



**Fyrverkeribeskjutning av
utryckningsstyrka
Trollhättan
2022-10-22**

Årsnummer, händelserapport:

G2022.125401

Diarienummer: 2022-001197

Utredning utförd av:

Anders Oskarsson

2022-12-15



Sammanfattning

Vid en mindre brand utsattes brandpersonalen för fyrverkeribeskjutning. Det kraftiga ljudet från den briserade fyrverkeripjäsen ledde till hörselnedsättningar hos brandpersonalen. Bristande intern kommunikation i kombination med bristande kunskap om rapporteringssystemet för avvikelser i arbetsmiljön (RIA) medförde att information om händelsen nådde ledningen i Norra Älvsborgs Räddningstjänstförbund (NÄRF) drygt tre dygn efter insatsen.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1 Inledning.....	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte	4
1.3 Avgränsningar	4
1.4 Frågeställningar	4
1.5 Redovisningsplan	4
2 Metod	5
2.1 Datainsamlingen.....	5
3 Resultat av undersökningen	5
3.1 Beskrivning av olycksplatsen.....	5
3.2 Olycksförloppet.....	5
3.2.1 Olycksorsak.....	5
3.3 Räddningsinsatsen.....	5
3.3.1 Utlarmning och framkörning.....	5
3.3.2 Framkomst och etablering.....	5
3.3.3 Insatsen i lekhuset	6
3.4 Konsekvenser av händelsen.....	6
4 Analys.....	7
4.1 Diskussion	7
4.1.1 Svar på frågeställningar.....	8
5 Rekommendationer	9



1 Inledning

1.1 Bakgrund

På kvällen lördagen den 22 oktober 2022 larmades Norra Älvsborgs Räddningstjänstförbund (NÄRF) till en brand i en mindre fristående byggnad. I anslutning till släckningsarbetet avfyrades en fyrverkeripjäsa som briserade bland brandpersonalen.

1.2 Syfte

Syftet med utredningen är att ge underlag för lärande och att lämna förslag till eventuella åtgärder.

1.3 Avgränsningar

Räddningsinsatsen beskrivs endast översiktligt.

1.4 Frågeställningar

- hur hanterades händelsen ur ett arbetsmiljöperspektiv och vilka åtgärder vidtogs och planerades för?
- Hur fungerade efterarbetet med att informera och dokumentera händelsen i organisationen?

1.5 Redovisningsplan

Utredningen redovisas till beställaren i skriftlig form senast 2022-12-15.

2 Metod

2.1 Datainsamlingen

Intervjuer med Vakthavande Befäl (VB), Styrkeledare (SL), Vakthavande räddningschef (VRC), HR-ansvarig, och operativ chef har tillsammans med händelserapporten från NÄRF legat till grund för utredningen.

3 Resultat av undersökningen

3.1 Beskrivning av olycksplatsen

Det branddrabbade objektet på en lekpark var en klätterställning i form av en raket med rutschkana. Se bild 1.



Bild 1. Lekhuset. Källa: Trollhättans Stads hemsida.

3.2 Olycksförloppet

Anmälaren såg att det kom ett gnistregn från det branddrabbade objektet. Vid räddningstjänstens framkomst noterades endast rök från en pappershög i lekhuset.

3.2.1 Olycksorsak

Händelsen förmodas vara avsiktlig.

3.3 Räddningsinsatsen

3.3.1 Utlarmning och framkörning

Klockan 20:48 larmades räddningstjänsten till platsen. Det fanns ingen hotbild men enligt medlyssning skulle polis följa med, men ingen polis följde med initialt. Insatsen betecknades som en "vardagshändelse".

3.3.2 Framkomst och etablering

Vid framkomst sågs flera maskerade personer komma fram från skogsbrynet vilket genererade en "dålig" känsla hos brandpersonalen.



3.3.3 Insatsen i lekhuset

En brandman slängde ut pappershögen som för säkerhets skull även vattenbegjöts. Under arbetet avfyrade de maskerade personerna en fyrverkeripjäs, möjligen av modell stjärnrör, det vill säga en fyrverkeripjäs utan styrpinne. Pjäsen briserade bland räddningsstyrkan.

SL meddelade VB som befann sig i ledningscentralen LC54, nuvarande LC Fyrbodol, och begärde polis till platsen. En polisanmälan gjordes sedan till polis på plats.

SL skrev en avvikelserapport gällande arbetsskador i Räddningstjänstens Informationssystem om Arbetsmiljö (RIA) när räddningsstyrkan kom tillbaka till brandstationen. Rapporten skrevs för hela gruppen och omfattade händelsen i stort. Brandpersonal skrev sedan individuella rapporter vid nästkommande arbetspass.

Händelsen rapporterades inte till VRC under lördagskvällen eller under söndagen.

Som en proaktiv åtgärd beslutade VB tillsammans med SL att räddningsstyrkor skulle stanna på halvhalt och invänta polis i händelse av fler larm i det aktuella området. Informationen delgavs avlösande VB på söndagsmorgonen.

Det inträffade inga fler händelser i det aktuella området under helgen.

3.4 Konsekvenser av händelsen

Brandpersonal på plats påverkades av det höga ljud som fyrverkeripjäsen orsakade. Det höga ljudet orsakade pip i öronen hos brandpersonalen. Nästan två månader senare besväras fortfarande den brandman som varit närmast lekhuset av pipet i öronen. Möjligen för att lekhuset blev en "resonanslåda" som förstärkte ljudet. Vid kontroll av hörseln hos företagshälsovården några dagar efter händelsen kunde nedsättning av hörseln konstateras hos flera av de drabbade.

Fortsatta hörselkontroller kommer att genomföras.

Brandskadorna i lekhuset blev begränsade.



4 Analys

4.1 Diskussion

Centralt för utredningen är hur rapportering av avvikelserna i arbetsmiljön hanterades i samband med händelsen. Inom NÄRF används RIA som är ett webbaserat system utvecklat av Afa Försäkring, Svenskt Näringsliv, Landsorganisationen (LO) med flera.

”IA-systemet är främst utvecklat för att hantera avvikelser inom arbetsmiljö men kan även användas inom områdena kvalitet, miljö, egendom, säkerhet samt för att fånga upp förbättringsförslag.” Utdrag från IA:s hemsida.

Inom räddningstjänsten lägger man till ett R alltså RIA, byggnadsföretag ett B, alltså BIA, handelsföretag HIA och så vidare. Systemet är det samma.

Systemet har funnits i NÄRF i 3 år och år 2021 rapporterades cirka 15 tillbud och 5 arbetsskador till systemet vilket är att betrakta som ett lågt inflöde. Få rapporter kan antingen bero på få tillbud/arbetsskador eller att tillbud/arbetsskador inte rapporteras till systemet.

Information om systemet har genomförts av HR- strateg och det finns ett stående erbjudande till personalen om ytterligare stöd.

Rapporteringen sker digitalt via dator eller genom att använda en app i mobiltelefonen. När en rapport registreras skickas ett mail till närmaste chef för bedömning och för fortsatt hantering av ärendet. Hur fort en rapporterad händelse kommer att hanteras beror på när systemet skickar rapporten och när närmaste chef läser mailet.

Vid den aktuella händelsen skickades en rapport efter hemkomst från insatsen, alltså den 22 oktober och nådde närmaste chef den 4 november.

Enligt utredaren utgör alltså RIA-system ingen garanti för att en inrapporterad händelse kommer att uppmärksammas minutoperativt utan ska ses som ett rent inrapporteringssystem för avvikelser i arbetsmiljön.

Vid SL-möte med operativ chef onsdagen den 26 oktober togs händelsen upp vilket kom som en överraskning för den operativa chefen som inte nåtts av informationen. Utredaren menar att tre samverkande faktorer bidrog till att VRC och operativ chef inte blev informerade i ett tidigare skede:

- VB gjorde bedömningen att händelsen inte var av tillräcklig dignitet för att meddela VRC med bakgrund av att tillräckliga proaktiva åtgärder med halvhalt och polisassistans hade vidtagits för eventuella kommande händelser i området under helgen.
- Med tanke på tidpunkten på dygnet bedömde VB att en kontakt med VRC skulle bli en information och inga ytterligare åtgärder skulle bli aktuella.



- En avvikelserapport hade skrivits och förväntades bli hanterad på måndagen den 24/10.

Enligt utredarens samlade bedömning så har VB mandat och kompetens att ta beslut i den fortsatta hanteringen av ärendet under lördagskvällen, men ett samtal från VB till VRC under lördagskvällen hade varit en enkel åtgärd och bidragit till en effektivare hantering av arbetsmiljöfrågan. Om informationen nått VRC under kvällen eller för den delen under söndagen så hade troligen operativ chef varit informerad om händelsen innan SL-mötet.

4.1.1 Svar på frågeställningar

Den samlade bedömningen är att händelsen hanterades ur ett arbetsmiljöperspektiv på ett godtagbart sätt. Proaktiva åtgärder vidtogs, händelsen rapporterades, undersökningar av hörsel genomfördes och diskussioner kring ytterligare åtgärder för liknande situationer har vidtagits.

Beträffande lärande från händelsen så medförde brister i den interna kommunikationen och otillräckliga kunskaper kring RIA att hantering av ärendet blev mer problematiskt än det borde blivit.

Efter händelsen har personal på stationen i Trollhättan informerats och diskussioner har förts avseende eventuella åtgärder framåt. Ytterligare säkerhetshöjande åtgärder styrs av polisens bedömningar. Finns det inga sådana indikationer om förhöjd riskbild så hanteras kommande händelser enligt rutin. Det finns framtagna instruktioner som dock alltid kan användas utifrån riskbedömningar på plats.

I de generellt hållna diskussionerna kring arbetsmiljöproblem vid räddningsinsatser efter den aktuella händelsen så har en konkret åtgärd blivit genomförd och det är inköp av skyddsglasögon för beskjutning av grön laser. Glasögonen finns placerade i varje släckenhet inom NÄRF.



5 Rekommendationer

LC Fyrbodals rekommenderas att riktlinjer tas fram hur VB ska agera och vilka åtgärder hen ska vidta vid samtliga händelser, oavsett allvarlighetsgrad, där operativ personal utsätts för hot/våld.

NÄRF rekommenderas att fortsätta arbetet med att informera och implementera RIA i organisationen.