Brandförsvaret
Olycksutredning

Handläggare:
Sandra Hedqvist

Datum:
2023-09-25

Diarienummer:
RÄN-2023-00012

Olycksutredning

Dödsbrand i seniorboende - [redacted], Uppsala

Postadress: Uppsala kommun, Brandförsvaret, 753 75 Uppsala
Telefon: 018-727 30 00
www.uppsalabrandforsvar.se

DOKUMENTINFORMATION

Dödsbrand i seniorboende

[redacted], 2023-06-15

Händelserapport: G2023.069147

Handläggare: Sandra Hedqvist, Brandingenjör och olycksutredare

Foton: Alla foton är tagna av Uppsala brandförsvar

Sammanfattning

Strax efter klockan 15.00 torsdagen den 15 juni 2023 kom hemtjänstpersonal tillbaka till [redacted] När personal öppnar ytterdörren ser hen att det brinner i brukarens kläder och hår. Branden släcks genom att elden kvävs med en kökshandduk och sedan larmas SOS. Brukaren avled senare på sjukhus till följd av branden.

Olycksutredningen utförs enligt lag (2003:778) om skydd mot olyckor 3 kap. 10 §. Syftet med utredningen har varit att kartlägga händelseförloppet, orsaker och viktiga omständigheter till olyckan för att kunna ta fram adekvata åtgärdsförslag för att förhindra eller mildra konsekvenserna av liknande olyckor.

Analysen har genomförts enligt MTO-metoden. Följande orsaker har hittats:

Direkt orsak: Rökning.

Bakomliggande orsak: Begränsad fysisk förmåga. Brukaren tappar en cigarett på kläderna och hade inte möjlighet att själv släcka branden eller tillkalla hjälp.

Organisatorisk orsak: Brukaren och personalen var medvetna om riskerna och har noterat dessa i checklistan men adekvata åtgärder till följd av riskerna har inte genomförts. Otydliga och inaktuella riktlinjer gällande ansvarsfördelning och uppföljning bedöms ha föranlett detta. Det i kombination med bristande utbildning har föranlett att hanteringen av checklistan inte genomförts som avsett.

Barriäranalysen visar att vissa barriärer så som brandvarnare har funnits och fungerat som avsett. Andra barriärer så som brandfilt, automatiskt släcksystem och rökförkläde saknades. Det fanns också barriärer som inte fungerat som avsett, så som trygghetslarm, vattenbehållare och checklistan för att förebygga brand.

Hade checklistan hanterats enligt gällande rutiner och riktlinjer hade det gett förutsättningar för att adekvata åtgärder kunnat sättas in i tid. Hade brukaren använt alternativ nikotin i stället för cigaretter eller om brukaren hade haft rökförkläde hade uppkomst av brand kunnat förhindrats. Hade brandvarnaren varit kopplad till trygghetslarmet hade det gett förutsättningar till en tidigare släckinsats vilket hade kunnat minska konsekvenserna av olyckan.

Att personalen var på plats var en viktig omständighet till att branden släcktes i ett tidigt skede. Att personalen var på plats var dock en tillfällighet. Personalen har agerat föredömligt och i god tro. Stor frustation kring riskerna och varför dessa inte följts upp har funnits och finns fortsatt för andra brukare i liknande situation.

Befintliga rutiner, riktlinjer samt checklistan behöver ses över. Personal behöver få adekvat brandskyddsutbildning och riskutsatta individer i liknande situation behöver identifieras så att adekvata åtgärder kan sättas in. En plan för att långsiktigt förstärka brandskyddet i fastighetsbeståndet som omfattar seniorbostäder, trygghetsbostäder och liknande behöver tas fram med hänsyn till kommande byggregler.

Innehåll

Sammanfattning 3

1. Inledning 5
   1.1. Bakgrund 5
   1.2. Syfte och mål 5
   1.3. Frågeställningar/avgränsningar 5
   1.4. Metod 5
   1.5. Mottagare 6

2. Olycksplatsbeskrivning 6
   2.1. Tidigare incidenter 6
   2.2. Byggnadstekniskt brandskydd 7

3. Förebyggande arbete 7
   3.1. Brandförsvarets förebyggande arbete 7
   3.2. Rutiner, riktlinjer, utbildning och checklistan 8

4. Händelseförlopp 9

5. Analys och diskussion 10
   5.1 MTO-analys 10
   5.2 Orsaker 10
   5.3 Barriärer 11
   5.4 Omständigheter och möjliga åtgärder 12

6. Slutsatser 13

7. Åtgärdsförslag 14

Bilaga A - MTO-analysen 15

1. Inledning

Olycksutredningen utförs enligt lag (2003:778) om skydd mot olyckor 3 kap. 10 § där det anges att en räddningsinsats efter den är avslutad ska undersökas för att i skälig omfattning klarlägga orsakerna till olyckan, händelseförloppet och hur insatsen har genomförts. Vidare är olycksutredningens syfte att presentera åtgärdsförslag med målet att förebygga att en liknande olycka inträffar igen och om den skulle göra det, försöka mildra konsekvenserna.

1.1. Bakgrund

Strax efter klockan 15.00 torsdagen den 15 juni 2023 kom hemtjänstpersonal tillbaka till [redacted] efter ett ärende på dagligvaruhandeln. När hissdörrarna öppnas hörs brandvarnaren från brukarens rum varpå personal öppnar ytterdörren och ser att det brinner i brukarens kläder och hår. Branden släcks kort därefter genom att elden kvävs med en kökshandduk och sedan larmas SOS. När räddningstjänstpersonal anländer har brukaren transporterats i ambulans till sjukhus.

Brukaren avled senare på sjukhus till följd av branden.

1.2. Syfte och mål

Syftet med utredningen är att kartlägga händelseförloppet, orsaker och viktiga omständigheter till olyckan. Vidare är målet att ta fram åtgärdsförslag med syfte att förebygga att liknande olycka inträffar igen och om det skulle göra det minimera konsekvenserna.

1.3. Frågeställningar/avgränsningar

Följande frågeställning har legat till grund för utredningen.

1. Hur såg händelseförloppet ut?
2. Vilka direkta, bakomliggande och organisatoriska orsaker finns?
3. Vilka barriärer har funnits och har dessa fungerat som avsett?
4. Vilka barriärer hade kunnat förhindra händelsen eller minska konsekvenserna av denna?

Utredningen omfattar inte utvärdering av räddningstjänstens insats.

1.4. Metod

I analysen har metodik enligt MTO använts vilken syftar till att identifiera direkta orsaker, bakomliggande orsaker samt organisatoriska orsaker. Analysen omfattar också en barriäranalys.

Insamling av uppgifter har skett genom:

- Granskning av händelserapport
- Olycksplatsundersökning 2023-06-22
- Intervjuer med hemtjänstpersonal och personal från brandförsvaret
- Granskning av rutiner och riktlinjer
- Loggar trygghetslarm
- Mailkorrespondens och samtal med fastighetsskötare

1.5. Mottagare

Omsorgsnämnden, äldrenämnden, hemtjänsten, fastighetsägare samt brandförsvarets projektgrupp för förebyggande arbete kopplat till riskgrupper har identifierats som mottagare till utredningen.

2. Olycksplatsbeskrivning

[redacted] utgör ett seniorboende. I Uppsala kommun sker ansökan för seniorboende på samma sätt som vanliga bostäder via en bostadsförmedling. Något biståndsbeslut erfordras inte men du behöver generellt vara 65 år eller äldre. Till skillnad från särskilt boende ingår varken mat, service, omvårdnad eller sjukvård utan bostaden är tillgänglighetsanpassade och placerad i närhet till service och träffpunkter för att ge ökad trygghet. I huset finns en värd som håller kontakt med de boende.

Enligt uppgift är majoriteten av de boende på [redacted] behovsprövande enligt Socialtjänstlagen (SoL) och har hemtjänst i varierad omfattning. I byggnaden finns hemtjänstpersonal från tidig morgon till sen kväll.

I aktuellt fall var brukaren behovsprövad enligt SoL med beslut om hemtjänst med sex besök per dag, vissa besök med två personal. Hemtjänsten hjälpte bland annat till med inköp av mat, förflyttning, beredning av måltider, hjälp vid måltider, påklädning, personlig hygien, städning och tvätt. Brukaren rökte inomhus, hade trygghetslarm (halsband), var rullstolsburen och hade funktionsnedsättningar i både armar och ben. I övrigt hade brukaren inga kognitiva begränsningar och var talbar.

2.1. Tidigare incidenter

Innan branden har det förekommit flera incidenter kopplat till brukarens rökning. Personal vittnar om brännmärken i golvet och i kläder. Något som personalen även noterat i särskild checklista flertalet gånger, senast april 2023. Brännmärken har även noterats vid olycksplatsundersökningen, se bild nedan.

Figur 1. Brännmärken på golv i anslutning till bord där brukaren vanligtvis rökte.

Enligt personalen var det allmänt känt att brukaren rökte och det fanns en stor medvetenhet hos personalen om riskerna kopplat till rökningen och brukarens fysiska begränsningar.

2.2. Byggnadstekniskt brandskydd

Byggnaden är uppförd i 6 våningsplan ovan mark och är försedd med ett trapphus. Trapphuset är avskilt i respektive plan men mynnar inte direkt till det fria i markplan. Trapphuset utgör därför inte ett så kallat brandsäkert trapphus, Tr2-trapphus. Utifrån byggnadens utformning och dokumentation är bedömningen att brandskyddet i grunden är utfört enligt verksamhetsklass 3A vilket utgör en verksamhet där personer förväntas kunna utrymma på egen hand. Det innebär också att respektive lägenhet utgör egen brandcell, är försedda med brandvarnare och utrymningsstrategin primärt är via trapphuset och sekundärt vid räddningstjänstassisterad utrymning via fönster/balkong. Byggnaden är dock försedd med ett antal säkerhetshöjande åtgärder så som vägledande markering, nödbelysning samt automatiskt brandlarm med detektorer i hissar, hisshallar och trapphus vilket inte är ett krav i vanliga bostäder. I hisshallarna finns även handbrandsläckare.

Det finns en känd problematik kopplat till det byggnadstekniska brandskyddet i dessa typer av anpassade boenden (trygghetsbostäder, seniorbostäder och liknande). Det brandskydd som aktuell bygglagstiftningen ställer krav på förutsätter att den boende själv kan agera och sätta sig i säkerhet i händelse av brand. I skrivande stund finns det förslag på nya byggregler vilka börjar gälla juli 2024. I förslaget framgår det att dessa bostäder får en ny verksamhetsklass, verksamhetsklass 3C, vilken omfattar personer som kan ha svårigheter att utrymma på egen hand. Föreslaget innebär bland annat att bostäderna ska förses med boendesprinkler och spisvakt.

3. Förebyggande arbete

De parter som enligt lag (2003:778) om skydd mot olyckor, LSO, har ett ansvar för brandskyddet i aktuellt fall är den enskilde själv men också hyresvärden, fastighetsägaren och de som bedriver hemtjänst hos den enskilda. Med flera parter inblandade medför detta en utmaning i ansvarsfördelningen. Utredningen ska och kommer inte utreda ansvar men då komplexiteten i detta kan utgöra en omständighet till olyckan är det relevant att belysa.

3.1. Brandförsvarets förebyggande arbete

Kommunal räddningstjänst har ett ansvar enligt LSO att förebygga olyckor genom att bland annat genomföra tillsyn på vissa verksamheter. Hur tillsynsverksamheten ska ske samt vilka verksamheter som omfattas framgår av föreskrifter framtagna av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSBFS 2021:8). Enligt 2 § ska tillsyner göras med utgångspunkt i riskerna vid en brand eller annan olycka och med beaktande av om tillsyn är en effektiv förebyggande åtgärd. Det innebär att tillsyn i vissa fall inte är den mest effektiva åtgärden utan att andra åtgärder är bättre lämpade.

Tillsyn har inte genomförts i aktuell byggnad och enligt Brandförsvarets tillsynsplan utgör seniorboenden inte en utpekad verksamhet där tillsyn bedöms som den mest effektiva åtgärden. Brandförsvaret jobbar därför med andra åtgärder för att öka brandskyddet i dessa verksamheter vilket beskrivs i en strategisk plan för särskilt riskutsatta. Brandförsvaret har bland annat varit med och tagit fram en checklista för hemtjänstpersonal med tillhörande riktlinje, ”Brandförebyggande åtgärder i eget boende”, med syfte att förebygga brand. Vidare erbjuds också utbildningar, bland annat en allmän brandskyddsutbildning som riktar sig till all personal inom vård och

omsorg samt en specifik utbildning i checklistan som är riktad till personal som ska använda den och chefer. Vidare jobbar brandförsvaret med råd och information direkt till de riskutsatta individerna vid informationsmöten, bland annat vid träffpunkter.

3.2. Rutiner, riktlinjer, utbildning och checklistan

Rutin och utbildning
Kommunen har en övergripande rutin för hur de ska bedriva sitt systematiska brandskyddsarbete, SBA, som gäller hela kommunkoncernen. I den framgår det bland annat att all personal vart 5e år ska genomgå en allmän brandskyddsutbildning. Nyanställda ska erbjudas en brandskyddsintroduktion och brandskyddsfrågor samt avvikelsehantering ska vara en stående punkt på APT. Det finns också utarbetade rutiner för avvikelsehantering. Vidare finns en riktlinje med tillhörande checklista för att förebygga brand hos den enskilde brukaren. Utbildning i checklistan för att förebygga brand omnämns inte i ovan nämnda rutiner och riktlinjer.

Vid samtal med berörd hemtjänstpersonal framgår det att berörda inte fått någon utbildning i brandskydd, ingen av ovan nämnda utbildningar. Någon avvikelserapport har inte upprättats de senaste åren på incidenter kopplat till brukarens rökning. Varför utbildning inte har getts eller varför några avvikelserapporter inte ha gjorts, trotts tidigare incidenter, har konstaterats men inte analyserats vidare i utredningen.

Checklistan för att förebygga brand och tillhörande riktlinje
Checklistan för att förebygga brand utgör ett underlag för riskbedömningar som kontaktman för respektive brukare gör tillsammans med brukaren med syfte att förebygga brand i hemmet. I samband med att listan fylls i lämnas förslag på enklare åtgärder som kan genomföras direkt om behov finns. Finns behov av större åtgärder som inte kan genomföras direkt ska seniorguiden, arbetsterapeut eller en remissgrupp kontaktas för vidare hantering.

Till brandchecklistan finns en tillhörande riktlinje för hur hemtjänsten ska jobba med checklistan. I aktuellt fall hade verksamheten endast kännedom om en äldre version av riktlinjen daterad 2019-06-04. I den framgår det inte att en remissgrupp finns och det är otydligt att seniorguiden, arbetsterapeut och remissgruppen ska kontaktas för vidare hantering vid behov av större åtgärder. Den saknar också en tydlig flödesbild över processen. Något som tydligare framgår i den senaste riktlinjen daterad 2022-10-26.

Vid samtal med hemtjänstpersonal framkommer det att det går bra att fylla i checklistan. Det har bekräftats att det i aktuellt fall har skett löpande enligt tillhörande riktlinje. Personalen upplever dock att de inte får någon återkoppling på identifierade riskerna eller att någon hanterar dessa. *”Vad ska vi göra om vi t.ex. svarar nej på frågan om rökning sker på ett säkert sätt?”. ”Det finns information i checklistan på lämpliga inköp, t.ex. rökförkläde, brandfilt, testhorn för brandvarnare med mera, men vem ska göra det och stå för kostnaden? Hur ska vi gå till väga?”* Det finns en okunskap i vem som ska kontaktas för olika typer av åtgärder samt vem som ansvarar för att det görs. Det finns heller ingen kännedom om att ifylld checklista i vissa fall ska skickas vidare till en remissgrupp för vidare hantering.

Då remissgruppen i dagsläget inte mottagit några ifyllda checklistor eller blivit kontaktade kan det tyda på att den senaste riktlinjen inte nått ut till alla berörda och att kunskapsnivån kring riktlinjerna inte är tillräckliga inom organisationen i stort.

I aktuellt fall framgår det på den senast ifyllda checklistan, från april 2023, att rökning inte sker på ett säkert sätt med kommentaren att det finns brännmärken på kläder och golv. Att rökning sker på ett osäkert sätt är *”känt hos alla som går till brukaren”* och personalen upplevde en stor frustration då de inte anser att brukaren borde rökt och att de inte kunde hindra hen från det. Att ställa fram ett glas vatten, vilket gjorts vid besöken, upplevdes otillräckligt. Vidare framgår det i checklistan att brukaren inte bedöms kunna släcka en brand själv, larma 112 eller på egen hand kunna utrymma inom 2-3 minuter.

Vid granskning av checklistan finns det också skäl att misstänka att det finns ett behov av utbildning för den som ska fylla i checklistan tillsammans med brukaren. Bland annat finns det en fråga om tidigare brandtillbud förekommit där det kryssats ”vet ej” samtidigt som det senare lämnats kommentarer om att det finns brännmärken i kläder och golv till följd av rökningen.

4. Händelseförlopp

Den 15 juni 2023 börjar två hemtjänstpersonal sina arbetspass och idag ska de tillsammans möta upp en brukare som kommer hem från sjukhuset. De hjälper brukaren att installera sig i lägenheten. Bland annat kokar de kaffe och i vanlig ordning tänder brukaren en cigarett. Personalen ställer ett glas med vatten på bordet bredvid brukaren.

Under tiden som den ena av personalen går vidare till andra besök förbereder den andra inför ett besök på dagligvaruhandeln. När den sista personalen lämnar lägenheten har brukaren släckt sin cigarett.

En stund senare, ca kl. 15.00, möts kollegorna i dagligvaruhandeln och går gemensamt tillbaka till brukarens lägenhet. Den ena går i förväg och tar hissen upp i huset. När hissdörrarna öppnas hörs brandvarnare från brukarens lägenhet varpå personalen öppnar ytterdörren och ser att det brinner i brukarens kläder och hår.

Hemtjänstpersonalen ser sig om efter en brandfilt utan framgång och tar därför en kökshandduk och kväver elden. Lägenheten är då rökfylld och brukaren har andats in brandrök och fått brännskador.

Samtidigt kliver den andra kollega ut ur hissen och noterar att hisshallen är rökfylld samt hör brandvarnaren. Väl inne i lägenheten blir kollegan ombedd att larma SOS vilket görs kort därefter.

Enligt instruktioner från SOS öppnar personalen fönster för att vädra ut röken och rullar ut brukaren i hisshallen för att se till att brukaren kommer bort från brandröken.

Ambulansen anländer och för brukaren till sjukhus. Strax därefter anländer räddningstjänsten som vädrar ur hisshall och bostad.

Under händelsen har det inte inkommit något larm till trygghetscentralen via trygghetslarmet och det har inte kunnat konstaterats ifall den automatiska brandlarmanläggningen i utrymningsvägen fungerat som avsett.

Brukaren omkommer senare på sjukhuset till följd av skadorna.

5. Analys och diskussion

I följande avsnitt redogörs analyser och diskussioner kopplat till redovisade uppgifter, identifierade barriärer och orsaker samt viktiga omständigheter eller förhållanden till olyckan.

5.1 MTO-analys

Under utredningen genomfördes en MTO-analys som beskriver identifierade delhändelser och orsaker till dessa samt fungerande, brustna och saknade barriärer. MTO-analysen återfinns i sin helhet i Bilaga A.

5.2 Orsaker

Nedan presenteras identifierade orsaker till olyckan.

Direkt orsak: Rökning.

Bakomliggande orsak: Begränsad fysisk förmåga. Brukaren tappar en cigarett på kläderna och hade inte möjlighet att själv släcka branden eller tillkalla hjälp.

Organisatorisk orsak: Brukaren och personalen var medvetna om riskerna och har noterat dessa i checklistan men adekvata åtgärder till följd av riskerna har inte genomförts. Otydliga och inaktuella riktlinjer gällande ansvarsfördelning och uppföljning bedöms ha föranlett detta. Det i kombination med bristande utbildning har föranlett att hanteringen av checklistan inte genomförts som avsett.

Att brukaren tänder sin cigarett under tiden som personalen handlar är högst sannolikt. Hur lång tid som passerat från att brukaren tappar cigaretten till att personalen anländer kan inte konstateras. Det har heller inte konstateras varför cigaretten hamnade i knät. Det är dock högst troligt att brukaren tappat denna med hänsyn till fysiska begräsningar och tidigare incidenter.

Att personalen var på plats i ett tidigt skede av branden var en viktig omständighet till att branden släcktes och inte spred sig vidare med ännu större konsekvenser som följd. Att personalen var på plats var dock en tillfällighet.

Trotts organisatoriska brister har personalen agerat föredömligt och i god tro. Stor frustation kring riskerna av att brukaren röker inomhus har funnits och finns fortsatt för andra brukare i liknande situation.

Med flera parter inblandade som har ett ansvar för det förebyggande arbetet samt att de har olika rådighet att utföra åtgärder utgör en försvårande omständighet då det inte är självklart vem som ansvarar för vad.

5.3 Barriärer

Nedan förs en analys och diskussion kring fungerande, brustna och saknade barriärer.

Fungerande barriärer
Brandvarnare – syftet med brandvarnare är att tidigt varna om brand. I aktuellt fall har brandvarnaren fungerat men personen i fråga hade inte fysiska förutsättningar att kunna utrymma själv. Att personalen hörde brandvarnaren från hisshallen bedöms ha påskyndat deras agerande vilket på så sätt har bidragit till en snabbare insats.

Personal på plats – i aktuellt fall var personal på plats och kunde bryta händelseförloppet genom att släcka branden. Att personalen var på plats var dock en tillfällighet. En ännu tidigare insats hade kunnat mildra konsekvenserna och en utebliven eller senare insats hade kunnat leda till större konsekvenser med större personskada och egendomsskada som följd.

Brustna barriärer
Avvikelserapport – syftet med avvikelserapporter är bland annat att förebygga att liknade händelser uppstår igen. I aktuellt fall har någon avvikelserapport inte upprättats kopplat till brukarens rökning.

Checklista för att förebygga brand –syftet med checklistan är att identifiera risker så att adekvata åtgärder kan sättas in. I aktuellt fall har den fyllts i och brukaren har rekommenderats åtgärder. Sen blev den liggandes och således inte fungerat som avsett.

Behållare med vatten i anslutning till rökplatsen – syftet med en vattenbehållare (till exempel en kanna eller glas med vatten) är att möjliggöra en släckinsats i ett mycket tidigt skede. I aktuellt fall har befintligt vattenglas inte använts.

Trygghetslarm – syftet med trygghetslarm är att brukare ska kunna larma och tillkalla hjälp. Genom att trycka på larmknappen larmas en larmcentral som alltid är bemannad. Larmcentralen dirigerar sedan personal som kommer till brukaren. I aktuellt fall har brukaren inte larmat. Ett aktiverat trygghetslarm hade kunnat föranlett att personal var tidigare på plats som således hade kunnat bryta händelseförloppet i ett tidigare skede.

Saknade barriärer
Alternativt nikotin (till exempel snus, plåster eller e-cigarett) – avseende brandrisker skulle syftet med alternativ nikotin i stället för cigaretter vara att minska risken för uppkomst av brand. Med plåster eller snus utgår risken för uppkomst av brand. Med en e-cigarett där en vätska värms upp med hjälp av ström från ett batteri kan risken för uppkomst av brand antas minska jämfört med vanliga cigaretter. Det eftersom det inte är något som förbränns eller glöder samt att någon tändare eller tändstickor inte behövs. Det finns dock dokumenterade risker med e-cigaretter då det finns en explosionsrisk vilket kan föranleda brand. När man betraktar aktuell händelse hade en e-cigarett förhindrat händelseförloppet och inte gett upphov till brand som cigaretten gjorde. Kunskapsläget kring explosionsrisken är dock bristfällig och det går därför inte att med säkerhet säga att den totala riskbilden minskar. En riskanalys kopplat till detta har inte varit möjlig inom ramen för denna utredning.

Rökförkläde – syftet med ett rökförkläde är att försvåra att en cigarett, tändsticka eller liknade antänder brännbart material så som kläder. I aktuellt fall hade rökförkläde kunnat stoppa händelseförloppet i ett tidigt skede och förhindra uppkomst av brand.

Automatiskt släcksystem – det finns olika typer av automatiska vattensläcksystem. Samtliga har som syfte att effektivt och tillförlitligt släcka eller kontrollera en uppkommen brand. Vanligt är att sprinkler aktiveras vid en temperatur på 68°C. I aktuellt fall är det tveksamt ifall en sprinkleranläggning hade aktiverats då personal var på plats och kunde släcka branden under det tidiga brandförloppet innan en större temperaturuppbyggnad hade skett. Hade personal inte funnits på plats hade dock en sprinkleranläggning minskat konsekvenserna av branden. Det finns också flera andra scenarion som sprinkler kan ha god effekt med potentiell att rädda liv och egendom.

Brandvarnare kopplat till trygghetslarm – syftet är att tidigt tillkalla hjälp i händelse av brand hos individer som är särskilt riskutsatta. Brandvarnaren är vanligtvis kopplad till kommunens larmcentral för trygghetslarm varpå larmcentralen i sin tur larmar räddningstjänsten. Det innebär också att vård- och omsorgspersonal larmas och kan möta upp räddningstjänsten på plats. I aktuellt fall hade en brandvarnare kopplat till trygghetslarm kunnat medföra att personal var på plats tidigare och släckt branden i ett tidigare skede vilket hade kunnat minska konsekvenserna. I liknande händelser där till exempel personal inte är i närheten innebär det att räddningstjänsten är på plats tidigare och kan påbörja livräddnings och släckinsats med större potential att rädda liv och egendom jämfört med vanliga brandvarnare. Med en sådan barriär är det viktigt med rutiner för hur vård- och omsorgspersonal ska agera vid larm.

Automatiskt brand- och utrymningslarm – syftet med en sådan anläggning är att tidigt detektera, varna och larma om brand. Jämfört med brandvarnare kopplat till trygghetslarm har anläggningen en högre tillförlitlighet samt att den kan varna fler individer i en byggnad. I aktuellt fall finns ett automatiskt brandlarm med detektorer i utrymningsväg. Det har i utredningen inte konstaterats om anläggningen fungerat som avsett och då den endast är deltäckande och inte utgör ett utrymningslarm betraktas barriären som saknad trotts att den skulle kunna betraktas som delvis brusten.

Brandfilt – syftet med en brandfilt är att möjliggöra en effektiv släckinsats av mindre bränder. I aktuellt fall hade en brandfilt mindre betydelse då kökshandduken gav bra resultat men i liknande situationer kan en brandfilt vara avgörande för om personal har motivation samt lyckas släcka en brand på ett effektivt och säkert sätt.

5.4 Omständigheter och möjliga åtgärder

Att brukaren i aktuellt fall bodde i en bostad där personer förväntas kunna utrymma på egen hand bedöms vara en omständighet till att adekvata barriärer inte fanns. Ett särskilt boende är anpassat för personer som inte har några möjligheter att utrymma på egen hand. Hade brukaren bott på ett särskilt boende hade det medfört ett bättre anpassat brandskydd då särskilda boende generellt är utrustande med automatiskt släcksystem, automatiskt brand- och utrymningslarm samt att personal är på plats dygnet runt. Att erbjuda särskilt riskutsatta individer boende på särskilt boende kan således vara en åtgärd för att förebygga liknande händelser. En sådan åtgärd baseras dock på att individen är villig att flytta och det kan finnas administrativa hinder eller regelverk som hindrar möjligheterna till detta.

En annan, mer långsiktig åtgärd, är att förstärka brandskyddet i seniorbostäder och liknande bostäder. Det för att på lång sikt uppnå ett skäligt brandskydd i dessa bostäder anpassat efter individernas skyddsbehov. Det är en åtgärd som bedöms kräva stora investeringar och noga avvägda prioriteringar. Det bedöms också som nödvändigt utifrån samhällsutvecklingen och samhällets ambitionsnivå för brandskyddet i dessa bostäder utifrån kommande byggregler. Åtgärden är framför allt riktad till fastighetsägare men även till brandförsvaret som bör undersöka och

överväga om tillsyn enligt LSO skulle kunna vara en effektiv åtgärd framöver med hänsyn till detta.

Personalen har vid flera tillfällen bett brukaren att sluta röka utan resultat. Att involvera eventuella anhöriga i riskarbetet och således öka riskmedvetenheten hos dessa skulle kunna ge god effekt och öka chanserna till att åtgärder genomför i brukaren regi. Att se över dessa möjligheter kan därför vara en bra idé. I vissa fall kan det vara så att anhöriga/god man behöver kontaktas. Till exempel vid demens eller liknande där individen saknar möjlighet att själv genomföra åtgärder.

Checklistan har inte fungerat som avsett då den inte lämnats vidare till remissgruppen för vidare hantering. Det finns också en okunskap kring processen, vem som ansvarar för vad och vad man kan göra vid en specifik risk. Det kan delvis förklaras av bristande utbildning men det har också identifierats behov av utveckling av checklistan. En inledande text där det framgår hur ansvarsfördelningen och uppföljningen ser ut kan vara en god idé för att öka förståelsen för processen. Det kan också vara en god idé att avsluta checklistan, eller på annat lämpligt ställe, med en skrivelse om vad man ska göra ifall man känner oro för att något allvarlig kan inträffa eller om en incident har inträffat kopplat till brand. Det har under utredningen också framkommit önskemål om en enklare tabell eller lista där det framgår vad man ska göra vid en specifik risk samt få kontaktvägar för detta.

6. Slutsatser

Händelseförloppet har klargjorts i utredningen. Varför cigaretten hamnade i brukarens kläder har inte kunnat konstaterats men det är högst troligt att brukaren tappat denna med hänsyn till fysiska begräsningar och tidigare incidenter.

Den direkta orsaken till olyckan är rökning och bakomliggande orsaker är fysiska begräsningar som gjorde att brukaren inte hade möjlighet att själv agera. Brukaren och personalen var medveten om riskerna och har noterat dessa i en särskild checklista men några åtgärder till följd av riskerna har inte genomförts. Otydliga och inaktuella riktlinjer gällande ansvarsfördelning och uppföljning i kombination med bristande utbildning bedöms ha föranlett detta.

Vissa barriärer så som brandvarnare har funnits och fungerat som avsett. Andra barriärer så som brandfilt, automatiskt släcksystem och rökförkläde saknades. Det fanns också barriärer som inte fungerat som avsett, så som trygghetslarm, vattenbehållare och checklistan för att förebygga brand.

Hade checklistan hanterats enligt gällande rutiner och riktlinjer hade det gett förutsättningar för att adekvata åtgärder kunnat sättas in i tid. Hade brukaren använt alternativ nikotin i stället för cigaretter eller om brukaren hade haft rökförkläde hade uppkomst av brand kunnat förhindrats. Hade brandvarnaren varit kopplad till trygghetslarmet hade det gett förutsättningar till en tidigare släckinsats vilket hade kunnat minska konsekvenserna av olyckan.

Att personalen var på plats var en viktig omständighet till att branden släcktes och inte spred sig vidare med ännu större konsekvenser till följd. Att personalen var på plats var dock en tillfällighet.

Personalen har agerat föredömligt och i god tro. Stor frustation kring riskerna och varför dessa inte följs upp har funnits och finns fortsatt för andra brukare i liknande situation.

7. Åtgärdsförslag

Nedan presenteras åtgärdsförslag som skulle kunna förhindra eller mildra konsekvenserna av liknande händelser.

Ansvarsfördelningen har grundats sig i en bedömning utifrån erhållen kunskap under utredningen. Ansvarsfördelningen bedöms som komplex och åtgärdsförslagen nedan utgör endast ett förslag. Flera av åtgärderna bedöms även ligga i flera parters intressen och därför är det av stor vikt att parterna tar fram en tydlig ansvarsfördelning.

Åtgärdsförslag till omsorgsnämnden och äldrenämnden:

- Se till att organisationen har aktuell riktlinje kopplat till checklistan.
- Se över rutiner och riktlinjer. Till exempel rutinen ” Övergripande rutin för Systematiskt brandskyddsarbete, SBA” och riktlinjen ”Brandförebyggande åtgärder i eget boende” så att krav på utbildning i checklistan framgår på relevanta ställen samt vilka som ska genomgå den.
- Utvärdera och förbättra checklistan utifrån synpunkter uppkomna i utredningen samt personalen som använder den. Utveckling av checklistan bör ske i samråd med brandförsvaret.
- Se över möjligheterna att koppla brandvarnare till trygghetslarm samt ta fram adekvata rutiner och riktlinjer kopplat till detta.
- Se över möjligheter att förse bostäder där hemtjänstpersonal vistas med adekvat brandskyddsutrustning ur ett arbetsmiljöperspektiv.
- Gör upp en långsiktig plan för att förstärka brandskyddet i fastighetsbeståndet som omfattar seniorbostäder, trygghetsbostäder och liknande med hänsyn till kommande byggregler.

Åtgärdsförslag till hemtjänsten:

- Inventera genomförda checklistor och identifiera situationer som ska tas vidare till remissgruppen för bedömning.
- Se till att all personal får relevant brandskyddsutbildning.

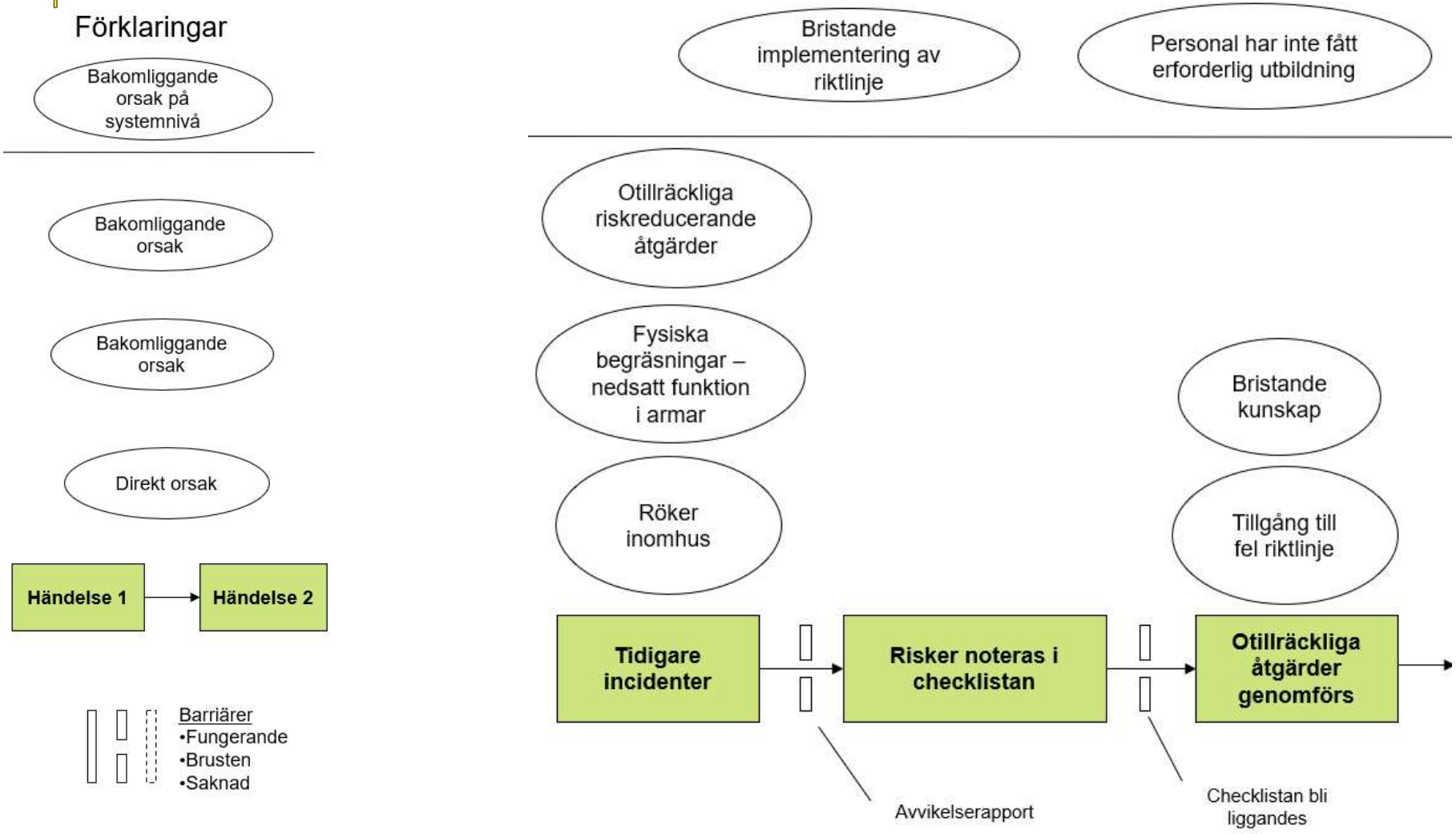
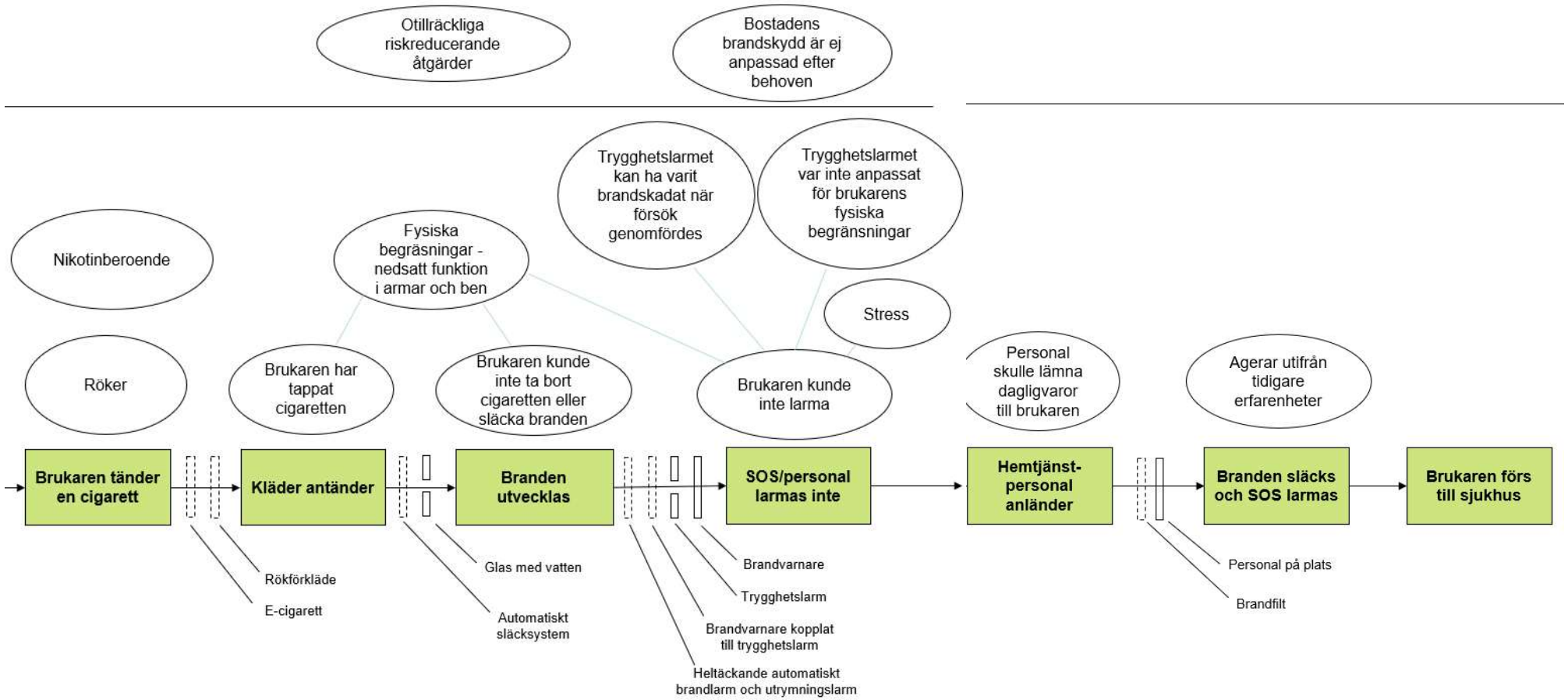
Åtgärdsförslag till brandförsvaret:

- Omvärdera och se över möjligheten att tillämpa tillsyn enligt LSO i dessa typer av bostäder med hänsyn till kommande byggregler.

Åtgärdsförslag till fastighetsägare:

- Gör upp en långsiktig plan för att förstärka brandskyddet i fastighetsbeståndet som omfattar seniorbostäder, trygghetsbostäder och liknande med hänsyn till kommande byggregler.

Bilaga A - MTO-analysen



Olyckan 2023-06-15