

På morgonen den 12 mars 1992 rusade en herrelös spårvagn nedför en backe i centrala Göteborg. Den spårade ur och demolerade på sin väg ett antal bilar och mejade ner ett antal personer som stod och väntade vid en hållplats.

Olyckan inträffade vid en tidpunkt då det fanns mycket transportresurser för transport av skadade till sjukhus. "Load and go"-principen tillämpades, något som visade sig vara rätt just vid denna olycka. Sammanlagt drabbades 42 personer varav 13 avled.

De erfarenheter och slutsatser som kan dras från denna olycka är följande:

Det våldsamma traumat medförde att ett stort antal människor omedelbart eller inom kort tid avled på grund av irreparabla skador på vitala organ.

Vid hög transportkapacitet och korta körsträckor till sjukhus med stora resurser kan det vara motiverat att överväga att avstå från att upprätta uppsamlingsplats för skadade och i stället snarast transportera de skadade till sjukhus efter att endast basalt prehospitalt ABC-omhändertagande gjorts. Beslut härom måste fattas tidigt av räddningsledaren i samverkan med ledningsläkaren (motsv).

Den snabbt insatta medico-tekniska räddningsaktionen medförde att patienter med behandlingsbara skador i tid kom under kvalificerad behandling på sjukhus och överlevde.

Den tillämpade taktiken på skadeplatsen och vid sjukhusen innebar att letala senkomplikationer kunde undvikas.

Larm- och insatsplaner för polis, räddningstjänst och sjukvård i Göteborg fungerar väl åtminstone vid stora olyckor dagtid på vardagar. Motsvarande beredskap för andra tider och för glesbygd är med nödvändighet annorlunda. Sambandsproblem finns inom sjukvården.

Psykosocialt omhändertagande av anhöriga och personal bör vara väl integrerat med sjukvårdens olycksfalls- och katastrofberedskap och med samhället i övrigt.

Information till allmänheten och kontakten med massmedia kräver snabba och "positiva" initiativ från polis, räddningstjänst och sjukvård för att bli effektiv och komplikationsfri. Sjukhusens informationssektariat spelar här en viktig roll.

"Avblåsning" av olycka (inga fler skadade) måste nå alla berörda enheter.

Kortast möjliga anspänningstid för sjukvårdsgrupp till skadeplats bör eftersträvas. Detta innebär i princip att sjukvårdsgruppen ska kunna lämna sjukhuset inom 5 minuter efter larm.

Personal på specialambulanser (OLA-ambulans, akutbil etc) bör ha utbildning i ledning av arbete på olycksplats vid större olyckor.

Samband mellan olycksplatsen och sjukhusen måste garanteras bl a så att patienter kan fördelas mellan de olika sjukhusen på ett för varje tillfälle optimalt sätt. Detta är av speciell vikt numera då omstrukturering av sjukvården sker och eventuell överkapacitet minskar eller försvinner.

Av polisen "guidade" turer på olycksplatsen för medlemmar från massmedier kan underlätta "omhändertagandet" av representanter från massmedier, samtidigt som arbetet på olycksplatsen sannolikt störs mindre.

Vikten av att räddningsledaren och skadeplatschefen och ledningsläkaren alltid använder fastställd markering med väst och hjälm kan inte nog understrykas.

Vid större olyckor behövs alltid en ledningsläkare på olycksplatsen även om sjukvårdsgrupp (er) inte behöver rekvireras.