



Kommunledningsförvaltningen
Räddningsavdelningen
Cecilia Ylikangas, 0921-62306

Olycksutredning - Brand i byggnad Boden 2025-07-13



Handlingen omfattas ej av sekretess enligt 32 kap 8§ i Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) och får lämnas ut utan prövning.

Sammanfattning

Den 13 juli 2025 inträffade en brand i byggnad på [REDACTED] i Bodens kommun. Vid räddningstjänstens framkomst förelåg redan brand- och brandgasspridning till flertalet vindslägenheter samt vind. Byggnaden var ett flerbostadshus i två våningsplan samt källare och vind.

Inledningsvis larmades enheter från Boden och Luleå. Strax efter framkomst konstaterades behov av fler resurser, då larmades även Piteå och Harads. Under natten larmades även Kalix, Töre och Råneå för att förstärka upp bemanningen på brandplats.

Arbetet på brandplats hade inledningsvis inriktning livräddning. Ett stort antal säkerhetsdörrar forcerades vilket var tidskrävande. Branden var omfattande redan vid framkomst och tidigt under insatsen blev inriktningen att skydda närliggande byggnader. På morgonen var byggnaden helt nedbrunnen och räddningsinsatsen avslutades på förmiddagen den 14 juli.

Byggnaden var ett flerbostadshus med trästomme samt tak och fasad av plåt. Då branden troligtvis hade pågått ett tag innan räddningstjänsten larmades försvårades insatsen betydligt. Vid räddningstjänstens framkomst så förelåg brand- och brandgasspridning till flertalet lägenheter samt vind.

I en räddningsinsats som denna finns det goda exempel och möjliga förbättringspunkter som kan lyftas fram. För att slutsatserna i denna utredning inte ska drunkna i alla dessa exempel och förslag har en avgränsning gjorts där de fokusområden som identifierats som mest intressanta i stället lyfts fram och diskuteras mer ingående. De tre fokusområdena är:

- Tidsfaktor
- Riskbedömning
- Brandvattenförsörjning

Innehåll

1	Inledning.....	4
1.1	Bakgrund och syfte	4
1.2	Datainsamling	4
1.3	Avgränsningar.....	4
2	Byggnaden	5
3	Händelseförlopp	6
3.1	Beredskapsläge	6
3.2	Olycksorsak	6
3.3	Olycksförlopp och räddningsinsats	6
4	Utredarens reflektioner och förslag på åtgärder	8
4.1	Tidsfaktor.....	8
4.2	Riskbedömning	8
4.3	Brandvattenförsörjning	9
4.4	Övriga synpunkter.....	9

1 Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

Enligt Lag (2003:778) om skydd mot olyckor 3 kap 10§, ska kommunen tillse att olyckor undersöks för att i skäligen omfattning klarlägga orsakerna till olyckan, olycksförloppet och hur insatsen genomfördes. Det är räddningstjänsten som ansvarar för att göra detta på alla olyckor som föranlett en räddningsinsats. Normalt uppfylls kravet på olycksutredning av den enklare händelserapport som upprättas. Om olyckan och insatsen varit komplex är det aktuellt att göra en mer omfattande utredning, en så kallad fördjupad olycksutredning.

Räddningstjänsten i Bodens kommun har genomfört en fördjupad olycksutredning. Undersökningen har fokuserat på hur det praktiska arbetet på olycksplats fortlöpte. En särskilt utsedd utredare som ej deltog i räddningsinsatsen har genomfört undersökningen i syfte att minska risken för intressekonflikt eller jävsituation.

Olycksutredningar inom räddningstjänstens område används för utveckling av operativ verksamhet och olycksförebyggande arbete. Fokusområdet med denna olycksutredning är att ta fram åtgärdsförslag för att utveckla arbetet med räddningsinsatser vid liknande händelser.

Vid en olycksutredning är det troligt att misstag kommer att upptäckas och denna typ av undersökning har inte till syfte att klarlägga ansvar, skuld eller vållande. Syftet är alltså inte att peka ut det som direkt orsakade olyckan eller att något gick snett. Däremot är det bra om olycksutredningen kan fungera som ett underlag för Räddningschefen för de åtgärder som kan behöva vidtas inom ramen för systemansvar.

1.2 Datainsamling

Insamlingen av data har skett genom granskning av SOS ärenderapport, händelserapport samt intervjuer med insatt räddningspersonal.

1.3 Avgränsningar

Utvärderingen kommer endast att beskriva räddningstjänstens genomförande av räddningsinsatsen. Brandspridningen samt om byggnadskonstruktionen kan ha antagits uppfylla lagstadgade krav går ej att utreda då tidpunkten för brandens start är okänd.

2 Byggnaden

Byggnaden uppfördes på 1940-talet och var utförd i två (2) våningsplan samt källare och vind. Stommen var utförda i trä, fasad samt tak i plåt. Byggnaden inrymde lägenheter samt förråd på vindsplanen, i källaren fanns teknikutrymmen samt tvättstuga. Avstånd till [REDACTED] var cirka 15 meter och [REDACTED] cirka 20 meter.

Bild 1 [REDACTED]



3 Händelseförlopp

3.1 Beredskapsläge

I Bodens kommun var det normal beredskap vid tiden för händelsen. Boden heltid 1+4 samt insatsledare med anspänningstid 90 sekunder. Boden deltid 1+4 med anspänningstid 8 minuter samt Harads 1+4 med anspänningstid 6 minuter.

3.2 Olycksorsak

Det finns vittnesuppgifter om att branden kan ha orsakats av ett kvarglömt ljus i en av vindslägenheterna. På vinden fanns hög brandbelastning i form av trä som byggnadsmaterial samt vindsförråd med nätgaller, vilket kan ha bidragit till det snabba brandförloppet.

3.3 Olycksförlopp och räddningsinsats

Följande olycksförlopp och räddningsinsats har utlästs från händelserapport G2025.078441 med bilagor samt intervjuer med personal på plats.

Larmet inkom 2025-07-13 kl. 22:30 och gavs prioritet 1, brand i byggnad, omfattning hög.

Inledningsvis larmades station 3000 (Boden heltid samt insatsledare), station 3100 (Boden deltid) samt station 2000 (Luleå). Räddningsinsatsen inleddes 22:36 efter beslut från VB.

Vid framkomst 22:38 konstaterar 3010 fullt utvecklad brand i lägenhet på vind med brand ut genom fönster och rök från taknock. Då 3080 anländer 22:45 meddelas behov av ytterligare resurser. Därefter larmas station 3400 (Harads), höjdfordon från station 1000 (Piteå) samt RIL 1980 som åker från Kalix. IL 2080 larmas men åker in till centralen i samråd med VB.

Arbetet på olycksplats har inriktning livräddning då målet med insatsen inledningsvis var att ingen skulle omkomma eller skadas allvarligt till följd av brand. Byggnaden har tre trapphus (A-C) och personal på plats delas upp för att arbeta med detta, även polis är behjälplig. Ett stort antal säkerhetsdörrar forceras vilket är tidskrävande. Detta i kombination med kraftig brand i anslutning till trapphus C innebär att två lägenheter inte kan genomsökas helt. 23:31 avslutas rökdykningen i trapphus C på grund av dålig miljö. Parallellt med eftersökning av saknade personer via telefon ändras inriktningen på insatsen till brandsläckning och skydd av intilliggande fastigheter. Mål med insatsen var i detta skede att hitta en begränsningslinje (brandvägg) för att undvika en totalbrand. Det visar sig mycket svårt och krävande då det förelåg omfattande brand- och brandgasspridning till flera vindslägenheter samt vinden redan vid framkomst. Inte ens startbrandcellen går då med säkerhet att fastställa. SL 3010 gör observationen att 30 minuter efter framkomst brinner sju lägenheter och trapphus C. Hög utomhustemperatur (kring 30 grader), utdragen livräddning med dörrforcering samt kraftigt brandförlopp slet på personalen. Två brandmän med rökskydd beordras att genomsöka källaren där miljön ännu var bra. Dock ändras förhållandena snabbt och när trapphuset (deras reträttväg) hastigt övertänds måste de backa ut.

Klockan 01:45 uppstår kapacitetsbrist med brandvattenförsörjningen på grund av väldigt stort uttag, och fler tankbilar larmas ut. Intilliggande

fastigheter riskerar att skadas av strålningsvärmen och inriktningen på insatsen blir att kraftsamla för att skydda intilliggande fastigheter. Under natten larmades även Kalix, Töre och Råneå för att förstärka upp bemanningen på brandplats.

Under natten och tidig morgon brinner byggnaden ner, räddningsinsatsen avslutas 10:45 den 14 juli och räddningstjänsten kvarstannar ett par timmar för efterbevakning. Klockan 12:30 lämnas efterbevakningen över till fastighetsägaren.

4 Utredarens reflektioner och förslag på åtgärder

I en räddningsinsats som denna finns det goda exempel och möjliga förbättringspunkter som kan lyftas fram. För att slutsatserna i denna utredning inte ska drunkna i alla dessa exempel och förslag har en avgränsning gjorts där de fokusområden som identifierats som mest intressanta i stället lyfts fram och diskuteras mer ingående. De tre fokusområdena är:

- Tidsfaktor
- Riskbedömning
- Brandvattenförsörjning

4.1 Tidsfaktor

Det är omfattande brand- och brandgasspridning till de tre vindslägenheterna samt vinden redan vid framkomst, inte ens startbrandcellen går med säkerhet att fastställa. SL 3010 gör observationen att 30 minuter efter framkomst brinner sju lägenheter och trapphus C.

Utredarens reflektion

Tidsfaktorn från brands uppkomst till räddningstjänstens framkomst är helt avgörande vid brand i trähus. Respektive lägenhet utgör egna brandceller i klass EI 60, men efter 60 minuter tillåts en brandspridning från startbrandcellen och vidare i *hela byggnaden*, till exempel via ventilationskanaler och installationsschakt. Insatser i trähus är komplicerade och den tidsrymd som räddningstjänsten får ”gratis” i hus med betongstomme finns inte här.

Då starttiden för branden ej går att fastställa så går det inte heller att göra en bedömning om det fanns brister i det byggnadstekniska brandskyddet, därav lämnas denna fråga outredd.

Den omfattande brandspridning på vind och vindslägenheter som konstaterades vid framkomst, i kombination med ett vindsbjälklag i trä, medför att utredarens slutsats är att byggnaden hade fått en totalskada oavsett vilka åtgärder räddningstjänsten vidtog.

4.2 Riskbedömning

Två brandmän med rökskydd beordras att genomsöka källaren där miljön ännu var bra. Dock ändras förhållandena snabbt och när trapphuset (deras reträttväg) hastigt övertänds måste de backa ut snarast.

Utredarens reflektion

Brandspridning i äldre trähus kan vara svårt att förutse vilket händelsen ovan påvisar. Detta visar på vikten om att ständigt påminna sig om riskerna i trähus och vikten av att vara förutseende i riskbedömningen.

4.3 Brandvattenförsörjning

Under natten uppstår kapacitetsproblem med brandvattenförsörjningen på grund av väldigt stort uttag och fler tankbilar larmas ut, då stabiliserar sig situationen.

Utredarens reflektion

Det kommunala brandpostnätet kan ha svårt att klara ett stort brandvattenuttag över tid, vilket visar sig i händelsen ovan. Att vara förutseende och ha en plan för alternativ brandvattenförsörjning tidigt i insatsen kan motverka dessa problem. En egen sektor brandvattenförsörjning kan hjälpa till, om inte annat för att tydliggöra brandvattenförsörjningen som en kritisk faktor i insatsen.

4.4 Övriga synpunkter

Utöver ovanstående punkter har utredaren några reflektioner främst kring ledning av insatsen som inte analyseras djupare men som kan vara viktiga att belysa. Dessa följer i löpande text nedan.

Insatschefen hade ett MMI (mål med insats) som ändrades under insatsens gång. Det är dock oklart om detta kommunicerades ut till berörd personal, det finns inte heller dokumenterat i händelseloggen. Önskvärt är att MMI kommuniceras ut till samtlig personal (via respektive ledningsfunktion), samt meddelas till övergripande ledning och dokumenteras med tidpunkt. Som sagt ändrades MMI under insatsens gång, men någon riktig omfallsplanering fanns ej.

Ritningsunderlag tillhandahölls av fastighetsägaren, detta uppfattades svårt att tolka av insatschefen och var av äldre karaktär, vilket kan förväntas utifrån byggnadsår (1945). I och med detta identifierades ej den brandvägg som fanns i byggnaden, och som var utmärkt på ritningen med en streckad linje. En identisk referensbyggnad fanns i omedelbar närhet, men detta registrerades inte av insatschef, övergripande ledning eller någon annan på plats. Referensbyggnaden hade brandväggen synlig på vinden.

Insatschef och ledningsstöd plottade ej under insatsen vilket kan ha försämrat överblicken över situationen.

En kranbil med gripklo beställdes av övergripande ledning utan att först informera och resonera med insatschefen, denna blev stående på olycksplatsen utan lämplig uppgift ett längre tag. Senare användes den för att styra ras av fasad bort från grannfastigheten, dock lite för sent då ras ändå skedde. Samsyn kring nyttan av fordonet mellan övergripande ledning och insatschef saknades, vilket kan vara en anledning till att fordonet inte användes på plats.