Utredning av dödsbrand utomhus på äldreboende 2020

2021-03-09

Larmtider
Händelsedatum: 8 juli 2020
112-samtal mottaget: 09.32
Larm till räddningstjänst: 09.34
Första enhet på plats: 09.37

SOS ärendenr: 16.3001300.2
Eget larmnr: G2020.073075
Utredare: Johan Rönmark, stf räddningschef, brandingenjör, Räddningstjänsten Gislaved-Gnosjö

Avgränsningar
Utredningen fokuserar på olycksförloppet och orsakerna till olyckan och inte genomförandet av insatsen. Rapporten avgränsar sig även till frågor kopplade till särskilda boenden, även om dödsbränder inte enbart inträffar i dessa.

Genomförande
Faktainsamling har skett genom platsbesök och sammanställning av vittnesuppgifter samt medlyssning av 112-samtal. Foton är tagna av räddningstjänsten där inget annat anges.
Förutom egen undersökning är rapporten är baserad på socialförvaltningens utredning med bland annat bakgrundsuppgifter om den avlidna kvinnan som inte är sekretessbelagda.

Sammanfattning
En kvinna på ett särskilt boende (äldreboende) sitter i sin rullstol utomhus och röker. Av okänd anledning hamnar cigarretten eller glöd i hennes kläder eller sittdyna som orsakar brand. Personal på boendet som upptäcker detta börjar släcka kvinnan med brandsläckare men hon avlider på platsen.

1. Beskrivning av verksamheten och plats

Kvinnan som omkom bodde på ett särskilt boende (äldreboende) i en tätort Gislaveds kommun. De boende har egna lägenheter med tillgång till gemensamhetsutrymmen. Personal finns på plats dygnet runt. Rökning får inte förekomma inomhus så de brukare som behöver röka får göra det utomhus vid en mindre paviljong på boendets innergård. I anslutning till boendet ligger en förskola och från denna förskola är det sikt in till innergården.

Figur 1: Platsen för branden markerad med röd prick på innergården. Förskolan markerad strax nedanför brandplatsen.

Hur rökningen genomförs är olika: vissa rökare på boendet tar emot skyddsåtgärder i form av rökförkläde, andra inte. Vissa vill ha sällskap och andra inte. Personalen hjälper de boende utifrån deras behov men har inte alltid tid att övervaka all rökning på grund av övriga boende. Det finns då möjlighet för brukaren att larma personalen via ett personligt trygghetslarm.

Själva boendet i övrigt är brandtekniskt skyddat med lägenheter som egna brandceller, automatiskt brandlarm och brandsläckare med mera. Personalen genomgår regelbundet utbildning i brandskydd från räddningstjänsten och bedriver ett systematiskt brandskyddsarbete utifrån byggnaden.

2. 112-samtal, utalarmering och släckförsök

På förmiddagen vill den sedermera omkomna kvinnan röka och körs ut på innergården i sin rullstol till paviljongen där de boende är anvisade att röka. Hon avböjde sällskap av personalen. Ca 5-6 minuter efter att kvinnan har lämnats ser en ur personalen att det brinner kraftigt kring kvinnan och flera ur personalen springer då ut för att släcka.

Larm inkommer till SOS Alarm från personal på förskolan som också sett branden på boendets innergård. Samtidigt som 112-samtalet pågår har personal på boendet börjat släckning med brandfilt och brandsläckare. En fastighetsskötare har också upptäckt vad som hänt och kommer med ytterligare brandsläckare. Det visar sig i efterhand ha varit svårt att släcka helt för lågor flammade upp enligt personalen trots att flera brandsläckare (modell skum, 9 l) användes.

Räddningsstyrkan i tätorten samt två ledningsenheter förutom ambulans och polis åker mot platsen efter larm. Första enhet på plats är räddningstjänstens förstainsatsperson, FIP, som möts av personal. Branden är då helt släckt av personal men kvinnan är synbart avliden och inga släckåtgärder behövs från räddningstjänsten.

3. Om platsundersökningen

Olycksutredningen inleddes efter att de akuta åtgärderna i form av stöd till framför allt den inblandade personalen på boendet och förskolan hade avslutats för räddningstjänstens del. En teknisk undersökning av polisen genomfördes samma dag och räddningstjänsten tog hand om den rullstol som kvinnan hade suttit i.

Utöver detta genomförde socialförvaltningen ett antal psykosociala stödåtgärder kopplat till boendet och även en Lex Sarah-utredning av misstänkt allvarligt missförhållande. Socialförvaltningen är skyldig att göra dessa utredningar och deras utredning har tillsammans med räddningstjänstens haft goda synergieffekter.

4. Upplysningar om branden och platsen

Branden har startat på grund av en glödande cigarett. Branden har varit koncentrerad till i praktiken alla kvinnans kläder och rullstolens brännbara delar i form av dyna med mera. Rullstolen var en vanlig manuell rullstol (ej elektrisk) som var kompletterad med en särskild dyna för öka viktavlastningen och att motverka trycksår.

Branden inträffade på boendets innergård och kvinnan satt i rullstolen strax invid en mindre paviljong som utgör regnskydd. Platsen är medvetet bestämd för att boende som röker ska kunna göra detta utomhus utan att påverka andra. Några brandsläckare eller brandfiltar eller annan utrustning fanns inte vid paviljongen.

Det är konstaterat att kvinnan haft brännbara kläder på sig. På grund av omständigheterna har det inte gått att fastställa om cigaretten hamnat i kläderna, på den extra dynan eller på någon av rullstolens brännbara delar för att orsaka branden.

Brandförlopp i dyna och rullstol

Rullstolen var en manuell rullstol av modell Rea Azalea och är från början försedd med flera dynor.

Figur 2: Utdrag från tillverkarens broschyr om rullstolen. Källa: https://www.invacare.se/sv/manuella-rullstolar/manuella-rullstolar-komfort (hämtad 2021-01-07)

Rullstolen var även utrustad med en extra tryckfördelande dyna av märket Jay och modell Jay Lite JL4440P från Sunrise Medical AB och var tillverkad 2018. Den består enligt tillverkarens materialspecifikation (https://www.sunrisemedical.se/rullstolsdynor/jay/lite, hämtad 2021-01-07) av en skumdel av polyetylenskum samt tvättbart överdrag i polyester. Botten av dynan är i PVC. Se bild nedan.

Figur 3: Bild från tillverkarens produktkatalog på den aktuella dynan.

Enligt specifikationen klarar samtliga dynor från tillverkaren ett antändlighetstest enligt SS EN 1021-1:2014 vilket motsvarar en tändkälla i form av glödande cigarrett. Provningen görs genom att cigaretten tillåts glöda i hela sin längd. Om glödbrand startar måste denna självslockna inom 60 minuter och inte nå kanter eller igenom det som provas.

Förutom kvinnans egna kläder har det funnits en mängd brännbart material i rullstolen och standarddynan som möjliggjort det brandförlopp som personalen vittnar om. En initialbrand i kläder blir därför klart kraftigare än ett prov med en glödande cigarrett. Vid proveldning av de återstående delarna av extradynan (vilket inte motsvarar provningsmetoden för godkännande) krävdes en brinnande tändsticka som tändkälla om det inte var för mycket vind. Dynan brann sedan med kraftig rökutveckling.

Det är därför inte svårt att tänka sig ett intensivt förlopp vid utebliven tidig släckinsats och den första initialbranden hunnit växa sig stor, även om extradynan i sig klarar en provningsmetod med en cigarett.

Figur 4: Foto från proveldning av återstående extradyna. Jämför även med figur 2. Fotot är taget ca 2 minuter efter antändning.

5. Undersökning av bakomliggande omständigheter

Kvinnan var i [redacted]-årsåldern och beviljad biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen i form av plats på särskilt boende. Hon hade även ett trygghetslarm på sig kopplat till personal på boendet via ett internt larmsystem. Kvinnan var enligt socialförvaltningens utredning väl medveten om hur man larmade men gjorde inte så vid branden.

[redacted] Den enskildes åsikter har stor betydelse inom ramen för biståndet enligt socialtjänstlagen eftersom omsorgen ska utgå från den enskildes behov och önskemål för att den enskilde ska kunna leva såsom den vill. Likaledes har inte socialtjänsten utifrån socialtjänstlagen möjlighet att tvinga någon person till en viss skyddsnivå.

En av punkterna som kvinnan var bestämd på var att få röka, utan sällskap och hon ville inte ha hjälp av personalen när hon rökte. Hon ville även vara klädd utomhus enligt egna önskemål och hade avböjt att använda så kallat rökförkläde (förkläde som förhindrar antändning av vanliga kläder). Det var dokumenterat att kvinnan över tid hade fått allt svårare att hantera sin rökning själv.

Efter genomgång visar det sig att kvinnan haft en historik av brandtillbud i bl a kläder tidigare och så sent som i maj 2020 dokumenteras det att en undersköterska är orolig att kvinnan kommer att tända eld på något av misstag. Interna diskussioner hade även förekommit om kvinnans brandrisker kopplat till rökning samt kvarglömda ljus men ingen övergripande dokumentation eller samlad bedömning hade gjorts av kvinnans rörelsebegränsning, riskbeteende eller tillbud.

Socialförvaltningens utredning visar även på att det inte fanns tillräckliga rutiner för boende med tobaksvanor som flyttar in, inte heller hur uppföljning ska ske med tanke på de boendes ofta gradvis försämrade hälsa. I de genomförandeplaner som tas fram för brukare och sedan följs upp varje halvår kommer tobaksanvändning därför att vara en stående punkt vilket det inte varit tidigare.

6. Slutsatser

- Branden har uppstått av en cigarett som antänt kläder eller dyna i kvinnans rullstol. Tappad cigarett är tyvärr en välkänd brandorsak hos äldre rökare och som återkommer frekvent i olika dödsbrandutredningar.
- Kvinnan har vare sig ropat eller larmat via trygghetslarmet trots att hon brukade göra det för att påkalla uppmärksamhet. Det är därför möjligt, men inte fastställt, att kvinnan har drabbats av akut sjukdom och därför tappat cigaretten som startat branden.
- Branden har kunnat utvecklas till en kraftig brand i kläder och rullstol för att kvinnan inte var under uppsikt, inte själv larmade och för att det inte fanns tekniska detekteringssystem (det senare på grund av utomhusmiljön).
- I efterhand kan det konstateras att det har funnits varningssignaler för en dödsbrand. Kvinnan hade en historik av brandrisker och tillbud som delvis var dokumenterade men inte bedömda utifrån en helhet och heller inte utifrån förändringar i kvinnans hälsa.
- Det fanns inte släckutrustning vid rökrutan utomhus. Några övriga skyddsåtgärder fanns inte heller vid tillfället.

7. Diskussion

Detta fall är tyvärr ytterligare ett i den nationella statistiken där äldre och dödsbrand sammanfaller. Fenomenet är inte nytt och redan 1998 gav dåvarande Räddningsverket ut en FoU-rapport (forskning och utveckling) om brandskydd för äldre människor. Det går därför att utläsa flera faktorer i detta enskilda fall som gradvis leder till ökad risk för att skadas allvarligt eller omkomma i brand. Faktorerna är inte unika utan återkommer i flera dödsbrandutredningar i Sverige sedan flera år:

- Äldre person
- Gradvis minskad rörelseförmåga
- Bakomliggande ohälsa
- Rökning

- Avsaknad av utökat brandskydd
- Tidigare brandtillbud

Var och en av dessa faktorer är inte enskilt farlig men tillsammans och över tid bildar de en ständigt ökad risk eftersom säkerhetsmarginalen för den enskilde att skydda sig blir mindre och mindre. Utan kunskap om hur överrepresenterade dessa faktorer är i dödsbrandsammanhang är dessa också svåra att sätta ihop till en helhet.

Utifrån nationell statistik och utredning är det också tydligt att det inte krävs någon större brand i kläder för att en äldre person ska omkomma. Strategin för skyddet behöver därför i stor utsträckning grundas på att brand över huvud taget inte ska uppstå i kläderna och om den gör det måste den släckas snabbt.

Administration, personalomsättning och helhetsbild

Socialförvaltningar i hela landet har höga krav på dokumentation, emellanåt stora vikariebehov, personalomsättning och relativt stora personalgrupper för chefer att hantera. Utifrån dessa omständigheter är det därför rimligt att införa brandförebyggande rutiner som följer befintliga arbetssätt i syfte att inte ”införa en rutin till”.

Antalet brukare av tobak behöver inte heller vara så stort inom varje särskilt boende att det kan bli en försvårande omständighet att tillse att dessa individer får dokumenterade samtal om sitt riskbeteende och erbjudanden om utökat brandskydd. Det bör också vara hanterbart att kunna följa upp helhetsbilden av en tobaksanvändande brukare så att gradvisa förändringar regelbundet bedöms. Det kanske bästa brandskyddet vore att äldre erbjöds rökavvänjning, men det kan också uppstå diskussioner kring individens behov av självständighet som gör det orealistiskt som alternativ.

Dilemmat mellan skydd och självständighet

När en brukare på ett särskilt boende med uppenbara brandrisker vid rökning konsekvent tackar nej till åtgärder så hamnar den ansvariga chefen på socialförvaltningen i en form av dilemma mellan socialtjänstlagens krav och arbetsmiljölagens krav. Å ena sidan ska brukaren kunna leva självständigt och personalen ska ha respekt för integritet och egna val, å andra sidan har socialförvaltningens chefer ett arbetsmiljöansvar för personalen och den psykiska påfrestningen det innebär att bevittna en dödsbrand.

Till sin ytterlighet hamnar dilemmat i den svåra frågan om den enskilde trots kunskap om sina risker ska kunna välja risken för sin egen död eller om samhället till varje pris ska förhindra det, med alternativet att bland annat utsätta personal för psykiskt obehag. Det finns till exempel uppgifter från forskning vid Lunds tekniska högskola att vissa rörelsehindrade individer medvetet har valt bort ett

skydd genom att koppla bort sin brandvarnare för att slippa vakna och inte kunna hantera en brand, utan istället sova sig till rökförgiftning.

Den nu utredda dödsbranden sätter därför fingret på en viktig skärningspunkt mellan socialtjänstlag, arbetsmiljölag och lag om skydd mot olyckor som hittills kanske inte berörts speciellt mycket. Att höja kunskapen kring de förutsättningar som rådde vid denna dödsbrand och ha övergripande, gemensamma rutiner för tobaksanvändande brukare inom särskilda boenden borde därför vara en miniminivå inom särskilda boenden i landet. Det kanske till och med vore lämpligt att det fanns allmänna råd eller vägledning från Socialstyrelsen kring tobaksanvändning och brandskydd så styrningen blir enhetlig mot bakgrund av socialtjänstlagens krav.

8. Erfarenheter

- Det finns goda synergieffekter med att räddningstjänsten och socialförvaltningen samverkar i utredningsarbetet utifrån lag om skydd mot olyckor respektive Lex Sarah-utredning (14 kap. 6 § socialtjänstlagen) om allvarligt missförhållande.
  I detta fall har socialförvaltningen själva, tack vare utredningen, föreslagit egna förvaltningsövergripande åtgärder. Dessa redovisas i bilaga.
- Släckutrustning som klarar utomhusmiljö behöver finnas vid rökrutor utomhus. Detta ingår i socialförvaltningens omedelbara åtgärder.
- Det behöver finnas rutiner för när en rökare behöver övervakning av sin rökning utan att göra avkall på integriteten.
  En oprövad åtgärd är att möjliggöra att det automatiska brandlarmet förses med vädertålig flamdetektor som övervakar rökruteplatser eller värmeavkännande larm på den boende kopplat till det interna trygghetslarmet.
- Tobaksanvändning behöver vara en del i brukarens genomförandeplan vid inflyttning till ett särskilt boende. Bedömningen av tobaksanvändning behöver även värderas utifrån andra faktorer, såsom medicinering och sjukdomsbild. Bedömningen behöver revideras minst 2 gånger per år eftersom försämringar kan ske gradvis hos boende på särskilt boende.
- Personer med stark integritet och/eller anhöriga behöver förstå riskfaktorer som rökning och rörelsehinder och även vad de riskerna innebär för omgivningen. I detta fall orsakade en dödsbrand även stark psykisk ohälsa hos ett tiotal anställda.

Sändlista

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
Socialstyrelsen
Räddsam F, lärandeansvarig
Gislaveds kommun, socialförvaltningen
Gnosjö kommun, socialförvaltningen

Bilaga: Socialförvaltningens åtgärder efter utredning, utöver omedelbara åtgärder

- Rutiner ses över och förändras med hänsyn till rökande hyresgäster. Det avser social dokumentation, riskbedömningar samt genomförandeplaner. Klart höst/vår 2020/2021.

- Rutin för hur personalen ska agera och dokumentera när hyresgäster använder tobak.

    - När hyresgästen flyttar in ska den som håller i välkomstsamtalet ta upp tobaksvanorna. Det ska klarläggas hur den enskilde klarar sin rökning. Den enskilde samt närstående ska få information om de rutiner som gäller på boendet från brandskyddssynpunkt. Den enskilde och närstående ska informeras om att tobaksvanorna tas upp i genomförandeplanen och kommer följas upp över tid.
    - Genomförandeplanen innehåller uppgifter om rökningen och hur den ska fungera, den enskildes önskemål och kognitiva/somatiska förmåga att hantera rökningen på egen hand. Uppgifterna följs upp och revideras över tid.
    - Riskbedömningar ska dokumenteras i social journal och i genomförandeplanen. Riskbedömningen ska innehålla uppgifter om det finns risk för olyckshändelser och det är viktigt att uppmärksamma om den enskilde klarar av sin rökning på egen hand eller om det krävs uppsikt/tillsyn och hur brandskyddsmaterial kan användas. Följande delar kan beaktas:
      - Vilka förutsättningar har den enskilde att klara av sin rökning själv (kognitivt och somatiskt)?
      - Röker den enskilde utomhus eller inomhus?
      - Är den enskilde mobil eller behövs stöd vid förflyttningar?
      - Klarar den enskilde av att hantera tändstickor/tändare?
      - Genomgång av de material den enskilde har på kläderna.
      - Den enskilde ska uppmuntras att gå över till e-cigaretter då detta kan vara ett alternativ för att minska risken för brand. E-cigaretter är dessutom ofta billigare och inte lika störande vid rökning inomhus.
      - Enskilda ska erbjudas rökförkläde vid rökning, särskilt om personen har en rörelsebegränsning (Rökförkläden är tillverkade av glasfiber, vilket gör att det inte går hål eller antänds om cigaretten blir liggande på materialet. Även banden runt midja samt nacke är flamsäkra).

    Arbetet ska vara klart senast kvartal 1, 2021.

- Ytterligare kompetens kring brandskydd och riskmedvetenhet avseende rökning kommer att ges till hela organisationen (andra verksamhetsområden) för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Klart våren 2021.