RÄDDNINGSTJÄNSTEN
STORGÖTEBORG

Olycksutredning

Dödsbrand i parhus
Mattias väg, Lindome
Mölndal lördagen den 18 januari 2020

Utredare ***Göran Kallin***

Datum/version *2020-06-10 Slutversion*

www.rsgbg.se

OLYCKSUTREDNING

Brand i byggnad
Mattias väg, Lindome
Mölndal
2020-01-18

Referens Händelserapport: G2020.006591
SOS Ärendenummer: 19.8465792.2

Uppdragsgivare: Per Jarring
Funktionsansvarig Olycksutredning & Analys

Utredningen utförd av: Göran Kallin
Olycksutredare

Bild på förstasidan, Källa Räddningstjänsten Storgöteborg (RSG)

SAMMANFATTNING

En brand startade i en säng, sannolikt i samband med rökning. I sängen befann sig en [redacted]-årig funktionsnedsatt kvinna som avled i sviterna av branden innan räddningstjänsten kommit till platsen. Den drabbade nyttjade både hemtjänst och trygghetslarm. Hon var sen några dagar sängliggande på grund av sjukdom. Troligtvis upptäckte den drabbade branden och larmade via trygghetslarmet samtidigt som ett självutrymningsförsök påbörjades. Trygghetsjourens personal som tog emot samtalet fick inget svar från brukaren utan hanterade detta enligt rutin ”tyst larm” och skickade personal mot platsen. Hemtjänstpersonal i området fick vetskap om händelsen via appen SOS-Alarm 112 efter att räddningstjänsten larmats mot adressen. Personalen från hemtjänsten genomförde, innan räddningstjänstens ankomst, ett försök att ta sig in till den drabbade men försöket avbröts på grund av kraftig rökutveckling.

Utredningen kan konstatera att den drabbade, vid tillfället för branden, ej var självutrymmande.

Vem ansvarade i det aktuella fallet för att ett skäligt brandskydd fanns tillgängligt? Var det den drabbade själv i sitt egna boende, var det kommunen utifrån sin roll då de beviljat hemtjänst och trygghetslarm eller är det regelverket som är otydligt?

Innehållsförteckning

Sammanfattning 2
1 Inledning 5
1.1 Bakgrund 5
1.2 Syfte 5
1.3 Frågeställningar 5
1.4 Avgränsningar 5
1.5 Redovisningsplan 5
1.5.1 Delges även till 5
2 Metod 6
3 Resultat 7
3.1 Beskrivning av olycksplatsen 7
3.1.1 Bostaden 8
3.1.2 Olycksorsaker 9
3.1.3 Konsekvenser av olyckan 11
3.2 Händelseförlopp och räddningsinsatsens genomförande 11
3.2.1 Före räddningstjänstens ankomst 11
3.2.2 Efter räddningstjänstens ankomst 11
3.3 Aktuell statistik, lagar och byggregler 12
3.3.1 Boverkets byggregler 12
3.3.2 Skäligt brandskydd 13
3.3.3 Individanpassat brandskydd 13
3.4 Räddningstjänsten Storgöteborgs arbete med att upptäcka och rapportera riskbeteenden 13
3.4.1 Utbildning och information, proaktiv 13
3.4.2 Under och efter händelse, reaktiv 14
4 Diskussion 15
4.1 Diskussion 15
4.1.1 Tidigare händelse i samma bostad 15
4.1.2 Agerande av den drabbade och de i dennes närhet 15
4.1.3 Riskinventering och brandskydd 16
4.2 Reflektioner 17
4.3 Interna rekommendationer 17
5 Bilagor 18
5.1 MTO-analys 18
5.2 RSG, Bostäder för äldre och funktionsnedsatta 18

5.3 MSB, Folder, Brandsäker bostad för alla https://rib.msb.se/Filer/pdf/26580.pdf.....18
5.4 MSB, Folder, Brand i bostäder.....18
5.5 RSG, Information om individanpassat brandskydd 18
5.6 RSG, Intern riktlinje Individanpassat brandskydd 18

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Den 18 januari klockan 17:11 inkom samtal till SOS-Alarm om brand på Mattias väg i Lindome, Mölndals kommun. Personal från hemtjänsten fick en notis på mobiltelefonen från appen SOS-Alarm 112 om en brand i närheten där personalen befann sig. De gick ut och såg kraftig rök från ett hus där en av deras brukare bodde i och sprang dit. När ytterdörren öppnades möttes personalen av kraftig svart rök. Vid Räddningstjänsten Storgöteborgs framkomst till berörd adress mötte hemtjänstpersonalen och meddelade att en person troligtvis finns kvar i bostaden och befann sig med största sannolikhet i sovrummet. Den saknade personen hittades snabbt av rökdykarna i sängen. Personen konstaterades avliden på plats.

1.2 Syfte

Vid alla dödsbränder inom vårt förbund genomförs en olycksutredning enligt de kriterier som finns i funktionen Olycksutredning & Analys. På detta sätt ökar vi både vår egen kunskap inom området samt bidrar till det nationella arbete som MSB genomför angående dödsbränder.

1.3 Frågeställningar

- Kartläggning av händelseförlopp och insatsens genomförande.
- Finns det något sätt på vilken samhällsaktörer eller fastighetsägare skulle kunna upptäckt en ökad risk för brand i den aktuella bostaden? Vilka åtgärder skulle i så fall förhindra det inträffade?

1.4 Avgränsningar

Räddningstjänstens insats analyseras ej i utredningen.

1.5 Redovisningsplan

Arbetet ska resultera i en skriftlig rapport till uppdragsgivaren senast 12 juni 2020. Vidare ska utredningen skickas till MSB och berörd fastighetsägare.

1.5.1 Delges även till

- Hemtjänsten, Mölndal
- Trygghetsjouren, Mölndal
- Anhörig

2 METOD

Utredaren har intervjuat delar av den personal som genomförde räddningsinsatsen och genomfört platsbesök. Utredaren har även tagit del av materiel från polisens tekniska undersökning.

Material som har använts i utredningen är:

- Händelserapport inklusive resursbilaga och övriga bilagor.
- Platsbesök, 2019-01-20.
- MTO-Analys
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Lag (2003:778) om skydd mot olyckor
- Boverkets byggregler och Allmänna råd

Intervjuer Räddningstjänsten Storgöteborg:

- Styrkeledare och brandmän, Lindome
- Insatsledare, Mölndal
- Verksamhetsledare, Enheten för brandskydd och tillsyn
- Verksamhetsutvecklare, Brandskydd i bostad
- Samordnare, Brandskydd i bostad för särskilt riskutsatta

Samtal:

- Representant hemtjänsten, Lindome
- Enhetschef Trygghetsjouren, Mölndal
- Anhörig

3 RESULTAT

3.1 Beskrivning av olycksplatsen

Mattias Väg, belägen i Lindome, Mölndals kommun, har en bebyggelse som är blandad mellan en- och tvåplans radhus. Det är mestadels hyresrätter i området och hyresrätterna förvaltas av ett kommunägt bostadsbolag. Området är avstängt för fordonstrafik men det går att köra in via en öppningsbar bom via en smal väg till den aktuella adressen (Bild 1).

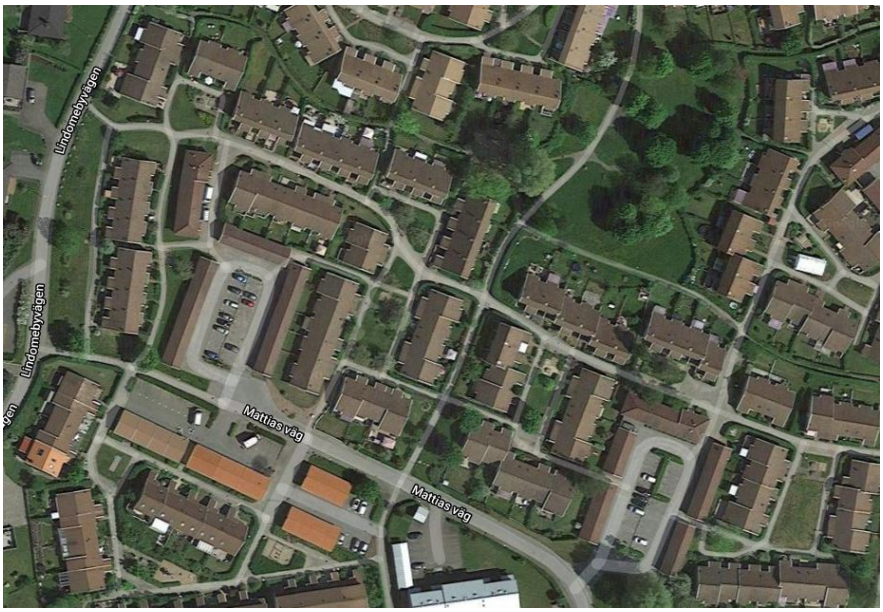


Bild 1 visar en översikt över området. Källa Eniro.se

Den brandutsatta byggnaden var ett enplans hyresrättsradhus sammanbyggd med ytterligare en bostad. Lägenheten var på tre rum och kök med en tillhörande trädgård och uteplats på baksidan. (Bild 2) (Bild 3)

Bild 2 visar den brandutsatta byggnaden från entrésidan. Källa RSG

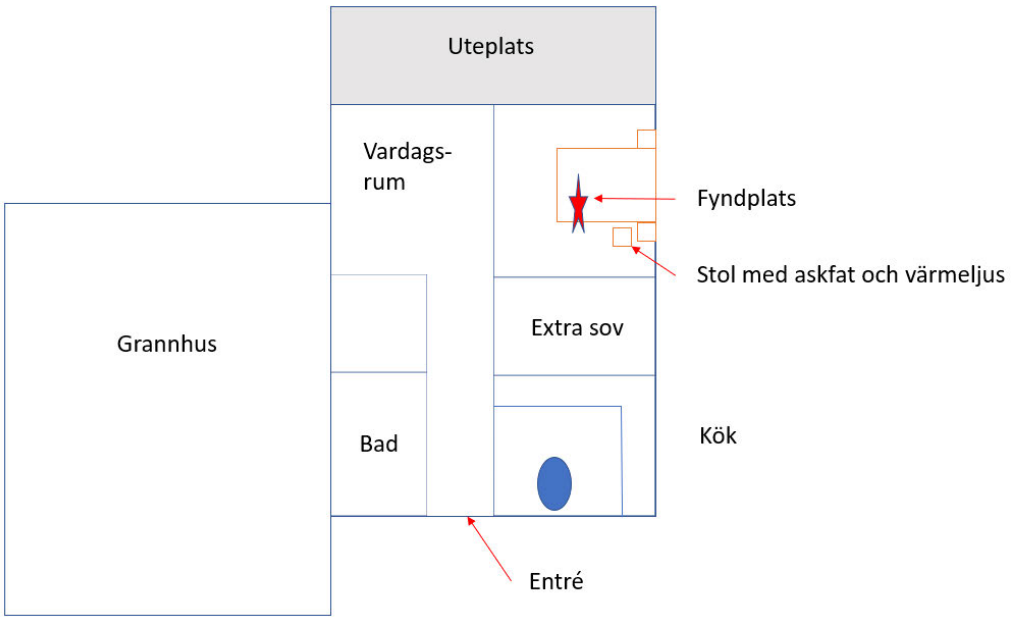


Bild 3 visar en enkel skiss över lägenheten. Källa RSG

Byggnaden hade ett sadeltak belagt med betongpannor innehållande ett oinrett vindsutrymme med tillträde från lägenheten via en utfällbar trappstege. Vindsutrymmet var avskilt mellan lägenheterna med gips. (Bild 4)

Bild 4 visar vindsutrymmet med avskiljande vägg i gips. Källa RSG

3.1.1 Bostaden

Bostaden i det aktuella fallet var i verksamhetsklass 3A (se 3.3.1 Boverkets byggregler). Den var utrustad med en brandvarnare som utredaren antar fungerade vid brandstart då den, enligt räddningspersonal, pep svagt när de fann den på golvet i hallen.

Märken i taket ovanför tyder på att den suttit monterad där vid brandstarten. (bild 5)

Bild 5 visar den funna brandvarnaren och spår i taket där den varit monterad. Källa RSG

Någon brandsläckningsutrustning påträffades ej vid platsbesöket som kunde hänföras till ett individanpassat brandskydd. Enligt anhörig fanns ej heller brandbefrämjande madrass, sängkläder eller rökförkläde vilket platsundersökningen befäste. Lägenheten hade två utrymningsvägar i markplan (entrédörr och altandörr) placerade i var sin ende av lägenheten. Något hemlarm fanns ej installerat där emot fanns ett trygghetslarm med manuell larmknapp installerat och uppkopplat till larmcentral.

3.1.2 Olycksorsaker

Direkta orsaker

Polisens tekniska undersökning pekar på sängrökning, alternativt orsakat av ett värmeljus. Vid platsundersökning tillsammans med polisens tekniker hittades fimpar, askfat och metallhöljen från värmeljus vid sängens högra sida, sett från fotändan, närmare sängens huvudända. På den platsen fanns även en stol och ett sängbord.

Brandbilden tyder på att det är i detta området branden startat. I området hittades även olika elförbrukare, vägguttag och grenkontakter. Inga av dessa objekt visar tecken på att ha startat branden.
(Bild 6) (Bild 7)

Bild 6 visar sängen och stolen där ljus och cigaretter hittades. Under stolen ses ett av flera värmeljus. Källa RSG

Bild 7 visar materiel från området under stolen och sängen så som tändare, fimpar och värmeljushöljen. Källa RSG

Bakomliggande orsaker

Lägenhetsinnehavaren levde ensam och var normalt uppe och gick med stöd av rollator. Värk av sjukdom begränsade den drabbades rörelseförmåga enligt anhörig. Det fanns ett

trygghetslarm kopplat till lägenheten och innehavaren var beviljad och nyttjade hemtjänst. Sen några dagar tillbaka var den drabbade helt sängliggande på grund av denna värk. Enligt samtal med personer som hade kontakt med den drabbade var rökning i sängen vanligt förekommande och värmeljus användes för att tända cigaretterna. Dessa värmeljus var placerade på ett fat på den stol som stod vid sängbordet, se bild 6. Enligt samtal med både anhöriga och hemtjänsten hade de påtalat riskerna med sängrökning och flera gånger tagit bort ljus från sängens närhet. Värmeljusen användes för att tända cigaretterna.

I juli 2017 släckte räddningstjänsten en brand i samma bostad. Branden startade då i avfallshinken under diskbänken. Den hade troligen uppkommit av felaktig hantering efter rökning.

3.1.3 Konsekvenser av olyckan

En kvinna, [redacted] år, som bodde i lägenheten avled till följd av branden innan räddningstjänsten kom till platsen. Sovrummet, del av vardagsrummet och fasaden utanför sovrummet blev brandskadat. Övriga delar av lägenheten blev rökskadade. Vinden och grannhuset blev i stort sätt oskadade.

3.2 Händelseförlopp och räddningsinsatsens genomförande

3.2.1 Före räddningstjänstens ankomst

Ett trygghetslarm inkom till trygghetsjouren klockan 17:10 från lägenheten. Detta var ett så kallat tyst larm där ingen pratade från lägenheten när jourens larmcentral svarade. Samtal från, för utredaren, okänd person om lägenhetsbrand inkom till SOS-Alarm klockan 17:11:31 och stort larm slogs på Lindome brandstation. Lindomestyrkan kompletterades omgående med förstärkning från Mölndals brandstation och Kungsbacka brandstation. Lindome åkte med räddningsenhet och alternativ släckenhet, Mölndal åkte med räddningsenhet och Kungsbacka med räddningsenhet och höjdenhet. Även en insatsledare och insatschef larmades strax efter. När räddningstjänsten larmades aktiverades appen 112 SOS-Alarm och en notis om branden uppfattades av personal från hemtjänsten i området. Personalen tog sig till den brinnande byggnaden där de konstaterade att en av deras brukare troligtvis befann sig. De gjorde ett försök att ta sig in via entrédörren men lägenheten var rökfylld och räddningsförsöket avbröts. De lämnade dessa uppgifter till SOS-Alarm och en gick för att möta räddningstjänsten. Under räddningstjänstens framkörning kom information om att det kunde finnas en person kvar i lägenheten.

3.2.2 Efter räddningstjänstens ankomst

När första räddningsenheten från Lindome kom fram, klockan 17:22:28, fick de möte av hemtjänstpersonal. De bekräftade att en av deras brukare med största sannolikhet befann sig i den brinnande lägenheten och troligtvis i sovrummet. Det brann då redan ut genom ett fönster som visade sig vara sovrumsfönstret. Rökdykare tog sig in i lägenheten via entrédörren och sökte var sin sida. De såg branden, påbörjade släckning och dämpade den intensiva branden snabbt. Då fann de en kropp [redacted] i sängens fotända som de omgående konstaterade avliden. Detta rapporterades ut och det beslutades att låta kroppen och området runt vara orört i möjligaste mån för polisens tekniska undersökning. Branden

var intensiv men inte svårsläckt. En skärsläckare användes vid entrén för att skjuta upp vatten på vinden genom undertaket. Det konstaterades snart att byggnaden var tät och mycket liten mängd rök spred till vinden, då via takfoten. Det kom heller inte in någon större mängd rök till grannlägenheten.

Insatsledaren kom fram klockan 17:28 och fortsatte då som räddningsledare. Sektionsindelade brandplatsen och fastslog målet med insatsen till att ”tillintetgöra initialbranden samt begränsa branden från spridning via konstruktionen till grannlägenheten och till intilliggande hus”. Insatschefen som också kommit fram hanterade bland annat anhörigstöd och samordnade restvärdesräddning tills en restvärdesledare kom ut till platsen.

Personal från trygghetsjouren kom till adressen klockan 17:30 efter deras tysta larm.

När branden var släckt och intensiteten på insatsen minskade skickades enheter tillbaka mot sina stationsområden. Den sista enheten lämnade brandplatsen klockan 21:40 då räddningstjänst avslutades. Platsen var avspärrad och bevakades av polis i väntan på teknisk undersökning.

3.3 Aktuell statistik, lagar och byggregler

Äldre personer samt personer med någon form av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning är enligt aktuell statistik (se bilaga 5.3) utsatta grupper i samhället när det gäller dödsbränder. Detta trots att Lag (2003:778) om skydd mot olyckor, LSO, föreskriver ett likvärdigt och tillfredsställande skydd mot olyckor. För att dessa grupper ska ha ett skäligt skydd vid brand är det viktigt att personerna bor i en miljö som är anpassad till deras förmåga. Brandskyddet i en vanlig bostad (villa eller lägenhet) bygger på att den boende är självutrymmande. Det innebär bl.a. att denne ska kunna uppmärksamma att något skett och agera adekvat genom att försöka släcka eller stänga in branden, larma och utrymma. I Boverkets byggregler hänförs vanligt boende till verksamhetsklass 3A.

3.3.1 Boverkets byggregler

5:213 Verksamhetsklass 3 – Bostäder

Verksamhetsklassen omfattar bostäder där det vistas personer som kan förväntas ha god lokalkännedom, som har förutsättningar att själva sätta sig i säkerhet och som inte kan förväntas vara vakna.

Verksamhetsklass 3A omfattar boenden som avses i första stycket och inte omfattas av verksamhetsklass 3B. (BFS 2014:3).

Allmänt råd

Exempel på utrymmen som ingår i verksamhetsklass 3A är vanliga bostadslägenheter såsom bostäder i flerbostadshus och småhus, trygghetsboende, seniorboende, familjedaghem, fritidsbostäder och liknande. (BFS 2014:3).

Verksamhetsklass 3B omfattar gemensamhetsboenden. (BFS 2014:3).
Allmänt råd
Exempel på gemensamhetsboenden är hem för vård och boende (HVB), hem för ensamkommande flyktingbarn och liknande. Verksamhetsklass 3B kan även tillämpas för exempelvis sådana studentbostäder som avses i avsnitt 3:2273. (BFS 2014:3).

5:215 Verksamhetsklass 5 – Vårdmiljöer m.m.
Verksamhetsklass 5B omfattar behovsprövade särskilda boenden för personer
– med fysisk eller psykisk sjukdom,
– med funktionsnedsättning,
– med utvecklingsstörning,
– med demens eller
– som på annat sätt har en nedsatt förmåga att själva sätta sig i säkerhet. (BFS 2011:26).
Allmänt råd
Behovsprövning kan ske mot lagstiftning såsom socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Verksamhetsklass 5B omfattas även av öppna avdelningar med behovsprövning enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM, lagen om vård av unga (1990:52), LVU, eller lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (1998:603), LSU. (BFS 2011:26).

3.3.2 Skäligt brandskydd

För att en icke självutrymmande person ska uppnå skäligt brandskydd krävs en boendemiljö anpassad för den som inte förväntas vara självutrymmande. I Boverkets byggregler benämns dessa ”behovsprövade särskilda boenden” och hänförs till verksamhetsklass 5B. Där finns bl.a. ständigt närvarande personal, ett automatiskt brandlarm och möjlighet att komma i säkerhet utan att gå i trappor eller klättra stegar.

3.3.3 Individanpassat brandskydd

Individanpassat brandskydd (IAB) är ett samlingsnamn för olika tekniska hjälpmedel som kan förbättra brandskyddet på individnivå. Det finns dock ingen teknisk lösning eller kombination av tekniska lösningar, som kan kompensera för en enskilds oförmåga att utrymma. En icke självutrymmande person kan således inte, med hjälp av IAB, uppnå skäligt brandskydd i en bostad utformad enligt verksamhetsklass 3A.

3.4 Räddningstjänsten Storgöteborgs arbete med att upptäcka och rapportera riskbeteenden

Nedan följer en kort beskrivning av RSG:s arbetssätt med att upptäcka, rapportera och dokumentera olika riskbeteenden för att förebygga brand i bostad.

3.4.1 Utbildning och information (proaktiv)

RSG:s enhet för brand- och säkerhetsutbildningar genomför utbildningar för externa kunder med fokus på kommunerna inom Storgöteborg.

Utbildning- och övningsenheten utbildar räddningspersonal och befäl där rapportering och dokumentation av risker och riskbeteenden finns med som del i utbildningarna.

RSG har en funktion, Brandskydd i bostad, som både arbetar proaktivt och reaktivt med dessa frågor. (Bilaga 5.6)

3.4.2 Under och efter händelse (reaktiv)

Vid ett larm till en brand som uppstått i en bostad arbetar räddningspersonalen i förstahand med att rädda liv och egendom. Samtidigt skapar, om det går, räddningspersonalen sig en bild över händelsens orsak och eventuella bakomliggande orsaker. Om de misstänker ett riskbeteende noteras detta med fördel i händelserapportens flik för lokal utvärdering som författas efter avslutat uppdrag. Ett eventuellt dokumenterat riskbeteende omhändertas av RSG:s olycksutredare och skickas, efter bedömning och analys, vidare i organisationen. Funktionen Brandskydd i bostad hanterar sedan eventuella kontakter med enskild, fastighetsägare eller myndighet. (Bilaga 5.6)

4 DISKUSSION

4.1 Diskussion

4.1.1 Tidigare händelse i samma bostad

I juli 2017 brann det i samma bostad på grund av felaktig hantering vid rökning. (Bild 8)

Bild 8 visar brandstart under diskbänken. Källa RSG

Risker vid rökning blev då uppenbar för både den drabbade och kommunen. Även räddningstjänsten blev vid detta tillfälle uppmärksammad på ett riskbeteende hos den boende.

Vid den aktuella händelsen beskrev räddningsledaren tydligt i händelserapporten vad som skett och hur branden troligtvis uppkommit. Någon flik för utvärdering efter insats i händelserapporten skapades ej. Där efter lästes troligtvis rapporten av en olycksutredare inom RSG som bland annat har till uppgift att kvalitetssäkra och värdera vad som skrivits för att finna trender eller mönster. Olycksutredarens bedömningen var sannolikt att detta var en enstaka olyckshändelse och ingen uppföljning händelsen gjordes. Bedömning görs från fall till fall utifrån den fakta som finns tillgänglig vid tillfället.

4.1.2 Agerande av den drabbade och de i dennes närhet

Oförsiktig hantering vid rökning orsakade mest troligt denna tragiska olycka. Enligt samtal med anhörig och hemtjänstrepresentant har risker med personens rökning varit känd för både dem och den drabbade. Trots att risken varit känd kunde detta ske. Varför, frågar jag mig? Kunde denna olycka undvikits?

Kvinnan hade enligt uppgift en funktionsnedsättning i form av värk från sjukdom som påverkat händelseförloppet. Då hon var sängliggande sedan ett par dagar kan utredaren förutsätta att förmågan till självutrymning vid brand torde varit begränsad. Även det faktum

att det påträffades en rollator intill sängen talar för att hon sannolikt inte hade de fysiska förutsättningarna för att anses ”självutrymmande”.

Kroppens placering på tvären i sängens fotända talar för att det påbörjats en utrymning men ej klarat att genomföra den fullt ut. Då det inkom ett ”tyst” trygghetslarm 17:10, ca en minut innan SOS fick sitt första samtal om branden, talar detta för att den drabbade upptäckt branden och själv larmat via trygghetslarmet. Det kan även finnas andra anledningar till det tysta larmet ex. kommit åt knappen vid rörelse eller värmepåverkan av den tekniska utrustningen. Detta anses av utredaren som mindre troligt. Det är heller inte säkerställt att larmknappen var fäst vi handleden som den, enligt hemtjänstpersonal, brukade vara.

I det aktuella fallet var personen rökare och rökning orsakar en majoritet av dödsbränderna. För att åstadkomma ett likvärdigt brandskydd krävs en boendeform som är anpassad till den enskildes förmåga och därefter kanske en ”finjustering” med kompletterande brandskyddsåtgärder med hjälp av IAB. Dessa sammantaget kan i bästa fall förhindra branden eller åtminstone skapa mer gynnsamma förhållanden och begränsa skadorna till följd av brand. Det fanns ett trygghetslarm som hade aktiverats. Även om det hade sammankopplats med en brandvarnare/rökdetektor och en kamera, hade inte skäligt brandskydd enligt LSO, uppnåtts.

Hemtjänstpersonalen fick vetskap om händelsen genom mobiltelefon via appen SOS-Alarm som privat laddats ned av en personal. Utifrån dessa förutsättningar genomförde hemtjänstpersonalen ett gott försök att rädda den drabbade. Det är dock värt att förtydliga att hemtjänstpersonal inte utgör en del av utrymningsorganisationen och inte kan förväntas utrymma den boende innan kritiska förhållanden uppstår.

4.1.3 Riskinventering och brandskydd

Nedan följer utredarens egna antaganden och tankar. Utredaren har valt att inte belasta övriga organisationer, förutom egen organisation, med genomlysning av deras arbetssätt av hänsyn till den rådande Covid 19-pandemin och sjukvårdens/hemtjänstens ansträngda läge.

Utredning ska försöka besvara frågan ”Finns det något sätt på vilken samhällsaktörer eller fastighetsägare skulle kunna upptäckt en ökad risk för brand i den aktuella bostaden? Vilka åtgärder skulle i så fall förhindra det inträffade?”

När en person ansöker om hemtjänst eller trygghetslarm borde någon form av riskinventering genomföras (okänt om så gjordes i detta fall). I en sådan riskinventering bör det göras en bedömning av risken för att brand ska uppstå, t.ex. rökning. Vidare bör man bedöma personens förmåga att hantera en brand och om denne har förmåga att utrymma från den aktuella bostaden utan assistans. Om bostaden bedöms kunna erbjuda ett skäligt brandskydd så bör även frågan om individanpassat brandskydd behandlas. Vidare skulle ett kontrakt/överenskommelse mellan hemtjänsten (kommunens biståndsbedömare) och brukaren kunna upprättas där lämpligt förhållningssätt och utrustning bestäms. Även fastighetsägaren torde vara intresserad av en riskinventering för att öka säkerheten för sina hyresgäster i sitt lägenhetsbestånd och minska kostnader vid en eventuell olycka. Har ett

sådant kontrakt/överenskommelse upprättats kan hemtjänsten följa upp så detta efterlevs. I bilaga 5.2 (MSB, Brandsäker bostad för alla) och bilaga 5.6 (RSG, Intern riktlinje för individanpassat brandskydd) finns förslag på checklistor att använda vid riksinventering. I det aktuella fallet var bostaden i markplan vilket ger gynnsamma utrymningsmöjligheter. Det fanns en brandvarnare, ett trygghetslarm och daglig kontakt med hemtjänsten. Det finns anledning att tro att ett individanpassat brandskydd skulle kunnat bidra till ökad säkerhet för den boende. Det skulle t.ex. kunna utgöras av portabel sprinkler som snabbt kan begränsa branden och öka chansen för utrymning innan kritiska förhållanden uppstår.

En ytterligare parameter är den drabbade själv. Var personen villig att ta emot den eventuella hjälp som erbjöds/kan erbjudas? Denna frågan måste tyvärr förbli obesvarad.

4.2 Reflektioner

Utredaren anser att med ett väl utbyggt och genomfört systematiskt brandskyddsarbete hade troligtvis resultatet av denna olycka kunnat mildrats eller kanske helt undvikits. Riskerna, i detta fallet rökningen och hanteringen av rökningen, var väl kända av både den drabbade och myndigheter. Det var även känt att den drabbade, inte kunde ses som självutrymande den senaste tiden på grund av sjukdomen och värk av den.

Utredaren anser att den kommunala hemtjänsten tidigt måste reagera och agera när förhållanden ändras hos deras brukare. Detta för att snabbt kunna sätta in lämpliga åtgärder för att skapa ett skäligt brandskydd utifrån de nya förutsättningarna, se bilaga 5.1.

4.3 Interna rekommendationer

Utredningen visar på att RSG har ett arbetssätt för att finna tecken på personers riskbeteende och ett utarbetat förfarande för att hantera detta.

- Utredningen ser att kedjan kan förstärkas genom att ytterligare fylla på kunskap hos räddningspersonalen ute på brandstationerna om riskbeteenden och vikten av att dokumentera detta.
- Utredningen ser även att samverkansmöjligheterna mellan RSG, myndigheter och fastighetsägare behöver utvecklas för att effektivare förmedla synliga mönster och risker till enskild, berörd myndighet och/eller fastighetsägare för snabbare åtgärder.

5 BILAGOR

5.1 MTO-analys

5.2 RSG, Bostäder för äldre och funktionsnedsatta

(Länk till dokumentet)

5.3 MSB, Folder, Brandsäker bostad för alla

https://rib.msb.se/Filer/pdf/26580.pdf

5.4 MSB, Folder, Brand i bostäder

5.5 RSG, Information om individanpassat brandskydd

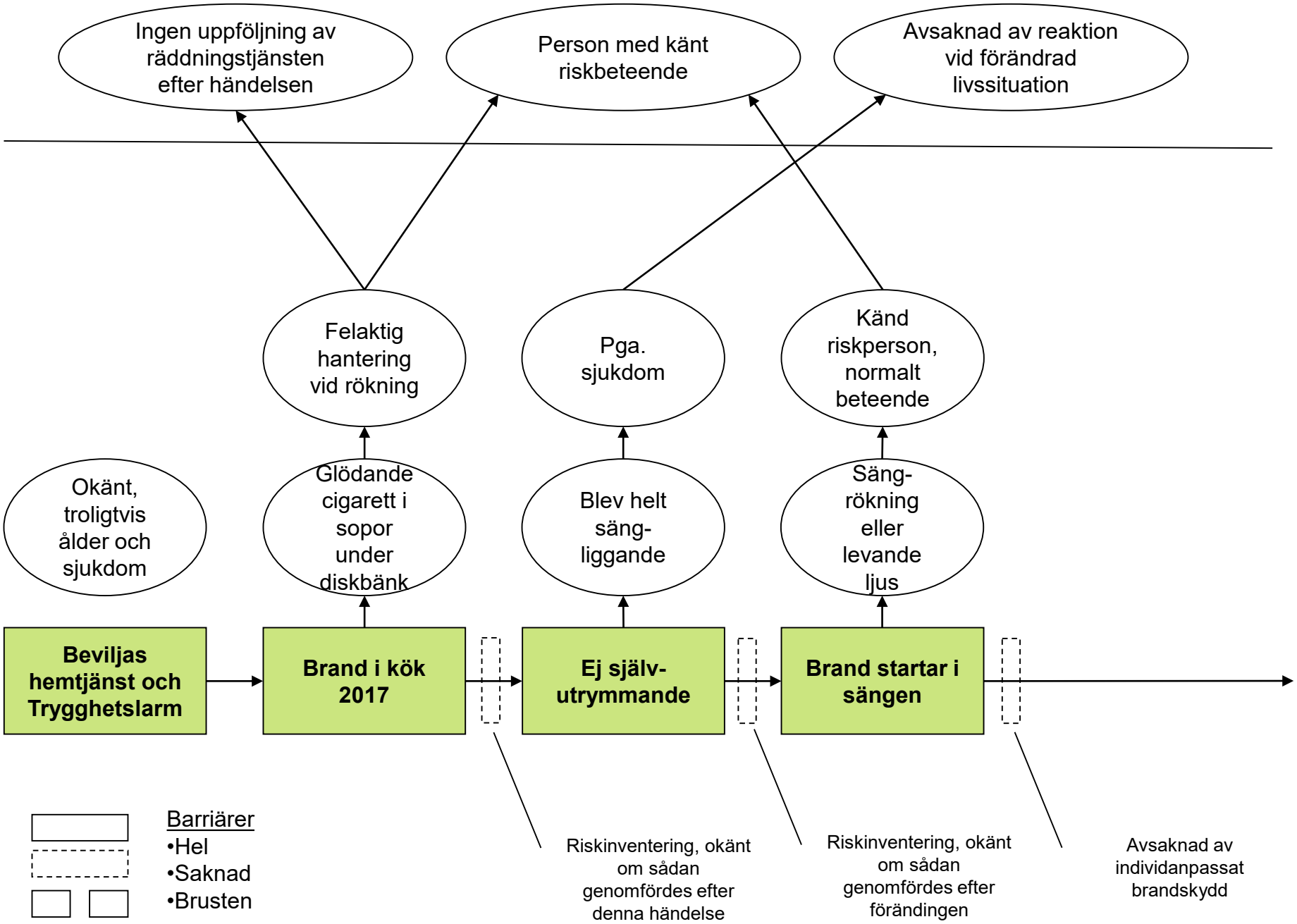
http://www.rsgbg.se/hem-och-fritid/brandsakert-hemma/individanpassat-brandskydd/

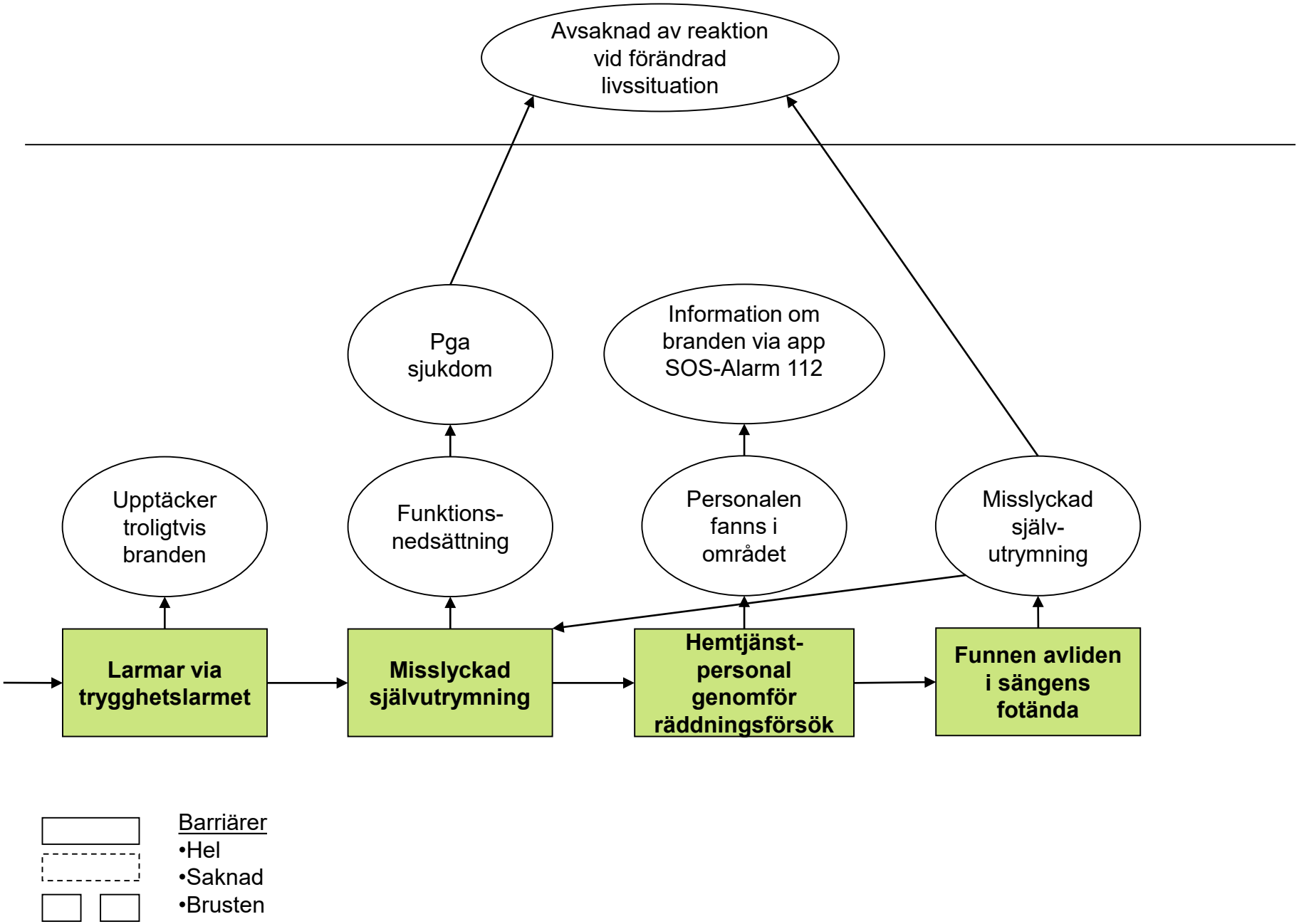
5.6 RSG, Intern riktlinje Individanpassat brandskydd

MTO-ANALYS

Dödsbrand Mattias väg

Göran Kallin, Utredare
Räddningstjänsten Storgöteborg


Ingen uppföljning av räddningstjänsten efter händelsen
Person med känt riskbeteende
Avsaknad av reaktion vid förändrad livssituation
Felaktig hantering vid rökning
Pga. sjukdom
Känd riskperson, normalt beteende
Okänt, troligtvis ålder och sjukdom
Glödande cigarett i sopor under diskbänk
Blev helt säng-liggande
Säng-rökning eller levande ljus
Beviljas hemtjänst och Trygghetslarm
Brand i kök 2017
Ej själv-utrymmande
Brand startar i sängen
Barriärer
•Hel
•Saknad
•Brusten
Riskinventering, okänt om sådan genomfördes efter denna händelse
Riskinventering, okänt om sådan genomfördes efter förändingen
Avsaknad av individanpassat brandskydd


Avsaknad av reaktion vid förändrad livssituation
Pga sjukdom
Information om branden via app SOS-Alarm 112
Upptäcker troligtvis branden
Funktions-nedsättning
Personalen fanns i området
Misslyckad själv-utrymning
Larmar via trygghetslarmet
Misslyckad självutrymning
Hemtjänst-personal genomför räddningsförsök
Funnen avliden i sängens fotända
Barriärer
•Hel
•Saknad
•Brusten