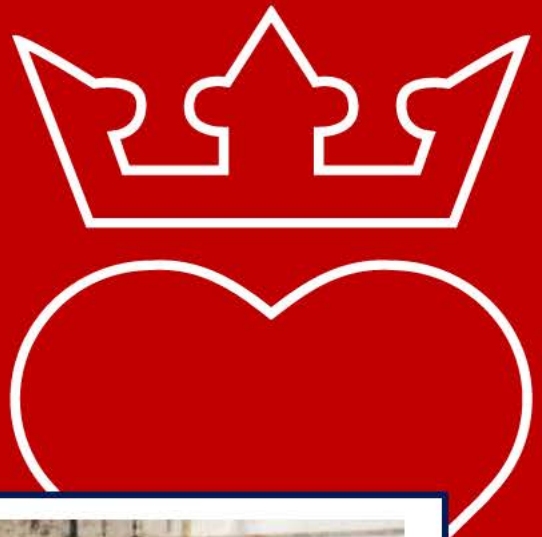


Olycks- utredning



Brand i trygghetsboende, Laholms kommun

OU 2020-06

2020-09-15, SJ

INNEHÅLL

1. Utredningsuppdrag.....	4
2. Sammanfattning.....	7
3. Platsbeskrivning.....	9
4. Händelse- olycksförlopp- och insats.....	11
5. Skadeomfattning.....	14
6. Datainsamling.....	15
7. Intervjuer.....	16
8. Avslyssning av 112 samtal.....	17
9. Ökad risk- orosanmälan.....	18
10. Händelseanalys.....	19
11. Lärdomar och erfarenheter.....	21
12. Bilder, skisser och bilagor.....	23

Lästips

Snabb övergripande läsning.....	Sidorna 4-8
Fördjupad läsning.....	Sidorna 4-23
Heltäckande fördjupad läsning.....	Sidorna 4-23 samt bilaga

1. UTREDNINGSUPPDRAG

1.1 Bakgrund och syfte

Lag om skydd mot olyckor SF 2003:778 (LSO), Efterföljande åtgärder 3 kap, 10§ anger att när en räddningsinsats är avslutad skall kommunen se till att olyckan undersöks för att i skälig omfattning klarlägga orsakerna till olyckan, olycksförloppet och hur räddningsinsatsen genomförts.

Syftet med utredningen är att lära för framtiden. Inriktningen för denna utredning är därför att finna området och åtgärder som fungerat bra tillsammans med områden och åtgärder som går att förbättra. Vem som gjort vad är av ingen betydelse, annat än att vi fångar lärdomen för framtiden.

Räddningstjänst, polis, försäkringsbolag, arbetsmiljöverk m.fl. har alla sina olika utgångslägen och syften för sina utredningar. Beviskravet för räddningstjänsten i detta sammanhang är inte att jämföra med en utredning som ligger till grund för en rättsprövning i tex brottmål eller liknande.

Utredaren vill här påpeka att en straffande kultur mycket sällan leder till bra lärande, särskilt på sikt. Det är därför av största vikt att ta del av räddningstjänstens utredning med fokus på lärande och inte straffande.

1,2 Uppdrag, begränsningar, metod och plan

Med utgångspunkt från LSO 3 kap 10§ har räddningstjänsten i Laholm beslutat att genomföra en extern utförd utredning av insatsen. Nedan syns ett utdrag ur uppdragsbeskrivningen.

Torsdagen den 23 januari 2020 avled en äldre man på ett trygghetsboende i Laholms kommun till följd av en brand som med stor sannolikhet startat på spisen. Mannen hade trygghetslarm och använde detta för att få hjälp under tiden det brann. När nattpatrullen kom till platsen konstaterade de att det var mycket rökigt i huset och att de inte kunde ta sig in i lägenheten. De larmade då räddningstjänsten som var på plats inom några minuter. Styrkeledaren som var först på plats, lyckades ventilera ut rök genom att krossa rutorna i lägenheten och kunde därefter ta sig in till mannen och dra ut honom. Mannen förklarade senare avliden.

Uppdraget för denna utredning är att hitta åtgärder som förbättrar kommunens arbete med individanpassat brandskydd utifrån denna händelse. I de fall när individen inte har egen förmåga att skydda sig mot brand ska kommunen hjälpa till på bästa sätt.

Brandens orsak och förlopp anses utredd genom att branden begränsats till material på spisen och rökdykarna kunde konstatera att två plattor var påslagna under insatsen. Polisen har gjort teknisk undersökning på plats. Utredningen är inte tänkt att omfatta någon insatsutvärdering av räddningstjänstinsatsen som sådan.

Beställare av utredning är Laholms kommun, Socialtjänsten och Räddningstjänsten. Kontaktperson för Laholms kommun är Andreas Nilsson.

Utredningen har genomförts såsom händelseanalys, med kompletterande intervjuer av nyckelpersoner. Valet av händelseanalys är att denna metod är känd inom såväl Svensk räddningstjänst, MSB som utav Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner.

Utredningsplanen bygger på att snabbt samla in data i syfte att skapa underlag för efterföljande analysarbete. Stort fokus lades därför inledningsvis på att genomföra intervjuer med nyckelpersoner. Därefter kan analysarbetet upptas utifrån tillgänglig tid. Med anledning av Corona, covid-19 smittan och efterföljande stabsarbete, tvingades undertecknad tjänstgöra som stabschef för räddningstjänsten i Halmstad då hela Halmstad kommun och dess olika förvaltningar och bolag gick i stab. Detta medförde att denna utrednings analysarbete och slutrapport flyttades fram i tiden. Detta har också löpande informerats uppdragsgivaren Laholms kommun.

Grundplan för utredningsarbetet

- 1. Uppdrag (januari)**
 - a. Förutsättningar för uppdrag
 - b. Upstart av uppdrag
- 2. Datainsamling (januari)**
 - a. Dokumentation- bilder- loggar etc.
 - b. Avlyssning 112 samtal till SOS Alarm
 - c. Intervjuer- nyckelpersoner
- 3. Analys (mars- juni)**
 - a. Sammanställning av intervjuanteckningar
 - b. Händelseanalys
- 4. Slutrapport (juli- augusti)**
 - a. Olycksutredningsrapport
 - b. Presentationsmaterial
- 5. Redovisning (september-november)**
 - a. Redovisning för uppdragsgivaren

1.3 Utredare, kvalitetsgranskare och erfarenhetsåterkoppling

Undertecknad olycksutredare har arbetat vid räddningstjänsten i Halmstad sedan 1990 i olika befattningar. Brandman, ledningsoperatör, brandförman, insatsledare på flygplats. Sedan 2005 såsom brandmästare tillika insatsledare i Halmstad kommun. Undertecknad har även arbetat med tillsyn enligt LSO och sedan 2006 med området lärande av olyckor, vilket i praktiken handlar om brand- olycks- insatsutvärderingar och statistikanalyser.

Undertecknad har gått grundkurs för olycksutredare, brandplatsundersökning (polis) samt kvalificerad olycksutredningsmetodik vid Karlstad universitet. Innehar även en timanställning vid MSB inom området lärande från olyckor. Tidigare som regional samordnare för olycksutredarna i Halland och Kronoberg. Numera som tidningsskribent i MSB:s tidning Tjugofyra7 under rubriken erfarenheter.

Kvalitetsgranskare för denna utredning är brandmästare Magnus Rydberg vid räddningstjänsten i Halmstad. Magnus har arbetat inom räddningstjänsten i olika befattningar under drygt 30 år. Brandman, brandförman, brandmästare tillika insatsledare inkluderat viss tillsyn inom LSO.

Magnus har grundkurs för olycksutredare, brandplatsundersökning (polis) samt kvalificerad olycksutredningsmetodik vid Karlstad universitet. Magnus innehar även goda kunskaper i förebyggande brandskydd kopplat till LSO.

Återföring av erfarenheter är det viktigaste momentet vid en olycksutredning. Utan systematik i denna fastnar snabbt lärdomar och erfarenheter i den berömda bokhyllan. Undertecknad har därför för avsikt att förutom själva olycksutredningen och dess slutrapport även bidra med en presentation av utredningen för uppdragsgivaren och de denna anser vara särskilt viktiga. I övrigt kommer utredningen bifogas ett enklare presentationsmaterial jämte slutrapporten. Olycksutredningen delges även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap i syfte att bidra till det nationella lärandet.

1. Olycksutredningsrapport med bilagor
2. Presentation för uppdragsgivaren
3. Olycksutredningen tillsänds MSB

2. SAMMANFATTNING

2.1 Vad hände?

En tidig januarimorgon 2020-01-23 klockan 04.45 larmas räddningstjänsten ut till en brand i ett trygghetsboende. En brand har brutit ut där en äldre, funktionsnedsatt person bor. I bostaden finns en brandvarnare, vilken enbart larmar inne i aktuell bostad. Personen har sedan tidigare ett trygghetslarm kopplat till en trygghetslarmcentral, vilket personen utnyttjar och larmar via. En muntlig kommunikation via högtalare upprättas mellan centralen och den larmande. Personen har tidigare larmat ofta och har också en otydlighet i sitt tal med anledning av språktydligheter i kombination med [REDACTED]. Trygghetscentralen uppfattar inte allvarligheten i larmet och larmar därför i vanlig ordning ut nattpatrullen i aktuellt område i Laholm.

När nattpatrullen kommer till platsen ca 20 minuter efter larm, noterar de efter att ha låst upp och tittat in i lägenheten att den är rökfylld. De stänger dörren och larmar räddningstjänsten via SOS-Alarm på 112. Nattpatrullen är Semi FIP enhet och därför utbildade i brandsläckning och gör bedömningen att det är för mycket rök och inte möjligt att gå in i lägenheten. De gör också bedömningen att det enbart är rök och avstår från att slänga in en släckgranat i lägenheten. De möter upp räddningstjänstens FIP-enhet som kommer till platsen ca 3 minuter efter larm. Räddningstjänstens första enhet påbörjar ventilering av lägenheten via dörrar och fönster och då altandörrens fönster krossas syns en person en bit in i vardagsrummet. Bedömningen är att personen går att ta ut, lättas och snabbast via ordinarie entré, vilket också genomförs. Återupplivningsförsök påbörjas omgående utav ambulanspersonal som ankommit platsen. När resterande del av räddningstjänstens styrka ankommer platsen, släcks branden som varit på och invid spisen tämligen fort. Personen avlider tyvärr som följd av branden.

2.2 Varför hände det?

En äldre person med svåra funktionsnedsättningar i kombination med [REDACTED] och rökning utgör en tydlig riskperson för brand. Risken för att brand uppstår är många gånger större samtidigt som möjligheten att själv släcka eller utrymma är starkt begränsad. Dvs både risken för brand är större liksom konsekvensen om brand uppstår.

I aktuellt fall har löst brännbart material förvarats ovanpå spisen, som av okänd anledning satts på och förorsakat brand. Personen har inte själv haft möjlighet att utrymma och den brandvarnare som fanns i lägenheten larmade enbart där. Personen själv larmade via trygghetslarm och nattpatrullen larmades ut, dock inte som prioriterat ärende.

Som i flera liknande fall runt om i Sverige syns en bakgrund till händelsen. I aktuellt fall har socialförvaltningen gjort flera åtgärder, som tyvärr ändå inte gav effekt vid denna händelse. Det är därför viktigt att öppna upp verktygslådan ytterligare för socialförvaltningen, då ett ökat vård- och omsorgsbehov närapå alltid behöver kompletteras med ökade säkerhetshöjande åtgärder. Dvs förstärkt brandskydd för särskilt riskutsatta.



2.3 Hur kan vi undvika att det händer igen?

En äldre person med svåra funktionsnedsättningar i kombination med [REDACTED] och rökning utgör en tydlig riskperson för brand. Kombinerat detta med ett eskalerande förlopp inom tex fall, tillbud, missbruk, trygghetslarm och uppmärksammas utav hemtjänstpersonal eller annan måste detta föranleda en snabb ny riskbedömning med möjlighet till faktiska åtgärder.

För att förhindra brand utgör återkommande frekventa riskbedömningar en helt avgörande funktion. Riskbedömningar som tidigt kan notera när en person utgör en risk för sig själv och/eller andra runt om kring sig. Det finns idag ett stort utbud inom ramen för individanpassat brandskydd att sätta in, i syfte att förhindra brand. Idag görs bedömningen att åtgärder som vidtas för särskilt riskutsatta knappast kan betraktas som individuella, utan snarare som generella utifrån olika typer av nedsättningar eller situationer.

Om brand ändå uppkommer är det av särskilt stor vikt att branden upptäcks tidigt och att det finns åtgärder som bistår snabbt. Dvs snabb hjälp till platsen i syfte att ge aktuell person hjälp att utrymma och eventuellt tidigt släcka branden. Detta kan ske genom att kunna prioritera ärenden till nattpatrullen eller i ännu bättre fall installera rökvarnare som är sammankopplade med trygghetslarmet och möjlighet att även larma räddningstjänsten.

Det handlar om **förstärkt brandskydd för särskilt riskutsatta-**

Det handlar om **frekventa, kontinuerliga riskbedömningar-**

Det handlar om **röklarm, via trygghetslarm (snabb faktisk hjälp)-**

För detaljer se avsnittet lärdomar och erfarenheter på sidorna 20-21 samt vägledning från MSB och Socialstyrelsen "Brandsäker bostad för alla- vägledning för individanpassat brandskydd". Den är för närvarande under revidering och kommer med stor sannolikhet ha ett ökat fokus på just begreppet "förstärkt brandskydd för särskilt riskutsatta", vilket denna utredning tydligt hänvisar till.



Ovan syns den brand som i praktiken varit relativt liten, men som ändå medfört att en person mist livet. En brand på spisen i löst förvarat lättantändlig material.