

Brandkatastrofen
i Göteborg
natten 29–30 oktober 1998

Kamedo 75

KAMEDO (Katastrofmedicinska organisationskommittén) har funnits sedan 1963. Den startade sin verksamhet inom ramen för Försvarsmedicinska forskningsdelegationen. År 1974 överfördes KAMEDO till Försvarets Forskningsanstalt (FOA). Sedan 1988 är KAMEDO knuten till Enheten för Katastrof- och beredskapsplanering (tidigare Beredskapsenheten) vid Socialstyrelsen.

KAMEDO:s huvudsakliga uppgift är att skicka observatörer till områden i hela världen, som drabbats av katastrofer. Observatörerna sänds till katastrofområdena med kort varsel och samlar in relevant information genom att kontakta läkare och andra på kollegial basis. Den information de erhåller används endast i vetenskapligt syfte. Det är främst fyra områden som studeras: medicinska, psykologiska, organisatoriska och sociala aspekter på katastrofer.

Resultatet av studierna publiceras i KAMEDO-rapporter. Sedan 1979 (rapport 34) har de en sammanfattning på *engelska*, som från och med detta nummer endast presenteras på KAMEDO:s hemsida (www.sos.se/sose/kamedo.htm).

De allmänna riktlinjerna för KAMEDO:s verksamhet fastställs av kommittén, som sammanträder två till tre gånger per år. Det löpande arbetet sköts huvudsakligen av de två vetenskapliga sekreterarna, som är knutna till KAMEDO på konsultbasis.

KAMEDOS:s ordförande är professor *Bertil Hamberger*, Karolinska Institutet, Stockholm, och de två sekreterarna är *Louis Riddez*, överläkare, kirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm, och *Helge Brändström*, överläkare, anestesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset, Umeå. Övriga medlemmar är representanter från Socialstyrelsen, Stockholms Brandförsvar, Högkvarteret vid Försvarsmakten, Beredskapsenheten i Västra Götalandsregionen, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Stockholms läns landsting.

ISBN 91-7201-516-0

Artikelnr. 2001-123-14

Omslag: Grafotext Margareta Moberg

Omslagsbild: Björn Olsson/Kamerareportage

Sättning: Grafotext Margareta Moberg

Tryckeri: Ale Tryckteam AB, Bohus, april 2001

Förord

Sent på kvällen den 29 oktober 1998 utbröt en brand, som senare visade sig vara anlagd, i Makedoniska föreningens lokaler på Hisingen i Göteborg. Omkring 390 ungdomar, ett stort antal med invandrarbakgrund, befann sig i byggnaden när branden började. 63 ungdomar miste livet. Totalt kom 213 ungdomar att transporteras till sjukhus. 150 av dem blev inlagda på sjukhusen i Göteborgsregionen. Sjukvården och hela samhället ställdes på stora prov. Denna KAMEDO-rapport belyser främst de medicinska och psykosociala aspekterna på olyckan.

Beredskapschefen i Västra Götaland *Annika Hedelin* och beredskapsöverläkare *Per Örtenwall* deltog själva i ledningen av den medicinska verksamheten i samband med branden. Deras bidrag till rapporten har huvudsakligen varit att samla in information och data från de olika sjukhusen och aktörerna. Brandingenjör *Kaare Brandsjö* ansvarar för de delar som berör räddningsinsatserna från såväl räddningstjänst som ambulanssjukvård. Till dessa delar har även värdefull information lämnats från *Henry Lorin*, tidigare vetenskaplig sekreterare i KAMEDO, som i samband med branden arbetat på uppdrag av Statens Haverikommission. *Tom Lundin* ansvarar för den del som berör psykosociala aspekter och *Jörgen Lundälv* för de delar som berör massmedias roll. *Louis Riddez*, vetenskaplig sekreterare i KAMEDO har varit redaktör och *Per Kulling*, vid tiden för branden vetenskaplig sekreterare i KAMEDO, har varit medförfattare och huvudredaktör.



Bo Lindblom
Chef för hälso- och sjukvårdsavdelningen

Socialstyrelsen klassificerar från och med år 2001 sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en **Kunskapsöversikt**. Det innebär att rapporten baseras på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Kunskapsöversikter ska bland annat kunna ge stöd för en kunskapsbaserad vård och behandling, metodutveckling och annat förbättringsarbete, stimulera och underlätta kvalitetsuppföljning och/eller stimulera till effektivt resursutnyttjande. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Författare

Kaare Brandsjö, brandingenjör, Fire and Rescue Consultant (FRC), Stockholm

Annika Hedelin, chef, Beredskapsenheten, Västra Götalandsregionen (Bilaga 1 och 2)

Per Kulling, enhetschef, Beredskapsenheten, Socialstyrelsen (vid tiden för branden vetenskaplig sekreterare i KAMEDO och överläkare vid Giftinformationscentralen) (Bilaga 3 och 4)

Tom Lundin, docent, överläkare Allmänpsykiatriska kliniken, chef Kunskapscentrum för traumatisk stress, Akademiska sjukhuset, Uppsala (Bilaga 5 och 6)

Jörgen Lundälv, politices doktor, Akut-och katastrofmedicinskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå (Bilaga 7)

Per Örtenwall, beredskapsöverläkare, Västra Götalandsregionen och överläkare, kirurgi, SU/Sahlgrenska, Göteborg

Redaktörer

Per Kulling, huvudredaktör

Louis Riddez, vetenskaplig sekreterare i KAMEDO, överläkare, kirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Värdefulla bidrag och synpunkter har lämnats av:

Ingemar Alfredson, sjukhusdirektör, Kungälv's sjukhus

Niklas Ambjörnsson, ambulanssjukvårdare, Läkartransporter Göteborg AB

Stefan Andersson, ambulanssjukvårdare, Mölndals ambulans

Kent Bergstrand, OLA-ambulanssjukvårdare, Ambulanssjukvården, Räddningstjänsten i Storgöteborg

Angela Blomquist, ambulanssjukvårdare, Kungälv's ambulans

Nils Conradi, verksamhetschef, Klinisk patologi och cytologi, SU/Sahlgrenska

Anna Elander, verksamhetschef, Verksamheten för Plastikkirurgi, SU/Sahlgrenska

Boel Engarås, specialistläkare, kirurgi, SU/Sahlgrenska

Katharina Falkman, ambulanssjukvårdare, Stenungsunds ambulans

Irene Hedström, informationschef, SU/Sahlgrenska
Mia Högberg, informatör, Beredskapsenheten, Västra Götalandsregionen
Lars Ivarsson, ambulanssjukvårdare, Mölndals Ambulans
Åke Jacobsson, räddningschef, Göteborg
Nils-Ove Jansson, kommandörkapten, Väst kustens Marinkommando
Aage Johansson, kommissarie, Länsordningspolisen, Polismyndigheten Västra Götalandsregionen
Peter Johansson, ambulanssjukvårdare, Kungälv's Ambulans
Anders Karlberg, kyrkojurist, Svenska Kyrkan
Christine Karlson-Stiber, överläkare, Giftinformationscentralen
Lena Karlsson, narkossjuksköterska, OLA-ambulansen, Ambulanssjukvården, Räddningstjänsten i Storgöteborg
Mats Kihlgren, enhetschef, Ambulanssjukvården, Räddningstjänsten i Storgöteborg
Anne-Li Kivi, beredskapsplanerare, Beredskapsenheten, Västra Götalandsregionen
Staffan Körnung, ambulanssjukvårdare, Mölndals ambulans
Leif Lagström, ambulanssjukvårdare, Mölndals ambulans
Henry Lorin, läkare, Statens Haverikommission, Stockholm
Berit Lundstedt, Projekt säkerhet och beredskap, Göteborgs kommun
Sven Martinell, överläkare, anestesi, SU/Östra
Alf Medegård, chefläkare, Kungälv's sjukhus
Johan Nyström, ST- läkare, anestesi, SU/Östra
Lennart Olin, brandingenjör, Räddningstjänsten, Göteborg
Per-Olof Ortgren, platschef, SOS Alarm AB, Göteborg
Christer Persson, flygräddningsledare, ARCC, Göteborg
Helena Persson, ambulanssjukvårdare, Mölndals ambulans
Stefan Petersson, ambulansföreståndare, Ambulanssjukvården, Mölndals Ambulans
Tomas Rabe, vårdenhetschef, Akutintaget, SU/Sahlgrenska
Eva Ringvall, sjuksköterska, Akutintaget, SU/Östra

Åke Rydenhag, Ambulansöverläkare, Anestesi- och intensivvårdskliniken, Kungälv's sjukhus

Christel Sager Lind, Specialist i allmänmedicin, Brämaregårdens Vårdcentral, Göteborg

Bengt Staaf, informationsansvarig, Polismyndigheten Västra Götalandsregionen

Erik Steneröd, ambulanssjukvårdare, Mölndals ambulans

Anders Strannerdahl, ambulanssjukvårdare, Mölndals ambulans

Peter Tarnow, specialistläkare, Verksamheten för Plastikkirurgi, SU/Sahlgrenska

Karin Tångelin, sjuksköterska, Akutintaget, SU/Sahlgrenska

Lisbeth Waagstein, ambulansöverläkare, Ambulanssjukvården, Räddningstjänsten i Storgöteborg

Annika Wallensten Lejon, chef för Flygräddningstjänsten, ARCC, Göteborg

Elisabet Wennberg, överläkare, Divisionen för anestesi-intensivvård, SU/Sahlgrenska

Ingemar Wickström, chefläkare, SU/Sahlgrenska

Thore Wickström, överläkare, kirurgi, SU/Sahlgrenska

Bengt Widgren, överläkare, Akutmedicin, SU/Sahlgrenska

Liselotte Yregård, överläkare, anestesi, SU/Mölndal

Stig Örnberg, ambulanssjukvårdare, Kungälv's ambulans

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och erfarenheter	9
Tidigare stora brandkatastrofer	17
Händelseförloppet	18
Området och byggnadskomplexet	18
Brandförloppet	20
Alarmering och radiosamband	23
Insatser av räddningstjänst och polis	26
Lundby brandstation	26
Gårda brandstation	30
Brandsläckning och förstärkningsstyrkor	32
Vaktavande brandingenjör till brandplatsen	33
Räddningschef i beredskap till brandplatsen	35
Sammanfattning av räddningsverksamheten	36
Räddningstjänstens stabsverksamhet	36
Informationsverksamhet och presskonferenser	39
Insatser av polisen	40
SOS Alarm AB	43
Sjukvårdsinsatser inom skadeområdet	46
Allmänt, planering	46
Ledningsfunktion	46
Storgöteborgs organisation för sjukvård på skadeplats	47
Sjukvårdsresurser och insatser i det första skedet	48
Personliga erfarenheter från sjukvårdsarbetet	52
Sammanfattning av ledning och samordning av ambulansverksamheten	61
Omhändertagande av de döda	62
Förgiftning var den vanligaste dödsorsaken	63
Det akuta omhändertagandet av skadade på sjukhusen i Göteborg	65
SU/Sahlgrenska	66
SU/Östra	68
SU/Mölndal	70

Kungälv's sjukhus	70
Det akuta plastikkirurgiska omhändertagandet av brännskadade patienter	70
Beredskapsläge på sjukhus	73
Transport av patienter till andra sjukhus för specialistvård	74
Sjukvårdens stabsverksamhet	75
Bårhusverksamheten	77
Psykosociala aspekter	78
De direkt drabbade	78
SU/Sahlgrenska	79
SU/Östra och Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten	80
SU/Mölndal	80
Psykosocial stödverksamhet vid övriga sjukvårdsenheter	81
Kyrkor och samfund	82
Göteborgs kommun	83
Debriefing	84
Sammanfattning	85
Våld och hot – säkerhetsaspekter	87
På skadeplatsen	87
Egen personals säkerhet	88
På sjukhusen	89
Sekretessfrågor	92
Referenser	94
1. Ambulanssjukvård i Göteborg och Bohuslän	97
2. Västra Götalandsregionen: Katastrof och beredskap – stabsberedskap	99
3. Brandrök – exponering, symtom och behandling	102
4. Blodkoncentrationer, postmortemfynd hos de avlidna på skadeplatsen	106
5. Psykosocial verksamhet – erfarenheter från tidigare olyckor	109
6. Psykosociala aspekter – utdrag ur samtal med drabbade ungdomar	114
7. Bevakning i massmedierna	119
8. KAMEDO-rapporter	128

Sammanfattning och erfarenheter

Branden

Sent på kvällen den 29 oktober 1998 utbröt en brand, som senare visade sig vara anlagd, i Makedoniska föreningens lokaler på Hisingen i Göteborg. Denna kväll hade lokalen hyrts av ungdomar som arrangerat ett diskotek. Omkring 390 ungdomar, ett stort antal med invandrarbakgrund, befann sig i byggnaden när branden började. Branden startade vid nödutgången och förloppet blev mycket snabbt. Panik utbröt när ungdomarna försökte ta sig ut. Den enda utgången blev snart blockerad av ungdomar som fallit ihop. Några ungdomar lyckades ta sig ut genom de fönster vars underkant var belägen cirka 2,2 meter över golvet. Från några av fönstren kunde man hoppa ned till taket på en lägre byggnad. Dessa fönster var dock de som först nåddes av lågorna. Från de övriga fönstren kunde en del av de överlevande i ett tidigt skede rädda sig genom att hoppa eller knuffas ut till gatunivån cirka 6 meter nedanför.

Räddningsinsatsen

Det första 112-samtalet till SOS Alarm om branden kom klockan 23.42 från en mobiltelefon. Utlarmningen av den första räddningsstyrkan gjordes cirka tre minuter senare. En vanlig ambulans och en OLA-ambulans (olycksfallsambulans) larmades ut strax därefter och polisens ledningscentral informerades. SOS Alarm larmade även ut en sjukvårdsgrupp från SU/Östra. Något senare larmades även akutintagen på SU/Sahlgrenska, SU/Mölndal och Kungälv's sjukhus. Sedan ytterligare telefonsamtal kommit in till SOS Alarm liksom rapport från första räddningsstyrkan på plats drog man på stort larm med uttryckning från flera brandstationer och ytterligare ambulanser.

Den totala insatstiden (från larm till ankomst till olycksplats) var cirka sex minuter för den första styrkan. Denna möttes av totalt kaos. Hela planen framför byggnaden var full av skrikande ungdomar som bland annat blockerade vägen för brandbilarna. Folk hoppade från fönster. Den

primära uppgiften blev att rädda liv. Rökdykarna trängde in i lokalen via entrén och fönster.

De som rökdykarna lyckades få ut i ett tidigt skede var lindrigt rökförgiftade och hade lättare skador. Därefter var de flesta svårt rökförgiftade, medvetslösa och hade mer eller mindre svåra brännskador.

När branden utbröt beräknas cirka 390 personer ha befunnits sig i lokalen. Cirka 260 hade själva tagit sig ut innan räddningstjänstens ankomst. Omkring 150 av dessa var rökförgiftade eller skadade på annat sätt och transporterades till sjukhus. Av de 120 personer som beräknats ha varit kvar i byggnaden vid räddningsarbetets början kunde cirka 60 räddas ut av rökdykare. Ett tiotal av dessa avled av sina skador. Totalt avled 63 ungdomar och 213 transporterades till sjukhus.

Sammanlagt arbetade 50 brandmän och 19 polispatruller med totalt 42 poliser på brandplatsen under de första timmarna. De hade huvudsakligen tre uppgifter: livräddning, avspärrning och bevakning av uppsamlingsplatsen. Då branden var släckt övertog polisen huvudansvaret för brandplatsen.

Ambulansinsatsen

Initialt larmades två ambulanser varav en OLA-ambulans. Sammanlagt 16 ambulanser, varav två OLA-ambulanser, kom att bli engagerade. Den första ambulansen kom till brandplatsen klockan 23.50 och den första OLA-ambulansen (som blev ledningsambulans) klockan 23.53. En första provisorisk uppsamlingsplats för skadade upprättades under bar himmel vid en husvägg. Försök att använda prioriteringslappar och behandlingskort gick inte att genomföra på grund av kaoset. Stämningen runt ledningsambulansen var tidvis tumultartad. Till en början bestod skadepanoramat huvudsakligen av lätt rökskadade som själva tagit sig ut genom utgången och de som hoppat genom fönstren. När rökdykarna fick loss den så kallade ”proppen” av människor som blockerade utgången kom de personer ut som hade allvarliga rök- och brännskador. Fem eller sex av dessa avled på uppsamlingsplatsen. Många av de sjukvårdsutbildade brandmännen fick växla mellan att vara brandman och sjukvårdare.

Sjukvården inom skadeområdet

Jourhavande läkare i Göteborg (stadsjouren) kom strax före midnatt till brandplatsen. Cirka en halvtimme senare kom en sjukvårdsgrupp med läkare från SU/Östra. Uppsamlingsplatsen för skadade flyttades efter

hand till en bilhall. Någon ledningsläkare kom aldrig att kallas. En sjukvårdsgrupp från vardera SU/Sahlgrenska och SU/Mölndal kom till olycksplatsen alltför sent, inga patienter fanns då kvar.

Generellt gällde till en början första hjälpen-åtgärder, framförallt fria luftvägar, och avtransport till sjukhus så snart som möjligt. Lättare skadade sattes gruppvis och fick dela på syrgas, vilken inte räckte till för alla. När de svårt skadade kom ut utfördes mer avancerade åtgärder som intubering och HLR (hjärt-lungräddning), som dock inte var framgångsrik. Svårt brännskadade fick vätska intravenöst. Någon annan mer specifik behandling gavs inte.

Totalt transporterades 213 ungdomar till sjukhus, därav 85 med ambulans. De övriga kördes in med bussar, taxi och privatbilar.

Under arbetet på skadeplatsen blev enskilda personer både bland räddningstjänstens personal och ambulanssjukvårdarna utsatta för verbala hot liksom i ett fåtal fall mer handgripligt våld med sparkar och knytnävsslag. De skador som uppstod var blåmärken/skrubbsår och i ett fall revbensfrakturer. Drivkraften hos förövarna var i de flesta fall att försöka tilltvinga sig prioritet i behandlingen av ”sina” närmaste. I ett fall finns också beskrivit hur sjukvårdspersonal av omkringstående inte tilläts avbryta HLR (hjärt-lung-räddning) trots att den bedömdes vara utan chans att lyckas.

Under natten beslutades att man skulle använda ambulanser för transport av döda till bårhuset vid SU/Sahlgrenska. Klockan åtta på morgonen lämnades den sista döda kroppen på bårhuset.

De flesta som avled på skadeplatsen hade mer eller mindre svåra brännskador, men den vanligaste dödsorsaken var kolmonoxidförgiftning. Många hade även höga nivåer cyanid i blodet, som i sig också kunnat leda till döden.

Sjukhusinsatserna

På SU/Sahlgrenska blev först en av de viktigaste uppgifterna att separera skadade från anhöriga och vänner och sedan lättare skadade från svårare skadade. Vid 2-tiden på natten hade 48 patienter registrerats på SU/Sahlgrenska. Tillströmningen av patienter var så stor och hastig till SU/Östra att all behandling i början skedde inom given så kallad ”ramordination”.

Etthundrafemtio personer blev inlagda på sjukhusen i Göteborgsregionen. Sjuttiofyra av dessa krävde till en början vård på intensivvårdsavdelning. Alla kunde få fullgod behandling för rökgas- och/eller brännskador genom att resurser överfördes från operationssjukvården och extra intensivvårdsplatser skapades på avdelningar utanför intensivvårdsav-

delningarna. Utöver de inlagda omhändertogs ytterligare 63 ungdomar som efter undersökning kunde lämna sjukhuset. Fem ungdomar sökte under första dygnet hjälp på vårdcentral.

Vid 18-tiden på lördagen den 31 oktober låg 63 patienter kvar på de fyra akutsjukhusen i Storgöteborg (SU/Sahlgrenska, SU/Östra, SU/Mölnadal och Kungälv's sjukhus). Tjugotvå av dem behandlades på intensivvårdsavdelningar. Tretton patienter hade efter initialt omhändertagande vid sjukhusen i Göteborg transporterats till brännskadeavdelningar på andra sjukhus i Sverige och Norge (Akademiska sjukhuset i Uppsala, Karolinska sjukhuset i Stockholm, Universitetssjukhuset i Linköping, Malmö allmänna sjukhus, Haukeland sykehus i Bergen i Norge). På måndagen den 2 november meddelades att två av patienterna som vårdades på sjukhus hade avlidit, en som vårdades i Bergen och en på Sahlgrenska sjukhuset. Två veckor efter katastrofen vårdades totalt 26 patienter på sjukhus varav 12 på andra sjukhus i Sverige och 14 på sjukhusen i Storgöteborg. Den sista patienten skrevs ut från sjukhus i Göteborg den 13 april 1999.

Information gick på ett tidigt stadium från SOS Alarm till akutmottagningarna på de berörda sjukhusen. Det har dock varit omöjligt att exakt klargöra vilken information som överförts, när detta skett och vem som tagit emot informationen på respektive sjukhus. Klart är att man till att börja med inte hade korrekt information om vare sig omfattning, exakt lokalisation eller händelseförlopp. Man hanterade situationen något olika på de olika sjukhusen. Katastroflarm utlöstes aldrig på SU/Sahlgrenska, SU/Östra eller SU/Mölnadal, utan endast på Kungälv's sjukhus.

Kropparna efter samtliga 63 avlidna ungdomar transporterades till bårhuset vid SU-Sahlgrenska. Här genomfördes allt polisiärt arbete med beskrivning av de avlidna, polisidentifiering, avsked för anhöriga, tvättning och kistläggning. Totalt innebar detta mer än 250 besök vid bårhuset av enstaka eller grupper av anhöriga inom loppet av sju dagar. De rättsmedicinska undersökningarna utfördes på obduktionsavdelningen vid SU-Sahlgrenska.

Psykosociala insatser

Det stod redan tidigt klart att belastningen på PKL-verksamheten (psykisk och social ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården) vid sjukhusen skulle komma att bli mycket stor under de närmaste dygnet, varför man bestämde sig för att prioritera akut omhändertagande av skadade/oskadade ungdomar och stöd åt anhöriga vid identifieringar/avsked.

Det ställdes stora krav på samordning av samhällets resurser för psykologiskt stöd åt anhöriga och överlevande med företrädare för olika

trossamfund och ideella organisationer. Till en början fanns farhågor att den drabbade gruppens mångkulturella sammansättning skulle medföra särskilda problem. Det svenska samhället hade emellertid en god kapacitet för att klara av detta. Det största problemet var i stället att en så stor grupp unga människor drabbats. Dessutom kom kulturella generationskillnader att belysas – inte minst vad beträffar beteenden vid förluster av nära anhöriga/vänner. En stark sammanhållning inom flera ungdomsgrupper kom att prägla den kollektiva sorgen under den första tiden efter katastrofen.

Den rituella tvagningen var en viktig del i omhändertagandet av de många döda muslimska ungdomarna. Genom ett samarbete mellan patologen och berörda imamer kunde det lösas på ett bra sätt. Även om den muslimska traditionen påbjuder att begravning skall ske snarast efter dödsfallet, hade de anhöriga förståelse för att en tidsfördröjning var ofrånkomlig.

Göteborgs kommun bidrog med tolkservice och olika typer av ekonomiskt bidrag till de drabbade familjerna. Genom detta kunde det bli möjligt för anhöriga bosatta i ursprungslandet att komma till Sverige för att besöka skadade eller närvara vid begravningar. Kommunen bekostade även telefonsamtal till anhöriga i andra länder.

Det psykosociala arbetet efter branden skedde i viss utsträckning i samarbete mellan företrädare för sjukvården och kommunen samt olika organisationer, bland annat invandrarorganisationer. Bland annat deltog imamer, en makedonsk och en katolsk präst och företrädare för föreningar med politisk eller kulturell förankring i olika invandrargrupper i arbetet den första tiden på Sahlgrenska sjukhuset. Även Svenska Kyrkan har haft en aktiv roll på sjukhusen och ute i stadsdelarna där också samarbete skett med kommunens företrädare. I Hammarkullens skola kunde en muslimsk stödverksamhet starta några timmar efter branden. De personer som arbetade frivilligt i den verksamheten hade också en aktiv roll i flera stora ceremonier efter katastrofen.

Ett stort antal mediarelaterade frågeställningar kom att aktualiseras. En huvudfråga inom den efterföljande debatten och forskningen har varit hur relationen varit mellan central kriskommunikation och de störningar som skett inom det multikulturella samhället. Vidare har katastrofjournalistik belysts i flera studier.

Erfarenheter

- Räddningstjänst-, ambulans- och sjukvårdspersonal gjorde ett mycket gott arbete i den svåra situation som förelåg.

- I början var sjukvårdsresurserna i underkant för det stora antalet skadade för att man skulle kunna utföra adekvat sjukvård, prioritering av skadade och avtransport. Därför uppstod tidigt en kaotisk situation, något som sannolikt inte kan undvikas.
- Upprättandet av uppsamlingsplats för skadade blev möjligt när alltmär räddnings- och sjukvårdspersonal kommit till brandplatsen. Det är viktigt att upprätta en uppsamlingsplats för skadade, men det kan först göras efter det att tillräckligt med personal och materiella resurser finns på plats.
- Instruktionerna till sjukvården om utlarmning av sjukvårdgrupper och ledningsläkare måste ha hög prioritet och rutinerna förbättras. Ingen ledningsläkare kallades in. Fler sjukvårdsgupper hade behövts inom skadeområdet. Det är väsentligt att det vid större händelser finns möjlighet att snabbt skicka ut en eller flera sjukvårdsgupper till ett skadeområde. Likaså är det viktigt att man har beredskap för att snabbt skicka ut en person utbildad för ledning av sjukvårdsinsatser inom skadeområdet. Om möjligt bör speciellt utbildade ledningsläkare finnas i beredskap. En väsentlig effekt av att en ledningsläkare finns i skadeområdet är att han/hon övertar det medicinska ansvaret för verksamheten och avlastar den övriga personalen detta ansvar. Finns inte en utbildad ledningsläkare i organisationen (eller tillgänglig) bör den som är bäst utbildad för ledning av sjukvårdsinsatser inom ett skadeområde påtaga sig denna uppgift.
- Läkare som bemannar så kallade jourbilar (t ex stadsjour) bör innan de påbörjar sådan tjänstgöring vara förtrogna med den medicinska katastroforganisationen och hur sjukvårdsarbete inom ett skadeområde är organiserat.
- Det fanns ett stort behov av syrgasbehandling av dem som blivit lindrigt eller allvarligt påverkade av brandgaser och framförallt kolmonoxid. Oavsett behovet av syrgasbehandling hade den säkerligen en lugnande effekt på många patienter. Tillgången på stora mängder syrgas inom skadeområdet är viktig vid bränder.
- Kolmonoxidförgiftning förelåg hos de flesta av de avlidna. Koncentrationen av cyanid i blod hos de stora flertalet av de avlidna var i sig också tillräckligt hög för att kunna förorsaka en allvarlig förgiftning. Vid omhändertagande av personer exponerade för brandrök inomhus bör risken för cyanidförgiftning beaktas och så snart som möjligt bör cyanidantidot ges.
- De personer som har hjärtstopp vid evakueringen från en brinnande lokal och som företer tydliga tecken på exponering för cyanid och

kolmonoxid (sot i andningsvägarna) har sannolikt utsatts för dödliga koncentrationer av en eller båda av dessa gaser. Utsikterna till en framgångsrik hjärt-lungräddning måste bedömas som mycket små och i en masskadesituation bör personer med bibehållen cirkulation prioriteras.

- Det stora antalet både svårt och mer lindrigt skadade nödvändiggjorde ett maximalt utnyttjande av ambulanstransporterna. På grund av brist på ambulanser användes dessa för flera patienter samtidigt och för de lindrigt skadade användes bussar, taxi och privatbilar för transport till sjukhus.
- Beredskapshöjning utlöstes aldrig på de större sjukhusen, något som borde ha gjorts. Erfarenheter från tidigare olyckor (och som rapporterats i flera KAMEDO-rapporter) visar att man ofta drar sig för att utlösa beredskapshöjning i ett tidigt skede. Det är dock bättre att åtminstone utlösa förstärkningsläge i ett tidigt skede och sedan avlysa larmet än att utlysa katastroflarm för sent. Tanken på eventuella ekonomiska konsekvenser får inte hindra utlösande av beredskapshöjning.
- Verksamheten vid bårhus/obduktionsavdelningar bör inkluderas i katastrofplaner och en beredskapslinje behövs för bårhus/obduktionsvaktmästare. Väl etablerade samarbetsformer med begravningsorganisationer underlättar verksamheten vid en katastrof med många avlidna. Kontakter med religiösa och andra grupper bör förberedas och ingå i katastrofplaneringen.
- PKL-verksamheten (psykisk och social ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården) liksom POSOM-verksamheten (psykiskt och socialt omhändertagande i kommunerna) kom att bli omfattande vid olyckan. Den mångkulturella sammansättningen av de drabbade och deras tillhörighet till olika trossamfund ställde nya och stora krav på verksamheterna, något som måste tas hänsyn till i allt större omfattning i framtiden.
- Omhändertagandet av skadade försvårades av att man emellanåt utsattes för hot och även våld. Den som har ledningsansvaret för sjukvården inom skadeområdet har som en av sina huvuduppgifter att se till att egen personal inte skadas under räddningsarbetet. Beslut om att använda ”skyddade brytpunkter” bör så snart som möjligt fattas i samråd mellan polisinsatschef och ledningsläkare/ledningsambulans.
- Sjukhusens säkerhetsavdelningar bör planera för hur man skall hantera en omfattande tillströmning av anhöriga i samband med stora olyckor och katastrofer. Det finns också anledning att överväga om

det generella förbudet mot användande av mobiltelefoner inne på de flesta av våra sjukhus fortfarande skall vara kvar, eller om detta förbud kan begränsas till intensivvårdsavdelningar och andra teknikin-tensiva avdelningar.

- Ledningsorganisationen måste vara väl förtrogen med de regler som gäller sekretess. Detta gäller både regler som är till för att skydda den personliga integriteten och sådana regler som i vissa situationer medger att sekretessen kan brytas. Det är därför viktigt att man i en akut situation har tillgång till juridisk kompetens för att korrekta bedömningar skall kunna göras.
- Det är viktigt att journalister och fotografer utbildas i katastrofjournalistik och katastrofpsykologi. Det skulle vara av stort värde om sådana moment ingår i de statliga journalistutbildningarna.

Tidigare stora brandkatastrofer

Från 1600-talet och fram till början av 1900-talet var det teaterbränder som krävde de flesta dödsoffren. Senare har brand i cirkustält, biograf, hotell och restauranger, varuhus och fartygsbränder medfört dödsoffer i hundratal. På sådana allmänna platser har oftast uppkomsten av brand medfört ett större antal döda och skadade än vad som noterats vid bränder liknande den i Makedoniska föreningens lokaler vid Backaplan i Göteborg. Bland de svåraste bränderna under senare delen av 1900-talet kan nämnas: 1961 Cirkustält i Niteroi, Brasilien, 1967 Varuhus i Bryssel, Belgien, 1972 Hotel Tae Yen Kak i Seoul, Sydkorea, 1974 Kontorshus i Sao Paulo, Brasilien, 1976 Biograf i Kina (ej angiven plats), 1977 Hotel Rossiya, Moskva, Sovjetunionen, 1990 Fartyget Scandinavian Star, Skagerrak. I dessa bränder har i medeltal 300 personer omkommit med som högst 694 avlidna i samband med branden 1976 i en biograf i Kina.

Runt om i världen har främst brandkatastrofer som uppkommit i restauranger, diskotek och andra samlingslokaler visat sig ha samma mönster som vid branden i Göteborg. Elden har upptäckts för sent, alarmeringen har också försenats och utrymningsvägarna har ofta varit blockerade eller otillräckliga. Främst har möjligheterna att komma undan brand och rökutveckling försvårats av att alltför många personer vistats i lokalerna varför det uppstått proppar i dörröppningar och utrymningsvägar när alla försökt ta sig ut. Detta gällde inte minst vid branden i Makedoniska föreningens lokaler vid Backaplan.

Bland de katastrofer av liknande slag som krävt ett stort antal dödsoffer kan nämnas: 1947 Karlslust, danshall, Berlin, Tyskland, 1970 Club Five-Seven, Grenoble, Frankrike, 1972 Playtown Cabaret, Osaka, Japan, 1974 Go-Go Club, Dawang, Seoul, Sydkorea, 1977 Night Club, Southgate, USA, 1984 Diskotek Alcal, Madrid, Spanien.

De största antalet döda noterades vid branden 1942 vid Coconut Grove, Boston, USA, då 492 människor förlorade livet. Under 1990-talet omkom 233 personer på grund av brand i en danshall i Lianingprovinsen i Kina.

Den brandkatastrof i Sverige, som näst efter den i Göteborg, krävt de flesta dödsoffren inträffade i Borås 1978. (Backman et al 1979 – KAMEDO 39). Då omkom 20 personer och 50 fördes till sjukhus. Även i det fallet var de flesta offren ungdomar från en danslokal.

Händelseförloppet

Området och byggnadskomplexet

Katastrofplatsen är belägen vid förlängningen av nedfarten från Göta-älvsbron till Hisingensidan, strax norr om Frihamnen i Göteborg. Mellan Herkulesgatan och Hjalmar Brantingatan finns ett före detta fabrikskomplex som efter ombyggnad inrymmer bland annat Backateatern, ett affärscentrum och fritidslokaler.

Branden ägde rum i den del av komplexet som ligger mot den stora trafikleden Hjalmar Brantingatan. Fritidslokalerna fanns i övervåningen av denna byggnadsdel och hyrdes permanent av Makedoniska föreningen i Göteborg. Någon vecka före branden hyrdes lokalen av några ungdomar. De uppgav att de ville anordna en födelsedagsfest för ett 40-tal personer kvällen den 29 oktober 1998.

Arrangörerna fick hyra lokalen men tillverkade och sålde i stället biljetter, som möjliggjorde att nästan 400 personer kunde komma in till diskoteksdans den angivna kvällen.

Den byggnadsdel som berördes av branden var i betong och tegel i två våningar. Den hade mellanbotten och yttertak av betong. Takstolarna var av betong och cirka 0,5 m höga. I övervåningen av denna del fanns Makedoniska föreningens lokaler. Innertaket utgjordes av mineralullsplattor i ett rutnät av aluminium, upphängt på stålkonstruktion. Det lätta innertaket har sannolikt fallit ned i ett tidigt skede av branden, när aluminiumrutorna smälte. Automatiskt brandlarm eller utrymningslarm fanns inte i lokalerna.

Uppdelningen av Makedoniska föreningens lokaler i övre våningen av tvåvåningsbyggnaden framgår av bild 1. Samlingslokalen (danslokalen) hade en yta av cirka 142 m² och cafédelen cirka 48 m². Den totala ytan för dem som fanns i lokalerna var (utom scenen) cirka 220 m². Passagen till huvudtrappan var cirka 3 m bred och 10 m lång. Dörren till trappan var 90 cm bred med en öppningsbredd av 82 cm. Bredden i trappan var 140 cm.

I motsatt ända av föreningslokalen fanns nödutgång med en branddörr till ett trapphus lika huvudtrappan. Längst ned i trapphuset fanns en branddörr till en lång utrymningskorridor som i sitt slut ledde fram till en dörr mot det fria, på motsatt sida än huvudentrén. Till utrymningskorridoren fanns dörrar även från andra lokaler.



Bild 1. Makedoniska föreningens lokaler i övre våningen.
Copyright: Räddningstjänsten Göteborg-Mölnadal-Kungs-
backa, Räddningsplaneringen.

Efter branden har det visat sig att ett förråd hade inrättats i nödrappan och längst ned fanns även uppställningsplats och varor tillhörande ett bageri som hade dörr till utrymningskulverten. I trapphuset hade dessutom placerats stolar och bord från festlokalen.

Brandbelastningen, det vill säga mängden brännbart materiel, inne i diskotekslokalen var låg. Golvet var av betong med träfiberplattor under en linoleummatta. Väggarna var av puts upp till cirka 1,1 m över golvet.

Längst fram i lokalen, närmast nödrappan, fanns en låg scenbyggnad av trä. Där fanns bland annat förstärkarutrustning. I övrigt fanns i danslokalen endast stolar och bord som staplats längs ena långväggen. Mitt i lokalen fanns en vikhvägg som pressats ihop till cirka 3 m från ytterväggen.

Som beskrivits ovan var trapphuset till nödutgången belamrat med stor mängd brännbart material. Branden har börjat och utvecklats i denna trappa, som alltså inte kunde användas som utrymningsväg.

Utöver lokalerna mellan trapphusen, bestående av passage, kök, cafédel och samlingslokal, fanns ett antal rum som var avskilda med väggar och dörrar från den lokal som användes som diskotek. Sektionsrummet (närmast styrelserummet) användes brandkvällen som förvarings-

rum för ytterkläder och skor. Cafédelen stod i helt öppen förbindelse med samlingslokalen.

I samlingslokalens båda långväggar fanns fönster vars underkant var cirka 2,2 m över golvet. Den ena långsidans fönster, som vette mot ett tak, var försedda med galler och kunde inte användas för utrymning. För att kunna nå upp till fönstren på motsatta sidan, alltså mot gatan, måste man stå på värmeelement där sådana fanns eller på bord och stolar.

Gator och vägar samt placeringen av räddningsfordonen runt brandplatsen framgår av bild 2.

Brandförloppet

Branden har med all sannolikhet haft sitt ursprung långt ned i ”nödtrappan”. Senare har det framkommit att branden var anlagd. Elden har utvecklats uppåt i trapphuset som först rökfylldts längst upp, varefter den tjocka röken pressats ned och mer och mer rökfylldt hela trappschaktet. När ett rökskikt når ned till lågtopparna uppstår ofullständig förbränning på grund av underventilering (otillräckligt lufttillskott). Branden dämpas då samtidigt med att lågorna blir mindre.

Trapphuset blir i detta fall som en gasgenerator och de brännbara gaserna stiger uppåt i röken utan att antändas i brist på syre. Värmen från branden medför även att ett övertryck uppstår i trapphuset, vars överdel fylls med rök och brännbar gas.

Branden i trapphuset kan ha utvecklats under 5–10 minuter, innan springor runt dörren till diskotekslokalen släppte igenom så mycket brandrök att röklukten uppmärksammades. När någon sedan öppnade dörren för att se varifrån röken kom hände allt mycket snabbt. Den som öppnade dörren fick en het våg av rök och brandgaser mot sig. Därefter slog lågor in genom dörren som lämnats öppen.

En ung flicka som räddades av rökdykare i ett sent skede berättar:

– Innan vi hade märkt någon brand tänkte jag och min pojkvän gå ut för det var så varmt och trångt i lokalen. Det fanns inga fönster öppna och vi tänkte få lite luft ute. Men genom att det hela tiden kom in så mycket folk genom trappan måste vi vända in igen. När vi kom in var det inte många som dansade. Uppe på scenen var det några som sjöng och spexade och vi stod i en ring och tittade på dem. Jag frågade min pojkvän hur mycket klockan var och han svarade: ”Tjugo över elva”.

– Efter en stund stängdes högtalarna av och framifrån hörde vi någon som sa: ”Det brinner”. Det var inte många som tog det på allvar, utan folk bara stod och tittade. Sedan såg jag att det var ett stort rökmoln över hela scenen längst inne i lokalen. Några började skrika och sen började

alla röra sig panikartat mot utgången. Röken blev tjockare och jag hörde en pojke skrika: ”Krossa fönstren!”

– Sen blev det så mörkt så att man inte kunde se var man var. Stolar och bord vältes och jag föll över en bordsskiva som pressades ned mot golvet. Sedan föll andra över mig så att jag inte kom loss. Det blev sedan tyngre och tyngre över mig.

– Jag kände att jag fick mer och mer rök i mig. Det sved i ansiktet, ögonen och i halsen. Jag såg ingen eld men kände att det var stekhet och jag hörde hur det knastrade i taket.

– Jag domnade bort men vaknade igen. Jag vågade inte skrika för att inte dra in mer rök i lungorna. Jag var helt fastklämd och kunde inte röra mig och förlorade medvetandet. När jag vaknade igen märkte jag att ingen låg över mig och jag ropade efter en väninna som jag trodde låg nära mig. Då kände jag en hand som rörde vid mig och jag tror det var hennes.

– När jag åter vaknade såg jag handlyktor som lyste och jag fattade att det var brandmän som kommit in i lokalen. Det låg människor runt mig som inte rörde sig, som var antingen medvetlösa eller döda. Så såg jag en rökdykare intill mig och sträckte ut min hand mot honom. Jag kände att han grep tag i den och försökte dra upp mig. Men jag satt fast med ena benet och hade ingen känsel från knäet och nedåt. Brandmannen ryckte loss mig och sen vaknade jag igen först när jag var ute i det fria. Då satt min pojkvän vid sidan av mig.

– När jag såg upp såg jag lågorna ur fönstren och fick panik när jag trodde att min kompis var kvar därinne. Senare fick hon veta att även hennes väninna räddats av rökdykarna.

Ett annat ögonvittne berättade:

– Någon ropade ”Det brinner hämta era kläder!” Först var det få som reagerade. Men när man såg lågorna bakom scenen och att brandröken spred sig i taket började alla på en gång röra sig i trängseln mot utgången. Många kom in i rummet där ytterkläder och skor fanns och kunde sedan inte komma ut därifrån på grund av trängseln i passagen mot utgången. Själv lyckades jag komma upp till ett fönster och knuffades ut. Hon fick endast lättare skador.

Inom en till två minuter innebär det livsfara att stå upprätt inne i en lokal som rökfylls på det sätt som skedde i detta fall. När den heta och giftiga brandröken närmar sig golvet i lokalen kan redan några få andetag leda till medvetlöshet. Närmast golvet finns andningsbar luft längre tid och mindre hetta vilket kan förklara att flera som legat underst i en hög med medvetlösa kunnat överleva.

Från några av fönstren kunde man hoppa ned till taket på en lägre

byggnad. Dessa fönster var dock de som först nåddes av lågorna då branden spreds. Från de övriga fönstren kunde en del av de överlevande i ett tidigt skede rädda sig genom att hoppa eller knuffas ut i fritt fall till gatunivån cirka 6 meter nedanför. Någon eller några kunde fira sig ned med hjälp av en sammanknuten gardin. Lågorna nådde dock snabbt fram till samtliga fönster i samlingslokalen.

Endast två fönster kunde därefter användas för livräddning. Det ena var till passagen invid dörren till trappan. Det andra var fönstret till det rum (sektionsrum) som användes till garderob för ungdomarnas ytterkläder och skor.

Alarmering och radiosamband

Torsdagen den 29 oktober 1998 klockan 23.42.00 (officiell tid enligt "Fröken Ur") kom det första telefonsamtalet om branden från en mobiltelefon till larmnummer 112 hos SOS Alarm på räddningscentralen i Göteborg. När operatören förstod att det gällde en brand i Göteborg kopplades samtalet 23.42.20 vidare till räddningstjänstens alarmeringscentral. Dess operatörsplatser finns i samma lokal inom RC. Både SOS-operatören och larmoperatören på alarmeringscentralen hade svårt att uppfatta någon tydlig gatuadress på grund av starkt oväsen och skrik. Det var en stressad mansröst som hördes.

Orden "Makedoniska föreningen" och "Ni måste komma snabbt för det brinner för fullt" gick fram, men däremot uppfattades inget svar på frågan om gatuadress. Sedan hördes den uppringande inte mer, trots att operatören behöll samtalet uppkopplat och lyssnade efter svar. Under tiden togs flera andra samtal emot av operatörer på SOS och brandförsvarets larmcentral. Först klockan 23.45 kunde alarmeringscentralen fastställa att adressen måste vara Backaplan eller Backateatern. Utlarmningen av första räddningsstyrkan från Lundby gjordes 23.45.40, cirka tre minuter efter det att operatören på alarmeringscentralen tagit emot samtalet.

Adressangivelsen var oklar: Backaplan? Makedonisk förening? Herkulesgatan? Utryckning ägde rum med en släckbil och en stegbil från Lundby brandstation. Brandmästaren uppfattade uppdraget närmast som en undersökning. Inget hade sagts om att det var en fullt utvecklad brand.

En vanlig ambulans och en OLA-ambulans (olycksfallsambulans) larmades ut från Lundbystationen 23.47 respektive 23.48. Polisens ledningscentral informerades 23.47. SOS Alarm larmade även ut en sjukvårdsgrupp från SU/Östra 23.48. SOS Alarm larmade något senare även akutintagen på SU/Sahlgrenska, SU/Mölndal och Kungälv's sjukhus.

Sedan ytterligare telefonsamtal kommit in till SOS som tydde på att det var utvecklad brand i ett diskotek drog alarmeringscentralen 23.49 stort larm på Gårdastationen, som förstärkning till Lundbystyrkan på väg till Backaplan. Utryckningen ägde rum med en släckbil och en stegbil. Ungefär samtidigt svarade Lundby att de var på väg ut.

23.49.50 rapporterades enligt alarmeringscentralen att Lundbystyrkan var framme och att de möttes av ett totalt kaos. Hela planen framför byggnaden var full av skrikande ungdomar som bland annat blockerade vägen för brandbilarna. Folk hoppade ut ur fönster. Lundbystyrkan begärde förstärkning med ytterligare en station, hävare och ambulanser. Detta medförde att alarmeringscentralen höjde sin beredskap (grön beredskap) och bemannade fyra operatörsplatser förutom stabsbrandmästaren.

Klockan 23.51 gavs nytt stort larm på Gårdastationen med utropet ”Resterande styrka med hävare och fläktar till brandplatsen”. Denna styrka var på väg 23.54 med en hävare och en tankbil.

Efter konsultation med ambulansföreståndaren larmade SOS Alarm två ambulanser från Mölndal klockan 23.54. Ambulans från Stenungsund skickades för passning i Kungälv.

23.55.00 rapporterades den första Gårdastyrkan vara framme vid brandplatsen. Den andra styrkan med hävare var framme klockan 23.59.

23.55 larmades sjukvårdsgrupp från SU/Sahlgrenska.

23.59 ringde Volvo Industribrandkår alarmeringscentralen och erbjöd hjälp. De hade haft övning och har rökfläktar lastade på kärra. Hjälpen accepterades och en man med fläktar åkte till brandplatsen.

00.00–00.05 ringde alarmeringscentralen upp räddningschef i beredskap (sökning via minicall hade inte fungerat) och räddningsdirektören/räddningschefen samt en brandingenjör att fungera som stabschef.

Inringning av personal till SOS Alarm och alarmeringscentralen fortsatte, den inre staben väckte under natten 15 personer.

00.11 larmades Angereds brandstation att sända sin styrka till brandplatsen. Begäran om denna styrka (”ytterligare en stor station”) gjordes av Lundbys brandmästare redan cirka 23.50, men hade tydligen inte uppfattats rätt eller kommit bort under överbelastningen av alarmeringscentralen de första tio minuterna.

Chefen för Beredskapsenheten för Bohuslandstinget och Göteborgs sjukvård larmades klockan 01.30 och begav sig först till Sahlgrenska sjukhuset för att informera sig och därefter till huvudbrandstationen i Gårda. Beredskapsenhetens uppgift är att i katastroflägen samordna sjukvården, hålla kontakt med de inblandade sjukhusen och samarbeta med kommunen, räddningstjänsten, polisen och flygräddningen. Den strategiska placeringen vid huvudbrandstationen i Gårda underlättar kontak-

terna med inblandade parter. I beredskapsenheten finns bland annat stabsläkare, handläggare med medicinsk kompetens och en representant för ledningen av SU/Sahlgrenska.

Kommentarer

Efter det att Gårdastyrkan kommit fram med sin första brandbil stod det klart för SOS och alarmeringscentralen att det rörde sig om en stor olycka. Telefonsamtal, radiotrafik och utlarmningar av brandstyrkor och ambulanser innebar så stor aktivitet i räddningscentralen (SOS och alarmeringscentralen) att alla resurser var tagna i anspråk. Någon dokumentation hanns inte med på alarmeringscentralen under cirka 15 minuter och troligen har även några meddelanden från skadeplatsen missats.

Radiotrafiken gick relativt störningsfritt mellan skadeplats och SOS/ alarmeringscentralen. En anledning kan vara att mobiltelefoner användes i större utsträckning än vanligt för samband mellan brandplatsen och Gårda brandstation. Även ambulans- och sjukvårdssidan använde delvis mobiltelefon för att avlasta radiotrafiken.

Räddningscentralen är sammanbyggd med Gårda brandstation och inrymmer inom samma hall som SOS Alarm en del övriga funktioner, även räddningstjänstens alarmeringscentral (för larm och ledning. När det första telefonsamtalet om branden kom fanns alarmeringscentralförman och två operatörer på plats. Efter utlarmning kom stabsbrandmästaren till sitt rum invid alarmeringscentralen och ytterligare två operatörer till operatörsborden. Därmed hade alarmeringscentralen full bemanning, men trots det svårigheter att hinna med samband och utlarmningar.

Operatörerna på ambulanssidan av SOS Alarm är placerade nära alarmeringscentralen. Detta medger direktkommunikation mellan dem och räddningstjänstens larmoperatörer. När alarmeringscentralen på radion fick begäran om fler ambulanser kunde därför SOS Alarm söka alla ambulanser som var tillgängliga och dirigera dem till brandplatsen.

Lägesrapporterna till den på Gårdastationen upprättade staben visade sig otillräckliga. Sedan vakthavande brandingenjören orienterat sig på brandplatsen skickade han ett faxmeddelande med lägesrapport, som dock visade sig inte ha kommit fram till staben. Staben sände därför en operatör till brandplatsen för att hämta hem information.

Insatser av räddingstjänst och polis

Lundby brandstation

Brandmästaren berättade att han denna natt hade en både mentalt och fysiskt stark vaktstyrka inne. Den ordinarie första styrkan bestod av en brandmästare, en brandförman och sex brandmän. Av styrkan var förmanen rökdykarledare och två brandmän rökdykare. Utöver första styrkan fanns på stationen ytterligare en brandförman och en värnpliktig räddningsman (praktikant). Den senare följde med på första utryckningen. Vidare fanns en OLA-ambulans och en vanlig ambulans med en extra ambulanssjukvårdare (en praktikant som går 20 veckors ambulansutbildning).

Utlarmningen av Lundbystationen kom enligt alarmeringscentralen klockan 23.45.40. Informationen var bristfällig om vad som brann och adressen oklar. Den uppfattades först som att det gällde undersökning vid Backaplan. Första utryckningen gjordes med en släckbil och en stegbil. När kvitteringen gjordes på radio och ”Makedoniska föreningen” nämndes visste en av brandmännen var den fanns invid Backateatern. Under framkörningen meddelade alarmeringscentralen (23.49) att även Gårdastationen larmats ut.

När bilarna närmade sig Backateatern såg brandmästaren att rökutvecklingen ökade. Han begärde då över radion ytterligare en station, med tanke på att det kunde gälla brand i teatern. Efter att ha svängt runt hörnet till den brinnande byggnaden såg han den byggnad som brann och det totala kaoset på platsen. Han begärde då två tankbilar och en bogserbar motorspruta samt från Lundbystationen en hävare med brandförman. Det senare därför att han visste att det fanns öppet vatten (Kvillbäcken) intill Backateatern. Vidare begärde han att sjukvårdsgrupp skulle sändas till platsen.

Strax innan framkomsten anmodade brandmästaren från Lundby Gårdas brandmästare på radio att köra in med Gårdas bilar från Herkulesgatan och lovade möta där för att visa väg.

Den totala insatstiden (anspänningstid, körtid och angreppstid) för den första brandstyrkan har bedömts vara högst cirka sex minuter.

Brandmästaren berättar hur han upplevde det han såg när han steg ur bilen:

– Synen framför oss var helt överklig. Vi möttes av ett totalt kaos. Ungdomar sprang fram mot bilen, skrek och viftade med armarna. Vi var tvungna att använda starkhornet på bilen för att få utrymme att köra fram. Hela planen framför den byggnad som visade sig vara i full brand var fylld med skrikande och skadade ungdomar. När vi rullat fram några meter ytterligare såg vi lågor ur en del av fönstren i övervåningen.

– I två fönster såg vi folk som blev utknuffade eller hoppade. På planen nedanför fönsterraden låg skadade ungdomar och skrek. Vi såg att det fanns massor av skadade på marken omkring byggnaden. När vi hoppade ur bilen tog många av dem tag i oss och ryckte i våra kläder och rökdykarutrustningar för att få hjälp. När vi såg upp mot fönstren igen såg vi att det fanns nödställda kvar där. Vi såg folk som hoppade från fönstren.

Lundbys brandmästare blev alltså första räddningsledare. Hans enda besked till sin styrka var: ”Det är livräddning som gäller!” Inga vidare besked behövdes. Var och en handlade på rutin efter vad de såg. På radio till alarmeringscentralen begärde han därefter ytterligare en stor station och två tankbilar. Han sprang sedan för att möta Gårdastyrkan på avtalad plats.

Brandmästaren från Lundby initierade sedan en rad andra åtgärder. Han bedömde antalet skadade som låg ute på marken, kontaktade ledningsambulansens personal och bidrog till att strukturera deras insats. Han insåg att antalet ambulanser inte skulle räcka till och begärde därför tre bussar till platsen. Vidare begärde han att SU/Sahlgrenska skulle sända sjukvårdspersonal.

Av personalen på första brandbilen sprang rökdykarförmannen till den trappa där utrymning pågick. Där mötte han några av dem som lyckats ta sig ut och blev visad upp till en dörr, som blivit blockerad av en mängd ungdomar, som fastnat i dörröppningen. Han började omedelbart arbetet med att få loss de rökförgiftade ungdomarna, som han bedömde var ett 15-tal, som satt fast i dörröppningen överst i trappan. Med hjälp av ett par tre oskadade pojkar fortsattes losstagningsarbetet som till en början kunde ske utan andningsskydd. Ytterligare en rökdykare kom sedan till och hjälpte till.

Rökdykarna kunde sedan med ansiktsmasker påtagna gå in i den rökfyllda passagen innanför dörren och fortsätta livräddningen där. I trappan var det ganska lite rök. Brandmästaren från Lundby såg till att en fläkt sattes in nederst för att blåsa in friskluft i trappan.

De övriga i första brandbilen, förare, en rökdykare och den värnpliktige räddningsmannen hjälptes åt att snabbt få ned utskjutstegen från

brandbilen. De reste stegen mot det fönster där det syntes minst rök och eld. Rökdykaren klättrade upp och försökte ta sig in genom fönstret. Han såg då inne i röken ett antal händer som sträcktes upp mot honom.

Rökdykaren förstod att det var långt ned till golvet och omöjligt att inifrån få ut någon. Han böjde sig därför in genom fönstret och fick grepp om en av de armar som sträcktes uppåt. Med uppbyggande av alla krafter lyckades han dra loss en flicka och sakta dra henne uppåt, till han fick henne över fönsterkanten. Därifrån lyckades han få in henne på den smala stegtoppen och kunde föra henne ned till marken.



Bild 3. Brandmannen på stegen lyckades lyfta ut två ungdomar genom fönstret innan elden nådde fram även till detta fönster. Foto: Björn Andersson/Kamerareportage.

Han återvände sedan omedelbart upp till fönstret. Där var röken nu så het i övre delen av fönstret att han måste luta sig lågt ned för att inte bli bränd. Skriken inifrån var ohyggliga. Han lyckades återigen få grepp om en arm från någon därinne. Denna gång var det svårare att dra upp, men det gick centimeter för centimeter under mycket stor ansträngning. Den räddade var så svårt medtagen att hon själv inte kunde ta sig ut genom fönstret och måste hjälpas ned till marken.

När han såg upp mot fönstret igen insåg han att han nu måste ha en brandslang med upp för att först släcka, innan han kunde fortsätta med livräddning. Föraren av släckbilen hade under tiden hunnit med förbere-

delserna för att förse rökdykarna både i trappan och på utskjutstegen med vatten.

När rökdykaren för tredje gången kom upp till samma fönster slog lågorna in i rummet och det visade sig omöjligt att få ut någon mer. Han försökte i stället kyla de kroppar som låg nere i en hög på golvet i hopp om att rökdykare inifrån skulle kunna nå fram till dem. Efter branden visade det sig att 24 döda ungdomar låg i detta rum (bild 4).



Bild 4. Efter branden visade det sig att 24 ungdomar låg i detta rum. Foto: Olle Johansson.

Lundbystationens stegbil som var framme någon minut efter släckbilen kördes direkt fram till gaveln vid entrétrappan. Maskinstegen med korg restes mot ett fönster, genom vilket det blev möjligt för den brandman som stod i stegkorgen att hjälpa ett antal ungdomar ut. Rökdykare från Gårdastationen tog sig därefter in genom detta fönster.

Vatten till Lundbys slagledning tog från tank och pump på dess släckbil. Tanken rymmer 2,4 m³ och enligt brandmästaren från Lundby blev det vattenavbrott någon minut innan vatten kom från Gårdas tankbil.

Brandmästaren från Lundby var räddningsledare under den första halvtimmen, innan vakthavande brandingenjören formellt övertog ledningen.

Kommentarer

Brandmästaren från Lundby framhöll att mobiltelefoni var ett bra komplement för snabba besked till alarmeringscentralen. Han har vid genomgången också särskilt berömt den prestation som gjordes av den rökdykare från Lundby som räddade två ungdomar över utskjuttstegen.

Ett omvittnat problem vid större insatser är oförmågan att tänka sig det drastiskt oförutsedda. Innebörden av detta är att ledningspraxis ofta präglas av traditionen att åtgärda problem allt efter som de uppstår, det vill säga att vänta och se, och först då börja fundera på vad som skall göras. Motsatsen är tankeprocessbaserat beslutsfattande, att med mental aktivitet hantera skeendet framåt i tid. (Statens räddningsverk 1997).

Brandmästaren från Lundby visade prov på god mental beredskap och initiativrikt ledarskap med tankeprocessbaserat beslutsfattande under mycket svåra förhållanden.

Enligt Arbetarskyddsstyrelsens krav för rökdykning gäller bland annat att rökdykning skall ske med rökskyddsledare och två rökdykare. Rökdykarna skall medföra vattenfylld slang när de går in.

Gårda brandstation

När Gårdastationens släckbil cirka fem minuter efter Lundbystationens var framme kunde deras rökdykare omedelbart göra sina insatser via Lundbys stegbil. Brandmästaren på första styrkan från Gårda berättar:

– Första kontakt med räddningsledaren från Lundby fick jag på radion vid framkörningen. Han bad oss att köra fram till Herkulesgatan. Därifrån lotsade han in oss till brandplatsen. Jag måste kliva ur bilen för att skingra folk så att bilarna kunde placeras rätt. Våra tre rökdykare sattes omedelbart in där Lundbys fanns. De övriga brandmännen svarade för vattenförsörjning och slangutläggning och tog hand om skadade.

En av rökdykarna från Gårdastationen berättar:

– Vi fick order om att det var livräddning som gällde och besked om att det var fullt med människor kvar därinne. Jag klättrade upp i Lundbys maskinstege. Uppe i korgen stod en brandman som redan hade hjälpt ett antal ungdomar att komma nedför stegen.

– När jag skulle hoppa in genom fönstret ropade stegföraren i korgen ”Akta dig – det är högt”. Jag krängde mig in och hade benen hängande ned mot golvet. Då kände jag att jag stod på en klädhylla eller något liknande. Någon tog i mina ben och drog ned mig. När jag släppte taget föll jag ned på en hög av människor. Jag drogs ned på rygg och fick anstränga mig för att komma upp. Det var helt skräckslagna ungdomar som jag hade både under och runt mig. Alla skrek på hjälp. I mörkret

och röken var det svårt att se vem man skulle söka få loss och hjälpa ut först. Då såg jag en flicka som inte verkade vara så medtagen och fick loss henne.

– När jag skulle försöka få upp henne till fönstret förstod jag att jag måste ha in en kort stegge för att komma upp och ut. Jag tvingades släppa flickan och fick snabbt in en kort stegge från stegkorgen utanför. Jag lyckades ställa ned stegen så att den inte stod på någon av de liggande kropparna. Så lyckades jag få upp den flickan till stegkorgen. När jag sedan kom ned igen såg jag ljus från dörren till trappan där många satt fast. Sedan var det ett inferno med att få ut så många som möjligt åt det hållet.

– Ytterligare en rökdykare kom ned till mig. Det var så mörkt och mycket rök därinne att man bara såg siluetter. De som låg där höll fast i varandra så att jag fick dra för att få loss dem. Röken, värmen, utmattningen och trycket bakifrån hade fått dem att sjunka ihop och kilas fast mot varandra. Det krävdes kraftansträngningar att få loss och lyfta ut dem till dörröppningen där rökdykare från trappan tog emot. Alla drog i mig och ville ha hjälp. Jag ramlade flera gånger och fick kämpa mig upp igen. Det blev hetare och hetare i utrymmet och elden kom allt närmare.

– Det tog tid och när jag var inne igen och arbetade med att få loss nästa så märkte jag att luften höll på att ta slut och att jag måste slå på reservluften. Den skall användas för att snabbt retirera ut när luften börjar ta slut. Jag bestämde mig dock för att försöka få med mig ytterligare en av ungdomarna. När jag nådde fram till dörren med den räddade hade jag ingen luft kvar. Jag rev av mig ansiktsmasken så snabbt så att glasögonen följde med. Så var jag ute och bytte luftpaket och sedan in igen.

En annan rökdykare berättar:

– Jag tog mig in till passagen innanför dörren till trapphuset. Där blev jag neddragen av de som låg på golvet och jag hamnade på rygg. De ryckte och drog i mig och risken var stor att andningsskyddet skulle åka av. Jag var tvungen att slita mig fri och komma på fötter, men en höll fast min arm. När jag kommit loss lyfte jag upp en medvetlös och bar honom till dörröppningen, la honom överst i högen av människor där. På utsidan var det andra rökdykare som bar ut de medvetlösa. Sedan fick jag loss ett par till längre in och lyfte fram dem till dörren. Skriken från dem som inte var medvetlösa var ohyggliga att höra.

– När jag återvände inåt fastnade jag i en hög av människokroppar som var fastkilade i varandra. Några skrek högt på hjälp och drog och slet i mig. När jag lyckades få loss en, så var det andra som tog tag i mina ben och jag fick börja om på nytt. Samtidigt var det som mest sju rökdykare inne i passagen till dess branden några minuter senare nådde hela lokalen.

När livräddningsinsatserna började var uppfattningen att cirka 15–20 människor fanns kvar inne i byggnaden. När rökdykarna hade lyckats få ut ett 60-tal ungdomar och branden omöjliggjorde fortsatt räddning stod det klart att kanske lika många var kvar i lokalerna innanför passagen mot dörren.

Det egentliga livräddningsarbetet beräknas ha pågått i cirka 20 minuter. Sedan var den stora lokalen helt övertänd och rökdykarna måste retirera till trappan. En rökdykare berättar om hur han såg hur det brann i kläderna på dem som måste lämnas kvar och hur han hörde de sista dova ljuden innan alla skrik tystnade. Under det fortsatta släckningsarbetet hördes endast signalerna från de dödas mobiler och personsökare, när deras oroliga anhöriga sökte dem.

De som rökdykarna lyckades få ut i ett tidigt skede var rökförgiftade och hade lättare skador. Därefter var de flesta svårt rökförgiftade, medvetlösa och hade mer eller mindre svåra brännskador.

När man något senare fick igång belysning från den ena stegens korg och röken hade lättat kunde man se in i den avsläckta delen av lokalen. Synen nedanför beskrevs som helt ofattbar. Döda människor låg på och runt varandra i högar.

Brandsläckning och förstärkningsstyrkor

Gårdastationens andra styrka larmades ut klockan 23.51 och var framme vid brandplatsen 23.59. Styrkan var något decimerad på grund av ambulanslarmen. Två av brandmännen blev rökdykare i livräddningsinsatserna och de övriga tog hand om vattenförsörjning och brandsläckning. Därefter forcerades en dörr en halvtrappa ned för att en bakväg komma upp och släcka i de lokaler där det brann. Tillsammans med förstärkningar från Partille och Kungälv rökventilerades sedan Backateatern.

Angereds station larmades ut klockan 00.11 och var framme vid brandplatsen 00.22. Fyra rökdykare fick order att avlösa Gårdas då uttröttade rökdykare. Två av brandmännen gjorde en genomsökning av biljardrummet (bild 1) och därefter en inbrytning genom dörren till det trapphus där det brann och påbörjade släckning där.

Första larmet till Mölndals brandstation kom klockan 00.16 med begäran om rökskyddsbil. Efter samråd med stabsbrandmästaren vid alarmeringscentralen togs även katastrofkärran med i utryckningen. Vid framkomsten fick Mölndals brandmästare besked av räddningsledaren att svara för uppsamlingsplatsen i bilhallen med sin styrka.

Öjersjö brandstation larmades som släckningshjälp klockan 01.02 och

var framme vid Backaplan 01.17. Deras insats blev att bevaka så att branden inte spred sig till Backateatern.

Kungälv's räddningstjänst fick begäran om släckningshjälp med en enhet klockan 01.05. De var framme klockan 01.25 med 1 + 4 man samt en värnpliktig räddningsman. De säkrade vattenförsörjning för eventuell insats i Backateatern samt arbetade med eftersläckning på taken.

Frölundas brandstation kallades till brandplatsen klockan 03.00 för avlösning av Lundbys styrka. Deras arbete på platsen blev huvudsakligen att släcka småbränder inne i den brandhärjade byggnaden samt restvärdesarbete.

Sammanlagt arbetade cirka 50 brandmän på platsen fram till klockan 02.00 då branden ansågs vara helt under kontroll och endast eftersläckningsarbete återstod.

Vakthavande brandingenjör till brandplatsen

På grund av något missförstånd eller fel gavs inget befälsalarm för vakthavande brandingenjör och ordonnans (radiooperatör) med ledningsbil när Gårdastationen larmades ut. När stort larm som förstärkning ropades ut på Gårdastationen (23.49) begav sig vakthavande brandingenjör ändock till vagnhallen och gjorde sig klar för uttryckning. Ledningsoperatören som skulle följa med dröjde emellertid. Vakthavande brandingenjör ringde då till alarmeringscentralen som var hårt belastad. Efter ett tag kom det en ledningsoperatör springande till ledningsbilen. Förseeningen har beräknats till mellan 5 och 7 minuter. Inte förrän 23.57 svarades på radio att vakthavande brandingenjör var på väg.

Ledningsbilen med vakthavande brandingenjör var troligen framme på skadepplatsen cirka 00.04. Han lät bilen stanna bakom ledningsambulansen. Det visade sig dock vara för nära brandplatsen, på grund av de många människor, skadade och oskadade samt anhöriga som hunnit komma till platsen. Många av dessa omringade bilen för att be om hjälp. Enligt vakthavande brandingenjör var det flera hundra personer som ropade och skrek och många av dem var aggressiva. Så länge han orienterade sig på platsen övertog han inte räddningsledarfunktionen. Det var fortfarande brandmästaren från Lundby som var förste räddningsledare och som styrde styrkorna dit de behövdes.

Vakthavande brandingenjör uppmanade ledningsoperatören att sätta sig bak i bilen för att upprätthålla sambandet med alarmeringscentralen. Själv sökte han brandmästaren från Lundby (som då var räddningsledare) men hade svårigheter att få kontakt med denne. Han tog då först kontakt med den närbelägna ledningsambulansen. Där träffade han am-

balanssjukvårdaren och fick av denne veta att Lundbys brandmästare fanns lite längre bort mot den brinnande byggnaden.

Cirka 00.10 möttes vakthavande brandingenjör och räddningsledaren från Lundby. Vakthavande brandingenjör fick en snabb lägesorientering om pågående livräddning. Något formellt övertagande av vakthavande brandingenjör som räddningsledare ägde inte rum omedelbart, men på rutin var det underförstått att Lundbys brandmästare blev sektorschef för livräddning. De blev överens om att brandmästaren från Lundby skulle ta hand om förstärkningarna efter hand som dessa kom fram.

Vakthavande brandingenjör, nu i egenskap av räddningsledare, tog sedan kontakt med polisbefäl vid Hjalmar Brantinggatan och fick besked om att avtransport av skadade redan påbörjats med personbilar. Han fick samtidigt erbjudande om taxibilar och accepterade detta för lättare skadade, eftersom ambulanserna bedömdes inte räcka till.

Klockan 00.09 sökte vakthavande brandingenjör kontakt med alarmeringscentralen på mobiltelefon och begärde hjälp med att få fler poliser till platsen. Behovet var stort för att upprätthålla ordning, spärra av och dirigera trafiken. De första ambulanserna kom in innanför stängslet mot Hjalmar Brantinggatan. Det blev trångt att vända och att efter ilastningen köra ut igen. Sedan håll tagits i stängslet kunde bårarna föras ut den vägen och ambulanserna köras fram och ut i samma riktning.

Räddningsledaren begärde cirka 00.10 hos alarmeringscentralen att sjukhusen skulle underrättas om ”Katastroflarm”. Bussar begärdes ånyo till platsen.

Ledningsplats bestämdes klockan 00.12 intill stängsel vid Hjalmar Brantinggatan. Där fanns även polisens insatschef. Någon yttre stab var inte ordnad (ej vanligt i Göteborg). Räddningsledaren hade cirka 00.14 samtal med alarmeringscentralen på mobiltelefon och begärde rökskyddsbil från Mölndal.

Det konstaterades att den yttre uppsamlingsplatsen för skadade (nära ledningsambulansen) inte fungerade. Skadade släpades eller bars utan bårar direkt till ambulanserna. Alltfler anhöriga strömmade till. Våld förekom mot polismän, brandmän och ambulanspersonal. Man ryckte och slet i dem för att få hjälp, före dem som de redan höll på med. Inga bårar fanns tillgängliga, utom de som fanns i ambulanserna. Skadade låg på marken.

En brandman tog kontakt med räddningsledaren cirka 00.15 och föreslog att en närliggande bilhall skulle tas i anspråk som uppsamlingsplats för skadade. Han fick tillstånd att bryta upp dörren dit, vilket gjordes med en kapsåg. I bilhallen fanns både ljus och värme. Två pojkar hjälpte till med att bereda plats och att börja bära in skadade.

Klockan 00.20 rekvirerades sjukvårdens katastrofkräva från Mölndal för att få bårar och filter. Inga avspärningar fungerade, polisen räckte inte till. Rapport kom till räddningsledaren om bråk och störningar inne i uppsamlingsplatsen. Polis begärdes dit för att få ordning. En skyddad uppsamlingsplats för döda anordnades på baksidan av Backateatern.

Ambulansföreståndaren från Mölndal tog kontakt med räddningsledaren cirka 00.30 och meddelade att han hade med sig en sjukvårdsgrupp (läkaren var inte ledningsläkarutbildad) från SU/Östra. Ledningsambulansens sjukvårdare kom samtidigt fram och informerade om läget. De tre enades om att ambulansföreståndaren skulle ta samordningsansvaret mellan SOS-Alarm och fördelning av skadade från uppsamlingsplatsen till sjukhusen och rapportera till SOS-Alarm om fördelningen till sjukhusen. Två OLA-ambulansers personal gav sjukvård vid skadeplassen.

Räddningschef i beredskap till brandplatsen

Räddningschefen i beredskap söktes av alarmeringscentralen på personsökare före 00.00 men sökningen gick inte fram. Han ringdes då upp på telefon cirka 00.05 och fick de uppgifter om branden som då var tillgängliga. Räddningschefen i beredskap begärde omedelbart höjning av stabsberedskapen, vilket bland annat innebär inringning av personal för bemanning av den inre ledningsstaben. Han meddelade samtidigt att han skulle åka direkt till brandplatsen. Till sitt förfogande har han ett utrycknings/ledningsfordon. På vägen ut avlyssnade han ledningskanalerna och fick ytterligare uppgifter om branden vid Backateatern.

Räddningschefen i beredskap anlände till brandplatsen och samgrupperade med polisinsatschefen, som nyligen hade kommit till platsen. Han sökte upp vakthavande brandingenjör som då var räddningsledare och fick en lägesrapport. Räddningschefen i beredskap tog över som räddningsledare och vakthavande brandingenjör blev skadeplasschef och brandmästarna sektorchefer.

Eftersom läget till synes var kaotiskt och det förekom bråk runt skadeplassen som störde räddnings- och sjukvårdsarbetet fattades beslut om att snabbt försöka skapa en lugnare och drägligare arbetsmiljö. Efter samtal med polisinsatschefen startade en uppsamling av lätt skadade, anhöriga och övriga som inte hade på skadeplassen att göra. Tidigare beställda bussar lastades och två bussar kördes till SU/Sahlgrenska och en buss till SU/Mölndal. I varje buss medföljde poliser.

Pressfotografer och journalister var tidigt på brandplatsen och fler dök upp efterhand. Även föräldrar och vänner strömmade till och efterfrågan på information ökade betydligt.

Räddningsledaren i beredskap insåg tidigt att mediatrycket skulle öka varför förslag om att ordna presscenter på Gårda brandstation sändes till ledningsstaben. Mediarepresentanter på platsen informerades om att presskonferens snarast skulle ordnas och all information skulle ges där. Detta lättade på mediatrycket på skadeplatsen.

Sammanfattning av räddningsverksamheten

Enligt brandmästaren från Lundby bars den sista räddade ut cirka 00.15 varefter släckningsarbetet fortsatte och utvidgades via omgivande lokaler till nödtrapphuset och angränsande Backateatern, som även ventilerades med fläktar. Skadeplatschefen (då vakthavande brandingenjör) och sektorschefen (brandmästaren från Lundby) gjorde en gemensam orientering runt hela byggnadskomplexet. Klockan 01.54 rapporterades till alarmeringscentralen att alla skadade var förda till sjukhus.

Branden rapporterades som släckt klockan 02.02. Klockan 03.00 kallades en brandmästare och fyra brandmän till brandplatsen för avlösning av kvarvarande styrka.

När branden utbröt beräknas cirka 390 personer ha befunnit sig i Makedoniska föreningens lokaler. Av dem hade cirka 260 själva tagit sig ut innan räddningstjänstens ankomst. Omkring 150 av dessa var rökförgiftade eller skadade på annat sätt och transporterades till sjukhus.

Av de 120 personer som beräknats ha varit kvar i byggnaden vid räddningsarbetets början kunde cirka 60 räddas ut av rökdykarna. Ett tiotal av dessa avled av sina skador.

Sammanlagt överlevde alltså över 300 av de ungdomar som fanns i byggnaden vid brandutbrottet. Totala antalet döda var 63 och antalet skadade som transporterats till sjukhus var 213.

Räddningstjänstens stabsverksamhet

Genom tidigare katastrofer inom Göteborgsområdet, bland annat Tuveraset 1977, Tågolyckan i Lerum 1987 och spårvagnsolyckan i Göteborg 1992, har Storgöteborgs räddningstjänst och SOS/RC stor erfarenhet av stabsarbete vid större räddningsinsatser. Staben är placerad inom SOS/RC vid Gårda brandstation.

Staben har tre nivåer av beredskap:

Grön – för normal verksamhet

Gul – förhöjd beredskap

Röd – högsta beredskap (stora insatser)

Den gula beredskapen intas när prognosen är att tre stationer kommer att vara i verksamhet i mer än två timmar, eller att fyra stationer är utlärmade i mer än en timme. Bedömningen görs efter lägesrapport från räddningsledaren.

Den röda beredskapen intas vid större eller långvarigare insatser. Stabsverksamheten innebär bland annat stöd åt räddningsledare och beslutsfattare och att skapa framförhållning i verksamheten. Det berör även samverkan med polis, sjukvård osv.

Räddningstjänstens alarmeringscentral inom räddningscentralen har en stabsbrandmästare. När han i detta fall cirka tio minuter efter första lägesrapporten från brandplatsen fick klart för sig skadepanoramata ringde han upp den som var räddningschef i beredskap. Då beslutades om höjd beredskap och räddningschefen meddelade att han omedelbart skulle bege sig direkt till brandplatsen.

Den höjda beredskapen innebar att även räddningsdirektören, som tillika är räddningschef, samt en biträdande avdelningschef och en brandingenjör uppringdes av stabsbrandmästaren och begav sig till räddningscentralen och den för detta ändamål inredda lokalen. Klockan cirka 00.30 var dessa på plats. Gul beredskap hade då gått över i röd och ytterligare personal kallades in. Räddningsdirektören övertog ledningen av staben och kallade in stabschef och extra vakthavande brandingenjör.

Den som utsågs till stabschef är biträdande avdelningschef och brandingenjör. Han ringdes in från hemmet av alarmeringscentralen cirka 00.02 och kom dit 00.30. Ytterligare två brandingenjörer kallades till staben, en som extra vakthavande brandingenjör och en för samverkan med kommunens stab och med sjukvården.

Räddningstjänstens ambulansenhetschef ringdes upp av SOS klockan 00.25 och var på plats i staben 00.45. Han ringde då in Västra Götalandsregionens beredskapschef för sjukvård, som kom till staben strax efter klockan 02.00. Räddningstjänstens informationssekreterare ringdes upp 00.41 och kom till staben 01.30. Ytterligare 16 personer kallades in för att bemanna de olika sektionerna i staben. Totalt arbetade 18 personer med skilda uppgifter i sektioner av staben och för samverkan med andra organisationer och myndigheter.

Sedan den röda stabsberedskapen organiserats i för detta ändamål avsedd lokal inom RC underrättades även Göteborgs stads katastrofsamordningsgrupp genom att stadsdirektören kontaktades. Denne underrättade i sin tur kommunstyrelsens ordförande som senare infann sig på Gårda brandstation. Den kommunala gruppen med deras informationsdirektör samlades i ett särskilt rum nära staben.

Sjukvården bildade en egen stab, först i ett rum intill räddningstjänstens stab, sedan i en lokal inom SOS/räddningscentralen. För att inte

belasta SOS/alarmeringscentralen, radiokanaler och televäxel användes mobiltelefon i stor utsträckning och med gott resultat.

Stabsarbetet inriktades i första hand på att komplettera bemanningen inom räddningstjänsten genom att kalla in ytterligare personal. Chefer utsågs för personal- och informationssektionerna samt för samverkan med sjukvården, polisen och informationen.

Stabsarbetet gick i stort sett bra. Informations- och personalsektionerna prioriterades med tanke på det massmediala trycket. Många ringde för att få närmare uppgifter om katastrofens omfattning. Extra larm- och ledningsoperatörer kallades in både för stabens och alarmeringscentralens räkning. Räddningssektionen bemannades med personal från den förebyggande avdelningen.

Behov av översättare och tolkar visade sig föreligga och personal för dessa uppgifter kallades in till informationssektionen. SU/Östra meddelade att de anordnat en presskonferens redan klockan 02.30 om de skadade som förts till sjukhusen. Informationssektionen sände en information till skadaplatsen 02.00.

Under verksamheten i räddningstjänstens stab och den kommunala gruppen förbereddes en första presskonferens i stora samlingssalen på Gårda brandstation klockan 03.30. Räddningstjänstens informationschef fungerade som förmedlande länk mellan räddningstjänstens stab och kommunens informationssektioner.

Stabsorienteringar med koordinering av stabens arbete hölls med jämna mellanrum under hela natten. Begäran från polisen om hjälp med transporter av de döda från brandplatsen till SU/Sahlgrenska löstes på ett värdigt sätt av räddnings- och personalsektionerna. Ritningar och annan dokumentation om den brunna byggnaden och dess brandskydd skaffades. Mat och dryck ordnades för personalen. Kök, reception och telefonväxel på Gårda brandstation bemannades.

Räddningstjänstens stabsverksamhet var samordnad med kommunens genom dess samordningsgrupp.

Efter klockan 04.30 kom kommunstyrelsens ordförande till räddningscentralen och staben för att medverka i en andra presskonferens klockan 05.00. Under morgontimmarna mellan klockan 06.00 och 09.00 avlöstes stabspersonalen och beredskapen sänktes från röd till gul. Den gula beredskapen bibehölls fram till en sista stabsorientering som hölls klockan 14.00. Beredskapen övergick då till normal, men med en förstärkt informationssektion i räddningscentralen.

Stabsverksamheten inklusive informationsarbetet ställde stora krav på teleförbindelserna. Klockan 04.15 togs därför kontakt med brandtekniker i beredskap. Denne tjänstgjorde hela morgonen och fram till klockan 16.30 på eftermiddagen. Dessutom togs flera data- och kommunikations-

tekniker från tekniska avdelningen i anspråk för olika åtgärder, bland annat för inkoppling av ytterligare telefonväxelbord, journalisters personatorer och högtalaranläggning i aulan. Vidare ordnades två utlandsöppna telefonanknytningar i presscenter.

Informationsverksamhet och presskonferenser

Storgöteborgs räddningstjänst har en informationsfunktion med en heltidsanställd informationschef. Vid höjd beredskap ingår dessutom ett brandbefäl i stabens informationsfunktion. Göteborgs stad har även en katastrofdelegation med en samordningsgrupp, vari ingår ansvar för information.

Informationschefen ringdes upp klockan 00.41. På hennes begäran kallades även kommunens informationsdirektör m.fl. Vid 02-tiden samlades en informationsgrupp bestående av representanter för räddningstjänsten, kommunen och sjukvården i ett separat rum invid stabslokalen på Gårda brandstation. De diskuterade åtgärder och arbetsfördelning efter samråd med räddningsdirektören. För att få ytterligare uppgifter sändes vid samma tidpunkt en informatör (ledningsoperatör) till brandplatsen. Denne rapporterade sedan på mobiltelefon till informationsgruppen.

Från staben lämnades klockan 01.50 uppgifter till informationsgruppen som underlag för ett första pressmeddelande, som sändes ut via TT. I meddelandet kallades till en första presskonferens på Gårda brandstation klockan 03.30. Meddelandet undertecknades av Göteborgs stads informationsdirektör. Personal kallades även in för översättning och besvarande av frågor från utländska medier

Besked kom från SU/Östra att man där ordnade en presskonferens klockan 02.30 för information om antal skadade till sjukhusen och om telefonnummer som anhöriga kunde ringa m.m.

Klockan 03.00 sändes ett pressmeddelande ut till radio, TV, TT och SOS m.fl. I detta hänvisades oroliga anhöriga till särskilda telefonnummer på sjukhusen. Vidare angavs de telefonnummer som polisen hänvisade till om frågor rörande branden. Det meddelades även att stadsdelsförvaltningarna skulle inrätta kriscentra ute i stadsdelarna (skolor etc.), bemannade med krispersonal. Meddelandet översattes till engelska och sändes ut som en så kallad press-release. Senare sändes ytterligare pressinformation ut på engelska med angivande av tidpunkt för nästa presskonferens.

Trycket från både svenska och utländska medier blev allt större och fler och fler journalister kom till Gårdastationen. De togs emot vid receptionen i entréhallen samt i ett iordningsställt presscentrum. Telefoner och övriga hjälpmedel ställdes till förfogande.

Senare på morgonen och under förmiddagen anlände in- och utländska TV-team.

Presskonferenserna hölls i räddningstjänstens stora hörsal på Gårda-stationen. Lokalen visade sig vara mycket lämplig för detta ändamål med hänsyn till storlek, ljudanläggning och plats för TV-kameror.

Räddningsdirektören, tillika räddningschefen i Göteborg, ledde presskonferenserna med en hård styrning som gav alla samma möjlighet att ställa frågor och få svar. Tolkar fanns på plats. Beroende på frågans art svarade från podiet företrädare för räddningstjänst, polis, sjukvård och myndigheter. Efter de gemensamma presskonferenserna gavs tillfälle till intervjuer med dem som medverkat. Tolkar fanns till förfogande och kopior med beskrivning av den brandhärjade byggnaden, uppgifter om tider för alarmering m.m.

Uppgifter om passivitet i räddningsinsatsen och att poliser och brandmän till och med hindrat en del ungdomar från att rädda sina kamrater förmedlades via en del medier. Dessa påståenden saknade all relevans.

Kommentarer

Trots klarläggande under presskonferenserna förmedlades negativa omdömen om räddningsinsatserna. En förklaring kan vara invandrarungdomarnas bakgrund och misstro mot myndigheter, liksom de psykiska påfrestningar de fått utstå. Det var mycket starka känslor som kom till ytan och ogrundade rykten kom i omlopp.

Räddningsdirektören i Göteborg har framhållit att det var extra viktigt att under sådana förhållanden förmedla korrekt information. Under de följande veckorna efter branden tog räddningstjänsten och polisen därför kontakt med de grupper som visat en ogrundat negativ uppfattning om räddningsinsatserna och myndigheternas agerande. Dessa möten visade sig vara klarläggande och medförde att de negativa attityderna upphörde.

Insatser av polisen

Första larmet om branden kom till Länskommunikationscentralen, Polishuset i Göteborg klockan 23.47. Larmet vidarebefordrades omgående till polisbilar i Göteborg. Två minuter senare (23.49) anlände en patrull från Lundby polisstation till brandplatsen, mindre än en minut före första brandstyrkan. Polisen möttes av skrikande, chockade och svårt medtagna människor, som lyckats eller försökte ta sig ur den eldhärjade fastigheten. Inom fem till tio minuter anlände ytterligare elva polispatruller. Ytterligare sju polispatruller anlände senare under natten. Samman-

lagt deltog alltså 19 polispatruller. Totalt arbetade 42 poliser på brandplatsen under de första timmarna. De hade tre huvudsakliga uppgifter:

- Livräddning. Man gjorde upplivningsförsök och lade förband på ett flertal skadade.
- Avspärning. Man spärrade av området och höll människor borta så att brandpersonalen skulle kunna utföra sitt arbete. Man hindrade människor, som försökte ta sig in i fastigheten, på grund av den överhängande risken att de själva skulle förolyckas.
- Uppsamlingsplatser. Man hjälpte skadade till uppsamlingsplatser för skadade, bar omkomna till en uppsamlingsplats för döda och man placerade upphittat gods på en härför avsedd plats, som bevakades. Poliser assisterade sjukvårdens personal, skapade fri väg för ambulanserna och inledde arbetet med registrering (gav de skadade nummer för identifiering).



Bild 5. När branden var släckt övertog polisen huvudansvaret för brandplatsen. Foto: David Johansson/Kamerareportage.

Klockan 02.47 då branden var släckt övertog polisen huvudansvaret för brandplatsen. Klockan 03.30 transporterades de döda från brandplatsen. Polisen biträdde räddningstjänsten och såg till att transporten skedde under värdiga former.

Poliser med bevaknings- och registreringsuppgifter fanns från cirka 00.30 på SU/Sahlgrenska, SU/Östra, SU/Mölndal och Kungälvssjukhus. Man frågade skadade, som var vid medvetande, efter deras namn. Man försökte identifiera och registrera medvetlösa med hjälp av handlingar i fickor, plånböcker, väskor etc. Man tog hand om hundratals oroliga människor, anhöriga och vänner, som samlats på sjukhusen under natten, så att sjukvårdspersonalen fick arbeta så ostört som möjligt. Man bad de anhöriga om beskrivningar på saknade personer, som ett led i identifieringsarbetet.

Omkring klockan 02.15 inleddes arbetet med debriefing av polisens egen personal.

Förundersökningen, med primärt syfte att klarlägga brandorsaken, inleddes under natten. All personal från tekniska och spaningsrotlarna samt personal från utrednings- och underrättelserotlarna deltog i utredningen. Även expertis från Statens Kriminaltekniska Laboratorium och Statens Elsäkerhetsverk deltog i den tekniska undersökningen. På fredagen gjordes en första överblick av brandplatsen, som fortfarande var för varm för att man skulle kunna göra en teknisk undersökning.

Under fredagen den 30 och lördagen den 31 oktober var polisens arbete koncentrerat kring att registrera och identifiera skadade och döda samt att underrätta anhöriga. Som mest arbetade 170 poliser med utredningen och identifieringen. På söndagskvällen den 1 november hade samtliga 60 omkomna identifierats och anhöriga underrättats.

Fredagen den 30 oktober öppnades delar av den brandhärjade lokalen tillfälligt under övervakning av polisens insatschef och kriminalteknisk personal i samband med att statsminister Göran Persson och försvarsminister Björn von Sydow och representanter för Göteborgs kommunstyrelse besökte brandplatsen. Även massmedia fick då tillträde. På lördagen den 31 oktober öppnades lokalerna ånyo tillfälligt då integrationsminister Ulrika Messing besökte brandplatsen.

På fredagsmorgonen inleddes vittnesförhören. Totalt förhöordes cirka 150 personer under den följande veckan: ungdomar som varit inne i lokalen, fastighetsägaren, butiksägare i kringliggande fastigheter, folk i grannskapet samt poliser och brandpersonal som tjänstgjort på brandplatsen. Syftet med förhören var att klarlägga vad som hänt, minut för minut, under kvällen. Festdeltagarna utfrågades om var de uppfattat att branden börjat, om man känt brandrök, om man lagt märke till något elfel osv.

Under lördagsmorgonen den 31 oktober inleddes den tekniska undersökningen. Polisens tekniker arbetade sig försiktigt fram genom aska och bråte på brandplatsen.

På eftermiddagen måndagen den 2 november höll polisen sin första självständiga presskonferens om brandkatastrofen i Polishuset på Skånegatan. Man efterlyste då tips från allmänheten och inrättade en tipstelefon som var öppen dygnet runt. Under den följande veckan hölls dagliga presskonferenser

Tisdagen den 3 november underrättades anhöriga till en 15-årig flicka, som saknats sedan branden, att man funnit hennes kropp under den tekniska undersökningen. Kroppen påträffades i sittande ställning under ett fönster.

SOS Alarm AB

Organisation

SOS-centralen i Göteborg ansvarar för Göteborg, gamla Älvsborg och Bohuslän (cirka 1,2 miljoner invånare) och är samlokaliserad med Sjukvårdupplysningen och alarmeringscentralen för Räddningstjänsten Storgöteborg. Samtliga ambulanser inom området larmas ut och dirigeras av SOS-operatörer som också larmar ut räddningstjänsten i 30 kommuner. Räddningstjänstären i Göteborgs och Mölndals kommuner kopplar SOS-operatören över till räddningstjänstens egen alarmeringscentral där intervjun fullföljs och räddningsenheterna larmas ut. Den aktuella natten var SOS-centralen bemannad med fem SOS-operatörer samt en operatör hos räddningstjänsten. En av SOS-operatörerna fungerar som samordnare vilket innebär att den personen ansvarar för det operativa samordningen och för den operativa tekniken.

112

Samtliga 112-samtal i Sverige hanteras i någon av SOS Alarms 20 SOS-centraler. Cirka 110 stycken 112 samtal, på något sätt relaterade till branden, mottogs på centralen de första 90 minuterna efter det att branden startade. Det kom ett stort antal samtal från brandplatsen men många ungdomar ringde också hem och för att få mer information ringde många anhöriga till 112.

Arbetsuppgifter

Förutom att hantera 112-samtalen arbetar SOS-operatören med att larma ut räddningstjänst, larma ut och dirigera ambulanssjukvård, vara mottagare av automatiska larm såsom brand, inbrott, drift, överfall m.m.

Operatörerna hanterar även trygghetslarm, jourtelefonering och bilbärgning.

Arbetsmetodik under brandnatten

Eftersom Räddningstjänsten i Storgöteborg sköter utlarmning av sina räddningstjänstresurser hamnade fokus för SOS på utlarmning och dirigering av ambulansresurserna. Vid tidpunkten för första larmet arbetade två operatörer med ambulansverksamheten för hela upptagningsområdet. Snabbt efter första larmet omdisponerades resurserna och ytterligare en operatör kunde hantera ambulanserna. Fördelningen blev sådan att två operatörer arbetade med ambulansresurserna för branden och den tredje fick hantera det övriga området samt mottagning av 112-samtal. Övriga operatörer, inklusive samordningsoperatören, fick arbeta med att svara på 112 samt sköta övriga tjänster inom området.

Så fort som möjligt ringdes sedan driftledaren, driftchefen och en driftassistent in. För SOS Alarm var den stora belastningen ganska snabbt överstånden, men på grund av påfrestningarna som varit avlöstes all personal när den akuta fasen var över cirka 03.30.

Den ambulansansvarige enhetschefen på räddningstjänsten i Storgöteborg beslutade att följa händelseutvecklingen från larmcentralen. Det utvecklades ett spontant arbetsätt där han, i kontakt med operatörerna och befälen på plats, kunde bistå i arbetet med att fördela patienterna mellan sjukhusen. Under natten kom sedan också driftledaren och driftchefen att bistå i det arbete som tog vid efter den intensiva larmfasen.

Intern och extern uppföljning och massmediakontakter tog sedan all tid för två personer under en veckas tid.

Stab

Räddningstjänsten i Storgöteborg och kommunens ledning etablerade snabbt en stab i de för ändamålet avsedda lokalerna som ligger i direkt anslutning till larmcentralen. Senare under natten anslöt företrädare för sjukvårdens beredskapsenhet som också etablerade stab i lokalerna. SOS ingår inte i någon av staberna men får, framförallt innan staberna etablerats, mycket arbete med att bistå med information och uppgifter av olika slag.

Media

Kort efter första larmet började kontakterna med media. I första läget ansvarar alltid samordningsoperatören för den information som efterfrågas. En del redaktioner abonnerar på en tjänst där SOS i tidigt skede lämnar kort information om vad som hänt och var det har hänt.

I efterförloppet blev mediatrycket stort mot SOS. Intresset kretsade runt hur det första larmsamtalet lät och om larmcentralens handläggningstid påverkat skadeutfallet. SOS valde att från första presskonferensen och framåt använda en och samma informatör, som under en veckas tid hade ett stort antal mediakontakter.

Egen personal

De operatörer som tjänstgjorde blev avlösta någon timma efter det att huvuddelen av insatsen var avklarad. De stannade kvar på arbetsplatsen och fick under morgontimmarna fortlöpande information om händelsen. Innan de gick hem deltog samtliga i en debriefing tillsammans med ambulanspersonalen. Ytterligare samtal genomfördes under de närmaste dagarna efter händelsen.

Kommentarer

SOS Alarms operatörer hanterade situationen mycket bra. Framtida teknik och kompetensutveckling kommer med all säkerhet att ytterligare förbättra förmågan att hantera större olyckor och katastrofer. Ett stort problem är den stora mängden 112-samtal som händelser av det här slaget genererar. I takt med mobiltelefoniutvecklingen har mängden samtal i samma ärende ökat dramatiskt vilket naturligtvis kan påverka det övriga arbetet i inledningsskedet av en större händelse.

Samverkan med de olika staberna fungerade väl, men möjlighet att upprätthålla den operativa förmågan bygger på att staberna etableras snabbt, vilket sannolikt går att utveckla ytterligare.

Instruktionerna från sjukvården om utlarmning av sjukvårdgrupper och ledningsläkare kan förbättras. Betydelsen av att vid alla större insatser snabbt etablera en tydlig ledning på plats skall inte underskattas. Åtterrapporeringen till SOS-operatören är viktig, då motsägelsefull eller bristfällig information riskerar att leda till felaktiga beslut om vilka resurser som skall fördelas till en pågående större insats.

Sjukvårdsinsatser inom skadeområdet

Allmänt, planering

Sverige har med hänsyn till sin storlek sedan länge intagit en framträdande plats vad gäller medicinsk utbildning och planering inför katastrofer. Det dokument som reglerar sjukvårdens insatser i samband med stora olyckor och katastrofer är Socialstyrelsens Allmänna Råd 1992:5. Under år 2001 kommer dessa Allmänna råd att ersättas av ”Medicinsk katastrofberedskap” (riktlinjer). Denna säger i korthet att varje sjukvårdsinrättning är skyldig att ha en katastrofplan som är väl känd och övad av alla anställda. Sjukvårdens insatser på en skadeplats består i första linjen av enheter från ambulanssjukvården. Vid större olyckor skall så kallade sjukvårdsgrupper, bestående av läkare och sjuksköterska/undersköterska, sändas ut från sjukhus eller primärvård. Denna personal skall vara utrustad samt väl utbildad och övad för prehospitalt arbete.

Ledningsfunktion

Den medicinska ledningen på skadeplatsen skall utövas av den medicinskt mest kompetenta personen. Detta sker genom att en av ambulanserna (vanligen den först anlända) utses till ledningsambulans. Dess personal får initialt ledningsansvaret för det medicinska arbetet på skadeplatsen. Är olyckan av sådan storlek att en sjukvårdsgrupp kommer till plats övertages ledningsansvaret med automatik av läkaren i denna grupp. Rör det sig om en mycket stor olycka/katastrof skall flera sjukvårdsgrupper skickas ut, och ledningsansvaret övertages då av den mest erfarna läkaren. Denna benämnes ”ledningsläkare” och förutsätts inte ha några direkt patientvårdande uppgifter utan har en renodlad ledningsfunktion. Speciell utbildning för ledningsläkare på skadeplats anordnas årligen av Socialstyrelsen och många sjukvårdshuvudmän. Oftast är ledningsläkaren grupperad på en ledningsplats tillsammans med motsvarande personer från den kommunala räddningstjänsten (räddningsledaren) och polisen (polisinsatschefen). Tillsammans utgör dessa tre personer räddningsledningen.

I de medicinska ledningsuppgifterna på skadeplats ingår att inventera skadeutfallet, rekvirera behövliga förstärkningar, skaffa fram de sjuktransporter som behövs och se till att de skadade får fullgott medicinskt omhändertagande på skadeplats. Oftast sker detta på en särskilt upprättad uppsamlingsplats för skadade. Vidare skall de drabbade prioriteras på ett korrekt sätt inför transport till sjukhus, vilken skall ske på ett sådant sätt att sjukhusen i regionen belastas jämt.

Storgöteborgs organisation för sjukvård på skadeplats

Storgöteborgs räddningstjänst har en organisation med integration av ambulanssjukvård och brandförsvaret. Under den första timmen fick detta förhållande särskilt stor betydelse vid omhändertagandet av det mycket stora antalet svårt skadade, särskilt rökförgiftade med andningssvårigheter.

Inom räddningstjänsten är en ambulansöverläkare anställd på halvtid. Hon har även ledningsläkarutbildning. Vidare finns en enhetschef med bakgrund som sjuksköterska och en samordningsansvarig sjuksköterska.

Ambulansöverläkaren kunde ha kallats till staben eller som ledningsläkare, men detta ingick inte i larmrutinerna och hon blev ej uppringd under brandnatten. Ambulansenhetschefen blev däremot inringd till Gårda brandstation klockan 00.25 och var på plats i röd stabsberedskap där klockan 00.45. Inom staben hade han i uppgift att leda ambulansverksamheten i samråd med ledningsambulansen. Detta samband hölls mest via mobiltelefon.

Räddningstjänsten i Storgöteborg har förutom vanliga ambulansen, två så kallade OLA-ambulanser (Olycksfallsambulanser). Dessa har extra utrustning och är alltid bemannade med en sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare. Sjuksköterskan har som regel erfarenhet från anestesi-, akut- och hjärtintensivvårdsavdelning (HIA) på sjukhus. Sjukvårdaren/brandmannen kan ha undersköterskeutbildning och har 20 veckors ambulansutbildning (se vidare nedan).

Av de övriga ambulanserna är 11 dygnsambulanser och 6 dagambulanser. Av antalet brandmän i Göteborg är cirka två tredjedelar ”rödsvita”, det vill säga även ambulansutbildade. Detta innebär att de, när de ingår i brandstyrkor, på brand- och olycksplatsen även kan utföra vissa sjukvårdsuppgifter. Även övriga brandmän och befäl har ambulanserfarenhet. Några av de äldre brandmännen ingår dock inte i ambulansverksamheten.

OLA-ambulanserna har 2 st 5-liters och 2 st 2,5 liters syrgasbehållare. På vissa av brandbilarna finns sjukvårdsutrustning, till exempel syrgas, defibrillatorer och annan sjukvårdsmateriel.

Sjukvårdsresurser och insatser i det första skedet

Lundbystationens OLA-ambulans larmades ut 23.47 (cirka 2 minuter efter räddningsstyrkan) samtidigt med en vanlig ambulans från räddningstjänsten. Vid framkomsten till brandplatsen tog man kontakt med räddningsledaren (brandmästaren från Lundby) om lämpligaste infartsväg för ambulanserna till skadeplatsen. Den första ambulansen kom till brandplatsen klockan 23.50 och den första OLA-ambulansen klockan 23.53. Den andra OLA-ambulansen (från Gårda) anlände cirka 00.05. Mellan de båda gjordes en överenskommelse om sektorsindelning, med Lundbys OLA-ambulans som ledningsambulans. Larmtider för samtliga ambulanser samt sjukvårdspersonal framgår av följande tabell:

<i>Larmtid</i>	<i>Organisation</i>	<i>Funktion</i>
23.47	Räddningstjänsten Göteborg	Ambulans
23.47	Räddningstjänsten Göteborg	OLA ambulans
23.51	Mölnbys ambulans	Ambulans
23.51	Räddningstjänsten Göteborg	Ambulans
23.51	Mölnbys ambulans	Ambulansbefäl
23.52	Räddningstjänsten Göteborg	Ambulans
23.53	Räddningstjänsten Göteborg	Ambulans
23.54	Räddningstjänsten Göteborg	Ambulans
23.55	Östra Sjukhuset	Sjukvårdsgrupp
23.57	Mölnbys ambulans	Ambulans
23.58	Räddningstjänsten Göteborg	OLA ambulans
23.59	Mölnbys ambulans	Ambulans
00.01	Kungälv ambulans	Ambulans
00.05	Läkartransporter	Stadsläkarjour
00.12	Kungälv ambulans	Ambulans
00.12	Läkartransporter	Ambulans
00.12	Läkartransporter	Ambulans
00.26	Stenungsunds ambulans	Ambulans
00.35	Mölnbys ambulans	Ambulans
00.42	Sahlgrenska sjukhuset	Sjukvårdsgrupp

Personalen på ledningsambulansen bestod av en sjuksköterska med nio års erfarenhet från kirurg-, anesthesi-, intensiv- och akutavdelningar på sjukhus samt cirka två års tjänstgöring på OLA-ambulans. Den brandman som var chaufför och ambulanssjukvårdare hade 20 veckors ambulansutbildning, en kurs i ledningsambulansfunktion och erfarenhet av 20-års tjänstgöring på OLA-ambulans.

Uppgifterna för ledningsambulansen bestämdes med hänsyn till det medicinska och organisatoriska ansvaret. Antalet skadade på utsidan av byggnaden bedömdes då vara ett 30-tal, vilket meddelades till SOS med begäran om fler ambulanser. Det visade sig sedan snabbt att antalet var flerdubbelt större. Ledningsambulansen placerades nära staketet mot Hjalmar Brantinggatan och därmed nära den blivande ledningsplatsen.

En första uppsamlingsplats för skadade upprättades strax därefter vid närmaste husvägg och under bar himmel. OLA-sjuksköterskan på ledningsambulansen har själv beskrivit sin omedelbara insats så här:

– Som ansvarig för det medicinska arbetet på skadepplatsen, tillsammans med övrig sjukvårdspersonal, stod jag inför fyra avgörande beslut. De var prioritering, behandling, avbrytande av behandling och avtransporter med ambulans. Utgångsläget var bedömningen att hela skadepplatsen liknade en krigsskadepplats. Delbesluten måste tas därefter. Försök att använda prioriteringslappar och behandlingskort gick inte att genomföra på grund av det svåra kaoset. Till en början var skadepanoramat: de lätt rökskadade som tagit sig ut själva och de som hoppat genom fönstren. Det accelererade strax därefter när rökdykarna fick loss den så kallade proppen. Då kom de personer ut som hade allvarliga rök- och brännskador. Fem eller sex av dessa avled på uppsamlingsplatsen. Stämningen runt ledningsambulansen var tumultartad och våld förekom mot ambulanssjukvårdare.

Behandlingen var först inriktad på att upprätthålla fria luftvägar. För att uppnå detta lades ett stort antal patienter i framstupa sidoläge. Oskadade ungdomar hjälpte till med detta. Lättare skadade fick sättas i grupp och dela på syrgas, som inte räckte till för det stora antalet. När de svårast skadade kom ut blev det aktuellt med intubering i 4–5 fall, HLR (hjärt-lungräddning) och användning av bärbar EKG-utrustning. Svårt brännskadade fick initialt chockförebyggande vätskebehandling i begränsad omfattning på grund av brist på vätska. Kylning av brännskador gjordes inte, dels beroende på brist av natriumklorid, dels för att undvika hypotermi. På uppsamlingsplatsen klippte jag upp kläder på brännskadade patienter för att förhindra utbredning av skadorna. Det var inte aktuellt att behandla frakturer (reponering eller fixering) för dem som hoppat från fönster, slutar OLA-sköterskan sin berättelse.

Trots alla ansträngningar för att rädda livet på de svårast skadade



Bild 6. En första uppsamlingsplats för skadade upprättades under bar himmel. Foto: Niklas Maupoix/Kamerareportage.

avled fem eller sex av dem under behandling på skadeplatsen. En kvinnlig jourläkare som kommit tillstådes hjälpte sjukvårdarna att fastställa när försök till återupplivning kunde avbrytas.

Sjukvårdaren i ledningsambulansen svarade för det organisatoriska arbetet tillsammans med räddningsledare och polis, senare även med hjälp av den ambulansföreståndare som kom till platsen cirka 00.30. De skötte fördelningen av patienter till sjukhus och hade samband med SOS och staben på Gårda.

En ambulansföreståndare från Mölndals ambulansstation ringdes upp från SOS i sitt hem utanför Kungsbacka vid 24-tiden. Han meddelades att ambulansen begärts till Backateatern där ”något stort inträffat”. Han körde på eget initiativ till SU/Östra och hämtade en sjukvårdsgrupp bestående av en läkare, en sjuksköterska och en undersköterska. Läkaren var inte ledningsläkarutbildad. När sjukvårdsgruppen anlände cirka 00.30 blev dess uppgift att ta hand om skadade på uppsamlingsplatsen i bilhallen.

En del av de sjukvårdsutbildade brandmännen fick lämna sina ordinarie uppgifter och hjälpa till med att ta hand om skadade. En av dem berättar:

– Denna natt var det min uppgift att köra släckbilen. När vi kom fram och jag tittade upp mot den brinnande byggnaden såg jag folk hoppa

eller bli utknuffade från fönstren. Lågorna slog ut ur fönstren samtidigt som det hängde folk ut ur dem. Jag hjälpte till att få fram en utskjutstege. Jag tog sen fram slang, grenrör och strålrör och släppte fram vatten till rökdykarna.

– Efter det klarade jag inte att se alla skadade som låg runt brandbilen. De blev bara fler och fler. Jag började bära undan dem som var så skadade att de inte kunde gå själva och fick hjälp av några ungdomar. Många hade brännskador men de flesta var rökförgiftade. Efter att ha sett till att de fick några personer som kunde sitta hos dem och hålla fria luftvägar måste jag gå tillbaka till bilen och ordna med vattenförsörjning från en tankbil.

– Så ryckte man mig i armen igen. En av dem som skulle ha tillsyn över gruppen av skadade jag flyttat på talade om att flera av de skadade mådde mycket sämre. Jag tog med mig väskan för räddnings-medicinsk utrustning från bilen till dem. Jag började med att ge syrgas till den som mådde sämst, men förstod att de måste komma inomhus. De hade knappt kläder på sig och låg på marken. Efter samtal med räddningsledaren lyckades jag med hjälp av en kapsåg ordna tillträde till en bilhall med ljus och värme. Två pojkar hjälpte på ett berömvärd sätt till med att bära in skadade dit.

Brandmannen som ordnade uppsamlingsplatsen för skadade hjälpte även till vid stegarna. De som räddades ut hade både rök- och brännskador och var så utmattade att de måste hjälpas ner. Det var viktigt att någon nere på marken tog emot och såg till att de räddade fick sjukvård så snart som möjligt.

Många av de sjukvårdsutbildade brandmännen fick, liksom den ovan nämnda, växla mellan att vara brandman och sjukvårdare. En del av dem fick därigenom ensamma göra uppgifter som det kanske skulle behövas tre man för att utföra i vanliga fall.

Sammanlagt 16 ambulanser, varav två OLA, hade dirigerats till brandplatsen. Tretton av dessa transporterade skadade från brandplatsen. Som tidigare nämnts transporterades skadade till sjukhus även i privatbilar, taxi och bussar.

I en av de första ambulanserna transporterades sju patienter. I nästa tur fick den ta med sex och i en tredje tur fem patienter. I några fall körde den ene sjukvårdaren ensam med ambulansen medan den andre stannade kvar för att utföra livräddande åtgärder. I övrigt gällde att ha en svårt skadad liggande på båren och lättare skadade sittande i ambulansen. I ambulanserna fick patienter turas om att andas syrgas med samma mask.

Behovet av bårar, filter och syrgas var stort. Först när katastrofvagnen från Mölndal kom till platsen klockan 00.37 täcktes behovet av bå-

rar och filter. Den syrgas som medfördes då var en stor flaska 20,5 liter och 3 st 2,5 liters på katastrofvagnen och en 2,5 liters på dragbilen. Inte ens detta täckte behovet av syrgas.

Sjukvårdsgrupp med läkare kom till uppsamlingsplatsen för skadade cirka klockan 00.30. Ambulanser transporterade 85 patienter. Resterande skadade transporterades med bussar, taxi och privatbilar.

Personliga erfarenheter från sjukvårdsarbetet

All sjukvårdspersonal som anlände tidigt till skadeplatsen fick uppleva en helt kaotisk situation där antalet svårt skadade patienter snabbt ökade i antal. De flesta ambulanssjukvårdare anmälde sig vid framkomst till ledningsambulansen som emellertid hade svårt att ge några klara riktlinjer för vad som varje ambulansbesättning skulle göra. Generellt gällde att ge första hjälpen och avtransportera så snabbt som möjligt. Det blev således för alla att på stället improvisera och främst ta emot och behandla alla nya skadade som fördes fram till dem. Relativt snart blev konstaterandet av hjärtstillestånd (med bärbar EKG-apparat eller utan) det kriterium som användes för att avstå eller avbryta hjärt-lungräddning. Vid flera tillfällen var det mindre skadade eller oskadade vänner som förde fram de svårast skadade eller ibland döende patienter för att påkalla behandling. Vid vissa tillfällen utfördes sjukvårdsarbetet under hot. Samtidigt strävade man efter att få igång avtransport så snabbt som möjligt med så många som möjligt i varje ambulans. Man började avtransport efter det att man på effektivast sätt fyllt sin ambulans. I samband med att patienter lämnades på sjukhusen kunde man fylla på med ny utrustning främst filter, syrgas och intravenös vätska. När ambulanserna därefter nådde skadeplatsen en andra gång hade en uppsamlingsplats för skadade upprättats i ett garage och sjukvårdsarbetet liksom fördelning av patienter kunde göras under mer organiserade former.

Erfarenheter från en ambulansbesättning

Två brandmän på en av räddningstjänstens ambulanser har berättat om hur de upplevde sina insatser under brandnatten. Båda har grundutbildning som ambulanssjukvårdare och därefter årligen en veckas kompletterande utbildning. De tjänstgör omväxlande som brandmän och ambulanssjukvårdare.

De fick larmet redan klockan 23.53 och var som en av de första dygnsambulanserna framme vid katastrofplatsen cirka 00.05. Det första de såg var lågorna ur fönstren på den brinnande byggnaden. När de kört fram och stannat ambulansen såg de att det både satt och låg skadade på

marken och efter husväggarna. De trodde då att alla hade kommit ut från den brinnande byggnaden.

När de kommit ur ambulansen blev de omringade av folk som skrek på hjälp. De som kunde prata och gå hänvisades upp till en slänt vid en cykelbana för att tas om hand där senare. Den enda ambulans de såg var Lundbys OLA-ambulans som de förstod var ledningsambulans. Den ene av dem sprang därför dit för att få besked. Sjuksköterskan där höll på med två patienter. OLA-sjukvårdaren höll just på att ta på sig sin ledningsväst.

Ambulansmannen såg då en pojke som tydligt hoppat ut från ett fönster och som låg och blödde mycket från ansiktet. Patienten var inte kontaktbar. OLA-sköterskan kom fram och såg till honom och de bestämde att han skulle bli den första bårpatienten i deras ambulans. Ledningssjukvårdaren kom sedan fram och sa att de skulle ta med så många som möjligt i ambulansen och köra till SU/Sahlgrenska.

Nästa patient de båda ambulansmännen tog hand om var en brännskadad flicka. De tog henne i famnen och satte henne i ambulansens vårdarstol. De gav syrgas till bårpatienten från den fasta anläggningen och till flickan från en syrgasflaska. Därefter tog de hand om ytterligare en flicka som var rödbränd på armarna och placerade henne i framsätet. Alla var tunnklädda och flickan i framsätet hade fått en aluminiumfilt kring sig. Flickan i vårdarstolen visade sig vara svårt bränd och sjukvårdaren inne i ambulansen la en filt om henne och höll på vätska. När man skulle köra iväg fick man hjälp av en polis för att kunna backa och svänga runt utan att köra på någon. Inga avspärningar fanns och det var folk överallt. Man hade för avsikt att köra till SU/Sahlgrenska men hörde av SOS att det redan var patienter på väg dit och att det därför var bättre att köra till SU/Mölndal. De bad då SOS meddela sjukhuset att de var på väg dit och att be personal att komma ut och möta i ambulansgaraget.

När ambulansen kom fram till sjukhuset cirka 00.20 var det ingen som mötte och portarna var stängda. Man lyckades få upp den ena och körde in i garaget. Inte heller där fanns någon. Ambulansföraren tog flickan från framsätet och bar in henne på sjukhuset. Där tryckte han på knappen till ringklockan. Då kom en sköterska och han bad henne att gå ut till ambulansen och hjälpa den andre ambulanssjukvårdaren. Sedan kom tre sköterskor springande och hjälpte till och därefter två läkare. De frågade om det skulle komma fler patienter och svaret blev: Säkert!

Innan ambulansmännen återvände tog de med sig så mycket filter, lakan och infusionsvätskor de kunde få med sig. De hittade dock ingen syrgas. De räknade med att katastrofvagnen från Mölndals brandstation hade sänts iväg och att syrgas fanns med i den.

De återvände till skadeplatsen och stannade vid Hjalmar Brantingatan där ilastningsplats ordnats, sedan håll tagits upp i stängslet. Klockan var då cirka 00.35 och bilhallen hade tagits i anspråk som uppsamlingsplats för skadade.

Efter besked från ledningsambulansen gick ambulansmännen in i bilhallen för att hämta patienter där. Fyra till fem skadade var så dåliga att det blev tvekan om vem man skulle ta först. Den bårpatient de fick var en kraftigt brännskadad ung man. Det löddrade ur munnen av gråvitt skum. Han hade inga kläder på överkroppen där man kunde se vita fläckar av dött kött. De blötte ned honom med vätska men var lite osäkra på hur de skulle göra eftersom han kanske var något nedkyld innan. Han andades själv men de var beredda att ge andningshjälp om det behövdes. Han blev den ende patienten som togs med denna gång. Under färden till SU/Östra gavs syrgas. Vid ankomsten till sjukhuset stod personalen beredd att ta emot. Patienten lades över på en annan bår och rullades in i ett rum där det redan fanns en skadad som fördes ut. Den patient de hade med omhändertogs mycket snabbt och väl.

Innan ambulansmännen vände tillbaka fick de med sig ytterligare ett antal filter. Vid återkomsten till skadeplatsen igen var det lugnare än förut. Inne i bilhallen fick de snabbt en bårpatient som klagade över svåra smärtor på benen. Han hade dropp pågående. De var beredda på att ta med fler patienter men det visade sig att det bara var bårfall kvar. Inte heller ute på planen fanns det någon att ta med, sedan de flesta tagits in i bussarna. När de lämnat patienten vid SU/Sahlgrenska började de rengöra och komplettera utrustningen innan de var beredda att återvända. Under tiden kom ytterligare ambulanser dit och en buss från skadeplatsen. Ambulansmännen fick sedan besked om att återvända till sin brandstation.

Erfarenheter från stadsjourn i Göteborg som infann sig som förste läkare på skadeplats

Den som var stadsjour är till vardags distriktsläkare vid Brämaregårdens vårdcentral och är specialist i allmänmedicin med 12 års erfarenhet efter legitimation.

– Jag var brandnatten stadsjour i Göteborg vilket innebär att jag tillsammans med en chaufför åker runt i hela Göteborgs kommun och gör hembesök. Detta uppdrag innebär allt från att behandla ryggsnitt och infektioner till vårdintygsbedömningar och konstaterande av dödsfall. Arbetspasset börjar klockan 17.00 och är slut 08.00 påföljande morgon. Bor man centralt kan man oftast få möjlighet till några timmars sömn i hemmet. Våra uppdrag kommer via Sjukvårdsupplysningen. Kvällen den

29:e oktober såg ut att bli en lugn kväll. Våra uppdrag var ”slut” vid 23.30-tiden. Min chaufför var på väg att lämna av mig vid min bostad när Sjukvårdsupplysningen hörde av sig. SOS hade precis fått larm om en brand i ett diskotek på Hisingen. Någon mer information hade man inte. Kunde jag åka dit? Min första fråga var vad man förväntade sig av mig. Var det en katastrofbrand? Skulle jag ta något övergripande ansvar? Jag förklarade att jag självklart skulle åka dit för att se om vi kunde hjälpa till, men att man omedelbart skulle ringa in sjukvårdsgrupper som var speciellt utbildade i katastrofmedicin från SU/Sahlgrenska. Under dessa förutsättningar begav vi oss ut till Hisingen – en resa som tog 7-8 min. Vi försökte förbereda oss under resan på vad vi skulle få vara med om. Det kändes bra att det var just den chaufför det var denna kväll. Vi hade åkt mycket tillsammans och han läste till sjuksköterska och kunde assistera mig. Eftersom jag hade en tunn jacka på mig föreslog min chaufför att jag skulle ta på mig hans räddningsjacka där det stod LÄKARBIL på ryggen.

– När vi kom fram till brandplatsen vid Backaplan strax före midnatt såg vi svart rök välla upp från en byggnad. Första brandbilen och första OLA-ambulansen hade anlänt strax innan vi körde fram mot brandplatsen och blev visade en plats där vi kunde parkera och gick ur bilen – totalt oförberedda. Jag presenterade mig för räddningsledaren, talade om hur jag blivit larmad och att jag kunde hjälpa till. Fick kontakt med personalen i OLA-ambulansen, som var ledningsambulans. Vid denna tidpunkt sprang ungdomar i massor runt och skrek panikslagna. Det var svårt att få en uppfattning om antalet skadade. Ett 10-tal lindrigt rökskadade satt på marken och ett 20-tal skadade sprang runt. Jag frågade sköterskan i OLA-ambulansen hur många läkare som fanns på plats och fick beskedet: ”Det är bara du!” I detta ögonblick kände jag mig oerhört ensam, samtidigt som jag kände en enorm trygghet i att ha specialutbildad och oerhört kunnig och rutinerad OLA-personal i närheten.

– Allt fler ambulanser och brandbilar anlände. Prioriteringslappar plockades fram för att vi skulle börja med prioriteringsarbetet. Ljudnivån var hög och ungdomar slet och drog i oss för att vi skulle komma och hjälpa till på olika ställen. Fortfarande kändes dock situationen gripbar. Syrgas och filter kom fram. Min chaufför hämtade vår egen akutväska.

Plötsligt kändes det som helvetet brutit ut. Svårt brända och rökskadade bars fram. Den förste personen med andnings- och hjärtstillestånd lades på marken och blev snabbt uppkopplad – aystoli! (hjärtstillestånd). Jag fick frågan ”Vad gör vi?” Beslutet blev – ingen aktiv åtgärd. Detta beslut delades av OLA-sjuksköterskan och mig – ett beslut som jag många gånger den närmaste tiden funderade på om det var riktigt. Idag vet jag

att det var riktigt, då det gjorde att vi kunde ägna oss åt de skadade som hade en chans att överleva.

– Vid denna tidpunkt cirka 00.15 var kaoset totalt. Syrgastuberna var slut. Det fanns inga fler filter att lägga över de döda. Anhöriga som larmats via mobiltelefoner började komma till platsen, ibland förgäves letande efter sina barn. Alla drog och slet i oss för att få hjälp. Ibland var stämningen mycket hotfull. Jag tvingades hålla på med hjärtlungräddning tillsammans med min chaufför på en ung man med hjärt- och andningsstillestånd. Försökte jag avbryta hotades jag och jag kände mig tvungen att fortsätta. Först efter 7–8 minuter kunde jag med de anhörigas tillåtelse avbryta.

– Det professionella räddningsarbete som utfördes av all räddningspersonal finns väl beskrivet i olika rapporter. Det totala kaoset med hysteriska, panikslagna ungdomar, den höga ljudvolymen, avsaknad av sjukvårdsmateriel, känslan av otillräcklighet och den enorma förtvivlan man kände är svårt att förstå om man inte var där. Totalt oförberedd hade jag hamnat i detta förfärliga kaos som ensam läkare. Den förtvivlan jag kände berodde på att hoten, att antalet döda och skadade hela tiden ökade. Jag var flera gånger framme hos räddningsledaren och försäkrade mig om att sjukvårdsgrupper var på väg. All räddningspersonal arbetade effektivt i team. Ambulanser fylldes på effektivt sätt. Mitt i allt kaos fanns en trygghet i all oerhört kunnig räddningspersonal.



Bild 7. Ett garage hade öppnats där en ljus varm uppsamlingsplats snabbt skapades. Foto: John Sawyer/Kamerareportage.

– Plötsligt vid 00.30-tiden blev situationen annorlunda. Ett garage hade öppnats där en ljus, varm uppsamlingsplats snabbt skapades. Man kunde arbeta i fred – inga obehöriga fick komma in. Narkosläkaren från SU/Östra i röd overall med ordet LÄKARE tryckt på ryggen fanns plötsligt på plats. Nu kunde vi arbeta på ett helt annat sätt. Det fanns tillräckligt med materiel och uppsamlingsplatsen var avgränsad. Där befann sig endast skadade, någon enstaka anhörig och räddningspersonal. De omkringna bars inte längre fram utan till en särskild uppsamlingsplats. Detta liknade den situation som vi hade tränat för under katastrofövningarna. När de sista skadade hade lämnat uppsamlingsplatsen gick min chaufför och jag ut till platsen där de döda låg. När jag såg antalet kroppar som var täckta av gula filter började jag förstå brandkatastrofens omfattning.

Erfarenheter från läkare i första sjukvårdsgrupp som anlände till skadeplatsen

Läkaren i första sjukvårdsgrupp var ST-läkare vid anestesikliniken SU/Östra och hade när branden inträffade tjänstgjort 1 år på allmän internmedicin och 1 år på anestesi efter sin legitimation. Han hade inte fått någon särskild utbildning eller övning i katastrofmedicin förutom den obligatoriska kursen under medicinstudierna.

– Den 29/10 gick jag primärjour på anestesi, SU/Östra. Cirka 23.50, då jag befann mig på IVA, fick jag ett samtal från en sjukskötare på akuten som meddelade mig att SOS ville att vi skulle skicka ut en sjukvårdsgrupp till en brand på Backateatern. Inga uppgifter om antalet skadade eller övriga omständigheter lämnades vid denna tidpunkt. Jag kontaktade min bakjour och informerade honom. Vi kom fram till att jag skulle åka och att bakjouren skulle komma in till sjukhuset. I detta skede hade vi alltså ingen aning om vad som väntade, informationen hade varit så sparsam. Kontakt togs även med annan narkospersonal för att uppätta sjukvårdsgrupp. Det kom ytterligare ett samtal till mig från akuten där det sades att en ambulans fanns för transport, men att denna hade mycket bråttom. Jag pratade med jourförstärkaren för att han skulle täcka för mig på sjukhuset tills bakjouren kommit in. Strax efter detta fick jag besked från den väntande ambulansen att den inte kunde vänta längre, utan att en annan bil skulle ta hand om vår transport.

– Sjukvårdsgruppen, bestående av mig själv, en sjuksköterska och en undersköterska träffades vid katastrofförrådet där vi försåg oss med allt vad vi trodde kunde komma till nytta. Sålunda tog vi vår brännskademodul, ett antal akutväskor och så mycket vätska vi kunde bära. Utanför akutmottagningen väntade transporten från Mölndalsambulansen. Vi

körde i mycket hög fart. Under transporten försökte jag få information om vad som hade hänt, men svaren var ganska kortfattade. Lokalisation och typ av olycka gick att få fram, men inte omfattningen och antalet skadade.

– Vi kom fram till brandplatsen någon gång kring 00.20. För egen del har jag ingen uppfattning om detta, då åsynen av katastrofplatsen fick oss alla ur balans. Det var en närmast chockartad upplevelse att helt plötsligt bli varse att det här handlade om något mer än en ”vanlig” olycka. Efter att ha lämnat bilen blev sjukvårdsgruppen stående någon minut medan vår ankomst anmäldes till Räddningsledaren. Under tiden stod vi och tittade på kaoset runt omkring oss. Det fanns ett stort behov av att samla ihop de skadade, situationen var helt oöverblickbar. Omständigheterna var ohyggligt svåra. Det låg döda och skadade vart man än tittade. Ett stort antal vänner och anhöriga befann sig också på plats.

– Sjukvårdsgruppen installerades i ett garage i omedelbar anslutning till brandplatsen. Detta fylldes snabbt med skadade, vänner till skadade samt personal från ambulans och räddningstjänst. Polis fanns utanför lokalen. Här kunde vi starta sjukvårdsarbetet. Vi förstod snart att det fanns behov av fler sjukvårdsgrupper, och meddelade detta till ambulansbefälet på plats. Svaret blev att detta redan var begärt. Under det fortsatta arbetet försökte jag flera gånger kontakta mitt eget sjukhus, min bakjour och jourförstärkaren men utan att lyckas. Möjligen hade det ändå varit svårt att kommunicera, då det låg ett öronbedövande oväsen från motorer och annat över området.

– Jag fick syn på stadsjouren i Göteborg. Det går inte riktigt att beskriva hur lättad jag blev över att ha en kollega närvarande. Den största delen av tiden kom jag att syssla med prioritering av skadade för att snabbt få iväg dem jag uppfattade som mest illa därana. Mina beslut fattades på grundval av observation av andning, utbredning, utseende och lokalisation av brännskada, grumlat medvetande, observation av hudfärg, temperatur, palpation av puls och outhärdlig smärta. Några blodtryck mättes inte utan cirkulatoriskt status bedömdes utifrån pulsfrekvens och amplitud samt temperatur och hudfärg. Det senare var svårt då de flesta var missfärgade av sot. Vi försåg merparten av våra patienter med intravenös infart och vätska. Ketalar i små doser gavs till de som var svårt smärtpåverkade. Vi försökte förse de flesta med syrgas, men här var det vid några tillfällen svårt att få tag på syrgasflaskor. Syrgasen gavs via vanlig ansiktsmask.

– I några fall avled patienterna under det att jag arbetade med dem. Det var svårt att konstatera att en ung människa var död, utan att kunna trösta anhöriga eller vänner. Det fanns inte tid. Lång tid efter branden

hade jag svårt att acceptera detta snabba förfarande. Det fanns en oro att det var någon man hade ”missat”.

– Konstaterande av dödsfall gjordes utifrån andning, puls och pupill-reflexer. Vi använde inte någon EKG-utrustning eller defibrillator-paddlar. Några patienter var så svårt andningspåverkade att jag beslutade mig för intubation. I ett fall gjorde jag intubationsförsök på en patient med omfattande 3:e gradens brännskador, bland annat på halsen. Svullnad och erosioner förelåg i anslutning till struplocket, liksom skymmande sekret. Då någon sug inte kunde uppbådas avbröts intubationsförsöket. Patienten skickades till sjukhus med instruktioner till medföljande personal att försöka hålla fria luftvägar, och i övrigt att köra så fort det gick. En annan patient med uttalad respiratorisk påverkan intuberades. Strax efter detta började svart vätska strömma upp ur tuben, vilket jag tolkade som ett toxiskt lungödem. Patienten fick hjärtstillestånd. HLR (hjärt-lungräddning) påbörjades men avbröts ganska snabbt då jag bedömde det som utsiktslöst.

– Vi fortsatte att arbeta i garaget tills alla skadade var avtransporterade. Mot slutet kom en sjukvårdsgrupp från SU/Sahlgrenska. Efter att ha fått klartecken från Räddningsledaren återvände vi till SU/Östra, där vi inte fortsatte med något arbete den natten. Jag kom på mig själv med att tänka att det var nog inte riktigt sant. Detta upprepades flera gånger. När jag körde hem vid 6-tiden på morgonen tog jag vägen om brandplatsen, som för att konstatera att det faktiskt hade hänt. Hemma mötte min nu 7-årige son mig i dörren och undrade varför jag kom hem på en sån konstig tid. Då brast det.

– Jag uppfattade det som att räddningsarbetet gick ganska bra med tanke på de svåra omständigheterna. Hade det varit ett mera diversifierat skadepanorama skulle avtransporten av patienter inte ha kunnat genomföras så snabbt som nu skedde. Det faktum att det var en ganska homogen skadebild gjorde nog också att bristen på andra sjukvårdsgrupper inte blev fullt så kännbar.

Kommentarer

- Brandkatastrofen på Hisingen belyser mycket tydligt problemen med att utföra initial sjukvård, prioritering av skadade och avtransport i en per definition ”ren katastrofsituation”. I det första skedet av branden var således sjukvårdsresurserna för att adekvat klara situationen betydligt i underkant för det stora antalet skadade. Därför uppstod tidigt en situation som var kaotisk, något som sannolikt inte kan undvikas när sjukvårdsresurserna inte står i proportion till behovet.
- Innan sjukvårdspersonal anlände till skadeområdet utförde räddningstjänstens personal mer avancerad första hjälp. Detta var möjligt ef-

ttersom man i Göteborg har så kallade röd/vita brandmän, det vill säga att de omväxlande tjänstgör i brandbilar och ambulanser.

- För ledningsambulansens besättning var det inte möjligt att till en början kunna överblicka skadesituation, framförallt som den hela tiden snabbt förändrades. De ambulansbesättningar som efter hand anlände till skadepplatsen blev emellertid i princip omedelbart engagerade i sjukvårdsarbetet då nya skadade hela tiden bars fram till dem.
- Grundregeln i sjukvårdsarbetet var att först och främst upprätta fri luftväg, i flera fall genom att endast lägga patienterna i framstupa sidoläge. I vissa fall var patienterna redan avlidna eller döende utan möjlighet till återupplivning. I början gjordes försök till återupplivning med hjärt- lungräddning på enstaka patienter som sannolikt ändå inte hade kunnat klaras till livet. Efterhand blev skadepanoramats sådant att dessa försök till återupplivning fick bortprioriteras för att istället ta hand om skadade med högre chans till överlevnad. Beslut om att inte påbörja eller att avbryta påbörjad hjärtlungräddning togs efter det att man konstaterat hjärtstillestånd med eller utan bärbart EKG. Dessa beslut kan i efterhand bedömas som korrekta under rådande förhållanden.
- Det stora antalet både svårt och mer lindrigt skadade nödvändiggjorde ett maximalt utnyttjande av ambulanstransporterna. Det var därför viktigt att dels använda ambulanserna för flera patienter samtidigt, dels riktigt att använda både buss och taxi för transporter av mer lindrigt skadade.
- Upprättandet av uppsamlingsplats för skadade blev möjligt när allmer räddnings- och sjukvårdspersonal kommit till brandplatsen. Det medförde att sjukvårdsarbetet kunde utföras under mer kontrollerade former och prioritering för avtransport av skadade underlättades. Det är således värdefullt att upprätta en sådan uppsamlingsplats, men det kan först göras efter det att tillräckliga mänskliga och materiella resurser finns på plats.
- Brandkatastrofen visade att det fanns ett stort behov av syrgasbehandling, sannolikt både av dem som blivit lindrigt eller allvarligt påverkade av brandgaser och framförallt av dem som förgiftats av kolmonoxid. Det är idag dock oklart vid vilken grad av kolmonoxidförgiftning som syrgas är nödvändigt. Möjligheten att erbjuda syrgas för inhalation visade sig begränsad och sannolikt bör man i ambulanscentraler eller på brandstationer se över eller öka sina resurser

för syrgasbehandling. Oavsett behovet av syrgasbehandling hade den säkerligen en lugnande effekt på många patienter.

- Omhändertagandet av skadade försvårades av att man emellanåt utsattes för hot och även våld. Detta kan i viss mån förklaras av människors förtvivlan och skräck men naturligtvis inte accepteras. Sätt att hantera sådana situationer måste inkluderas i katastrofplanerna.
- Läkare som bemannar så kallade jourbilar (t ex stadsjour) bör innan de påbörjar sådan tjänstgöring vara förtrogna med den medicinska katastroforganisationen och hur sjukvårdsarbete inom ett skadeområde är organiserat.

Sammanfattning av ledning och samordning av ambulansverksamheten

Den första OLA-ambulansen som kom till platsen fungerade i den mån det var möjligt initialt som ledningsambulans. När ambulansföreståndare från Mölndal kom till brandplatsen gjordes en uppdelning av arbetsuppgifterna. Personalen i OLA-ambulansen arbetade i huvudsak kvar på skadeplatsen. Ambulansföreståndaren från Mölndal övertog ansvar för avtransporter från uppsamlingsplats, rapportering till SOS Alarm samt kontakter med enhetschefen för ambulanssjukvården i Göteborg, vilken larmats in till Räddningstjänstens stab på Gårda huvudbrandstation. Genom telefonkontakter med sjukhusen och varandra försökte man sedan styra avtransporterna för att inte överbelasta något enskilt sjukhus. Medicinskt ledning sköttes på uppsamlingsplatsen av läkaren i sjukvårdsgruppen från SU/Östra.

Ledningsläkare kom inte till skadeplatsen av två skäl. Någon beredskapslista för läkare som genomgått ledningsläkarutbildning existerade inte vid tiden för branden (men finns däremot nu inom Västra Götalandsregionen). Någon begäran om ledningsläkare framställdes aldrig.

Begäran kom till samtliga sjukhus inom SU att skicka ut sjukvårdsgrupp. Endast SU/Östra skickade en grupp. Alla sjukhusen fick tidigt patienter till sina akutmottagningar. SU/Mölndal och SU/Sahlgrenska gjorde bedömningen att man i detta läge inte kunde avvara personal till att bemanna en sjukvårdsgrupp. När så småningom sjukvårdsgrupper gick ut från dessa sjukhus, var skadeplatsen i praktiken redan tömd. Sjukvårdsgruppen från SU/Sahlgrenska följde med de sista patienterna in till sjukhus, medan gruppen från SU/Mölndal fick vända redan under transporten ut till skadeplatsen.

Strategiskt beslut togs också om att hålla vissa ambulanser i Göteborgsregionen i reserv för att kunna hantera andra Prio-1 uppdrag under pågående brand. Tre sådana parallella uppdrag genomfördes också under branden.

Ingen av de berörda ambulansöverläkarna larmades den aktuella natten.

Resursanvändning

Den totala ambulanssjukvårdsresursen var

Ambulansen Göteborg	4 ambulanser + 2 OLA
Ambulansen Mölndal	4 ambulanser + 1 ledningsfordon
Ambulansen Kungälv	2 ambulanser
Ambulansen Stenungsund	1 ambulans
Läkartransporter AB	2 ambulanser + 1 jourläkarbil

Dessutom fanns sju ambulanser tillgängliga i reserv, som dock inte kunde användas på grund av personalbrist. Tre inlånade stadsbussar och ett antal taxibilar för transport av lindrigt skadade och oskadade användes dessutom.

Kommentarer

Fler sjukvårdsgrupper hade behövts inom skadeområdet och ledningsläkare saknades. Det är väsentligt att det vid större olyckshändelser finns möjlighet att snabbt skicka ut en eller flera sjukvårdsgrupper till ett skadeområde. Likaså är det väsentligt att man har beredskap för att snabbt skicka ut en person utbildad för ledning av sjukvårdsinsatser inom skadeområdet. Om möjligt bör speciellt utbildade ledningsläkare finnas i beredskap. Finns inte en utbildad ledningsläkare i organisationen (eller tillgänglig) bör den som är bäst utbildad för ledning av sjukvårdsinsatser inom ett skadeområde åläggas/påtaga sig denna uppgift. Många gånger är denna uppgift då mer lämpad för en erfaren ambulanssjukvårdare än för en för uppgiften oerfaren läkare ingående i sjukvårdsgrupp.

Omhändertagande av de döda

Antalet döda ute på skadaplatsen växte snabbt. När sedan inga fler människor vid liv kunde föras ut stod det klart att många fler döda fanns kvar inne i byggnaden.

När branden ansågs släckt började planen framför byggnaden avfolkas. Därefter samlades brand-, polis- och ambulanspersonal för en in-

formation om hur förhållandena var. Det bestämdes att de döda skulle bäras ut ur byggnaden på ett värdigt sätt och brandmän erbjöd sig frivilligt att hjälpa polisen med detta.

Polis och brandmän spärrade av en väg där de döda kunde bäras över till en skyddad plats på byggnadskomplexets baksida.

Sammanlagt bars ett trettiotal kroppar ut på bårar till den avspärrade och mot insyn skyddade uppsamlingsplatsen för döda. Ett av offren återfanns inte vid detta tillfälle utan först några dagar senare. De döda täcktes med filter i avvaktan på transport till bårhus. De sköttes på ett värdigt och etiskt riktigt sätt med en avliden i varje ambulans.

En av brandmännen som var med berättar om avslutningen:

– Hela gårdsplanen började nu avfolkas. Lundbys brandmästare tog återigen kommandot och avbröt operationen tillfälligt för att samla alla berörda: befäl, brandmän, poliser, ambulanspersonal och övrig sjukvårdspersonal. Han informerade sedan om det aktuella läget och ville avslutningsvis att vi skulle bära ut kropparna på ett värdigt sätt.

– När det var avslutat fick vi reda på att vi skulle avlösas. Jag blev dock ombedd att tillsammans med två andra stanna och lämna över till Frölundastationen.

– Efter avlösningen gick jag tillsammans med en rutinerad och garvad gammal brandman till platsen för de döda. Det var väl avspärrat, klockan var cirka 03.45. Vi tog en tyst minut. Det var fridfullt och lugnet efter stormen.

På fredagsmorgonen klockan 03.15 beslutade man i Räddningstjänstens inre stab att man skulle använda ambulanser för transport av döda till bårhuset på SU/Sahlgrenska och man beslöt vidare att man skulle transportera en avliden i varje ambulans. Speciellt inhyrd personal bemannade fem dagambulanser från Räddningstjänsten som användes för detta ändamål tillsammans med fem ambulanser från regionen. Avtransporten av de döda påbörjades klockan 03.30 och klockan 08.00 avlämnades den sista döda kroppen på bårhuset. Sammanlagt 50 döda hade då påträffats vid brandplatsen.

Förgiftning var den vanligaste dödsorsaken

De flesta som avled på skadeplatsen hade mer eller mindre uttalade brännskador, men den vanligaste dödsorsaken var kolmonoxidförgiftning. Många hade även höga nivåer cyanid i blodet, som i sig också hade kunnat leda till döden. I tabellen med blodkoncentrationer m.m. hos de avlidna (bilaga 4) återfinns blodkoncentrationer av kolmonoxid (COHb) och cyanid. Proverna togs i samband med besiktningen av de döda, vil-

ket skedde tre–fyra dagar efter olyckan. Kolmonoxidvärdena överensstämmer med dem som förelåg vid dödsögonblicket, medan cyanidvärdena troligen är för låga. Det är väl känt att cyanidkoncentrationen i blod sjunker efter döden. Man kan räkna med att prover tagna ett par dygn efter dödens inträde kan ha varit minst upp till dubbelt så höga som de uppmätta. Toxiska-dödliga koncentrationer cyanid i helblod anses vara > 0,5 microgram/g blod, vilket alltså skulle kunna motsvara 0,25 microgram/g när provet tagits flera dygn efter dödens inträde. De flesta (46) av de 61 som provtagits hade cyanidvärdet på > 0,25 microgram/g, endast fyra saknade cyanid i blodet. Dödliga koncentrationer av COHb anses vid akut exponering vara > 50–60 procent.

Kommentarer

Kolmonoxidförgiftning förelåg hos de flesta av de avlidna. Koncentrationen av cyanid i blod hos de stora flertalet av de avlidna var i sig också tillräckligt hög för att kunna förorsaka en allvarlig förgiftning. Dessa fynd talar för att man vid omhändertagande av personer exponerade för brandrök inomhus bör beakta risken för cyanidförgiftning och så snart som möjligt ge cyanidantidot redan inom skadeområdet. Se vidare bilaga 3.

Det akuta omhändertagandet av skadade på sjukhusen i Göteborg

Det akuta omhändertagandet av skadade gjordes på akutsjukhusen i Göteborgsregionen med anknytning till Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt på Kungälv's sjukhus. Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) består av SU/Sahlgrenska, SU/Östra och SU/Mölnadal.

Etthundrafemtio personer blev inlagda på sjukhusen i Göteborgsregionen. Sjuttiofyra av dessa krävde i inledningsskedet vård på intensivvårdsavdelning. Alla kunde få fullgod behandling för rökgas- och/eller brännskador genom att resurser överfördes från operationssjukvården och extra intensivvårdsplatser skapades på avdelningar utanför intensivvårdsavdelningarna. Utöver de inlagda omhändertogs ytterligare 63 personer som efter undersökning kunde lämna sjukhuset. Fem sökte under första dygnet vårdcentral.



Bild 8. Etthundrafemito personer blev inlagda på sjukhusen i Göteborgsregionen. Foto: Pelle Lund/Kamerareportage.

Vid 18-tiden på lördagen den 31 oktober låg 63 patienter kvar på de fyra akutsjukhusen i Storgöteborg (SU/Sahlgrenska, SU/Östra, SU/Möln-dal och Kungälv's sjukhus). Tjugotvå av dem behandlades på intensivvårdsavdelningar. Tretton patienter vårdades för brännskador på specialistavdelningar på andra sjukhus i Sverige och Norge (Akademiska sjukhuset i Uppsala, Karolinska sjukhuset i Stockholm, Universitetssjukhuset i Linköping, Malmö allmänna sjukhus och Haugeland sykehus i Bergen i Norge).

På måndagen den 2 november meddelades att två av patienterna som vårdades på sjukhus hade avlidit, en som vårdades i Bergen och en på Sahlgrenska sjukhuset. Vid denna tidpunkt fanns fortfarande 53 patienter kvar på sjukhusen i Storgöteborg varav 13 fortfarande var i behov av intensivvård. Tolv patienter vårdades för brännskador på andra sjukhus i Sverige.

På onsdagen den 4 november vårdades fortfarande 29 patienter på sjukhusen i Storgöteborg och av dessa var sex fortfarande i behov av intensivvård. Dagen därpå hade nio patienter kunnat lämna sjukhusen.

Två veckor efter katastrofen vårdades totalt 26 patienter på sjukhus varav 12 på andra sjukhus i Sverige och 14 på sjukhusen i Storgöteborg.

Den sista patienten skrevs ut från sjukhus i Göteborg den 13 april 1999.

SU/Sahlgrenska

På SU/Sahlgrenska larmades kirurgbakjouren respektive traumabakjouren av kirurgframjouren samt av sjukhusets växel. Kirurgbakjouren fick veta av växeln att man trodde att katastroflarm utlösts. Vid ankomst till sjukhuset övertog kirurgbakjouren och traumabakjouren ledningsfunktionen på sjukhuset. Man hade till att börja med inga möjligheter att etablera kontakt med läkare på skadeplatsen. Någon gemensam planering angående fördelning av patienter mellan sjukhusen fanns inte. Omkring klockan 02.10 hade 48 patienter registrerats på SU/Sahlgrenska.

Inom allmänkirurgin klarade man sig med den ordinarie bemanningen, det vill säga framjour och bakjour på kirurg samt trauma/kärlbakjour. Vidare hade bakjouren på transplantation kallats in men kunde återvända hem. Extra läkare inom medicin, plastikkirurgi och anestesi kallades in. Psykiatrin kallade in extra personal inklusive paramedicinsk personal i PKL-grupperna (psyko-sociala katastrofledningsgrupperna). Extra personal till vaktmästeri, maskin och kök kallades in.

Två intagningsavdelningar på medicin samt elva respiratorer kunde

mobiliseras inom 30 minuter. Hela postoperativa avdelningens platser samt intensivvårdsplatser på centrala-, neurokirurgiska- och den thoraxkirurgiska intensivvårdsavdelningen användes för de inkommande patienterna. Tjugo kirurgiska vårdplatser mobiliserades något senare, men användes inte. Inga akuta operationer behövde göras. Röntgen användes i mycket liten utsträckning under natten.

På fredagen vårdades 29 skadade på intensivvårdsavdelningen, varav sex i respirator. På lördagen skrevs alla ut från intensivvårdsavdelningen till andra avdelningar på sjukhuset eller till andra sjukhus. På söndagen kom en patient åter från ett annat sjukhus. Se vidare nedan om det akuta plastikkirurgiska omhändertagandet.

Erfarenheter sammanfattade av kirurgbakjouren och traumabakjouren

– I inledningsskedet blev en av de viktigaste uppgifterna att separera skadade från anhöriga och vänner och sedan lättare skadade från svårare skadade. Det visade sig att akutintagets lokaler var väl lämpade för detta på så sätt att en ”akutkorridor” kunde upprättas med direktgång från ambulansintaget. Det gick relativt lätt att vidta denna åtgärd och någon aggressivitet från vänner eller anhöriga noterade vi aldrig. En sköterska gjorde en fantastisk fin insats med anhöriga i aulan i väntan på PKL-grupperna. Genom att dela ut lappar och pennor för de anhöriga att skriva upp sina saknade personer och egna namn kunde anhöriga hållas samsatta utan att interferera med vårdarbetet. Vi fick också god hjälp av polisen framförallt lite senare i förloppet. Genom dessa åtgärder gick det att skapa ett ganska väl fungerande omhändertagande i akutkorridoren. Samtliga patienter som fördes in via ambulansintaget registrerades. Det blev också uppenbart att ett telefonnummer måste ordnas för anhöriga och press, eftersom det dröjde innan polisen hann ordna ett på Gårda. En sköterska avdelades på ett separat telefonnummer i särskilt rum för denna uppgift. Den fortlöpande kontakten med räddningstjänsten och övriga enheter var dålig på grund av överbelastade växlar. Senare på natten skedde kontakten med stabsläkaren på Gårda, via privat mobiltelefon. Vi etablerade också fortlöpande kontakt inom sjukhuset på intensivvårdsavdelningarna och intagningsavdelningarna och även fortlöpande överblick över arbetet på Intaget som flöt väl. Troligen såg vi samtliga patienter och deltog framförallt på intensivvårdsavdelningen i fortlöpande evaluering av patienternas tillstånd. Vårt intryck var också att PKL, kök, och maskin snabbt trädde i funktion och fungerade väl.

– När vi slutligen definitivt insåg att katastroflarm inte var utlöst lyckades vi med viss möda få kontakt med en av chefläkarna och den

gemensamma bedömningen var då att katastroflarm inte behövde utlösas. Ett fungerande kommunikationssystem hade väsentligen underlättat arbetet under natten. Vi hade behövt kunna ha omedelbar kontakt med varandra via bärbara telefoner. Kontakten med stabsläkaren skedde via egen mobiltelefon och det var svårt eller omöjligt att kommunicera med övriga enheter inom räddningstjänsten.

Erfarenheter från den sjuksköterska som tog hand om den stora anstormningen av anhöriga i sjukhusets aula:

– Jag hade önskat jag haft en plan yta där man kunnat stå, gå och röra sig. Alla dessa människor hade stort behov av att röra sig och gå runt. Det var mycket svårt att samla gruppen i aulan med den nivåskillnad som är där och alla bänkrader. Det förelåg påtagliga svårigheter att sitta och samtala i mindre grupp med så täta bänkrader.

SU/Östra

Överläkaren vid Division A, Anestesi/Operation/Intensivvård larmades från växeln klockan 01.05 och meddelades att bakjouren på anestesi-kliniken behövde hjälp. Många brand- och brännskadade hade kommit till sjukhuset.

Överläkaren anlände till sjukhuset cirka 15 minuter senare och mötte upp på akutintaget. Egen primärjour hade utgått i sjukvårdsgrupp och bakjouren stod låst på Intensivvårdsavdelningen (IVA) med två synnerligen vårdkrävande patienter med luftvägsproblem. Ytterligare tre inkallade överläkare anlände ungefär samtidigt till akuten. Man fördelade arbetet mellan dem så att en stannade kvar på akuten för att bistå med sortering och livräddande insatser, en begav sig till IVA för att hjälpa bakjouren där och en började med att ordna extra vårdresurser för de mer vårdkrävande patienterna. På akutmottagningen fanns vid detta tillfälle ett stort antal ungdomar med bränn- och rökskador. På varje akutrum fanns tre-fem skadade med pågående inhalationsbehandling. På de flesta rummen pågick syrgasbehandling med mask som delades mellan ungdomarna efter behov. Trots stor ansamling av patienter och anhöriga som börjat strömma till var intrycket att allt löpte väl och var under hygglig kontroll. De första patienterna hade anlänt cirka 00.10 och därefter anlände skadade i jämn ström. På akutintaget arbetade husets jourhavande från medicin-, kirurg- och ortopedklinikerna med omhändertagandet. Ganska snart uppstod ett behov av plastikkirurgisk konsult. Försök att ordna detta stötte på patrull eftersom såväl primärjour som bakjour och verksamhetschef var upptagna med patienter på SU/Sahlgrenska och inte kunde bistå SU/Östra. Kontakt togs då personligen med en ledig plastikkirurg som tidigare arbetat på SU/Östra.

Ordinarie IVA var maxbelastad med övriga patienter och de två första från branden. Därför inriktade man sig på att skapa alternativa IVA-platser. I första hand utrustades ett ledigt 4-bäddsrum på Uppvakningsavdelningen (UVA). Ytterligare 6 platser utrustades med narkosapparater och övervakningsutrustning i intilliggande enhet för preoperativ vård tillhörande operationsavdelningen. Dessa vårdplatser inrättades med hjälp av inringad personal och kunde tas i bruk redan 01.45.

Tillströmningen av patienter var så stor och hastig att all behandling måste ske inom given "ramordination", det vill säga alla patienter behandlades med oxygen på mask till pulsoxymetrivärde på minst 95 procent. Inhalation med Ventoline® och Pulmicort® gavs till alla med tecken på rökgasexponering. Vätsketerapi med Ringeracetat 0,5 l per timme gavs till alla med måttlig brännskada och 1 l per timme till alla med stor brännskada. Timdiures på alla. Smärtbehandling med opiater företrädesvis Ketogan Novum® 1–2 mg intravenöst till VAS<3-4 (VAS är en smärtskala). Rengöring och registrering (storlek och djup) av brännskador. Anhöriga tilläts följa med in på vårdavdelning och vara med vid omhändertagandet och fick fortlöpande information om tillstånd och behandlingsplan.

Klockan 02.10 hade alla skadade från branden fått en vårdplats. På två avdelningar (en kirurgisk och en medicinsk akutvårdsavdelning) samt IVA omhändertog 32 patienter varav 13 krävde intensivvård.

På kliniken för vuxna lades 13 patienter in på IVA under natten. Dagen därpå (på fredagen den 30 oktober) låg tre patienter i respirator och nio kunde skrivas ut till andra avdelningar på eftermiddagen. På lördagen den 1 november låg fyra patienter kvar på IVA varav två i respirator. På söndagen var bara en kvar i respirator och tre patienter skrevs ut på eftermiddagen. Den ende kvarvarande patienten kunde lämna IVA den 5 november.

På barnkliniken IVA fanns tre patienter från branden inskrivna den 30 oktober, dagen därpå en, som skrevs ut därifrån den 1 november. Ingen av ungdomarna krävde respiratorvård.

Precisionen vad gäller sortering och prioritering på akutmottagningen var god. Endast två patienter som placerats på vårdavdelning behövde senare flyttas till IVA.

Bakjour kirurgi och plastikkirurgen gjorde en kartläggning av de skadade. I flera fall gjordes akuta escharotomier (avlastande incisioner, avlastande insnitt) i sängen och med detaljerad kartläggning av brännskadornas svårighetsgrad och utbredning journalfördes. Samtidigt upprättades en prioriteringslista för sekundärtransport till brännskadecentra. Detta arbete var klart 04.30.

SU/Möln dal

Tjugofyra patienter togs in på intensivvårdsavdelningen i samband med branden. 18 av dessa kunde lämna intensivvårdsavdelningen redan under lördagen den 30 oktober och två under söndagen den 31 oktober och en vardera de tre följande dagarna. Den 6 november kunde den sista patienten skrivas ut från intensivvårdsavdelningen.

Kungä lvs sjukhus

Elva patienter fördes till Kungä lvs sjukhus, varav sju fordrade intensivvård och fem av dem respiratorvård. En av dessa fem transporterades senare under lördagen den 30 oktober till SU/Östra för tryck-kammarbehandling och sedan vidare till Haugelands sykehus i Bergen. Ytterligare två av patienterna transporterades den samma dag till Karolinska sjukhuset respektive Linköpings Universitetssjukhus och den 31 oktober transporterades en patient till Haugelands sykehus i Bergen. En patient låg kvar i respirator till den 3 november och kunde sedan skrivas ut till vårdavdelning en knapp vecka senare.

Det akuta plastikkirurgiska omhändertagandet av brännskadade patienter

Bakgrund

Verksamheten för Plastikkirurgi vid SU/Sahlgrenska har endast skött vuxna patienter med brännskador upp till 20 procent av kroppsytan och utan behov av intensivvård de senaste 25 åren, sedan beslut hade tagits i Göteborg att större brännskador inte skulle behandlas inom SU/Sahlgrenska. Brännskador med större utbredning, svårare elektriska brännskador och lungbrännskador har därför vidareremitterats till brännskadeintensivvårdsenheter i Sverige. Barn med brännskador har dock skötts inom barnkirurgin på SU/Östra oavsett brännskadans omfattning. Verksamheten och sjukhusets intensivvårdsenheter hade således ingen större erfarenhet av denna typ av patienter, utan man fick lösa problemen efter bästa förmåga.

Primära vårdinsatser

Den plastikkirurgiska insatsen började strax efter midnatt då primär- och bakjour kallades till SU/Sahlgrenska. Ytterligare två överläkare vid plastikkirurgen kallades in, en till vardera SU/Sahlgrenska och SU/Östra.

Den primära uppgiften blev att förutom sedvanligt akut omhändertagande avgöra vilka patienter som behövde remitteras till andra sjukhus för brännskadevård. Eftersom ett stort antal skadade kom in under kort tid till sjukhuset var det till en början svårt att få en total överblick över situationen. Dokumentation var de första timmarna omöjlig att genomföra.

Behandling av brännskadade patienter på plastikkirurgiska vårdavdelningen

Det akuta omhändertagandet av de brännskadade patienterna skedde enligt allmänt accepterade behandlingsrutiner. Behandling av hudbrännskador inriktades på adekvat smärtlindring samt vid behov utförande av escharotomier (avlastande incisioner (insnitt) och eventuellt fasciotomier (klyvning av bindvävshinna) på cirkulära djupa brännskador där brännskadan orsakade försämrat perifert blodflöde eller rörlighet i bröst-korgsvägg. När patienterna bedömdes vara i stabilt tillstånd kunde de som var i behov av mer högspecialiserad vård transporteras vidare till brännskadeenheter.

För de patienter som stannade kvar på Plastikkirurgiska kliniken SU/Sahlgrenska utfördes senare också primärexcision (bortskärning av skadad vävnad) och delhudstransplantat av brännskador. Praktiskt kunde detta utföras under de tre påföljande dygnet med extrainkallande av operations- och anestesipersonal samt plastikkirurger.

Brännskadorna var mycket djupa. Detta tolkades som att vissa kroppsdelar varit exponerade för extrema temperaturer i katastroflokalen i den mänskliga ”propp” som bildats vid utgången. Flera patienter genomgick upprepade delhudstransplantationer innan huden kunde läka fullständigt.

Direkt efter branden placerades 11 patienter på den ena plastikkirurgiska avdelningen. Senare lades ytterligare 12 patienter in på denna avdelning, patienter som återkom till SU/Sahlgrenska efter specialistvård på andra sjukhus. Således behandlades 23 patienter, 14 pojkar och 9 flickor i åldern 13–21 år. Sex patienter amputerades (ett underben, två händer och tre flerfingeramputationer). Två patienter fick täckning av djupa brännskador med mikrovaskulära fria lambåer (lambå = hud- och vävnadsflik avsedd att vid transplantation täcka närbelägna huddefekter samtidigt som den med en stjälk sitter fast vid sitt ursprungliga ställe) och åtta patienter fick lokala lambåer eller fjärrlambåer. Minst åtta personer fick svåra infektioner; tre svårare lunginflammationer, tre bakteriell sepsis, två svampsepsis. En patient drabbades av en mitralisklaffvegetation (växt av bakterier på mitralisklaffen) som fodrade thoraxki-

rurgisk intervention. Den sista patienten kunde skrivas ut fem och en halv månad efter olyckan.

Vården av de brännskadade patienterna på plastikkirurgiska avdelningen blev mycket resurskrävande. En av två avdelningar reserverades för denna vård varför mycket elektiv kirurgi fick stå tillbaka under denna tid. Extrapersonal kallades in (sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer) för att klara den klart ökade vårdtyngden. Det blev en stor anstormning av anhöriga som började redan under första natten. Dagen efter hade vissa patienter 150 besök på rummet, vilket fick till följd att man fick begränsa besökstider och besöksfrekvens. Ett vaktbolag engagerades för att se till att detta sköttes.

Kommentarer

Genom att snabbt omfördela sina resurser och mobilisera nödvändig sjukvårdspersonal kunde sjukhusen i Storgöteborg under första dygnet snabbt inrätta tillräckligt med vårdplatser för 150 patienter, varav 74 intensivvårdsplatser.

Arbetet på akutavdelningarna med det stora antalet patienter (totalt 213 patienter) kunde ske relativt komplikationsfritt trots en samtidig anstormning av ett stort antal anhöriga och vänner. På SU/Sahlgrenska fördes de som inte var patienter till sjukhusets aula där man försökte lugna oroliga och ge den information som kunde ges. På SU/Östra fick istället anhöriga följa de skadade upp på avdelningarna. Inte minst kan detta vara av betydelse vid omhändertagandet av patienter med andra traditioner och kulturer.

Dokumentationen av vad som diagnostiserades och och behandlingen som gjordes var till en början svår, eftersom antalet inkommande patienter blev för stort. Enligt erfarenheter från Israel kan man i dylika katastrofsituationer ha stor nytta av sekreterare som kan följa doktorer och sjuksköterskor för att bara ansvara för att dokumentationen blir korrekt, liksom identifieringen av patienterna. Vid katastroflarm ingår därför inringning av sekreterare som en åtgärd. Detta kan vara något att se över i de svenska sjukhusens katastrofplaner.

Från SU/Sahlgrenska upplevde traumajour och bakjour på kirurgen att man fick dålig information från skadeplatsen och antalet patienter som förväntades komma in till sjukhuset. Detta avhjälpes senare genom att direktkontakt med stabsläkaren togs via privat mobiltelefon. Detta problem hade säkerligen undvikits om katastroflarmet utlysts (se nedan) eftersom denna typ av information då införskaffas av sjukhusets katastrofledningsgrupp.

Beredskapsläge på sjukhus

Information har gått från SOS Alarm till akutmottagningarna på de berörda sjukhusen. Det har dock varit omöjligt att exakt klargöra vilken information som överförts, när detta skett och vem som tagit emot informationen på respektive sjukhus. Klart är att man till att börja med inte fick korrekt information om vare sig omfattning, exakt lokalisation eller händelseförlopp.

Man hanterade också situationen något olika på de olika sjukhusen. SU/Sahlgrenska fick redan strax före midnatt information om en misstänkt bombexplosion på Backateatern (som ligger vägg i vägg med brandlokalen). Detta föranledde utlösande av traumalarm och att ett flertal primär- och bakjourer kallades till akutmottagningen. Således hade en viss punktförstärkning av personal skett redan när de första patienterna kom in till sjukhuset. Denna inringning av nyckelpersoner med olika funktioner fortsatte sedan. Bakjouren kirurgi fick vid ankomst besked om att katastroflarm var utlyst, vilket var felaktigt. När detta så småningom uppdagades, hade man fått in så mycket personal att ett antal kunde skickas hem. Formellt utlystes således aldrig något katastroflarm, och sjukhusets katastrofledningscentral kom inte heller att bemannas under brandnatten.

Situationen hanterades på likartat sätt på SU/Östra. Här utlöstes dock formellt katastroflarm klockan 01.40. Detta kom dock att återkallas efter 5 minuter, då det stod klart att alla skadade redan var omhändertagna. Inte heller SU/Mölndal utlöste formellt katastroflarm utan hanterade situationen i likhet med SU/Sahlgrenska.

Kungälv's sjukhus är det sjukhus som är minst och ligger längst bort från brandplatsen. Akutmottagningen informerades av SOS klockan 00.20. Man upplevde informationen som ofullständig och försökte bilda sig en bättre uppfattning om läget genom att ringa sjukhusen i Göteborg. Detta föranledde att sjukhuset formellt utlöste katastroflarm klockan 00.50.

Kommentarer

Beredskapshöjning utlöstes aldrig på de större sjukhusen, något som man borde ha gjort. Erfarenheter från tidigare olyckor (och som rapporterats i flera KAMEDO-rapporter) visar att man ofta drar sig för att utlösa beredskapshöjning i ett tidigt skede. Det är dock bättre att utlösa beredskapshöjning i ett tidigt skede och sedan avlysa larmet än att utlysa katastroflarm för sent. Tanken på eventuella ekonomiska konsekvenser får inte hindra utlösande av beredskapshöjning.

Transport av patienter till andra sjukhus för specialistvård

Helikopterdivisionen i Säve kontaktades för att bistå med transporter av patienter till andra sjukhus för specialistvård. Därifrån kontaktade man ARCC (Aeronautical Rescue Co-ordination Centre), som sedan tog över planering av de flygande transportenheterna. Man valde att larma så många tunga helikoptrar som möjligt inom rimligt avstånd från Göteborg.



*Bild 9. På fredagsmorgonen den 30 oktober lyfte den första helikoptern med patienter för transport till andra sjukhus utanför Göteborgsregionen för specialistvård.
Foto: Allan Karlsson/GP, © Kamerareportage.*

På fredagsmorgonen den 30 oktober klockan 07.30 lyfte den första helikoptern med patienter för transport till andra sjukhus utanför Göteborgsregionen för specialistvård (brännskadevård). Inom ett dygn flögs sammanlagt 13 patienter till andra sjukhus enligt nedanstående tabell. De flesta av patienterna transporterades med helikopter. Totalt deltog 7 helikoptrar, 3 Vertol, 3 Super Puma samt Uppsala ambulanshelikopter, i dessa transporter. Transporten till Bergen skedde dock med ett Herkulesplan där man tog ombord ambulansen så att patienten kunde föras från sjukhus till sjukhus utan onödiga omlastningar.

Samtliga patienter åtföljdes av läkare och sjuksköterska.

Sjukhus dit patienter transporterades för specialistvård:

Sjukhus	Antal patienter
Akademiska sjukhuset, Uppsala	2
Karolinska sjukhuset, Stockholm	1
Universitetssjukhuset, Linköping	4
Universitetssjukhuset MAS, Malmö	4
Haugelands sykehus, Bergen, Norge	2

En av patienterna som fördes till Bergen avled efter tre dagar. Den 5 november överfördes en patient från Linköping till Karolinska sjukhuset i Stockholm. Av de övriga patienterna återkom den första till Göteborg den 16 november och den sista den 6 januari 1999.

Kommentarer

Oklarheter rådde först hos vem sjukvården skulle beställa och vem som skulle bestämma denna typ av transporter. Man kontaktade direkt helikopterdivisionen i Säve, som sedan i sin tur kontaktade ARCC. Det är ARCC som skall kontaktas för planering och beställning av transporter i dessa sammanhang.

Sjukvårdens stabsverksamhet

Vid tidpunkten för branden fanns ingen formaliserad stabsberedskap vid Beredskapsenheten i Göteborg och Bohuslän. Då Västra Götalandsregionen skulle bildas var en sådan dock under planering. Se vidare bilaga 2.

Sjukvårdens katastrof- och beredskapsorganisation i Göteborg och Bohuslän till och med 1998-12-31

Göteborgs Sjukvård och Bohuslandstinget hade sedan 1988 en gemensam katastrof- och beredskapsorganisation. För samordning av akutsjukhusens och primärvårdens insatser och samverkan med externa myndigheter, som till exempel och statlig räddningstjänst, fanns en för Göteborg och Bohuslän gemensam beredskapsenhet med befattningshavare med administrativ och medicinsk kompetens. Ansvarig för verksamheten var beredskapschefen. Varje akutsjukhus hade en lokal katastrofledningsgrupp.

Verksamheten vid branden

Genom tidigare samverkan med räddningstjänst, ambulanssjukvård och polis fanns en personlig kännedom om Beredskapsenhetens befattningshavare. Beredskapschefen kontaktades i hemmet strax före klockan 01.00 av enhetschefen för ambulanssjukvården i Göteborg. Beredskapschefen kontaktade då omedelbart beredskapsenhetens läkare och stf beredskapschefen. Beredskapschefen, som bor i närheten av SU/Sahlgrenska, åkte först till sjukhuset för att få en lägesrapport. Stf beredskapschef begav sig också först till SU/Sahlgrenska medan ledningsläkaren begav sig direkt till Gårda brandstation där alla tre sammanstrålade strax efter klockan 02.00

På SU/Sahlgrenska fick beredskapschefen information om att katastroflarm var utlyst och att katastrofledningsgruppen var på väg till sjukhuset. De flesta patienter hade anlänt till sjukhuset, som organiserat sitt mottagande. Frågan om vart de döda skulle föras kom från räddningsledningen på Gårda brandstation och i samråd med sjukhusprästen beslöt man att samtliga döda skulle föras till bårhuset på SU/Sahlgrenska.

På Gårda brandstation fick gruppen från Beredskapsenheten en kort information från enhetschefen för ambulansverksamheten. Gruppen kallades inte till de stabsgenomgångar som räddningstjänsten genomförde. Något rum avsett för sjukvårdsledningen fanns inte vid denna tid. Man tilldelades ett litet rum med plats för två personer, men man fick snart flytta till större lokaler i SOS Alarms administrativa del, där bland annat extra telefoner kopplades in. Presskonferenser hölls tillsammans med räddningstjänst, polis och kommun.

Landstingsdirektören för Bohuslandstinget (ansvarig för katastrofmedicinska verksamheten i Göteborg och Bohuslän) informerades klockan 03.00. Han överlämnade ledningen till beredskapschefen. Sjukvårdens stab på Gårda brandstation bestod av beredskapschefen, stf beredskapschef, stabsläkaren, en representant från Sahlgrenska Universitetssjukhusets ledning och en informatör.

De viktigaste arbetsuppgifterna var intern och extern informations-spridning, sammanställning av patientdata, identifieringsarbete i samverkan med polisen, arrangerande av transport av brännskadade till brännskadekliniker, kontinuerliga resursinventeringar inom egna sjukhus och hos angränsande sjukvårdshuvudmän, kontakt med Socialstyrelsen, Räddningsverket och andra myndigheter och organisationer.

Sjukvårdens stab var på Gårda brandstation till och med söndag kväll (1 november), därefter fanns gruppen i egna lokaler under en vecka. De huvudsakliga uppgifterna var då att samordna och tillföra resurser. Man hade dagliga kontakter med sjukhus utanför regionen, informerade an-

höriga och massmedia, såg till att det fanns sjukvårdsgrupper till begravningar, spred information internt i den egna organisationen och sammanställde patientdata och andra data.

Bårhusverksamheten

Kropparna efter samtliga 63 avlidna ungdomar transporterades till bårhuset, SU/Sahlgrenska. Här genomfördes allt polisiärt arbete med beskrivning av de avlidna, identifiering, avsked för anhöriga, tvagningar och kistläggning. Totalt innebar detta mer än 250 besök vid bårhuset med enstaka eller grupper av anhöriga inom loppet av sju dagar. De rättsmedicinska undersökningarna utfördes på obduktionsavdelningen, SU/Sahlgrenska.

På bårhuset arbetade förutom anställd personal, 3 bårhusvaktmästare och 2 obduktionstekniker, även personal från begravningsbyråerna och deras transportorganisationer. Under de första två-tre dygnet var bårhuset bemannat dygnet runt och därefter från 07.00 till cirka 22.00.

Man kan konstatera att det som gjordes för de döda och deras anhöriga sannolikt inte varit möjliga utan:

- bårhusets storlek med 180 platser för avlidna
- de tre rum för avsked som färdigställdes ett år före branden
- hög ansvarskänsla, motivation, yrkesstolthet och etik hos personalen på bårhus och obduktionsavdelningen
- väl etablerat samarbete med begravningsorganisationerna
- snabbt etablerade kontakter med religiösa och andra grupper.

Vid tidpunkten för branden ingick inte bårhusverksamheten i katastrofplanen. Organisationen kring bårhusverksamheten har sedan branden förstärkts med en beredskapslinje med bårhusvaktmästarna för kontakt och inledande arbetet vid katastroflarm och instruktioner för verksamheten har införts i katastrofplanen.

Kommentar

Verksamheten vid bårhus/obduktionsavdelningar bör inkluderas i katastrofplaner och beredskapslinje behövs för bårhus/obduktionsvaktmästare. Väl etablerade samarbetsformer med begravningsorganisationer underlättar verksamheten vid en katastrof med många avlidna. Kontakter med religiösa och andra grupper bör förberedas och ingå i katastrofplaneringen.

Psykosociala aspekter

I Socialstyrelsens allmänna råd om psykiskt och socialt omhändertagande rekommenderas bland annat att kommunerna skall ha särskilda beredskapsgrupper för psykiskt och socialt omhändertagande (POSOM-grupper). Sådana grupper bör i de större kommunerna finnas i varje socialdistrikt. De personer i kommunen, som utses att vara med i denna grupp, skall med kort varsel kunna agera samt ha utbildning och erfarenhet för att kunna fungera på ett flexibelt sätt. Gruppen skall vid behov kunna frikopplas från ordinarie arbete och vid en katastrof eventuellt få en utökad delegation att fatta beslut.

POSOM-gruppens uppgifter är bland annat att:

- vara stödpersoner till drabbade individer och familjer
- upprätta ett eller flera informations- och stödcentra
- samverka med sjukvård, räddningstjänst, polis och frivilligorganisationer
- stödja olika organisationer vid debriefing.

Rekommendationerna om POSOM-grupper är ett resultat av de erfarenheter, som man kunde dra efter flera inträffade stora olyckor i Sverige under 1900-talets två sista decennier. Grupperna är ett komplement till sjukvårdens psykologiska och psykiatriska katastroforganisation och kommer vid en del typer av katastrofhändelser att ta över huvudansvaret för ledning och samordning.

I bilaga 5 redogörs för erfarenheter från tidigare olyckor.

Den följande sammanställningen grundar sig på rapporter om sjukvårdens psykosociala stödverksamhet från PKL-grupperna (psykisk och social ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården) vid Göteborgssjukhusen samt från Borås lasarett, Kungälv's sjukhus, Psykiatri på Orust samt en sammanställning av verksamheten vid vårdcentralerna. Sjukhuskyrkans och Trossamfundens Beredskapsråds rapporter liksom kommunens rapporter och rapporter från 126 enskilda stödpersoner är likaså viktigt källmaterial.

De direkt drabbade

Som tidigare nämnts omkom vid katastrofen totalt 63 ungdomar, varav 60 avled på skadepplatsen. Till sjukhusen inkom 213 personer med so-

matiska skador. Totalantalet överlevande personer som polisen registrerat var 385. De var mellan 12 och 25 år; medelålder 16,3 år. Av de överlevande var 262 svenska medborgare. De övriga hade 23 olika nationella medborgarskap. Till de största drabbade nationella grupperna efter gruppen med svenskt medborgarskap hör 33 iranier, 18 somalier, 15 jugoslaver och 9 chilinare. I gruppen svenska medborgare fanns många med utländskt ursprung.

I bilaga 6 presenteras utdrag ur samtal med några drabbade ungdomar.

SU/Sahlgrenska

Vid SU/Sahlgrenska inkallades PKL-gruppen strax efter midnatt. Det stod redan tidigt klart att belastningen på PKL-verksamheten skulle komma att bli mycket stor under de närmaste dygnen, varför man bestämde sig för att prioritera akut omhändertagande av skadade/oskadade ungdomar samt stöd åt anhöriga vid identifieringar/avsked.

Stora skaror oroliga anhöriga samlades tidigt i sjukhusets entréhall. Man beslöt att stödpersonerna skulle arbeta i par och man valde att sätta samman dessa arbetsenheter med kompetens från psykiatrin, kuratorsorganisationen och sjukhuskyrkan. Ingen stödperson skulle arbeta ensam. Den akuta verksamheten startade vid 02-tiden på natten till fredagen den 30 oktober och pågick kontinuerligt under nästan tre dygn. Det fanns mellan 1 200 och 1 500 personer i och omkring sjukhusets entréhall kontinuerligt under hela den påföljande helgen. Antalet besök var 3000–4000 per dygn. Totalt arbetade cirka 400 personer inom stödtjänsten vid SU/Sahlgrenska. Som exempel kan nämnas att man rekryterade 95 personer från kuratorsorganisationen, 138 vårdpersonal och 12 läkare från psykiatriska kliniken samt 43 personer via sjukhuskyrkan varav sju var anställda och de övriga frivilliga.

Eftersom alla döda hade transporterats till SU/Sahlgrenska kom stödverksamheten i samband med identifieringar/avsked att bli omfattande. Vid cirka 200 sådana tillfällen kom PKL-organisationen att bidra med stödsatser. Tre öppna telefonlinjer för allmänheten användes under de första tre dygnen. Ett omfattande samarbete med kommunal stödverksamhet i de olika stadsdelarna, barnpsykiatrin, skolorna, Svenska Kyrkan och övriga trossamfund etablerades tidigt. Ingen generell registrering genomfördes, varför det inte blev möjligt att genomföra någon uppföljning via sjukvården.

SU/Östra och Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten

Stort larm utlöstes på sjukhuset klockan 00.45, vilket medförde att PKL-gruppen samlades redan från 01.15. Under natten skapades successivt stödteam med kuratorer, psykologer, läkare, sjuksköterskor/skötare och personal från sjukhuskyrkan. Stödtjänsten upprättades i sjukhuskyrkans lokaler och man tog emot mer än 2 750 besök under den första veckan. Antalet personer som sökte hjälp var cirka 800 – många kom för både två och tre samtal. Telefontjänsten hade två öppna linjer, som tog emot 296 samtal från oroliga anhöriga under de första dygnet. Eftersom man vid barnkliniken tog emot 24 överlevande personer, som behövde vårdas inneliggande, kom kuratorer och sjukvårdspersonal från barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (BUP) att genomföra totalt 72 stöd-samtal vid personliga besök.

Personal vid de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna på Hisingen hade under lördagen och söndagen kontakt med direkt och indirekt drabbade personer. Samverkan inleddes med Hammarkullens kyrka och verksamheten i kulturhuset Blå Stället.

Vid Barnkliniken akutmottagning upprättades en krismottagning med två team från klockan 02.00. Två-tre BUP-personal arbetade i 6-timmarspass under de första tre dygnet. Man tog emot 205 besök och 110 telefonsamtal från anhöriga och vänner till döda och skadade.

BUP-mottagningarna på Hisingen och Nordost bemannades under lördagen och söndagen. Man etablerade samarbete med Hammarkullekyrkan, Blå Stället, Gamlestadsskolan och Hjällboskolan. Vid Mölndals lasarett vårdades inneliggande 33 överlevande ungdomar. Från BUP-mottagningarna i Partille, Mölnlycke och Mölndal deltog 12 personer i telefon- och stödtjänsten samt med de inneliggande patienterna: stöd-samtal, konsultation, utskrivning och uppföljning. Man har beräknat att BUP-personalen använde 2 200 arbetstimmar i psykosocialt stödarbete under de första två veckorna efter branden.

SU/Mölndal

Sjukhusets PKL-grupp larmades klockan 02.10, men redan två timmar tidigare hade beredskapskuratorn larmats med anledning av branden. Totalt inkallades sex ledningspersoner och 65 stödpersoner. Man arbetade alltid i par och tog emot 221 besök av anhöriga, vänner och oskadade. Det kan noteras att PKL-ansvarig genomförde korta avlastningssamtal med varje arbetslag om deras upplevelser innan de gick hem. Telefonjou-

ren registrerade 337 telefonsamtal från de drabbades anhöriga och vänner. Verksamheten pågick fram till söndag kväll. Man bistod också SU/Sahlgrenska med 13 stödpersoner för verksamheten i och omkring aulan och entréhallen.

Psykosocial stödverksamhet vid övriga sjukvårdsenheter

Kungälv's sjukhus

Vid sjukhuset utlöstes katastroflarm redan klockan 01.00, vilket medförde att PKL-organisationen larmades. Tre personer tjänstgjorde i ledningsfunktion och 13 med kris/anhörigstöd och i telefontjänst. Gruppen hade under de första tre dygna 220 kontakter med anhöriga och vänner till skadade och döda. Vid telefonmottagningen registrerades mer än 300 inkommande samtal. Stödarbetet genomfördes på vårdavdelningar och intensivvårdsavdelningen, där skadade och anhöriga fanns.

Borås Lasarett och Psykiatriska Allvårdsenheten Orust

Enstaka stödpersoner kallades in för att förstärka vid de psykosociala insatser vid i första hand SU/Sahlgrenska.

Vårdcentralerna i Göteborg

För att kartlägga primärvårdens insatser sändes i mitten av november ett frågeformulär till 38 vårdcentraler i Göteborg. Av dessa besvarade 28 enkäten. Sammanfattningsvis kunde konstateras att direkt drabbade hade omhändertagits för vård vid tre vårdcentraler; fyra vårdcentraler hade engagerats för eftervård av på sjukhus initialt omhändertagna. Man hade också från två vårdcentraler deltagit i arbetet på skadeplatsen. Nära vänner och anhöriga hade omhändertagits vid 19 vårdcentraler. Personal från 16 vårdcentraler hade också deltagit i psykosociala stödåtgärder utanför vårdcentraler, till exempel vid begravningar och i Hammarkulens kyrka.

Bohushälsan

Psykologer, kuratorer och sjuksköterskor har medverkat vid debriefing-insatser för grupper av personal vid polisen i Göteborg och Bohuslän, Utbildningsförvaltningen i Göteborg, präster och pastorer från Svenska Kyrkan och frikyrkosamfundet samt personal vid fem stadsdelsförvalt-

ningar. Sammanlagt genomfördes under de två första månaderna debriefinginsatser för 54 personalgrupper, cirka 450 personer.

Kyrkor och samfund

Sjukhuskyrkan vid SU/Sahlgrenska

Larm skedde genom att PKL-gruppen larmades. Samtliga sju personer i sjukhuskyrkan kallades in. Dessutom deltog 36 frivilliga i stödarbetet. Sammanlagt cirka 400 arbetstimmar, fördelades på präster, pastorer, diakoner och assistenter. De huvudsakliga arbetsuppgifterna var: anhörigstöd, samtalskontakter med skadade och oskadade, anhörigstöd vid identifiering av tillhörigheter, anhörigstöd vid identifiering/visning på bårhuset (i cirka 60 fall), tvagning och kistläggning.

Sjukhuskyrkan vid SU/Östra

Larm genom en av diakonerna klockan 24.00. Genom detta larm inkallades också PKL-gruppen. Anhörigmottagningen lokaliserades till sjukhuskyrkan. Personalen (sju personer) arbetade 280 timmar samt 256 timmar övertid under den första veckan efter branden med olika stödsatser. Personal deltog också i visningarna av döda i bårhuset vid SU/Sahlgrenska.

Svenska kyrkan i Göteborg

Det fanns inte någon gemensam lokal kyrklig larmfunktion vid tidpunkten för branden. De mest drabbade församlingarna, Angered, Hammarkullen och Bergsjön, larmades genom anhöriga.

På nationell nivå är den enda kyrkliga aktören Vårsta diakonigård, som genom sitt engagemang i det nationella nätverket ENAR snabbt kommer i kontakt med olika myndigheter och organisationer på riksnivå.

Ett problem var avsaknaden av en gemensam lokal ledningsfunktion för Svenska Kyrkan. Trots detta synes emellertid samverkan med andra trossamfund (kristna och icke-kristna) ha fungerat mycket väl – både vad beträffar stödåtgärder för drabbade familjer och samfundsspecifika rituella handlingar i samband med död och begravning.

Göteborgs kommun

Göteborgs kommuns katastrofberedskap

Varje nämnd och bolag med flera inom kommunen planerar sin egen beredskap inför hot- och katastrofsituationer. Beredskapsorganisationen är baserad på att alla verksamheter bibehåller både ansvar och befogenheter, för att med full beslutskraft kunna bidra med sin del i den samlade katastrofinsatsen.

Räddningstjänsten, polisen, sjukvården och stadens socialjour utgör kärnan i sådana situationer och har liksom stadens tekniska försörjning en hög, ständig beredskap.

För kommunledningens räkning finns kontinuerligt en stadsdirektör i beredskap. Stadsdelsförvaltningarna (utöver socialjouren) har en planerad beredskap men ingen ständig passning. För att få full kraft i en samlad insats i katastrofsituationer har staden bildat en central katastrofsamordningsgrupp och inrättat en katastrofdelegation.

Verksamhet i samband med branden

Krishantering startade i samtliga 21 stadsdelar. Den centrala katastrofsamordningsgruppen förmedlade stöd med beslut i viktiga frågor, information, samordning av insatser och viss samordning av resurser. Ansvaret för genomförandet vilade på stadsdelsförvaltningarnas ledningar. Det centrala stödet representerades i första hand av kommunstyrelsens ordförande, som på ett tidigt stadium informerade statsministern om branden.

Stadens informationsdirektör kallades till räddningstjänsten vid 01-tiden under brandnatten för att bemanna stadens informationsstab i räddningscentralen. Något senare kallades kommunstyrelsens ledamöter till dess sammanträdesrum klockan 07.00.

Ungefär klockan 04.00 hade krismottagningar och telefonjourer upprättats i skolor, fritidsgårdar, kyrkor och stadsdelskontor i de flesta stadsdelar. Efter hand som stadsdelarnas kriscentra blev bemannade sändes listor med aktuella telefonnummer och adresser till polisen, stadsdelsnämnderna, Telia, TT och Sveriges Radio. Internt sändes de även till televäxel, informationssektionen i staben, SOS Alarm och sjukvårdsupplysningen. Den första kompletta listan med telefonnummer och adresser till kriscentra gick ut efter 05.00 via fax. Vid ändrade uppgifter sändes reviderad information ut. Uppgifterna förändrades många gånger under morgonen och dagen, varför stadens informationsstab förstärktes med två personer från räddningstjänsten för att klara arbetet.

Under fredagen fanns 30 kriscentra; två dygn senare 109 stycken. Kommunstyrelsen bestämde att krismottagningarna skulle vara öppna dygnet runt under den första tiden. Representanter för stadsdelarna har sökt upp anhöriga till omkomna vid fall då det varit möjligt att finna dem. Fritidsgårdar och gymnasieskolor fick under första året extra resurser. Kommunen har också ordnat lokaler för anhörigföreningar.

Redan på ett tidigt stadium stod det klart att kommunen skulle få ansvar för ett långsiktigt psykosocialt arbete, varför man planerade för förstärkta resurser under två år.

Debriefing

Det stod tidigt klart att det skulle uppstå ett mycket stort behov av avlastnings- samtal/debriefing för personal och resurspersoner inom sjukvården och det psykosociala stödarbetet. Lördagen den 31 oktober fattades beslut om att anlita debriefing-handledare från Försvarets nätverk för avlastningssamtal vid SWEDINT. Från detta nätverk inkallades drygt 30 debriefinghandledare och en ledningsstab. Verksamheten startade på måndagen efter branden och fram till den 14 november genomfördes samtal med cirka 1 400 personer. Ytterligare drygt 100 personer har genomgått debriefing med hjälp av Bohuslandstingets interna handledare.

Polisens och Räddningstjänstens personal har följt sina ordinarie rutiner för kamratstöd, avlastning och vid behov också formell debriefing.

Debriefing för räddningstjänstpersonal

Räddningstjänsten i Göteborg har en kamratstödsgrupp för samtal och hjälp till dem som deltagit i insatser av fysiskt och psykiskt särskilt påfrestande slag. Gruppen leds av en personalsekreterare med god erfarenhet och utbildning för sådana uppgifter.

Kamratstödsgruppen larmades till staben i ett tidigt skede. Då flera av gruppens medlemmar redan deltog i arbetet på brandplatsen och några var bortresta var det relativt få som kom till personalsektionen. En medlem kunde dock tidigt börja organisera verksamhet för att stödja och hjälpa den insatta personalen. Han fungerade även som koordinator inom staben under den följande dagen.

Brandmästarna i de grupper som blivit avlösta kontaktades för att säkerställa att man genomförde avlastningssamtal under brandmästarnas ledning så fort grupperna återställts på stationerna. Andra åtgärder var att organisera så att mat levererades till de stationer som så önskade.

Därefter påbörjades arbetet med att sammanställa vilka som deltagit i insatsen och att planera för samtal ledda av kamratstödsgruppen. Redan vid 05-tiden hade flera av gruppens medlemmar kommit och de första samtalen kunde börja.

Klockan 06.00 samlades den första gruppen av ambulanssjukvårdare, främst från regionen utanför Göteborg, samt personal från SOS och alarmeringscentralen. Klockan 09.00 samlades den grupp ambulanssjukvårdare som fört de avlidna till Sahlgrenska sjukhuset. Båda grupperna kallades till uppföljning ett par dagar senare.

Dagen efter branden bedömdes det som alltför påfrestande för ambulanspersonalen att vara i ambulanstjänst ytterligare en natt. Ytterligare debriefingar med personal från Lundby och Gårda stationer genomfördes under eftermiddagen.

Uppföljande samtal individuellt och med grupper fortsatte de följande dagarna. Värnpliktiga räddningsmän har även kallats för att tillsammans med sina närmast anhöriga få information om eventuella efterreaktioner.

En dag under den efterföljande veckan fick stabspersonal delta i debriefing med handledare från försvarsmakten (SWEDINT). Därefter har samtal genomförts på begäran och efter behov. Den individuella uppföljningen kommer att fortsätta.

Sammanfattning

Diskoteksbranden kom att ställa stora krav på samordning av samhällets mer formella resurser för psykologiskt stöd åt anhöriga och överlevande med företrädare för olika trossamfund och ideella organisationer. Till en början fanns stora farhågor att den drabbade gruppens mångkulturella sammansättning skulle medföra särskilda problem. Det föreföll emellertid som om det svenska samhället hade en god kapacitet för att klara av detta. Det största problemet var i stället att en så stor grupp unga människor drabbats. Dessutom kom kulturella generationsskillnader att belysas – inte minst vad beträffar beteenden vid förluster av nära anhöriga/vänner. En stark sammanhållning inom flera ungdomsgrupper kom att präglade den kollektiva sorgen under den första tiden efter katastrofen.

Den rituella tvagningen var en viktig del i omhändertagandet av de många döda muslimska ungdomarna. Genom ett samarbete mellan patologen och berörda imamer kunde det lösas på ett bra sätt. Även om den muslimska traditionen påbjuder att begravning skall ske snarast efter dödsfallet, kunde de anhöriga få förståelse för att en tidsfördröjning var ofrånkomlig. Göteborgs kommun bidrog med tolkservice och olika

typer av ekonomiskt bidrag till de drabbade familjerna. Genom detta kunde det bli möjligt för anhöriga bosatta i ursprungslandet att komma till Sverige för att besöka skadade eller närvara vid begravningar. Kommunen bekostade även telefonsamtal till anhöriga i andra länder.



Bild 10. En stark sammanhållning inom flera ungdomsgrupper kom att prägla den kollektiva sorgen. Foto: Pontus Lundahl/ Kamerareportage.

”Det psykosociala arbetet efter branden skedde i viss utsträckning i samarbete mellan företrädare för sjukvården eller kommunen och olika organisationer. Några av dessa organisationer var specifika för invandrare. Bland annat deltog imamer, en makedonsk och en katolsk präst och företrädare för föreningar med politisk eller kulturell förankring i olika invandrargrupper i arbetet den första tiden på SU/Sahlgrenska. Även Svenska Kyrkan har haft en aktiv roll på sjukhusen och ute i stadsdelarna där också samarbete skett med kommunens företrädare. I Hammar-kullens skola kunde en muslimsk stödverksamhet starta några timmar efter branden. De personer som arbetade frivilligt i den verksamheten hade också en aktiv roll i flera stora ceremonier i samband med katastrofen” (Rydell, 1999).

Våld och hot

– säkerhetsaspekter

På skadeplatsen

Det scenario som mötte räddningspersonal som anlände till skadeplatsen kan i korthet beskrivas som kaos. Planen utanför brandlokalen var fylld av folk, och mer strömmade till efterhand. Ett antal skadade fanns redan utanför byggnaden och fler bars eller leddes fram av oskadade vänner och bekanta. Från fönstren på framsidan av lokalen hoppade personer ned på asfaltplanen. Denna var så fylld av folk att räddningsfordonen hade problem att ta sig fram till byggnaden.

Personalen i de första ambulanserna som kom fram har beskrivit hur de snabbt kommit att ”uppslukas av folkhavet” och hamnat i en situation där de försökt hjälpa enskilda skadade efterhand som de träffat på dem. I denna situation var självfallet sjukvårdsbehovet på plats vida överstigande de tillgängliga sjukvårdsresurser. Situationen kom ytterligare att accentueras när ”proppen” av medvetlösa i nödutgången lyftes undan, och ett större antal svårt rök- och brännskadade ungdomar kunde bäras ut från lokalen. Att alla skadade inte kunde få omedelbar kvalificerad hjälp är uppenbart. Mot denna bakgrund är det lätt att leva sig in i den känsla av frustration och ångest hos anhöriga och vänner upplevt när man upplevt att hjälpen dröjt.

Under arbetet på skadeplats har enskilda personer både bland räddningstjänstens personal och ambulanssjukvårdarna blivit utsatta för verbala hot liksom i ett fåtal fall mer handgripligt med sparkar och knytnävsslag. De skador som uppstod bestod i blåmärken/skrubbsår, samt i ett fall revbensfrakturer. Drivkraften hos förövarna har i de flesta fall varit att försöka tilltvinga sig prioritet i behandlingen av ”sina” näraste. I ett fall finns också beskrivit hur sjukvårdspersonal av omkringstående inte tilläts avbryta HLR (hjärt-lung-räddning), som bedömdes vara utan chans att lyckas.

En ledningsoperatör som satt i ett av räddningstjänstens fordon kände sig tvingad att lämna detta när omkringstående började uppträda hotfullt då man uppfattade det som att han ”gömde sig” i bilen och inte ville delta i räddningsarbetet.

Den enkätundersökning som genomförts bland personal anställd av

Räddningstjänsten i Storgöteborg domineras dock inte av uppgifter om hot och våld. Tvärtom rapporterar de flesta som deltog i arbetet under brandnatten att man upplevt de flesta ungdomar som mycket hjälpsamma och till stor nytta under räddningsarbetet.

Kommentarer

Aggression ingår som en komponent i krisreaktionen. Det är således inte svårt att förstå att hot och i vissa fall våld gentemot räddningspersonal kan förekomma i samband med en katastrof. En bidragande orsak kan också vara att majoriteten av de drabbade var ungdomar med invandrabakgrund. Många invandrares relation till olika myndigheter präglas av misstro. I media dagarna efter branden kunde man till exempel i olika tidningar läsa intervjuer där ungdomar som varit på plats beskrev hur polismän stod och hånlog medan ungdomar dog och att räddningstjänstpersonal och poliser tillsammans hindrat ungdomar från att hjälpa till att få ut fler skadade ur den brinnande byggnaden. Man uttalade i dessa intervjuer direkt att poliser/brandmän varit passiva och att deras motiv att förhindra frivilliginsatser skulle ha varit att de skadade hade invandrabakgrund. De intervjuade ansåg att insatsen skulle ha blivit en helt annan om de drabbade varit ”helsvenska”. Denna uppfattning av händelseförloppet står i bjärt kontrast till de beskrivningar som givits av den personal som varit i tjänst på brandplatsen. Mediernas sätt att rapportera från olyckan beskrivs i bilaga 7.

Egen personals säkerhet

I samband med utbildningar i katastrofmedicin brukar betonas att den kommunala räddningstjänstens räddningsledare har det yttersta ansvaret för insatspersonalens säkerhet. Han har mandat att besluta om sjukvårdspersonal överhuvudtaget får beträda riskzonen, och i så fall vilken skyddsutrustning som skall bäras. Ofta avdelas en person från räddningstjänsten att ledsaga sjukvårdsgruppen för att stå för radiosambandet men kanske framför allt för att övervaka sjukvårdsgruppens personliga säkerhet. När denna rutin kommit till har man främst fokuserat på de tekniska risker som arbete på en ”farlig” arbetsplats utgör för personal som är ovan att arbeta i sådan miljö.

Det har tidigare varit ovanligt att personal utsatts för fysiskt övervåld från anhängare eller åskådare, och ett sådant händelseförlopp har tidigare aldrig betraktats som sannolikt eller möjligt. Erfarenheter från andra länder visar dock att våld mot olika grupper av räddningspersonal är en realitet. Polispersonal är mest utsatt. Det kan nämnas att ambulanssjuk-

vården i London är mycket noga med att tydligt utmärka sina ledningsfordon med "Ambulans" för att minska risken att förväxlas med polisens fordon. London Ambulance Service har också köpt in ett större antal skyddsvästar till sin personal. I praktiken har man dock i samband med bland annat vissa festivaler som urartat till att bli upplopp fattat beslut att ambulanser överhuvudtaget inte kör in i det aktuella området, utan polisen svarar för att skadade tas ur området till "skyddade brytpunkter" där ambulanser möter upp.

Kommentarer

Man kan konstatera att vi tidigare i Sverige i stort sett varit förskonade från situationer där ambulanspersonal och sjukvårdsgrupper utsatts för hot och våld. Vi har därför heller inte planerat hur vi skall lösa problemet. Klart är dock att den som är ledningsansvarig för sjukvården inom skadeområdet som en av sina huvuduppgifter har att se till att egen personal inte skadas under räddningsarbetet. Om en hotbild liknande den i Göteborg åter skulle inträffa verkar det logiskt att beslut om att använda "skyddade brytpunkter" fattas i samråd mellan polisinsatschef och ledningsläkare/ledningsambulans.

På sjukhusen

Under brandnatten och de närmast följande dygnet utvecklade sig situationen på sjukhusen på olika sätt, beroende på sjukhusens roller och olika sätt att hantera de problem som uppstod. SU/Sahlgrenska var det sjukhus som dels kom att ta emot de flesta patienterna, dels var det sjukhus dit de döda kropparna fördes. Sjukhuset kom sannolikt också att uppfattas som sjukvårdens informationscentrum gentemot anhöriga och vänner till de skadade och omkomna.

Redan under brandnatten strömmade massor av anhöriga till. Det primära omhändertagandet av dem i sjukhusets aula beskrivs på annat håll i denna rapport. Den initiala bristen på information ledde till att en del anhöriga forcerade låsta dörrar och bland annat tog sig in på intensivvårdsavdelningen (IVA) för att själva se om de kunde finna sina sakenade. Detta ledde till konflikter med vårdpersonalen. På SU/Östra valde man en annan taktik och hade "öppna dörrar" in till IVA, vilket enligt uppgift fungerade utmärkt. SU/Mölndal och Kungälv's sjukhus drabbades inte i samma utsträckning av en anstormning av personer, som inte visste om deras anhöriga var döda eller i livet. De som uppsökte dessa sjukhus var huvudsakligen personer som visste att den de sökte var inlagd på det aktuella sjukhuset.

SU/Sahlgrenskas aula och centralkorridor kom under de närmaste dygnet efter branden att tjäna som samlingspunkt för anhöriga. Man har beräknat att minst 5 000 personer passerade varje dag, och att antalet närvarande personer vid ingen tidpunkt understeg 1 200.

Ett fåtal rapporter från enstaka medarbetare i kristeamen beskriver verbala hot från anhöriga när efterfrågad information inte kunde lämnas. Samtidigt konstaterar företrädare för PKL-verksamheten att de flesta medarbetarna i kristeamen rekryterats från psykiatrin, där hot ingår som en del av det dagliga vårdarbetet. Man uppfattade således inte de uttalade hoten som något speciellt anmärkningsvärt i den aktuella situationen.

Det som oroad mer var den ryktesspridning som pågick direkt efter branden. Man skall komma ihåg att redan under brandnatten uttalade företrädare för räddningsledningen att branden med största sannolikhet varit anlagd. Rykten om rasistiska motiv till branden kom snabbt i omlopp i folkhavet. I denna upprörda människomassa fanns individer som förespråkade olika typer av hämndaktioner. Det blev således en uppgift för de verksamma inom sjukhusets kristeam, inringda fältassistenter samt uniformerad och civilklädd polis att försöka ”läsa av” folksamlingen och på olika sätt förhindra att idéer om föreslagna hämndaktioner sattes i verket.

Samtliga omkomna fördes till bårhuset på SU/Sahlgrenska. I vissa länder är det sed att alla döda efter stora olyckor och katastrofer läggs ut gemensamt för att direkt kunna identifieras av sina respektive anhöriga. I samband med branden har kritik riktats mot polisen från en del av de anhöriga, som ansåg att identifieringsarbetet och utlämningen av de döda kropparna tog för lång tid. Vid ett tillfälle fick också polis tillkallas för att förhindra att anhöriga med våld tog sig in i bårhuset för att hämta ut sina döda barns kroppar.

Under brandnatten och de närmast påföljande dygnet ringdes 1 000-tals mobiltelefonsamtal inne på sjukhusen. I inget fall finns rapporterat någon störning av medicinsk-teknisk apparatur.

Kommentarer

Branden illustrerade tydligt det faktum att Sverige är ett mångkulturellt land. Vi måste ta hänsyn till detta även i vår planering inför stora olyckor och katastrofer. En ökad kunskap om andra kulturers sätt att uppfatta och hantera sjukdom och död måste byggas in i utbildningen av sjukvårdspersonal. En stor hjälp erhålls från sjukhuskyrkan med dess kontaktnät med andra religioners företrädare. Även fältassistenter från de stadsdelar där huvuddelen av de drabbade bodde visade sig vara en värdefull resurs, då de ofta kände de anhöriga sedan tidigare.

Sjukhusens säkerhetsavdelningar bör planera för hur man skall han-

tera en omfattande tillströmning av anhöriga i samband med stora olyckor och katastrofer. Det finns också anledning att överväga om det generella förbud mot användande av mobiltelefoner inne på de flesta av våra sjukhus fortfarande skall vara kvar, eller om detta förbud kan begränsas till IVA och andra teknikintensiva avdelningar.

Sekretessfrågor

I samband med räddningsarbetet kom många förfrågningar från myndigheter, organisationer och personer med önskan om att få ta del av förteckningar över skadade och avlidna efter branden. Polisen liksom katastrofledningsgruppen i Göteborgs kommun, försäkringsbolag, Pliktverket, journalisthögskolan i Leksand samt Centrala Studiestödsnämnden önskade tillgång till patientförteckningarna. Många kamrater och avlägset anhöriga önskade också få information.

Några veckor efter branden tillskrev Beredskapsenheten i Göteborg Socialstyrelsen beträffande vissa av de sekretessfrågor man hade hantierat. Socialstyrelsen lämnade ett svar med bland annat följande innehåll.

Den bestämmelse som främst är aktuell vid bedömningen av ett eventuellt utlämnande av den aktuella förteckningen är 7 kap 1 § sekretesslagen (1980:100) som innehåller bestämmelser om sekretess på hälso- och sjukvårdsområdet.

Av bestämmelserna följer att en uppgift inte får lämnas ut, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller hans närstående lider men. Detta innebär att huvudregeln är sekretess och att frågan om uppgiften kan lämnas ut måste avgöras från fall till fall efter en menprövning. Det förhållandet att en menprövning måste göras i varje enskilt fall gör det särskilt besvärligt i en situation som den som rådde efter brandkatastrofen. Lagstiftningen ger emellertid inte stöd för något annat sätt att hantera situationen än att göra individuella bedömningar rörande samtliga i förteckningen upptagna, skadade eller avlidna, utom i de fall samtycke till utlämnande finns eller uppgiftsskyldighet är stadgad i någon annan bestämmelse i sekretesslagen. Beredskapsenheten uppgav i sin skrivelse att det är en omöjlighet att få den enskildes eller de anhörigas medgivande när, som i detta fall, antalet skadade uppgår till närmare 200. Detta utgör dock inte grund för avsteg från sekretesslagens bestämmelser.

Sekretessen enligt 7 kap 1 § sekretesslagen rörande uppgifter om den enskildes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden kan brytas under vissa i lag angivna förutsättningar. Bland annat gäller enligt 2 kap 11 § 1 p (1998:53) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att lämna ut sådana uppgifter som gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en polismyndighet.

Uppgifter om att någon vistas på ett sjukhus som polisen behöver i sin hjälpande verksamhet torde nästan aldrig vara sekretessbelagda, eftersom det i sådana fall ligger i den enskildes eget intresse att uppgifter lämnas ut (prop. 1981/82:186 s 16). För att biträda polisen i dess hjälpande verksamhet torde alltså sjukvårdspersonalen redan enligt gällande rätt regelmässigt kunna lämna polisen uppgift om att någon finns på en vårdinrättning.

Ytterligare ett exempel på när sekretessen enligt 7 kap 1 § sekretesslagen kan brytas återfinns i 14 kap 2 § femte stycket av samma lag. Av denna bestämmelse följer att sekretess inte hindrar att uppgift som angår misstanke om brott för vilket inte är förskrivet lindrigare straff än fängelse i två år lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet. Ett sådant brott kan vara till exempel mordbrand. Vid bedömningen om det är möjligt för en myndighet att lämna ut uppgifter om brottsmisstankar föreligger måste hänsyn tas till hur starka misstankarna är.

Kommentarer

Ledningsorganisationen måste vara väl förtrogen med de regler som gäller sekretess. Detta gäller både regler som är till för att skydda den personliga integriteten och sådana regler som i vissa situationer medger att sekretessen kan brytas. Det är därför viktigt att man i en akut situation har tillgång till juridisk kompetens för att korrekta bedömningar skall kunna göras.

Referenser

Andersson M, Johansson H & Nilsson A. Stödet – en väg tillbaka. C-uppsats i social omsorg vid Göteborgs universitet, 1999.

Brandkatastrofen i Göteborg. Drabbade. Medier. Myndigheter. SOU 1999:68.

Backman A, Carlsson R, Englebretsson Ö, Englund NE, Ewals G, Johansson T, Lundin T, Nielsen T, Lorin H (red). Katastrofmedicinska studier i Borås. Hotellbranden 10 juni 1978, Stockholm: Försvarets forskningsanstalt, Huvudavdelning 5, 1979. (KAMEDO 39).

Berle, JØ, Haver, B & Kartrud, S. Gruppreaksjoner ved katastrofearbeid i sykehus. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 1991;45: 329–35.

Den kyrkliga beredskapen. PM 19970204, reviderad 1998-01-30.

Erlandsson U, Jonsson I & Totting B. Brandkatastrofen i Göteborg 98-10-29. Observatörsrapport från Räddningsverket, Karlstad, 1999.

MKV/Fo32 utvärdering av Försvarmaktens insatser med anledning av katastrofbrand i Göteborg. Rapport 1998-12-11.

PKL-rapporter från SU/Sahlgrenska, SU/Östra, SU/Mölndal, Borås Lasarett, Kungälv's Sjukhus, Psykiatriska Allvårdsenheten Orust, Vårdcentralerna och Bohushälsan (1999).

Rydell H. Psykosocialt katastrofarbete bland invandrare. En studie av brandkatastrofen i Göteborg 29 oktober 1998. Projektarbete vid KCTS, Akademiska sjukhuset, Uppsala, 1999.

Schütz E. Utvärdering av BUP:s akuta insatser i samband med brandkatastrofen vid Backaplan. BUP, vol. 1, nr. 1, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, 1999.

Socialstyrelsen. Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer. Allmänna Råd från Socialstyrelsen 1991:2, reviderad upplaga 1996.

Socialstyrelsen. Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990. SoS-rapport 1993:3 (KAMEDO 60). Stockholm 1993.

Socialstyrelsen. Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992. SoS-rapport 1994:2 (KAMEDO 62). Stockholm 1994.

Socialstyrelsen. Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991. SoS-rapport 1994:15 (KAMEDO 63). Stockholm 1994.

Socialstyrelsen. Estoniakatastrofen. M/S Estonias förlisning i Östersjön den 24 september 1994. SoS-rapport 1997:15 (KAMEDO 68). Stockholm 1997.

Socialstyrelsen. Katastrofmedicinska studier under 35 år. Erfarenheter från KAMEDO:s verksamhet 1963–1998. SoS-rapport 1999:4 (KAMEDO 72). Stockholm 1999.

Statens Räddningsverk. Att leda stora räddningsinsatser. FoU-rapport, 1997

Winje D. Psychological adjustment after severe trauma. A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988. Thesis, Bergen, 1997.

Winje D & Ulvik A. Confrontations with reality: Description of a support program for traumatized families after a schoolbus accident in Norway. *Journal of Traumatic Stress*, 1995;8: 429–44.

Wode-Helgødt, B, Garberg, A, Vikander, B & Rydelius, P-A. Busskatastrofen i Måbødalen. Bättre beredskap efterlyses. *Läkartidningen*, 1989;86: 3985-86.

Örtenwall P, Sager-Lund C, Nyström J, Martinell S. Katastrofmedicinska lärdomar kan dras av Göteborgsbranden. *Läkartidningen* 2000;97:1532–1539.

Ambulanssjukvård i Göteborg och Bohuslän

Räddningstjänstens ambulanssjukvård

Räddningstjänsten i Stor-Göteborg är Sveriges största räddningstjänstförbund omfattande följande kommuner: Göteborg, Mölndal, Härryda, Partille och Kungsbacka. Endast inom Göteborgs kommun, på uppdrag av Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ligger ansvaret för ambulanssjukvården på Räddningstjänsten.

Totalt 19 ambulanser är i tjänst under dagtid. De är utplacerade på 6 brandstationer (Gårda, Lundby, Kortedala, Frölunda, Angered och Torslanda). Dessutom finns en ambulans på Donsö i södra skärgården. Placeringen är beräknad utifrån att 90 procent av kommunens invånare skall kunna nås inom 6,5 minuter efter larm. Dessutom finns 7 ambulanser tillgängliga i reserv, där bemanningen vid behov hämtas ur brandstyrkan. Under natten användes 6 ambulanser, varav två OLA från ambulanssjukvården i Göteborg.

Organisationen arbetar efter ett system med differentiering och tvåbilsalarm. Dagambulanser sköter huvudsakligen patienttransporter, medan akuta uppdrag sköts av akutambulanser som backas upp av OLA-ambulanser vid mer medicinskt kvalificerade uppdrag.

De två OLA-ambulanserna är placerade på Gårda respektive Lundby brandstation. De är bemannade med ambulanssjuksköterska och ambulanssjukvårdare. Inom Göteborgs kommun tillämpas 2-bilsalarm. Det innebär att SOS har instruktion att vid vissa specifika kriterier larma både närmast tillgängliga ambulans och samtidigt OLA. Personalen i OLA-ambulansen tar då med automatik över ledningsansvaret för sjukvårdsinsatsen.

Övriga ambulanser bemannas av ambulanssjukvårdare som alternerar mellan ambulanssjukvård och räddningstjänst. Huvuddelen av dem har undersköterskeutbildning och 20-veckors ambulansutbildning.

Antalet bemannade ambulanser varierar över dygnet. Dagtid är normalt 19 ambulanser i tjänst mot 14 nattetid. OLA-bilarna är tillgängliga dygnet runt. Fem ”akut-ambulanser” och båda OLA-bilarna användes på brandplatsen. Närmare två tredjedelar av alla brandmän i Göteborg har minst 7-veckorsutbildning i ambulanssjukvård. Flera av släckbilar-

na är dessutom utrustade med bland annat syrgas och defibrillator för att kunna genomföra räddningsmedicinsk insats.

När för- och nackdelar med räddningstjänstbaserad ambulanssjukvård diskuteras, brukar framhållas att det går lätt att bemanna reservambulanser om så skulle behövas. Förutsättningen för detta är dock att brandstyrkan kan avvara personal. Eftersom sjukvårdskompetens fanns hos många brandmän kunde de utföra akuta sjukvårdsuppgifter på skadeplatsen.

Ambulanssjukvården i Södra Bohuslän

Ambulanssjukvården i Bohuslän bedrivs av BAEF (Bohusläns Ambulans Ekonomiska Förening). Verksamheten är uppdelad i två driftområden; norra respektive södra delen. Till den södra delen räknas kommunerna Mölndal, Härryda, Partille, Öckerö, Kungälv, Stenungsund och Tjörn. Ambulansöverläkaren för Södra länsdelen är knuten till anestesivdelningen på Kungälv's sjukhus. Ambulanssjukvården/SOS Alarm har tillgång till jourhavande ambulansföreståndare dygnet runt i länet.

De totalt 13 ambulanserna är utplacerade på 7 ambulansstationer (Tjörn, Stenungsund, Kungälv, Öckerö, Mölndal, Härryda och Lindome). Av dessa är 4 st reservambulanser.

Personalen arbetar endast med ambulanssjukvård. De har lägsta kompetens motsvarande undersköterskeutbildning och 20-veckorsutbildning i ambulanssjukvård. Fyra sjuksköterskor är också anställda, vilket medför att 2 ambulanser har sköterskekompetens dagtid.

Dagtid finns normalt 9 ambulanser tillgängliga, medan motsvarande siffra nattetid är 8. Under dagtid finns en ambulans i Mölndal extra bemannad med narkossjuksköterska. Jourhavande ambulansföreståndare kan oftast med omedelbar verkan se till att extraambulanser vid särskilda händelser som till exempel vid brandnatten bemannades såsom i Kungälv (för akuta uppdrag i Kungälv) och Mölndal.

Under brandnatten användes 4 ambulanser från Mölndal, 2 från Kungälv och 1 från Stenungsund samt ambulansföreståndare från Mölndal.

Läkartransporter i Göteborg AB

Läkartransporter AB driver 3 ambulanser för sjuktransporter, några bilar för transporter av handikappade och bil för transport av jourhavande läkare i Göteborg. Inget av dessa fordon är avsett att användas för larmuppdrag. I samband med branden kom 2 av ambulanserna och läkarbilarna att användas på skadeplatsen.

Västra Götalandsregionen: Katastrof och beredskap – stabsberedskap

Sedan den 1 juni 1999 finns inom Västra Götalandsregionen en organisation med dels Regional Beredskapsläkare och dels tjänsteman i ständig beredskap. Funktionerna har tillskapats mot bakgrund av de stora händelser/katastrofer som inträffat i området under senare år (tågolyckan i Lerum, branden på Scandinavian Star, flera spårvagnsolyckor, diskoteksbranden i Göteborg med flera).

Båda funktionerna, som organiseras genom regionala beredskapsenheten, skall snabbt kunna agera i initialskedet vid stora händelser/katastrofer och är i första hand stöd- och stabsfunktioner för akutsjukvården i Västra Götalandsregionen. Ett grundläggande syfte med organisationen är att samverkande räddningsorganisationer, i första hand larmcentral, räddningstjänst och polis, skall ha en snabbt aktiverad och entydigt definierad kanal in i sjukvården.

Regional Beredskapsläkare i beredskap

Regional Beredskapsläkare är så kallad ledningsläkare med lång erfarenhet och särskild utbildning inom ämnesområdet katastrofmedicin. Det finns 12 regionala beredskapsläkare rekryterade från hela regionen.

Tjänsteman i beredskap

Tjänsteman i beredskap skall ha medicinsk kompetens (lägst sjuksköterska) och vara specialutbildad samt ha erfarenhet inom akutsjukvård och katastrofmedicin. De tre personer som idag fungerar som tjänsteman i beredskap ingår i regionala beredskapsenheten.

Larmning

Tjänsteman i beredskap och regional beredskapsläkare larmas genom personsökare av SOS Alarm på en eller flera av nedanstående kriterier:

- händelse där antalet skadade beräknas vara 5 eller fler
- händelse där flera sjukhus primärt engageras
- hot om händelse med potentiellt skadeutfall enligt ovan
- på begäran av samverkande organisation.

Ledning

Vid en stor händelse eller katastrof är det viktigt att insatserna samordnas. Om en händelse berör endast ett sjukhus leds arbetet av den lokala katastrofledningen. Verksamheten förläggs till sjukhusets ledningscentral.

Om en händelse berör och engagerar mer än ett sjukhus samordnas insatsen av den regionala medicinska katastrofledningen. Den regionala katastrofledningen förläggs till förberedd lokal vid räddningstjänsten i Göteborg. Vid rent polisiära insatser förläggs arbetet till ett särskilt stabrum i polishuset Göteborg.

Befogenheter

För att insatser och resurser skall kunna sättas in snabbt är det viktigt att kommunikationsvägarna mellan den regionala nivån och sjukhusen fungerar och att befogenheterna är klarlagda.

Tjänsteman i beredskap/regional beredskapsläkare har befogenheter att använda regionens totala materiella och personella resurser i akuta lägen vid stor händelse/katastrof.

Sjukhusets lokala katastrofledning

När den lokala katastrofledningen trätt i funktion disponerar den de resurser sjukhuset har enligt sjukhusets lokala katastrofplan.

Tjänsteman i beredskap/regional beredskapsläkare

Vid larm från SOS Alarm om en händelse enligt kriterierna ovan, gör tjänsteman i beredskap och/eller regionala beredskapsläkaren en bedömning av vilka resurser som behöver tas i anspråk. Är bara ett sjukhus berört vidtas inga ytterligare åtgärder. Ledningen övertas av sjukhuset.

Utifrån händelsens omfattning kan regionala beredskapsläkaren/tjänsteman i beredskap rekommendera den lokala sjukhusledningen att vidta beredskapshöjande åtgärder.

En absolut förutsättning för att regionala beredskapsläkaren/tjänsteman i beredskap skall kunna fullgöra sin funktion som stöd och resurs för de belastade sjukhusen, är att det finns en klar och entydigt definierad informationsväg in i samtliga sjukhus inom Västra Götalandsregionen.

Berörs flera sjukhus träder den regionala medicinska katastrofledningen i funktion.

Regional medicinsk katastrofledning

Då flera sjukhus berörs av en händelse/katastrof är det den regionala medicinska katastrofledningen som övertar ledningen. Regiondirektören eller den han utser har det övergripande ansvaret. Som stab till honom finns regionala beredskapsläkaren/tjänsteman i beredskap samt ytterligare befattningshavare från regionala beredskapsenheten, representant från SU/Sahlgrenska och olika specialister, beroende på händelsens art.

Den regionala katastrofledningens uppgift är att fatta strategiska/taktiska beslut.

Ledningsgruppen skall:

- inventera resurser inom regionens sjukvård och vid behov hos närliggande sjukvårdshuvudmän
- samordna verksamheten inom sjukvården
- se till att sjukvårdsresurserna används effektivt
- stödja sjukvårdens operativa ledning i skadeområdet
- se till att samband upprättas mellan skadeområde, den regionala katastrofledningen och akutsjukhus
- informera inom egen organisation, andra myndigheter, organisationer och massmedier
- på ledningsnivå samverka med andra sjukvårdshuvudmän, myndigheter etc.
- svara för lägesuppföljning
- informera Socialstyrelsen om aktuellt läge
- se till att berörda enheter inom sjukvården meddelas när beredskapen ändras.

Bilaga 3

Brandrök – exponering, symtom och behandling

Exponering

Bränder utomhus innebär i regel ingen förgiftningsrisk. Exponering för brandrök inomhus ger i första hand upphov till brännskada och kolmonoxidförgiftning. Risk för syrebrist finns även. Vid pyrande brand bildas förutom kolmonoxid, koldioxid och sotpartiklar även andra föreningar som kan innebära stor risk. Man har vid många bränder kunnat konstatera att en vanlig dödsorsak har varit cyanväteförgiftning. I tabellen nedan ges några exempel på skadliga ämnen som kan ingå i brandrök. I exempelvis möbelstoppning, mattor och tapeter finns ofta polyuretaner och i isoleringsmaterial till elektriska ledningar finns ofta melamin, som vid brand kan frisätta cyanväte. Även vid pyrande brand i många andra material kan cyanväte bildas. Många av de plaster som används som isoleringsmaterial, i lister kring dörrar och fönster och vissa tapeter innehåller polyvinylklorid som vid brand frisätter bland annat saltsyra och vid brand i kväveinnehållande material kan nitrösa gaser bildas. Dessa gaser och många andra som kan bildas vid brand är retande och kan förorsaka lungskada. Förutom lungskada och risk för lungödem kan nitrösa gaser ge methemoglobinemi.

Brandrök kan innehålla bland annat:

Kolmonoxid	diverse material
Cyanväte	bomull, ull, siden, nylon (polyamid), polyuretan, melamin, isocyanater, nitriler
Nitrösa gaser	nitrocellulosafilm, polyamid (nylon)
Saltsyra	polyesterhartser, polyvinylklorid, klorerade kolväten
Svaveldioxid	svavelföreningar, kol, olja
Isocyanater	polyuretan
Akrolein	petroleumprodukter
Fosgen	polyvinylklorid
Ammoniak	polyamider, ull, silke, fenolhartser
Fluorväte	teflon, fluorinnehållande material
Bromväte	bromföreningar

Symtom och behandling

Symtom

I det akuta skedet kan man inte avgöra om påverkan på centrala nervsystemet är orsakad av syrebrist, kolmonoxidförgiftning eller cyanväteförgiftning.

Vid *medvetandesänkning* ska alltid hypoxi och kolmonoxidförgiftning misstänkas. Vid inomhusbränder skall även cyanidförgiftning misstänkas. *Sot i andningsvägarna* (näsa och mun) talar för att branden varit pyrande. Avsaknad av sot i andningsvägarna gör cyanidförgiftning mycket osannolik. Förekomst av sot i andningsvägarna hos en medvetandepåverkad patient talar för att cyanidförgiftning föreligger. Så gott som alltid är då också COHb högt. Kolmonoxid och cyanid verkar synergistiskt och ofta tillstöter cirkulationspåverkan med hypotension och arytmier. Vid cyanidförgiftning föreligger alltid en metabolisk acidosis (laktacidosis).

Den termiska skadan kan förorsaka *ödem i de övre luftvägarna* med åtföljande andningshinder som kan kräva akut intubation. Ödemet kan komma med upp till några timmars latens.

Retsymtom från luftvägarna kan vara tecken på exponering för retande gaser. Inandning av retande gaser kan innebära risk för allvarlig andningspåverkan med uttalade retsymtom och utveckling av sent lungödem, som kan komma efter en latens på många timmar till 1–2 dygn. Risk för utveckling av toxiskt lungödem föreligger endast om de initiala retsymtomen varit uttalade (laryngospasm, intensiv, besvärande hosta, hemoptys, andnöd, bronkospasm) undantaget fosgen och nitroösa gaser där risk för toxiskt lungödem kan föreligga trots mycket beskedliga initiala retsymtom.

Vid *cyanos* bör methemoglobinemi misstänkas (exponering för nitroösa gaser). Vid methemoglobinemi är blodet ofta chokladbrunt.

Behandling

Vid medvetandepåverkan, liksom vid cyanos, ges alltid *100 procent oxygen*. Vid enbart retsymtom från luftvägarna ges oxygen på mask eller gramma.

Cyanidantidotbehandling

- *Hydroxokobalamin* (Cyanokit®) komplexbinder och oskadliggör därmed cyanidjonen.)

- *Natriumtiosulfat* underlättar den endogena avgiftningen genom att cyanidjonen omvandlas till tiocyanat.

Indikationer

Indikation för behandling med cyanidantidot (helst redan på skadeplatsen) föreligger efter exponering för brandrök inomhus eller i dåligt ventilerade utrymmen (till exempel i fartyg och flygplan) om patienten är medvetandepåverkad och har sot i andningsvägarna.

- Vid medvetlöshet ges *hydroxokobalamin* (*Cyanokit*®) komplexbinder och oskadliggör därmed cyanidjonen. Dosering: 5 g (barn 70 mg/kg) löst i 100 ml sterilt vatten ges som infusion under 15–30 minuter. Observera att urinen, kroppsvätska och sekret färgas rött av hydroxokobalamin under ett par dygn). Om hydroxokobalamin inte finns tillgängligt ges natriumtiosulfat, se nedan.
- Vid lindrigare medvetandepåverkan ges *natriumtiosulfat 150 mg/ml*. Dosering: 100 ml intravenöst under 5–10 minuter (barn 375 mg/kg = 2,5 ml/kg). Om patienten försämras (sjunker i medvetande, får arytmier eller blodtrycksfall) kompletteras behandlingen med hydroxokobalamin enligt ovan.
- *Hydroxokobalamin* (*Cyanokit*®) ska dessutom alltid ges vid uttalad metabolisk acidosis (laktacidosis) i de fall det finns anledning att misstänka cyanidförgiftning.

Intubation

Intubation är indicerad vid inspiratorisk stridor eller andra tecken på ödem i de övre luftvägarna.

Bronkodilatantia och steroider

Bronkodilatantia och steroider i inhalationsform ges om retsymtom föreligger. Misstänks exponering för retande gas(er) och patienten har eller har haft allvarliga symtom föreligger indikation för steroidbehandling. Lindriga symtom (sveda i mun, svalg och bröst, salivation, hostretning, lättare heshet och obehagskänsla i bröstet) är *inte* tillräcklig indikation för steroidbehandling. Steroider ges som inhalationsbehandling. Vid inhalation av steroider bör en potent och lätthanterlig preparation/apparatur väljas, förutom Pulmicort Turbuhaler eller Becotide inhalationspulver finns en speciell inhalationsutrustning med nebulisator som drivs med oxygen. Inhalationsbehandling av steroider i sig kan ge viss

retning och vara svår att genomföra vid uttalade retsymtom. Behandlingen ges så snart som det är möjligt med hänsyn till patientens tillstånd och efter inhalation av bronkodilantia. (Värdet av steroidbehandling efter exponering för retande gaser är omdiskuterat.) Vid lungödem ges övertrycksandning med exempelvis CPAP (continuous positive airway pressure). Diuretika är av föga värde.

Metyltionin

Metyltionin bör alltid ges vid methemoglobinemi eftersom syresättningsförmågan ofta är nedsatt av flera mekanismer. Dosering 1–2 mg/kg ges intravenöst. Vid methemoglobinemi bör man även behandla och övervaka patienten som om han/hon varit exponerad för nitrosa gaser (se ovan retande gaser).

Hyperbar oxygenbehandling (HBO)

Hyperbar oxygenbehandling bör övervägas

Texten är granskad av Giftinformationscentralen.

Bilaga 4

Blodkoncentrationer, postmortemfynd hos de avlidna på skadeplatsen

Koloxid-Cyanid Hb %	Övrigt µg/g i helblod	
68	0,22	Utbredda brännskador
59	0,20	Lindriga brännskador samt sot i munhåla och näsa
67	0,99	Sot i mun och näsa, obefintliga brännskador
54	0,71	Ytliga brännskador på bröst och vänster lår, sot i näsa
77	1,1	Lindriga brännskador
50	0,21	Ytliga brännskador i ansikte, bålen och benen, sot i näsa och mun, slemhinnor ljusröda
38	0,34	Brännskador i ansikte och höger arm, sot i näsa och mun
64	0,22	Sot i näsa och mun
69	0,66	Sot i näsa och mun
64	0,41	Ytliga brännskador, sot i näsa, luftskummigt slem
49	0,48	Ytliga brännskador på rygg och vänster arm, lite sot i näsa, luftskummig vätska i näsa och munhåla
57	1,1	Kraftiga brännskador i ansikte, vänster arm, bål och ben, rikligt med sot
75	0,18	Ytliga brännskador i ansikte, höger arm, rygg och vänster hand, sot i näsa och mun
41	0,85	Brännskador på bålen, rikligt med sot i näsan
61	0,41	Ytliga brännskador, rikligt med sot i näsa, luftskummig vätska i munhåla
67	1,6	Ytliga brännskador i ansikte, vänster arm, sot i näsa och mun

Koloxid-Cyanid Hb %	Övrigt µg/g i helblod	
80	1,2	Ytliga brännskador i ansikte och vänster underben, rikligt med sot i näsa
58	0,51	Ytliga brännskador, rikligt med sot i näsa
63	0,29	Ytliga brännskador i ansikte, bål, armar och ben, sot i näsa
67	1,4	Brännskador på armar, bål och ben sot i näsa
64	1,5	Ytliga brännskador, sot i näsa
53	1,1	Utbredda brännskador på hela kroppen, rikligt med sot i näsa och mun
60	0,27	Lindriga brännskador, sot i näsa
46	0,12	Ytliga brännskador, sot i näsa
51	Neg	Ytliga brännskador, sot i näsa
57	0,25	Lindriga brännskador, sot i näsa
73	1,6	Brännskador, sot i näsa, luftskummigt blekt innehåll i näsa
56	Neg	Uttalade brännskador på vänster sida och ben, sot i näsa och mun
57	1,6	Brännskador på huvud, armar, bål och ben, sot i näsa
49	0,8	Brännskador i ansikte, händer och ben, sot i näsa och mun
72	2,1	Utbredda brännskador med förkolning
48	1,7	Brännskador i ansikte, bål, hand och ben, sot i näsa
63	1,3	Lindriga brännskador höger arm och ben, sot i näsa
55	0,22	Brännskador på kroppen, sot i näsa
57	1,1	Brännskador i ansikte, bål, armar och ben, sot i näsa och mun
60	0,99	Brännskador på huvud, bål armar och ben, sot i näsa och mun
48	0,87	Brännskador i ansikte, arm, rygg och ben, sot i näsa
61	1,4	Brännskador i ansikte, bål, armar och ben, sot i näsa

Koloxid-Cyanid Hb %	Övrigt µg/g i helblod	
68	0,11	Brännskador på armar, bål och ben, sot i näsa och mun
50	0,88	Brännskador i ansikte, arm, hand, sot i näsa
62	0,97	Brännskador i ansikte, bål, arm, ben, sot i näsa
66	0,66	Brännskador i ansikte, bål, armar, ben, sot i näsa och mun
45	0,83	Lindriga brännskador på benen, sot i näsa
54	Neg	Brännskador i huvud, hals, armar, bål, ben, sot i näsa och mun
68	1,3	Smärre brännskador, sot i näsa
39	0,57	Brännskador i ansikte, bål och ben, blodigt innehåll i näsa
55	0,66	Brännskador i ansikte, bål, höger arm och vänster ben, sot i mun, blodigt innehåll i näsa
64	0,99	Brännskador i ansikte, armar, bål och ben, sot i näsa och munhåla
42	0,17	Lindriga brännskador på halsen och armar, sot och röttillblandad vätska i näsa
48	1,2	Brännskador på kroppen, blodtillblandat sot i näsa
64	Neg	Brännskador, sot i näsa, huden rödaktig
38	0,76	Lindriga brännskador, sot i näsa och munhåla
17	0,15	Rikliga brännskador på ansikte, bål och höger ben, sot i näsa
40	0,72	Brännskador i ansikte, hand, ben, sot i näsa och mun
69	0,97	Brännskador på kroppen, sot i näsa och mun
56	0,75	Brännskador på hela kroppen med förkolningar
52	1,0	Sparsamma brännskador, sot i näsa
43	0,82	Brännskador i ansikte, rygg, ben, sot i näsa, luft skummande vätska i munhålan
65	2,1	Utbredda brännskador på hela kroppen, sot i näsa
31	0,67	Brännskador på kroppen, sot i näsa
56	0,32	Brännskador på kroppen, sot i näsa

Psykosocial verksamhet – erfarenheter från tidigare olyckor

Erfarenheter från ett stort antal såväl internationella som nationella händelser har legat till grund för organisationen av de psykosociala insatserna efter diskoteksbranden. Några händelser har haft särskilt stor betydelse.

Branden i Borås stadshotell

Vid branden av Borås stadshotell fanns ännu ingen definierad systematisk psykosocial katastrofberedskap. Fredagen den 9 juni 1978, skolavslutningsdagen, hade Stadshotellet i Borås över 500 unga gäster på restaurangerna, nattklubben och diskoteket. Tidigt på morgonen den 10 juni, kl 02.35, under den sista dansen, bröt den katastrofala branden ut. Den startade som en explosion på första våningen. Inom några minuter bröts elkraften och lokalerna blev helt mörklagda, kaotiska, fyllda med svart rök och en snabbt ökande hetta. När branden började fanns fortfarande omkring 175 personer kvar i lokalerna. Vid branden omkom 20 personer, 66 överlevde med mer eller mindre omfattande kroppsliga skador och sammanlagt drygt 100 personer överlevde utan kroppsliga skador.

Posttraumatiska stressymtom rapporterades av de flesta överlevande såväl under den akuta fasen som vid senare uppföljningar. Vid denna olycka efterundersöktes också polis, sjukvårds- och räddningspersonal.

Vid Borås lasarets psykiatriska klinik inrättades en ”krisavdelning” inom några timmar efter det man fått kännedom om brandens omfattning. Redan på ett tidigt stadium hade det bestämts att alla personer, som hade något samröre med branden och som kom till akutmottagningen och bad ”om något lugnande”, skulle hänvisas till krisavdelningen. Det fanns en viss tveksamhet om dessa personer skulle registreras som patienter vid psykiatriska kliniken eller inte. Åtgärderna var framför allt inriktade på det akuta omhändertagandet och ingen egentlig organiserad uppföljning av de sökande förekom. De meddelades emellertid att de var välkomna tillbaka om de kände behov av att få tala med någon ytterligare om sina problem.

Bussolyckan i Måbødadalstunneln

Den 15 augusti 1988 inträffade en katastrofartad bussolycka i Måbødadalstunneln, 18 mil öster om Bergen i västra Norge. Ombord på bussen fanns 31 personer – skolelever (åk 6) och några av deras föräldrar – på skolresa från Kista, en Stockholmsförort. I början av en lång vägtunnel upphörde bussens bromsar att fungera. För att bussen efter tunneln inte skulle störta ned för ett stup, försökte bussföraren minska hastigheten genom att styra in mot bergväggen varvid en kraftig kollision mot tunnelmynningens betongfundament följde. Tolv av barnen, 12 år gamla, och fyra föräldrar inklusive bussföraren dödades. De övriga 11 barnen och fyra föräldrar fick mer eller mindre allvarliga kroppsliga skador.

Eftersom olycksområdet låg i ett otillgängligt område, dröjde det mer än en halvtimme innan de första räddningsstyrkorna kom till platsen. All akutsjukvård, psykiskt och socialt omhändertagande förlades till Universitetssjukhuset i Bergen under den första veckan efter olyckan. Vid uppläggningsen av omhändertagandet, såväl under de första dagarna i Bergen som under den kommande tiden i Kista/Stockholm, hade man stor nytta av de kunskaper och erfarenheter, som gjorts i samband med de förolyckade skolbarnen vid tågolyckan i Storsund 1980 samt norska erfarenheter efter snöskredsolyckan i Vassdalen 1986. Alla förlustdrabbade familjer och anhöriga till skadade tilldelades egna stöd/kontaktpersoner. Dessa rekryterades bland välutbildade och erfarna sjuksköterskor vid universitetssjukhuset i Bergen.

De närmaste anhöriga till såväl döda som skadade hade dagen efter olyckan tillsammans rest med specialchartrat flyg till Bergen. De anhöriga delades upp i tre grupper: anhöriga till döda, anhöriga till skadade och anhörigfamiljer med både döda och skadade. Att göra denna indelning tidigt var viktigt, eftersom den psykologiska problematiken är helt olika för dem som har drabbats av förlust jämfört med dem som har en skadad familjemedlem. Under dessa första dagarna fanns också en grupp personer från Kista och Stockholm, som skulle komma att ta över psykosociala stödfunktioner och ansvara för uppföljande medicinska åtgärder och krisintervention. I denna grupp fanns representanter för lokalsamhället (kyrkan, socialtjänsten, skolan, primärvården) samt för sjukvården (barn- och vuxenpsykiatri).

Ledningsgruppen för det fortsatta omhändertagandet (till en början också inkluderande den somatiska vården) organiserade från Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid S:t Görans sjukhus. För de drabbade familjernas individuella kontakter utsågs två stöd/kontakt personer per familj. Denna grupp rekryterades bland kuratorer, läkare och psykologer inom barn- och vuxenpsykiatri. Dessa individuella familjestödskon-

takter kom att pågå i några fall upp till ett år efter olyckan.

Ett lokalt kriscenter för kollektiva stödåtgärder inrättades i Kista kyrka på initiativ av kyrkoherden i församlingen, som också kom att personligt engagera sig i de drabbade familjernas situation. Som exempel kan nämnas att man arrangerade en gemensam jordfästningsceremoni för nio av de omkomna barnen.

Erfarenheterna efter Boråsbranden och Måbødalsolyckan blev utgångspunkten för arbetet med Socialstyrelsens allmänna råd om psykosocial katastrofberedskap.

Branden på Scandinavian Star

Vi branden ombord på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990 omkom 158 personer och 324 räddades, varav endast ett 30-tal var kroppsligt skadade. Olyckan inträffade på internationellt vatten väster om Lysekil. Det primära omhändertagandet av överlevande och tillresande anhöriga ställde stora krav på ett välfungerande skandinaviskt samarbete.

Ett kriscenter för överlevande och anhöriga upprättades på ett av de större hotellen i centrala Oslo i samverkan mellan rederiet och den lokala katastrofpsykiatrin i Oslo. De lokala sjukhusen i de norska kuststäderna söder om Oslo aktiverade sina katastrofplaner. Det kom att röra sig mest om praktiska och psykosociala problem för de överlevande, som fick hjälp att få telefonkontakt med anhöriga. De försågs också med kläder och skor. Det fanns ett stort behov av emotionell första hjälp och krisintervention. Det psykosociala arbetet på katastrofplatsen kom i första hand att utföras av räddnings- och akutsjukvårdspersonalen. På grund av det stora antalet drabbade personer som fördes i land var det nödvändigt att ta ett stort hotell i anspråk som informationscenter. Dit katastrofinkallades också psykiatrisk personal. Som en del av stödverksamheten fick de drabbade skriftlig information om normala posttraumatiska stressreaktioner, som man kan förvänta sig, och vad den överlevande själv och hans närmaste anhöriga kan göra för att klara av detta. Verksamheten pågick vid detta center under fyra dygn. Därefter flyttade stödteamet sin verksamhet till en akutmedicinsk avdelning i centrala Oslo. Teamet avslutade sin verksamhet två veckor efter branden. De överlevande, som fördes i land till svensk hamn (Lysekil), transporterades så snabbt som möjligt till Norge och Danmark.

Den psykosociala katastrofledningsgruppen vid Uddevalla lasarett och den regionala krisgruppen vid Bohuslandstinget och Göteborgs sjukvård upprättade snabbt beredskap för att kunna bistå direkt och indirekt drabbade grupper.

Flygolyckan i Gottröra

Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991 har dels beskrivits i en KAMEDO-rapport, (Socialstyrelsen 1994 – KAMEDO 63) dels har det genomförts en långtidsuppföljning för att studera den posttraumatiska sjukligheten. Redan andra dagen efter olyckan beslöts att passagerarna skulle följas prospektivt för att kartlägga såväl de tidiga psykiska normalreaktionerna som eventuella psykiatriska följd tillstånd. Uppföljningsstudien har samordnats med de av flygbolaget initierade stödåtgärderna för passagerarna. Vid det första undersökningstillfället rapporterades en hög förekomst av symtom. Detta tolkades som en naturlig, men intensiv krisreaktion. De flesta symtomen har minskat i frekvens vid fyramånadersundersökningen – utom tendensen att överreagera på plötsliga ljudintryck ("startle reactions"). Vid undersökningen drygt ett år efter olyckan noterades för många av passagerarna en ökning av symtomfrekvensen. Denna ökning kvarstod efter två år. Det som till en början tycktes vara en intensiv men övergående psykisk reaktion visade sig i ett längre tidsperspektiv vara betydligt allvarligare.

Till flygbolagets krisledningsgrupp knöts katastrofpsykiatrisk expertis för en kontinuerlig planläggning från och med andra dagen efter olyckan. Redan under första veckan togs beslut om en återsamling för samtliga passagerare och flygplanets besättning en månad efter olyckan. Syftet med denna återsamling var att ge flygresan en "avslutning". Återsamlingen arrangerades i en lokal, som noggrant kunde skyddas mot massmedier och i närheten av det sjukhus, där den enda kroppsligt svårt skadade kvinnan vårdades. För att säkerställa en personlig och aktiv uppföljning av samtliga passagerares behov av psykiskt och socialt stöd utsågs omedelbart 22 kontaktpersoner, anställda vid flygbolaget. De fick ansvar för uppföljningen av 5–7 personer var. Den första telefonkontakten togs inom 48 timmar efter olyckan. Kontaktpersonernas huvudsakliga uppgift var att förmedla medicinska, psykologiska och sociala hjälpinsatser.

Spårvagnsolyckan i Göteborg

Vid den svåra spårvagnsolyckan i Göteborg (13 döda och 29 skadade) den 12 mars 1992 kom PKL-gruppen vid Sahlgrenska sjukhuset att samlas cirka 90 minuter efter det att olyckan hade inträffat. Totalt engagerades 17 kuratorer, fem psykologer och fyra representanter för sjukhuskyrkan i det psykosociala stödarbetet. Dessutom deltog många från den psykiatriska kliniken i stödarbetet. Det psykosociala omhändertagande blev

dåligt samordnat på grund av parallella organisationer: Detta skapade stundtals oklarhet som resulterade i dubbelarbete och ibland olämpligt hänvisande från instans till instans (Socialstyrelsen 1994 – KAMEDO 62).

Estoniakatastrofen

Den enskilda olycka i Sverige under 1900-talet, som kanske haft det starkaste inflytandet på många grupper drabbade – och på myndigheter på olika nivåer, torde vara Estoniakatastrofen den 28 september 1994. Vid efterarbetet framkom behovet av en nationell samordning, kunskaps- och erfarenhetsförmedling vid en katastrof av detta slag, som drabbar många människor inom ett geografiskt stort område – och där olyckans karaktär är sådan att hela befolkningen reagerar med bestörtning och sorg. Vid denna olycka omkom 540 människor från olika delar av landet, dessutom 256 personer från andra länder, varav de flesta från Estland. Totalt överlevde 137 personer (53 var bosatta i Sverige). De psykosociala insatserna för i Sverige boende överlevande och anhöriga har beskrivits i en tidigare KAMEDO-rapport (Socialstyrelsen 1997 – KAMEDO 68).

Referenser

Backman A, Carlsson R, Engelbrektsson Ö, Englund NE, Ewals G, Johansson T, Lundin T, Nielsen T, Lorin H (red). Katastrofmedicinska studier i Borås. Hotellbranden 10 juni 1978, Stockholm: Försvarets forskningsanstalt, Huvudavdelning 5, 1979. (KAMEDO 39).

Socialstyrelsen. Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990. SoS-rapport 1993:3 (KAMEDO 60). Stockholm 1993.

Socialstyrelsen. Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992. SoS-rapport 1994:2 (KAMEDO 62). Stockholm 1994.

Socialstyrelsen. Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991. SoS-rapport 1994:15 (KAMEDO 63). Stockholm 1994.

Socialstyrelsen. Estoniakatastrofen. M/S Estonias förlisning i Östersjön den 24 september 1994. SoS-rapport 1997:15 (KAMEDO 68). Stockholm 1997.

Bilaga 6

Psykosociala aspekter – utdrag ur samtal med drabbade ungdomar

Följande intervjuer har genomförts av Helena Rydell sex månader efter branden och har tidigare publicerats i ett projektarbete.

En 18-årig muslimsk pojke från Somalia:

Jag kom till Sverige för nio år sedan eftersom det var krig där. Nu bor jag i Hisingsbacka. Jag går på fordonsteknisk linje på gymnasiet, men nu efter branden har jag svårt att koncentrera mig i skolan. Jag känner mig omotiverad. Jag var inne i lokalen när det började brinna. Jag hade varit på festen i tre timmar då. De sista två timmarna hade jag suttit och pratat med en kompis. Tidigare under kvällen hade vi varit ute och växlat pengar åt dem som sålde läsk. Alkohol såldes inte på festen, men det var kanske en del, som drack utanför. Plötsligt kom en annan kompis och sa att det brann, men jag tänkte att det bara var en högtalare. När lamporna slocknade förstod jag att det var på allvar. Jag försökte tända, men det gick inte. Jag började känna röken och hostade. Det var trångt och mycket folk, när vi försökte komma ut. Vi kunde inte ta oss ut genom dörren. Jag såg en kille, som klättrade upp till ett fönster och slog sönder det lite, men han hoppade inte ut där. Jag klättrade till en annan ruta och slog sönder den helt. Nedanför fönstret låg allt glassplittret och där stod en massa människor. Jag hjälpte en mindre kille att komma upp i fönstret och ropade till människorna på marken att flytta på sig. Sedan vågade jag hoppa fastän fönstret var två våningar upp. Jag landade på fötterna men slog i pannan också. Jag tog i med händerna och fick en massa glassplitter i dem. På den sidan där jag hoppade fanns varken poliser eller ambulanser. De andra som stod där nere ville bära mig men jag ville se om jag kunde gå själv och det kunde jag. På andra sidan av huset där det fanns ambulanspersonal fick jag bandage och sedan fick jag sitta vid en vägg och vänta. Jag åkte tillsammans med många andra i en ambulans till Östra sjukhuset. När vi kom dit var alla upptagna så jag fick vänta länge på en läkare. Efter att läkaren undersökt mig fick jag

ligga i en hall och vänta. Där var poliser som kom och pratade och som vill ha min adress. Jag har varit på förhör hos polisen senare också.

Jag fick stanna tre dagar på sjukhuset. Nu efteråt får jag samtala med en person på en av kommunens mottagningar, men jag börjar tycka det är jobbigt att gå dit och prata om branden en gång i veckan. Jag tänker ofta själv på branden och drömmer om den. För ett tag sedan drömde jag att en kompis som dött visste sanningen om hur det startat. Jag mår i alla fall bättre nu än förut. Då darrade jag varenda gång jag pratade om branden.

Två av de kompisar, som jag umgicks mest med förut, dog i branden. Jag var på deras begravningar, men jag var inte på några visningar. Jag är troende muslim. Ibland tänker jag att branden var som en varning att jag måste sköta mig bättre. Jag har börjat be till Gud. Jag lovade Gud att göra en massa saker om jag överlevde, så nu måste jag göra det. Ibland tänker jag också att jag ska göra så som mina döda kompisar vill att jag skall göra.

De som inte är religiösa undrar varför ungdomarna dog. Någon sa att 63 pensionärer kunde ha dött i stället. Jag tror att Gud bestämmer och att han tar bort människor när han vill.

Jag har varit i lokalen som brann nu efteråt. Det var jobbigt. Jag tyckte det kändes konstigt att: förra gången ville jag bara gå ut – och nu skulle jag gå in igen. En person som var med försökte säga att den här gången kommer inget att hända och till slut vågade jag gå in. Jag tror att branden var anlagd eftersom det gick så snabbt. Det kanske var rasister. Jag har inte fått hjälp av någon muslimsk stödgrupp.

En 20-årig muslimsk pojke från Somalia:

Jag kom till Sverige för fem år sedan eftersom det var krig i Somalia. Jag går på handelsprogrammet på gymnasiet och bor i Hammarkullen.

Den kvällen då det brann var jag först och tränade och sedan sov jag en stund innan jag gick till festen. Fem minuter innan det började brinna kom jag dit tillsammans med en kompis, men vi hann aldrig gå in i lokalen. Därför fick jag inte några skador. Först såg jag en tjej som var helt bränd i ansiktet och sedan såg jag att en massa folk kom ut. Jag sprang mot dörren. Jag visste att en massakompisar var där inne. Det hade blivit stopp i trappan men jag försökte hjälpa folk att komma ut. Jag mötte en kompis till en kompis. Han letade efter sin bror så jag hjälpte honom. Vi åkte först till Sahlgrenska och sedan till Östra sjukhuset. Senare fick vi veta att han dött och att han låg i bårhuset. Då åkte jag hem till hans föräldrar.

Mina föräldrar blev oroliga för jag kom inte hem förrän på morgonen och glömde ringa till dem.

Jag ville inte gå på någon visning men jag var på begravningar. Jag har gått till en psykolog som skolan ordnade åt mig men jag ville inte fortsätta. Det är så jobbigt att börja tänka varje gång på kompisarna som dött. Skolan har gjort en massa bra saker för oss efter branden. Jag är troende muslim och tror inte det är någon mening att fråga sig vad det var för mening med branden. Alla ska dö en gång.

Jag tror att branden var anlagd men det är inte säkert att det var rasis-ter. I början trodde jag det. Jag tror att polisen egentligen vet hur branden startade. De vill inte berätta eftersom de tror att ungdomar ska hämnas om de får veta.

En 19-årig muslimsk pojke från Bosnien:

Jag kom till Sverige från Bosnien för sju år sedan eftersom det var krig. Nu bor jag i Bergsjön. Jag fick både se döda och hålla i gevär i Bosnien även om jag bara var en liten pojke.

Jag var på väg ifrån festen när det började brinna i lokalen. Jag stod i trappan. Först trodde jag inte att det var på allvar men så kände jag rök-lukten. Folk sprang ut eller hoppade från fönster. Jag försökte hjälpa människor att komma ut. Många fastnade vid dörren och låg på varandra. När jag skulle hjälpa dem som låg överst tog några tjejer som låg i botten tag i mig. Jag blev inte skadad eftersom jag kom ut tidigt.

Först åkte jag från festlokalen till Östra sjukhuset. Sedan var jag på Sahlgrenska och var med på fyra visningar. Det var jobbigt. Jag kände flera som dog och flera som blev skadade. Det var inte någon personal som pratade med mig på sjukhuset.

Efteråt har jag träffat olika psykologer genom skolan. I varje samtal hos psykologen får jag gå tillbaks från början och berätta vad som hände. Nu börjar jag tycka det är jobbigt att minnas så mycket. I början efter branden fick jag en massa brev med erbjudanden om hjälp. Skolan har ställt upp bra. De har gett mig avslappningsband och simkort. Jag går i tvåan på handelsprogrammet men har haft mycket frånvaro efter branden, Jag har också varit på förhör hos polisen. Jag har hört många personer som säger att branden var anlagd, Det kanske var så eftersom det gick så snabbt. Om polisen vet tror jag i alla fall inte att de vill säga något. De är nog rädda att ungdomar skall hämnas.

En 17-årig pojke med grekiskt ursprung:

Jag är själv född i Sverige men mina föräldrar är från Grekland och jag har bott där i tre år. Nu bor jag på Hisingen.

Jag tänkte först inte gå till festen den där kvällen men jag ville inte svika mina kompisar. Vi hade talat om det tidigare. Jag träffade mina kompisar på vägen dit. Jag ville hellre titta på film men vi tänkte att vi kunde gå dit, och gå igen om det inte var kul.

Först stod jag utanför och pratade med mina kompisar, men sedan gick jag in en kvart innan det började brinna. Det började komma rök, men först trodde jag bara att det var från en högtalare, Så var det på en annan fest, som jag var på. När det började komma mer och mer rök, så förstod jag att det verkligen brann. Jag var en av de sista som blev kvar där inne i lokalen. Jag tänkte att jag måste ta mig ut och kom en bit fram mot dörren men det gick inte att ta sig förbi alla människor som stod där. Någon drog i mig så jag ramlade ner på golvet och fastnade bland andra människor. Det låg fem eller sex människor ovanpå mina ben. Efter en stund kunde jag i alla fall dra loss benen, men skorna fick jag inte med. Jag såg dörren ut. När den var öppen tänkte jag att det fanns en chans att klara sig men när den stängdes ett tag tänkte jag att nu är det kört. Bredvid mig låg en tjej som dog. Hon skulle ringa ambulansen med sin mobiltelefon, men helt plötsligt var hon bara tyst.

Det blev mer och mer svårt att andas. Jag svimmade av men mina kompisar kunde komma in och bära ut mig. Sedan låg jag utanför. Jag bad en brandman hjälpa mig, men han gick bara förbi trots att jag sade att jag hade svårt att andas. Jag bad en ambulansman om hjälp, men han sa bara: "Nej, tyvärr" och gick vidare. Efter någon timma fick jag hjälp. Det var i garaget bredvid. Först sa de att jag skulle åka buss, eftersom de trodde att jag bara hade en liten skada på armen, men till slut fick jag åka ambulans i alla fall. När jag kommit till sjukhuset fick jag ligga ensam i ett rum en lång stund. Efter ett tag blev jag så rädd att jag ringde med larmknappen. De sade att jag måste vänta eftersom det var så många skadade. När en läkare till slut kom, upptäckte de att jag hade stora brännskador på benet. Jag började få ont och kramper, så de gav mig smärtstillande, slangar och sprutor. Min kompis åkte hem till mina föräldrar och hämtade min pappa. Han kom till Sahlgrenska på natten. I början trodde de att jag skulle behöva vara två veckor på sjukhuset, men det blev två månader. Två veckor låg jag på intensivvårdsavdelningen. Precis i början trodde de att de skulle behöva amputera mitt ben. Det behövdes inte, men de hartransplanterat hud från ena låret. Ett år efter branden skall de operera mig igen. Det tog längre tid för mig än för andra att lära mig gå igen. Det kändes jobbigt. På sjukhuset fick jag samtal varje dag

med en psykolog eller en psykiater. Det var någon annan som pratade med mig precis i början också. Annars hände det inte mycket mer än att jag tränade benet. Jag fick inte träffa vänner i början eller titta på TV. Jag fick inte ens äta utan fick dropp.

Jag undrade vad som hänt med mina vänner. En läkare sa i början att det var bra med dem, men det var det inte. Jag fick inte åka på den begravningen, som jag ville. Att några andra kompisar dött, fick jag reda på först efter tre månader. Jag mår fortfarande inte bra. Jag tänker ofta på branden. Tankarna kommer när som helst. Det är fortfarande svårt att koncentrera sig i skolan. Jag har fortsatt estetisk linje. Skolan har ställt upp bra med extra hjälp.

Jag äter sömnmedel, antidepressiva och medicin mot värk och klåda. Jag går också till en psykolog, men inte samma som i början. Några andra organisationer eller föreningar har inte gett mig någon hjälp.

Jag är troende grekisk-ortodox kristen och tänker att det var bestämt att branden skulle ske. Man kan inte gömma sig för döden. Jag går ut på fester nu också. Ska något hända så gör det.

Intervjuaren, Helena Rydell, har själv kommenterat de överlevandes reaktioner på följande sätt: ”Alla ungdomarna förlorade någon vän på grund av branden. Efter den akuta sorgen, som kan ha färgats av skuld-känslor över att själv vara den som överlevt, kan de drabbas av PTSD (post-traumatic stress disease) eller annan posttraumatisk psykisk sjuklighet. De som själva varit utsatta för överhängande livshot har större risk att drabbas. Ungdomar med muslimsk eller grekisk-ortodox kristen trosuppfattning talar om vilken betydelse religionen haft för dem efter katastrofen. Religiositet kan ge en känsla av sammanhang i tillvaron och därmed vara en skyddsfaktor mot psykiatrisk sjuklighet efter traumatiska händelser.”

Bevakning i massmedierna

Den massmediala bevakningen av brandkatastrofen kan indelas i två faser; under- respektive efterperioden. Ett flertal medier bevakade räddningsarbetet på plats varför ett stort antal journalister och fotografer blev vittnen till själva insatsarbetet. I detta skede gjordes intervjuer med ungdomar i chocktillstånd. Även intervjuer med räddningspersonal gjordes på plats. Ungdomar blev även fotograferade och filmade av pressfotografer och olika TV-bolag.

Svenska Journalistförbundets Yrkesetiska nämnd har konstaterat att medierna varit försiktiga att publicera fotografier och bildmaterial på offer, drabbade och vittnen på platsen. Nämnden konstaterar även att *"maskning av bilder förekom"* (Svenska Journalistförbundet, 1999). Ett uttalande av Allmänhetens Pressombudsman hade följande lydelse: *"Det har förekommit hänsynslösa, ofta retoriska och fantasilösa frågor om hur det känns, till människor som varit uppenbart chockade" ...//.. "De som absolut inte vill förekomma i medias kameraljus på olycksplatsen får dra sig undan"* (Alfredson, 1998).

Inom massmedierna används begreppet *publicitetsskada* för de eventuella kränkningar av den personliga integriteten och de pressetiska reglerna som bildpubliceringar och publicerade intervjuer kan ge upphov till. Däremot diskuteras varken inom massmedier eller forskning om *opublicerat material* till exempel. bilder och intervjuer som framställts genom att offer och drabbade exponerats av medier på skadeplats (Lund-älv, 1998). I den statliga informationsutredningen (SOU 1999:68) om brandkatastrofen har fokus varit på enbart publicerat material. Utifrån detta har slutsatser dragits att massmedierna generellt givit en såväl nyanserad som saklig information till allmänheten.

Nyhetsbevakningen av brandkatastrofen var intensiv. Enligt SOU 1999:68 publicerades totalt 537 bilder i femton större dagstidningar i Sverige. Mer än hälften (53 procent) av de bilder som infördes togs av de tre kvällstidningarna Aftonbladet, Expressen och GT (n=289). Dock har utredningen inte undersökt det faktiska antalet framtagna bilder i medierna som inte publicerades. En ansvarig arbetsledare vid Aftonbladet uttryckte följande i samband med katastrofbevakningen: *"Jag tror att vår fotograf var den som var först på plats på ett väldigt tidigt stadi-*

um och vi hade väldigt mycket bilder som vi överhuvudtaget inte någonsin skulle kunna tänka oss att publicera . Vi hade sönderbrända människor, vi hade ett fruktansvärt bildmaterial som vi valde bort i det läget” (Lundälv, 1999).

En studie från Göteborgs universitet visade att göteborgstidningarna GP och GT var närgångna och fokuserade bevakningen på offer och anhöriga. GT hade dubbelt så många bilder på offer som GP hade (Blom et al, 1998). Blom et al studerade totalt 177 artiklar och 111 bilder som publicerades från den 30 oktober till den 5 november 1998. Journalistiken i GT var mer närgången i såväl hem- som i sjukhusmiljö visade undersökningen.

Enligt SOU 1999:68 har uttalanden som återgivits i medierna av förundersökningsledaren ökat och förstärkt misstron mot myndigheterna. Uttalanden om att ungdomar skulle ha ljugit och att detta skulle ha en grund i kulturella bakgrunder har enligt utredarna ökat misstron mot myndigheter.

Grunden för ungdomars misstro, fortsatt ryktesspridning och spekulationer om brandens uppkomst lades av ansvarige chefen för räddningsinsatsen på en gemensam presskonferens. Uttalandet gjordes även vid upprepade tillfällen i såväl radio som TV. Enligt utredningen var dock ryktesspridningen i medierna begränsad. Ryktesspridningen om att branden var anlagd framfördes i världspressen. Några veckor efter katastrofen bad bland annat ett tyskt TV-team om ursäkt för dessa felaktiga rykten (Forsman, 1998).

Kritik mot medierna, främst televisionen, som lät chockade ungdomar göra uttalanden med kritik mot såväl polis som räddningstjänst under pågående räddningsarbete, förklaras av utredarna dels av den moderna nyhetsjournalistikens snabbhet men även genom att tekniken möjliggjorde snabba sändningar. Med andra ord har enskilda journalister inte haft tid eller möjligheter att göra avvägningar på plats. Anmärkningsvärt är dock att flera av inslagen har kunnat sändas upprepade gånger utan att någon ansvarig arbetsledare ingripit (SOU 1999:68).

Allvarlig kritik kan riktas mot att medierna inte utförde någon egentlig granskning av vare sig chefen för räddningsinsatsen eller uttalanden som gjordes av de chockade ungdomarna.

Kritik mot medierna har framkommit främst mot public serviceföretagen som inte informerat tillräckligt bra och brett till de olika etniska grupper som omfattades av katastrofen. Krisinformation bör enligt utredarna i framtiden ges på aktuella språk (SOU 1999:68). Intervjuer med anhöriga till drabbade och offer visade att många ansåg att journalister kom att prioriteras före anhöriga. En anhörig berättade för utredarna; *”De sattes i centrum, inte de drabbade”* (s.105 i SOU 1999:68).

En pojke som intervjuades i Sveriges Radio berättade om vad han och andra ungdomar såg av mediabevakningen på platsen. (Radiointervjun sändes i Studio ett, P1 den 6 november 1998.)

”Jag såg två killar bära en tjej och då bad de två journalister om hjälp. Men det enda journalisterna gjorde var att gå fram och ta kort och sedan stack de därifrån och hjälpte inte till alls. De var där först på plats innan polisen och brandkåren kom men istället för att hjälpa till var de mer intresserade av sina stories istället för att hjälpa folket. Massor av ungdomar låg halvdöda framför dem. De gjorde ingenting. De stod bara och tog kort hela tiden”.

Diskussion

Under senare år har massmediernas roll och betydelse i samband med kriskommunikation och katastrofjournalistik kommit att uppmärksammas och problematiserats i ett flertal studier. Inom ramen för KAMEDO:s verksamhet har det under senare år även varit angeläget att inkludera kriskommunikationens effekt på räddning och omhändertagande av drabbade.

I samband med brandkatastrofen i Göteborg kom flera begrepp att användas som till exempel krisjournalistik, katastrofjournalistik och sorgjournalistik. Begrepp som kommunikationsproblem i samband med katastrofer och allvarliga samhällsstörningar uppmärksammades också.

Massmedierna har ett stort ansvar vid bevakning och rapportering av skadehändelser och katastrofer. Vissa mediaorgan har till och med skyldighet enligt svensk lagstiftning att förmedla krisinformation, till exempel Sveriges Radio (SR) och Sveriges Television (SVT).

Diskoteksbranden i Göteborg kom att aktualisera ett stort antal mediarelaterade frågeställningar. En huvudfråga inom den efterföljande debatten och forskningen har varit hur relationen varit mellan central kriskommunikation och de störningar som skett inom det multikulturella samhället. Vidare har fenomenet katastrofjournalistik belysts i flera studier (Blom et al, 1998; Lindroth, 1998; Jutterström, 1999; Lundälv, 1999; Helton, 1999; Englund; 1999; Asp et al, 1999).

Tidigare studier inom KAMEDO har kommenterat mediernas agerande i katastrofsammanhang. Helhetsintrycken av de massmediala insatserna har i ett flertal rapporter varit positiva. (Socialstyrelsen 1996 – KAMEDO 65, Socialstyrelsen 1997 – KAMEDO 67). Dock har olika störningar och relationsproblem gentemot pressen kunnat påvisas. Enligt Svenska Journalistförbundet har beredskapen varit bättre vid Göteborgsbranden jämfört med under bevakningen av Estoniakatastrofen (Svenska Journalistförbundet, 1999).

Massmediernas arbetsmetodik

Svensk journalistutbildning innehåller inga moment som belyser mediernas funktion och roll i samband med svårare samhällsstörningar som till exempel katastrofer. I ett flertal KAMEDO-rapporter har det tidigare konstaterats vilken stor betydelse som massmedierna har i samband med en katastrof. Liksom vid flera tidigare katastrofer i Sverige hade medierna tillgång till katastrofplatsen vilket innebar att de kunde filma, fotografera och intervjua offer, närstående, vittnen. I den efterföljande diskussionen har det förekommit uppgifter om att bevakningen varit lugn och sansad samtidigt som andra hävdade motsatsen.

De som drabbades av katastrofbranden var barn och ungdomar. De fick i stort möta yrkesverksamma journalister och fotografer på plats som inte hade några större erfarenheter av katastrofjournalistik och katastrofpsykologi. KAMEDO har tidigare konstaterat att en intensiv mediebevakning av drabbade kan medföra risker för spridning av negativ psykologisk påverkan (Socialstyrelsen 1996 – KAMEDO 65). Detta överensstämmer även med forskning som visat att intensiv mediebevakning kan förstärka negativ stress hos en traumatiserad person.

Frågan om lämpligheten av att exponera offer, chockade och vittnen i medierna har behandlats i den statliga utredningen som konstaterar *”det är naturligt att medier gör intervjuer med ögonvittnen men att sådana bör ske med urskillning och medvetande om att chock kan förändra människors personlighet och omdöme”* (s.12 i SOU 1999:68).

De journalister och fotografer som vistas på en skadeplats utsätts liksom andra yrkesgrupper för extrema påfrestningar. Det är därför av vikt att de mediarepresentanter som väljs ut för denna typ av bevakningsuppdrag har såväl utbildning som erfarenhet av krisbevakning. Detta krävs för att reportrar skall få kunskap om hur människor i traumatiska tillstånd fungerar och vilka som inte är lämpliga att intervjua. Ett förslag till utbildning i katastrofpsykologi i de statliga journalistutbildningarna finns i ett statligt betänkande över Estoniakatastrofen (SOU 1999:48). Elva av totalt 14 remissinstanser som yttrade sig över betänkandet ansåg att journalistutbildningarna borde omfatta katastrofpsykologi.

Inom ramen för mediernas arbetsmetodik vid brandkatastrofen är det möjligt med följande uppdelning;

1. Massmedierna i samling:

- medierna beger sig till presskonferens för att få lägesuppgifter
- medierna ställer krav på känsliga uppgifter
- medierna ställer krav på intervjuer av räddningspersonal som inte genomgått krishantering

2. Undersökande journalistik:

- medierna närmar sig drabbade och anhöriga genom till exempel intervjuer och fotografering
- insamling av nyhetsmaterial som inte kan publiceras
- åsidosättande av personlig integritet.

Medierna ville få se och lyssna på SOS Alarms bandupptagningar av första larmet. De ville också träffa och intervjua räddningspersonal som inte fått något psykosocialt stöd i form av krishantering. Detta skapade relationsproblem mellan medier och myndighetspersonal (SOU 1999:68).

Ett exempel på undersökande journalistik som åsidosatte personlig integritet och respekt på skadeplatsen av olika medier beskrevs av stf räddningsledare vid ett seminarium efter katastrofen (Svenska Journalistförbundet, 1998):

”Man samlas i personalgruppen och man har den formella möjligheten att avsluta insatsen. Man vet att här ligger sextio stycken på insidan som någonstans ska ta vägen. Man bestämmer sig för att hjälpa till att transportera de här människorna på ett värdigt sätt till sjukhus. Man ställer frågan från räddningsledningen om det är någon som vill stiga av. Om det är någon på frivillig väg som vill ställa upp. Och man ställer upp och bär ut samtliga skadade till baksidan av fastigheten för vidare avtransport på ett värdigt sätt med ambulans till sjukhus. Man gör det för att man har en känsla för medmänniskorna. Den första grejen man möts utav det är de smygande fotografierna. Varför är det nödvändigt att se de smygande fotografierna i buskarna när våra brandmän väljer en undanskymd plats för att de här människorna ska få en värdig avtransport till ett sjukhus? Varför smyger man? Varför finns inte spärren? Varför smyger man och tar de här bilderna? Man intervjuade dem som kom ur ett brandinferno. Här borde finnas en form av sunt förnuft – en spärr hos er journalister. Det är väl ganska sannolikt att dessa har svårt att lämna en saklig information?”.

Konklusioner i SOU 1999:68

1. Information till drabbade och närstående har högsta prioritet. I fallet med Göteborgsbranden fann utredningen att man givit massmedierna information i stället för till drabbade och anhöriga.
2. Journalister och massmediarepresentanter bör vara medvetna om segregationsproblem i katastrofbevaktning.
3. Publicserviceföretag som till exempel TV sände inte på andra språk än svenska trots åtaganden om språkliga och etniska minoriteters behov.

4. Få spekulationer förekom i de olika medierna tiden efter katastrofen.
5. Det är naturligt att intervjua ögonvittnen och *”att det också är viktigt att journalister och fotografer är medvetna om att chock kan förändra människors personlighet och omdöme”*.

Kommentarer

- Massmediabevakningen under och efter katastrofen var mycket intensiv. För medierna var bevakningen av de olika invandrargrupperna ett nytt fenomen. Kunskap om etniska minoriteters behov i katastrofsammanhang var bristfälligt bland olika medier. Mångkulturell kompetens inom massmedia är nödvändig i framtiden.
- Utbildning i katastrofjournalistik och katastrofpsykologi vore önskvärt inom den grundläggande journalistutbildningen och vidareutbildningen.
- Fungerande stödteam och debriefingmöjligheter bör finnas på varje nyhetsredaktion. En ansvarig arbetsledare på eller i anslutning till skadeplatsen kan stödja reportrar och fotografer i katastrofbevakningen.
- Katastroffer och närstående bör få fullständig information om möjligheter att klaga på publicering hos allmänhetens pressombudsman. Klagotiden om tre månader efter publiceringen bör förlängas så att offer och andra drabbade har en reell möjlighet att anmäla felaktigheter och/eller kränkningar.
- Informationsberedskap är en viktig del av katastrofberedskapen varför ansvariga på olika ledningsfunktioner bör ha kunskap om media-kontakter. En utökad samträning med olika massmedier bland annat minoritetsmedier, i samband med katastrofövningar vore önskvärt.
- Det faktiska agerandet av olika massmedier under och efter katastrofen har inte undersökts vare sig av den statliga utredningen (SOU 1999:68) eller av någon annan utredningsgrupp. Med faktiskt agerande avses här det material som framställts till exempel intervjuer och bilder, men som inte publicerats. I framtiden vore det önskvärt att inte enbart studera publiceringar utan framställningen av mediematerial, det vill säga incidenter med offer som erbjuds pengar för intervjuer, närgångna fotografier och filmningar av traumatiserade barn och ungdomar, intervjuer i direktsändning med räddningspersonal, otillåten fotografering på sjukhus osv.
- För att i framtiden utvärdera och säkerställa incidenter med olika medier vore det önskvärt att till exempel ansvariga inom olika räddningsorgan skriftligen gjorde incidentrapportering.

- Det vore önskvärt att medierna skickar erfarna journalister och fotografer som har utbildning i katastrofjournalistik och katastrofpsykologi till skade- och katastrofplatser.

Referenser

Alfredsson L. Medierna ger sig själva beröm. Medierna har lärt av Estoniakatastrofen. Dagens Nyheter den 4 november 1998.

Blom L, Grisotti A, Lidell A-K. Rapporteringen från brandkatastrofen i Göteborg. Fokus på offer och anhöriga. I Jutterström, C (red.). Etik. JMG Granskaren. Nr 1, 1999. Göteborg: Centrum för granskning av journalistik och medier vid JMG – Institutionen för journalistik och masskommunikation vid Göteborgs universitet.

Brunberg S. Inte bara svensk katastrof. Debattartikel, Göteborgs-Posten den 3 november 1998.

Dyregrove A. (2000). Trengs det en faktakommisjon for journalister? Journalisten den 25 februari 2000.

Englund L. Katastrofjournalistikens dilemman: en forskningsöversikt med etiska och psykologiska perspektiv. Arbetsrapport 92, Institutionen för journalistik och masskommunikation, Göteborgs universitet, 1999.

Forsman B. Tysk ursäkt för brandrapportering. Tidningarnas Telegrambyrå (TT) 98-11-27.

Helton A. Att agera i kaos. En studie av de kommunikativa aspekterna vid SU/Sahlgrenska sjukhuset i samband med brandkatastrofen utifrån ett kaosteoretiskt perspektiv. C-uppsats, VT-1999, Media- och kommunikationsvetenskap 41–60 p, Humanistiska institutionen, Örebro universitet, 1999.

Jutterström C (red.). Etik. JMG Granskaren. Nr 1, 1999. Göteborg: Centrum för granskning av journalistik och medier vid JMG – Institutionen för journalistik och masskommunikation vid Göteborgs universitet.

Kulturdepartementet. Nyhetsförmedlingen av vissa särskilt drabbade i samband med brandkatastrofen i Göteborg. Kommittédirektiv. Dir 1998:103.

Larsson L, Nohrstedt SA. Göteborgsbranden 1998. En studie av kommunikation, rykten och förtroende. Stockholm: Styrelsen för psykologiskt försvar, 2000.

Liljeström M. Nya vägar för nyheter. En studie av nyhetsförmedling på webb, text-tv och i andra alternativa kanaler. Utbildningsserie nr 6. Stockholm: Styrelsen för psykologiskt försvar, 2000.

Lindroth J, Thulin, Å. Diskoteksbranden i pressen. Vart tog kritiken vägen? Uppsats, Journalistprogrammet vid JMG, höstterminen 1998, Göteborgs universitet.

Lundälv J. Ett lågvattenmärke för pressen. Mediebevakningen av Göteborgsbranden är oetisk och närgången. DN-debatt, Dagens Nyheter den 3 november 1998.

Lundälv J. Det talande offret. Journalistik vid olyckor och katastrofer. Gävle: Meyers, 1999.

Lundälv J. Talesmannen. Mediapraktika för hjälpare. Gävle: Meyers, 2000.

Lundälv J. Katastrofjournalistik – en fråga om etik, kunskap och arbetsmetoder. Icitament 2000; 9: 485–489.

Nohrstedt SA. En undersökning av kommunikationen i samband med branden i Göteborg. En projektbeskrivning till Styrelsen för psykologiskt försvar, 1998-12-16.

Sahlgrenska sjukhuset. Substans special om sjukvårdens insatser i samband med branden i Göteborg oktober 1998.

Socialstyrelsen. Massmedier och katastrofer – en vägledning för sjukvården, räddningstjänsten, polisen och journalister. Bilaga. Översättning av ”The Media in a Disaster”, National Institute of Mental Health, USA. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:2. Reviderad upplaga 1996.

Socialstyrelsen. Rökgranatolyckan i Uppsala den 25 augusti 1993 och Klorgasolyckan vid Vanadisbadet den 2 augusti 1993. SoS-rapport 1996:11 (KAMEDO 65). Stockholm 1996.

Socialstyrelsen. Explosionen vid World Trade Center i New York den 26 februari 1993. SoS-rapport 1996:20 (KAMEDO 67). Linköping 1997.

Socialstyrelsen. Katastrofmedicinska studier under 35 år. Erfarenheter från KAMEDO:s verksamhet 1963–1998. SoS-rapport 1999:4 (KAMEDO 73). Stockholm 1999.

SOU 1999:48. Lära av Estonia. Den andra delrapporten och slutredovisning. Stockholm: Näringsdepartementet.

SOU 1999:68. Brandkatastrofen i Göteborg. Drabbade, medier, myndigheter. Stockholm: Statens offentliga utredningar 1999:68, betänkande av Informationsutredningen om brandkatastrofen i Göteborg, Kulturdepartementet.

Svenska Journalistförbundet. Seminarium om katastrofjournalistik. Stockholm den 26 november 1998. Bandkopior.

Svenska Journalistförbundet. Remissyttrande över Slutbetänkandet Lära av Estonia (SOU 1999:48). Remiss den 13 september 1999 till Näringsdepartementet.

Västra Götalandsregionen. Blandade klipp ur riks- och lokalpress 30-31 oktober, 1 november, 2 november, 3 november, 4 november, 5 november, 6-8 november 1998 om discoteksbranden på Hisingen. Mia Högborg, informatör.

Bilaga 8

KAMEDO-rapporter

Nr	Benämning, innehåll	Utgivningsår	Författare
1.	Katastrofmedicinska studier i USA. Beredskap mot naturkatastrofer	1966	Bernt Blomquist Ulf Gästrin Hans von Holst K-G Linderholm
2.	Studiebesök i USA: American Medical Association's konferens om katastrofsjukvård i Chicago	1966	Lars Brunnberg Per-Erik Wiklund
3.	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävningkatastrof i Varto-området, augusti 1966	1967	Göran Eriksson Gustav Weissglas
4.	Erfarenheter från naturkatastrofkongress i Skopje 25–30 oktober 1966	1967	Walo von Greyerz Ulf Gästrin Lars Risholm
5.	Katastrofmedicinsk dokumentation: "Människor i katastrof". Genomgång av psykologisk och psykiatrisk litteratur av katastrofmedicinskt intresse	1968	Hans Rudolf-Lohman
6.	(ej utgiven)		
7.	Katastrofmedicinska studier i Israel: Studier av krigssjukvården	1967	Sten Meurling Per-Erik Wiklund
8.	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävning i Debar 1967-11-30–12-02	1968	Valentin Sterndal
9.	Katastrofmedicinska studier i Italien: Jordbävningkatastrofen på Sicilien, januari 1968	1968	Björn Klinge Lars Risholm
10.	(ej utgiven)		
11.	Katastrofmedicinsk organisation i Öst-Pakistan: Rapport från studieresa maj 1968	1969	Lars Troell

- | | | |
|---|------|---|
| 12. Katastrofmedicinska studier i Indonesien: 1969
Vulkanen Merapis utbrött januari 1969 | | Bo Rybeck |
| 13. Symposium om katastrofmedicin 1969
(utgiven som specialnummer av
tidskriften Försvarsmedicin) | 1969 | |
| 14. Katastrofmedicinska studier i Göteborg: 1970
Stormen "Ada" 1969-09-21–22 | 1970 | Per-Gunnar Andbert
Kaare Brandsjö
Karl-Gustav Dhunér
Erland Hansson
Peter Heimann
Jane Jönsson
Gunnar Palmqvist
Klas Rosengren
Bengt Zederfeldt |
| 15. Katastrofmedicinska studier i 1970
Jugoslavien: Jordbävningen i Banja
Luka 1969-10-26–27 | 1970 | Peer Thorulf
Lars Lindegård |
| 16. Katastrofmedicinska studier i Väst- 1970
tyskland: Smittkoppepidemien i
Meschede, Westfalen 1970 | 1970 | Alvar Ehinger |
| 17. Katastrofmedicinska studier i Turkiet: 1971
Jordbävningen i Kütahya-området
mars 1970 | 1971 | Anders Aspegren |
| 18. Katastrofmedicinska studier i Peru: 1971
Jordbävningkatastrofen 1970-05-31 | 1971 | Barbro Johansson |
| 19. Katastrofmedicinska studier i 1971
Jugoslavien: Tågbrand i Wrandukt-
tunneln 1971-02-14 | 1971 | Kresten Maagaard
Rune H Berlin |
| 20. Katastrofmedicinska studier i Jordanien: 1971
Redogörelse för arbetet vid Svenska
Röda Korsets operationslag oktober 1970 | 1971 | Peer Thorulf |
| 21. Studier i USA, september–oktober 1971
1970: Utvecklingstendenser inom
medicinsk utbildning och
katastrofberedskap | 1971 | Hans von Holst |
| 22. Katastrofmedicinska studier i Väst- 1972
tyskland: Järnvägskatastrof i
Rheinweiler 1971-07-21 | 1972 | John Ingman
Bo Rybeck |
| 23. Katastrofmedicinska studier i Glasgow: 1972
Gasexplosion i Clarkston 1971-10-21 | 1972 | Christman Ehrström
Gunnar Nyby |

- | | | |
|---|------|--|
| 24. Katastrofmedicinska studier i Frankrike: Gasexplosion i Argenteuil 1971-12-21 | 1972 | Eric Arenander
Lars Lindegård |
| 25. Katastrofmedicinska studier i Danmark: Fenolkatastrofen i Simmersted och Syd-Jylland den 20-23 januari 1972 | 1972 | Kaare Brandsjö |
| 26. Katastrofmedicinska studier i Japan: Järnvägskatastrofen mellan Nagoya och Osaka den 25 oktober 1971 | 1973 | Rune H Berlin
Lars Lindberg |
| 27. Amerikansk krigskirurgi i Sydostasien: Erfarenheter i samband med katastrofmedicinska studier 1972 | 1973 | Rune H Berlin
Lars Lindberg |
| 28. Katastrofmedicinska studier i Glasgow: Katastrof i Ibrox Park fotbollsstadion den 2 januari 1971 | 1973 | Ulf Gästrin
Peter Westerholm |
| 29. Katastrofmedicinska studier på Rhodos: Restaurangbranden 1972-09-23 Flygevakueringsoperationen | 1973 | Ulf Brandt |
| 30. Katastrofmedicinska studier i England: Seriekollisioner på motorväg M6 väster om Manchester 1971-09-31 | 1974 | Björn T Klinge
Per Erik Wiklund |
| 31. Katastrofmedicinska studier i Israel oktober 1973 | 1974 | Torsten Silander
Per Erik Wiklund |
| 32. Katastrofmedicinska studier i Italien: Koleraepidemin i Syd-Italien 1973 | 1975 | Bengt Gästrin
Olof Ringertz |
| 33. Katastrofövningen på Sturup | 1976 | Åge Ramsby |
| 34. Katastrofmedicinska studier i Nord-Italien: Luftutsläppet av organiska klorföreningar i Seveso, Milano-provinsen 1976-07-10 | 1977 | Ulf G Ahlborg
Birgitta Kolmodin-Hedman
Staffan Skerfving |
| 35. Totalhavariet av tankfartyget "Monte Urquio" vid La Coruna Spanien, maj 1976 | 1977 | Per Fahlin |
| 36. Katastrofmedicinska studier på Teneriffa: Flygplansolyckan på Los Rodeosflygplatsen den 27 mars 1977 | 1977 | Henry Lorin
Peer Thorulf |
| 37. Katastrofmedicinska studier i Tuve: Skredet den 30 november 1977 | 1978 | Kaare Brandsjö
Karl-Gustav Dhunér
Sven-Erik Frödin
John Ingman
Alvar Schilén
Margareta Sundelin
Sammanställd av
Henry Lorin |

- | | | |
|---|------|---|
| 38. Katastrofmedicinska studier: Psykiska reaktioner vid katastrofer | 1979 | Tomas Böhm
Henry Lorin |
| 39. Katastrofmedicinska studier i Borås: Hotellbranden 10 juni 1978 | 1979 | Anders Backman
Rune Carlsson
Östen Engelbrektsson
Nils Erik Englund
Gerhard Ewald
Tommy Johansson
Tom Lundin
Torkild Nielsen
Sammanställd av
Henry Lorin |
| 40. Katastrofmedicinska studier i Spanien: Gasolyckan i Los Alfaques 11 juli 1978 | 1979 | Gösta Arturson
Rune Blomberg
Kaare Brandsjö |
| 41. Katastrofmedicinska studier i Östersund: Järnvägsolyckan vid Lugnvik 10 aug 1978 | 1979 | Henry Lorin
Börje Renström |
| 42. Katastrofmedicinska studier i Mississauga, Kanada: Järnvägsolycka 10 november 1979 med åtföljande brand, klorutsläpp och behov av evakuering | 1980 | Lars-M Eliasson
Mårten Holmström |
| 43. Katastrofmedicinska studier: Barn under krigs- och katastrofförhållanden. Deras upplevelser, beteenden och psykiska svårigheter | 1981 | Tomas Böhm
Lars H Gustafsson
Henry Lorin |
| 44. Katastrofmedicinska studier i Nordsjön: Förlisningen av bostadsplattformen Alexander L. Kielland den 27 mars 1980 | 1981 | Helge Bryne
Henry Lorin |
| 45. Katastrofmedicinska studier i samband med två svenska järnvägsolyckor 1980: Tågkollisionen i Storsund 1980-06-02. Tågurspårningen i Upplands Väsby 1980-08-24 | 1981 | Henry Lorin
Dag Axelsson
Magnus Beckman
Kaare Brandsjö
Bo Brismar
Anders Erik Eklund
Ingrid Lagergren
Karl-Axel Norberg
Urban Westin |
| 46. Katastrofmedicinska studier i Bologna: Sprängattentatet på centralstationen den 2 augusti 1980 | 1981 | Lennart Bergenwald
Kaare Brandsjö
Bo Brismar
Arne Jönsson
Per Rohlén |

47. Katastrofmedicinska studier i Nevada: Branden på MGM Grand Hotel i Las Vegas den 21 november 1980	1982	Nils Fröman Carl-Evert Jonsson
48. Katastrofmedicinska studier: Brännskadebehandling	1982	Gösta Arturson Bo Brismar Henry Lorin
49. Katastrofmedicinska studier i Libanon: Beirut 82	1983	Henry Lorin Karl-Axel Norberg
50. Katastrofmedicin – Kemiska olyckor	1984	Johan Hermelin Per Kulling Henry Lorin Karl-Axel Norberg
51. Katastrofmedicinska studier i Mexico: Explosions- och brandkatastrofen i San Juanico Ixhuatepec den 19 november 1984	1986	Gösta Arturson Kaare Brandsjö
52. Katastrofmedicin – Kärnvapenkrig	1986	Gösta Arturson Henry Lorin m fl
53. Katastrofmedicinska studier i Indien: Giftgasolyckan i Bhopal, december 1984	1987	Per Kulling Henry Lorin
54. Katastrofmedicinska studier i Hessen, Västtyskland: Tankbilsolyckan i Herborn 7 juli 1987	1988	Kaare Brandsjö Henry Lorin Hans Nordström
55. SoS-rapport 1989:17 Färjeolyckan vid Zeebrugge den 6 mars 1987	1989	Henry Lorin Karl-Axel Norberg
56. SoS-rapport 1990:30 Branden i tunnelbanestationen King's Cross den 18 nov 1987	1990	Börje Hallén Per Kulling
57. SoS-rapport 1990:31 Olyckan vid flyguppvisningen vid Ramsteinbasen den 28 augusti 1988	1990	Bo Brismar Henry Lorin
58. SoS-rapport 1991:14 Flygplansbranden i Manchester den 22 augusti 1985	1991	Hans Fries
59. SoS-rapport 1992:4 Kärnkraftsolyckan i Tjernoby den 26 april 1986	1992	Kaare Brandsjö Peter Reizenstein Gunnar Walinder

60. SoS-rapport 1993:3 Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990	1993	Olle Almersjö Eréne Ask Kaare Brandsjö Tom Brokopp Annika Hedelin Håkan Jaldung Tom Lundin Sammanställd av Per Kulling
61. SoS-rapport 1993:19 Branden på Huddinge sjukhus den 9 november 1991	1993	Kaare Brandsjö Bo Brismar Sammanställd av Henry Lorin
62. SoS-rapport 1994:2 Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992	1994	Olle Almersjö m fl Sammanställd av Per Kulling
63. SoS-rapport 1994:15 Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991	1994	Lars Laurell Henry Lorin
64. SoS-rapport 1994:16 Jumbojetkatastrofen i Amsterdam den 4 oktober 1992	1994	Gösta Arturson Henry Lorin Pär Olofsson Jan Wisén
65. SoS-rapport 1996:11 Rökgranatolyckan i Uppsala den 25 augusti 1993 och Klorgasolyckan vid Vanadisbadet i Stockholm den 2 augusti 1993	1996	Lars Holmberg Helena Unger Anders Asplund Håkan Lindberg John Grubbström Sammanställd av Per Kulling
66. SoS-rapport 1996:12 Jordbävningen i Kobe, Japan tisdagen den 17 januari 1995	1996	Henry Lorin Helena Unger Per Kulling Lars Ytterborn
67. SoS-rapport 1996:20 Explosionen vid World Trade Center i New York den 26 februari 1993	1996	Kerstin Hägnevik Olle Almersjö Richard Westfal Sammanställd av Per Kulling

68. SoS-rapport 1997:15 Estoniakatastrofen M/S Estonias förlisning i Östersjön en 28 september 1994	1997	Kaare Brandsjö Tom Häggmark Per Kulling Henry Lorin Tom Lundin Anders Skjöldebrand Sammanställd av Per Kulling Henry Lorin
69. SoS-rapport 1997:20 Ebolaepiemin i Zaire 1995	1997	Håkan Eriksson Bo Niklasson Anders Tegnell Sammanställd av Louis Riddez
70. SoS-rapport 1998:14 Den tyska katastrofberedskapen belyst genom tre stora olyckor under 1996–97	1998	Ulf Andersson Håkan Lindberg Mark Personne Jörgen Persson Matts Pålsson Louis Riddez Sammanställd av Louis Riddez
71. SoS-rapport 1998:20 Terroristattacken med sarin i Tokyo den 20 mars 1995	1998	Per Kulling
72. SoS-rapport 1998:21 Bombattentaten i Jerusalem, Ashkelon och Tel-Aviv, våren 1996	1998	Daniel Brattgård Louis Riddez Sammanställd av Louis Riddez
73. SoS-rapport 1999:4 Katastrofmedicinska studier under 35 år	1999	Henry Lorin
74. SoS-rapport 2000:9 Isstormen i östra Kanada januari 1998	2000	Louis Riddez Uno Dellgar
75. Brandkatastrofen i Göteborg natten 29–30 oktober 1998	2001	Kaare Brandsjö Annika Hedelin Tom Lundin Jörgen Lundälv Per Örtenwall Sammanställd av Per Kulling Louis Riddez