

**Datum**

2022-05-24

**Utvärderare**

Caroline Carlheim

**Beställare**

Thomas Ljunggren

**E-postadress**

caroline.carlheim@raddningstjansten.com



# Utvärdering av händelse

Pågående dödligt våld (PDV)

Vetlanda, 3 mars 2021

Händelse: 2021022971

# Sammanfattning

Den 3 mars strax före kl. 15 knivskärs ett antal personer i de centrala delarna av Vetlanda av en gärningsman. Totalt skadas 7 personer, exklusive gärningsmannen, på fem olika platser i centrala Vetlanda. Gärningsmannen påträffades inom kort av polis som avvärjde mannen med sitt tjänstevapen. Åtta personer inklusive gärningsmannen fördes akut till sjukhus, varav fyra personer med livshotande skador. Ingen person omkom.

Efter händelsen beslutades det att en utvärdering skulle göras av gruppen för *Lärande av händelser* inom Höglandets räddningstjänstförbund (HRF). Syftet med utvärderingen är att vi som organisation i framtiden bättre ska kunna hantera liknande händelser på ett säkrare och effektivare sätt samt för att kunna sprida erfarenheter lokalt och nationellt. Utvärderingen har avgränsats till att omfatta räddningstjänstens arbete i samband med PDV-händelsen i Vetlanda, samverkan med räddningstjänstens övergripande ledning, polis, ambulans samt SOS Alarm.

Utvärderingen har grundats på tidsloggar, intervjuer och After Action review (AAR). Intervjuer har både gjorts i grupp och enskilt utifrån vilken roll personen hade under händelsen.

Efter att ha studerat och analyserat det material som framkommit under utvärderingarna kan jag som utvärderare konstatera att personalen har löst uppgifterna på ett bra sätt samt visat hög professionalitet och vilja att hjälpa. Den här händelsen var svår och komplex på många sätt och det är tydligt att räddningspersonalen har ställts inför nya utmaningar, förutsättningar och etiska dilemman som man tidigare vid vardagshändelser inte på samma sätt har behövt hantera.

Det är viktigt att vi tar lärdom av händelsen och utvecklar både vår egen verksamhet och förmåga samt samverkan med andra aktörer för att kunna hantera liknande situationer ännu bättre i framtiden. Utvärderingen har kommit fram till förbättringsåtgärder inom ett antal områden:

- Materiel och utrustning
- Larmplaner
- Rutin för blodsmitta
- Utmärkning av befäl
- Befälsutveckling
- Gemensam lägesbild mellan skadeplatsledning och övergripande ledning
- Kommunikation och samband
- Mental förberedelse
- Säkerhet och arbetsmiljö
- Nyttja tillgängliga resurser på bästa sätt
- Aktörsgemensamt arbete vid PDV-händelse

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund .....	1
1.2	Avgränsningar.....	1
1.3	Syfte och mål .....	1
1.4	Metod .....	2
1.5	Utvärderingens genomförande .....	2
2	Händelsebeskrivning .....	3
3	Resultat.....	4
3.1	Beskrivning av räddningstjänstens hantering av händelsen .....	4
3.2	Karta .....	7
3.3	Tidslinje.....	8
3.4	AAR resultat.....	9
4	Reflektioner och lärdomar .....	10
4.1	Svårt att tolka händelsen.....	10
4.2	Agera och prioritera vid en kaotisk och stressande situation .....	11
4.3	Riskbedömning, säkerhet och arbetsmiljöansvar .....	12
4.4	Kommunikation .....	15
4.5	Resurser .....	16
4.6	Aktörsgemensam samordning och lägesbild.....	18
4.7	Planering, utbildning och övning.....	19
4.8	Efterarbete .....	20
5	Förslag på åtgärder.....	21
6	Slutsatser .....	23
	Referenser .....	24

# 1 Inledning

Den 3 mars strax före kl. 15 knivskärs ett antal personer i de centrala delarna av Vetlanda av en gärningsman. Totalt skadas 7 personer, exklusive gärningsmannen, på fem olika platser i centrala Vetlanda. Gärningsmannen påträffades inom kort av polis som avvärjde mannen med sitt tjänstevapen. Åtta personer inklusive gärningsmannen fördes akut till sjukhus, varav fyra personer med livshotande skador. Ingen person omkom. Gruppen för lärande av händelser inom Höglandets räddningstjänstförbund (HRF) har fått i uppdrag att utvärdera händelsen. I detta kapitel beskrivs bakgrund, utvärderingens avgränsningar, syfte och mål, metod och utvärderingens genomförande.

## 1.1 Bakgrund

Höglandets räddningstjänstförbund (HRF) samordnar Nässjö och Vetlanda kommuners trygghet och säkerhet. I Vetlanda och Nässjö tätorter finns brandstationer med både heltid- och deltidspersonal. Deltidsstationer finns för Nässjö kommun i Bodafors, Forserum, Malmbäck och Anneberg (deltidsstation och brandvörn) och för Vetlanda kommun i Landsbro, Kvillsfors och Korsberga. I Vetlanda kommun finns dessutom två brandvörn i Farstorp och Ramkvilla. Insatsledare (IL) finns i Vetlanda och Nässjö tätorter.

Utöver den egna organisationen så finns även en Brandingenjör i beredskap (BI) som verkar över flera kommuner på Höglandet och inte enbart HRF:s kommuner. HRF ingår dessutom i RäddsamF:s gemensamma ledningssystem. Ledningssystemet har en övergripande ledning som finns i RäddsamF:s gemensamma ledningscentral i Jönköping. Denna bemannades vanligtvis av ett Inre befäl (IB) och en räddningsåtgörare från SOS Alarm. Under händelsen förstärktes dock centralen med Räddningschef i beredskap (RCB) och ytterligare personal. Ledningscentralen är samlokaliserad med SOS och lokalen ligger i samma byggnad som räddningstjänsten Jönköpings kommun.<sup>1</sup>

Händelsen hade stor påverkan på både den egna organisationen och den övergripande ledningen. Dock mindre påverkan på HRF:s och länets operativa beredskap då det enbart var Vetlanda tätort och Landsbro som var knutna till händelsen. Vetlanda tätort i form av styrkor på skadepplats och Landsbro i form av beredskap för nya larm i Vetlanda tätort. Både insatsledare och brandingenjör i beredskap larmades till händelsen.

## 1.2 Avgränsningar

Utvärderingen ska fokusera på räddningstjänstens arbete i samband med PDV-händelsen i Vetlanda. Utvärderingen omfattar även samverkan med räddningstjänstens övergripande ledning, polis, ambulans och SOS Alarm. Utvärderingen ska särskilt belysa hur räddningstjänsten hanterade arbetet med riskbedömning och säkerhet för den personal som deltog i insatsen. Rapporten beskriver räddningstjänstens perspektiv på händelsen. För att få en helhetsbild behöver även övriga samverkande aktörers bild inhämtas.

## 1.3 Syfte och mål

Enligt 10 § i lag 2003:778 om skydd mot olyckor ska genomförda räddningsinsatser utredas. *"När en räddningsinsats är avslutad skall kommunen se till att olyckan undersöks för att i skäligen omfattning klarlägga orsakerna till olyckan, olycksförloppet och hur insatsen har genomförts"*. Utvärderingen av händelsen sker för att organisationen i framtiden ska kunna hantera liknande händelse på ett säkrare och effektivare sätt samt för att kunna sprida erfarenheter lokalt och nationellt. Utvärderingen syftar både på att ta fram framgångsfaktorer och lärdomar för att förstärka det som fungerat bra samt se över utvecklingsbehoven.

---

<sup>1</sup> Ledningssystemet och den övergripande ledningen har förändrats sedan händelsen inträffade.

## 1.4 Metod

Utvärderingen baseras främst på de AAR-dialoger som har genomförts med den räddningstjänstpersonal som deltog på plats vid insatsen. Utöver detta har enstaka individuella intervjuer genomförts och insatsens händelserapport har studerats för att få fram detaljer kring händelsen.

### **After Action Review (AAR)**

AAR är en dialogprocess för ständig utveckling, med utgångspunkt från erfarenheter efter genomförda övningar, händelser och insatser. Modellen utgår från resonemanget att ingen "äger" helhetsbilden av en insats eller övning utan alla har en del (en pusselbit) att bidra med till helheten. Fokus ligger på "vad", inte "vem" samt på det som man faktiskt kan påverka. Under AAR dialogen går följande steg igenom (frågeställningar):

1. Vad förväntades hända?
2. Vad var det som faktiskt hände?
3. Varför blev det som det blev?
4. Vad kan vi göra bättre eller annorlunda nästa gång?
5. Vad kan vi sprida vidare och till vem?

Målet med dialogmodellen är att kunna definiera vad vi ska börja, sluta och fortsätta göra.

### **Intervjuade fokusgrupper**

- Insatt räddningstjänstpersonal, brandmän och befäl
- Övergripande ledning så som Inre befäl (IB) och Räddningschef i beredskap (RCB).

## 1.5 Utvärderingens genomförande

Utvärderingen påbörjades under mars och genomfördes sedan enligt plan:

1. **Insamling av fakta och data**
  - AAR-dialoger
  - Enskilda intervjuer
  - Händelserapport
  - Kunskap och lärdomar från andra rapporter och utvärderingar
2. **Analys av material**
  - Sammanställning av fakta
  - Lärdomar och erfarenheter
  - Åtgärdsplan
  - Slutrapport
3. **Återkoppling**
  - Återkoppling till medverkande räddningstjänstpersonal
  - Ledningsgrupp HRF
  - Direktionen HRF
  - Sammanställning av presentation internt
  - Regionalt via RäddsamF
  - Nationellt via MSB

## 2 Händelsebeskrivning<sup>2</sup>

Klockan 14.51 onsdagen den 3 mars ringer den första personen till SOS Alarm och berättar att någon har blivit knivskuren utanför resecentrum i centrala Vetlanda och snart därefter att ytterligare en person blivit knivskuren på samma adress. Larmet inkommer till polisen klockan 14.54. Polisens regionledningscentral i Linköping ropar ut händelsen genom ett prioriterat larm över polisområde Jönköping.

Någon minut efter det första larmsamtalet knivskärs en person vid Handelsbanken på Storgatan och den drabbade flyr in till närliggande blomsterbutik som larmar SOS klockan 14.56. Strax därefter sker ytterligare en knivskärning ett stenkast bort vid Dressman där den drabbade själv larmar polis och 14.59 attackerades två personer på parkeringen intill Willys. Klockan 15.01 kommer larm att ytterligare en person har blivit knivhuggen utanför Tandvårdshuset dit personen sökt hjälp. Mellan klockan 14:51 och 15:06 inkommer 11 larmsamtal till SOS från vittnen.

Klockan 15.07 får polisen kännedom om att det är minst fyra personer som ska ha blivit knivskurna. Klockan 15.09 inkommer information om att misstänkt gärningsman är på väg mot Mogärdeskolan. En minut senare är första polispatrullen på plats. Klockan 15.13 grips gärningsmannen på Kyrkogatan i närheten av Mogärdeskolan efter att ha riktat kniven mot sin hals och polisen avlossat verkanseld som träffar den misstänktes ben. Gärningsmannen förs därefter till sjukhus. Vid detta tillfälle är sju ambulanser på väg mot centrala Vetlanda där skadade finns på flera platser. Vissa av de knivhuggna uppfattas som väldigt svårt skadade av personal på plats.

Klockan 15.22 inleder polisen en förundersökning om försök till mord. Samtliga skadeplatser spärras av och bevakas och inledande förhör med vittnen påbörjas. Inledningsvis rapporterar polisen att fyra personer är skadade med hjälp av tillhygge men detta ändras sedan till åtta personer inklusive gärningsman. Klockan 15.43 fattar polisen beslut om att inleda Särskild händelse. 15.53 begär polisen tågstopp till och från Vetlanda resecentrum som hävs en dryg halvtimme senare.

---

<sup>2</sup> Förundersökningsprotokoll, Avrapporterings-PM. Polisen.

## 3 Resultat

Resultaten kommer från AAR-dialoger, enskilda intervjuer samt händelserapport och presenteras i fyra delar: *Beskrivning av räddningstjänstens hantering av händelsen, karta, tidslinje och AAR-resultat*. Lärdomar, erfarenheter och diskussion kring resultatet sker vidare i kapitel 4, *Erfarenheter och lärdomar*.

### 3.1 Beskrivning av räddningstjänstens hantering av händelsen

Nedan följer en beskrivning av räddningstjänstens insats under händelsen. Beskrivningen utgår främst från räddningstjänstens arbete på skadeplatserna men till viss del inkluderas även den övergripande ledningens arbete. Materialet kommer från genomförda AAR-dialoger, enskilda intervjuer och händelserapport. Se tidslinje samt karta i avsnitt 3.2 och 3.3 för förtydligande.

#### 3.1.1 Skadeplats

Klockan 14.51 kommer första samtalet in till SOS Alarm om en knivskuren person vid resecentrum i Vetlanda. Inledningsvis larmas enbart ambulans och polis då det är ett sjukvårdsärendet med viss hotbild på grund av att kniv var inblandat. På grund av ambulansens långa framkörningstid beslutas det, en stund in i händelsen, att även räddningstjänsten i Vetlanda tätort (station 4000) ska larmas. Inre befälet gör i samband med detta ett utrop på station 4000 om inkommande larm, knivskärning vid resecentrum. Strax därefter går larmet till räddningstjänsten och är då kategoriserat som sjukvårdslarm. Larmet går inledningsvis som nivå 3 vilket innebär en räddningsenhet (243-4010) med en styrkeledare (SL) och två brandmän. Även insatsledare (243-4080) larmas som vid detta tillfälle befinner sig strax söder om Sävsjö.

Den tjänstgörande styrkan bestod den här dagen av en extra person vilket innebar att räddningsenhet 4010 bemannades med en styrkeledare och tre brandmän. 4010 börjar åka mot utsatt position vid resecentrum. Under framkörning höjs larmet till nivå 5 vilket i Vetlanda tätort innebär att ytterligare två brandmän larmas. Dessa två är deltidbrandmän som åker i varsitt eget fordon (243-4060, 243-4160) direkt till skadeplats. 4010 får på den lokala stationskanalen information från inre befäl om att det råder viss osäkerhet kring larmet och att de bör köra fram med stor försiktighet på grund av att det kan vara kniv inblandat. Ingen totalinformation från SOS ges under framkörning till platsen.

Till SOS Alarm inkommer alltfler samtal om personer som blivit knivskurna på flera platser i centrala Vetlanda. Det inre befälet (IB) försöker tillsammans med SOS att reda ut om det rör sig om en eller flera händelser utifrån positioner och beskrivning av varje händelse. IB försöker förmedla nyinkommen information till 4010 som är på väg till resecentrum. 4010 får veta att det eventuellt finns en skadad person även vid Stortorget. De väljer därför att åka via Stortorget på vägen mot resecentrum. 4010 blir stoppad redan vid Tandvårdshuset av privatpersoner som meddelar att det finns en knivskuren person som ligger i slussen in till Tandvårdshuset. Två brandmän drar in den drabbade i verksamhetens lokaler för att kunna arbeta så säkert som möjligt och påbörjar därefter att vårda den drabbade. De får hjälp av personal från Tandvårdshuset och vårdcentralen som är belägen i samma byggnad. De andra två personerna i 4010 stannar utanför verksamheten för att hålla uppsikt och söka information. Styrkeledaren får, efter kontakt med IB, indikationer på att det kan finnas ytterligare en skadad person vid Stortorget.

Någon gång i samband med detta kommer ytterligare en räddningsenhet (243-4110) till Tandvårdshuset med tre personer. Det är personal som är utöver skiftet och som efter att ha lyssnat med på RAPS-talgruppen uppfattat allvaret i situationen och begett sig till platsen efter samtal med styrkeledaren. Dessa får i uppgift att ta sig till Stortorget för att se om där finns ytterligare drabbade. De hittar en knivskuren person inne i en blomsterbutik som ligger vid Stortorget. Den drabbade hade knivskurits utanför Handelsbanken på Storgatan och därefter flytt in till butiken och är därmed först svår att hitta för räddningspersonalen. Väl framme så hjälper en person från 4110 till att vårda den drabbade tillsammans med verksamhetens personal och en person från en närliggande vårdcentral. De övriga två från 4110 avvaktar utanför och håller vakt.

De två deltidsbrandmännen som, i varsitt fordon (4060 och 4160), är på väg mot händelsen fortsätter mot den ursprungliga positionen vid resecentrum. De får information om en tilldelad brytpunkt av styrkeledaren via radion. Brytpunkten blir dock inte aktuell att använda då båda enheterna direkt blir indragna i händelsen av privatpersoner. Det visar sig vara två drabbade som befinner sig en bit ifrån varandra, den ena utomhus och den andra inomhus. De båda brandmännen kommer fram vid olika tidpunkter och hamnar på olika skadeplatser. De har därmed inledningsvis inte någon kontakt med varandra utan hamnar utan verbal eller visuell kontakt. En väktare finns i anslutning till resecentrum under delar av insatsen. Efter en stund kommer fler personer från räddningstjänsten (de som tog hand om den drabbade i blomsterbutiken) och de båda brandmännen får då viss avlastning. Ambulanser anländer relativt tidigt till resecentrum och brandmännen kan då, efter att ha bistått ambulansen, avveckla sig från denna plats.

När insatsledaren 243-4080 (IL) kommit fram till Stortorget så hjälps SL och IL åt att sammanställa aktuell information och de får tillsammans ihop en relativt tydlig lägesbild. Det upplevs ge bra effekt och de får båda en känsla av kontroll. IL förmedlar lägesbilden till Inre befäl. De upprättar en ledningsplats på Stortorget där SL blir kvar och bemannar denna under resten av insatsen. Många privatpersoner kommer fram och ställer frågor om vad som har hänt. Även media kommer fram till ledningsplatsen och SL förmedlar då budskapet att allmänheten ska hålla sig borta från de centrala delarna av Vetlanda.

Ytterligare förstärkning från räddningstjänsten kommer fram till Stortorget något senare in i insatsen (två personer, 243-4070). I samma stund har räddningspersonalen fått information på RAPS-kanalen om en skjutning på Mogärdeskolan och dessa två får därmed i uppgift att ta sig till skolan. Utifrån informationen på RAPS-kanalen tolkar flera av räddningspersonalen det som att gärningspersonen tagit sig in på skolan och börjat skjuta. Denna missuppfattning råder en stund och påverkar till viss del insatsen i detta skede. Bland annat väljer räddningspersonalen på Stortorget att börja inrymma allmänhet. När 4070 kommer fram till skolan får de veta att det är gärningspersonen som är gripen och att det inte pågår någon skjutning inne på skolan.

Senare under insatsen kommer information om att det finns skadade vid Willys och personal från räddningstjänsten åker då dit och bistår polisen med att vårda de drabbade. IL beordrar all personal som är klara på respektive skadeplats att ta sig till Stortorget för samling och avstämning. Det är först nu i ett senare skede som första ledningsmötet genomförs tillsammans med ambulans och polis. IL träffar dessutom, tillsammans med polis och sjukvårdsledare, kommunens krisledning för att ge en lägesbild kring händelsen. När man fått klart för sig att alla drabbade har fått hjälp och att räddningstjänst inte längre behövs på platsen beslutas det att all räddningspersonal ska ta sig till brandstationen.



ENHET	BEMANNING
243-4010	1 SL + 3 brandmän
243-4060	1 person
243-4160	1 person
243-4110	3 personer
243-4070	2 personer
243-4080	1 IL

Tabell 1. Räddningstjänstens resurser som befann sig på skadeplatserna

### 3.1.2 Brandingenjör i beredskap (BI)

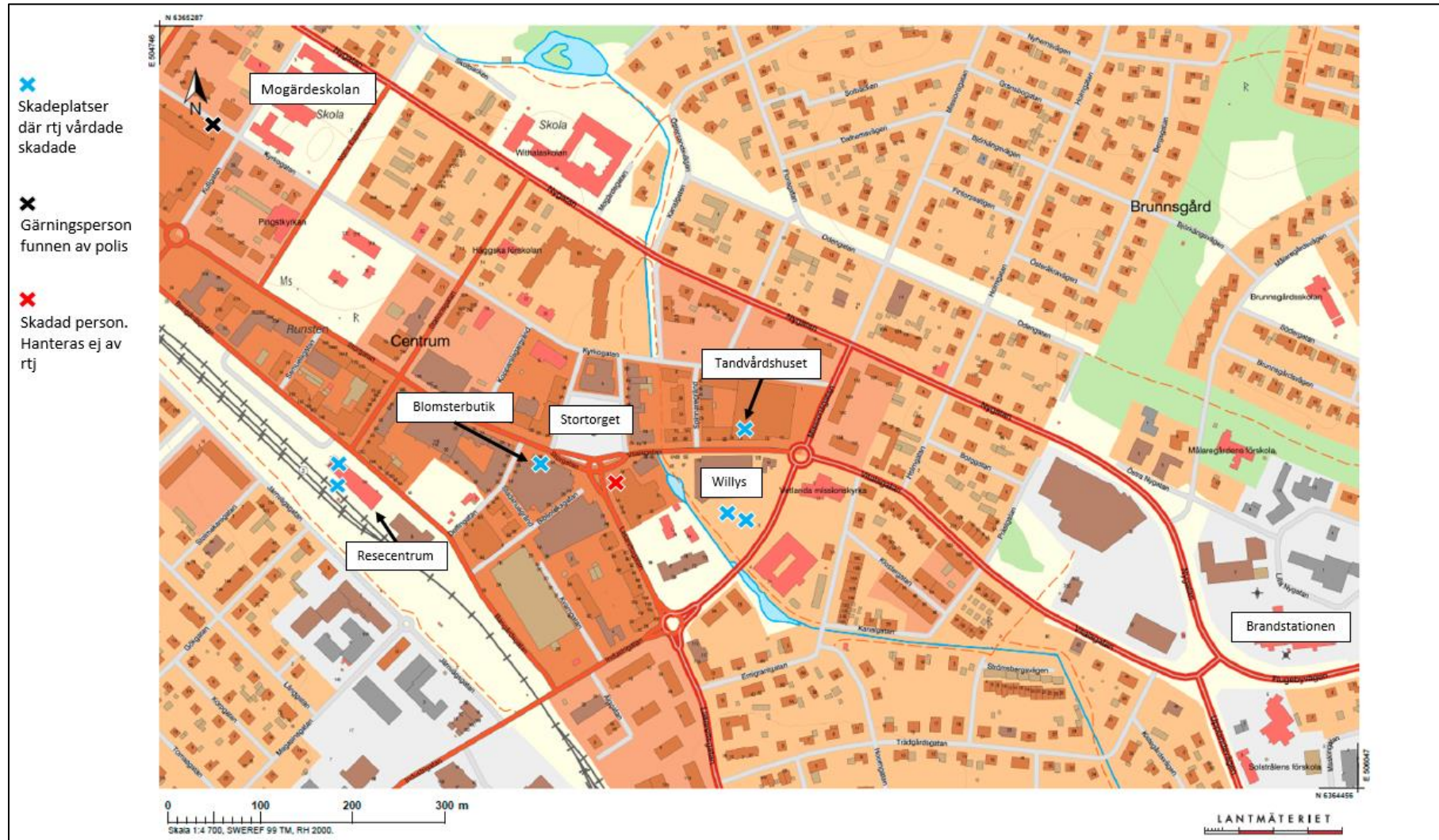
Då larmet inledningsvis går som sjukvårdslarm väljer brandingenjör i beredskap att inte lyssna med på RAPS-kanalen utifrån händelsens omfattning. När den övergripande ledningen börjat förstå vidden av händelsen kontaktas brandingenjören. Han väljer då att åka mot Vetlanda brandstation. Han får kontakt med ställföreträdande räddningschef för Höglandets räddningstjänstförbund (HRF) under framkörning och de kommer överens om hur de ska fördela arbetet gällande kontakt mot kommunen samt krisstödsarbete. Han får veta att arbetet med att samordna krisstödsarbetet redan är igång. Väl framme på brandstationen i Vetlanda fokuserar BI på krisstödsarbetet, räddningspersonalens mående och beredskapshållning.

### 3.1.3 Övergripande ledning

Det Inre befälet (IB) inser tidigt att det rör sig om en PDV-händelse, *pågående dödligt våld*. På grund av den höga belastningen förstärks bemanningen på ledningscentralen med två personer från räddningstjänsten i Jönköping. Även Räddningschef i beredskap (RCB), som befinner sig på räddningstjänsten Jönköping, kallas in till ledningscentralen. Arbetet fördelas mellan att lyssna av RAPS-kanal samt Vetlandas stationskanal för att försöka skapa en lägesbild och samtidigt upprätthålla ordinarie drift med övriga pågående händelser samt respondera på inkommande larm. RCB fokuserar inledningsvis på att bistå i att skapa en lägesbild, främst för att kunna säkerställa att det fanns personal på plats hos alla drabbade. Därefter ser RCB till att kommunens krisledningsarbete kommit igång och att den lokala räddningstjänstens ledning har den information de behöver. Arbetet med krisstöd sätts igång tidigt av det inre befälet genom kontakt med personal i HRF som får uppdraget att samordna arbetet. Media hänvisas helt och hållet till polisen.

All kommunikation mot skadeplatsledningen sköts via Vetlandas stationskanal. Detta på grund av att polisen tidigt i insatsen kopplar ihop sin insatskanal med RAPS-kanalen vilket gör det svårt att kommunicera via RAPS-kanalen på grund av stort flöde av kommunikation.

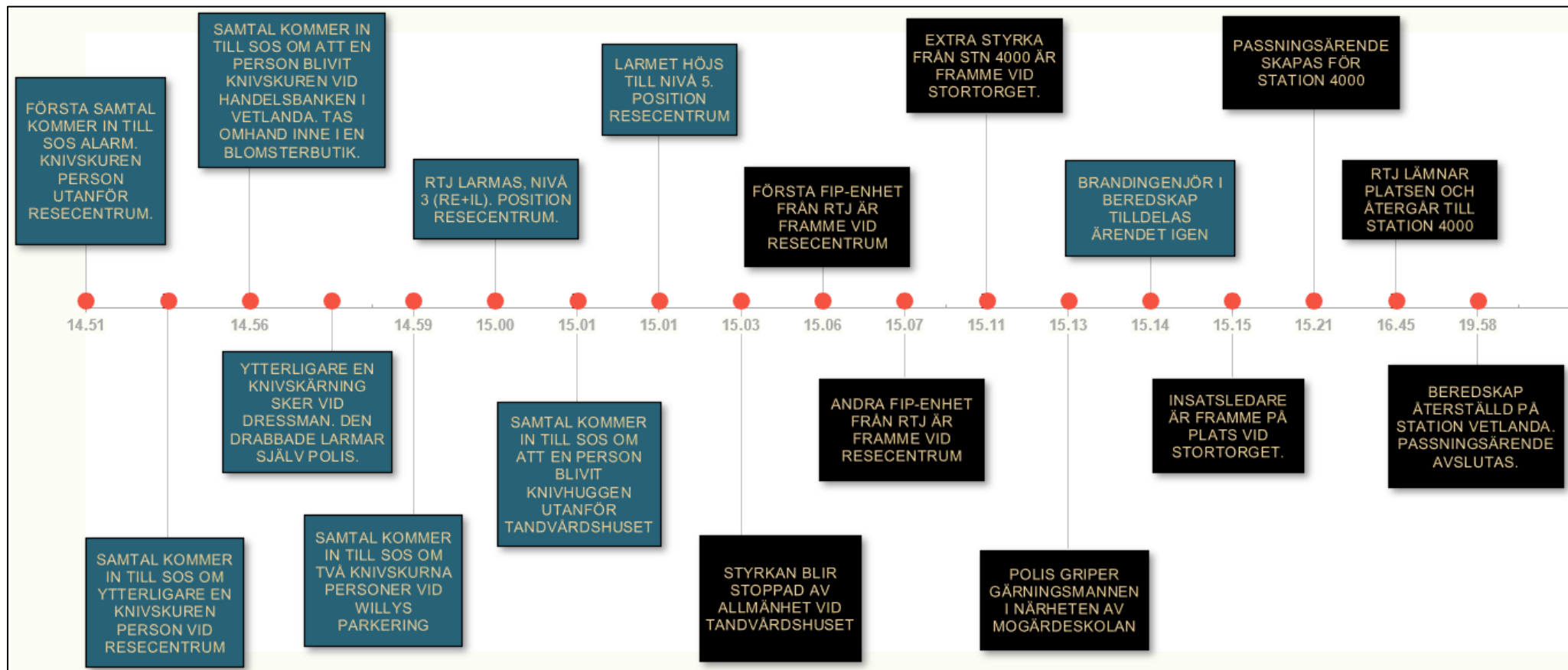
## 3.2 Karta



Figur 1. Bakgrundskarta: Lantmäteriet karta. Hämtad 2022-01-14. Information i kartan kommer från polisens förundersökningsprotokoll, Avrapporterings-PM.


### 3.3 Tidslinje

Tidslinjen har sammanställts utifrån polisens förundersökningsprotokoll, räddningstjänstens händelseloggar och intervjuer. Tiderna för de svarta rutorna är inte exakta utan händelsen inträffade i anslutning till angivet klockslag.



### 3.4 AAR resultat

Resultaten från AAR-dialogerna presenteras i form av en tabell som visar vad som gjordes bra (fortsätta göra), vad som gjordes mindre bra (sluta göra) och vad man kan göra bättre nästa gång (börja göra).

<h1>AAR RESULTAT</h1>			
FORTSÄTT MED	SLUTA MED	BÖRJA MED	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hitta lösningar när RAPS inte fungerar som kommunikationsväg</li><li>• Skapa lägesbild och lugn i insatsen</li><li>• Bra att använda plottingtavla</li><li>• Bra samverkan mellan alla enheter inom rtj</li><li>• Ha ett högt säkerhetstänk och jobba aktivt med att bedöma säkerheten</li><li>• Upprätthålla vår höga kompetens i sjukvård (XS-ABCDE)</li><li>• Göra prioriteringar av de drabbade enligt XS-ABCDE</li><li>• Att ta egna initiativ</li><li>• Sluter upp för varandra</li><li>• Splittra våra styrkor om behovet uppstår</li><li>• Att vara aktiv som IB och arbeta proaktivt med att ge mycket information</li><li>• AAR direkt efter händelsen</li><li>• Kalla in extra ledning/personal som hanterar allt runtomkring</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Slarva med återställning av fordon – plottingtavla 4080</li><li>• Använda gul hjälm när du inte åker som befäl</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plan för samband när RAPS inte fungerar som samverkanskanal. Ta med detta i övning.</li><li>• Förbättra samverkan och kommunikation med samverkande aktörer</li><li>• Ta fram en aktörsgemensam plan för hur vi ska agera och samverka vid liknande händelser</li><li>• PDV utbildningar och övningar för alla aktörer, gemensamt och internt. Även för brandmän och inte bara befäl.</li><li>• Vidare diskutera arbetsmiljöansvar för befäl och den enskilde</li><li>• Tidigt uttalad ledningsplats för alla aktörer</li><li>• Vi behöver mer utrustning för sjukvård och på fler enheter för att kunna hantera flera drabbade</li><li>• Fundera över vilken information som är viktig att alla har och kommunicera den hellre flera gånger. Även om man tror att alla har hört den.</li><li>• Alla befäl behöver ha möjlighet att ta en vit hjälm och svart larmställ vid larm när de åker med som extra personal.</li><li>• Ytterligare utbildning i hot och våld. Speciellt när vi splittrar styrkorna och ställs inför liknande komplexa situationer med oklar riskbild.</li><li>• Intern kommunikation vid händelser som har stor påverkan på den egna organisationen</li><li>• Larma enheter och ta initiativ på svaga signaler</li></ul>	

## 4 Reflektioner och lärdomar

I detta kapitel förs reflektion och diskussion kring de lärdomar och erfarenheter som dragits efter händelsen. Även kunskap och lärdomar från andra rapporter och utvärderingar vävs samman med de lärdomar som dragits från denna händelse.

Reflektioner och lärdomar tas därefter vidare till konkreta åtgärder som presenteras i kapitel 5, *Förslag på åtgärder*.

Det är viktigt att ha i åtanke att ingen händelse är den andra lik och dessa erfarenheter och lärdomar bör därför ses ur ett större perspektiv för både PDV-händelser och andra komplexa händelser.

### 4.1 Svårt att tolka händelsen

Den ursprungliga larmningen kategoriserades som ett sjukvårdslarm vilket för många kan upplevas som ett rent rutinärendet och som direkt kan skapa en viss igenkänning och förväntan. Denna mentala förberedelse kan ha försvårat insatsen då den skapade en felaktig igenkänning och blev därav en utmaning för flera i personalen från räddningstjänsten att hantera. Dessa förväntningar satt dessutom kvar en stund in i insatsen, delvis på grund av svårigheterna kring kommunikation och därmed gemensam lägesbild. Viss personal fick inte kännedom om att det var flera händelser i gång förrän långt in i insatsen. Att då ställa om från en händelse, som många har egna erfarenheter ifrån och som många gånger kan hanteras enligt rutin, till en sällanhändelse som kräver snabba beslut utifrån okända förutsättningar och riskbild är en utmaning. Liknande erfarenheter drogs även vid händelsen på Drottninggatan 2017 (MSB, 2018).

Händelsen indexerades aldrig utåt sett som en PDV-händelse enligt räddningspersonalens uppfattning. Trots att de hörde att det var flera drabbade och att flera i personalen själva tänkte att det rörde sig om en PDV-händelse så uttalades detta aldrig. I intervjuerna diskuterades svårigheten kring att mentalt ställa in sig på att det rörde sig om en PDV-händelse även om alla faktorer för en PDV-händelse fanns där. Därför sattes heller aldrig de orden på händelsen. På ledningscentralen gjordes kopplingen relativt tidigt då flera samtal om drabbade inkommit. Även polisen gör tidigt den kopplingen.

Frågan är vilken skillnad det hade gjort om det hade framgått tydligt för all personal på skadeplats att det rörde sig om en PDV-händelse. I nuläget så tolkades händelsen under lång tid som ett sjukvårdslarm med vapen inblandat och räddningspersonalen hanterade händelsen utifrån detta, som de i normala fall också hade gjort. Det är dock tydligt att snabba beslut behövt fattas och överväganden behövt göras utifrån andra förutsättningar än vad personalen förväntade.

En viktig del att ta med sig framåt är att beroende på indexering av händelse så finns risken att räddningstjänst inte larmas inledningsvis utan enbart polis och ambulans. Rätt indexering kan påverka vilka särskilda rutiner som aktiveras, vilket kommer bli ännu mer aktuellt framåt när en aktörsgemensam plan och utbildning har implementerats.

Enligt MSB:s vägledning (MSB, 2018) är den mentala förberedelsen en viktig faktor för framgång vid en PDV-händelse. Genom att personalen har fått möjlighet att mentalt tänka igenom situationer som innefattar andras lidande eller hot mot allmänhet eller egen personal och på det sättet skapa mental förberedelse så ökar möjligheterna att hantera den stress som en sådan händelse kan åstadkomma. Detta var något som befälen inom HRF hade hunnit få utbildning i men inte brandmännen. Under intervjuerna nämner vissa av befälen att denna utbildning underlättade arbetet och inställningen medan vissa nämner att den där och då inte gjorde någon direkt skillnad. Ytterligare utbildning och diskussioner bör genomföras kring mental förberedelse och etiska dilemman för att vara ännu bättre förberedda.

## 4.2 Agera och prioritera vid en kaotisk och stressande situation

De erfarenheter som dragits efter tidigare PDV-händelser och som även denna händelse har visat är att kaos är något som man inledningsvis behöver räkna med vid en PDV-händelse. Mycket information strömmar in från alla möjliga håll som behöver värderas och analyseras av både personal i ledningscentralen och på skadeplats. All information är viktig och behöver tas tillvara på och kommuniceras ut till de enheter och samverkande aktörer som är i behov av den.

Det kommer högst troligtvis dessutom ta tid att skapa en gemensam och samlad lägesbild. Det är mycket som ska ske och som sker under kort tid och den akuta fasen är i detta fall över på uppskattningsvis en halvtimme. Därav kommer självorganisering vara en viktig faktor främst under den inledande fasen av händelsen. Personalen kommer behöva ta avgörande beslut och avvägningar utifrån hjälpbehovet, risker, säkerhet etcetera. Det går inte att vänta på en tydlig inriktning och uppgift från befäl eftersom befälen troligtvis inte kommer ha tillräckligt mycket information för att ge personalen detta. Dessutom är risken stor att befäl och personal hamnar åtskilt från varandra. Räddningspersonalen behöver agera på den information som finns och kontinuerlig utvärdera denna utifrån sitt eget perspektiv och geografiska position. Vad är farligast just nu och vad är viktigast just nu.

En annan svårighet under insatsen, som nämns av både den övergripande ledningen och skadeplatsledningen, var att avgöra om det fanns räddningspersonal på plats hos alla drabbade och om det fanns fler drabbade som inte hade fått hjälp. Orsaken till detta var bland annat det stora geografiska området, mängden samtal till SOS Alarm och svårigheten detta innebär i att bedöma hur många enskilda skadeplatser som fanns. En framgångsfaktor i det här fallet var att det inre befälet hade lokal förankring vilket till viss del underlättade värderingen av de larmsamtal som kom in och därav upprättandet av gemensam lägesbild. En fungerande kommunikation mellan samverkande parter och mellan den övergripande ledningen samt skadeplatsledningen är faktorer som kunde underlätta denna bedömning. Även en gemensam ledningsplats hade kunnat underlätta. Händelsen visar både på vikten av god samverkan mellan skadeplatsledningen och den övergripande ledningen samt vikten av att fortsätta utveckla vår förmåga att skapa en gemensam lägesbild mellan dessa.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen att trots att händelsen präglades av stress, oklar lägesbild, osäker riskbild och ett högt informationsflöde så fastnade inte personalen i passivitet utan agerade utan dröjsmål. Detta är en viktig faktor vid dessa händelser då det handlar om att rädda liv och där tiden är avgörande.

*Att frysa läget och inta ett avvaktande förhållningssätt är inte ett framgångsrikt arbetssätt utan kan leda till fler skadade och döda. Förloppet är ofta mycket snabbt och antalet döda och skadade kan därför öka snabbt under kort tid. I dessa situationer är tiden avgörande. (MSB, 2018)*



## 4.3 Riskbedömning, säkerhet och arbetsmiljöansvar

Under en av intervjuerna lyfte en av de inblandade frågan om vi faktiskt visste vad vi gav oss in på? Vad hade vi gjort om gärningspersonen hade vänt tillbaka till någon av platserna där vi vårdade drabbade personer? Vilka risker har vi utsatt oss för och hur bedöms de i efterhand i relation till hjälpbehovet? Händelsen visar på stora svårigheter och komplexa bedömningar utifrån riskbedömning, säkerhet och arbetsmiljöansvar. I detta avsnitt diskuteras dessa frågor vidare.

### 4.3.1 Säkerheten under insatsen

Flera av de intervjuade personerna nämner att säkerhetstänket var högt under insatsen redan från start, detta eftersom man redan under utlarmningen får veta att det är knivar inblandade. På vissa skadeplatser såg man till att dra in den drabbade inomhus för att kunna låsa om sig och man avsatte dessutom personer för att hålla koll om gärningsmannen skulle komma tillbaka. På en av platserna kom en väktare och hjälpte till att hålla koll. De nämner också att de var noga med att hålla koll på varandra och försökte att minst jobba i par om två så långt det gick. På två av skadeplatserna skedde dock ensamarbete. På den ena platsen upplevdes säkerheten som god då man kunde arbeta inomhus och låsa dörrarna. På den andra platsen, som var utomhus, upplevdes en osäkerhet kring säkerheten då det var svårt att ensam både hålla uppsikt runtomkring och ta hand om den drabbade.

Något som har framkommit i utvärderingarna är svårigheten att skapa en lägesbild över våra egna resurser. Både utifrån ledningscentralens perspektiv där man hade svårt att få grepp om var personal och resurser befann sig och utifrån skadeplatsens perspektiv. Detta är något som kommer att vara svårt vid denna typ av händelser, speciellt inledningsvis. Den stora geografiska spridningen, det stora antalet drabbade och kaoset som dessa händelser medför är alla faktorer som bidrar till detta. Med tanke på säkerhet och risker som personal kan utsättas för under dessa händelser är det viktigt att så snabbt som möjligt skapa en lägesbild över skadeplatser och resurser. Men hur gör vi för att skapa oss en gemensam lägesbild under dessa händelser så tidigt som möjligt med de förutsättningar som råder? När vi dessutom har svårigheter kring kommunikationen vilket var fallet under händelsen. Detta visar på vikten av självorganisering, att varje individ själv måste ta ansvar för att agera och organisera sig utifrån sin egen säkerhet- och riskbedömning på skadeplats och att vi alla måste hjälpas åt kring skapandet av den gemensamma lägesbilden.

Svårigheterna kring kommunikation via RAPS var en brist när det gäller säkerheten vid insatsen. Efter att polisen kopplade samman RAPS-kanalen och polisens insatskanal så var det svårt att komma fram på RAPS-talgruppen, på grund av det stora flödet av kommunikation. Att ha en fungerande kommunikation är extra viktigt under dessa händelser med oklar läges- och riskbild.

*”Jag var rädd för att vi skulle fastna på en brytpunkt och invänta polisen så jag ropade ut att alla skulle tänka på säkerheten och att vi skulle vårda det vi kunde”*

*- Insatsledare 4080*

### 4.3.2 Riskbedömning

En av svårigheterna vid en PDV-händelse är att göra en riskbedömning för den egna personalen. Det kommer troligtvis ta lång tid att få en övergripande lägesbild som går att skapa någon form av riskbedömning utifrån, på grund av exempelvis stor geografisk spridning av händelser, brister i kommunikation och svårigheten att tolka all information som kommer till personalen. När det dessutom handlar om en händelse där tiden är oerhört kritisk och där de drabbade snabbt måste få vård finns inte tiden att fastna i en ofullständig riskbedömning. Vi kan inte inledningsvis räkna med en tydlig risk- och hotbild från polisen utan måste själva göra den bedömningen och agera utifrån detta. Vi behöver ta avvägda beslut och kontinuerligt göra egna riskbedömningar utifrån den information som finns tillgänglig och därefter omvärdera bedömningen när ny information kommer. Vi får inte hamna i ett läge där vi fastnar på en brytpunkt och inväntar tillräckligt med information för att kunna göra en fullständig riskbedömning. Vi måste ha ett högt säkerhetstänk genom hela händelsen och inte slappna av för tidigt. Vi behöver ha en gemensam plan för hur vi ska avancera och arbeta på platsen men också hur vi snabbt kan dra oss tillbaka till en säkrare plats.

Vi kommer troligtvis utsätta oss för större risker inledningsvis då personalen arbetar mot en oklar lägesbild och därmed oklar riskbild. När skadeplatsen är etablerad och lägesbilden blir tydligare ökar möjligheterna till en bra riskbedömning och därmed chansen till ett säkrare arbetssätt. Därav behöver vi fundera över, tillsammans med samverkande aktörer, hur vi ska arbeta vid en liknande händelse för att förhålla oss till riskerna men samtidigt inte tappa tempo och effektivitet i insatsen.

All personal behöver veta den aktuella hot- och riskbilden och få kontinuerliga uppdateringar. Därav är det också viktigt att all inblandad räddningspersonal kontinuerligt förmedlar sin riskbedömning då den även kan påverka lägesbilden och därmed personal som befinner sig på andra platser. Att förmedla att det inte finns någon lägesbild eller riskbild är även det en lägesbild. Bra kommunikation och gemensam ledningsplats för samverkande blåljusaktörer är faktorer som skapar möjligheter för att förmedla och dela lägesbilder vilket i sin tur är avgörande för att kunna skapa en bra lägesbild utifrån risker och hot.

### 4.3.3 Arbetsmiljöansvar

Händelsen visar också på svårigheterna kring arbetsmiljöansvaret för befälet eftersom det inte gick att ha koll på var personalen befann sig och hur riskbilden såg ut på varje plats. Personalen behövde själva göra en bedömning utifrån säkerheten på plats utifrån deras nuläge, ingen annan kunde i detta läge göra det åt dem eftersom personalen befann sig på geografiskt åtskilda platser. Därav är det viktigt att belysa att varje individ inledningsvis behöver vara sitt eget arbetsmiljöombud. Varje individ behöver agera utefter vad som är farligast just nu och vad som är viktigast just nu (MSB, 2018).

### 4.3.4 Omfallsplanering och worst-case

En del som är viktig att ha med vid dessa händelser är omfallsplanering och värsta tänkbara scenario. Inte bara på befälsnivå utan för varje individ som deltar under insatsen. Det är viktigt att ha med aspekten kring att det kan finnas flera gärningspersoner och att det kan ske ytterligare attentat. Tidsaspekten är också viktig att ha med sig. Hur gör vi om det blir en utdragen händelse och hur personalplanerar vi då för att skapa uthållighet både kring händelsen och för nya händelser.



#### **4.3.5 Förväntningar från allmänheten**

Något som vi som räddningstjänst behöver ha med oss är att det dessutom finns en viss förväntan från allmänheten att vi tillsammans med polis och ambulans ska agera vid en sådan här situation även om den upplevs som hotfull och farlig (MSB, 2018). I vissa lägen kommer vår egen personal att utsättas för stora risker, det viktigaste är då att vi är väl förberedda för detta och vet hur vi ska agera.

#### **4.3.6 Sammanfattningsvis**

Eftersom vi som räddningstjänst utsätter oss för stora risker under dessa händelser behöver varje individ ha en tanke kring hur man ska agera om man stöter på gärningspersonen alternativt ett andra dåd inträffar. Räddningstjänsten kommer troligtvis att vara först på plats om liknande händelse inträffar igen. Därför måste vi vara förberedda och ha kunskap och utbildning kring hur vi ska kunna hantera liknande händelse utan att bli passiva på grund av oklar risk- och hotbild. Vi måste skapa ett arbetssätt där vi kan arbeta utifrån tillräckligt säkert, snabba riskbedömningar och kontinuerligt utvärdera risker och hot. Vi behöver också veta om vilka metoder och taktiker som inledningsvis kan användas för att riskminimera för egen personal, de drabbade och allmänhet samtidigt som vi vårdar.

## 4.4 Kommunikation

Kommunikation och samband är en utmaning vid dessa händelser speciellt under insatsens inledning. Ett väl fungerande samband och informationsdelningen mellan ledningscentral och involverade enheter är en förutsättning för att kunna skapa en lägesbild som fokuserar på de mest relevanta aspekterna i hanteringen av händelsen. Ett sådant fokus är av betydelse eftersom åtgärder och beslut ofta sker under tidspress baserat på delvis ofullständig information (MSB, 2018). En bra och fungerande kommunikation är också viktig för att tidigt kunna etablera kontakt mellan samverkande aktörer så som polis och ambulans (MSB, 2018). En händelse av denna karaktär kommer att präglas av stort flöde av kommunikation och information och risken kommer vara stor att viktig information missas. Denna aspekt bör finnas med både före och under liknande händelser.

### 4.4.1 Samband under händelsen

Bristerna i sambandet är en faktor som har satt viss prägel på insatsen. Polisens sammankoppling av sin insatskanal och RAPS-kanalen gjorde att kommunikationsflödet blev stort och resulterade i svårigheter att komma ut på RAPS-kanalen. Följden av detta blev att det under skeden av insatsen inte gick att få samband via RAPS-kanalen. Räddningspersonalen löste dock detta via alternativa metoder.

Trots upplevda brister är det viktigt att vi inte fastnar för mycket i problematiken kring RAPS-kanalen under denna specifika insats. Vi bör ta med erfarenheter och lärdomar kring vikten av bra samband och vikten av att vi följer de rutiner och arbetssätt som finns för samband både internt och externt. Vi ska också ta med oss vikten av att kunna hitta alternativa metoder när ordinarie samband inte fungerar. Detta bör vara en del i den aktörsgemensamma utbildningen.

### 4.4.2 Intern kommunikation

Något som är viktigt vid en sådan här händelse som har stor påverkan på hela räddningstjänstorganisationen är den interna kommunikationen. Personalen i organisationen som inte varit med på händelsen behöver få en förståelse för vad som har inträffat för att veta hur man ska förhålla sig till händelsen och personalen som varit med. Det är svårt att sätta sig in i vad kollegorna har fått hantera och utsatts för och hur man kan visa omtanke från övriga organisationen. Detta är något som behöver finnas med vid hantering av liknande händelser.

## 4.5 Resurser

Resurser är något som vi kan förvänta oss kommer vara en bristvara under denna typ av händelse, vilket det även var i detta fall. Det är därför viktigt att vi ser över hur man på bästa sätt kan nyttja hela samhällets resurser.

### 4.5.1 Utrustning och materiel

Utrustning och material var något som på vissa platser tog slut snabbt. Problemet vid dessa händelser kontra normalhändelser är att personalen sprids ut över en större yta och behöver därav sjukvårdsmaterial på flera platser. När händelsen inträffade fanns endast en sjukvårdsväska per enhet vilket begränsar oss i vår insats. Man såg ett tydligt behov av fler och mindre sjukvårdsväskor så att man kan vårda på flera platser. Detta är något som Regionen redan arbetar med att åtgärda. Vi behöver också fundera över vad det finns för andra aktörer i samhället som har material som kan användas vid behov, till exempel apotek, tandläkare, vårdcentraler etc.

### 4.5.2 Personal och enheter

En svårighet var att veta var alla enheter befann sig och vilken personal som fanns ute på skadeplats. Detta var något som nämndes som ett problem för ledningscentralen eftersom de enbart ser fordon och inte var varje person befinner sig. Detta är en aspekt som är bra att ha med när vi är på händelser med flera skadeplatser där personalen sprids ut och inte längre går att knyta positionsmässigt till en enhet.

Som nämnts ovan kommer det troligtvis vara brist på personal under denna typ av händelser. Därav behöver vi fundera över hur vi på bästa sätt kan nyttja all personal i vår organisation, även ej operativ personal. Vi behöver fundera över hur vi kan "larma" personal som för dagen ej ingår i det operativa skiftet. Därefter behöver vi också fundera över hur vi förhåller oss till olikheter i utbildningsnivå för våra olika befattningar i organisationen och hur arbetssätt behöver anpassas utefter detta.

Detta är dessutom en större fråga som inte enbart gäller den här typen av händelser. Vi har i organisationen ett stort antal ej operativ personal som rör sig ute i samhället och dessa behöver vi ta bättre vara på för en första insats. Det behöver finnas en plan kring hur denna personal ska kunna användas vid händelser och hur planen ska implementeras och utbildas.

Under intervjuerna framkom det att det för tillkommande personal var svårt att veta vem som var befäl på platsen på grund av att det fanns fler personer än ordinarie befäl som hade gul hjälm på sig. Det är viktigt att vi tänker på hur vi märker ut oss med färg och benämningar på hjälm och kläder. Speciellt vid denna typ av händelser där det kan behövas mycket räddningspersonal och där samverkan är av stor vikt.

Något som också behöver ses över när det gäller händelser som indexeras som PDV-händelse är larmplanerna kopplat till dessa händelser.

### 4.5.3 Externa resurser och allmänhet

Vi behöver tillsammans med samhällets aktörer fundera över hur vi nyttjar alla samhällets resurser på bästa sätt vid dessa händelser. Allmänhet, privata och kommunala aktörer är viktiga resurser som gör skillnad då de i många fall kommer att vara först på plats hos den skadedrabbade. Då dessa händelseförlopp ofta är mycket snabba och antalet döda och skadade snabbt kan öka under kort tid är tiden till insats avgörande och detta är därmed något som behöver funderas över framåt. Man behöver fundera över olika personers/aktörers förutsättningar att hjälpa till och även hur man kan utbilda och informera för att främja detta.

Vi behöver också fundera över vad det finns för aktörer i samhället som vi kan ta nytta av vid insats, ex vårdcentraler, sjukhus, tandläkare, apotek, hemtjänst etc. Vi behöver fundera över hur vi kan nyttja dessa och vilken vägledning som kan komma att behövas. Vi behöver också föra samtal och diskussioner med den säkerhetspersonal som finns i samhället utöver polisen, ex väktare, parkeringsvakter etc och fundera över hur dessa kan hjälpa till vid liknande händelser. Vi behöver etablera kontaktvägar och ta fram metoder samt arbets sätt vid denna samverkan.

#### **4.5.4 Övergripande ledning**

Utvärderingar har också gjorts med den personal som arbetade inne på räddningstjänstens ledningscentral. En av svårigheterna kring händelsen var att hantera den stora mängd samtal som kom in till SOS Alarm och därmed till räddningstjänstens ledningscentral. Att sälla i all den information som kommer in och försöka bena ut vad det handlar om. Om det är en och samma händelse eller om det faktiskt är flera olika. Avståndet mellan händelserna är inte speciellt stort och beskrivning av skada och händelse liknar varandra vilket gör att det inte är helt självklart inledningsvis att det skulle röra sig om flera händelser. Dessutom har det under flera utvärderingar pratats om svårigheterna kring att mentalt ställa in sig på att ett våldsdåd som detta skulle inträffa i Vetlanda.

Det inre befälet ropade tidigt ut på stationen i Vetlanda att larm var på gång och att det rörde sig om hjälp till ambulans och eventuell knivskärning. I detta fall resulterade det i att flera personer som befann sig på stationen utöver ordinarie styrka lyssnade med på RAPS-kanalen och på så sätt förstod allvaret i situationen och senare också åkte ut för att hjälpa till på skadeplatsen.

Räddningspersonalen från Vetlanda tyckte att det var bra att IB gick ut med information kring otydligheten i ärendet redan under framkörning. Att det var kniv inblandat och att de skulle åka försiktigt fram. De upplevde det som bra att IB var väldigt aktiv under framkörningen och kontinuerligt informerade om nyinkommen information.

## 4.6 Aktörsgemensam samordning och lägesbild

Att få till en aktörsgemensam samordning och lägesbild kommer under dessa händelser vara en utmaning främst under den inledande fasen. En händelse som denna kan ses som olika faser som behöver hanteras. Den inledande fasen där det till stor del handlar om självorganisering och handlingskraft utifrån den enskilda individen. Där personalen måste agera utifrån tillräckligt säkert i syfte att rädda liv. Att utgå från vad som är farligast just nu och vad som är viktigast just nu. Resursbristen inledningsvis är något som troligtvis kommer styra det här skedet av insatsen. När fler resurser anländer och det börjar falla på plats både rent organisationsmässigt på skadepplatsen samt gällande riskbild och information så kommer man troligtvis kunna fokusera mer på att uppnå en aktörsgemensam samordning och lägesbild.

En aspekt som vi också behöver ha med är att räddningstjänsten var först på plats vid denna händelse och troligtvis kommer att vara det även vid andra tillfällen då närhet och tillgänglighet skiljer sig mellan ambulans, polis och räddningstjänst. Därav kommer det troligtvis ta tid innan ett aktörsgemensamt arbete kan påbörjas. Dock bör stor vikt läggas vid att så snabbt som möjligt etablera samverkan och ledning. Vid denna händelse var räddningstjänsten på plats en stund innan ambulans och polis kom till platsen. Räddningstjänsten upplevde det som att de då hade hunnit få en relativt bra lägesbild över alla skadade och skadepplatser. Räddningstjänst hade också upprättat en ledningsplats på stora torget. Dock kunde ledningsplats och lägesbild inledningsvis endast förmedlas till den övergripande ledningen och inte till samverkande aktörer på grund av bristen i kommunikation via RAPS-kanalen.

Avsaknaden av aktörsgemensam koordinering och ledningsplats gjorde att det var svårt att veta vad som hände under insatsen och vad de andra aktörerna gjorde. Det var svårt att veta vem som hade vilken information och till vem man skulle förmedla information. En fråga som dessutom var ständigt återkommande från flera håll var om man hade täckt in hela skadeområdet och om alla drabbade hade hjälp på plats. Detta är något som hade förenklats genom samverkan och informationsutbyte.

Något som framkommit som en osäkerhet under insatsen var informationen om skjutningen vid Mogärdeskolan som gick ut på RAPS-kanalen. Denna information har uppfattats olika beroende på vad man har hört. Vissa uppfattade det som att det var gärningspersonen som skjutits och vissa uppfattade det som att gärningspersonen tagit sig in på skolan och börjat skjuta. Flera åtgärder görs av räddningspersonal utifrån denna information. Bland annat börjar personalen inrymma allmänhet som befann sig vid Stortorget. Här blir det tydligt hur viktigt det är med bra samverkan och att rätt information når rätt personer.

Att skapa gemensamma lägesbilder och riskbilder samt en gemensam och säker ledningsplats är alla faktorer som i framtiden kommer att underlätta vid en liknande händelse. Det är viktigt för att snabbt och effektivt kunna hjälpa de drabbade och hindra att fler skadas.

## 4.7 Planering, utbildning och övning

Vid en liknande händelse där komplexitet och stressnivå är hög är det viktigt att personalen i förväg har en god kunskap. Interna och aktörsgemensamma rutiner och planer behöver tas fram och därefter utbildas och övas för såväl PDV-händelser som andra komplexa händelser som ställer stora krav och utmaningar både internt och vid samverkan och ledning. Utbildningarna ska inkludera alla nivåer i räddningstjänsten. Arbete med framtagande av aktörsgemensam plan för hantering av PDV-händelse samt utbildnings- och övningsplan är påbörjat.

Inledningsvis kommer troligtvis liknande händelser präglas av hög stress och kaos. Det är viktigt att hitta ett sätt att hantera denna fas så effektivt som möjligt, bland annat via självorganisering och att ledningen så snabbt och effektivt som möjligt sedan kan organisera insatsen. Resursbristen är också något som kommer styra insatsen då aktörernas närhet och tillgänglighet skiljer sig och planen behöver därför vara flexibel och kunna anpassas utifrån var, när och hur händelsen inträffar.

MSB skriver i sin vägledning att det krävs kunskap och övning för att fatta medvetna beslut på bristande underlag. Att enbart följa sin intuition och magkänsla gör att individen använder sig av tidigare erfarenheter vilket kan innebära både för- och nackdelar (MSB, 2018). Detta belyser vikten av specifik utbildning och övning för befäl i förmågan att leda under kritiska och komplexa förhållanden. Detta är något vi behöver ta med framåt vid planering av befälsutveckling.

Utöver ren övning och utbildning behöver också diskussioner och samtal föras kring mental förberedelse och etiska dilemman. Personalen behöver ha funderat över denna typ av händelser redan innan de sker för att vara så förberedda som möjligt mentalt vilket kan minska stressnivån.

En framgångsfaktor under händelsen var den trygghet som personalen hade i sjukvårdskunskap. Trots att händelsen var oklar och av annan komplexitet än vad vi är vana vid så handlade det i grunden om att vårda drabbade och samtidigt hantera den risk- och hotbild som finns. Den kontinuerliga sjukvårdsutbildning som personalen får tillsammans med mängden sjukvårdslarm vi åker på tycks ha gett resultat i en grundläggande trygghet. Detta syns tydligt vid denna händelse då personalen självständigt och effektivt gjort bedömningar gällande vilka inledande åtgärder och behov som varit viktiga att hantera.

Som nämnts tidigare i rapporten så behöver vi fundera över hur vi på bästa sätt kan nyttja alla resurser i räddningstjänsten, såväl operativ som ej operativ. En utbildnings- och övningsplan behöver tas fram för ej operativ personal utifrån vilken förmåga dessa funktioner bör ha. Vi behöver dessutom se över hur våra interna hot- och våldsutbildningar ser ut idag och om de behöver uppdateras.

## 4.8 Efterarbete

Efter arbetet på skadeplatsen var utfört så samlades all räddningspersonal som varit på skadeplats på stationen i Vetlanda för genomgång och samtal. Det har framkommit under utvärderingarna att man överlag är nöjda med hur efterarbetet och uppföljningar planerades och utfördes. Vikten av att tidigt genomföra en AAR och initiera krisstöd för egen personal blev tydlig efter denna händelse.

Något som är viktigt att tänka på är att även få med den personal från räddningstjänsten som befann sig på ledningscentralen i genomgångar och utvärderingar. De är en stor del av insatsen och kan bidra med viktiga detaljer för att få en helhetsbild över händelsen. De har också deltagit till stor del i insatsen genom att fatta viktiga beslut, göra prioriteringar och hanterat stora mängder samtal och informationsflöden under hög stress. Därav behöver behovet av avlastande samtal värderas även för denna personal.

Under utvärderingarna framkom det att rutinen för blodsmitta behöver ses över.

## 5 Förslag på åtgärder

I detta kapitel presenteras förslag på åtgärder utifrån de erfarenheter och lärdomar som framkommit i kapitel 4.

### **Materiel och utrustning**

Utvärderingen visar att det behövs fler mindre sjukvårdsväskor så att man kan vårda på flera platser samtidigt. Denna punkt är i skrivande stund redan åtgärdad.

### **Larmplaner**

Larmplanerna för PDV-händelser behöver ses över. Detta blev ej aktuellt under denna händelse med tanke på att händelsen kategoriserades som sjukvårdslarm. Dock har det under intervjuerna påtalats att dessa behöver ses över.

### **Rutin för blodsmitta**

Rutinen för blodsmitta behöver ses över. Denna uppgift är redan utdelad till arbetsgrupp och kommer att åtgärdas under 2022.

### **Utmärkning av befäl**

Det är viktigt att vi tänker på hur vi märker ut oss med färg och benämningar på hjälm och kläder. Vi behöver se till att det alltid finns extra vita hjälmar och extra svarta larmställ som personal utöver tjänstgörande styrka kan använda vid behov.

### **Befälsutveckling**

Öva ledning vid kritiska och komplexa händelser för att kunna fatta medvetna beslut på bristande underlag.

### **Gemensam lägesbild mellan skadeplatsledning och övergripande ledning**

Vi behöver fortsätta utveckla möjligheterna till att skapa gemensamma lägesbilder mellan skadeplatsledning och den övergripande ledningen. Man bör se över hur vi kan nyttja befintliga system bättre och vad som kan utvecklas.

### **Kommunikation och samband**

Vi behöver se över hur vi kan arbeta när RAPS-kanalen inte fungerar som samverkanskanal. Denna aspekt behöver tas med vid både interna övningar och samverkansövningar.

Vi behöver dessutom se över hur den interna kommunikationen ska ske vid händelser som har stor påverkan på hela organisationen.

### **Mental förberedelse**

Internt inom organisationen behöver vi föra diskussioner och samtal kring mental förberedelse och etiska dilemman som vi kan ställas inför.

### **Säkerhet och arbetsmiljö**

Vi behöver se över hur våra interna hot- och våldsutbildningar ser ut idag och om de behöver uppdateras. Detta blir än mer aktuellt eftersom utryckande personal allt mer åker ensamma i enskilda fordon vid larm. Vi behöver få ytterligare kunskap, tankesätt och metoder i hur man kan förbättra säkerheten för räddningspersonal på skadeplats. I detta behöver vi också diskutera kring arbetsmiljö och vikten av att vara sitt eget skyddsombud.



### **Nyttja alla tillgängliga resurser på bästa sätt**

Vi behöver fundera över hur vi på bästa sätt kan nyttja all personal i vår organisation, även ej operativ personal, och hur vi ska utbilda dessa funktioner i organisationen. Vi behöver också tillsammans med samhällets aktörer fundera över hur vi kan nyttja alla samhällets resurser på bästa sätt. Man behöver fundera över olika personers/aktörers förutsättningar att hjälpa till och även hur man kan utbilda och informera för att främja detta.

### **Aktörsgemensamt arbete vid PDV-händelse**

Aktörsgemensamma rutiner och planer behöver tas fram och därefter utbildas och övas för såväl PDV-händelser som andra komplexa händelser som ställer stora krav och utmaningar både internt och vid samverkan och ledning. Utbildningarna ska inkludera alla nivåer i räddningstjänsten och delas upp efter de olika målgrupperna. Arbete med framtagande av aktörsgemensam plan för hantering av PDV-händelse samt utbildnings- och övningsplan har påbörjats. Steg ett i utbildningsplanen har delvis genomförts under 2019 och 2020. Resterande delar planeras att tas fram och implementeras under 2022/2023.

I väntan på aktörsgemensamma planer är det viktigt att vi i organisationen funderar över hur vi på bästa sätt kan hantera en liknande händelse utifrån de lärdomar som dragits i denna utvärdering.

## 6 Slutsatser

De utvärderingar som har gjorts efter händelsen visar tydligt att personalen ställts inför nya utmaningar, förutsättningar och etiska dilemman. En händelse som denna har visat sig innebära hög stress och stor komplexitet, främst på grund av det oklara läget och svårtolkade situation som inledningsvis råder. Detta samtidigt som man behöver hantera en svårbedömd hotbild, ett stort antal drabbade och en stor geografisk spridning av skadeplatser.

Svårigheterna kring att skapa en lägesbild över situationen gör att prioriteringar, snabba beslut och agerande blir en utmaning. Det är därav viktigt att åstadkomma ett aktivt förhållningssätt utan att tulla på säkerheten. Personalen bedöms ha löst uppgifterna på ett bra sätt. De har under händelsens gång visat på en bra förmåga att skapa en lägesbild och struktur trots otydlig information och det kaos som präglat delar av händelsen. Räddningspersonalen på plats fann sig i situationen och agerade utan dröjsmål vilket stor kunskap, trygghet och erfarenhet i sjukvård kan vara en bidragande orsak till. Räddningspersonalen på plats har visat hög professionalitet och vilja att hjälpa.

Det är viktigt att vi tar lärdom av händelsen och utvecklar både vår egen verksamhet och förmåga samt samverkan med andra aktörer för att kunna hantera liknande situationer ännu bättre i framtiden.

Säkerheten under insatsen har både fungerat bra och brustit under insatsens gång. Utfallet hade kunnat bli annorlunda om gärningspersonen agerat på annat sätt och haft ett annat rörelsemönster. Frågan står fortfarande kvar kring om vi helt och hållet visste hur stora risker vi egentligen utsatte oss för. Dock visar utvärderingen tydligt att vi inte kunde ha en fullständig riskbild under händelsen och det troliga är att vi under liknande händelser inte heller då kommer kunna ha en fullständig riskbild. Därav är självorganisering och vikten av att vara sitt eget skyddsombud något som kommer prägla en händelse av detta slag, åtminstone inledningsvis, och det är därmed en viktig punkt i en framtida utbildning.

# Referenser

MSB. (2018). *Vägledning - Samverkan vid pågående dödligt våld i publik miljö*. Karlstad: MSB.

Nationella operativa avdelningen. (2017). *Utvärdering av den nationella särskilda händelsen Nimo*.  
Polisen.