



Datum:  
2023-06-13

Diarienummer:  
2023-000250

Utredare:  
Mattias Andersson  
060-658 59 25  
mattias.andersson@sundsvall.se

## Lägenhetsbrand med dödlig utgång



**Datum:** 2023-04-16  
**Tid:** 17:46  
**Plats:** [REDACTED], Sundsvall  
**Händelsetyp:** Brand i byggnad  
**Händelserapportnummer:** G2023.041279  
**SOS Ärendenummer:** 11.9279950.2

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Syfte och uppdrag.....	4
1.3 Frågeställningar.....	4
1.4 Avgränsningar.....	4
1.5 Utredaren.....	4
<b>2 Utredningsarbetet</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Resultat</b> .....	<b>5</b>
3.1 Belägenhet .....	5
3.2 Objekt.....	5
3.3 Händelse .....	6
3.3.1 Förlopp före larm .....	6
3.3.2 Larmsamtal .....	6
3.3.3 Allmänhetens åtgärder innan räddningstjänstens ankomst.....	6
3.3.4 Räddningsinsats .....	6
3.4 Konsekvenser av händelse.....	6
<b>4 Diskussion och analys</b> .....	<b>7</b>
4.1 Brandorsak.....	7
4.2 Byggnadstekniskt brandskydd och förebyggande arbete .....	7
4.2.1 Lägenheten.....	7
4.2.2 Hemtjänst.....	7
4.2.3 Fastigheten.....	7
4.3 Måluppfyllelse .....	9
4.3.1 Räddningsinsats .....	9
4.3.2 Förebyggande arbete .....	9
4.4 Framgångsfaktorer och förbättringsområden.....	10
4.4.1 Räddningstjänsten.....	10
4.4.2 Fastighetsägaren.....	10
4.4.3 Socialtjänsten.....	11
<b>5 Slutsats</b> .....	<b>12</b>
<b>6 Åtgärdsförslag</b> .....	<b>13</b>
6.1 Fastighetsägaren.....	13
6.2 Socialtjänst/hemtjänst .....	13
6.3 Räddningstjänsten Medelpad.....	13
<b>7 Kommunikation</b> .....	<b>14</b>

## **Sammanfattning**

Söndagen den 16 april 2023 larmades räddningstjänsten till en brand i lägenhet i ett av Sundsvalls högsta hus. En person omkom i branden. Utredningen pekar på att brister funnits i brandskyddet på den aktuella adressen, både vad gäller avsaknad av fungerande brandvarnare och även att det byggnadstekniska brandskyddet inte fungerat som det var tänkt. Utredningen pekar även återigen på att instanser i samhället borde kunnat agera tidigare i ett olycksförebyggande arbete.

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Enligt lagen om skydd mot olyckor 3 kap. 10§ är kommunen skyldig att undersöka alla olyckor som föranlett räddningsinsats i skäligen omfattning.

En grundläggande olycksundersökning utförs vid alla räddningstjänstuppdrag genom räddningstjänstens händelserapport. I vissa fall uppfyller dock inte händelserapporten kravet på skäligen omfattning och då genomförs en särskild olycksutredning.

## 1.2 Syfte och uppdrag

Utredningen syftar till att klarlägga orsakerna till olyckan, olycksförloppet och hur insatsen genomförts.

Utredningen ska belysa såväl framgångsfaktorer som förbättringsområden i syfte att sprida erfarenheter från händelsen, både inom Medelpads Räddningstjänstförbund samt till externa intressenter.

Utredningen ska även belysa huruvida räddningstjänstens målsättningar i gällande handlingsprogram har nåtts vid denna specifika händelse eller inte.

## 1.3 Frågeställningar

Utredningens huvudsakliga utgångspunkt har varit att besvara nedanstående frågeställningar:

- Vad var brandorsaken?
- Hur har det byggnadstekniska brandskyddet fungerat?
- Har samhället kunnat göra insatser tidigare för att förhindra branden?

## 1.4 Avgränsningar

Räddningstjänstens insats har utvärderats i form av AAR med insatt personal. Insatsens genomförande tas därmed inte upp i detalj i denna utredning, även om vissa delar berörs i utredningen.

## 1.5 Utredaren

Mattias Andersson arbetar som olycksutredare och tillsynsförare vid Medelpads räddningstjänstförbund. Arbetar även operativt som insatsledare. Har tidigare tjänstgjort som brandman och styrkeledare sedan 2002. Har genomgått kurs i olycksutredning vid Karlstads universitet och MSB samt kursen Brandplatsundersökning vid Nationellt forensiskt centrum och MSB.

# 2 Utredningsarbetet

Utredningen har skett genom insamling och granskning av tillgängliga fakta och fotografier, undersökning på plats samt intervjuer med involverade personer, andra myndigheter och företag.

Utredaren har intervjuat följande:

- Räddningsledaren
- Första styrkeledare på plats från station Sundsvall
- Personal från räddningsstyrkan
- Kvartersvärd från fastighetsägaren
- Hemtjänstpersonal som arbetade i det aktuella området

Utredaren har tagit del av följande dokument och material:

- Händelserapport G2023.041279
- Ritningar och bygghandlingar från husets uppförande

## 3 Resultat

### 3.1 Belägenhet

Branden inträffade på [REDACTED] i stadsdelen Skönsberg i Sundsvalls kommun. Huset är ett av de högsta husen i Sundsvall och har totalt 12 plan.



Figur 1 Karta från Daedalos

### 3.2 Objekt



Bild 1 Visar huset. Affärsverksamhet i markplan och bostäder uppåt i huset

Huset byggdes 1962 och är uppfört med stomme av betong. Markplan innefattar butiksverksamheter och samtliga våningsplan ovanför består av bostadslägenheter. Huset är försett med TR2-trapphus med möjlighet till rökventilation i form av röklucka som öppnas längst ned i trapphuset. Det finns stigarledning med uttag på varje våningsplan.

Lägenheten som det brann i var belägen högst upp i huset. Lägenheten bestod av två rum och kök. Det fanns spisvakt monterad i köket. I hallen fanns ett tomt fäste för brandvarnare. Brandvarnaren hittades senare i en byrålåda i hallen. Enligt märkning på brandvarnaren var den tillverkad 2007 och rekommenderas bytas ut senast 2017. Det observerades ingen släckutrustning i lägenheten.

### 3.3 Händelse

#### 3.3.1 Förlopp före larm

Grannar känner röklukt och observerar rök i utrymmet utanför lägenhetsdörren.

#### 3.3.2 Larmsamtal

Klockan 17:46 den 16 april 2023 inkommer samtal till SOS alarm. I samtalet framkommer att det finns tjock vit rök på våningsplanet och luktar bränd plast.

#### 3.3.3 Allmänhetens åtgärder innan räddningstjänstens ankomst

Ingen person har kunnat tagit sig in i lägenheten. Övriga boende har inte evakuerat, de flesta är troligtvis inte medvetna om vad som händer initialt.

#### 3.3.4 Räddningsinsats

Räddningsenheter från station Sundsvall och Timrå larmas till platsen. Regional insatsledare larmas inte på denna händelse.

17:53 anländer insatsledare som är först av räddningstjänstens enheter. Släckbilen har kört åt fel håll i närheten och anländer därför två minuter senare.

I framkomstrapporten framkommer att röklukt känns på utsidan av huset.

Insatsledaren förväntar sig redan på väg fram att det ska finnas stigarledning i huset samt att trapphuset ska vara egen brandcell. Framme på plats letar styrkan efter platsen för att kunna koppla in sig på stigarledningen utan att lyckas. Det fanns en lucka i fasaden i nära anslutning till entrén märkt ”brandpost”. Luckan öppnades och där fanns två 76mm uttag. Styrkeledaren från Sundsvall skruvade upp den vänstra ventilen och då kom vatten ut, slutsatsen då blev att det är en brandpost som inte har något med stigarledningen att göra.

Styrkeledaren tog då beslutet att dra slang i trapphuset och strunta i att leta stigarledning. När personalen kom upp till översta våningsplanet stod dörren mellan trapphuset och hallen uppställd. En viss mängd rök hade därmed spridits ut till trapphuset trots att trapphuset var av typen TR2. Väl framme vid brandlägenheten möttes styrkan av en låst lägenhetsdörr.

Vid denna tidpunkt kom en personal från kommunens hemtjänst till platsen och informerade personalen på plats att det bor en äldre [REDACTED] i lägenheten och att [REDACTED] förmodligen är hemma.

Enligt insatsledaren var slang dragen och kopplad samt dörren bruten så att rökdykarna kom in i lägenheten på 12 minuter från framkomst. Rökdykarna tömde in en handbrandsläckare innan inträngning i lägenheten.

Inne i lägenheten var det mycket rök men brann ingenting. I vardagsrummet hittades en person i en fätölj. Det bedömdes att inga återupplivningsåtgärder kunde genomföras.

Röken ventilerades ut och kontroller utfördes för att säkerställa att ingen risk för spridning förelåg.

### 3.4 Konsekvenser av händelse

En person som befann sig i startlägenheten omkom i branden.

Rök spreds främst till utrymmet utanför lägenheten på det våningsplanet. I samband med att dörren mellan trapphuset och våningsplanet var uppställd både före och under räddningstjänstens arbete hade en viss mängd rök även spridits ut till trapphuset.

Inga andra lägenheter drabbades av rök- eller brandspridning.

## **4 Diskussion och analys**

### **4.1 Brandorsak**

Primärt brandområde är i vardagsrummet i ett utrymme där en fåtölj fanns placerad bredvid en soffa och tillhörande soffbord. Den omkomna personen anträffades i fåtöljen.

Den mest troliga värmekällan som startat branden är eld eller låga och då i samband med rökning. Antingen har en tänd cigarett tappats ned på fåtöljen eller på kläder, eller så har tändsticka ramlat ned i samband med tändning av cigarett. Det fanns rester av cigaretter på bordet bredvid fåtöljen samt rester av tändstickor både på bordet och på golvet nedanför fåtöljen.

Det har i utredningen framkommit att den omkomna personen hade svårt att röra sig, var darrig i sina rörelser och rökte mycket.

### **4.2 Byggnadstekniskt brandskydd och förebyggande arbete**

#### **4.2.1 Lägenheten**

I samband med branden fanns ingen brandvarnare uppsatt i lägenheten. Efteråt kunde en brandvarnare hittas i en låda i hallen. Denna brandvarnare hade ett fungerande batteri men nåddes inte av rök då den var placerad inne i en låda. Brandvarnaren hade passerat datumet för beräknad livslängd som enligt tillverkaren var satt till 2017.

Med en fungerande brandvarnare hade branden troligtvis upptäckts mycket tidigare. Det går inte att avgöra om utgången hade blivit annan, men grannar hade sannolikt haft möjlighet att höra brandvarnaren och larma i ett tidigt skede.

#### **4.2.2 Hemtjänst**

Den omkomna personen hade hemtjänst som besökte lägenheten regelbundet. Kommunen har alltså under en lång tid haft insyn i lägenheten och kunnat observera en brandrisk. I samtal med hemtjänstpersonal framkom uppgiften om att personen hade svårt att röra sig, var darrig på händerna och rökte inomhus. Hemtjänstpersonalen hade lätt kunnat observera att det inte fanns en fungerande brandvarnare i lägenheten om de tänkt på riskerna med just rökning, nedsatt rörlighet och avsaknad av en tidig indikering i händelse av brand.

#### **4.2.3 Fastigheten**

Det var svårt att initialt orientera sig in till trapphuset. Entrédörren leder endast in till två hissar och har ingen förbindelse med trapphuset. In till hissarna har räddningstjänsten en tagg för upplåsning av dörren, men in till dörren bredvid fanns ingen möjlighet att låsa upp med hjälp av tagg. Dörren in till trapphuset saknade märkning eller annan indikation på att den ledde till trapphuset vilket gjorde att räddningsstyrkan trodde att den ledde till ett soprum eller liknande.



Visar glasdörr till huvudentré samt dörr som leder in till trapphus

Vid insatsen kunde räddningstjänsten inte koppla in sig på stigarledningen i huset eftersom det inte hittades var inkopplingen skulle ske. Vid kontroller efteråt visade det sig att luckan i väggen som var märkt "brandpost" både var brandpost och inkoppling till stigarledning.



Visar luckan i fasaden märkt "Brandpost". Ingen skylt som talade om att även stigarledningen trycksätts härifrån.



Visar inne i skåpet. Uttaget till vänster är uttag för vattenbrandpost. Uttaget till höger är inkoppling för att trycksätta stigarledningen. Det fanns ingen skylt eller beskrivning vad som var vad inne i skåpet.



## 4.3 Måluppfyllelse

### 4.3.1 Räddningsinsats

Räddningstjänstens övergripande målsättning gällande liv och egendom vid brand i byggnad är:

1. Efter räddningstjänstens ankomst till skadeplats skall ingen människa skadas utanför redan berörda brandceller.
2. Undsättning av personer i redan berörda brandceller skall utföras på ett säkert och effektivt sätt.
3. Efter räddningstjänstens ankomst till skadeplats skall brand och rök ej spridas till icke berörda brandceller.
4. Skador som redan uppstått skall begränsas med säkra och effektiva metoder.

Räddningstjänsten bedöms ha nått målen i samtliga ovanstående punkter. Gällande punkt 2 så hade personen i den drabbade brandcellen redan omkommit, räddningstjänstens insats har i denna händelse inte kunnat påverka utgången.

Rök har spridits till trapphuset i samband med räddningstjänstens insats, men röken ventilerades ut direkt så utrymningsvägen har inte blivit blockerad.

### 4.3.2 Förebyggande arbete

I räddningstjänstens gällande handlingsprogram finns i punkt 6.2 ett övergripande mål att ”ingen ska dödas eller skadas allvarligt till följd av en olycka”. Allt arbete som räddningstjänsten utför ska sträva efter denna nollvision, både i det operativa arbetet och även i det förebyggande och förberedande arbetet.

De områden som identifierats som extra viktiga att beakta och arbeta för att förbättring sker i skyddet mot olyckor är:

#### ***Det ska finnas goda möjligheter till utrymning.***

Till detta räknas god tillgång till utrymningsvägar och även att tidig varseblivning finns, exempelvis i form av brandvarnare. I denna brand saknades brandvarnare och därmed en tidig indikering i händelse av brand. Det resulterade i att det tog lång tid innan branden upptäcktes. Det skedde först när rök och röklukt lyckats tränga ut i trapphall där grannar då kunde larma.

#### ***Det ska finnas ett gott skydd mot att brand uppstår och i de fall där den har uppstått ska konsekvenserna av den inom och mellan byggnader minimeras.***

Till detta räknas att det systematiska brandskyddsarbetet ska fungera och att det byggnadstekniska brandskyddet vara väl anpassat och fungera. I denna händelse har kommunens hemtjänst haft vetskap om att personen hade svårt att röra sig och rökte i sin lägenhet. Det hade kunnat flaggats inom kommunen och-/eller till räddningstjänsten för att få till åtgärder, exempelvis boendesprinkler och-/eller flamskyddat förkläde för att förhindra antändning av kläder eller möbler.

#### ***Det ska finnas goda förutsättningar för både den enskilde och räddningstjänsten att kunna göra en skadeavhjälpare insats om en olycka har uppstått.***

Bland annat ska fastighetsägaren skapa förutsättningar för att räddningstjänsten ska kunna genomföra ett arbete på ett effektivt sätt. Det kan vara exempelvis att ett höjdfordon ska kunna ställas upp utan att blockeras av snö eller träd, trapphus ska kunna ventileras och befintliga stigarledning ska fungera och vara lätta att koppla in sig på. Vid denna händelse och fastighet observerades ett antal brister som försämrade möjligheten till räddningstjänstens insats.

Bedömningen är att det förebyggande målet i handlingsprogrammet inte är uppnått i samhället. Det anges i programmet att hela samhället ska ha ett gott skydd mot olyckor, att ett prioriterat område är att stärka brandskyddet hos särskilt riskutsatta grupper. För att lyckas med det behövs en tydlig samverkan med andra kommunala förvaltningar, föreningsliv och andra organisationer. Det har inte fungerat i detta fall.

## 4.4 Framgångsfaktorer och förbättringsområden

### 4.4.1 Räddningstjänsten

- När det inte direkt framgick var räddningstjänsten kunde koppla in sig på stigarledningen togs snabbt ett beslut av styrkeledaren att dra egen slang i trapphuset. Ett bra beslut som kortade ned insatstiden istället för att fortsätta lägga tid på att leta och undersöka stigarledningen.
- Personalen som drog slangen utförde arbetet väldigt snabbt. Trots höjden upp till våning 12 samt inbrytning genom lägenhetsdörren var rökdykarna inne i lägenheten på strax över 10 minuter efter framkomst. Det får bedömas vara ett gott resultat.
- Regional insatsledare i beredskap larmades inte till denna händelse. Händelsen klassades in som ”Brand i byggnad, flerbostadshus – Hög omfattning”. I resursförslaget finns angivet att SOS räddningsåtgörare ska fråga inre befälet om regional insatsledare ska larmas, vilket ofta resulterar i ett beslut att avvakta för att inre befäl vill fortsätta höra skadeutvecklingen och vänta på en framkomstrapport. I de fall då behovet av förstärkt ledning på skadeplats verkligen finns, blir denna kraftigt försenad jämfört med att larmas direkt utan att det ska ställas en fråga och få ett beslut.

Vid en brand i ett av Sundsvalls högsta hus, högst upp och med konstaterad rökutveckling vid larmsamtalet bör regionala insatsledaren larmas omgående.

- Släckbilen från Sundsvall körde fel i rondellen strax innan framkomst vilket försenade uppstarten med omkring 2 minuter. Insatsledaren som kom bakom uppmärksammade via radio att släckbilen kört fel och vände därefter. Enligt framkomsttiderna var insatsledaren framme 17:53 och släckbilen 17:55.

Det har upplevts vid fler tillfällen att lokalkännenheten över tid försämrats och att många chaufförer förlitar sig på GPS vid körning istället för att vara säkra innan bilen lämnar stationen. Detta är ett förbättringsområde som räddningstjänsten överlag bör ta till sig och hitta bättre övnings- och utbildningsmöjligheter samt se över arbetssätt vid utryckningskörning.

### 4.4.2 Fastighetsägaren

- Entrédörr till trapphuset som räddningstjänsten använder vid brand var inte uppmärkt eller på annat sätt tydligt vid ankomst. Enda dörren som observerades och som räddningstjänsten har nyckeltagg för att komma in var till utrymmet vid hissarna. Det tog en stund innan styrkan lyckades förstå att en grå dörr bredvid var in till trapphuset. Styrkan fick hjälp av annan boende att ta sig in då det inte gick att öppna denna dörr med nyckeltagg.
- Platsen för inkoppling på stigarledning var inte märkt. Luckan där inkopplingen finns i fasaden var märkt ”brandpost”, ingenting om stigarledning. Inne i skåpet fanns som nämnts ovan två uttag, där ett av uttagen var brandpostuttag och det andra var inkoppling på stigarledningen. Inget av detta var uppmärkt och tydligt vad som var vad. Detta resulterade i att räddningstjänsten struntade i stigarledning och tog beslut att istället dra slang ändå upp till översta våningen. Det tar såklart längre tid än att gå upp med smalslang och koppla in sig på ett uttag i trapphuset.
- Vid kontroll efteråt visade det sig att stigarledningen inte hade fungerat även om räddningstjänsten hade kopplat in sig och trycksatt ledningen. Försök gjordes några dagar efter branden med att trycksätta ledningen och ta ut vatten på taket längst upp i huset. I princip direkt blev strålröret igensatt av grus och rostflagor som följt med röret. Det resulterar i att inget eller väldigt lite vatten kommer ut.
- Luckorna för att komma åt uttaget från stigarledningen på varje våningsplan gick ej att öppna. Vid renovering i trapphallarna hade luckorna målats över vilket gjort att flera av luckorna inte gick att få upp med normal öppning med nyckel.

#### 4.4.3 Socialtjänsten

I lag (2003:778) om skydd mot olyckor anges i 3 kapitlet kommunens skyldigheter vid förebyggande arbete. I 1§ finns att läsa:

*För att skydda människors liv och hälsa samt egendom och miljön skall kommunen se till att åtgärder vidtas för att förebygga bränder och skador till följd av bränder samt, utan att andras ansvar inskränks, verka för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än bränder.*

*Kommunerna skall ta till vara möjligheterna att utnyttja varandras resurser för förebyggande verksamhet.*

Sista meningen i lagtexten innebär att det inte bara är räddningstjänsten som ska arbeta olycksförebyggande. Till detta kan även kommunens resurs i form av hemtjänst räknas in. För att kunna göra ett gott förebyggande arbete behöver då samtlig personal inom hemtjänsten få utbildning om vad som är viktigt att titta på, vilka riskbeteenden som statistiskt kan leda till brand och hur ska de agera när de upptäcker brister.

Efter den uppmärksammade dödsbranden i Ånge november 2021, föreslog räddningstjänstens utredning till medlemskommunerna att ta till sig och arbeta efter vägledningen ”Brandsäker bostad för alla”. Det framkom vid den utredningen att flera instanser i samhället känt till ett riskbeteende hos den branddrabbade och skulle kunnat göra mer för att arbeta förebyggande för att förhindra branden.

I denna händelse har socialtjänsten i form av hemtjänst haft vetskap om att det röktes i bostaden av en person med nedsatt rörlighet. Hade hemtjänsten dessutom haft riskglasögonen på sig hade de lätt kunnat observera att det inte fanns någon fungerande brandvarnare i lägenheten.

Åtgärder från hemtjänstens sida hade kunnat vara att anmäla en riskobservation för att handläggare vidare kunnat utreda vilka åtgärder som skulle kunna vara lämpliga. Exempel på åtgärder i detta fall skulle kunna vara boendesprinkler, rökförkläde och säkerställa att tidig indikering skulle finnas fungerande i lägenheten. Eventuellt skulle ett brandlarm kopplat mot trygghetslarm vara ytterligare ett sätt att höja säkerheten för den boende och grannarna i huset.

## 5 Slutsats

Denna händelse är återigen en brand med tragisk utgång där samhället hade kunnat observera och agera innan olyckan händer. Under de senaste åren har det i Medelpad inträffat ett antal dödsbränder där räddningstjänsten, polisen, ambulans eller hemtjänst/socialtjänst varit inne i bostäderna mer eller mindre regelbundet och lätt kunnat observera riskfaktorer som kan leda till brand.

Om hemtjänsten i detta fall haft kunskap och uppdrag att för kommunens räkning upptäcka risker och därefter agera hade åtgärder kanske kunnat förhindra en dödsbrand i denna lägenhet.

Utredningen visar även att det systematiska brandskyddsarbetet hos fastighetsägare till bostadshus behöver förbättras. Det upptäcks ofta vid bränder att brandtekniska installationer som exempelvis rökluckor inte fungerar när de verkligen behövs. Fastighetsägare måste bli bättre på att veta vilka installationer som finns, varför de finns och säkerställa att de verkligen fungerar. Det visar också vikten av att räddningstjänsten även behöver utöva tillsyn på bostadshus i viss utsträckning.

## 6 Åtgärdsförslag

### 6.1 Fastighetsägaren

Fastighetsägaren behöver förbättra sitt systematiska brandskyddsarbete gällande denna fastighet. Det behövs en förståelse till varför de brandtekniska installationerna finns i huset och varför de behöver underhållas och kontrolleras regelbundet.

- Skyltning för stigarledning och brandpost behöver åtgärdas så att det tydligt framgår vad som är vad.
- Luckorna till uttagen för stigarledningen måste vara lätta att öppna och inte målas igen vid renovering.
- Stigarledningen behöver rensas med jämna mellanrum för att säkerställa funktionen och inte samla rostflagor, grus och annan smuts.
- Rökluckan måste regelbundet testas och underhållas för att säkerställa funktionen.

Fastighetsägaren bör även ta med det som observerats i denna fastighet för att säkerställa att brandtekniska installationer fungerar i sina övriga fastigheter.

### 6.2 Socialtjänst/hemtjänst

- Socialtjänsterna i våra medlemskommuner skulle behöva börja arbeta mer aktivt med frågorna och se till att samtlig personal som vistas ute bland boende får en utökad utbildning med fokus på riskinventering och kopplade åtgärder. Det måste till tydliga rutiner, instruktioner och planer hur en anmälan ska gå till och hur det ska gå vidare i organisationerna.

### 6.3 Räddningstjänsten Medelpad

- Räddningstjänstens enhet ”trygghet & utbildning” bör undersöka om arbetssättet vid utbildningar av kommunens personal kan förändras. Exempelvis bör utbildningar med kommunernas hemtjänstpersonal vara starkt kopplad till riskinventering och hur hemtjänsten skulle kunna vara en del i ett brandförebyggande arbete. Utbildningens innehåll bör utformas tillsammans med ansvariga personer för hemtjänsterna så att alla parter är eniga om vad som kan förväntas av hemtjänstpersonalen.

Liknande upplägg bör även implementeras i kommunernas trygghetsboenden och servicehus.

- I samband med att räddningstjänsten utövar tillsyn på högre hus som innehar stigarledning bör det ske en egen provtryckning av ledningen. För att säkerställa att fastighetsägaren verkligen gör vad som krävs bör det som ett led i tillsynen även innefatta att prova funktionen.  
Det kan vara lämpligt att vid dessa tillfällen använda sig av tjänstgörande utryckningsstyrka som då även får objektskännedom och en insatsförberedande övning för just det huset.
- Räddningstjänsten bör se över samtliga larmplaner och värdera när regionala insatsledaren ska larmas omgående istället för att inre befäl, numera Larm- och ledningsbefälet, ska få en fråga och ta beslut i frågan. Hellre larmas någon gång för mycket och i de fall det anses lämpligt vända och återgå till beredskap. Ett larm- och ledningsbefäl har oftast mest att göra i utlarmnings- och uppstartskedet i en olycka och kan då uppleva frågan om regionala insatsledaren som en störning som man inte riktigt värderar rätt. När ett beslut sedan tas att larma kan nyttig och dyrbar tid gått till spillo.

## **7 Kommunikation**

Rapporten sänds till:

- MSB
- Fastighetsägaren
- Sundsvalls kommun socialtjänsten
- Ånge kommun socialtjänsten
- Timrå kommun socialtjänsten

Internt:

- Insatta befäl på denna händelse
- Chefer på förebyggande- och räddningsavdelning
- Publiceras på räddningstjänstens intranät