



Olycksutredning gällande Sandbyhov Hagaborg, SANDBYHOV 30 i Norrköpings kommun

Händelseadress: Sandbyhovsgatan 17

Datum för händelsen: 2015-03-03

Datum för undersökning: 2015-05-27

Eget larmnummer: 2015/01013

]



Anledning till olycksundersökningen

Vid en brand 2015-03-30 på boendet Hagaborg i Sandbyhov, Norrköping, omkom en person som bodde på äldreboendet. Räddningstjänsten Östra Götaland utreder olyckan för att undersöka ifall det finns åtgärder som kan vidtas, samt slutsatser som kan dras, för att liknande olyckor ska kunna undvikas i framtiden.

Platsbeskrivning

Ett äldreboende på Sandbyhovsgatan 17 (SANDBYHOV 30). Senaste större byggnadsförändring skedde 1998. Under dagtid kan det vara upp till 80 personer i byggnaden varav cirka 35 stycken är anställda. Byggnaden är försett med ett automatiskt brand- och utrymningslarm.

Byggnaden är indelade i olika våningsplan. På plan 3 där branden startade finns två vårdavdelningar, Aspen och Ripan. På plan 2 finns ytterligare två avdelningar Eken och Svanen. På plan 1 finns en vårdcentral och en familjecentral. På bottenplan finns lite olika verksamheter kopplade till äldreården. På plan 3 där branden startade finns en lång korridor som är avdelad i brandsektioner genom självstängande dörrar. På gavlarna av huset finns det balkonger som kan nyttjas av de boende. Till korridoren ansluter de boendes lägenheter. Under dagen då branden startade fanns det fyra i personalen på plan 3.

Enligt senaste tillsynen som utfördes på objektet 2015-04-14, kort efter branden, konstaterades det att det systematiska brandskyddsarbetet vid verksamheten funkar på ett bra sätt. Ett antal tekniska brister uppmärksammades men inga som ifall de varit åtgärdade hade gjort någon skillnad för olycksförloppet den 2015-03-30 då en person omkom.

Olycksförlopp innan räddningstjänstens ankomst

Personen som avled i branden rökte mycket. Dagen då branden inträffade hade personen varit ute och rökt en gång, cirka 09:00, och vid 10:00 ville personen återigen ut på balkongen för att röka. Personen hade viss funktionsnedsättning, [REDACTED] och satt därför i rullstol. Efter att frågat personalen ett antal gånger hjälpte de personen till balkongen. De hade som en rutin att hon fick fem cigaretter åt gången. Personalen hade andra uppdrag med övriga boende och går iväg för att hjälpa dem, medan personen lämnas för att röka. Balkongdörren stängs och personen lämnas där.



Figur 1

Visar balkongen där branden startade. Där trallen är ljusare stod rullstolen med personen placerad. Dörren till balkongen var stängd. Den förbipasserade som uppmärksammade branden kom gående på parkeringen nedanför.

Det som händer sedan är att en förbipasserande på gatan nedanför hör en person ropa på hjälp. Den förbipasserande ser sedan att det brinner på balkongen och springer in i byggnaden och påkallar uppmärksamheten hos en sköterska som jobbar på ett av de nedre planen. Sköterskan springer uppför trapporna till tredje våningen och sliter med sig en handbrandsläckare. Ute på balkongen släcker hon personen som brinner i rullstolen. När sköterskan släckt branden säger personen att en cigarett tappades och därefter började det brinna. Allteftersom fyller mer personal upp på platsen. En ur personalen har kontakt med SOS och larmar ambulans och räddningstjänst, samtidigt får hon information från en sköterska i telefonen om att personen ska kylas med ljummet vatten i väntan på ambulansen. Övriga boende inryms i deras lägenheter eftersom korridoren snabbt fylls av röklukt eftersom balkongdörren är öppen. Därefter anländer ambulans som kan transportera personen till sjukhus där denne sedan avlider.

Olycksförlopp efter räddningstjänstens ankomst

När räddningstjänsten kom fram hjälpte man personalen med att kyla personen. Kontroll skedde även av balkong och övriga delar för att utesluta att branden spridit sig. När personen avtransporterats med ambulans försökte räddningstjänst och polis samla den chockade personalen. Den avdelningsansvarige tog kontakt med företagshälsovården för vidare hjälp.

Direkta olycksorsaker

Personen som avled sa till personalen att branden berodde på en tappad cigarett. Med uteslutningsmetod går det även att säkerhetsställa att cigaretten var orsaken till branden eftersom ingen annan naturlig tändkälla fanns på balkongen (inget levande ljus, ingen elutrustning).

Bakomliggande olycksorsaker

Personen som rökte hade viss funktionsnedsättning och hade ett uppenbart riskbeteende vad gäller rökningen. Vid tillfället var personen ensam på balkongen och ingen upptäckte att kläderna tagit eld. Personen hade plyschkläder och en



täckjacka på sig. Vid tillfället användes inget rökförkläde vilket gjorde att den tappade cigaretten antände kläderna.

Slutsatser

Ingripandet från personalen när det förstod vad som hänt var snabbt och bra utfört. Personal som genomförde släckning och larmade hade kort innan gått en brandombsutbildning. Personalen genomgår regelbundet en brandskyddsutbildning vilket de själva anger som en bidragande orsak till ett snabbt ingripande. Detta stärker slutsatsen om att ett fungerande systematiskt brandskyddsarbete och regelbundna brandutbildningar är viktigt.

Åtgärder och förslag på åtgärder

Det finns en del lärdomar och förslag på åtgärder utifrån olyckan den 2015-03-30 vid Hagaborg. En del åtgärder har redan genomförts vid boendet och andra är sådana som kan bli aktuella längre fram. Alla olika åtgärder presenteras nedan för att fler ska kunna lära av olyckan och kunna vidta förebyggande åtgärder för att undvika en liknande olycka.

- Inför inflyttning ska en checklista gås igenom tillsammans med anhöriga och den boende. Efter ifyllnad ska det tydligt framkomma ifall den som ska flytta in röker och hur mycket. Utifrån denna checklista ska anhöriga och den boende informeras om att rökning endast kommer kunna ske vid vissa givna tidpunkter, då personalen kan ha tillsyn över personen. Utan tillsyn riskeras både rökarens och de andra boendes liv och hälsa. Röker personen ska även ett rökförkläde användas. Boendet kommer köpa in ett låneförkläde som kan användas till dess att anhöriga köpt ett eget till den boende. Röker den som ska flytta in i lägenheten ska en boendesprinkler installeras.

-Att styra vad en person får göra vid ett äldreboende är alltid en avvägning mot självbestämmande och integritet. Men checklistan kan visa att personens rökvanor är ett uppenbart riskbeteende. För att övriga boende inte ska drabbas kan särskilda åtgärder, beskrivna ovan, behöva vidtas som minimerar risken för brand orsakad av rökningen.

- För personer som redan finns på boendet och inte är nyinflyttade ska en riskanalys utföras. Riskanalysen ska precis som inflyttningschecklistan visa ifall det finns riskbeteenden i samband med rökning. Ovanstående åtgärder kan då bli aktuella att förmedla till den personen samt dess anhöriga.
- Byggnaden har ett automatiskt brand- och utrymningslarm. Men på balkongerna finns ingen detektering. I och med att boende använder balkongen för bland annat rökning skulle någon form av detektering kunna göra att en liknande situation kommer kunna uppfattas tidigare nästa gång.
- På vårdavdelningen finns handbrandsläckare uppsatta i korridoren med cirka 25 meter mellanrum. Vid tillfället kom sköterskan som släckte via trappan



och kunde ta en handbrandsläckare med sig. Hade personal från något av boenderummen närmast balkongen upptäckt branden hade släckningen kunnat fördröjas eftersom ingen släckare eller brandfilt fanns placerad intill balkongen. Korridoren kommer därför kompletteras med ytterligare brandsläckare och brandfilt vid balkongen.

Se bilaga 1 för figur över händelseförlopp samt analys av identifierade åtgärder och slutsatser.

Räddningstjänsten Östra Götaland

Anton Hörnqvist
Brandingenjör

1530950



Bilaga 1, Analys

