndigheten, FRA eller brandskyddsmyndigheten inför en utredning.

Svar 3b+c. Vid hantering av interna olyckshändelser eller incidenter finns rutiner i Naturvårdsverkets ledningssystem som beskriver vad som gäller vid dokumentation, utvärdering, återföring och förebyggande arbete.

**Fråga 4. Har myndigheten definierat vad som menas med:**

**a. Olycka?**

**b. Tillbud och/eller incident?**

Svar 4a+b. De begrepp som används inom Naturvårdsverket hämtas i huvudsak från MSB:s (tidigare KBM:s) nomenklatur.<sup>6</sup>

**Fråga 5. Hur rapporteras olyckor?**

Svar 5. Alla händelser som kan beskrivas som olyckshändelser, incidenter eller kriser dokumenteras i ett digitalt händelserapportsystem.

**Fråga 6. Vem/vilka tar emot informationen om inträffade olyckor?**

Svar 6. Information om inträffade händelser tas i första hand emot av tjänstgörande säkerhetschef som avgör eventuellt behov av eskalering.

**Fråga 7. Har någon/några rapporteringsskyldighet?**

Svar 7. Samtliga medarbetare inom myndigheten har skyldighet att rapportera om händelser som skadat eller bedöms kunna skada myndigheten.

**Fråga 8. Används någon databas för registrering av inträffade olyckor?**

**a. I vilken omfattning används den?**

**b. Vad används den till?**

**c. Vem/vilka har tillgång till databasen?**

Svar 8a. Händelserapportsystemet lagrar information för olika bearbetningar.

Svar 8b. Systemet används som en del i myndighetens ledningssystem med bland annat tertial rapportering men också som ett underlag inför de riskanalyser som genomförs årligen.

Svar 8c. Den registrerade informationen är tillgänglig för personal engagerade i säkerhetsarbete.

**Fråga 9. Utreder myndigheten själv olyckor (och tillbud)?**

Svar 9. Avseende händelser inom myndigheten beror detta på vad som är aktuellt, se 3a.

---

<sup>6</sup> Magnus Hjort, MSB (tidigare KBM), har tillfrågats om definitionen Han har svarat att KBM dels utgick från definitionen av olycka som finns i förarbeten till Lagen om skydd mot olyckor, dels har den mer vardagliga definitionen av olycka används det vill säga att en olycka kan sägas vara en oönskad händelse som är oavsiktligt framkallad. För KBM:s del har begreppet "olycka" varit mycket okomplicerat.

**Fråga 10. Vem/vilka utreder olyckorna?**

**a. Är det alltid samma personer eller varierar det?**

**b. Förekommer det att myndigheten tar hjälp av experter utifrån som genomför olycksutredningar?**

Svar 10a. Säkerhetschef med biträdande har alltid ansvaret att utredning genomförs. Berörda chefer medverkar vilket innebär att personerna varierar.

Svar 10b. Ja.

**11. Finns särskilda skriftliga metoder som används vid utredningar av olyckor?**

**a. Sker någon utveckling av metoderna?**

Svar 11. Nej.

Frågorna 12 till 15 ansåg Bengt Andersson inte var relevanta för Naturvårdsverket.

**Fråga 16. Arbetar myndigheten uttryckligen med att återföra erfarenheter (erfarenhetsåterföring, lärande från olyckor etc.), dvs. finns processer och systematik för erfarenhetsåterföring?**

Svar 16. I Naturvårdsverkets ledningssystem som styr myndighetens verksamhetsplanering, uppföljning och utvärdering ingår även erfarenhetsåterföring. Hantering av olyckor etc. styrs givetvis av samma regelverk.

**Fråga 17. Medger/finns det uttryckt i det regelverk myndigheten har att följa att resultat, kunskap och information från olyckor ska återföras till andra som kan behöva den?**

Svar 17. Ja, bland annat avseende processen för tertialuppföljning.

**Fråga 18. Vad görs för att sprida resultat, kunskap och information om inträffade olyckor och genomförda olycksutredningar?**

Svar 18. Avseende större miljöolyckor där verket medverkar i expertrollen ligger detta ansvar normalt på andra parter. Interna händelser redovisas via de vanliga kanalerna, främst intranätet.

**Fråga 19. Finns kanaler för spridning av kunskap och information?**

Svar 19. Ja, webb för extern och intranät för intern kommunikation.

**Fråga 20. Följer myndigheten upp hur den spridda kunskapen och informationen tas om hand och vad som görs med den?**

Svar 20. Det sker ej generellt utan från fall till fall.

**Fråga 21. Sker några samarbeten eller erfarenhetsutbyten med myndigheter utomlands?**

Svar 21. Det sker ej generellt utan från fall till fall.

**Fråga 22. Görs något sammanfattande arbete av olyckor och olycksutredningar på årsbasis? Sammanställande av statistik etc.?**

Svar 22. Interna händelser analyseras och utvärdering görs tertialt och årligen.

**Fråga 23. På vilket sätt används resultaten från olycksrapporter och olycksutredningarna i den egna verksamheten?**

Svar 23. Internt för att förbättra säkerheten.

**Fråga 24. Finns någon som har översyn över alla olyckor inom myndighetens ansvarsområde eller är detta strikt indelat i de olika sakområdena?**

Svar 24. Kunskapen inom Naturvårdsverket är beträffande större miljörelaterade olyckor koncentrerad till olika sakområden (avdelningar).

**Fråga 25. Utvärderas de egna utredningsinsatserna?**

*a. I så fall vem/vilka gör det?*

*b. Vilka behov finns att mäta och utvärdera resultat och metoder?*

*c. Utvärderas arbetsmetoderna?*

*d. Hur ofta sker det?*

*e. Exempel på resultat från en sådan utvärdering?*

Svar 25. Ovanstående frågor hanteras inom ramen för verkets ledningssystem

**Fråga 26. Utredds tillbud/incidenter?**

*a. I så fall, finns särskilda metoder för det?*

*b. Hur rapporteras incidenter?*

*c. Görs urval av vilka incidenter som ska utredas?*

*d. Vad väsentligen skiljer en utredning av en incident och en utredning av en faktisk olycka åt?*

*e. Sprids resultat, information och kunskap om incidenter på liknande sätt som för olyckor?*

Svar 26. Incidenter (här avses interna händelser) utreds då det bedöms relevant med hänsyn till möjlig skada, risk för upprepning etc.

Svar 26a. Generell metod saknas.

Svar 26b. Händelserapportsystem (tidigare beskrivet).

Svar 26c. Ja.

Svar 26d. Inget principiellt.

Svar 26e. Ja.

***Fråga 27. Vilka är myndighetens svaga områden när det gäller olycksutredning och erfarenhetsåterföring?***

Svar 27. Svagheten i Naturvårdsverket ligger i det faktum att händelser, internt och nationellt, som kan beskrivas som olyckor, är mycket sällsynta vilket gör att erfarenheterna är mycket begränsade.

# Rikspolisstyrelsen, Kristian Zander

**Arbetsuppgifter:** Poliskommissarie som arbetar med krisberedskap.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 1 juni 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Rikspolisstyrelsen (RPS) arbetar strategiskt och skapar förutsättningar för resten av verksamheten utifrån ett samverkansperspektiv. Det operativa polisarbetet har RPS ingen praktisk roll i.

Den definition av olycksbegreppet som RPS använder sig av kommer från Krisberedskapsförordningen och MSB. Olyckor kommer in i RPS arbete bland annat genom ansvaret för statlig räddningstjänst (fjällräddning och efterforskning av försvunna personer).

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Information om inträffade olyckor kommer in genom Länskommunikationscentralen (LKC), Polisens kontaktcenter (PKC) eller genom 112. Det är rubriceringen av händelsen som styr sättet som inrapporteringen sker. Oftast kommer akuta ärenden in via 112 till LKC, medan mindre akuta fall också kan komma via PKC. Allt operativt arbete sköts av polismyndigheterna som efter en genomförd räddningsinsats upprättar en räddningstjänstrapport. Syftet med rapporten är att skapa en nationell bild av den polisiära räddningsinsatsens omfattning och att samla information som kan komma till nytta för det förebyggande och operativa arbetet. Alla insatser som åligger polismyndigheterna enligt Lagen om skydd mot olyckor (2003:778) ska rapporteras. Räddningstjänstrapporten består av en datoriserad blankett som innehåller fält för fritext. Rapporten skickas elektroniskt in till RPS som kontrollerar den och därefter lagrar den i en databas. En civilanställd person arbetar med detta

Hur många händelser som varje år inträffar som är att betrakta som en olycka (statlig räddningstjänst och annat) som berör RPS är svårt att uppskatta. Mätbart är emellertid att det under år 2008 genomfördes 426 räddningsinsatser.<sup>7</sup>

## Utredning av olyckor

I normalfallet sker inga djupstudier av olyckor. Naturligtvis finns möjlighet att göra det om speciella skäl till det finns men i de allra flesta fall sker det inte.

Ingen sammanfattande rapport av alla räddningstjänstupdrag sätts samman. När det gäller fjällräddning finns en person som arbetar med just det. Där finns nätverk och all uppföljning är enklare att göra eftersom området är tämligen litet.

---

<sup>7</sup> Statistik från Rikspolisstyrelsen, år 2008.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Bland annat samordnar MSB ett observatörsnätverk i vilket man internationellt försöker dra slutsatser utifrån specifika händelser och att dela med sig av erfarenheterna. Kristian Zander tror att spridningen av lärdomar vid vardagshändelser inte fungerar så bra och han har inga exempel på vad en händelse skulle kunna bestå i för att RPS rent strategiskt skulle gå in.

Zander tror inte att det finns problem med gränsdragning mellan myndigheter. Samarbetena brukar fungera bra och även om det alltid finns en gråzon där det finns en gräns tror han att det oftast går att lösa eftersom samverkan är god.

RPS samarbetar inte strategiskt med andra myndigheter i någon hög utsträckning när det gäller olyckor. Självklart sker samverkan i akuta lägen när en olycka inträffat, vilket har fungerat bra. RPS arbete med den statliga räddningstjänsten fungerar väl då detta är något man arbetat med tämligen länge.

### **Uppföljning och utvärdering**

De enskilda polismyndigheterna utvärderar sitt eget arbete, det är inget som berör RPS.

Zander anser att RPS rent generellt borde bli bättre på erfarenhetsåterföring. Tyvärr är detta en resursfråga, om resurserna är knappa är det svårt att hinna med den typen av arbete.

Räddningstjänstarbetet fungerar bra. Där är rollerna tydliga och rutinerna goda.

### **Diverse**

Polishelikoptrarna är rent organisatoriskt sorterade under RPS. Dessa används i statliga räddningstjänstupdrag ungefär i 400 fall per år.

## Sveriges geologiska undersökning, Lena Blad

**Arbetsuppgifter:** Arbetar bland annat med miljömålet grundvatten av god kvalitet.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 10 juni 2009.

### Allmänt om olycksutredning

Sveriges geologiska undersökning (SGU) har ett ansvar att bistå samhället med geologisk information och är bland annat miljömålsmyndighet för miljömålet grundvatten av god kvalitet.

En potentiell risk när det gäller grundvatten av god kvalitet är just olyckor

Lena Blad har funderat en del över vad som bör finnas med i begreppet olycka. Genom åren har hon haft mycket samarbeten med nuvarande MSB och inspiration när det gäller olycksbegreppet kommer mycket från Lagen om skydd mot olyckor (2003:778). Även begreppet incident är av intresse och Blad tycker definitivt att det finns behov av en mer formaliserad definition och att det vore bra för SGU som myndighet att veta att alla pratar om samma sak. De begrepp som används behöver ses över, bland annat vilka begrepp som återfinns i lagstiftningen, hur andra aktörer använder sig av begreppen samt hur SGU ser på det. Blad tror det är möjligt att ha en definition för alla verksamheter som SGU arbetar inom.

Blad menar att en olycka är en plötslig och negativ händelse. Hon gör skillnad mellan olycka och naturolycka. Däremot kan en naturolycka, till exempel en översvämning, få följdkonsekvenser såsom ras eller skred. Blad anser att en olycka är något som har med mänsklig verksamhet att göra. Olyckor som kan påverka grundvatten av god kvalitet är till exempel trafikolyckor, bränder, oljespill etc.

### Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Det finns ingen särskild bevakning när det gäller olyckor. En del som kommer till Blads kännedom kommer via VAKA (vattenkatastrofgrupp), annat är sådant som hon får reda på genom sina kontakter på MSB eller på andra sätt via sina personliga kontakter. Att privatpersoner rapporterar eller att vetskap om händelser kommer via media är ytterst ovanligt.

Blads arbete är inte kopplat till någon databas och det finns heller ingen nytta med en sådan. Till viss del tror hon att information från exempelvis MSB kan vara till nytta även för SGU och det har diskuterats en del på Livsmedelsverket när det gäller dricksvatten att starta en databas för incidenter och dricksvattenförsörjning. Detta skulle kunna vara av intresse även för SGU.



## Utredning av olyckor

Det finns gällande arbetet med grundvattenskydd ett visst behov av sammanställning och detta har bland annat skett genom studier av räddningstjänstens insatsrapporter och statistik för uppföljning av vissa olyckor. Emellertid har det inte fungerat särskilt bra. (En rapport finns från Räddningsverket och Kemikalieinspektionen på miljömålsportalen.)

SGU får ofta remisser och direkta frågor från länsstyrelser, kommuner eller konsulter som undrar om det går att rent geologiskt förlägga en viss verksamhet exempelvis på ett grundvattenmagasin. För att kunna bedriva den här delen av myndighetens verksamhet på ett smidigt och tillfredsställande sätt vore det bra att ta fram en antologi eller något annat underlag för det.

Hur många olyckor som påverkar grundvattnet eller dricksvattenförsörjningen som inträffar per år går inte exakt att säga. SGU har försökt att genom statistik få fram uppgifter men det har visat sig vara väldigt svårt att uppskatta. I grova drag handlar det kanske om 10 till 50 allvarigare olyckor per år och när det gäller sådant där det föreligger en risk av något slag kanske det rör sig om ett hundratal per år. En hel del är sådant som aldrig anmäls och som heller inte blir en insats för räddningstjänsten. Det är också möjligt att räddningstjänst eller verksamhetsutövare inte tänker på att det inträffade är något som kan påverka grundvattnet. Det som kommer till Blads kännedom är mellan fem till tio händelser per år. När SGU får kännedom om en olycka sker normalt sett inget speciellt. Ingen systematiserad skriftlig rapport skrivs. I snitt studeras mellan en och tre händelser närmre men det finns ingen särskild metodik för detta. Blad tror inte att SGU har arbetat på det här sättet tillräckligt länge och i praktiken är det bara hon som arbetar så.

SGU har emellertid på senare tid arbetat tillsammans med nuvarande MSB med ett projekt i vilket man försökt att följa upp särskilt utvalda händelser. Detta framförallt i syfte att se över själva aktörskedjan eftersom det ur dricksvattensynpunkt finns överlämnandeproblem.

Det sker en slags redovisning av utredningarna genom de två temadagarna som SAMVA<sup>8</sup> (Samverkansgruppen för vattenförsörjning och vattenkvalitet) anordnar. Själva temadagarna i sig är en del men också minnesanteckningarna som skrivs under dessa dagar blir en slags redovisning.

SGU arbetar även med en del andra projekt, till exempel ett utvecklingsprojekt i vilket SGU har tagit fram särskilda sårbarhetskartor för kommunal räddningstjänst. Kartan bygger på fakta om hur räddningstjänsten arbetar och vilka behov de har. Sårbarhetskartorna kan ses som en del av SGU:s preventiva arbete. Dessa är anpassade till just räddningstjänsten inom ramen för utvecklingsprojektet som SGU driver tillsammans med MSB och ett antal

---

<sup>8</sup> SAMVA är ett samverkansforum för frågor om säkerhet, beredskap och krishantering på dricksvattenområdet för centrala och regionala myndigheter, kommuner, dricksvattenproducenter och organisationer.  
(<http://www.slv.se/upload/dokument/livsmedelskontroll/dricksvatten/SAMVA-broschyr0612.pdf?epslanguage=SV> 2009-06-18)

testkommuner. En del av syftet med projektet är att försöka se hur man i ett större sammanhang kan jobba på det här sättet, att man på sikt kan ta fram även miljökänslighetskartor med olika miljöfaktorer. Materialet består både av karta och av en utbildningsdel. Det är SGU:s uppgift att få ut budskapet och det är viktigt att få in utbildningen i MSB:s skolor i Revinge och på Sandö samt att konsulter engageras. Erfarenheterna från projektet hittills är positiva. Det har visat sig att konceptet i stort fungerar även om mindre detaljer kan behöva justeras. Utvecklingsprojektet kommer att utvärderas.

Att arbeta fram lite större sammanställande rapporter kan komma bli aktuellt i framtiden. Hur det kommer att se ut beror på hur myndigheten väljer att jobba samt hur MSB kommer att arbeta med olyckors miljöpåverkan.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Spridning i dagsläget handlar till stor del om att ta fram material över läget för att kunna styra hur SGU bäst kan arbeta vidare. Det handlar mycket om att skapa kunskap om var grundvatten finns och hur det fungerar. På det området genomför SGU en del utbildningsinsatser genom att vara ute och prata med länsstyrelser och kommuner, diskutera utbildningar av poliser, räddningstjänst etc. i syfte att öka kunskapen om grundvatten. Mycket av SGU:s arbete består av att skapa kontaktytor mellan olika aktörer och att försöka få ut information till andra. Ett problem i det här sammanhanget enligt Blad är att SGU måste ta betalt för sin information. En hel del av SGU:s arbete handlar ju om att kartlägga berg, jord och vatten, och den som vill ha den informationen får också betala för den. Spridningen skulle helt klart bli bättre och snabbare om informationen blev gratis.

Samverkan finns gällande geografiskt informationsutbyte mellan myndigheter i händelse av en kris. Blad är SGU:s representant i detta samarbete som leds av Lantmäteriet ([www.svenskgeoinfo.se](http://www.svenskgeoinfo.se)). Hon är även delaktig i samverkansområde kring dricksvatten (SAMVA) och i VAKA, båda leds av Livsmedelsverket. MSB har en arbetsgrupp som arbetar med grundvattenskydd vid olyckor. Det kan även vara aktuellt att följa upp tidigare händelser ur ett dricksvattenperspektiv, samt att följa upp domslut och se över hur lagstiftningen tolkas och hanteras.

### **Uppföljning och utvärdering**

Blad anser det i stort finns förbättringspotential i SGU:s verksamhet vad gäller utvärdering. Många delar inom grundvattenarbetet är tämligen nystartat (exempelvis miljömål och vattenförvaltning) så det handlar fortfarande mycket om att få arbetet att flyta. Inga mallar att arbeta efter finns. Möjligheter att följa upp sådant som skickats vidare, hur det används, om det har använts på det tänkta sättet samt om det tas emot rätt är i många fall omöjligt att säga. Just när det gäller sårbarhetskartorna görs en tämligen ordentlig uppföljning men i övrigt sker inte sådant i någon större utsträckning.

## **Diverse**

Det finns inom SGU ingen direkt tradition av att arbeta med erfarenhetsåterföring. Man har i många år arbetat efter vissa processer och generellt upplever Blad det som att myndigheten är ganska svår att förändra. Det borde vara enkelt att gå in och göra ändringar men det finns en väl inrotad tradition över hur arbetet alltid har genomförts vilket gör det svårt att förändra. Blad tror det vore fördelaktigt om det på ett bra sätt gick att följa upp på vilket sätt information efterfrågas externt och på vilket sätt informationen bör tas emot för att bli tillgänglig. Rutiner och arbetsmetoder behöver förenklas men inte så mycket att fokus försvinner. Idag är traditionen att det ska vara så exakt som möjligt men då tappar man istället i användbarhet.

# Sveriges geologiska undersökning, Mats Engdahl

**Arbetsuppgifter:** Enhetschef. Arbetar bland annat med kartläggning av jordarter, FoU-verksamhet etc. Engdahl är delaktig i en delegation för skred och ras som Statens geotekniska institut (SGI) ansvarar för och han ansvarar för information och kontakter med SGI gällande skred och ras samt för informationen på SGU:s hemsida.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 10 juni 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Det arbete som berör skred och ras är ingen stor del av verksamheten på SGU. Mats Engdahl tror att det kanske handlar om en till två månader totalt på ett år som SGU arbetar med sådana frågor. Olycksbegreppet används om än särskilt ofta. Skredet i Småröd i Bohuslän för några år sedan var en olycka och detta dokumenterades av SGU. Dokumentationen användes sedan av Statens haverikommission i deras utredningsarbete. Oftast är det upp till SGU att avgöra huruvida en händelse ska dokumenteras eller inte. Ungefär tio procent av SGU:s arbete är uppdrag från kommuner, myndigheter etc. Uppdragen gäller sådant som är i nära anknytning till den övriga verksamheten.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Information om att något inträffat får Engdahl ofta via media. Det har också i något fall hänt att SGI informerat SGU. Att exempelvis räddningstjänsten direkt kontaktar SGU är ovanligt.

## Utredning av olyckor

Ett par skred per år inträffar i västra delen av landet som kommer till Engdahls kännedom. Det senaste året har det varit tre. Självklart inträffar mindre skred betydligt oftare (uppskattningsvis tror Engdahl kanske det handlar om ett tiotal mindre skred per år) men det är då skred som inte fått den digniteten att det hamnat i tidningen.

När något inträffar har SGU ingen skyldighet att undersöka, däremot ska SGU i det fall SGI begär hjälp ställa upp med det genom att ha en geolog tillgänglig inom ett till två dygn. Oftast när något inträffar som SGU bedömer som intressant åker en geolog ut och dokumenterar skredet. Dokumentationen består av en beskrivning av området och fotografier. Därefter skrivs en kortfattad dokumentationsrapport. Till dokumentationsrapporterna används ett standardiserat formulär som används för alla typer av dokumentationer av jordartsgeologiska ärenden. Utredningen handlar primärt inte om att undersöka vad som orsakade skredet utan om att dokumentera händelseförloppet. Det tar normalt sett två till fem dagar för en dokumentationsrapport att bli färdig. Dokumentationsrapporten läggs ut på hemsidan och

arkiveras. I övrigt används inte rapporterna till något särskilt. Bilder och liknande kan användas vid föredrag och liknande.

Databaser används flitigt. All information samlas i databaser, såsom information om jordartsfenomen, ryggar, raviner, flyttblock och stora stenar. Även kartor läggs in i databaser. Under en tioårsperiod har SGU samlat in en större mängd geologisk information till databasen om berg, grundvatten etc. Detta arbete kommer att fortsätta de närmaste fem åren. Man kommer även att se över databaserna eftersom man känner till att det finns lägesfel i informationen. För närvarande är mängden data för liten för att kunna göra statistiska körningar.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Informationen som SGU tar fram används på olika sätt av samhället. Det är bland annat kommuner, länsstyrelser, Banverket, Naturvårdsverket, SGI och privatpersoner som använder informationen. Remissverksamheten är en stor del av arbetet. Remisser kommer från kommuner, och några av dem rör skred och ras med förfrågningar om det är lämpligt att bygga på särskilda platser. SGU ser över de jordartsgeologiska förhållandena och lämnar över svaret till den som ställde frågan. Den här delen av arbetet har ökat de senaste åren.

Spridning av lärdomar och kunskap sker genom olika samarbetsgrupperingar med MSB, SGI, Boverket m.fl. Det finns exempelvis en nationell plattform när det gäller skred som MSB ansvarar för. Där finns en hemsida som SGU och SGI gemensamt ansvarar för. Inom ramen för det arbetet träffas man årligen och arbetar med att uppdatera hemsidan. Detta är ett mycket bra samarbete anser Engdahl och hemsidan används mycket både av kommuner och av privatpersoner.

Samarbeten utomlands sker inte i någon större utsträckning. När det gäller skred sker en del utbyten med Norges motsvarighet till SGU.

### **Uppföljning och utvärdering**

SGU gör ingen översyn av det som inträffar på området på årsbasis. Det beror på att antalet skred är så pass få. Ingen särskild uppföljning av händelser sker.

Utvärdering sker inte i någon större omfattning, även om årsredovisningen på sätt och vis är en slags utvärdering bland annat genom att man i den redogör för hur många dokumentationsrapporter som gjorts. Engdahl tror det finns behov av utveckling på det här området.

### **Diverse**

Ett system där SGU tar en mer aktiv roll och där myndigheten redan på ett tidigt stadium får information om skred tror Engdahl på inför framtiden. Han anser att informationen som SGU har kan vara till nytta för geotekniker och annan personal som åker ut till områden där skred

har inträffat. Han försökte för några år sedan förankra ett sådant arbete internt på myndigheten utan att lyckas vilket han tror berodde på att myndigheten var rädd för ökade kostnader. I samband med detta genomfördes ett möte med SOS Alarm och då framkom att SOS ansåg att kontakterna med SGI var fullt tillräckliga. Engdahl tycker det ibland kan kännas som att det finns en konkurrens mellan SGU och SGI, vilket är väldigt olyckligt. SGU och SGI är ganska tätt sammankopplade genom ett samverkansavtal, man träffas varje år och driver bland annat en del projekt tillsammans.

Engdahl tror att SGU på sikt kommer att få arbeta enbart med uppdrag som ingen annan kan göra. Ett exempel på sådant uppdrag är kartor och det är också ett exempel på något som SGU är bra på! SGU har karterat Sverige i 150 år och de senaste 10 åren har man haft en långtidsplan genom vilken man översiktligt fått en nästan heltäckande översiktlig databas över berg, jord och grundvatten i Sverige.

Engdahl anser att antalet samarbeten nästan är för många och att dessa överlappar varandra. Mötena i de olika grupperingarna tar en hel del tid och därför borde dessa samarbeten ses över i syfte försöka upprätta lite samordning. Det är ofta samma personer som är med i dessa grupper.

# Statens haverikommission, Carin Hellner

Arbetsuppgifter: Jurist.

Tidpunkt för telefonintervjun: 23 juni 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Lag (1990:712) om undersökning av olyckor samt Förordningen (1990:717) om undersökning av olyckor styr Statens haverikommissions (SHK) verksamhet. Lag (1990:712) om undersökning av olyckor ”/.../ innehåller föreskrifter om undersökning från säkerhetssynpunkt av olyckor och tillbud till olyckor.” Lagstiftningen anger i vilka fall det för SHK är obligatoriskt att utreda. SHK har dock en viss frihet att välja olyckor och tillbud att utreda utöver det som är obligatoriskt men även det är reglerat i lagen. Det finns fyra huvudområden som innefattas i SHK:s utredningsverksamhet: luftfart, sjöfart, spårbunden trafik samt andra allvarliga olyckor. I princip gäller det därför alla olyckor. Utöver detta finns tre skadetyper som konstituerar en utredning och dessa är personskador, sakskador och miljöskador. Det finns även kriterier på hur allvarlig en olycka eller ett tillbud ska vara för att det ska vara obligatoriskt för SHK att utreda. Kriterierna skiljer sig åt mellan de olika områdena. Utöver detta har regeringen möjlighet att ge SHK i uppdrag att utreda. I Förordningen (1990:717) om undersökning av olyckor framgår att tillsynsmyndigheterna ska utreda vissa områden men att SHK kan gå in och utreda i de fall det finns särskilda skäl.

Lagtexten innehåller ingen definition av själva begreppet olycka utan olyckor beskrivs utifrån de konsekvenser som de kan få.

Tillbud beskrivs i lag (1990:712) 2 § 4 st. på följande sätt:

”Tillbud till olyckor som avses i första stycket ska undersökas enligt denna lag, om tillbudet inneburit allvarlig fara för att en olycka skulle inträffa eller om tillbudet tyder på ett väsentligt fel hos luftfartyget, fartyget, spårfordonet eller spåranläggningen eller på andra väsentliga brister i säkerhetshänseende.”

Det preventiva arbetet består, i den mån det nu finns något sådant för SHK:s del, i att göra säkerhetsutredningar där poängen är att hitta brister i säkerheten som mynnar ut i rekommendationer till tillsynsmyndigheten att åtgärda det som brustit.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Tillsynsmyndigheterna har skyldighet att rapportera inträffade olyckor och tillbud till SHK. Även polisen och SOS Alarm har rapporteringsskyldighet. Själva rapporteringsförfarandet går helt enkelt till så att myndigheterna ringer till SHK som alltid har en jourhavande som tar emot samtalen.

Det är ordföranden som fattar beslut huruvida SHK ska utreda eller ej. Oftast fattas beslutet i samråd med sakkunniga på aktuellt område. Ibland är det en självklarhet att SHK ska utreda men det kan också vara svårt att göra en säker bedömning och då diskuteras ärendet med en sakkunnig. Speciellt tillbuderna är svåra att bedöma. SHK:s beslut är inte möjliga att överklaga. SHK har ingen särskild olycksdatabas.

Flest utredningar brukar det bli inom flygområdet men genom det ökade uppdraget på järnvägssidan har antalet där ökat. Kriterierna för när en SHK-utredning är obligatorisk skiljer sig åt inom de olika områdena, exempelvis krävs att olyckor inom sjöområdet är mycket allvarligare än inom luftfarten för att SHK ska utreda.

### **Utredning av olyckor**

Antalet olyckor och tillbud som utreds är ungefär 50 till 60 per år. SHK:s regleringsbrev anger att utredningar som SHK gör ska färdigställas inom 12 månader. Tiden hålls inte alltid vilket beror på att personalstyrkan är för liten i förhållande till mängden arbete. Det är svårt att planera verksamheten eftersom den styrs av inträffade olyckor och tillbud. Emellertid har SHK blivit bättre på att hålla tiden. Den omorganisering som myndigheten nyligen genomgått har bland annat inneburit fler fast anställda utredare jämfört med tidigare då personal kallades in vid behov. Detta har effektiviserat utredningsarbetet.

En utredning består av en ordförande, en utredningschef samt övriga sakkunniga utredare. På flygområdet finns före detta piloter och tekniker, på sjösidan sjökaptener. Motsvarande expertkompetens finns även inom järnvägsområdet. En av de tre anställda juristerna (inkl. GD) fungerar som ordförande i utredningarna. Ordföranden fattar beslut huruvida SHK ska utreda eller ej samt beslutar om resurserna i utredningar. En ordförande är inte inblandad i det dagliga utredningsarbetet men är med vid viktiga arbetsmöten, vid haverisammanträdet (se nedan) samt läser och kommenterar utkast på slutrapporten.

Myndigheten har inte en fastställd utredningsmetodik som ska användas utan detta bedöms beroende på vad som ska utredas, vem som är utredningschef etc. Val av metod diskuteras i utredningsgruppen. På järnvägssidan finns ett EU-direktiv som inneburit ny lagstiftning från och med den 1 juli 2007 genom vilken SHK:s uppdrag utökats. I direktivet finns en mall för hur en utredning ska se ut vilket syftar till att få mer likformade utredningar inom EU. Detta reglerar främst hur rapporterna ska se ut. Just nu håller ett sjösäkerhetsdirektiv på att implementeras i svensk rätt och det kommer troligen att leda till likformade rapporter även där. Det finns många utredningsmetoder för olyckor och diskussioner kring metoder och metodutveckling är något som hela tiden pågår inom SHK.

Arbetet som påbörjas efter att beslut om att utreda fattats varierar beroende på vad det gäller. Om det är en olycka i ett akut läge försöker man åka ut till olycksplatsen så snart som möjligt. Förhoppningsvis finns tid till att träffas innan och gå igenom upplägget men det viktigaste är att SHK tar sig ut på platsen så snart det är möjligt. På plats samlar man in uppgifter och fakta, intervjuar personer och försöker skapa en bild av vad som hänt. Ofta är det inte lika



bråttom när det handlar om tillbud. Då finns allting intakt men även då är det viktigt att höra vittnen vilket måste ske snabbt efter händelsen. Så tillvägagångssättet vid ett tillbud är likadant som vid en olycka. Det som skiljer sig åt är att situationen runt omkring inte är lika stressad eftersom det oftast inte är samma mediebevakning som vid en olycka.

När insamlingen på olycksplatsen är klar återstår mycket arbete med att samla in uppgifter. Ofta behöver utredarna sätta sig in i den berörda organisationen för att kunna bedöma vilka förutsättningar som gällde vid tiden för olyckan eller tillbudet, hur organisationens säkerhetsplan ser ut, etc. Ibland krävs speciella undersökningar av materiel eller liknande och ibland behövs fördjupade intervjuer. Men när hela uppgiftsinsamlingen är färdig hålls ett så kallat haverisammanträde. Då bjuds alla berörda personer in till SHK. (SHK har en laglig skyldighet att informera berörda, vilket sker vid haverisammanträdena.) Då presenterar SHK muntligen de fakta som framkommit. De inbjudna får möjlighet att ställa frågor och ge respons. Först därefter sätts en rapport samman. Rapportens faktadel går ut på remiss till berörda parter. Rapporten i sin helhet går ut till koordinatören på den berörda tillsynsmyndigheten. (Lagstiftningen anger att tillsynsmyndigheterna har rätt att följa utredningen vilket sker genom att en koordinator utses av tillsynsmyndigheten.)

Inom alla områden (luft, sjö, järnväg, andra olyckor) finns handböcker med instruktioner hur utredningsarbetet ska genomföras och vilka beslut som ska fattas.

### **Spridning av resultat och kunskap**

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

SHK följer upp svaren från tillsynsmyndigheterna. Det är ovanligt, men det händer, att tillsynsmyndigheten uppger att de inte har för avsikt att följa rekommendationen. Det är ett beslut som tillsynsmyndigheten fattar inom ramen för sitt ansvar. SHK ska emellertid rapportera detta i sin årsredovisning.

Rapporterna sprids inte på något annat sätt. Däremot arbetar SHK med att sprida kunskap om den egna verksamheten genom medverkan i olika sammanhang där de berättar om sig själva.

Det ligger i SHK:s uppdrag att verka för samarbeten internationellt. Genom de internationella överenskommelser och EU-direktiven har SHK i uppdrag att i händelse av en olycka samarbeta med andra länder. Det är framförallt inom flyg- och sjöområdena men inom alla områden finns ett flertal internationella samarbeten där SHK deltar på olika sätt. SHK medverkar även i ett antal internationella organisationer. International Transport Safety Association (ITSA) är en sammanslutning bestående av 14 länder från hela världen som träffas och utbyter erfarenheter och mötet som ägde rum 2009 var SHK värd för.

Medverkan i olika sammanslutningar sker i mån av tid. Det är allt från konferenser till studiebesök på andra länders haverikommissioner.

## **Uppföljning och utvärdering**

SHK arbetar med uppföljning av den egna verksamheten genom intern kvalitetsuppföljning av färdigställda utredningar. En viss tid efter att en utredning är klar går man igenom utredningen, ställer vissa frågor i syfte att hitta det som fungerat bra och det som fungerat mindre bra. Kvalitetsuppföljningen mynnar inte ut i någon offentlig skrift men nämns i årsredovisningen.

## **Diverse**

Rent generellt har SHK ett väldigt stort uppdrag med tanke på det fåtal anställda som ska utföra detta arbete. Resurserna är helt enkelt för små för det stora uppdraget. Trots det lyckas man på ett ändamålsenligt sätt hålla igång många parallella utredningar. Under de år som Carin Hellner har arbetat på SHK tycker hon att man blivit mycket bättre på bakomliggande faktorer till olyckor och tillbud. SHK:s uppdrag består bland annat av att kartlägga händelseförlopp, dra slutsatser utifrån det samt komma fram till vad som var orsaken till det som inträffat. För att kunna göra detta är det viktigt att gå bakåt och se över bakomliggande faktorer. SHK har utvecklat sina MTO-metoder och har blivit bättre på att se samspelet mellan människa, teknik och organisation. Två anställda har MTO-bakgrund.

# Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut (SMHI), Fredrik Linde

**Arbetsuppgifter:** Chef för prognos- och varningstjänsten.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 27 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut (SMHI) uppgift vid kriser och olyckor består av att bistå med information till andra myndigheter. För SMHI:s del skiljer det arbetet sig inte från hur myndigheten i vanliga fall arbetar. Den information som lämnas ut i samband med en kris eller en olycka är dock ofta mer detaljerad och styrd mot det aktuella området. Om SMHI tror att en olycka kan inträffa till följd av väder larmas det ut till berörda, såsom Länsstyrelsen i området, MSB, Vägverket, Transportstyrelsen, Banverket, SOS Alarm. SMHI tar hjälp av globala modeller och kan få en indikation på att något är på gång ända upp till tio dagar i förväg. Ju närmre man kommer i tiden desto säkrare blir prognosen. SMHI skickar ut information tre till fem dagar före det att en väder-/vattenhändelse av klass 2 eller 3 beräknas nå in över landet. Ett kortare telefonmöte hålls då med MSB samt med Vägverket då situationen diskuteras och hur man tillsammans på bästa sätt går vidare, om fler myndigheter bör vara delaktiga och i så fall vilka. Därefter hålls vid behov en så kallad samverkanskonferens vid vilken SMHI försöker redogöra så detaljerat som möjligt för vad som vädermässigt kommer att inträffa. (Detta ska inte förväxlas med SMHI:s speciella varningar.) Informationen används sedan av berörda myndigheter när de agerar i händelsen. SMHI:s roll består helt enkelt av att överlämna information om väderläget till andra som får hantera ärendet och dess uppgift består i att tillgodose myndigheter och berörda aktörer med beslutsunderlag för att på så sätt underlätta för operativa aktörer i deras arbete.

## Utredning av olyckor

SMHI är ingen operativ myndighet i den bemärkelsen att ett aktivt arbete med incidenter och/eller olyckor bedrivs. Däremot tar man fram underlag till de aktörer som utreder incidenter och olyckor. SMHI arbetar med tre nivåer på sina varningar. Alla varningar verifieras och mätetal för träffsäkerhet finns. Klass 3 varningar eller klass 2 av mer omfattande geografisk utbredning föranleder en kortare studie då man mer i detalj studerar utfallet, om prognosen blev rätt i tid och rum, hur mottagarna upplevde informationen, om informationen tolkats rätt och om mottagarna agerade på rätt sätt.

Inom hydrologin görs efter varje lite mer omfattande händelse (exempelvis ett högt flöde kan vara under en lång tid) en rejälare studie. Då ses kvaliteten över men man tar även in enkäter med frågeställningar om hur SMHI:s insats uppfattats, eventuella förbättringsförslag etc.

## **Spridning av resultat och kunskap**

SMHI har flera kanaler för allmänheten att nyttja, dels via kundtjänst, dels via tjänster som till exempel meteorologen direkt alternativt allmänhetens oceanograf. Dessutom är SMHI en 24-myndighet som alltid har en uppdaterad hemsida med prognoser och varningar. Myndigheter kan alltid nå SMHI:s vakthavande meteorologer, hydrologer och oceanografer. Den anslagsfinansierade delen av verksamheten (där prognos- och varningstjänsten ingår) ansvarar för de officiella prognoserna och varningarna. Prognoserna uppdateras kontinuerligt i en databas för hela Sverige och Östersjön. Produktutbudet avseende prognoser till allmänheten via [www.smhi.se](http://www.smhi.se) och exempelvis radion är i dag styrt till 15 distrikt samt utvalda orter alternativt avrinningsområden, medan varningsinformation sker på en mer detaljerad nivå till berörda aktörer. Den affärsdrivande delen av SMHI levererar detaljerade prognoser utefter kundens behov. Under hösten kommer SMHI att förändra hemsidan vilket kommer att medföra mer detaljerade prognoser även för allmänheten. SMHI har även beredskap för olycka till havs. Genom ett system kan man beräkna ett område för var en person och/eller föremål som försvunnit till havs, båtar och liknande, borde befinna sig baserat på väder och tidpunkt. Uppgifter matas in i en modell och utifrån väder, vågor, strömmar etc. kan SMHI bedöma ungefär var föremålet bör vara. På detta sätt kan man även följa olja som av någon orsak hamnat i havet.

SMHI använder sig av Tjänsteman i Beredskap (TiB) för snabba kontakter med andra myndigheter. Detta sker via SOS Alarm som förmedlar kontakten med den TiB man vill komma i kontakt med.

## **Uppföljning och utvärdering**

SMHI:s prognoser ska ha en träffsäkerhet på 85 procent enligt regleringsbrevet. Detta följs upp varje kvartal och mättal på de egna modellkörningarna finns. Det saknas emellertid generell metod för utvärdering.

På SMHI finns personer som arbetar med kontakter med andra myndigheter, exempelvis med Försvarsmakten. Inom ramen för detta görs årliga genomgångar och täta kontakter med berörda om hur saker och ting ska hanteras. Det pratas just nu en del om att alla TiB-myndigheter ska ha ett och samma system för en gemensam lägesbild för att lättare kunna ta till sig informationen från andra. Dock har SMHI idag ingen standardiserad mall för hur återkoppling ska ske.

SMHI ger utbildningar. Just nu är många länsstyrelser intresserade av utbildningen, som bland annat syftar till att ge en bättre kännedom om vad SMHI arbetar med samt hur information från dem ska tolkas. I samband med utbildningarna brukar man också försöka få direkt feedback från deltagarna om vad som är bra och vad som kunde göras bättre. SMHI försöker också delta när andra myndigheter ordnar samverkansövningar.

## Socialstyrelsen, Ulla Fryksmark

**Arbetsuppgifter:** Ulla Fryksmark har haft flera olika befattningar på ett flertal orter inom Tillsynsavdelningen på Socialstyrelsen sedan hon anställdes 1996. Hon har exempelvis varit projektansvarig för den så kallade vårdskadestudien (Vårdskador inom somatisk slutenvård).

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 20 augusti 2009.

### Allmänt om olycksutredning

Definitioner finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och lyder på följande sätt:

"Vårdskada: lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd,

Negativ händelse: händelse som medfört vårdskada,

Tillbud: händelse som hade kunnat medföra vårdskada,

Avvikelse: negativ händelse eller tillbud."

Socialstyrelsen ansvarar för utredning bland annat av Lex Maria anmälningar. Utredningarna görs av den regionala tillsynsenheten som finns i den aktuella sjukvårdsregionen. Regionerna har inspektörer som tar hand om sådant som rapporteras in. Vården har krav på sig att utreda negativa händelser och att delge Socialstyrelsen dessa utredningar. Ofta kräver Socialstyrelsen i sin tur in yttranden från enskilda anställda som varit inblandade i händelserna, även yttranden från verksamhetschefer etc. Journalhandlingar brukar också begäras in. Inkommet material granskas och kan komplettera sådant som man i vårdens händelseanalyser har förbiset. Sjukvården arbetar med att utbilda personal i händelseanalys men bland annat på grund av personalomsättning försvinner kunskapen. Kunnig personal finns dock kvar men kvaliteten på utredningarna varierar.

Inspektörerna på de regionala tillsynsenheterna har ingen specifik utredningsutbildning, inte annat än att många har någon form av utredningsbakgrund med sig sedan tidigare. Inspektörerna är jurister, läkare eller sjuksköterskor. Det finns en tidsgräns för utredningarna i form av målgränser som för Lex Maria ärenden är ungefär sex till åtta månader. En Lex Maria ska enligt författningen vara inne på Socialstyrelsen inom två månader efter att den negativa händelsen har hittats. Denna tidsgräns kan inte alltid hållas, bland annat eftersom utredningarna behöver kompletteras och eventuella föredraganden eller vetenskapliga råd ska få tid att arbeta med det.

### Utredning av olyckor

Ett exempel på en utredning som Socialstyrelsen gjort var den studie som mynnade ut i rapporten Vårdskador inom somatisk slutenvård (2008-109-16). I studien granskades 1997

journaler i vilka man fann 169 vårdskador. Det handlar om skador som sjukvården på ett eller annat sätt åsamkat en patient, en skada som var ett beteckna som undvikbar till skillnad från sådant som inte är undvikbart. Den retrospektiva journalgranskningsmetoden har använts. Först granskades journalerna av sjuksköterskor som till sin hjälp hade diverse olika kriterier att använda i bedömningen. Sköterskorna identifierade 648 journaler som hade minst ett kriterium uppfyllt. De 648 journalerna granskades sedan av två av varandra oberoende läkare, som i 91 procent av fallen var överens både vad gäller skada och vårdskada men oenighet fanns om 12 av journalerna. Dessa journaler genomgick en tredje bedömning av det vetenskapliga rådet som i sin tur gjorde bedömningen att det handlade om skada i nio fall och att fem av dem var att betrakta som vårdskada. Resultaten har sedan extrapolerats och då kommer man fram till att antalet vårdskador är ungefär 105 000. Om man ser till hur allvarliga skadorna var handlar det om cirka 10 000 som har fått en så pass allvarlig skada att det inneburit bestående men och som är sådant som Socialstyrelsen anser borde ha Lex Maria anmälts. Ungefär 3000 efter extrapoleringen (tre procent) av detta gäller dödsfall. Dock är det oerhört osäkra siffror och det går inte som ett resultat säga att vården har orsakat 3000 dödsfall. Dessa patienter var väldigt sjuka och det är ytterligt sällan som vården i sig är en medverkande faktor till att någon avlider. Det faktiska antalet Lex Maria anmälningar var ungefär 450 det året. Granskningarna har sedan sammanställts. Sammanställningen gäller för hela landet och är inte möjlig att splittra upp i olika regioner, sjukhus eller liknande. Totalt har 28 sjukhus deltagit i studien. Detta är ju en typ av återföring av kunskap som Socialstyrelsen arbetar med.

En annan studie som Ulla Fryksmark nyligen varit delaktig i är ännu inte någon upprättad handling och hon vet inte om det kommer att bli det heller. I den här studien har hon gått igenom alla Lex Maria ärenden som vården anmält från den 1 november 2008 till den 30 april 2009 (hon startade upp studien genom att göra en slumpmässig förstudie). Fryksmark har hittat olika typer av misstag som begåtts i vården. Även om det ännu inte har publicerats något med anledning av studien så har några resultat figurerat i media. Ett exempel på det är problemet med IT i vården, liksom att det finns brister som orsakas av SOS Alarm.

### **Rapportering och registrering av tillbud och olyckor**

Socialstyrelsen vet att antalet anmälningar är underrepresenterade, att det finns ett stort mörkertal vilket bland annat Vårdskador inom somatisk slutenvård har visat.

Rapporteringsmetod är något som diskuterats en del inom Socialstyrelsen (anonym, konfidentiell, öppen). När det gäller negativa händelser måste dessa kunna utredas och det går inte att göra när händelsen är avidentifierad. Det här är ju ett viktigt arbete för att kunna förebygga och undvika liknande händelser i framtiden. Däremot när det gäller avvikelser som inte faller under Lex Maria så skall det finnas avvikelshanteringssystem inom alla enheter i all sjukvård. Utformningen av dessa ser litet olika ut på olika ställen. I Patientsäkerhetsutredningen vidhåller man att rapporteringen ska vara öppen bland annat för

att ”om Socialstyrelsen får kännedom om att någon brustit mot en bestämmelse som står under Socialstyrelsens tillsyn åligger det myndigheten att vidta åtgärder för att vinna rättelse och, om det krävs göra anmälan till åtal. Ett annat argument är att det kan vara svårt för medborgare i allmänhet och patienter i synnerhet att förlika sig med tanken på statens tillsynsmyndighet inte ska stå fri att ingripa om den upptäcker allvarliga missförhållanden.”

### **Spridning av resultat och kunskap**

Det arbete som vidtar efter en studie som Vårdskador inom somatisk slutenvård är för Socialstyrelsens del att informera andra om resultaten och Ulla Fryksmark har föreläst en hel del om studien. Dock är det inte Socialstyrelsen som har ansvaret för patientsäkerheten utan det åligger vårdgivarna (landsting, kommuner och privata vårdgivare). I förlängningen är det vårdens verksamhetschefer som har ansvaret. Socialstyrelsens uppgift är att se till att de gör sitt jobb. Emellertid har Socialstyrelsen också befogenhet att stänga verksamheter, utdela vite etc. men detta har sällan utnyttjats eftersom stängning av exempelvis en akutmottagning skulle drabba patienterna negativt. Oftast kommer man långt genom kommunikation med vårdens företrädare och på så vis föra fram Socialstyrelsens krav på förbättringar av kvaliteten för att sedan följa upp att detta också genomförts. Om så inte är fallet planeras att framöver skärpa kraven bland annat genom böter.

Mycket samarbete inom den egna organisationen försiggår eftersom myndigheten är uppdelad i olika enheter på flera orter. Det finns sedan länge ett samarbete med länsstyrelserna men detta kommer från och med den 1 januari 2010 att förändras. Då kommer den sociala tillsynen som i dag ligger på länsstyrelserna att slås ihop med Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Socialstyrelsen har numera ett samarbetsavtal med Arbetsmiljöverket. Myndigheten har inget formellt samarbete med Läkemedelsverket men myndigheternas ledningsgrupper träffas ofta, liksom man även träffar Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Samarbeten och erfarenhetsutbyten med organisationer utomlands sker inom EU och i Norden. Vartannat år hålls exempelvis en nordisk tillsynskonferens.

### **Uppföljning och utvärdering**

En enhet som Fryksmark tidigare var chef på arbetade med en speciell arbetsmetod som också inkluderade uppföljning. Det fanns problem med remisshanteringen och det man gjorde var att samla ärenden som man sökte igenom för att hitta problemen. Därefter gjordes en granskning på ett antal enheter i Västra Götalandsregionen för att se vilka problemen var och hur de skulle kunna åtgärdas. Resultatet fördes sedan tillbaka till verksamheterna och deras arbete följdes sedan upp av Socialstyrelsen.

I allmänhet försöker Socialstyrelsen göra uppföljning i så stor utsträckning som möjligt. Spridningen av resultat fungerar ibland men inte alltid och i vissa fall är det inte ens relevant eftersom olika regioner har olika problem. Problemen skiftar även över tid. En kontinuerlig

utveckling sker. Under den tid som Fryksmark arbetat på Socialstyrelsen har man gått från ett individperspektiv till att också ha ett systemperspektiv vilket har inneburit att fokus från enskilda individer har förflyttats till systemen. Detta utesluter dock inte att individer med problem granskas och Socialstyrelsen kan genom anmälan till HSAN yrka på provotid, indragen förskrivningsrätt eller återkallelse av legitimationen.

Utvärdering av eget arbete sker på lite olika sätt. Bland annat lät man Örebro universitet för något år sedan se över tillsynen. Internt hanterade utvärderingar sker också men det är inget som görs varje år.

Någon särskild översyn över allt som inträffar på ett år sker inte. Avvikelse från sjukvården rapporteras inte, endast Lex Maria anmälningar ska rapporteras till Socialstyrelsen. Däremot har Socialstyrelsen vid flera tillfällen genomfört tillsyn av avvikelshanteringssystemen.

## **Diverse**

När det gäller erfarenhetsåterföring är Socialstyrelsen bra på att ge tillbaka till enskilda som varit med om en negativ händelse. Socialstyrelsen lämnar alltid besked efter en genomgången utredning och responsen på beskeden är ofta positiva. Självklart kan det förbättras ytterligare men det fungerar ändå riktigt bra. Kommunikationen i samband med tillsyn fungerar också bra.

Bättre skulle man kunna bli på att göra sammanställningar samt "ta lite större grepp". Problemen är sällan isolerade till ett ställe, snarare är det oftast så att problemen finns på flera ställen och det kan vara problem som inte bara finns på exempelvis en kirurgklinik. Samma typ av problem kan också finnas på ett äldreboende, i tandvården etc. Att se och sammanföra problem från flera olika typer av verksamheter är ett område som Socialstyrelsen behöver förbättra. Förhoppningsvis kommer den databas som just nu utvecklas att kunna minska problemen. Till databasen ska sjukvården rapportera in avvikelser. Databasen ska vara sökbar på ett avancerat sätt så det finns möjlighet att få fram associationer till problemen. Tanken är också att inte bara Socialstyrelsen utan också vårdgivare och så småningom även allmänheten ska kunna gå in och hämta det som berör dem. Det skall då finnas flera säkerhetsnivåer. Databasen kommer inte vara svaret på alla problem och Fryksmark betonar vikten av att det även fortsättningsvis är viktigt att jobba "manuellt", det vill säga förfarandet med att ta fram uppgifter till databasen måste även fortsättningsvis skötas av personal som har relevant kompetens så att de förstår värdet på de uppgifter som hanteras.

Det har diskuterats att göra någon slags fortsättning på Vårdskador inom somatisk slutenvård men exakt hur har inte bestämts. Det finns andra vetenskapliga metoder som kan användas, exempelvis Global trigger tools som används av landstingen i Östergötland, Kalmar län samt Jönköpings län. Det är en metod som kan användas för att mäta patientskador genom att addera en skattning av undvikbarhet.



## Strålsäkerhetsmyndigheten

**Avdelning:** Pia Jacobsson arbetar på Avdelningen för kärnkraftssäkerhet, enheten för Människa-Teknik-Organisation.

Sven Richter arbetar på Avdelningen för strålskydd, enheten för sjukvård.

**Arbetsuppgifter:** Pia Jacobsson arbetar främst med utredning av händelser mot kärnkraftsindustrin. Numer arbetar hon på SHK.

Sven Richter arbetar med användning av joniserande strålning i sjuk- och tandvård.

Joniserande strålning används både för att sätta diagnos och för behandlingar. För diagnostik är röntgenundersökningar vanligast men även radioaktiva läkemedel används.

Strålbehandling av cancer görs med apparater som strålar, radioaktiva strålkällor eller radioaktiva läkemedel.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** Jacobsson och Richter intervjuades gemensamt den 9 juni 2009.

### Allmänt om olycksutredning

**Vård:** Olyckorna som gäller strålning i sjuk- och tandvård kan handla om att fel person utsätts för strålning. Det rapporteras ungefär 40 missöden och olyckor per år. Någon fastställd definition vad som menas med olycka och tillbud finns inte vilket han tror kan bero på att antalet inrapporterade missöden är så pass få.

**Kärnkraft:** Inom sakområde kärnkraft handlar det som tur är inte om olyckor i den bemärkelsen. Det som anmäls till Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) är incidenter. Det finns alltid en risk att ett utsläpp från ett kärnkraftverk sker men detta är mycket ovanligt. Varje år rapporteras 400 till 500 händelser enligt kategori 2 (se mer nedan) enligt SSMFS 2008:1. Det pratas överhuvudtaget inte så mycket om olyckor på det sättet. Enligt SSMFS 2008:1 definieras radiologisk olycka som uppkommen brist i barriär eller annat förhållande som medför spridning av radioaktiva ämnen, eller som ger upphov till stråldoser, utöver vad som är tillåtet vid normaldrift.

**Vård och kärnkraft:** Rutiner för det interna arbetet med hantering av missöden, incidenter och olyckor håller på att utvecklas inom myndigheten. Strålsäkerhetsmyndigheten bildades då Statens strålskyddsinstitut och Statens kärnkraftinspektion upphörde den 30 juni 2008.

### Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

**Vård:** Sjukvård och tandvård rapporterar in missöden till SSM som registrerar händelsen i en databas och gör en bedömning om detta är något som behöver följas upp. Oftast bedöms händelser vara så pass intressanta att det finns skäl att följa upp dem. Då påbörjas en

kommunicering med inrättningen där händelsen inträffat, SSM ställer frågor och begär in svar. Rent praktiskt sker inrapporteringen via SSM:s hemsida där ett system för anmälningar av missöden finns. Det går också att anmäla e-post eller post.

Missöden där strålning är inblandad dokumenteras av sjukvården. Sven Richter har påpekat för sjukvården att han vill att de skickar in allt som föranleder en dokumentation eftersom han menar att det är bättre att myndigheten bedömer om det inträffade är av en sådan art att det finns skäl för myndigheten att undersöka saken vidare. Det som enligt föreskrifterna ska rapporteras in är sådant som ur strålskyddssynpunkt är intressant. Varje sjukhus gör därför en bedömning av vad som behöver rapporteras in och idag finns ett visst mått av underrapportering. Det finns exempelvis sjukhus som aldrig rapporterar. Responsen från sjukvården när underrapporteringen kommer på tal är varierad. Egentligen är själva inrapporteringsförfarandet väldigt enkelt och tar knappt någon tid alls. Vårdpersonalen måste ju dokumentera missödet oavsett om det rapporteras vidare till SSM eller ej. Inrapporteringen består därför egentligen av att stoppa dokumenten i ett kuvert och skicka det till myndigheten. Richter tror också att det finns en psykologisk barriär mot att rapportera. När dokumenten kommer in till myndigheten hamnar de i diariet, vilket bevakas av journalister och händelsen riskerar då att hamna i pressen.

De missöden som rapporteras in kräver oftast ingen akut insats av SSM, istället består arbetet av att följa upp och se till att det inte händer igen.

**Kärnkraft:** Större tillbud på kärnkraftsanläggningar (kategori 1-händelser) ska inom en timme efter händelsen rapporteras per telefon av tillståndshavaren till SSM. Beroende på vad som hänt bedömer SSM om ett team behöver skickas ut till platsen eller om beredskapsorganisationen ska dras igång. Anläggningen har kanske gått ner till säkert läge och då är situationen inte akut. Men det kan alltså också hända att ett team direkt skickas ut. Efter mindre incidenter (kategori 2-händelser) har tillståndshavaren 30 dagar på sig att skriftligen rapportera till SSM. Om denne inte kan rapportera inom den tiden så räcker det med en preliminär rapport med ett ställningstagande om anläggningen kan köras vidare med den identifierade bristen till dess att de bakomliggande orsakerna utretts och händelsen kan slutrapporteras. Efter allvarigare tillbud får anläggningen inte startas förrän SSM givit sitt godkännande till det.

Vilket rapporteringsförfarande som gäller styrs av rapporteringskriterier som finns i tre nivåer: Kategorierna 1, 2 och 3, där kategori 1 är den allvarligaste. Varje kategori har också några underkategorier som exemplifierar. Kategori 3 ska också rapporteras men endast på årsbasis.

Inrapporteringen fungerar väl vilket nog beror på att man under många år har arbetat ganska aktivt med detta. Rapporteringsviljan är hög och det finns en god förståelse för att det är viktigt att rapportera även små incidenter. Pia Jacobsson tycker inte att det verkar finnas någon större skillnad i rapporteringsvilja mellan anläggningarna. Däremot omfattas anläggningarna av lite olika rapporteringskriterier eftersom de är byggda på olika sätt och

därigenom har olika system. Därför kan det också vara svårt att jämföra anläggningar med varandra. Det som dock skiljer sig åt mellan anläggningarna är kvaliteten på rapporterna. Databasen som används för händelser är tämligen ny. I den klassificeras och registreras alla händelser. Där skrivs även kommentarer från veckomötet in. I databasen kan man länka händelser till olika dokument, göra markeringar och hänvisningar. Det går att söka och ta ut statistik ur systemet.

### **Utredning av olyckor**

**Vård:** När ett missöde inträffat skrivs i normalfallet ingen rapport. Syftet med att information om missöden samlas in är att återföra erfarenheter och lärdomar, vilket tidigare bland annat gjordes genom att det på hemsidan fanns möjlighet att publicera missöden. Detta har inte kommit igång i den nya myndigheten men det är på gång. Uppföljning i databasen för att se om det finns trender eller tendenser gör Richter manuellt. Hittills har inget särskilt framkommit den vägen. Utredningsarbetet har hög prioritet i myndigheten.

**Kärnkraft:** Inom myndigheten finns en grupp (ASK) som granskar alla händelser för kärnkraftverken. Vid granskningen av de rapporterade händelserna skrivs normalt ingen rapport. Däremot skrivs ett protokoll från mötet och bedömningarna registreras i databasen. Vad som händer är att man vid allvarigare händelser åker ut på inspektion och då blir slutprodukten en inspektionsrapport eller en RASK-rapport. I vissa fall startas en granskning, då skrivs en granskningsrapport som går ut till anläggningen. Inom ASK-gruppen planerar man att ge ut kvartalsrapporter eller årsrapporter nu när arbetet med databasen har kommit igång ordentligt. Rapporterna kommer att sammanfatta vad som inträffat, visa på trender och identifiera områden där fokusering av tillsynen behövs.

Erfarenhetsåterföring har alltid varit med som en del av arbetet men Jacobsson anser att statusen att arbeta med sådana frågor, både inom industrin och på myndigheten är låg. Frågorna har fått ökad prioritet inom kärnkraftsindustrin på senare tid och det finns stöd från ledningshåll att ta tag i arbetet med erfarenhetsåterföring. Nu återstår att se hur mycket SSM väljer att arbeta med dessa frågor.

### **Spridning av resultat och kunskap**

**Vård:** Ett formellt samarbete med Socialstyrelsen finns. Det är Socialstyrelsen som är den myndighet som föreskriver om kvalitetssystem i sjukvården och det är dessa föreskrifter som SSM delvis lutar sig mot vid framtagande av egna föreskrifter om kvalitetssystem. Vissa saker skiljer sig dock åt, exempelvis att SSM har annorlunda krav vad gäller tiden för rapportering. Rapportering för patientrelaterade missöden ska ske inom en vecka, för personal inom en månad. Tider för svar sätts alltid upp och det har hittills fungerat bra.

Läkemedelsverket, som har ett formellt samarbete med Socialstyrelsen, är tillsynsmyndighet för medicintekniska produkter och läkemedel och därför en självklar samarbetsmyndighet. Tidigare fanns ett formellt samarbete mellan Läkemedelsverket och SSM men numer är samarbetet av informell art. Samarbetet består av att SSM delar med sig av inrapporterade missöden som är relevanta för Läkemedelsverket. Några gånger per år genomförs träffar då myndigheterna diskuterar gemensamma ärenden. Även gemensamma inspektioner med Läkemedelsverket har förekommit.

Tidigare har information spridits via hemsidan. En del förmedlas också via artiklar i olika fackligt inriktade tidningar och föredrag vid olika fackliga eller vetenskapliga möten. Om något akut behöver kommuniceras kan det göras riktade utskick till alla berörda.

Vad gäller internationella samarbeten sker ett visst utbyte med de skandinaviska systemmyndigheterna i olika arbetsgrupper.

Inga samverkansvinster finns med dem som inspekterar kärnkraftsverk.

**Kärnkraft:** Det finns nätverk och samverkansgrupper mellan de olika kärnkraftsanläggningarna. För myndighetens del finns några internationella samarbeten. Lite tätare samarbete finns med den finska motsvarigheten, liksom en del grupperingar inom OECD-länderna. I övrigt sker inte direkt några samarbeten med andra myndigheter.

## **Uppföljning och utvärdering**

**Vård:** Uppföljning sker via tillsynen genom att när den planeras används erfarenheter från missöden. Mycket av missödesrapporteringen ligger till grund för tillsynsplaneringen och bedömningar om var riskerna finns. Richter menar dock att mycket kan förbättras vad gäller utvärdering.

**Kärnkraft:** Det finns en intern process där det varje år görs en säkerhetsvärdering av varje tillståndshavare. Då samlas all tillsyn under ett år ihop och man gör en bedömning av säkerhetsläget. Jacobsson anser att det inte finns något systematiserat vad gäller spridning av erfarenheter. Däremot finns krav på anläggningarna att dessa ska ta till sig erfarenheter, internt och från andra anläggningar. Olyckor och incidenter från hela världen rapporteras vilket bildar ett material som behöver tas om hand och ses över. Anläggningarna har en slags screening process och SSM bedriver tillsyn över att anläggningarna har sådana system. Myndigheten gör stickprovskontroller på att detta fungerar.

SSM brukar när det finns behov att diskutera särskilda frågor anordna seminarier och liknande till vilka industrin bjuds in. Detta främjar erfarenhetsåterföringen.

Uppföljning sker på så vis att SSM kommunicerar med anläggningar och undersöker om vissa händelser har tagits om hand. Det blir en slags spridning och uppföljning eftersom de då ser om industrin tagit till sig av den kunskap som SSM har.

Inför säkerhetsvärderingen görs en sammanställning. Hittills har Jacobsson gjort detta manuellt men det kommer i framtiden att skötas i den nya databasen. Efter att tillståndshavarna lämnat in sina årsrapporter brukar hon ha uppföljning med dem för att gå igenom föregående års händelser. Då går man igenom trender och ser över hur arbetet med viktiga frågor går.

RASK-processen, det vill säga att snabbt åka ut till en anläggning för att samla information om vad som inträffat och vilka åtgärder som vidtagits, är inte formaliserad i den nya myndigheten än men används ändå. Man arbetar inte efter någon utredningsmetodik eftersom det alltid är tillståndshavarna som utreder incidenterna. För SSM:s del handlar det om att tillse att tillståndshavarna har system för att själva utreda.

## **Diverse**

**Kärnkraft:** Det är erfarenhetsåterföring som är den svaga länken i arbetet. Det pågår en hel del utvecklingsarbete, det finns många idéer och inspiration har hämtats från olika källor. Men Jacobsson menar att det nu är upp till myndigheten att visa hur viktigt man tycker den här typen av frågor är. Närmast gäller att försöka få gemensamma erfarenhetsåterföringsprocesser inom myndigheten. Hon tror att mycket mer än bara händelser skulle kunna läggas i erfarenhetsåterföringsystem men det är svårt att få tid för att utveckla detta när verksamheten snurrar på som vanligt under tiden.

De gemensamma plattformarna som skapats genom sammanslagningen till en myndighet är utvecklingsprojekten i vilka de ska försöka få ihop metoder för att bedriva tillsyn. Till viss del är myndighetens ansvarsområden överlappande och en fördel med sammanslagningen är att kompetensområdena på respektive myndighet har blivit mer integrerade. En person kommer att rekryteras till en tjänst vars syfte är att arbeta mot sjukvården med frågor utifrån ett MTO-perspektiv. MTO-enheten ska serva hela myndigheten med sin kompetens.

När det gäller erfarenhetsåterföring tror Jacobsson att anläggningarna de senaste åren har förbättrat sitt arbete. SSM och även en del internationella organ har tryckt väldigt mycket på det här vilket alltså verkar ha lönat sig. Alla anläggningar har eller håller på att bygga upp ett system för erfarenhetsåterföring innehållandes nya databaser och man har även etablerat separata kontor för det här arbetet.

Jacobsson tror att sammanslagningen av myndigheter kan vara en fördel genom att det kan främja samarbetet på vissa områden och att det nu torde bli lättare att lära av varandra. Enligt Richter har man än så länge inte sett några samordningsvinster med sammanslagningen men stora förhoppningar om detta finns. Myndigheten är ju fortfarande i en etableringsfas och har än så länge inte kommit så långt.

# Transportstyrelsen (Järnvägsavdelningen), Eva-Lotta Högberg

**Avdelning:** Analysenheten

**Arbetsuppgifter:** Arbetar med incidentanalys och statistik. Hon arbetar också med telefonberedskapen samt att samla in årliga uppgifter till SIKA och rapporten till ERA.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 11 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Definitionen på olycka och tillbud som Transportstyrelsens järnvägsavdelning använder finns i EU-direktiv 2004/49/EG:

"Olycka: en oönskad eller uppsåtlig plötslig händelse, eller en viss följd av sådana händelser, som får skadliga följder; olyckor indelas i följande kollisioner: kollisioner, urspårningar, plankorsningsolyckor, personolyckor som orsakats av rullande materiel i rörelse, bränder och övriga olyckor."

"Tillbud: händelse som inte utgör en olycka eller allvarig olycka, men som har samband med tågtrafiken och påverkar säkerheten i verksamheten."

## Utredning av olyckor

Genom en ändring i järnvägslagen utreds sedan 2007 allvarliga olyckor och tillbud inom spårtrafikområdet alltid av en oberoende myndighet. Den oberoende myndigheten är Statens Haverikommission (SHK).

Alla verksamhetsutövare som är verksamma inom järnvägsavdelningens ansvarsområde ska ha tillstånd för sin verksamhet. För att få tillstånd att bedriva järnvägsverksamhet måste företaget visa att de har ett säkerhetsstyrningssystem och interna säkerhetsbestämmelser. Det finns idag cirka 450 infrastrukturförvaltare som förvaltar spår, 110 järnvägsföretag som bedriver verksamhet på spåren samt ett antal trafikutövare och spårinnehavare som är verksamma inom tunnelbana och spårväg. Föreskrifterna JvSFS 2007:1 (för järnvägsföretag), JvSFS 2007:2 (för infrastrukturförvaltare) samt JvSFS 2007:5 (för tunnelbana och spårväg) anger att man inom ramen för sitt säkerhetsstyrningssystem ska ha metoder för att ta hand om olyckor och tillbud som inträffar, att utreda dem och vidta åtgärder. Verksamhetsutövarna utreder alltid själva när en olycka eller ett tillbud inträffat, oavsett om händelsen föranleder en utredning av SHK eller ej. Järnvägsavdelningens tillsynsverksamhet kontrollerar att verksamhetsutövarna följer aktuella regelverk och har organisation, interna säkerhetsbestämmelser, rutiner, ansvarsfördelning, ekonomi etc. som säkerställer att villkoren för det utfärdade tillståndet kan uppfyllas av verksamhetsutövaren.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Det finns en telefonberedskap som järnvägsavdelningen ansvarar för. Till denna ska alla verksamhetsutövare omedelbart anmäla olyckor, tillbud och andra väsentliga fel och brister ur säkerhetshänseende inom spårtrafiken. Kriterier för vad som ska anmälas finns i föreskrifterna JvSFS 2008:1 (järnväg) och JvSFS 2008:2 (spårväg och tunnelbana). När ett företag har anmält en olycka eller ett tillbud avgör järnvägsavdelningen om detta ska rapporteras vidare till SHK. Som stöd för avgörandet finns en kriterielista upprättad av SHK i samarbete med Transportstyrelsens järnvägsavdelning. Kriterielistan har stöd i Lagen om undersökning av olyckor (1990:712). I utredningar som SHK gör har järnvägsavdelningen alltid med en koordinator som kontaktperson. Myndigheten deltar också genom att granska remissutkast och tar självklart också hand om eventuella rekommendationer som SHK formulerar i sina rapporter. För alla händelser som anmäls till myndigheten görs en preliminär riskvärdering i syfte att se om händelsen borde leda till några tillsynsåtgärder.

Järnvägsavdelningen använder sig av en databas, JAS (Järnvägsstyrelsens administrativa system), som används för registrering av det som inkommer via telefonberedskapen. Ett nyare system är under utveckling. I JAS registreras preliminär information. I föreskrifterna JvSFS 2008:1 och JvSFS 2008:2 anges även vad som årligen ska rapporteras till myndigheten. De uppgifter som företagen ska rapportera i en årlig sammanställning ligger till grund för de uppgifter som lämnas till Statens Institut för Kommunikationsanalys (SIKA) och till den rapport som myndigheten sedan år 2007 sammanställer till Europeiska Järnvägsbyrån (ERA). Till ERA rapporteras olyckor men även indikatorer såsom spårgeometrifel, axelbrott etc. Exempel på andra uppgifter som rapporteras är uppgifter om tillsynsverksamheten och företagets säkerhetsmål. EU:s medlemsländer ska varje år sammanställa en sådan rapport till ERA och syftet är bland annat att få ett underlag som visar säkerhetsnivån i EU.

Det preventiva arbetet består bland annat av att företagen måste ansöka om godkännande hos myndigheten innan tekniska system tas i bruk eller ändras. Ett tekniskt system kan vara allt från ett bromssystem till ett fordon eller ett signalställverk. När ett företag vill göra en förändring i sitt säkerhetsstyrningssystem krävs en omprövning av dess tillstånd. Även tillsynsverksamheten kan ses som en preventiv åtgärd.

Att försöka hitta trender och tendenser i det som företagen anmäler som inte ger upphov till en SHK-utredning är något som järnvägsavdelningen arbetar med. Det finns ett visst mörkertal vad gäller inrapporteringen, särskilt när det gäller tillbud. Det kan vara svårt att veta om det i företag som anmält mycket också har hänt mer än i företag som anmält mindre eller om det helt enkelt är en fråga om hur mycket man väljer att rapportera. För att få en jämnare rapportering tror Eva-Lotta Högberg att det handlar om att informera företagen om vikten av att rapportera även tillbud och att vara tydlig med att det är bättre att anmäla en gång för mycket än en gång för lite.

## **Spridning av resultat och kunskap**

På myndighetens hemsida publiceras den rapport som lämnas till ERA. ERA publicerar rapporten på engelska på sin hemsida. ERA publicerar också på sin hemsida en sammanställd rapport för alla rapporterande medlemsländer inom EU. Statens institut för kommunikationsanalys (SIKA) publicerar den officiella nationella statistiken och lämnar även dessa uppgifter vidare till den Europeiska statistikmyndigheten, Eurostat. I framtiden kommer Eurostat inte att samla in dessa olycksuppgifter utan istället använda sig av de uppgifter som de nationella säkerhetsmyndigheterna sedan 2007 rapporterar till ERA.

Internt lämnas information om händelser som anmäls till järnvägsavdelningens telefonberedskap vidare till berörda enheter. Kontaktvägar till andra myndigheter finns, liksom en del nätverk och samverkansgrupper. Exempelvis har nyligen en samverkansgrupp för både tillsynsmyndigheter och utredande myndigheter inom EU startats upp med ERA som initiativtagare.

## **Uppföljning och utvärdering**

Högberg tror att sammanslagningen till en trafikslagsövergripande myndighet troligen kommer att föranleda någon slags översyn av hur myndigheten arbetar med olyckor och tillbud inom de olika trafikslagen. I övrigt följs verksamheten upp genom tertialrapportering och årsredovisning.

Myndigheten skulle kunna bli bättre när det gäller olyckor och tillbud på att ha en högre grad av helhetssyn gällande järnväg men även för hela transportsektorn. Händelserna som rapporteras till järnvägsavdelningen har en viss allvarlighetsgrad men det kan även finnas trender bland mindre allvarliga händelser. Hon tror dock att företagen generellt är duktiga på intern uppföljning av olyckor och tillbud.

## **Diverse**

En fördel med den nya trafikslagsövergripande myndigheten (för vägtrafik, luftfart, sjöfart, järnväg) tror Högberg är just möjligheten till högre grad av samarbete och ett helhetsperspektiv på transportsystemet och olyckor som inträffar. Möjligheten till erfarenhetsåterföring mellan trafikslagen torde kunna öka. Inom Transportstyrelsen är de olika trafikslagen uppdelade på olika avdelningar men ett antal övergripande projekt har påbörjats, varav ett inom tillsyn. Högberg tycker det är spännande att se vad de övergripande projekten kommer att leda fram till.



# Transportstyrelsen (Luftfartsavdelningen), Henrik Lundberg

**Arbetsuppgifter:** Chef för sektionen för analys.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 7 maj 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Transportstyrelsens luftfartsavdelning har en tvådelad målsättning. Dels är det de internationella regelverken enligt vilka viss rapportering ska ske till International Civil Aviation Organization (ICAO) och till av olyckan berörda stater. Den delen av myndighetens hantering är rent administrativ i form av rapportering av händelser. Den andra delen av målsättningen har egentligen huvudsyftet att sprida lärdomar om inträffade händelser i organisationen. Syftet är att ta ut det som är viktigt ur flygsäkerhetshänseende och föra det vidare, både i den egna organisationen och till andra berörda. Det senare är dock svårt genomföra.

Definition av begreppen olycka och tillbud finns i internationella regelverk (Council Directive 94/56/EC):

"/.../ accident means an occurrence associated with the operation of an aircraft which takes place between the time any person boards the aircraft with the intention of flight until such time as all such persons have disembarked, in which:

1. a person is fatally or seriously injured as a result of:

- being in the aircraft, or
- direct contact with any part of the aircraft, including parts which have become detached from the aircraft, or
- direct exposure to jet blast,

except when the injuries are from natural causes, self-inflicted or inflicted by other persons, or when the injuries are to stowaways hiding outside the areas normally available to the passengers and crew; or

2. the aircraft sustains damage or structural failure which:

- adversely affects the structural strength, performance or flight characteristics of the aircraft, and
- would normally require major repair or replacement of the affected component,

except for engine failure or damage, when the damage is limited to the engine, its cowlings or accessories; or for damage limited to propellers, wing tips, antennas, tyres, brakes, fairings, small dents or puncture holes in the aircraft skin;

3. the aircraft is missing or is completely inaccessible" /.../

Incident definieras i samma direktiv så här:

/.../ "incident means an occurrence, other than an accident, associated with the operation of an aircraft which affects or would affect the safety of operation;

(k) 'serious incident' means an incident involving circumstances indicating that an accident nearly occurred/.../"

I lag 1990:712 om undersökning av olyckor 2 § 1 st uttrycks definitionen så här:

” Olyckor ska undersökas enligt denna lag, om de är av sådan allvarlig art som anges i det följande, nämligen 1. luffartsolyckor: Olyckor vid användningen av luffartyg som har medfört att a) någon har avlidit eller blivit allvarligt skadad, b) luffartyget eller egendomen som inte transporterats med luffartyget har fått betydande skador eller omfattande skador har uppkommit i miljön, eller c) luffartyget är oåtkomligt eller har försvunnit under flygning och inte har kunnat återfinnas.”

## **Rapportering och registrering av tillbud och olyckor**

I luffartslagen (1957:297), Luffartsstyrelsens föreskrifter (LFS 2007:68) om rapportering av händelser i civil luffart, är reglerat att alla avvikelser ska rapporteras till luffartsmyndigheten. Vad som är en avvikelse finns definierat i föreskrift LFS 2007:68 men generellt avses med avvikelse eller händelse i det här sammanhanget egentligen allt utom olyckor eftersom dessa utreds av SHK.

Det inkommer ungefär 5000 rapporter varje år som alla tas om hand, registreras som ett ärende och genomgår en bedömning och en analys. Därefter fattas beslut huruvida ärendet ska avslutas eller om det ska hanteras på något sätt. Avvikelserna kan vara mycket små, som att en papperskorg i ett flygledartorn inte tömts till reella olyckor. (Olyckor av Statens Haverikommission.) Målsättningen är att alltid hantera alla ärenden samma dag som de inkommer eftersom det ibland kan vara bråttom att vidta vissa åtgärder. Åtgärderna kan bestå i extra tillsyn, kontakt med flygbolag, att frånta en olämplig pilot dennes certifikat eller förslag till regeländring. Ungefär 10 till 15 procent av alla inkomna rapporter arbetar man vidare med. Alla inkomna händelserapporter lagras i en databas. Statistiken som tas fram med databasen som underlag analyseras och bearbetas på olika sätt och på så sätt framkommer viktig kunskap om flygsäkerheten, vilka områden som är i behov av någon form av åtgärd etc.

Händelserapporteringssystemet har ett visst sekretesskydd och skydd mot repressalier. Rapporterna är inte anonyma när de inkommer till myndigheten men avidentifieras innan de läggs in i databasen. Det handlar för Luffartsavdelningen aldrig om att utreda skuldfrågan i form av att hitta enskilda skyldiga individer.

Kravet på rapportering riktar sig till den som utövar verksamhet vilket är i princip alla som är verksamma inom luffartssystemet. Anställda kan välja att rapportera genom sina arbetsgivare om det finns säkerhetsledningssystem med rapportering. Det går oftast till så i större bolag genom att piloten när denne landar lämnar in en rapport till sin bas och att detta sedan hanteras inom ramen för säkerhetsledningssystemet.

Det finns en färdig rapporteringsblankett på myndighetens hemsida men de flesta stora bolag har sin egen blankett.

Transportstyrelsens luffartsavdelning använder en speciellt framtagen databas som används för händelserapporteringen. Databasen kallas ECCAIRS (utvecklad av JRC, Joint Research Center) används på frivillig basis och det finns goda möjligheter att söka i den. Krav finns i en

EG-förordning att data delas mellan de europeiska länderna. Ofta är det egna landets olyckor och tillbud för få för att kunna dra några slutsatser av.

En svårighet är att trots rapporteringskravet vet man inte hur mycket som borde rapporteras in men som inte gör det. Man vet heller inte vad som får folk att rapportera. Kravet på rapportering har dessutom bara funnits i två år och självklart har rapporteringen ökat mycket sedan dess. Rapporteringen var före det helt frivillig. Sannolikt är det mycket som borde rapporteras som inte gör det. Vissa operatörer är väldigt duktiga att rapportera medan andra som bedriver liknande verksamheter i ungefär samma storlek inte rapporterar alls.

### **Utredning av olyckor**

Alla flygolyckor utreds av Statens haverikommission och Transportstyrelsens luftfartsavdelning utreder därför inga olyckor. Däremot finns inget i Lag (1990:712) om undersökning av olyckor som anger att luftfartsavdelning inte skulle kunna utreda olyckor (det finns uttryckligt stöd för myndigheten att utreda) men i det internationella systemet finns principen att olyckor ska undersökas av en oberoende myndighet (oberoende från reglering och tillsyn). Däremot handläggs olyckan som ett ärende av luftfartsavdelningen och en koordinator följer alltid utredningen.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Vad gäller samordning med andra myndigheter och spridning av kunskap och lärdomar arbetar Transportstyrelsens luftfartsavdelning främst med andra europeiska stater. Goda möjligheter till spridning av kunskap och information finns i teorin men i praktiken är detta ett svårt område. Flygsäkerheten hanteras på liknande sätt världen över genom hanteringen av olyckor och olycksutredning. Det finns alltid en oberoende myndighet som utreder flygolyckorna, olyckorna utreds också med hjälp av en metodik som i princip är gemensam för alla (manual finns framtagen av ICAO, FN-organet för civil luftfart), och rapporterna är tämligen likartade. Spridning av kunskaper inom systemet sker och dessutom i nationella utredningar har berörda stater rätt att delta.

### **Uppföljning och utvärdering**

Myndigheten har enligt Henrik Lundberg hittills varit ganska dålig på egenutvärdering. Fram till för 1,5 år sedan såg myndighetens uppdrag annorlunda ut. Då bestod det i princip enbart av att mata in information från händelserapporter i en databas. Idag är uppdraget tyngre genom att man också arbetar med analys och utredning av företeelser. Utvärdering och genomlysning av det egna arbetssättet kommer att utvärderas i framtiden.

Det hade varit bra om det gick att jämföra resultaten ur händelserapporteringen mellan olika år, att följa upp hur lärdomar som sprids från myndighetens arbete tas emot och vad som

görs av det. Dock har det visat sig inte vara så enkelt. Idag följer man upp SHK:s utredningar eftersom dessa ofta innehåller rekommendationer som är riktade till myndigheten.

Varje år identifieras fokusområden och det myndigheten kommit fram till är att det som flygbranschen upplever som den största svårigheten är de lite mer mjuka frågorna, det som kallas för human factors.

## **Diverse**

Det finns enskilda men frekvent rapporterade händelser. 300 till 500 rapporter per år av de cirka 5000 som rapporteras in är luftrumsintrång vilket är när ett flygplan som inte har tillstånd för att befinna sig i ett visst luftrum ändå flyger in. Sådana intrång är vanliga på sommaren när ovana piloter kommer för nära flygplatser där de inte får vara. Detta renderar en skarp tillsägelse och oftast vänder de då. Exempel på andra enklare händelser är när någon avviker från inlämnad färdplan, att man helt enkelt flyger fel väg.

Privata flygare är inte alltid så duktiga på att rapportera men flygtrafikledningstjänsten sköter en del av den rapporteringen. Vid exempelvis ett luftrumsintrång där en privatflygare av misstag kommit in i kontrollerat luftrum nära en flygplats är det ofta flygledaren i flygledartornet på flygplatsen som ser det här på radarn och som rapporterar in det. Privatflygaren har även krav på sig att rapportera men det sker sällan. Om det dessutom är så att det befinner sig ett annat flygplan i närheten av privatflygaren ska även denne rapportera. Detta innebär att om systemet fungerar såsom det är tänkt ska i exemplet tre rapporter skickas in till myndigheten. Det är emellertid ovanligt att mer än en rapport inkommer.

Den svaga länken när det gäller återföring av kunskaper tror Lundberg är att dra slutsatser ur ett material som inte är helt tillförlitligt. Ett problem är också att rapporteringen från början inte var så bra, att man exempelvis inte riktigt vet vad som är signifikant. När rapporteringen ökar i omfattning är det svårt att veta om det beror på att det de facto inträffat fler händelser eller om det är för att operatörer plötsligt kommit på att de ska rapportera. I första hand försöker myndigheten att hantera problemet genom att verka för ökad rapportering.

En orsak till den låga rapporteringsfrekvensen kan vara att de som rapporterar vill ha en omedelbar återkoppling och detta menar Lundberg myndigheten kan bli bättre på. Idag är känslan för många av dem som rapporterar att deras rapporter försvinner in i ett svart hål. Alla rapporter som kommer in tas om hand men för 90 till 95 procent av rapporterna sker inget mer. Därför behöver myndigheten bli bättre på att återkoppla vilket alltså också skulle kunna gynna rapporteringsfrekvensen. Genom att inspektörerna i tillsynsverksamheten vid verksamhetskontroller begär utdrag från händelserapporteringen för att se hur mycket och vad som rapporterats kan rapporteringsfrekvensen öka. Detta kan också sedan fungera som ett underlag vid verksamhetskontrollen.

Varje kvartal publiceras information från databasen. Där finns redogörelse för hur det aktuella läget ser ut, vad som har rapporterats, hur mycket som har rapporterats etc. Detta läggs ut på myndighetens hemsida.

Inom flygsektorn pratas det just nu mycket om "just culture", vilket i princip innebär att man ska ha en öppen rapporteringskultur, att man ska kunna rapportera fel utan att riskera att råka illa ut. I Sverige har aldrig någon åtalats för en flygolycka men det finns en myt inom flygvärlden att det är riskabelt att rapportera sina egna fel. I viss utsträckning gör man detta men rädslan för att man själv ska råka illa ut finns. Detta antagande är nog baserat på olyckor som inträffat runt om i världen. Ett aktuellt exempel är olyckan med det cypriotiska flygplanet där piloterna svimmade och sedan störtade i Grekland som nu uppe för prövning i domstol på Cypern. Sådant får självklart väldigt stort genomslag i branschen och Lundberg menar att man kan se en nedgång i rapporteringen efter något sådant. Ändå finns inom flyget en inarbetad tradition av att rapportera sina egna fel, vilket bland annat har gjort att sjukvården sneglat på de system som används

# Transportstyrelsen (Sjöfartsavdelningen), Mats Rosander-Liew

Arbetsuppgifter: Sjösäkerhetsrådet.

Tidpunkt för telefonintervjun: 10 juni 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Mats Rosander-Liew arbetar i Sjösäkerhetsrådet som är ett samarbetsorgan mellan myndigheter som sysslar med sjösäkerhet, fritids- och försäkringsbranschen samt fritidsbåtlivets och sportdykningens organisationer. Rådets syfte är att genom förebyggande information och kunskapsöverföring arbeta för att minska antalet olyckor och dödsfall på sjön. Rosander-Liew's arbete handlar i grunden mycket om att försöka ändra människors beteenden och attityder i samband med båtliv och sjösäkerhet. Särskilt finns på målgruppen barn och sjösäkerhet. Arbetet består bland annat av att delta på mässor, producera informationsmaterial och genomföra riktade insatser mot exempelvis skolor. Det är inskrivet i grundskolans läroplan att elever när de går ut årskurs 5 ska kunna hoppa i och komma under vatten, därefter komma upp och simma 200 meter varav 50 meter på rygg. Dessutom ska elever få information om badvett, båtvett och flytvästanvändning. Eftersom detta är ganska nytt pågår ett arbete för att undersöka hur det genomförs i skolorna vilket sker tillsammans med Svenska livräddningssällskapet, båtbranschens riksförbund, Strålsäkerhetsmyndigheten och Svenska sjöräddningssällskapet genom gemensamma informationsträffar i skolorna.

Rosander-Liew är också aktiv i en statistikgrupp som arbetar med att förbättra underlag för statistik vad gäller sjösäkerhet. I den här gruppen finns representanter från Sjöräddningssällskapet, MSB, kommunal räddningstjänst, Olle Bråfelt (arbetar med olycksrapporteringssystemet IPSO), sjöpolisen och andra som på något sätt arbetar professionellt med hanteringen av sjöräddningsinsatser.

En allvarlig olycka definieras som en olycka där ambulans varit aktuell. Hur det definieras av andra inblandade aktörer är Rosander-Liew inte säker på men han tror att det nog kan finnas lite olika varianter.

## Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Information om att en olycka inträffat kommer främst från sjöräddningsstatistiken. Alla bedömningar som rör sjöräddningsstatistik ansvarar Sjöfartsverket för men själva källan till statistikmaterialet kommer ursprungligen från SOS Alarm eller Swedish Maritime Search and Rescue (MRCC). Även pressklipp är en mycket viktig informationskälla.

Tillsammans med Svenska livräddningssällskapet har Sjösäkerhetsrådet bra uppsikt över hur många som drunknar varje år. Dock finns en liten osäkerhetsfaktor genom att det då och då

inträffar drunkningsolyckor som inte kommer till deras kännedom men det handlar om en eller två per år, om ens alls. Målet att halvera allvarliga olyckor fram till år 2007 har förlängts fram till år 2020. Syftet är att allvarliga olyckor och drunkningar ska minska men det är svårt att implementera ett sådant mål i praktiken. Verksamheterna som arbetar med säkerhet och förebyggande arbete har minskat fram till nu och med tanke på att båtlivet sakta ökar så är det svårt att få till stånd en minskning när underlaget ökar. Idag handlar det om 30 till 40 personer som drunknar varje år. Totalt sett (drunkning och allvarliga olyckor) handlar det om ungefär 120 fall per år.

### **Utredning av olyckor**

Hanteringen av olyckor har hitintills för Sjösäkerhetsrådets del handlat mycket om att logga händelser och att försöka genom att ställa de rätta frågorna lära av det som hänt. Dock har ingen egentlig analys gjorts. Erfarenheter har genom åren samlats så idag har man goda kunskaper om olyckorna. Djupstudier kan göras om det är något speciellt i en olycka, det kanske framförallt blir aktuellt i samband med olyckor som inte haft dödlig utgång, det vill säga där det finns personer att prata med om vad som hänt. Statistikgruppen har nu lagt extra fokus just på det.

Syftet med olycksdatabasen är att få igång en förebyggande verksamhet och det är tänkt att även inrapporterade incidenter ska finnas med. Förebyggande arbete sker också idag men inte på något systematiskt sätt. Istället bygger det på inblandades erfarenheter.

Varje år avrapporteras föregående års statistik i Sjösäkerhetsrådet. Det skrivs ingen rapport, däremot sätts ett Excel-ark med information om olyckorna ihop som alla medlemmar i rådet får. Protokoll från mötena utgör också en del av det skriftliga materialet.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Spridning av lärdomar och kunskap sker bland annat via diverse informationsmaterial. Exempelvis har Sjösäkerhetsrådet tillsammans med ett antal andra aktörer en liten skrift som heter Fakta om båtlivet som lämnas ut på båtmässan i Stockholm varje år. Det är ett bra och effektivt sätt att sprida information. De olika grupperingarna som är involverade i sjösäkerhetsfrågor fungera också bra som kanaler. Det finns genom sammanslagningen i den nya myndigheten, Transportstyrelsen, ett intresse att försöka göra en bra hemsida.

### **Uppföljning och utvärdering**

Uppföljning sker inte i någon större utsträckning bland annat eftersom det är mycket svårt att göra mätningar. Kontakten med de olika bildningsförbunden som på olika sätt håller i utbildningar för båtfolk fungerar bra. Det är dessa förbund som egentligen är närmast det presumtiva båtlivet genom att människor som är intresserade av sjö- och båtliv går kurser hos dem. Varje år är det mellan 20 000 till 25 000 personer som på frivillig basis går någon form

av navigationsutbildning eller annan kurs. I dessa kurser ingår ett moment som handlar just om sjösäkerhet. Det är därför viktigt att hålla bildningsförbunden väl informerade om läget. En slags utvärdering av det egna arbetet är ju att följa kurvan huruvida olyckorna minskar. I övrigt är det svårt att göra mätningar. Tillsammans med Svenska livräddningssällskapet m.fl. undersöks simkunnigheten i skolan vilket också är en slags utvärdering.

### **Diverse**

En styrka vad gäller erfarenhetsåterföring som Sjösäkerhetsrådet medför är den stora erfarenhetsbank som samlats ihop genom åren. En svaghet är att det inte funnits ett modernt system för det tidigare. Emellertid är det stora problemet att få människor att rapportera incidenter och olyckor. Exempelvis är polis och räddningstjänstpersonal mycket duktiga på själva insatserna men är i allmänhet inte särskilt bra på att fylla i rapporten efteråt. För Sjösäkerhetsrådets del börjar ju deras intressesfär där de andra avslutar. Statistikgruppen som Rosander-Liew är med i har som en av sina viktigaste uppgifter att försöka sy ihop alla trådar, få olika aktörer att prata samma språk vilket skulle gynna allas arbete.



## Vägverket, Mats Artebranth

**Arbetsuppgifter:** Nationell samordnare av Vägverkets djupstudier. Arbetar med avvikelser och djupstudier samt trafiksäkerhetsärenden. Teamledare i Vägverkets Region Sydöst för trafiksäkerhet. Olycksutredare.

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 26 juni 2009.

### Allmänt om olycksutredning

Vägverket ansvar för utredning av vägtrafikolyckor. Definitionen på olycka lyder:

**"Vägtrafikolycka med dödlig utgång:** Olycka på väg där minst ett fordon varit inblandat och minst en person avlidit inom 30 dagar efter olyckan till följd av eller efter komplikationer till de skador den ådragit sig i olyckan."

Till väg räknas även cykelbanor, ridleder etc. Tillbud eller incidenter kan vara intressanta men Vägverket har inte resurser att utreda sådana.

Vägverket har sedan 1997 tittat på alla dödsolyckor och sedan 2003 är detta ett regeringsuppdrag. Det är dödsolyckor som utreds men möjligheten finns att även undersöka olyckor med svårt skadade. Det finns vissa typer av olyckor som är av intresse även om olyckan inte haft dödlig utgång. Ett exempel på en sådan är en olycka med skadade till följd av kollision med mittvajer. Utredningsarbetet sker på regional nivå. Antalet dödsolyckor brukar vara cirka 420 till 450. År 2008 var antalet 397.

Det finns fall där det kan vara svårt att avgöra huruvida det är en olycka som faller inom vägtrafikolycksdefinitionen. Det kan vara en olycka på privat väg, till exempel en ägoväg. I sådana fall har man bestämt att i de fall ägovägen har bom och skylt utreds det inte. Emellertid är inställningen att hellre utreda för mycket än för lite.

### Rapportering och registrering av tillbud och olyckor

Rapportering av olyckor sker genom att utredarna får sms-meddelanden från Vägverkets trafikledningscentraler som i sin tur får information från SOS Alarm. Några regioner får direkt rapportering från SOS Alarm och från polisen. Inrapporteringsförfarandet kommer inom kort att likriktas och troligen kommer all inrapportering ske via trafikledningscentralerna.

Informationen från trafikledningscentralen består av uppgift om var och när olyckan inträffade, vilket eller vilka slags fordon som var inblandade samt information om eventuellt omkomna personer om det finns att tillgå. Enligt den överenskommelse som finns med polismyndigheterna skickar polisen över trafikmålsanteckningar, informationsunderlag etc. till trafikledningscentralerna som sedan vidarebefordrar informationen till utredarna. Personliga kontakter med polisen gör att utredarna ibland får materialet direkt från polisen.

## Utredning av olyckor

En rutin finns över vad som ska ske efter att en olycka har rapporterats in. Först avvaktar utredaren polisens trafikmålsanteckning och annat polismaterial. Vanligtvis inkommer detta samma dag eller dagen efter olyckan. Innan olycksplatsen besöks tar utredaren fram relevanta person- och fordonsuppgifter ur Vägverkets register. Därefter görs plats- och fordonsbesiktning. Vid besöket är det att föredra att utredaren har någon med sig men det är upp till utredaren. Mats Artebranth har kompetens både inom fordon och väg och är därför kompetent att genomföra besök på egen hand.

I det fall det är kommunen som är väghållare på den aktuella vägen tar utredaren kontakt med kommunen för att erbjuda dem att medverka. Vissa kommuner gör det, andra inte.

När insamlingen av material är klar sker en enklare analys av händelseförloppet. Personer med olika kompetenser på regionkontoret går tillsammans igenom materialet, ser över händelseförloppet och försöker skapa sig en bild av olyckan. Därefter skrivs en sammanfattning av hur de uppfattat händelseförloppet och slutsatser dras. Det är inte alltid det stämmer överens med polisens slutsatser. Därefter sammanfattas händelseförloppet i en rapport i vilken information om fordon, personer och vägförhållanden läggs in. Man ritar in, oftast direkt i digitala bilder, hur händelseförloppet har gått till. Bilder på fordonet bifogas samt vilka skador som uppstått, var man kommit fram till att personen slagit i interiören i fordonet eller om det gäller en MC-olycka, vilka platser på vägen föraren slagit i. Allt material som samlas in läggs in i en databas. Hur lång tid en utredning tar beror på olika faktorer till exempel hur lång tid det tog att få in allt material. En utredning kan bli fördröjd på grund av polisens förundersökningssekretess eftersom polisen inte släpper ifrån sig material förrän den juridiska processen är färdig. Inom sex månader ska utredningen helst avslutas. Det är inte alltid möjligt att hålla den tiden.

Efter att allt material inkommit samlas den regionala analysgrupp som finns i varje region. Gruppen analyserar händelsen genom en modell som heter Modell för säker vägtrafik. Modellen består av kriterier utifrån regelverket men också andra kriterier som syftar till en säker vägtrafik. I modellen finns kriterier på fordon, väg och trafikant. Händelseförloppet jämförs med kriterierna i modellen och på detta sätt uppmärksammas avvikelser. Avvikelseerna kan vara av två typer: En regional avvikelse eller en systemövergripande avvikelse. Den regionala avvikelsen tar regionen själv om hand medan den systemövergripande skickas vidare ut på nationell nivå. Förfarandet är att analysgruppen bestående av åtta till tio personer med olika kompetenser (beteendevetare, vägutformare, medicinsk kompetens etc.), hittar avvikelser mot modellen. Regionala avvikelser skrivs ned, eventuellt utformas förslag till åtgärder som bör genomföras på regional nivå. Därefter går detta vidare till regionens ledningsgrupp. Rapporten redovisas och ledningsgruppen fattar beslut om förslagen ska genomföras, utredas mer eller om det redan finns med i framtida planer. Beslutet förs sedan in i Vägverkets förbättringssystem (Förbättra genom C) genom uppgift om vad som ska genomföras och vem som ledningsgruppen utsett som ansvarig för åtgärden. Först då släpper utredarna ärendet och det blir istället en fråga för det vanliga

ledningssystemet att se till att åtgärderna genomförs. En systemövergripande avvikelse förs upp på nationell nivå och behandlas på samma sätt som en regional avvikelse i en beredningsgrupp som innehåller lika kompetenser som den regionala analysgruppen.

Om det istället handlar om en nationell avvikelse hamnar ärendet på huvudkontoret i Borlänge. Där finns en grupp som handhar sådana ärenden. Gruppen ser över vad det är som behöver åtgärdas, om det är ändringar i regelsystem eller liknande som ska föras vidare eller om det är något som man redan har kännedom om. Om ärendet ska vandra ytterligare upp i hierarkin hamnar det i en beredningsgrupp som fungerar ungefär som de regionala analysgrupperna. Där slutförs beredningen av händelsen och sedan lämnas det över till Vägverkets ledningsgrupp med generaldirektören i spetsen. Där fattas beslut om åtgärder, och slutligen förs det in i förbättringssystemet.

I Modell för säker vägtrafik finns inte kriterier för motorcykel och moped med men ett projekt pågår och förhoppningsvis kommer det att finnas med från och med i höst. Självklart utreds även motorcykel- och mopedolyckor och de regionala analysgrupperna analyserar dessa.

Artebranth poängterar betydelsen av att skilja mellan två saker: dels avvikelser från Modellen för säker vägtrafik, dels brister på olycksplatsen. Om brister uppmärksammas vid platsbesöken för utredarna dem vidare och det tas upp i ledningsgruppen på regional nivå. I de fall det är kommunen som är väghållare försöker de alltid få med kommunen. Vägverket har en skyldighet att redovisa slutsatser från den regionala analysgruppen till berörd kommun, men det är sedan helt upp till kommunen huruvida denna vidtar åtgärder eller ej.

Systemet som används medger inte att en djupstudie avslutas förrän man har meddelat huruvida avvikelsen är nationell eller regional. Besluten finns i databasen och i det fall det markeras att det handlar om en nationell avvikelse plingar det till hos dem som arbetar med detta på nationell nivå. Systemet säkerställer på så vis att ingenting "hamnar mellan stolarna". Expertkompetens utifrån används ofta. Exempelvis har myndigheten inte egen medicinsk kompetens utan det tar man utifrån. Om en animering av en olycka ska göras kallas konsulter in.

## **Uppföljning och utvärdering**

Vägverket har inte hand om den officiella statistiken för vägtrafikolyckor. Det sköts av Statens institut för kommunikationsanalys (SIKA). Däremot ser man det på Vägverket som ett kvalitetssäkringsarbete att åtgärderna och avvikelserna som påpekats tas om hand och följs upp. Sådant som inte behöver åtgärdas ska ändå alltid beslutas, det vill säga det ska ske ett medvetet val att inga åtgärder vidtas och varför.

Djupstudieverksamheten har just genomgått en revision och det finns nu en revisionshandling med rekommendationer som man kommer att börja åtgärda i höst. Tidigare har Vägtrafikinspektionen (som numer är en del av Transportstyrelsens vägavdelning) utvärderat. Man har även själv utvärderat vid ett tillfälle. Utvärderingar görs med andra ord med jämna mellanrum på ett eller annat sätt. Ett exempel på rekommendation från revisionen är att

inrapporteringen av inträffade olyckor behöver likriktas i alla regioner samt att det i nuläget finns två rutinbeskrivningar, en för avvikelshantering och en för djupstudier. Detta kommer att ändras.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Materialet i databasen blir till rapporter och det publiceras en del andra rapporter om dödsolyckor. Sådana rapporter sprids så mycket som möjligt, till exempel läggs de ut på hemsidan. Däremot är det inte möjligt att lämna ut själva olycksrapporterna på grund av sekretess. Varje region gör varje år en oidentifierad årsrapport. Rapportmaterialet används ju också i uppföljning på olika sätt, exempelvis i etappmålet för 2020 och i det spelar djupstudierna en ganska viktig roll. Det är inte alltid säkert att trafikillståndet och utfallet stämmer överens. Djupstudierna kan ha tydliggjort en tendens som behöver ses över.

Lärdomar och information försöker man sprida muntligt, skriftligt och via hemsidan. Riktad information kan gå ut till NTF, motororganisationer eller liknande. Utredarna lägger en hel del tid på att vara ute och hålla föredrag på olika årsmöten, åkeriföreningar, skolor, polishögskolorna etc.

Om det via djupstudierna framkommer fel på ett visst fordon har Vägverket fordonsexperter som kan undersöka sådant ytterligare. Utredarna har ofta kontakter med bilbranschen, främst Volvo och SAAB. Det händer också att utredarna tar kontakt med generalagenter när de upptäckt något. Centralt på Vägverket finns fordonsexperter och analytiker som arbetar med sådant på det internationella planet. Det finns med andra ord en rutin för detta.

Återblickar i det egna materialet sker främst om det inträffar en ny olycka av samma typ. När det gäller fordonsfrågor är det en svårighet att Vägverket inte får särskilt mycket tillbaka från industrin, främst gäller det utländska fordonsfabrikanter. Ofta handlar det om konkurrensförutsättningar genom att fabrikanterna vill hemlighålla sitt arbete. Här har Euro NCAP betydelse, och Artebranth tror att man har ganska bra kontroll på avvikelser i Sverige.

Djupstudiernas prioritet tror Artebranth varierar mellan olika regioner. I vissa regioner prioriteras det lägre. Det borde inte finnas regionala skillnader men han tycker att det ändå har börjat utjämnas. Orsakerna till skillnaderna tror han främst beror på antalet olyckor. I regioner där det inträffar många olyckor är det lättare att lägga mer resurser och det är också lättare att hålla kunskap om arbetet kvar i organisationen eftersom man jobbar med det oftare.

Det finns alltså regionala skillnader vad gäller frekvens av vägtrafikolyckor. Det har bland annat att göra med trafikarbetet, antalet trafikanter på vägen etc. Exempelvis tätbefolkade områden med många som pendlar till och från arbetet är extra drabbade, Västra Götaland är ett exempel och den regionen har också flest vägtrafikolyckor. Glesbygdsområden i Norrland är mindre utsatta helt enkelt eftersom det befinner sig färre fordon på vägarna.

## Diverse

En styrka i erfarenhetsåterföringssammanhang är att Vägverket kan ta ett helhetsperspektiv på vägtrafik, allt finns i samma verksamhet och det finns ett trafiksäkerhetstänkande med redan i projekteringsstadiet som sedan följer med fram till själva utförandet. Djupstudierna är en väl inarbetad verksamhet i myndigheten och det är väl känt vad utredarna arbetar med. Det är också en styrka att ansvarsfrågan, det vill säga vållandeaspekten, är irrelevant i djupstudierna. Att peka ut syndabockar skapar bara irritation och gör att folk går i försvarsställning. Djupstudierna kan visa på vem som var vållande men detta tas det ingen hänsyn till, utan det viktiga i sammanhanget är att se till att olyckan inte inträffar igen.

En svaghet är resurserna. Om mer resurser fanns skulle det gå att få ihop helheten på ett bättre sätt. Många av utredarna har andra arbetsuppgifter, vilket visserligen är fullt förståeligt då det inte går att ha personal som bara väntar på att en olycka ska inträffa. Dock finns en risk i att det inte alltid finns utredare som kan ta hand om olyckorna. Det är ju möjligt att alla är upptagna och att det därför inte är möjligt att göra platsbesiktningen inom de tre dagar som är föresatsen.

Ett litet problem är också de personella resurserna. Det måste vara en viss typ av person som gör utredningarna, och kanske framförallt platsundersökningarna. Att hitta rätt personer är svårt. Det gäller också i upphandling av konsulter. Det går inte att välja vilken person som helst främst av två skäl. Personen i fråga måste rent känslomässigt klara av arbetet samt ha rätt kunskap.

Vägverkets djupstudieutredare har inte jour. Detta är något som har diskuterats men man har beslutat att om man ställer nyttan i paritet med merkostnaderna är det inte rimligt. Samarbetet med polis, räddningstjänst och bärgare är bra och i nästintill alla fall får utredarna bilder från olycksplatsen direkt efter olyckan. När det gäller att säkra spår, till exempel broms- och sladdspår, finns sådant kvar länge. På vinterväg kan en timme efter att olyckan inträffat alla spår ha snöat över. Utredarna själva har beslutat att platsbesöken ska göras inom tre dagar. Men om det gäller en olycka med ett tungt fordon inblandat måste detta ske fortare eftersom det är fråga om ekonomi för åkaren eller annan ägare. I sådana fall vet utredarna att de helst samma dag eller på sin höjd på förmiddagen dagen efter måste ha gjort okulärbesiktningen av fordonet. Om man dröjer mer än så kommer fordonet ha börjat repareras.

## Eskilstuna kommun, Torgny Knutsson

**Arbetsuppgifter:** Säkerhetssamordnare.

**Kort info om kommunen:** 94 897 invånare (SCB 2009-03-31).

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 19 augusti 2009.

### Allmänt om olycksutredning

Att arbeta som säkerhetssamordnare i Eskilstuna kommun innebär för Torgny Knutssons del att arbeta med säkerhetsfrågor i kommunens nio förvaltningar samt i de helägda bolagen (Kommunfastighet och Energi och miljö). Organisatoriskt är han placerad i kommunstyrelseförvaltningen. De frågor som han arbetar med handlar om den interna säkerheten, vilket berör allt ifrån försäkringar, lås och larm samt hot och våld som är kopplat till kommunal verksamhet. Han ingår i det säkerhetsnätverk som finns i kommunen vars syfte är att särskilt arbeta med säkerhetsfrågor. Nätverket består av representanter från förvaltningarna och bolagen. I säkerhetsnätverket ingår också krisfrågor. Nätverket leds av kommunens utvecklingsdirektör.

Alla kommuner ska enligt Lagen (2003:778) om skydd mot olyckor 3 kap 3 § ha ett handlingsprogram för förebyggande verksamhet. I programmet ska mål för kommunens verksamhet samt risker för olyckor som kan leda till räddningsinsats finnas angivna. Programmet ska även tala om hur kommunens förebyggande verksamhet är ordnad samt hur den planeras. Eskilstuna kommun har självklart ett sådant handlingsprogram i vilket det finns prestationsmål och resultatmål. Där finns också olika tekniska lösningar vad gäller skydd, även en del som berör hot och våld. Grundtanken är att så mycket som möjligt ska kunna förebyggas bort. Enligt Knutsson är det ganska mycket som ryms i detta, exempelvis försäkringar i form av egendomsförsäkringar, ansvarsförsäkringar etc.

När det gäller definitioner av begrepp håller kommunen på att arbeta fram en ny säkerhetsplan i vilken det kommer att finnas utrymme för skydd mot olyckor. Den tidigare säkerhetsplanen har börjat bli inaktuell och revideringen kommer förhoppningsvis att bli klar under hösten 2009. Planen ska innehålla mätbara mål och beskriva målsättningar. Denna plan hänger också samman med den vision som Eskilstuna lever efter som sträcker sig fram till år 2020. Detta är ett politiskt överordnat dokument som innehåller olika målområden. Säkerhetsfrågorna ligger under det målområde som kallas Goda livsvillkor.

### Utredning av olyckor

Hur kommunorganisationen fungerar i ett skarpt läge finns ett exempel från den 4 februari 2009 då St. Eskils gymnasieskola utsattes för hot om att en massaker skulle äga rum på skolan. Detta skedde mitt under pågående skolverksamhet. Kommunen har genomfört en utredning med anledning av hotet för att se vad som fungerade och vad som inte fungerade i

organisationen. Det man upptäckte, vilket Knutsson tror är tämligen vanligt i många kommuner, är att brister fanns i informationsflödet. Det handlar om att hitta larmlistor, att krisledningsorganisationen ska aktiveras etc. Utredningen har nyligen blivit färdig och kommer inom kort att presenteras.

En olycka kan ju vara en anlagd brand och i sådana situationer finns rutiner. Larmcentralen tar emot larm och räddningstjänsten kallas ut. Det som kommunen har störst problem med idag och det som kostar mest är skadegörelse och klotter. Många uppfattar det som en ordinär vardagshändelse men det genererar mycket pengar. Det förebyggande arbetet handlar om information till enheter som drabbas, till stor del inom barn- och utbildningsförvaltningen eftersom det ofta har en koppling till skolans värld. Det är ett svårlost problem att få folk att sluta klottra men kommunen kämpar för att få till stånd en bättring vilket bland annat sker tillsammans med kommunpolis och Brottsförebyggande rådet som också ingår i säkerhetsnätverket.

Det som rent praktiskt händer i kommunen vid en händelse som hotet mot St. Eskil är att ett larm går till polisen, information går ut i de egna leden det vill säga till skolans personal, elever och förvaltningsledning. Knutsson menar att "man hamnar i en liten bubbla", problemet är identifierat och arbetet med att försöka hitta en lösning påbörjat. Det är lätt hänt att glömma bort att informationen också måste vidare, exempelvis behöver kommunledningen informeras. I just det här fallet glömde man bort elever på andra skolor, till exempel i Torshälla (Torshälla Stad är en del i Eskilstuna kommun med särställning i form av egen nämnd med ansvar för de flesta av kommunens verksamheter inom sitt geografiskt avgränsade område). Detta är en brist som noterats i utredningen och det har konstaterats att det behövs en rutin som avlastar skolan i en sådan situation. Informationen stannade för länge på St. Eskil trots att den snabbt borde ha förts ut. Detta är något som kommunen har arbetat en del med sedan incidenten och det kommer att behandlas vidare, bland annat genom att Knutsson ska dra det i kommunstyrelsens arbetsutskott inom kort.

En annan händelse som inträffat nyligen i kommunen är branden på Hotell Statt. Det var ju ingen kommunal verksamhet som drabbades men kommunen berördes ändå och en liten krisledningsgrupp i kommunen aktiverades. Vid Statt-branden fungerade informationsspridningen bra.

Både Statt-branden och hotet mot St. Eskil var händelser som trots allt slutade väl eftersom ingen person kom till allvarlig skada. I efterhand har kommunen kunnat slipa sina krisrutiner och metoder. Som en övning fast i skarpt läge. Båda händelserna har visat att informationshanteringen är oerhört viktig.

Eskilstuna kommun har varit förskonad från större kommunala händelser vilket Knutsson tror beror på att kommunen är bra på det förebyggande arbetet men det är ett ständigt pågående arbete att försöka hitta lösningar. Aktuellt just nu är att det finns en pandemigrupp i kommunen, en operativ och en strategisk. Arbetet med A (H1N1) har också inburit att samarbetet med landstinget utvecklats till det bättre. Kommunikationen måste fungera i arbetet med vaccinationer etc.

Utredningar av olyckor sköts bland annat av Torgny Knutsson. Ofta är någon som arbetar med information också inblandad i utredningarna. Händelser utreds i syfte att få veta vad som egentligen hänt, hur saker och ting kan förbättras vad gäller rutiner etc. Det handlar om att medvetandegöra folk, att informera med bredd om hur kommunen arbetar. Ett sätt är att förbättra hemsidan som handlar om dessa frågor. Där ska det finnas information om hur den kommunala organisationen ska fungera i en kris.

Kommunen har börjat se över tänkta scenarier, exempel på sådana scenarier är översvämningar, pandemier. Varje förvaltning gör en risk- och sårbarhetsanalys samt har en egen krisledningsplan i vilken de redovisar sin egen organisering vid kriser.

Ytterligare en händelse som utretts nyligen inträffade i samband med ett rånförsök mot Handelsbanken i centrala Eskilstuna den 28 augusti 2008. Efter själva råncidenten blev en väska kvarlämnad som man misstänkte kunde innehålla en bomb. Omgivande torg stängdes av och polisens bombgrupp från Stockholm kallades in. Samtidigt pågick ett kommunfullmäktigemöte i en byggnad intill och i första läget kom ingen information från polisen in till mötet om det som pågick. Sent omsider informerades möteslokalens vaktmästaren av en polisman om att fullmäktige måste utrymmas. I detta fall fungerade inte kommunikationen med polisen och på grund av det klumpiga sättet som mötet slutligen informerades på blev situationen minst sagt lite kalabalikartad.

En händelse som verkar oansenlig men som innebar att en liten krisledning aktiverades var ett IT-avbrott, det vill säga ett brott på datakommunikationen. Avbrottet var kort men det är sådant som kan skapa oerhörda problem då varken datakommunikation eller telefonväxeln fungerade. Det visade sig vara ett tekniskt fel hos Energi och miljö. Detta har utretts.

I kommunen pratas det en del om Tjänsteman i Beredskap (TiB) och Knutsson tror detta är något som kommer att införas i kommunen. Hela tanken bakom en TiB-funktion är ju att det ska finnas någon i kommunen som alltid ska vara ingången vid en händelse. TiB ska ha alla befogenheter att dra igång en organisation och kalla in den personal som behövs. Vid extraordinära händelser kan man också via SOS Alarm kalla in folk som ska bemanna en ledningsplats i kommunen.

I dagsläget har frågor som rör olyckor och säkerhet hög prioritet i kommunen. Det har tidigare inte varit så men genom den senaste tidens händelser har det uppmärksamats att kommunen kanske inte är så bra på den här typen av frågor. Man har helt enkelt kommit på att man behöver öva mer, att det är viktigt att ha väl fungerande samarbeten för att kunna optimera verksamheten. Generellt tror Knutsson att det har blivit större fokus på säkerhetsfrågor, vilket han tror gäller i de flesta kommunerna. Viktigt är att få in dessa frågor i medvetandet.

### **Spridning av resultat och kunskap**

För spridning, se Utredning av olyckor ovan.



Samarbete med andra kommuner i länet sker ganska frekvent, även med Länsstyrelsen. Samarbetet består bland annat av möten då man diskuterar aktuella frågor som berör samverkan. Knutsson tror att det kan skilja sig åt mellan kommunerna i länet en del när det gäller sådana här frågor. Kommunerna är ju bland annat olika rent storleksmässigt men han tror ändå att de har ungefär samma vardagsproblem, krisfrågorna kanske blir lite större i en kommun med fler invånare men i huvudsak tror han att man arbetar på ungefär samma sätt i länets kommuner.

En annan samarbetspartner är Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

### **Uppföljning och utvärdering**

Efter St. Eskil-hotet har skolornas egna krisplaner uppdaterats med utgångspunkt i de funna bristerna. Knutsson tror därför att kommunen kommer att bli bättre på att sköta informationsspridningen i framtiden.

Översyn över allt som inträffar i kommunen sker genom säkerhetsboksluten som varje förvaltning och bolag gör. Då beskrivs vad som gjorts inom ramen för säkerhetsarbetet, vilket kan vara allt ifrån hur många personer som har genomgått brandskyddsutbildning till vad som hänt under året i form av skadegörelse, klotter, inbrott etc. samt hur mycket detta har kostat. Detta har tidigare kommit in separat till Knutsson men ska från och med nu istället vävas in som en särskild bilaga i det stora bokslutet.

Vad gäller utvärdering är kommunen bra på att initiera och genomföra själva utvärderingen även om det görs på fel sätt. Kommunen behöver arbeta mer med sådant som har genomförts eller som ska genomföras. I allmänhet tror Knutsson att utvärdering och uppföljning är en brist i kommunen.

### **Diverse**

En brist rörande erfarenhetsåterföring är spridning av information i ett bredare omfång. På kommunikationsfronten finns en del som behöver förbättras. Detta är en uppgift för den centrala ledningen i kommunen men alla förvaltningar har möjlighet att i de egna leden se till att det finns anpassade rutiner och informationsvägar. Men en allmän brist är alltså informationsspridningen, vilket enligt Knutsson är ett viktigt förbättringsområde för kommunens centrala organisation att ta tag i.

Det pratas mycket om fördelarna med samverkan men detta måste också fungera i praktiken. Kanske kan TiB vara ett sätt att förbättra samarbetet bland annat genom att det då finns en funktion med stort mandat och ett stort kontaktnät. Goda personliga kontakter är viktiga och att ha en TiB-funktion som är sammanhållande.

Positivt är att Eskilstuna kommun har förstått att det finns en problematik som behöver hanteras. Knutsson anser att beredskapen har varit bristande och till viss del kanske det

fortfarande är så men att detta gradvis byggs upp. Även politikerna i kommunen har börjat förstå nyttan och betydelsen av dessa frågor.

# Falu kommun, Jan-Åke Holmdahl

**Arbetsuppgifter:** Ansvarar för kommunens förebyggande arbete samt är beredskapssamordnare för kommunens gemensamma beredskap, krishanteringsfrågor etc.

**Kort info om kommunen:** 55 428 invånare (SCB 2009-03-31).

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 2 september 2009.

## Allmänt om olycksutredning

Kommunen kommer i kontakt med alla möjliga sorters olyckor. Man kan säga att eftersom olyckor alltid sker på fysiska platser har alla olyckor relevans för kommunen i det geografiska området där olyckan inträffade. Det kan handla om allt från trafikolyckor, bränder, översvämningar, giftutsläpp och flygolyckor för Faluns del. Dock är det inte alltid som kommunen rent praktiskt måste vidta åtgärder eller engagera sig handgripligen. Jan-Åke Holmdahl påpekar vikten av att kommunen tar an "ledartröjan" för det samordnade riskhanteringsarbetet. Lagen om skydd mot olyckor (2003:778) anger betydelsen av att tydliggöra den enskildes ansvar, vad som är fastighetsägares ansvar etc. Här finns dock en mängd olika problemställningar för Faluns del. Falun är en gammal gruvbyggd vilket för den som äger fastigheter i kommunen kan innebära att det i skogskiften finns gamla gruvhål och liknande kvar. Det är emellertid inte fastighetsägaren som är ansvarig för att dessa märks ut eftersom den förre verksamhetsinnehavaren kan ha återlämnat det enligt gruv- och minerallagarna vilket innebär att ingen har ansvar för det. Det finns ett gammalt regleringsbrev, det så kallade Hedlunds brevet, som säger att det i sådana fall är polisen som har ansvaret för att det inhägnas. Ett annat exempel på ett problem är att Falun har många reglerade vatten, bara i Lillälven finns 84 dammar. Ett antal av dammarna är inte lagligförklarade, det vill säga dessa tillkom före 1919. Rent praktiskt innebär det att dammarna inte får byggas om, underhållas eller förändras annat än efter dom i miljödomstolen. Markägaren är sannolikt inte den som byggde dammen och därmed står ett antal sådana dammar och förfaller. Ingen har ansvar för dessa. Ytterligare en problemställning är övergivna fastigheter.

Den här typen av problem förtydligar kommunens betydelse när det gäller riskhanteringsarbetet. Kommunen måste ta ansvar även när den inte är lagligen förbunden till det eftersom det handlar om kommunens miljö och dess medborgares säkerhet.

Nedskrivna definition av olycksbegreppet finns:

"Avvikelse som leder till miljö, ekonomisk eller personell skada. Skadan kan vara av känslomässig eller fysisk karaktär, personlig eller ekonomisk. Det ska vara någon form av förlust."

Översyn över alla olyckor som inträffar inom kommunens ansvarsområde saknas men Holmdahl arbetar för att få till stånd ett avvikelserapporteringssystem och har förhoppningar

om att kommundirektören inom kort ska fatta beslutet att införa ett sådant system. Falu kommunkoncern har ungefär 5 800 anställda. Det innebär att ungefär sju till tio procent av medborgarna på ett eller annat sätt arbetar åt kommunen. Trots det finns ingen rutin för hur avvikelser ska hanteras. Det finns inte ett system för felanmälan utan en mängd olika system. Det system som Holmdahl önskar är ett system som är digitalt som alla anställda kan komma åt var de än befinner sig i kommunen. Systemet måste också hålla reda på vem som är arbetsmiljöansvarig, verksamhetsansvarig, hur support-organisationen ser ut, vem som är fastighetsskötare etc. Sådana system finns enligt Holmdahl. Systemet skulle med enkelhet också kunna läggas ut på kommunens hemsida till gagn för alla kommunens invånare. Den som upptäcker någonting, exempelvis ett staket utanför en förskola är trasigt, ska enkelt kunna gå in och rapportera detta. I dagsläget tror Holmdahl att man drar sig för att anmäla eftersom det tar lång tid, att det innebär att flera telefonsamtal måste ringas och att man inte får någon återkoppling. Systemet ska vara webbaserat och så fort man har skickat iväg någonting ska en bekräftelse på vem som kommer att ta del av detta skickas tillbaka till rapportören. Det beslut som sedan fattas med anledning av den uppmärksammade avvikelserna ska också på ett enkelt sätt kunna delges den enskilde. Om ett sådant system utvecklas (Falun har låtit ta fram en prototyp) kan det också vara lärande och förhindra dubbelarbete. Det kan även länkas till polisen, försäkringsbolag m.fl. Idag måste ofta avvikelser anmälas på flera olika sätt. Vissa avvikelser rapporteras flera gånger, andra inte alls. Ett politikerbeslut på att ett sådant system ska införas finns men inget har hänt trots att detta varit uppe till diskussion i sju år. Anledningen till det tror Holmdahl är rädslan för att verkligen få ett mått på hur organisationerna ser ut. Han menar att mycket idag sopas under mattan när det gäller riskhanteringsarbetet. Det är ju många kommuner som sedan en tid tillbaka inte får teckna försäkringar hos traditionella försäkringsbolag vilket gjort att dessa istället helt enkelt får vara utan försäkring eller bilda egna så kallade captives. Kommunerna förvaltar ju skattebetalarnas pengar och det är kommunens ansvar att använda varje krona så klokt det bara går. Exempelvis om ett antal fallolyckor till följd av halka inträffar på gymnasieskolor under vinterhalvåret behöver olyckorna konkretiseras så att rätt åtgärder vidtas, det vill säga att inte halkbekämpningsåtgärder vidtas över hela området utan faktiskt där det behövs. Att dra nytta av och återföra mervärden så det blir en lärande organisation. Holmdahl menar att det faktiskt är en trovärdighetsfråga att både medarbetare och medborgare får återkoppling.

## **Rapportering**

Det är personkännedom som gäller för att Holmdahl ska få kännedom om olyckor, vilket kommunen har fått kritik för. Det kan till exempel vara en rektor eller en lärare som meddelar att något inträffat. Holmdahl betonar återigen betydelsen av avvikelserapporteringssystem. Flexite, som i grunden är ett ärendehanteringssystem, är ett sådant system. Det är ett bra

system som både kan ge stöd och guidelines med matriser och fritextmöjligheter. Beroende på vad som rapporteras kan det kopplas till olika tider för åtgärder.

### **Utredning av olyckor**

Hur utredning av olyckor görs, om det överhuvudtaget sker, varierar beroende på vilken förvaltning det gäller. Exempelvis trafikolyckor är något som många finner intresse i och sådana olyckor utreds av flera olika aktörer utan inbördes samordning. Polisen utreder och om det handlar om personskada så rapporteras olyckan in i Vägverkets system, Strada. Vid personskador har det troligen också blivit ett ärende för länslasarettet i Falun och då antecknas det även där. Om räddningstjänsten varit på plats så hamnar olyckan i deras insatsrapportering. Dessutom kan även den kommunala väghållaren, trafik- och fritidsförvaltningen utreda. Eftersom Falun är en så kallad Säker och Trygg kommun kan även miljöförvaltningen utreda. Troligen hamnar det också hos ett försäkringsbolag. Ingen samordning finns mellan dessa aktörer. Emellertid utreds de flesta olyckor inte alls och när det utreds så dokumenteras det inte på tillbörligt sätt. Det finns med andra ord mycket kvar att göra på området.

Någon utredning av exempelvis halkolyckor som i exemplet ovan görs oftast inte. Istället förs en dialog med arbetsmiljöansvarig, rektor, fastighetsförvaltare eller fastighetsskötare. Någon av dessa får i uppdrag att vidta åtgärder.

Vad gäller konceptet Säker och Trygg kommun anser Holmdahl att det både är positivt och negativt. Falun har valt att inrikta sig på områdena bostad, idrott och trafik. När det gäller riskhantering är det mycket viktigt att benämna allt som rör det som ett riskhanteringsarbete men ibland blir det lite väl mycket "stuprörstänk". I Faluns fall har man valt att poängtera att det olycksförebyggande arbetet ska inrikta sig på olyckor som kräver räddningsinsats men vilka olyckor leder inte till räddningsinsats? Enligt Säker och Trygg kommun ska de arbeta med olyckor som inte kräver räddningsinsats och då frågar sig Holmdahl vilka dessa olyckor är? Det kan ju till exempel inte spela någon roll om ett barn skadar sig på vägen till skolan, på idrottsplatsen, badplatsen eller fritidsgården. I stället bör det handla om ett sammanhållet olycksförebyggande arbete. Skolan är exempelvis ett utmärkt sätt att nå ut till samhället och att där jobba med att successivt skapa en beteendeförändring. I skolans värld möter kommunerna de flesta föräldrarna, och även mor- och farföräldrar. Därför är skolan en bra plattform.

Metoder och system för utredning har Holmdahl försökt att införa i flera år men det har hittills inte fungerat. Han har också poängterat att det måste göras riskanalyser över hela verksamheten för att identifiera var riskerna finns. Johnsson-metoden i dess enklaste version ska användas vilket innebär att en risk identifieras, en bedömning av vad den risken kan leda till och vad det kan få för konsekvenser görs. Därefter bedöms sannolikheten för att risken ska bli en realitet. Genom att sedan multiplicera sannolikhet och konsekvens och dela det med två får man fram ett riskmått på en femgradig skala. En tregradig skala (låg, mellan och

hög) kan användas om den femgradiga känns för komplicerad. Självfallet ska man arbeta förebyggande och främjande med det högsta riskmålet. För när det gäller riskhantering så är det ju ett steg att kommunicera på arbetsplatserna att det finns en brist. Självkänt kan inte alla risker elimineras men genom att inventera dem och sedan kommunicera dem så har man kommit en bit på vägen. Riskhanteringsarbetet får inte vara krångligt, det ska inkludera människor och inte exkludera dem. Kunskaper och erfarenheter som framkommer måste återföras till verksamheten. Ett ansvar för riskhantering måste följa med verksamhetsansvaret och gälla på alla nivåer.

Riskhanteringsarbetet behöver populariseras, facktermer som kan uppfattas som krångliga ska inte användas. Därför har Falun tagit fram ett gemensamt dokument för all riskhantering i kommunen. Dokumentet består av sju sidor i vilka de tydliggör vision och omfattning, övergripande och prioriterade mål, organisation och ansvarsfördelning, samordning och kvalitetssäkring, rapportering och strategiska styrningar. Detta syftar till att via förebyggande åtgärder och ett ökat riskmedvetande skydda liv, hälsa, egendom och miljö från skador till följd av hot, intrång, skadegörelse, stöld och andra avvikelser till följd av mänskliga och eller andra påverkbara faktorer. I dokumentet har även angivits hur detta ska uppnås samt vilka som ska ombesörja det praktiska arbetet. Meningen är att dokumentet tillsammans med andra styrdokument ska bilda en sammanhållen handbok i riskhantering. Dokumentet redovisades den 4 september 2009 och kommer att börja användas under nästkommande mandatperiod

Efter en genomförd utredning skrivs en rapport. Hur det går till varierar men Holmdahl hoppas att det fungerar bra inom områdena skola, vård och omsorg. Det har förekommit påpekanden från Socialstyrelsen eftersom kommunen saknar heltäckande avvikelserapporteringssystem.

### **Spridning av resultat och kunskap**

Länsstyrelsen i länet är inte så aktiv. Däremot sker en del tvärsektoriellt samarbete med andra kommuner. En del samarbeten finns även med Vägverket och polisen. Miljö och hälsa i Falun samarbetar med dess motsvarighet i Borlänge och andra angränsande kommuner. Tillsammans drivs något slags nätverk. Under de år som Holmdahl arbetat i Falu kommun har samarbetet förbättrats. Information sprids bland annat vid de årliga länsträffarna som länsstyrelsen kallar till. Träffarna är oftast inriktade på större händelser. En hel del bollar även i riskhanteringsgruppen som finns i kommunen. I den finns alla bolag och förvaltningar representerade. Dock finns fortfarande inget formaliserat arbete utan det handlar mycket om personliga kontakter och arbetet sker tämligen ad hoc. Ett bra exempel är emellertid den kostsamverkan som finns i länet i vilken samtliga kommuner och landstinget är med. Rent generellt är samarbete något som man kan bli bättre på. Men framförallt anser Holmdahl att stora fördelar finns med att förbättra samarbetet med det privata näringslivet eftersom det finns hög kompetens där. Holmdahl samverkar mycket när det gäller riskhantering med privata aktörer vilket han anser fungerar bra.

## **Uppföljning och utvärdering**

Större skador utvärderas men generellt har kommunen väldigt få skador. Kommunen har en känd skadekostnad på två till tre miljoner kronor per år, vilket är cirka 0,15 promille av kommunkoncernens omsättning.

Sammanställningar av händelser på årsbasis sker men i olika omfattning beroende på vilken sektor man tittar. Det görs sammanställningar exempelvis av försäkringsskador på fastigheter men det materialet blir inte heltäckande eftersom den bara innefattar skador på fastigheter som kommunen äger, inte på sådant som kommunen hyr.

## **Diverse**

Falun är bra på beredskapsperspektivet när det gäller naturolyckor, översvämningar, ras och skred. Genom en noggrann kartläggning av vattendrag och tillrinningsområden finns förutsättningar för en god beredskap. Kommunen har också gjort ganska stora investeringar bland annat i form av 1,5 km mobil skyddsbarriär mot översvämning och omfattande mobil elreservkraft. Reservutrustning för dricksvatten finns också. Kommunen har fått pris för sitt beredskapsarbete.

Det olycksförebyggande arbetet fungerar dock inget vidare, inte heller återföringen till medborgarna. I ett väl fungerande riskhanteringsarbete behöver alla vara delaktiga och ha förståelse för betydelsen av arbetet. När det gäller skadegörelse i skolan är det av yttersta vikt att få med skolbarnen, de måste förstå att det är deras skola och de behöver förstå att alla tillsammans måste vårda skolan även om man inte alltid tycker om den. Kommunen måste på allvar visa att man satsar på barn och ungdom.

Riskhantering, olycksförebyggande och liknande har låg prioritet i Falu kommun när inget har inträffat men när något inträffar får det naturligtvis en hög prioritet. Holmdahl anser att det är viktigt att kommunen också visar att sådant här är viktigt i mer än bara ord. Ett problem är delegationsordningen i offentlig verksamhet. Det går ofta åt mycket kraft och energi till att kommunicera ansvaret mellan de olika nivåerna.

## Öckerö kommun, Kenneth Ekeroth

**Arbetsuppgifter:** Ansvarar för kommunens förebyggande arbete samt beredskapssamordnare för kommunens gemensamma beredskap, krishanteringsfrågor etc.

**Kort info om myndigheten:** 12 229 invånare (SCB 2009-03-31).

**Tidpunkt för telefonintervjun:** 26 juni 2008.

### Allmänt om olycksutredning

Riskbilden i kommunen ser annorlunda ut i jämförelse med många andra kommuner eftersom kommunen består av öar. Antalet invånare är ungefär 12 300 utspridda på tio öar. I kommunen finns sju brandstationer och därmed också mycket utrustning i form av fordon etc. Det är mycket material som behövs för att kunna bedriva verksamhet på så många olika ställen. Allt måste finnas på plats eftersom transporter inte får sinka utryckningarna. Med tanke på antalet invånare är Öckerö en dyr kommun att driva eftersom hela kommunen är uppdelad i öar. Varje ö ska ha skola, reningsverk, brandstation osv. Däremot finns inga riksvägar, tåg, flyg, inga "farliga" industrier och heller ingen skog som kanske är det mest krävande.

Kenneth Ekeroth tror att Öckerö arbetar mer olycksförebyggande än vad många andra kommuner har möjlighet att göra. Personalstyrkan är, förutom deltidspersonalen, 6,5 heltidsanställda vilket är att anse som mycket med tanke på invånarantalet i kommunen. Deltidskåren i kommunen får verkligen vara delaktiga i arbetet och det torde ge en mer engagerad personal. Däremot har man en rad andra arbetsuppgifter som normalt sett inte åligger räddningstjänsten såsom folkhälsa samt en hel del arbete tillsammans med socialförvaltning och skola. Detta arbete tror Ekeroth också fungerar förebyggande för räddningsverksamheten.

Villabrand, trafikolyckor och ytvattenlivräddning är viktiga "typolyckor" för Öckerö kommun. Här satsas lite extra och det planeras in i verksamheten. Kommunen servar även Sahlgrenska universitetssjukhuset med IVPA (I väntan på ambulans) och helikopterassistans som finns på samtliga öar i kommunen.

För att det skall vara räddningstjänst skall fyra kriterier vara uppfyllda (1. Behovet av ett snabbt ingripande, 2. Det hotade intressets vikt, 3. Kostnaden för insatsen, 4. Omständigheterna i övrigt). Självfallet kan kommunen rycka in och göra insatser även när det inte faller inom ramen för detta men man måste hålla isär räddningstjänst och övriga insatser. Det inträffar ungefär 100 olyckor per år som ger upphov till räddningstjänst. I de allra flesta fall handlar det om villabrand, trafikolyckor eller ytvattenlivräddning. En del gräsbränder och annat inträffar naturligtvis också. Mellan 100 till 150 utryckningar per år gäller IVPA och/eller helikopterassistans då deltidspersonalen får rycka ut.



## Rapportering

Öckerö kommun använder SOS Alarm som larmcentral och 99 procent av alla larm inkommer den vägen. Det förekommer fortfarande att personer ringer direkt till räddningspersonalen och larmar.

## Utredning av olyckor

Utredning av olyckor sker bland annat inom ramen för Regionalt centrum för olycksutredning (RCO) som är en sammanslutning av kommuner i Göteborgsregionen som funnits i ungefär tre år. RCO-kommunerna träffas ungefär fyra till fem gånger per år och diskuterar tillvägagångssätt för utredningar, när utredningar ska göras etc. Man försöker hålla förutsättningarna "flytande" eftersom förutsättningar och händelser hela tiden förändras. Kontakter via e-post och telefon sker utöver träffarna och man skickar utredningar till varandra. Idag planerar Öckerö för två större utredningar per år.

Ekeroth betonar vikten av att alla förvaltningar måste polisanmäla och utreda olyckor och avvikelser. Kanske är det till och med viktigare för sådant som inte faller inom räddningstjänstens självklara arbetsområde. Vad som är räddningstjänst är så tydligt och det tas om hand men i många andra förvaltningar är det mer osäkert. Detta är något som kommunen försöker förbättra, exempelvis var nivån ska läggas när det gäller skadegörelse. Hur ska sådant tas om hand? Ska det bara bli en anteckning eller ska det utredas? Kommunen har ett levande dokument i vilket information om sådant här ska finnas.

Det är viktigt att ha med sig politikerna, att även de förstår vad arbetet innebär. Ekeroth tror att många räddningstjänster inte har förstått hur viktig den här kontakten är. Politiker som har insyn i verksamheten har också större ansvar och förståelse exempelvis för vad en budgetnedskärningar kan medföra.

Utbildning för olycksutredning har genomförts vid några tillfällen i Göteborg och på Räddningsverkets skolor. För kommuner med deltidsstyrkor är det katastrofalt att inte ha en räddningsskola i närheten eftersom just närheten till utbildningar och annat är så betydelsefull.

Sammanställning av alla olyckor sker bland annat genom Alarmos, vilket är ett system som man skriver insatsrapporten i. Där kan även statistik hanteras. I Öckerö kommun arbetar man efter något som man kallar för Öckerömodellen. Det handlar om att man får ett uppdrag, det vill säga att ett uppdrag går från kommunfullmäktige ner till kommunstyrelsen (uppdrag 1). Därefter går ett uppdrag från kommunstyrelsen till riskhanteringsenheten (räddningschefen) (uppdrag 2). Sedan går ett uppdrag från räddningschefen till säkerhetssamordning som arbetar förebyggande (Ekeroth), räddningstjänst och till folkhälsoplaneraren (uppdrag 3). Uppdragen består av uppgift, profil, mål, satsningar och uppgiftsmått som ska utföras under året, larm, övningar, kontroller, informationsträffar, tillsynsplanering, träffar med olika grupper i GR-regionen etc. Fyra gånger per år ska de redovisa hur de ligger till, antalet larm, genomförd tillsyn etc.

Översyn i förvaltningarna gällande olyckor sker i form av det nya incidentrapporteringsystemet. Det är en databas i vilken avvikelser ska läggas in. Rent praktiskt går det till som så att en incidentrapport fylls i, rapporten skickas genom en knapptryckning till respektive chef på berörd förvaltning. Denne granskar rapporten och har möjlighet att göra ändringar. Det är också chefen som lägger in rapporten i databasen. Det som ska rapporteras in är inte bara olyckor utan också tillbud (nästan-händelser). All personal kan skriva en rapport och förvaltningschefer och verksamhetschefer kan ta ut statistik till olika träffar för att diskutera de händelser som inträffat under perioden som valts. Förvaltningscheferna, Ekeroth samt några till har också möjlighet att göra ändringar i databasen. Ansvar för förbättringsåtgärder åligger sedan varje förvaltning. Kommunen har haft ett sådant system sedan en tid tillbaka men skillnaden är det tidigare endast var två eller tre personer som kunde lägga in uppgifterna och att uppgifterna då lades in manuellt. Det var oerhört tidskrävande. I det gamla systemet inrapporterades ungefär 600 avvikelser per år. Genom incidentrapporteringsystemet tror Ekeroth att förvaltningarna kommer att kunna utbyta kunskaper. Varje arbetsplatsträff kommer att ta upp information som kommit in i systemet. Självklart finns förvaltningar där det tillsynes aldrig inträffa något vilket han tror beror på att cheferna där helt enkelt inte har förstått nyttan med detta.

### **Spridning av resultat och kunskap**

I kommunen finns Rådet för hälsa och trygghet. Rådet består av:

- Kommunstyrelsen, ordförande
- Kommunchef
- Hälsö- och sjukvårdsnämnd 4, vice ordförande
- Hälsö- och sjukvårdskansliet
- Öckerö vårdcentral
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Länsstyrelsen
- Vägverket
- Polisen
- Kyrkan
- Socialchef
- Räddningschef, sekreterare
- Folkhälsoplanerare, koordinator

Rådet träffas fyra till sex gånger per år. Det har ingen beslutande funktion, däremot tar medlemmarna av rådet med sig frågor till sina respektive verksamheter och kan där fatta

nödvändiga beslut. Det dagliga samarbetet bedrivs förstås med ännu fler aktörer såsom kustbevakning, sjöräddning m.fl.

### **Uppföljning och utvärdering**

När det gäller räddningstjänst är det ganska enkelt. Där har de arbetat en del med att vara självkritiska och att vara noga med att identifiera brister i arbetet. I princip alla räddningsinsatser går bra men det finns ju alltid något som hade kunnat gå ännu bättre. Återföring kan vara svårt att få till men i Öckerö är det nog enklare än på många andra ställen eftersom kommunen är liten. Det är enkelt att hålla ihop kommunen rent organisatoriskt. Det finns en överenskommelse med kommunchef och kommunalråd som går ut på att om något inträffar i kommunen som media kan tänkas vara intresserade av så kontaktas alltid kommunchefen. Han kan då i sin tur besluta vad som behöver göras. Det kan exempelvis vara en trafikolycka i vilken barn som går i skolan i kommunen varit inblandade i. Då kan rektorn på skolan informeras om vad som hänt direkt istället för genom media. Detta fungerar enligt Ekeröth väldigt bra. Uppskattningsvis tror han att kommunchefen eller kommunalrådet kontaktats 20 till 30 gånger per år.

### **Diverse**

Ett övergripande politiskt mål i kommunen perioden 2007 till 2010 är att få kommunen utnämnd till Säker och Trygg kommun enligt WHO:s kriterier. Detta arbete sker på flera plan. Det handlar bland annat om medborgarnas behov och vad de känner sig otrygga med men även hur besökare upplever kommunen. Den kommunala ledningen är väldigt mån om företagen som etablerat sig i kommunen så företagen får hjälp i den mån det är möjligt. Exempelvis utförs en del kommuntypiskt arbete utan kostnad för företag. Räddningstjänsten tar till exempel inte betalt när de gör utryckningar med anledning av automatlarm (om det inte handlar om uppenbart slarv), tillsyn eller rådgivning.

Ekeröth tror att överlag kan kommunen bli bättre på allt. Man ska inte låta sig nöjas utan hela tiden försöka optimera sitt arbete menar han men det känns ändå som de har koll på läget. En liten kommun som Öckerö har lättare att "ställa om" efter nya förutsättningar.