



Datum:
2024-02-10

Diarienummer:
2024-000003

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

Brand i lägenhet

med dödlig utgång



Datum:	2024-01-01
Tid:	22:48
Plats:	Timrå
Händelsetyp:	Brand i byggnad
Händelserapportnummer:	G2024.000515
SOS Ärendenummer:	11.9765651.1

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1 Inledning	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Syfte och uppdrag.....	4
1.3 Frågeställningar.....	4
1.4 Avgränsningar.....	4
2 Utredaren	4
3 Utredningsarbetet.....	4
4 Beskrivning av händelsen.....	5
4.1 Objekt.....	5
4.2 Larmsamtal.....	6
4.3 Allmänhetens åtgärder innan räddningstjänstens ankomst	6
4.4 Räddningsinsats	6
4.5 Konsekvenser av händelse.....	6
5 Diskussion och analys	7
5.1 Olycksorsak	7
5.2 Måluppfyllelse	7
5.3 Automatiskt brandlarm – Teknisk service.....	8
5.4 Alternativ utrymningsväg med hjälp av räddningstjänst	9
5.5 Hemtjänst – Timrå kommun.....	9
6 Slutsats.....	10
7 Åtgärdsförslag.....	10
7.1 Räddningstjänsten Medelpad.....	10
7.2 Hemtjänst – Timrå kommun.....	10
8 Kommunikation.....	11

Sammanfattning

Första dagen på året inträffade en mindre brand i en lägenhet i Timrå. Räddningstjänsten fick in larmet som ett automatiskt brandlarm och responderade med styrkan från Timrå. När räddningstjänsten kom fram visade det sig att det brann inne i en lägenhet där en person befann sig. Personen fick så pass allvarliga skador att de ledde till dödsfall.

Utredningen har undersökt om det funnits några möjligheter att observera ett riskbeteende sedan tidigare och samtidigt undersökt om det gått att bryta händelseförloppet tidigare.

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.

1.3 Frågeställningar

Utredningens huvudsakliga utgångspunkt har varit att besvara nedanstående frågeställningar:

- Vad var brandorsaken?
- Har räddningstjänsten uppnått de uppsatta målen för olyckstypen brand i byggnad?
- 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.

2 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.

3 Utredningsarbetet

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

Utredaren har intervjuat följande:

- Räddningsledaren
- Första styrkeledare på plats från station Timrå
- Fastighetsförvaltare från fastighetsägaren
- Chef för hemtjänstverksamheten i det aktuella området
- Polisens kriminaltekniker

Utredaren har tagit del av följande dokument och material:

- Händelserapport G2024.000515

4 Beskrivning av händelsen

4.1 Objekt



Flerbostads i 5 våningsplan med stomme av betong och med en fasad av tegel.

Tidigare användes huset av kommunen som vårdboende men är nu ett vanligt flerbostadshus där hyresgästerna hyr sina lägenheter själva. Från tiden som vårdboende finns ett automatiskt brandlarm installerat. I samband med att det blev egna lägenheter så monterades detektorerna i lägenheterna bort. Detektorer finns fortfarande kvar i gemensamma utrymmen såsom korridorer och trapphus. Det automatiska brandlarmet är vidarekopplat till SOS Alarm som i sin tur larmar räddningstjänsten. I lägenheterna har fastighetsägaren monterat vanliga brandvarnare.

Fastighetsägaren framställer huset som ett ”Plusboende”, där trygghet och gemenskap är ett par av nyckelorden. Det ska finnas bra tillgänglighet och kvalitet och finnas möjlighet för gemensamma utrymmen för att kunna mötas.

I huset bor mestadels äldre personer och många av de har hjälp av hemtjänst. Så pass många har hemtjänst så att det finns 2 eller 3 hemtjänstpersonal placerade i huset under dagtid. På natten finns ingen hemtjänst placerad i huset.

Huset har förbindelse med äldreboendet [REDACTED] som ligger söder om flerbostadshuset. Det finns en korridor där det går att gå mellan bostadshuset och äldreboendet.

4.2 Larmsamtal

Klockan 22:49 den 1 januari 2024 inkommer automatiskt brandlarm till SOS alarm. Räddningstjänstens styrka från Timrå samt insatsledare från Sundsvall larmas till platsen.

4.3 Allmänhetens åtgärder innan räddningstjänstens ankomst

Det automatiska brandlarmet har observerats av personal på äldreboende bredvid. De hade dock inte full koll på var larmet hade löst ut och kontrollerade utrymmena i sitt hus.

En man med sitt barn bodde tillfälligt i en av lägenheterna i flerbostadshuset hörde utrymningslarmet och tog sig ut.

4.4 Räddningsinsats

När räddningstjänsten anlände 22:56 möttes de upp av personal från äldreboendet [REDACTED] som sa att de hade sökt igenom sina lokaler och inte såg någon rök. Räddningstjänstens personal var inte helt säkra på var larmet egentligen hade löst ut och var på väg att följa med personalen mot äldreboendet, men i samma stund kom mannen och barnet som hade utrymt från sin lägenhet. De sa att det luktade lätt rök vid området runt hissen i flerbostadshuset. Räddningstjänstens personal koncentrerade sig därför mot flerbostadshuset och gick inte med till äldreboendet. Efter kontroll vid centralapparaten och de ritningar som fanns så kunde den larmande detektorn lokaliseras till en korridor på plan 4. Personalen har i utvärdering av insatsen uttryckt att det var svårt att lokalisera var det larmat genom de ritningar som fanns.

Styrkeledaren och rökdykarledaren begav sig mot den larmande detektorn, ingen av de hade andningsskydd på sig vid det tillfället.

I anslutning till den larmande detektorn i korridoren kunde räddningstjänsten lokalisera röklukten till en lägenhet. Lägenhetsdörren var olåst och inne i lägenheten var det en mindre brand på golvet i närheten av ett bord. Brandsläckare som fanns uppsatt i korridoren användes in mot branden från dörröppningen. Rökdykarna från bilen tillkallades upp till våningsplanet med andningsskydd och tog även med sig ytterligare brandsläckare. Det var rökigt i lägenheten men inte så pass att det bedömdes som inträngande i tät brandrök.

En person anträffas liggandes på golvet precis vid branden. Personen var vid liv och drogs ut från lägenheten. Det observerades att personen hade brännskador [REDACTED]. Brandmännen påbörjade direkt med första hjälpen i trapphuset genom att kyla brännskadorna med hjälp av en intern brandpostrulle samtidigt som ambulans tillkallades.

Efter att personen tagits om hand av ambulans fortsatte räddningstjänstens insats med akut restvärde i de drabbade utrymmena för att skapa torr- och rökfri miljö.

4.5 Konsekvenser av händelse

Brandskadorna blev begränsade till utrymmet på golvet samt delar av det bord som stod på golvet. Lägenheten fick begränsade rökskador. Den drabbade personen omkom senare.

5 Diskussion och analys

5.1 Olycksorsak

Primärt brandområde är i köksutrymmet i utrymmet nere vid golvet där ett bord fanns placerat. Den skadade och senare omkomna personen anträffades i anslutning till bordet.

Den mest troliga värmekällan är eld eller låga och då i samband med rökning. Det objekt som först antändes bedöms vara kläder i form av byxor, tofflor eller eventuellt filt som kan ha legat på benen. Det fanns rester av cigaretter kvar på bordet.

Det har i utredningen framkommit att den omkomna personer rökte, men var noga med att alltid göra det utomhus på balkongen. Tidigare under den aktuella dagen hade hemtjänsten observerat att personen inte var sig lik. Sjuksköterska tillkallades men tillståndet bedömdes inte så pass att vidare sjukvård eller transport till sjukhus behövdes. Det sattes dock in extra tillsyn under kvällen och natten. Det går inte att säkerställa om detta kan vara en bakomliggande orsak till att personen valde att inte gå ut på balkongen för att röka som vanligt.

Det hade aldrig varit några incidenter tidigare med den aktuella personen där ett riskbetående eller ökad risk för brand kunnat observerats.

5.2 Måluppfyllelse

Räddningstjänstens mål för vilken effekt som ska nås vid brand i byggnad är:

- Personer som vid räddningstjänstens ankomst till skadeplatsen befinner sig i drabbad brandcell ska på ett effektivt och skyndsamt sätt undsättas.
- Personer som befinner sig i nära anslutning till brandutsatt brandcell skall skyndsamt utrymmas eller inrymmas.
- Efter räddningstjänstens ankomst till skadeplats ska brand och rök inte spridas till oberoende brandceller.
- Då byggnaden saknar brandcellsgränser ska personer som vid räddningstjänstens ankomst till skadeplatsen befinner sig i den drabbade byggnaden på ett effektivt och skyndsamt sätt undsättas. Samt brandskadorna begränsas till det/de utrymmen som vid ankomst redan var drabbade av brand.

Denna händelse larmades ut som ett avtalsuppdrag, automatiskt brandlarm som räddningstjänsten benämner ”teknisk service”. Vid utlarmningen bedöms den händelsetypen inte uppfylla kriterierna för att inleda räddningsinsats utan bara åka för att kontrollera. Därmed kan inte de övergripande målen vara gällande så länge det inte konstaterats att det förekommer en brand. I de fall det upptäcks att det finns behov så inleds en räddningsinsats på plats, precis som det gjordes i detta fall, och då gäller så klart målsättningen för händelsetypen brand i byggnad.

Överlag har räddningstjänsten nått målen. Det som kan diskuteras är målet i punkt 1, där undsättning av den drabbade personen hade kunnat ske tidigare om personal hade haft andningsskydd på någon av de två första brandmännen som gick för att kontrollera. Nu kunde personen undsättas från lägenheten först när personal från släckbilen också tog sig upp till våningsplanet.

Ytterligare en aspekt rörande punkt 1 i målsättningarna är att räddningstjänsten haft svårt att uppfylla målet ifall den primära utrymningsvägen hade varit blockerad då inget höjdfordon fanns inom godtagbar tid. Frågan behandlas separat i punkt 4.4.

5.3 Automatiskt brandlarm – Teknisk service

- Majoriteten av alla automatiska brandlarm kan anses hamna i kategorin ”onödiga larm”. Oftast är det slarv, kunskapsbrister eller tekniska fel som medför att en detektor aktiveras helt i onödan. När räddningstjänstens personal gång på gång åker på dessa, egentligen onödiga larm är det lätt att hamna i ett slentrianmässigt agerande och förutsätta att det återigen är ett onödigt larm man åker på. I utvärderingar efter händelser när det verkligen varit en skarp händelse vid ett automatiskt brandlarm framkommer det allt som oftast att personalen upplever att ”man inte var på tårna” och blev överrumplade. Så var det även i denna händelse då personalen i sin utvärdering efteråt beskrivit det som att det är ovanligt att det är en skarp händelse vid teknisk service.
- Räddningstjänsten Medelpad har tidigare diskuterat rutiner för hur personalen ska vara klädda vid just automatiska brandlarm. Det har efter tidigare, liknande händelser, blivit halvt som halvt uttalat att andningsskydd ska vara påtaget på den person som följer med styrkeledaren in i byggnaden för att snabbt kunna ta på sig andningsskydd och utföra en omedelbar åtgärd. Under pandemitiden förändrades rutinerna genom att endast styrkeledaren skulle gå in själv vilket kan ha resulterat i att de gamla, oskrivna rutinerna tappats bort. En bidragande orsak kan även vara att det varit en stor personalomsättning från pandemitiden och framåt, både vad gäller brandmän som styrkeledare. Flera av den nya personalen har inte arbetat med de rutiner som följdes tidigare och det saknas en tydlig skriftlig rutin för hur klädsel ska se ut vid larm teknisk service.
- I utvärderingen från insatt personal framkom även att de upplevde det som svårt att orientera sig i byggnaden utifrån det ritningsunderlag som fanns på objektet. Det noterades även att det vore bra med studiebesök på objektet för att lättare kunna orientera sig på plats. I utredningen har det ritningsunderlag som finns granskats och av utredningens syn så stämmer den i all väsentlighet utifrån de krav som kan ställas på en larmanläggning. Det kan vara värt att ställa frågan om det istället för mer kunskap om just en specifik byggnad eller verksamhet istället skulle behövas en utbildningsinsats vad gäller larmanläggningar överlag. Både med kravställningar, olika typer av anläggningar, vad förväntas exakt av räddningstjänsten samt övningar i att tyda ritningar och kunna omsätta detta till att kunna göra angrepp i lokalerna. Exempelvis så finns det ingen riktig rutin för dessa punkter då nya styrkeledare utbildas och börjar arbeta i rollen. Det är mer av att ”lära genom att göra” vilket kanske inte är det mest optimala sättet att förbereda nya styrkeledare.
- Den automatiska brandlarmanläggningen har tidigare omfattat även lägenheter i huset under den tid då huset fungerade mer som ett äldreboende. I samband med att huset endast används som privata bostäder med egna hyreskontrakt så togs detektorerna i lägenheterna ur drift och ersattes med brandvarnare. I den aktuella lägenheten fanns en brandvarnare som hade löst ut, men ingen annan har observerat ljudet från denna. Det var först när rök lyckats tränga ut till korridoren utanför och därmed aktiverat en detektor tillhörande den automatiska larmanläggningen som larmet sändes vidare till SOS Alarm och därefter till räddningstjänsten. Hade de tidigare detektorerna i lägenheterna fortfarande varit i drift hade händelsen sannolikt upptäckts tidigare. Det går inte att säga om det hade ändrat utgången och förhindrat dödsfall, men chanserna hade definitivt varit större.

5.4 Alternativ utrymningsväg med hjälp av räddningstjänst

Det har tidigare lämnats förslag internt inom Medelpads räddningstjänstförbund att de stationer som endast är 5 personer i styrkan och innehar ett höjdfordon ska ta med detta fordon så fort styrkan lämnar stationen (förutom andra pågående händelser som kan kräva andra typer av fordonskombinationer). Vid ett larm om teknisk service larmas idag endast släckbil från Timrå och Ånge som är de stationer som berörs. I denna händelse medförde denna rutin att styrkan kom fram till adressen där huset är över 4 våningar högt och tillhör den verksamhetsklass där räddningstjänsten utgör den alternativa utrymningsvägen genom höjdfordon. Nu var höjdfordonet inte med vilket medförde att räddningstjänsten saknade förmågan att kunna undsätta personer från våning 5 i fall den primära utrymningsvägen skulle varit blockerad.

Det är inte vanligt att normala bostadshus har ett automatiskt brandlarm som i detta fall. Normalt kan ett boende med brandlarm innefattas i en annan verksamhetsklass såsom vårdboende, äldreboende, sjukvårdsinrättningar eller liknande och därmed inte omfattas av att räddningstjänsten utgör den alternativa utrymningsvägen. Men med denna händelse som bevis så finns det sådana objekt. Läger vi till även vissa kontorsbyggnader med automatiska brandlarm kopplade till SOS Alarm så finns det ytterligare ett antal där vi kan hamna i samma läge.

Hade rutinen som tidigare föreslagits varit i drift vid den aktuella händelsen, så skulle både släckbil och höjdfordon larmats till platsen. Resultatet just vid denna insats hade inte blivit annorlunda, men det är ändå värt att lyfta problematiken och arbeta för att få en förändring i larmplanen.

De stationer som är aktuella är som tidigare nämnts Timrå och Ånge. I Sundsvall, som är den tredje stationen där det finns höjdfordon, är läget annorlunda eftersom det finns fler personal. Där finns det alltid en möjlighet att ändå ha beredskap och få ut höjdfordonet även om det endast är släckbilen som åker på teknisk service.

5.5 Hemtjänst – Timrå kommun

Efter tidigare tragiska händelser med dödlig utgång i Medelpad har frågan ställts huruvida samhället hade kunnat agerat innan branden inträffade. Med bakgrund av dessa tidigare utredningar och åtgärdsförslag är det av intresse att även undersöka frågan i denna händelse.

I utredningen har det framkommit att den omkomne personen hade hjälp av hemtjänst ett antal tillfällen per dag. Det har dock inte funnits några indicier eller omständigheter som har kunnat medföra att några åtgärder från hemtjänsten/socialtjänsten hade varit befogade. Personen rökte men var normalt noga med att alltid gå ut på balkongen i samband med rökning. Inga andra riskobservationer har noterats.

Det som däremot kan vara värt att lyfta är kunskapen hos personalen inom hemtjänsten. Även om det inte undersökts i detalj hur hemtjänstpersonalen arbetar i det aktuella området, är bedömningen att räddningstjänsten tillsammans med samtliga kommuner inom förbundet fortsätter att utbilda personalen inom hemtjänst att observera och kunna agera i de fall de tror att det finns ett riskbeteende som kan leda till brand. På chefsnivå behöver det utbildas så att en större kunskap finns om vilka hjälpmedel och insatser som skulle kunna finnas och utföras vid behov. Exempelvis så visste den aktuella chefen inte om att det finns portabla sprinklers, även kallat boendesprinklers, samt speciella rökförkläden som kan installeras och användas i tillfällen det bedöms aktuellt. I dessa frågor bör kommunens chefer inom både hemtjänst, boenden och övrig socialtjänst ha en likvärdig kunskap och gemensamt kunna vara med och prioritera var sådana resurser ska kunna göra mest nytta.

6 Slutsats

Utredningen har kommit fram till inga direkta åtgärder i förebyggande syfte hade kunnat förhindrat branden, förutom ett dåtida individuellt beslut att helt sluta röka.

En osäker faktor finns i hur ett heltäckande automatiskt brandlarm hade kunna påverkat utgången. Larmkedjan hade satts igång tidigare, men det går inte att säga om det hade varit tillräckligt för att förhindrat ett dödsfall.

Räddningstjänsten har kunnat varit snabbare i fråga om undsättning av den drabbade, dock är det svårt att säga om det hade kunnat påverkat utgången. Eftersom händelsen upptäcktes först när det automatiska brandlarmet, med detektor utanför lägenheten, aktiverades och larmade räddningstjänsten, hade branden troligtvis pågått så pass länge att den tid räddningstjänsten kunnat vara snabbare inte haft något egentlig betydelse för utgången. Det är dock ändå viktigt att omhänderta de upptäckta delarna och arbeta fram en lösning för att korta tiden för undsättande av drabbade.

7 Åtgärdsförslag

7.1 Räddningstjänsten Medelpad

- Räddningstjänsten Medelpad bör skyndsamt fastställa rutiner gällande klädsel för larmtypen teknisk service. Den person som följer med styrkeledaren in i byggnaden bör alltid ha andningsskydd påhängt på ryggen med mask hängande, för att snabbt kunna ta på masken och undsätta en person i utrymmen där det finns rök. Det kan med denna rutin även vara lättare att komma närmare en brand för att kunna påbörja släckning med hjälp av befintlig släckutrustning i huset. Det får så klart aldrig frångå rutiner och riktlinjer för arbete som klassas som inträngande i tät brandrök, då ska alltid gällande regler för rökdykning beaktas.
- Den mentala spärren som lurar personalen att det oftast är onödiga larm i samband med teknisk service är svår att hantera. Det behöver dock med jämna mellanrum pratas om i organisationen om vikten att ta larm på allvar tills motsatsen bevisas, även om vi juridiskt sett inte har inlett en räddningsinsats. Bara punkten gällande klädsel kan hjälpa till i en sådan mental förberedelse då vi alltid ska vara redo ifall det är rökigt. Den part som tecknat avtal med räddningstjänsten om att rycka ut på automatiska brandlarm förväntar sig ett proffsigt agerande med personal som är redo för den situationen. Om så inte är fallet kan man lika gärna teckna avtal med väktare eller liknande om det bara är ögon som behövs på platsen.
- Räddningstjänsten Medelpad bör utreda hur utbildning ska se ut för nya styrkeledare gällande automatiska brandlarmläggningar. Det bör tas in i utbildningspaketet gällande regelverk, teknisk kunskap rörande olika typer av larmanläggningar och övning i hur orienteringsritningar ser ut och ska tydas. Eventuellt är det en översyn av hur hela utbildningspaketet för nya styrkeledare ska se ut, denna fråga bör utredas vidare.
- För att i större omfattning alltid ha beredskap att kunna assistera nödställda personer på högre byggnader bör Räddningstjänsten Medelpad skyndsamt behandla och ta beslut i det tidigare förslaget att alltid ta med höjdfordonet vid teknisk service i Timrå och Ånge.

7.2 Hemtjänst – Timrå kommun

Timrå kommun bör i ännu större omfattning utbilda all personal inom hemtjänst och boenden att observera och bedöma vilka risker för brand som kan finnas hos brukare och boenden. Med stöd av tidigare utredningar för händelser i Medelpad som pekat på samma brister i alla kommuner bör frågan aktualiseras vid samtliga dödsbränder. Alla

kommuner i Medelpad behöver arbeta ännu mer aktivt med frågorna och göra vad som krävs för att förhindra skador och förebygga att bränder uppstår.

Det behövs tydliga rutiner och vägar att kunna rapportera risker och riskbeteenden och tydliga handlingsplaner för chefer att vid dessa tillfällen agera. Chefer måste få en uppdaterad kunskap om vilka tekniska och organisatoriska hjälpmedel som finns att tillgå och kunna samverka med andra chefer inom kommunen för att prioritera var insatserna behövs mest.

8 Kommunikation

Rapporten sänds till:

- MSB
- Fastighetsägaren
- Timrå kommun socialtjänsten

Internt:

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