



RÄDDNINGSTJÄNSTEN SKÅNE NORDVÄST

KOMMUNER I SAMVERKAN

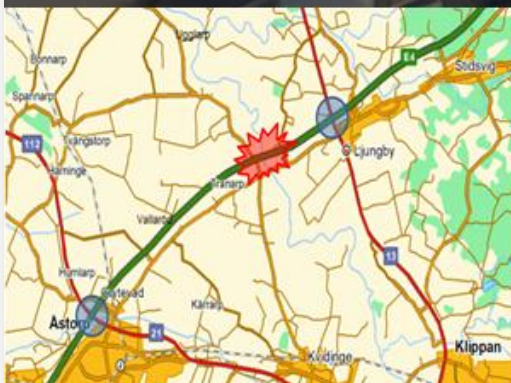
Bjuv, Båstad, Helsingborg, Höganäs, Klippan,  
Landskrona, Svalöv, Åstorp, Ängelholm, Örkelljunga.

Dnr: 287/2013

2013

# Olycksutredning Nivå 3

## Tranarpsolyckan, 2013-01-15





# Rapport från enheten för Olycksutredning Skåne nordväst 2013

Olycksutredningen är genomförd av:

**Anna Brand**, brandingenjör/ civilingenjör i riskhantering, Helsingborgs brandförsvär. Har arbetat med olycksundersökningar sedan 2007 och har genomgått Räddningsverkets kurs i olycksundersökning samt kursen Kvalificerad olycksutredningsmetodik, 7,5 hp, Karlstad Universitet.

**Jan Klauser**, brandmästare, Ängelholms räddningstjänst. Har arbetat med olycksundersökningar sedan 2004 och har genomgått Räddningsverkets kurs i olycksundersökning samt kursen Kvalificerad olycksutredningsmetodik, 7,5 hp, Karlstad Universitet.

Rapporten är kvalitetsgranskad av:

- Christer Björkman, Räddningstjänsten Umeå
- Per Jarring, Räddningstjänsten Storgöteborg



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| SAMMANFATTNING .....             | 7         |
| <b>1. INLEDNING.....</b>         | <b>9</b>  |
| 1.1 BAKGRUND .....               | 9         |
| 1.2 SYFTE .....                  | 9         |
| 1.3 AVGRÄNSNINGAR .....          | 10        |
| 1.4 METOD .....                  | 10        |
| <b>2. HÄNDELSEN .....</b>        | <b>12</b> |
| 2.1 INSATSEN .....               | 12        |
| <b>3. ANALYS .....</b>           | <b>15</b> |
| 3.1 STEP.....                    | 15        |
| 3.2 AVVIKELSEUTREDNING .....     | 16        |
| 3.3 KOMMUNIKATIONSÖVERSIKT ..... | 17        |
| <b>4. REKOMMENDATIONER.....</b>  | <b>18</b> |
| 4.1 FRÄMRE LEDNING.....          | 18        |
| 4.2 ARBETSMILJÖ .....            | 18        |
| 4.3 BAKRE LEDNING.....           | 19        |
| 4.4 KOMMUNIKATION .....          | 19        |
| 4.5 POSITIVA LÄRDOMAR.....       | 20        |
| 4.6 ÖVRIGA SYNPUNKTER .....      | 20        |

## **BILAGOR**

|   |    |
|---|----|
| Bilaga 1 – STEP, främre och bakre ledning, kommunikation samt arbetsmiljöarbete               | 23 |
| Bilaga 2 – Avvikelseutredning, främre och bakre ledning, kommunikation samt arbetsmiljöarbete | 27 |
| Bilaga 3 – Kommunikationsvägar  | 35 |



## **Sammanfattning**

Tisdagen den 15 januari klockan 11:04 fick räddningstjänsten i Åstorp och Klippans kommuner larm om en trafikolycka på Tranarpsbron.

Olyckan medförde att operativa enheter från fem olika kommuner deltog i insatsen. En person omkom i olyckan och cirka 40 personer skadades. Sammantaget var 78 fordon inblandade, huvuddelen var lastbilar. Samtliga fordon blev kvar på bron.

Den genomförda utredningen har avgränsats till att titta på hur den främre ledningen samt arbetsmiljöarbetet har fungerat ute på olycksplatsen samt hur den bakre ledningen och kommunikationen med övriga aktörer/myndigheter har fungerat vid insatsen.

Nedan redovisas en sammanfattning av de rekommendationer som framkommit under utredningens gång.

### Främre ledning

Vid uppbyggnaden av organisationen på skadeplatsen följdes inte det som står i ledningsdoktrinen. Om organisationen och strukturen på en skadeplats ska bli tydlig både för egen personal och för samverkande organisationer är det viktigt att vissa principer följs. Det är viktigt att räddningstjänsten har en tydligt utmärkt ledningsplats och att räddningstjänsten samverkar med övriga myndigheter och har gemensamma ledningsmöten. Räddningstjänsten i Skåne Nordväst måste följa de instruktioner som finns i ledningsdoktrinen gällande utmärkning av de olika roller som kan återfinnas på skadeplatsen.

### Arbetsmiljöarbete

Ledningsteamet måste kontinuerligt genomföra riskbedömningar, planera för omfall och kommunicera ut detta till samverkande organisationer. Detta gjordes inte vid Tranarpsolyckan.

Räddningstjänsten måste bli bättre på att ta hand om och lösa av egen personal som av olika anledningar inte bör arbeta vidare på skadeplatsen.

Respektive kommun måste ta fram en rutin för hur nödanrop skall hanteras och operativ personal måste utbildas i hur nödanrop via RAKEL är tänkt att fungera.

### Bakre ledning

Stabstorget måste förberedas så att det finns tekniska möjligheter för att flytta ut en större händelse dit.

Man behöver från stab- och ledning se över vilka program som ska användas i stabsarbetet samt vilka personer som ska kunna ingå i en stab. Dessa personer måste även få en grundläggande utbildning i stabsarbete, kunskap om vem staben är till för och vilka program aktuell personal ska kunna arbeta i.

### Kommunikation

En viktig sak att ta hänsyn till vid all kommunikation är att viktig information bör meddelas via RAKEL då samverkande organisationer riskerar att missa information om vi inom räddningstjänsten endast använder oss av mobiltelefoner.



# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Tisdagen den 15 januari klockan 11:04 fick räddningstjänsten i Åstorp och Klippans kommuner larm om en trafikolycka på Tranarpsbron. Olyckan var inledningsvis positionerad i Ängelholms kommun men sattes så småningom till att vara lokaliserad i Klippans kommun. I bild 1 visas en översikt av Tranarpsbron.



*Bild 1. Översiktsbild över Tranarpsbron.*

Olyckan var en av de största trafikolyckor som skett i Sverige. Resurser från bland annat räddningstjänst, polis och ambulans larmades till platsen. På grund av olyckans omfattning och komplexitet beslutade räddningschefsgruppen i Skåne nordväst att en fördjupad olycksutredning skulle genomföras.

Olyckan har även utretts av bland annat polisen, Trafikverket, räddningstjänsten Klippan-Åstorp samt MSB (myndigheten för samhällsskydd och beredskap – enheten för lärande av olyckor och kriser).

## 1.2 Syfte

Utredningen har till syfte att se hur den främre ledningen samt arbetsmiljöarbetet ute på olycksplatsen fungerade. Dessutom fokuseras utredningen på hur den bakre ledningen samt kommunikationen till övriga inblandade aktörer såsom till exempel TIB i drabbad kommun har fungerat.

Målet är att skapa erfarenheter om viktiga framgångsfaktorer vid större insatser.

### 1.3 Avgränsningar

I utredningen beskrivs händelseförloppet övergripande ur räddningstjänstens perspektiv medan endast de delar som beskrivs i kapitel 1.2 analyseras vidare.

Rapporten är skriven för läsare som är insatta i räddningstjänstens ledningsstruktur och sätt att arbeta.

Orsaken till olyckan behandlas inte i denna rapport utan för beskrivning av orsak hänvisas till polisens utredning.

### 1.4 Metod

Faktainsamling har skett genom intervjuer med de funktioner som representerade den främre ledningen på skadeplatsen samt den bakre ledningen i HALS (Helsingborgs Alarmerings-, Lednings- och Sambandscentral) som arbetade under olyckan. Dessutom har personer från Åstorp/Klippans krisledning, trafikverket och länsstyrelsen intervjuats. Intervjuerna genomfördes under juni månad 2013.

Information har även samlats in från insatsrapporter, fotografier från insatsen, SOS-protokoll<sup>1</sup>, stabsanteckningar (från HALS, krisledningsstaben i Åstorp/Klippan samt från Trafikverket) samt från gällande rutiner och instruktioner för räddningstjänsten i Skåne nordväst<sup>2</sup>.

#### 1.4.1 STEP

Händelsen har analyserats och strukturerats med hjälp av metoden STEP, Sequential Timed Events Plotting (Hendrick och Benner, Investigating Accidents with STEP). Resultatet redovisas i kronologisk ordning. För en översikt av den genomförda STEP-analysen, se Bilaga 1.

#### *Aktörer*

För att kunna genomföra STEP-analysen behövde först alla aktörer som agerat eller på annat sätt påverkat förloppet identifieras. De identifierade aktörerna redovisas i STEP-analysen i Bilaga 1.

Efter att alla aktörer identifierats genomfördes intervjuer med flertalet av de olika personer/verksamheter som hade varit inblandade vid händelsen. De personer som intervjuades redovisas i tabell 1. I tabellen anges även vilken funktion personen hade under insatsen.

---

<sup>1</sup> SOS-rapport, ärendenummer 20-2968340-2

<sup>2</sup> Ledning på skadeplats, ledningsdoktrin Räddningstjänsten Skåne Nordväst (reviderad 2012-12-14), Inrättande av Tjänsteman i beredskap (TIB), Dnr 262/2010, Utlarmning av operativ stab, Skåne Nordväst (rev 2012-01-16), Bemanning av HALS vid stabsuppbyggnad (2011-09-01), Sambands- och framkörningsrutin (rev 2012-12-27)

| Organisation                 | Funktion   |
|------------------------------|--|
| Helsingborgs brandförsvär    | Stabsbrandmästare 1                                    |
| Helsingborgs brandförsvär    | Stabsbrandmästare 2                                    |
| Helsingborgs brandförsvär    | Vakthavande brandingenjör                              |
| Helsingborgs brandförsvär    | Styrkeledare   |
| Ängelholms räddningstjänst   | Insatsledare   |
| Helsingborgs brandförsvär    | Räddningschef i beredskap/TIB                          |
| Krisledning i Åstorp/Klippan | TIB/Stabschef  |
| Krisledning Åstorp/Klippan   | Länk mellan krisledningsstab i Åstorp/Klippan och HALS |
| Trafikverket                 | TIC  |
| Länsstyrelsen                | TIB  |
| Helsingborgs brandförsvär    | Informationsansvariga i HALS                           |

*Tabell 1. Personer vars intervjuer ligger till grund för den genomförda STEP-analysen samt för avvikelsetredningen. Trafikverkets TIC har inte intervjuats utan svarat på frågor som mailats över.*

### **Identifierade förbättringsområden**

Efter att alla intervjuer hade genomförts påbörjades STEP-analysen av räddningstjänstens insats vid tranarpsolyckan. När händelseförloppet klarlagts identifierades möjliga förbättringar som behöver genomföras för att räddningstjänsten skall kunna genomföra en liknande insats på ett effektivare sätt i framtiden.

De identifierade förbättringsområdena presenteras i STEP-analysen i form av röda trianglar som är länkade till en eller flera händelser under insatsen. Varje triangel är numrerad och i kapitel 4 beskrivs vad som behöver förbättras inför en kommande större trafikolycka.

#### **1.4.2 Avvikelseutredning**

Som ett komplement har även metoden avvikelsetredning använts för att analysera händelsen. Metoden bygger på att alla avvikelser från det normala dokumenteras i en lista och för varje avvikelse tas det sedan fram en eller flera åtgärder (Harms-Ringdahl, Säkerhetsanalys i skyddsarbetet).

Åtgärdsförslag/rekommendationer från den genomförda avvikelsetredningen redovisas i kapitel 4. Avvikelserna redovisas i bilaga 2.

### 1.4.3 Kommunikationsöversikt

För att utreda hur kommunikationen under insatsen fungerade har kommunikationen mellan de olika ingående funktionerna på skadeplatsen samt mellan bakre staben, skadeplatsen och till de olika TIB-funktionerna som var inblandade kartlagts. Resultatet redovisas översiktligt i bilaga 3. En sammanfattning av kommunikationsöversikten redovisas i kapitel 3.3 medan rekommendationer redovisas i kapitel 4.

## 2. Händelsen

Tranarpsbron är omkring 600 meter lång och är belägen cirka 20 km nordväst om Helsingborg. Under bron finns en dalgång där Rönne å rinner fram. Brons högsta höjd över mark är cirka 15 meter. Bron är byggd med två separerade körbanor, vilka ligger cirka 7 meter ifrån varandra. Detta medför att såväl evakuering som räddningsinsats mellan norrgående respektive södergående vägbanor omöjliggörs.

Vid tillfället för olyckan var det mycket svårt väglag på platsen med halka och begränsad sikt.

#### Väderdata

- Kraftig dimma, sikt ca 20-50 m
- Temperatur -17°C
- Vindhastighet 1-3 m/s
- Väglag snö- och isbana på bron

### 2.1 Insatsen

Larmet om olyckan på Tranarpsbron kom in till SOS strax efter klockan elva på förmiddagen. Räddningstjänsten i Åstorp och Klippan blev utlarmade 11.04. Totalt deltog operativa enheter från fem olika kommuner i insatsen. För en mer detaljerad bild av insatsen se STEP-analysen i bilaga 1. En ungefärlig bild över var de olika enheterna befann sig visas i bild 2.

Insatsledaren från Åstorp var först på olycksplatsen och strax därefter var även övriga enheter från Åstorp framme på den norrgående körbanan. Vid framkomsten krockade Åstorps tankbil med en stillastående lastbil.

Enheter från Klippans räddningstjänst var framme på den södergående körbanan några minuter senare. På väg ut till olycksplatsen hade släck- och tankbil med en hårsman undgått att frontalkrocka med ett annat fordon i dimman. Fordonen från Klippan stannade i det vänstra körfältet på den södergående vägbanan i höjd med olyckan i norrgående körbana. Styrkeledaren från Klippan gav sig till fots ut på södergående körbana i riktning norrut för att försöka få stopp på trafiken. I samband med detta blev

styrkeledaren påkörd av en lastbil. Ungefär samtidigt blev även en ambulans påkörd på den södergående körbanan.

Strax efter att insatsledaren från Åstorp kom fram till olycksplatsen lämnade han en lägesrapport till stabsbrandmästaren. Lägesrapporten lämnades via telefon vilket medförde att samverkande myndigheter inte fick lägesbeskrivningen. Vid genomförda intervjuer har det inte framkommit uppgifter om att några fler lägesrapporter har lämnats.

Räddningstjänsten arbetade med styrkor från fyra olika håll och i två sektorer. I norrgående körfält arbetade styrkorna från Åstorp och Helsingborg (Berga). Insatsledaren från Åstorp utsågs till sektorchef samt skadeplatschef. På södergående körbanan arbetade styrkorna från Klippan och Ängelholm. På södergående blev insatsledaren från Ängelholm sektorchef. I ett senare skede av insatsen deltog även en enhet från Örkelljunga på södergående. Örkelljunga hade till uppgift att upprätthålla avspärningarna på denna sida. Räddningsledaren från Helsingborg befann sig på norrgående körbanan och ledde insatsen därifrån.

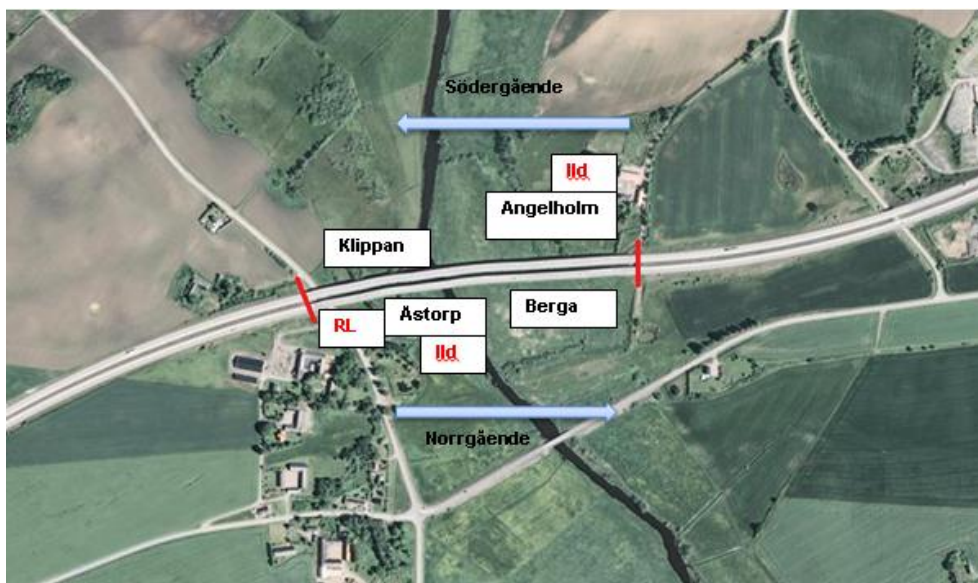


Bild 2. Insatta resurser vid Tranarpsolyckan. (RL=räddningsledare och Ild=insatsledare)

I dokumentet ledning på skadeplats (ledningdoktrinen) beskrivs hur ledning på skadeplats skall tillämpas i Skåne nordväst. Vid insatser då både insatsledare och vakthavande brandingenjör finns på plats skall dessa två leda insatsen tillsammans i ett ledningsteam. Under ledningsteamet skall det sedan finnas sektorchefer som ansvarar för respektive sektor, se bild 3. Vid Tranarpsolyckan valde räddningsledaren att utse insatsledaren på norrgående körbanan till både sektorchef samt skadeplatschef. I och med detta frångick man det som står i ledningdoktrinen.

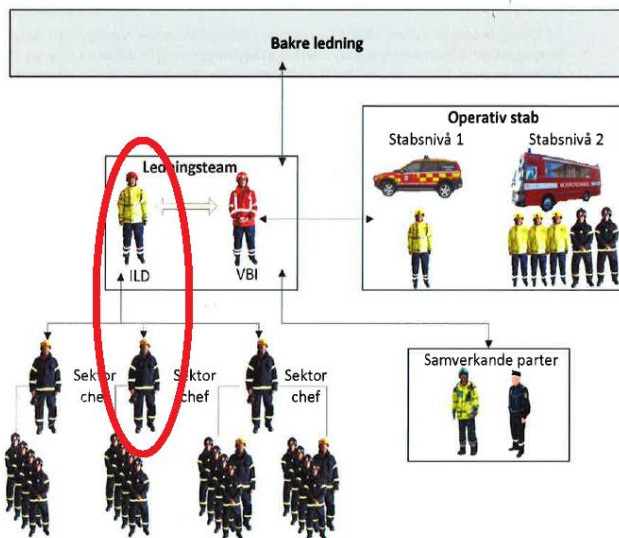


Bild 3. Skadeplatsorganisation vid Tranarpsolyckan där en person utsågs till både sektorchef samt skadeplatschef.

Ledningsplatsen var enligt räddningsledaren placerad vid 1180. Det genomfördes dock aldrig några ledningsmöten vid 1180. Den enda gång polis, ambulans och räddningstjänst hade ett gemensamt möte var strax innan presskonferensen vid tre på eftermiddagen.

I stort sett hela insatsen genomfördes utan något tydligt uttalat mål med insatsen (MMI). Detta medförde att det inte fanns någon gemensam bild över vilken taktisk inriktning som de operativa enheterna skulle arbeta efter.

Räddningsledaren ansåg att skadeplatsen var statisk. I och med detta genomfördes inte någon samlad riskbedömning.

Inledningsvis i den bakre staben i HALS (Helsingborgs Alarmerings-, Lednings- och Sambandscentral) var det oklart vilken omfattning det var på olyckan och inte förrän strax innan klockan ett på dagen har personal som befann sig i HALS uppgett att de hade en något sånär klar bild över läget ute på olycksplatsen. Det var även först vid denna tidpunkt som personal inne i HALS insåg att den norrgående och den södergående körbanan var åtskilda och att räddningstjänstpersonal därför inte kunde röra sig mellan körbanorna. Denna lägesbild fick man i huvudsak från medias bevakning av olyckan.

Vid de genomförda intervjuerna har det framgått att personal från de olika myndigheterna hade olika uppfattningar om hur skadeplatsorganisationen egentligen var organiserad.

En person omkom i olyckan och cirka 40 personer skadades. Sammantaget var 78 fordon inblandade, huvuddelen var lastbilar. Samtliga fordon blev kvar på bron.

### 3. Analys

Resultatet av de genomförda analyserna redovisas för respektive analysmetod i kapitel 3.1, 3.2 och 3.3.

#### 3.1 STEP

##### *Åtgärder efter tidigare larm*

Vid larmet innan tranarpsolyckan hittar man ingen olycka men väl två personbilar som står ute i vägrenen i slutet av den norrgående brodelen. Vid tillfället för larmet är det glashalt och mycket dimmigt. Efter att ha stannat och konstaterat att personerna i bilarna inte behöver någon hjälp lämnar räddningstjänsten platsen. Innan de kör därifrån meddelar de personerna att de bör köra därifrån på grund av den dåliga sikten.



##### *Tillbud på väg fram till olycksplatsen*

På väg ut till olycksplatsen är två av räddningstjänstens fordon nära att bli inblandade i en trafikolycka. Dock inträffar ingen olycka och utryckningen fortsätter fram till Tranarpsbron.



##### *Nödanrop*

Det finns knappar för nödanrop i räddningstjänstens mobila RAKEL-terminaler. Nödanropet användes vid Tranarpsolyckan dock utan att någon åtgärd utfördes från räddningstjänstens sida.



##### *Fordonsuppställning*

Vid framkomst på Tranarpsbron har ännu ingen olycka inträffat i södergående riktning. Räddningstjänsten väljer att ställa upp släckbilen i vänster körfält på den södergående vägbanan.



##### *Arbetsledare byts inte ut trots att han blivit påkörd*

En styrkeledare blir påkörd av en lastbil men stannar kvar på skadeplatsen.



##### *Otydlig rollfördelning på skadeplatsen*

Vid utredningen har det framgått att det i vissa fall inte klarlagts vilka roller olika personer har haft ute på olycksplatsen. Vilken roll en person har måste vara tydligt uttalad både inne i HALS och ute på skadeplatsen.



##### *Dokumentation*

Brister i dokumentationen har lett till att det har varit svårt att få en bild över skadeplatsorganisationen. Brister finns även i tidsangivelser i SOS loggning.



### ***Möjlighet att få tag på viktiga funktioner***

Bakre staben sökte räddningschefen i drabbad kommun men utan framgång. Först efter ett antal timmar etablerades kontakt mellan bakre staben och räddningschefen.



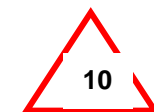
### ***Informella kommunikationsvägar***

Krisledningsstabens i drabbad kommun fick sin information direkt från insatsledaren i Åstorp/Klippan som befann sig på olycksplatsen.



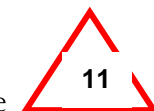
### ***Ledningsbussen***

Ledningsbussen beställs i ett ganska tidigt skede till olycksplatsen men väl framme på plats så används resursen inte. Hade ledningsbussen använts hade det varit lättare för samverkande organisationer att identifiera var ledningsplatsen fanns.



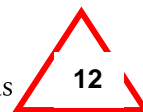
### ***Omhändertagande av egen personal***

Efter avslutad insats skall det finnas en intern organisation som ansvarar för omhändertagande av egen personal. Inte bara för brandmän och styrkeledare utan även för insatsledare, vakthavande brandingenjör, stabsbrandmästare och räddningschef i beredskap.



### ***Bristfällig kommunikation (skadeplats-HALS-drabbad kommun)***

Krisledningsstabens i Åstorp stängde ner för dagen när det fortfarande fanns personer kvar att ta hand om på olycksplatsen.



## **3.2 Avvikelseutredning**

### **3.2.1 Främre ledning**

Ingen tydlig sektorindelning eller zonindelning genomfördes.

Någon brytpunkt uttalades inte för förstärkande enheter.

Det var inte tydligt uttalat vilken roll personal som skickades ut på plats hade.

Det fanns ingen tydligt utmärkt ledningsplats och det hölls inte heller några ledningsmöten vare sig internt mellan räddningstjänstens ledningsteam eller mellan räddningstjänsten och övriga samverkande organisationer.

Den utmärkning som finns framtagen för stabspersonal ute på skadeplats användes inte. Utmärkning i form av västar för både stabsnivå 1 och stabsnivå 2 är placerad i ledningsbussen.

Ett befäl blev både skadeplatschef (vilket är en benämning som inte finns längre enligt den nya ledningsdoktrinen) och sektorchef.

Ledningsbussen från Höör larmades i ett tidigt skede men väl ute på plats användes inte bussen eller den medföljande personalen.



### **3.2.2 Arbetsmiljöarbete**

Inga övergripande riskbedömningar genomfördes.

Det fanns ingen samordning av arbetsmiljöansvaret.

Ledningsteamet planerade inte för något omfall, till exempel brand i fordon, läckage av farligt gods eller att broräckena gav vika.

Brandpersonal som var med om en olycka använde sig av nödanrop. Anropet fångades aldrig upp av räddningstjänsten utan istället var det personal på länskommunikationscentralen (LKC) som tog emot anropet och meddelade SOS.

### **3.2.3 Bakre ledning**

När omfattningen på olyckan klarnade började en bakre stab att byggas upp. Lokaliseringen blev inne i HALS där även SOS sitter. Vid intervjuer efter insatsen har det framkommit att SOS operatören upplevde att det blev kaosartat med all personal inne i HALS.

Det utsågs aldrig någon stabschef.

Det saknas fasta telefonlinjer för till exempel media, stabsbrandmästare, information etcetera.

Det tog tid innan den bakre staben hade fått grepp om olyckan. Bäst bild fick man via media.

Dokumentationen av insatsen var bristfällig.

Rutin för att säkra upp att det finns nivå 3 befäl för nya inkommande larm under pågående insats saknas.

Rutin för att vid behov byta ut personal efter avslutad insats saknas.

Ingen person från drabbad kommun fanns representerad i staben.

### **3.2.4 Kommunikation**

Räddningschef i beredskap sökte räddningschefen i drabbad kommun i ett tidigt skede av insatsen men utan att få kontakt.

Drabbad kommun fick inte någon information om den presskonferens som hölls på polishuset i Helsingborg dagen efter olyckan.

När infrastrukturministern kom på besök dagarna efter olyckan var inte drabbad kommun representerad då de inte fått vetskap om besöket.

## **3.3 Kommunikationsöversikt**

Det fanns två stabsbrandmästare på plats där båda hanterade tranarpsolyckan parallellt med andra inkommande larm.

Övervägande delen av kommunikationen har skett muntligt alternativt via telefon.

Det går inte alltid att utläsa vilken TIB det är som har kontaktats.

## **4. Rekommendationer**

Efter att ha analyserat insatsen vid tranarpsolyckan har utredarna kommit fram till följande rekommendationer:

### **4.1 Främre ledning**

- Det måste säkerställas att ledningsdoktrinen är implementerad hos all operativ personal i Skåne nordväst. Befälsnivåerna måste därför ges fortsatt möjlighet att genomföra gemensamma övningar.
- Ledningsmöten måste genomföras kontinuerligt vid en insats. Dels för att den egna organisationen ska bli uppdaterad men även för att få till en samverkan med övriga organisationer på skadeplatsen (polis, sjukvård etcetera). För att få in rutiner för att genomföra ledningsmöten måste detta moment ingå vid ordinarie övningar.
- Vid beställning av resurser till exempel i form av ledningsbussen är det viktigt att resurserna tas till vara när ledningsbussen väl är framme på skadeplatsen. Ledningsplatsen är inte bara till för vår organisation utan även för samverkande organisationer. Personalen som följer med ledningsbussen kan med fördel användas för att till exempel se till att insatsen blir dokumenterad.
- Det är viktigt att den personal som finns ute på skadeplatsen är utmärkt på rätt sätt. Annars är det risk att det blir rörigt på skadeplatsen. Utmärkningen är till både för den egna personalen men även för tydligheten mot övriga samverkande organisationer.
- Utmärkning för stabsnivå 1 och 2 måste finnas tillgängligt i andra fordon förutom ledningsbussen (0080). Detta då till exempel stabsnivå 1 kan begäras ut till platsen utan att ledningsbussen larmas.

### **4.2 Arbetsmiljö**

- Då egen personal drabbats av ett allvarligt olyckstillbud på väg till olycksplats eller på olycksplatsen skall det finnas rutiner för omhändertagande av personalen. Vid tranarpsolyckan blev en styrkeledare påkörd av en lastbil. Uppgifter angående styrkechefens skador meddelades inte till skadeplatschef/sektorchef. Detta medförde att en styrka arbetade utan arbetsledare resten av insatsen.
- Det måste finnas rutiner för avlösning av personal såväl under pågående insats som efter avslutad insats. Detta är en uppgift som måste åligga ledningsteamet och stabsbrandmästaren i samråd.

- Det åligger respektive kommun att ta fram rutiner för nödanrop.<sup>3</sup>
- Räddningsledaren har samordningsansvaret för arbetsmiljöarbetet på skadeplats. Övergripande riskbedömningar måste genomföras och kommuniceras ut till samverkande organisationer.
- Ledningsteamet ska planera för eventuella omfall.
- Med tanke på olyckans komplexitet skulle ledningsteamet ha utsett ett arbetsmiljöbefäl.

### 4.3 Bakre ledning

- Stabstorget måste förberedas så att det är tekniskt möjligt att lyfta ut en större händelse från HALS, det vill säga det ska finnas förberett för en stabsbrandmästare att kunna ta sin händelse med sig ut på stabstorget. Det bör finnas färdiga förberedda telefonlinjer dels för stabsbrandmästaren men även för alla övriga funktioner såsom media, information etcetera. Precis som man kan gå över på en speciell skadeplatskanal bör man kunna gå över på en ny ”stabsbrandmästarkanal”.
- Det behöver utredas och beslutas kring vilka program (exempelvis LUPP och WIS) och vilken utbildning som personal, som ska kunna ingå i en stab, skall ha.
- Det krävs ett förtydligande för vilka uppgifter som åligger RCB tillika TIB och hur samspelet med drabbad kommun skall fungera vid en olycka. Vilka skillnader finns det i RCB's agerande om det är en händelse i en kommun utan en egen TIB jämfört med en kommun med en egen TIB?
- En person från den drabbade kommunen skall vara representerad i HALS vid större händelser. Detta för att tillgodose både den drabbade kommunen och HALS med korrekt information.

### 4.4 Kommunikation

- Räddningschef i beredskap sökte räddningschefen i drabbad kommun i ett tidigt skede av insatsen men utan att få kontakt.
- RAKEL användes endast i ett fåtal fall vid tranarpsolyckan. Det gäller att fundera över vilken information som bör delges via RAKEL för att inte samverkande organisationer ska missa informationen. Även myndigheter som vi kanske inte tänker på har tillgång till RAKEL. I detta fall hade både trafikverkets TIC och länsstyrelsens TIB möjlighet att höra vad som meddelades över RAKEL.

---

<sup>3</sup> Enligt KFSK (kommunförbundet Skåne) RAKEL-gruppen.

- Efter avslutad räddningsinsats ser utredarna att ansvaret för det fortsatta arbetet (exempelvis information/kommunikation)kring händelsen skall åligga den kommun som drabbats.

#### 4.5 Positiva lärdomar

- Inför den inplanerade presskonferensen vid tre på eftermiddagen genomförde räddningstjänst, polis och ambulans ett gemensamt strategimöte. Denna åtgärd är viktig för att samverkande organisationer skall ges möjlighet att prata sig samman innan presskonferensen.
- Initiativ från enskilda styrkeledare samt SOS-operatör medförde att utlarmade enheter kom "rätt" till olycksplatsen.
- Räddningschef i beredskap etablerade tidigt en kontakt med Helsingborgs stads krisinfochef.
- Räddningschef i beredskap etablerade vid uppstarten av staben kontakt med länsstyrelsen som därefter höll sig informerad via RAKEL.
- Hanteringen av mediauppbådet fungerade bra både ute på skadeplatsen och inne i den bakre staben. Bra att personal inte tog uppgifter om döda som sanning utan stod fast vid det man fått reda på och dubbelkollade källor.

#### 4.6 Övriga synpunkter

Vid utredningen har det även framkommit en del saker som inte riktigt hör till de fyra avgränsade områdena men som ändå bör lyftas fram. Dessa rekommendationer respektive frågeställningar listas nedan i punktform.

- Personalen i ledningsbussen hade kunnat användas för att dokumentera händelsen bättre.
- Vid noteringar om att en TIB kontaktats är det viktigt att ange vilken TIB det är och i vilket syfte. Detta då det finns en mängd olika TIB-funktioner som kan vara aktiverade vid samma händelse.
- Det dröjde till strax innan klockan ett samma dag innan den bakre staben hade fått så mycket information så att de uppgav sig ha koll på händelsen. Hur ser vi till att den bakre staben får den information den behöver för att kunna utföra sitt arbete?
- Det är oklart hur respektive kommuns informationsberedskap ser ut utanför ordinarie arbetstid. Tranarpsolyckan inträffade på förmiddagen en vardag. Hur hade informationshanteringen fungerat om olyckan inträffat på en helg?

- Om det föreligger behov av att skicka ut en observatör till skadeplatsen skall detta ske på uppdrag av SBM/RCB. Då en observatör åker ut är det viktigt att funktionen är tydligt utmärkt och särskiljer sig från övrig räddningstjänstpersonal.
- Samverkansbefäl från räddningstjänsten bör vid större händelser ingå i polisens stab. En rutin för hur detta ska fungera bör tas fram i samverkan med polisen.
- Med koppling till identifierat förbättringsområde 4 i STEP-analysen måste gällande regler och rutiner beträffande arbete på väg tydliggöras.
- Enligt lagen om skydd mot olyckor skall räddningstjänsten verka för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än bränder. Vad tolkar vi in i detta? Se identifierat förbättringsområde 1 i STEP-analysen.



## Lag (2003:778) om skydd mot olyckor

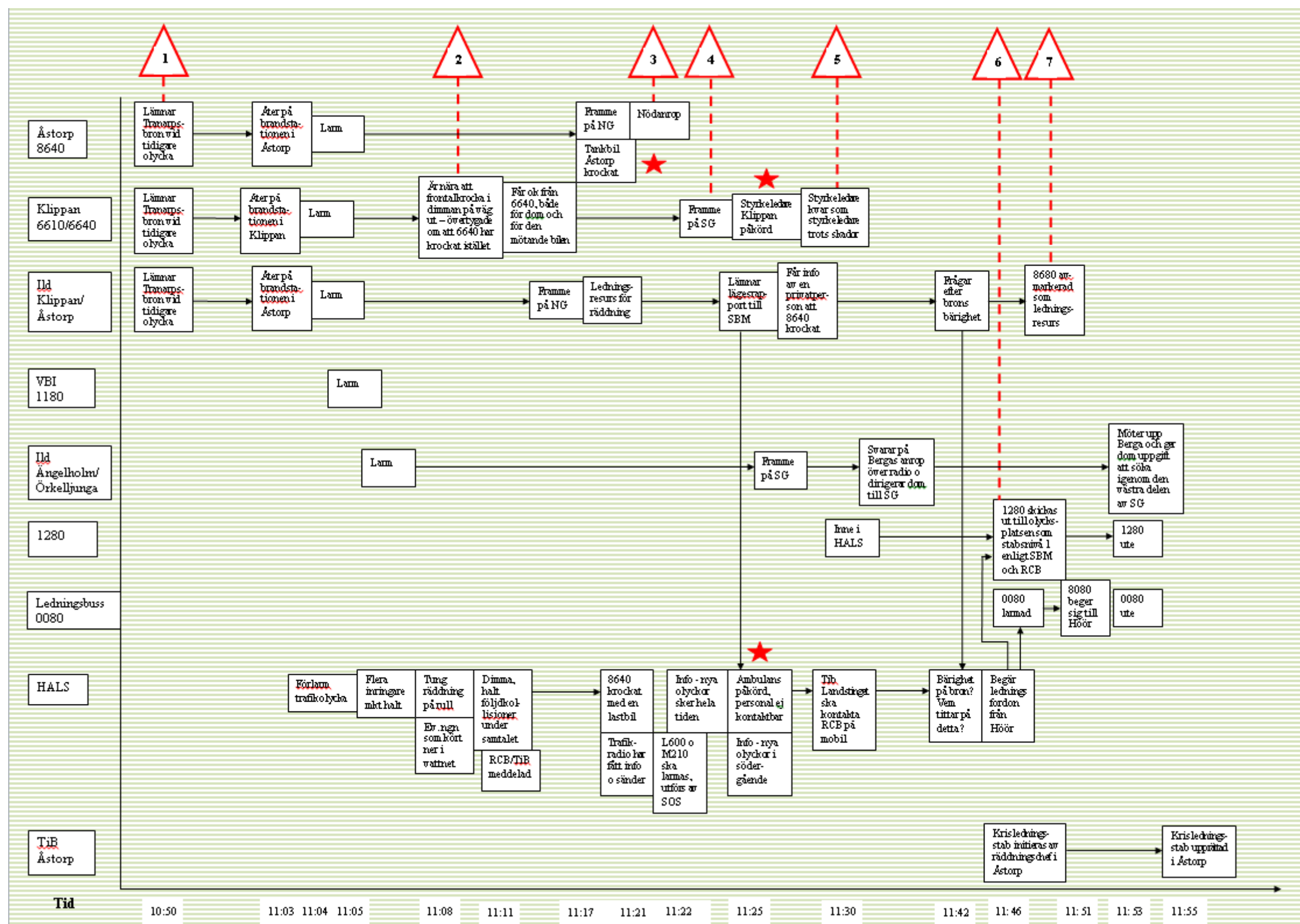
### 3 kap. Kommunens skyldigheter

#### Förebyggande verksamhet

1 § För att skydda människors liv och hälsa samt egendom och miljö skall kommunen se till att åtgärder vidtas för att förebygga bränder och skador till följd av bränder samt, utan att andras ansvar inskränks, verka för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än bränder.



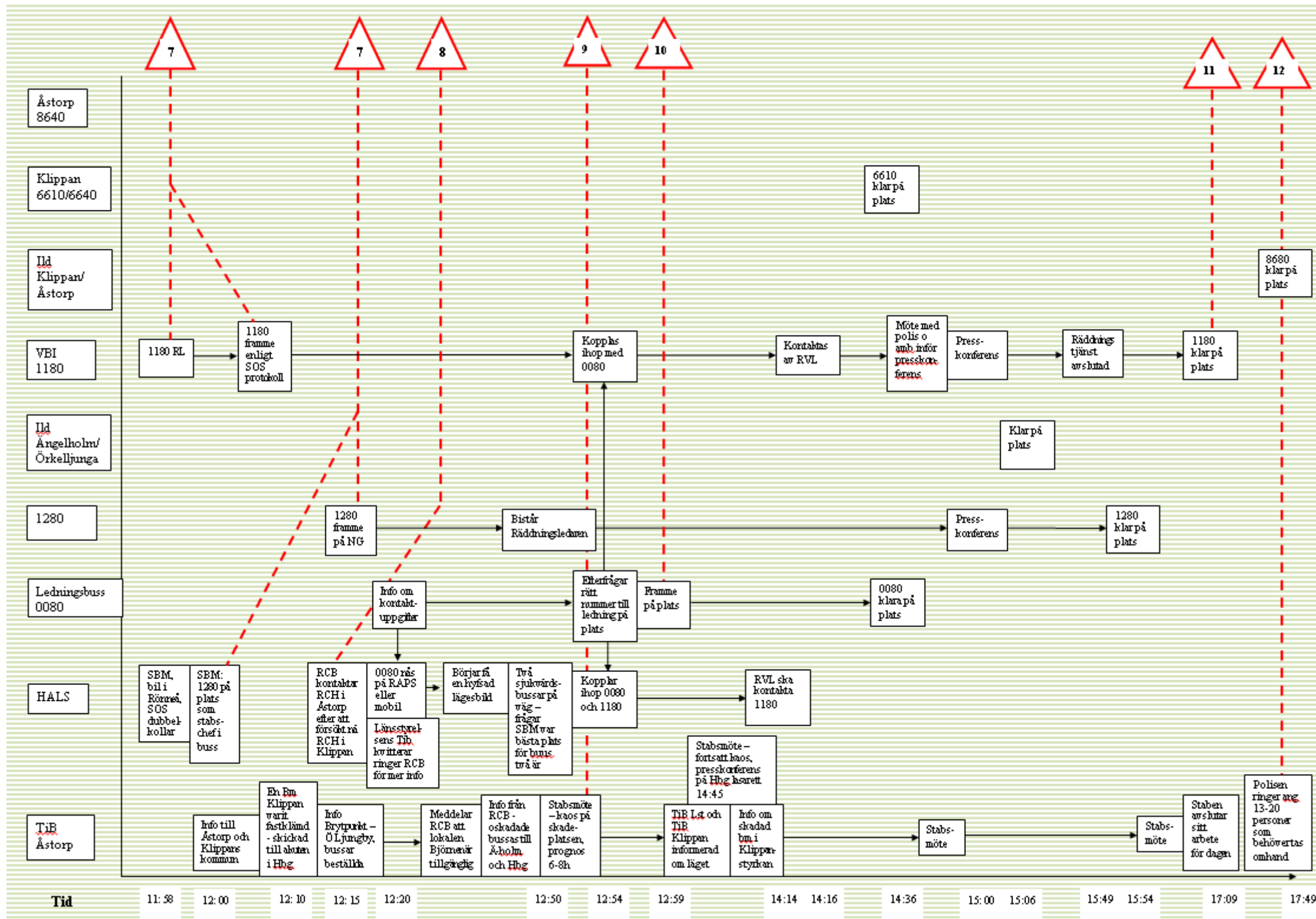
### STEP-analys – Bakre och främre ledning, kommunikation samt arbetsmiljöarbete







# STEP-analys – Bakre och främre ledning, kommunikation samt arbetsmiljöarbete





| Objekt   | Analysgrupp: Anna Brand och Jan Klauser  | Datum: 2013-09-16   |
|--|--|---|
| Främre ledning   |  |   |
| Aktivitet  | Avvikelse  | Risk / Kommentar  |
| 1. Struktur på skadeplats.   | Ingen uttalad sektorindelning genomfördes, vilket ledde till otydligheter i skadeplatsorganisationen.<br>Ingen zonindelning genomfördes.<br>Ingen uttalad brytpunkt.   | Skapade osäkerhet i vilka ansvar som befäl hade och vem man skulle rapportera till.   |
| 2. Roller för befäl på skadeplatsen                                      | Saknas kontroll på vilka olika roller som fanns på skadeplatsen.   | Stor risk för missuppfattningar.  |
| 3. Extra personal skickades till platsen från HALS.                      | Otydlig roll och uppgift då personal skickades till platsen från HALS. Personalens funktion ej tydligt kommunicerad varken i den bakre staben eller till räddningsledaren på skadeplatsen.   | Tanken från bakre staben var att skicka ut en person för att få en bättre bild av hur det såg ut på skadeplatsen. Personen som skickades ut blev istället ett extra stöd till räddningsledaren och fick ta tag i dirigeringen av de två bussarna.                                     |
| 4. Samverkan på skadeplatsen mellan räddningstjänst, polis och sjukvård. | Det fanns ingen tydligt utmärkt ledningsplats. Samverkande organisationer hade svårigheter med att nå räddningsledaren och hade även svårigheter med att förstå vem som var räddningsledare. Inga ledningsmöten hölls. Detta ledde i sin tur till att de olika myndigheterna inte samverkade på plats. | Man tappar helhet samt samverkan och förståelse på skadeplatsen, även samordningen av räddningsinsatsen äventyras. En tydligt uttalad ledningsplats samt återkommande ledningsmöten hade lett till att de olika organisationerna hade samverkat och fått en gemensam bild över läget. |
| 5. Utmärkning av olika ledningsfunktioner från räddningstjänstens sida.  | De framtagna utmärkningar som finns bland annat för stabspersonal användes inte.   | Förstärkande personal misstogs för att vara räddningsledare. En annan bidragande orsak kan vara avsaknaden av gemensamma möten mellan räddningstjänst, polis och ambulans.  |

| Objekt   | Analysgrupp: Anna Brand och Jan Klauser  | Datum: 2013-09-16   |
|--|--|---|
| Främre ledning                                       |  |   |
| <b>Aktivitet</b>                                     | <b>Avvikelse</b>   | <b>Risk / Kommentar</b>   |
| 6. Ledningsteam                                      | Inget nära samarbete mellan nivå 3 och nivå 2 befälet. En person blev både skadeplatschef (vilket inte finns längre enligt den nya ledningsdoktrinen) samt sektorchef på ena vägbanan.         | Ledningsdoktrinen har skapat otydlighet och är inte tillräckligt implementerad.   |
| 7. Bakåtrapportering till HALS.                      | Inte tillräckligt bra bakåtrapportering från skadeplatsen till HALS då det dröjde till strax innan ett på dagen innan den bakre staben började få en bra bild av händelsen och läget på plats. |   |
| 8. Hantering av nödanrop.                            | Brandpersonal var inblandade i en olycka och använde sig av nödanropet. Det var dock ingen i HALS som hanterade anropet utan det var LKC som skötte detta.                                     | Räddningstjänsten visste inte hur man skulle hantera nödanropet. Operativ personal samt personal i HALS måste utbildas i hur ett nödanrop skall hanteras annars fyller nödanropet inget syfte.  |
| 9. Ledningsbussen                                    | Ledningsbussen larmades och kom ut till platsen men väl framme så användes aldrig resursen vare sig själva bussen eller den medföljande personalen.  | Viktigt att tänka på att ledningsplatsen inte bara är till för räddningstjänsten, utan skapar tydlighet för samverkande organisationer. En annan del att ta med är att personalen som medföljer ledningsbussen kan nyttjas till att till exempel dokumentera insatsen eller dylikt. |
| 10. Gemensamma möten med samverkande organisationer. | Inga ledningsmöten genomfördes. Endast ett möte med samverkande organisationer innan den planerade presskonferensen vid 15.00 på eftermiddagen.  | Bra att skapa en bild från samtliga organisationer innan man möter massmedia.   |

| Objekt: Analysgrupp: Anna Brand och Jan Klausser    |  | Datum: 2013-09-16  |
|---|--|--|
| Samordning arbetsmiljöarbete                        |  |  |
| Aktivitet   | Avvikelse  | Risk / Kommentar   |
| 1. Övergripande riskbedömningar                     | Inga övergripande riskbedömningar genomfördes. De samverkande organisationerna hade ingen uppfattning vilka risker som kunde föreligga.  | Det åligger räddningsledningen att alltid genomföra en riskbedömning samt att kommunicera ut den till samverkande organisationer.                            |
| 2. Samordning av arbetsmiljöarbete på skadeplatsen. | Räddningsledningen bedömde olyckan som statisk och bedömde att det inte förelåg ett behov av att genomföra någon samlad riskbedömning. Samtal angående arbetsmiljö på skadeplatsen genomfördes inte. | I arbetsmiljöarbetet ligger åtskilliga arbetsuppgifter som skall beskriva både den fysiska såväl som den psykiska hälsan.                                    |
| 3. Omfallsplanering                                 | Ingen omfallsplanering förekom för till exempel förekomst av farligt gods eller en brand i ett fordon.   | Vi en olycka är det av yttersta vikt att en omfallsplanering genomförs, detta för att underlätta för räddningsledningen att snabbt ha förmåga att ställa om. |
|   |  |  |



| Objekt:<br>Bakre ledning                                    | Analysgrupp: Anna Brand och Jan Klauser  | Datum: 2013-09-16   |
|---|--|---|
| <b>Aktivitet</b>  | <b>Avvikelse</b>   | <b>Risk / Kommentar</b>   |
| 1. Stabsuppbyggnad i HALS.                                  | Upplivedes som rörigt, mycket personal i HALS. Att staben byggdes upp inne i HALS innebar även att det blev en stökigare miljö för SOS-operatörerna. | Finns Inga rutiner för hur man bygger upp bemanningen i HALS. Finns inga rutiner hur man skall plocka in behövlig personal vid en större händelse. Inga tydliga roller eller arbetsbeskrivningar finns. Saknas rutiner och verktyg för hur man skall agera. |
| 2. Samverkansbefäl  | Samverkansbefäl från räddningstjänsten bör vid större händelser ingå i polisens stab.  | Rutiner för hur man skall samverka med samverkansbefäl saknas. Skicka befäl till polisen och vice versa.  |
| 3. Ny ersättare för insatt vakthavande brandingenjör (VBI). | Ingen täckning av ny VBI genomfördes under pågående insats.  | Saknas rutiner för att ta in exempelvis en ny VBI som täcker andra larm i regionen under tiden som en större insats pågår.  |
| 4. Lösa av insatt befäl efter en större händelse.           | Insatt VBI fick fortsätta att arbeta under natten.   | Rutiner för att byta ut insatta befäl efter en stor händelse saknas.  |
| 5. Kommunikation mellan HALS och drabbad kommun.            | Ingen representant från drabbad kommun i staben. Drabbad kommun fick endast sporadiskt uppdatering av information.                                   | Vilket ansvar åligger den riktade kommunikationen mellan HALS och drabbad kommun? (RCB/TIB funktion)  |
| 6. HALS lägesbild av olyckan.                               | Bakre staben hade svårt att få ett grepp om omfattningen av olyckan. HALS fick sin lägesbild främst från media.                                      | Lägesbild kanske bör ändras till basfakta. Olika organisationer vill få olika sorters lägesbilder, blir svårt att erhålla en gemensam.  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Objekt:<br>Bakre ledning                           | Analysgrupp: Anna Brand och Jan Klauser   | Datum: 2013-09-16   |
| <b>Aktivitet</b>                                   | <b>Avvikelse</b>  | <b>Risk / Kommentar</b>   |
| 7. Lokalisering av bakre stab.                     | Saknas tekniska möjligheter att flytta ut till stabstorget  | Viktigt att se över möjligheterna till att genomföra detta, måste prioriteras.  |
| 8. Uppbyggnad av stab.                             | Inga tydliga roller i den bakre ledningen. Ingen utsedd stabschef.  | Viktigt att se över rutinerna för att bygga upp en stab samt att vara tydlig med vems stab det är, räddningsledarens eller räddningschef i beredskap.   |
| 9. Telefonlinjer för media samt för information.   | Fasta linjer för info, media mm saknas. Stort tryck från massmedia ledde till att personal i vissa lägen fick använda sina egna mobiltelefoner. | Förberett på hemsidan som till exempel Storstockholms brandförsvaret.   |
| 10. Stabsbrandmästarens roll vid större händelser. | Två stabsbrandmästare där båda hanterar både den stora händelsen och inkommande larm.   | Frågor omkring SBM och vilken roll som han skall ta är osäkert, skall följa inkommet larm, ny SBM skall hantera nya händelser. Risk att information tappas mellan stolarna då två personer hanterar samma larm. Måste finnas möjlighet att flytta ut den stabsbrandmästaren som ska hantera den större händelsen till stabstorget. Förberedda linjer. |
| 11. Kunskap WIS/Lupp                               | Endast sparsam dokumentation av händelsen i HALS vilket gör det svårt att i efterhand följa vad som gjorts.                                     | Den personal som skall agera i en bakre stab i HALS skall vara säkra på att hantera WIS/Lupp.   |



| Objekt: Analysgrupp: Anna Brand och Jan Klauser                    |  | Datum: 2013-09-16  |
|--|--|--|
| Kommunikation/TIB  |  |  |
| <b>Aktivitet</b>   | <b>Avvikelse</b>   | <b>Risk / Kommentar</b>  |
| 1. Kontakt med räddningschef (RCH) i drabbad kommun.               | RCB/TIB kom ej i kontakt med RCH drabbad kommun. Fick söka andra ingångar till drabbad kommun. | Vilken tillgänglighet ska RCH ha i egen kommun? Vilka rutiner finns? |
| 2. Presskonferens på polishuset i Helsingborg dagen efter olyckan. | Drabbad kommun blev vare sig informerad eller fick möjlighet att medverka.                     |  |
| 3. Besök av infrastrukturminister.                                 | Drabbad kommun blev vare sig informerad eller fick möjlighet att medverka.                     | Vid besöket skulle drabbad kommun medverkat.                         |



## KOMMUNIKATIONSVÄGAR

För att kartlägga vilka som kommunicerade under Tranarpsolyckan samt i vilka frågor genomfördes följande kartläggning. Enkelriktade pilar indikerar att det endast var envägskommunikation medan dubbelriktade pilar visar att kommunikationen gick åt båda håll. För att veta om kommunikationen sköttes över RAKEL, telefon eller muntligt redovisas även detta enligt följande:

- Kommunikation via RAKEL markeras med röda pilar.
- Kommunikation via telefon markeras med blåa pilar.
- Muntlig kommunikation markeras med svarta pilar.

HALS fick sin lägesbild via telefon från RL, medan krisledningsstaben i Åstorp fick sin lägesbild från Ild Klippan/Åstorp via telefon.

