



Myndigheten
för civilt försvar

Undersökning

Kartläggning av hur kommunal räddningstjänst förebygger arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Kartläggning av hur kommunal räddningstjänst förebygger arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Myndigheten för civilt försvar
651 81 Karlstad

Sektion: Sektionen för lärande från olyckor & Sektionen för inriktning av skydd mot olyckor
Produktion: Attityd i Karlstad AB. David Hanley, Julia Tideström, Nina Engdahl

Publikationsnummer: Myndigheten för civilt försvar MCF0044 – februari 2026
ISBN-nummer: 978-91-7927-704-8

Sammanfattning

Bakgrund

Regeringen presenterade i november 2024 en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention, *Det handlar om livet*. Strategin syftar till att öka kunskapen om psykisk hälsa samt att förebygga och åtgärda psykisk ohälsa. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten fick i uppdrag att samordna strategin. MSB, nu Myndigheten för civilt försvar, fick samtidigt i uppdrag att medverka i arbetet med strategin, varpå denna kartläggning genomfördes.

Syfte

Kartläggningens syfte är att undersöka den kommunala räddningstjänstens befintliga rutiner i det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa, avseende arbetsmiljön i allmänhet och särskilt påfrestande händelser i synnerhet.

Frågeställning

Hur arbetar kommunal räddningstjänst med att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa? Vilket behov av stöd finns?

Metod

Informationsinsamling genom 15 semistrukturerade intervjuer med personal på ledningsnivå inom räddningstjänsten. Vid rekrytering av informanter beaktades geografisk spridning samt storlek på kommunen, för att få en så stor bredd i urvalet som möjligt. Utöver intervjuer har interna dokument avseende rutiner, riktlinjer och genomförande inhämtats. Informationsinsamling har även innefattat inhämtande av externa data i form av relevant statistik samt lagar och riktlinjer.

Resultat

Resultaten presenteras i kronologisk struktur kallad *stödkedjan* (se bilaga 4). Stödkedjan innefattar de åtgärder som finns att tillgå för att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Stödkedjan delas in i fyra kategorier: *basåtgärder* samt *före*, *under* och *efter* en särskilt påfrestande insats. Med basåtgärder avses det stöd som finns tillgängligt för medarbetarna oavsett behovets koppling till räddningsinsats. Kategorierna före, under och efter avser stödåtgärder som kan kopplas kronologiskt till en räddningsinsats.

Resultaten visar att det till stor del saknas ett systematiskt och standardiserat arbete avseende stödåtgärder före, under och efter ett larm. Utformning samt användande av stödåtgärder genomförs hos majoriteten av arbetsplatserna utifrån godtyckliga grunder där lokal tradition och engagemang är avgörande.

Samtliga informanter uppger hög motivation att arbeta förebyggande med medarbetarnas psykiska hälsa. I de flesta fall uppger informanterna bristande

resurser i form av tid, kunskap och ekonomi för att genomföra arbetet på ett önskvärt sätt.

Analys

Motivationen att stärka kvaliteten i det förebyggande arbetet bedöms vara hög. En positiv trend rapporteras från de informanter som verkat länge inom organisationen. Angelägna utvecklingsområden bedöms vara organisationens arbete med systematik, evidens och metodtrogenhet. Det bedöms även vara av största vikt att på nationell nivå utreda i vilken grad organisationen är hjälpt av central och/eller lokal styrning för att stärka kvaliteten och öka effektiviteten i det förebyggande arbetet med arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Rekommendationer

Räddningstjänsten rekommenderas att framställa, tydliggöra och implementera stärkta rutiner avseende det systematiska arbetet inom psykosocial arbetsmiljö. Följaktligen rekommenderas även stärkt kompetensförsörjning och utökat stöd till ledningspersonal i deras arbete med att förebygga, identifiera och åtgärda arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Vidare rekommenderas även stärkta krav på reglering av evidensbaserade tjänster vid upphandling av externa aktörer i de fall där syftet med tjänsten är att stärka medarbetarnas arbetsrelaterade psykiska hälsa.

Medarbetare i lednings- och HR-funktion rekommenderas även att genomlysa befintliga rutiner, riktlinjer och styrdokument inom organisationen. Därefter rekommenderas framställande av en plan för hur det förebyggande arbetet med arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan stärkas avseende kvalitet och effektivitet. Planen bör därefter implementeras stegvis med angivna delmål, mål, utvärderingsgrunder samt tillfällen och tillvägagångssätt för utvärdering.

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	6
1.1 Bakgrund	6
1.2 Frågeställning	6
1.3 Syfte	7
2. Genomförande	8
2.1 Metod	8
2.1.1 Urval och målgrupp	8
2.1.2 Utredningsteamet	8
2.2 Teoretiskt ramverk	9
2.2.1 Vad är psykisk hälsa och hur mäter vi det?	9
2.2.2 Arbetsrelaterad ohälsa	10
2.2.3 Arbetsrelaterade bestämningsfaktorer	10
2.2.4 Prevalens PTSD och depression	11
3. Resultat	13
3.1 Definition och kategori	13
3.2 Basåtgärder: åtgärder utan tidskoppling till räddningsinsats	13
3.2.1 Företagshälsovård	13
3.2.2 Medicinska kontroller	14
3.2.3 Medarbetarsamtal	14
3.3 Före: åtgärder innan insats	14
3.3.1 Medarbetarundersökningar	15
3.3.2 Utbildningar	15
3.3.3 Organisationskultur	15
3.3.4 Variation mellan organisationerna	16
3.4 Under: åtgärder vid pågående insats	16
3.4.1 Det operativa arbetet från larm till avslut av insats	16
3.4.2 Särskilt påfrestande räddningsinsatser	17
3.5 Efter: åtgärder efter avslutad insats	18
3.5.1 Teknisk genomgång	18
3.5.2 Samtalsstöd	18
3.6 Beredskap	19
4. Analys	20
4.1 Risk- och skyddsfaktorer	20
4.2 Evidens	20
4.3 Metodtrogenhet	20
4.4 Beställarkompetens	21

4.5	Systematiskt arbete	21
4.6	Kvalitet och effektivitet	21
4.7	Nationell och lokal styrning	22
4.8	Avsaknad av information	22
4.9	Framåt.....	22
5.	Rekommendationer	24
6.	Slutsats	26
	Referenslista.....	27
	Bilaga 1. Frågeguide	29
	Bilaga 2. Urvalskriterier och urval	31
	Bilaga 3. Ordlista och förkortningar	32
	Bilaga 4. Stödkedjan	33

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Regeringen presenterade november 2024 en nationell strategi, *Det handlar om livet*, inom området psykisk hälsa och suicidprevention.¹ Strategin finns sammanfattad i ett dokument och ska användas som ett ramverk. I strategin finns vision för arbetet, mål och delmål beskrivet. Strategin är kopplat till ett uppföljningssystem i syfte att effektivisera arbetet och öka kunskapen i frågan.

Strategins vision är *“Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen och där ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord”*. Strategin har en tvärsektionell ansats i syfte att skapa förutsättningar för en gemensam riktning för hela samhället i arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention. Strategin fokuserar både på nuvarande och kommande generationers psykiska hälsa och på behovet av att skapa socialt hållbara samhällsstrukturer.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att samordna och stödja arbetet med regeringens nationella strategi, där Myndigheten för civilt försvar är en av aktörerna som fått i uppdrag att medverka i arbetet med strategin.²

I arbetet med regeringens nationella strategi har Myndigheten för civilt försvar identifierat områden för kartläggning och åtgärder. Myndigheten för civilt försvar är central tillsynsmyndighet för bland annat den kommunala räddningstjänsten, varför ett av de områden myndigheten bedömt relevanta är räddningstjänstens arbete med arbetsrelaterad psykisk ohälsa, vilket således är utgångspunkten för denna rapport.

Kommunen ansvarar enligt lagen om skydd mot olyckor både för förebyggande verksamhet och räddningstjänst. Staten ansvarar för vissa typer av räddningsinsatser, men kommunen ansvarar för insatserna vid de flesta olyckor som inträffar i en kommun, till exempel bränder och trafikolyckor.

1.2 Frågeställning

Hur arbetar kommunal räddningstjänst med att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa? Vilket behov av stöd finns?

² Från den 1 januari 2026 har Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) bytt namn till Myndigheten för civilt försvar.

1.3 Syfte

Kartläggningens syfte är att undersöka den kommunala räddningstjänstens befintliga rutiner i det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa, kopplat till arbetsmiljön i allmänhet och särskilt påfrestande händelser i synnerhet. Syftet är också att kartlägga och bedöma räddningstjänstens eventuella behov av stöd för att stärka det förebyggande och åtgärdande arbetet inom arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

2. Genomförande

2.1 Metod

Den information som sammanställs i kartläggningen har insamlats via djupintervjuer med medarbetare inom räddningstjänsten samt genom inhämtning av relevant information i form av lagar, riktlinjer, statistik och styrdokument.

Projektet inleddes med planering av intervjumall, metod samt tidslinje för kartläggning och återgivning. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Myndigheten för civilt försvar tog i samråd med Attityd och dess underkonsulter (nedan kallat "Utredarna") fram en semistrukturerad intervjumall (se bilaga 1) i syfte att besvara projektets frågeställning. Femton (15) individuella intervjuer planerades.

Myndigheten för civilt försvar rekryterade informanter via mail innehållande projektets syfte, frågeställning och metod. I mailet gavs information om informanternas anonymitet, möjlighet att avbryta sitt deltagande och lagring av personliga uppgifter. Deltagande var frivilligt och ingen ersättning utgick.

Femton (15) semistrukturerade intervjuer á 60 minuter genomfördes under oktober och november månad 2025. Intervjuerna skedde digitalt. Vid varje intervju deltog en informant och en utredare. En planerad intervju avbokades av en informant, varpå ny informant bokades för intervju.

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades. Utredarna tematiserade inledningsvis intervjumaterialet individuellt och därefter gemensamt. Efter första tematiseringen återgavs preliminära teman i ett digitalt möte med Myndigheten för civilt försvar (29.10.25). Därefter bokades datum för slutgiltig återrapportering (3.12.25). Utredarna färdigställde därefter tematisering och rapportskrivning gemensamt.

2.1.1 Urval och målgrupp

Målgruppen för tillfrågade deltagare var medarbetare i ledningsfunktion inom kommunal räddningstjänst. Myndigheten för civilt försvar kontaktade ledningspersonal över hela Sverige med geografisk spridning i syfte att öka möjligheterna för en bred datainsamling (se bilaga 2).

2.1.2 Utredningsteamet

Julia Tideström - legitimerad psykolog och konsult

David Hanley - sociolog, samtalsterapeut och konsult

Nina Engdahl - VD Attityd i Karlstad, konsult

2.2 Teoretiskt ramverk

2.2.1 Vad är psykisk hälsa och hur mäter vi det?

World Health Organization (WHO) definierar psykisk hälsa som *“ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hen lever i.”* WHO förtydligar vidare att *“psykisk hälsa är inte detsamma som frånvaron av psykisk sjukdom.”*

Folkhälsomyndigheten framhåller att psykisk hälsa är komplext och påverkas av många faktorer. De sammanfattar påverkansfaktorerna på följande sätt: *“psykisk hälsa påverkas av ärftlig sårbarhet, vad vi gör, hur vi lever och vad vi är med om, men också av de rättigheter, möjligheter eller begränsningar som samhället och vår omgivning ger oss.”*

Tabell 1. Bestämningsfaktorer för psykisk hälsa indelat i tre nivåer

Makro	● Räddningstjänstens uppdrag och villkor nationellt och kommunalt ● Demografiska skillnader i tillgång till evidensbaserad vård på rätt nivå ● Samhällsekonomi, förekomst av internationell otrygghet, naturkatastrofer ● Social position
Meso	● Organisatoriska förutsättningar, metoder och rutiner avseende arbetsplatsens förebyggande och åtgärdande arbete inom arbetsmiljö, hälsa och arbetsvillkor ● Balans mellan krav och delaktighet på arbetsplatsen ● Tillgång till psykosocialt, psykologiskt och rehabiliteringsstöd via arbetsplatsen ● Arbetstider och sannolikhet att bli inbeordrad ● Exponering för särskilt påfrestande händelser
Mikro	● Utbildning ● Inkomst ● Kön ● Boendesituation ● Demografi ● Tillhörande av kategori för diskrimineringsgrunder (kön, ålder, HBTQIA+, etnicitet, religion, funktionsnedsättning) ● Tillgång till praktiskt och socialt stöd ● Föräldraskap och partnerrelation ● Ekonomi ● Levnadsvanor ● Ärftlighet ● Tidigare psykisk ohälsa

Faktorer som påverkar psykisk hälsa kallas för *bestämningsfaktorer* och delas vanligtvis in i *risk-* och *skyddsfaktorer* samt i olika nivåer: makro (samhälle), meso (organisation) och mikro (individ). De bestämningsfaktorer som bedöms relevanta för denna rapport presenteras i tabell 1.

2.2.2 Arbetsrelaterad ohälsa

Hur en medarbetare upplever sin arbetssituation påverkar den enskildes arbetsrelaterade ohälsa. Upplevelsen av arbetssituation påverkas bland annat av hur ledning, styrning och ekonomi är samordnade, kollegialt stöd, grad av stöd och struktur avseende medarbetarnas hälsa m.m. Myndigheten för arbetsmiljökunskap och Arbetsmiljöverket har i en gemensam rapport (2021) sammanställt de mest betydande faktorerna för hur medarbetarnas hälsa påverkas av organisationens villkor. Vi har valt att kalla även dessa för *bestämningsfaktorer*. I rapporten anges ett antal s. k. arbetsrelaterade bestämningsfaktorer som bedöms särskilt viktiga för medarbetarnas hälsa:

- Ledarskap (tillgängligt, närvarande, stöttande och problemlösande).
- Utvecklingsmöjligheter och lärande (utbildningar tillgodoses, möjlighet till utveckling och lärande är strukturerat).
- Delaktighet och kommunikation (dialog uppmuntras, goda möjligheter för medarbetare att framföra idéer och kritik).
- Arbete med mål och värdegrund (tydligt formulerat, begripligt, enkelt att omsätta i handling, medarbetare är delaktiga, dialog och utveckling uppmuntras).
- Goda förutsättningar för förebyggande och åtgärdande insatser avseende systematiskt arbetsmiljöarbete (struktur, mätningar, välbemannade stödfunktioner, god kännedom om medarbetarnas hälsa och situation, rutiner för uppföljning och åtgärder).

2.2.3 Arbetsrelaterade bestämningsfaktorer

Räddningstjänstens uppdrag är, som ovan nämnt, att förebygga olyckor samt att minska skadan när olyckor sker. Att genomföra insatser vid olyckor kan innebära psykisk påfrestning vid exponering för mänskligt lidande och död.

För att tydliggöra hur olika bestämningsfaktorer kan påverka grupper och individer inom räddningstjänsten används nedan två fiktiva fall i kedjeform:

Fiktiv 1

Man, 50 år, separerad, boende i glesbygd -> svagt socialt nätverk -> låg grad av hjälpsökande -> lindrig depression (odagnostiserad) -> subkliniska sömnbesvär

samt riskbruk alkohol -> deltar i särskilt påfrestande insats -> blir efter insats självkritisk och får symtom på återupplevande (PTSD) -> deltar, mot sin vilja, i arbetsplatsens stödåtgärd, *kamrattstöd* -> chef frågar om medarbetarens hälsa efter 3 dagar -> medarbetaren svarar att allt är bra -> söker sig 3 månader senare till vårdcentralen, främst på grund av trötthet -> tar blodprover där inget avvikande påvisas -> psykiska symtom förvärras under ett års tid -> mannen dricker stora mängder alkohol ensam vid ett tillfälle -> begår suicid impulsivt med sitt eget vapen i hemmet -> omgivningen förstår inte varför han suiciderat.

Fiktiv 2

Man, 37 år, sammanboende och har barn -> starkt socialt nätverk -> hög grad av hjälpsökande -> ingen tidigare psykisk ohälsa -> deltar i särskilt påfrestande insats -> får gå hem efter insats trots lindriga symtom inom återupplevande -> berättar kort för sin sambo och genomför sedan vardagliga rutiner -> chef frågar om medarbetarens mående efter 3 dagar -> medarbetaren beskriver vissa symtom -> erbjuds och tackar ja till stöd via FHV -> erhåller screening och rådgivning -> följer råd och deltar i uppföljning -> mår vid uppföljning avsevärt bättre -> avslutar insats via FHV och upplever sig stärkt av att ha erbjudits, samt tagit emot, stöd vid behov -> bibehåller trivsel och hälsa kopplat till arbetet samt fortsätter sitt arbete inom räddningstjänsten till pension.

I exemplen ovan tydliggörs hur två fiktiva män som deltar i liknande arbetssituationer utvecklar olika symtom och beteenden till följd av händelsen. Hur männen känner, tänker och agerar efter händelsen belyser olika potentiella utfall för medarbetare inom räddningstjänsten.

2.2.4 Prevalens PTSD och depression

För personer som återkommande exponeras för potentiellt traumatiserande händelser ökar risken att utveckla psykiatriska diagnoser, främst PTSD och/eller depression. Risken att utveckla PTSD är lägre om de situationer individen exponeras för inte involverar anhöriga till den som exponeras. Att vara en av de första som bevittnar eller deltar i en potentiellt traumatiserande situation ökar risken för utveckling av PTSD.

Livstidsprevalensen för PTSD uppskattas vara cirka 6%, där det beräknas vara ungefär dubbelt så hos kvinnor. Detta bör ställas i relation till att ungefär 80% av befolkningen någon gång under sin livstid bevittnar och/eller deltar i en situation som är potentiellt traumatiserande. Av 100 personer som exponeras för potentiellt traumatiserande händelser utvecklar således (på gruppnivå) ungefär 10 personer så kallat *behandlingskrävande symtom*. För de individer som uppfyller kriterier för PTSD utan att erhålla evidensbaserad behandling beräknas mer än hälften ha livslånga besvär, oftast med förstärkt intensitet över tid.

Livstidsprevalensen för depression uppskattas vara cirka 25% bland män och 35% bland kvinnor. Mer än hälften av de som insjuknar i depression har ett så kallat behandlingskrävande tillstånd, vilket innebär att ett tillfrisknande inte sker utan psykologisk eller medicinsk behandling. I de fall behandling inte erhålls eller ger önskad effekt, riskerar depression att kvarstå och förvärras. För samtliga siffror där prevalens uppskattas bör förekomsten av mörkertal beaktas, vilket indikerar att prevalensen sannolikt är högre än ovan angivet.

PTSD och depression är båda diagnoser som vid utebliven eller otillräcklig behandling riskerar att ha ett dödligt utfall, främst genom en ökning av riskbeteenden, följsjukdomar eller genom fullbordat suicid.

Kvinnor rapporterar generellt högre grad av psykisk ohälsa än män. Kvinnor söker också hjälp i större utsträckning än män. Trots detta begår män suicid ungefär tre gånger så ofta som kvinnor. En vedertagen hypotes inom teorier som berör vårdsökande är att kvinnors hjälpsökande är en av flera faktorer som minskar risken för suicid bland kvinnor.

Skyddsfaktorer för att förebygga och behandla PTSD och depression är tidig upptäckt, starkt socialt stöd, goda levnadsvanor samt hjälpsökande beteenden från den drabbade.

De åtgärder som rekommenderas efter att en individ har exponerats för potentiellt traumatiserande händelser delas in i tidsperioder. Under den första veckan rekommenderas praktiskt och pragmatiskt känslomässigt stöd. I de litteraturöversikter som publicerats rekommenderas vårdgivare, arbetsgivare och övriga stödfunktioner att avstå från att såväl uppmuntra som avråda berörda individer från att berätta detaljerat om sina upplevelser. Efter ungefär en månad rekommenderas uppföljning av berördas mående och symtom, där stegvisa åtgärder bör användas efter behov. Inom en till tre månader rekommenderas evidensbaserad samtalsbehandling till individer med fortsatt kliniskt signifikanta symtom. Beskrivningen *tidig upptäckt* ovan bör således förstås som inom en till tre månader.

3. Resultat

3.1 Definition och kategori

Resultatet presenteras nedan i form av en tidslinje vi valt att kalla *stödkedjan*. I stödkedjan är insamlad data främst kategoriserad i ett kronologiskt perspektiv med *särskilt påfrestande händelser* som utgångspunkt. Stödkedjan innefattar tre kategorier: *före, under* och *efter* insats. Utöver detta har vi även sammanställt materialet i en fjärde kategori kallad *basåtgärder*. Denna kategori avser åtgärder utan kronologisk koppling till särskilt påfrestande händelser. I respektive kategori beskrivs de åtgärder som finns tillgängliga och/eller används i syfte att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa såväl generellt som specifikt. Med generellt avses åtgärder som vidtas i syfte att främja medarbetarnas arbetsrelaterade hälsa utifrån arbetsplatsens lagstadgade krav och organisatoriskt överenskomna värderingar. Med specifikt avses åtgärder som vidtas i syfte att hantera potentiell och reell ohälsa kopplad till särskilt påfrestande händelser. Med särskilt påfrestande händelser avses här insatser och arbetsuppgifter där medarbetarna exponeras för potentiellt traumatiserande eller psykiskt påfrestande situationer.

Enligt vår definition påbörjas stödkedjan vid antagning till utbildningen Skydd mot olyckor (SMO). Stödkedjan fortsätter sedan genom hela medarbetarens anställning inom räddningstjänsten. Stödkedjan avses här innefatta en rad olika åtgärder och organisatoriska tillvägagångssätt som till exempel rekrytering, medicinsk bedömning, utbildning, medarbetarsamtal, samtalsstöd samt informellt kollegialt stöd.

3.2 Basåtgärder: åtgärder utan tidskoppling till räddningsinsats

I samtliga intervjuade organisationer finns en grundläggande struktur av basåtgärder vars syfte är att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom organisationen.

3.2.1 Företagshälsovård

Samtliga organisationer har tillgång till externt upphandlad företagshälsovård (FHV). En organisation uppger att det tog cirka tre år att upphandla en aktör som kunde erbjuda FHV, vilket enligt organisationen dels berodde på den geografiska placeringen utanför större stadsregioner med därav begränsad tillgång till leverantörer, dels på svårigheter att identifiera ett utbud med tillräcklig kvalitet och relevant kompetens utifrån räddningstjänstens specifika behov. Dessa behov är i synnerhet kopplade till verksamhetens återkommande exponering för potentiellt psykiskt påfrestande händelser. FHV har i uppdrag att stödja arbetsgivaren i arbetet med att skapa en säker, hälsosam och produktiv arbetsmiljö genom att

förebygga ohälsa, hantera risker och stödja rehabilitering, samt vid behov erbjuda individuellt stöd i form av uppföljning, rådgivning eller behandling.

Kvaliteten i företagshälsovårdens tjänster beskrivs som mycket varierande. Insatser från FHV efterfrågas sällan av medarbetare och initieras sällan av chefer. Flera informanter beskriver bristen på kontextuell förståelse som en försvårande faktor för hjälpsökande hos medarbetarna. Endast en organisation uppger samarbete med externa hälso- och sjukvårdstjänster där utföraren har kännedom om organisationens specifika förutsättningar och kontext:

” Det är en person [...] som har bra kunskap om branschen, där man inte behöver lägga så mycket tid på att förklara vad räddningstjänsten är och vilka konstiga händelser vi hamnar i, utan man kan bara börja prata.

3.2.2 Medicinska kontroller

Heltids- och deltidspersonal genomför medicinska kontroller med varierande frekvens. Syftet med kontrollen är att minska risken för arbetsrelaterad ohälsa. I kontrollen genomförs en bedömning huruvida en medarbetares hälsotillstånd tillåter obligatoriska arbetsuppgifter. Medicinska kontroller syftar även till att möjliggöra tidig upptäckt av ohälsa orsakat av *exponering*. Här avser Arbetsmiljöverket biologisk exponering för till exempel luftföroreningar och kemikalier. Myndigheten för civilt försvar anger i sin information om medicinska kontroller att kraven för godkännande även innefattar att kunna arbeta lugnt och metodiskt samt att kunna återhämta sig psykiskt efter exceptionella händelser. Hur individens psykologiska förmågor bedöms framgår inte av informationsmaterialet och beskrivs inte av informanterna vid intervjuerna.

3.2.3 Medarbetarsamtal

Genomförandet av medarbetarsamtal regleras via kollektivavtal. Samtliga organisationer uppger att medarbetarsamtal för heltidspersonal genomförs årligen. Medarbetarsamtalen beskrivs generellt sett i positiva termer, som ett sätt att ”*kolla läget*” hos personalen och att öka chansen för tidig upptäckt av eventuella arbetsrelaterade besvär.

3.3 Före: åtgärder innan insats

Samtliga organisationer utför åtgärder i syfte att kompetensförsörja och förbereda medarbetarna inför arbetet med räddningsinsatser. Utöver övningar och frivilliga utbildningar inför hypotetiska insatser saknas krav på åtgärder för att stärka medarbetarnas psykologiska resiliens. De åtgärder som genomförs i syfte att stödja

medarbetarna inför insatser uppges utgå från lokala bedömningar om medarbetarnas behov i relation till de resurser som finns att tillgå.

3.3.1 Medarbetarundersökningar

Ett antal organisationer uppger att de genomför medarbetarundersökningar. Syftet med undersökningarna är att få mer information om medarbetarnas trivsel och mående. Inga informanter kan redogöra för hur informationen som inhämtats via undersökningarna utvärderats eller använts i syfte att utveckla en systematisk hantering av psykiska hälsa efter insats.

3.3.2 Utbildningar

Ungefär hälften av organisationerna har genomfört riktade insatser i syfte att kompetensförsörja och stödja medarbetarna i hanteringen av yrkesspecifika påfrestningar. Dessa utbildningar har berört psykisk hälsa, samtalsmetodik, suicidalitet samt gruppsykologiska normer och beteenden. Hur ofta utbildningar genomförs och i vilket format varierar stort, vilket informanterna uppger beror på faktorer såsom organisationens storlek och resurser. Större organisationer vidtar i högre utsträckning proaktiva åtgärder, med vissa undantag för mindre organisationer med starkt lokalt engagemang.

3.3.3 Organisationskultur

Organisationens kultur, tillvägagångssätt och arbetsmiljö beskrivs vara lokalt utformat och i hög utsträckning personbundet. Dessa faktorer uppges avgörande för vilket stöd medarbetarna erhåller inför insatser. Medarbetarnas normer beskrivs i många fall påverka graden av hjälpsökande hos medarbetare. En chef beskriver:

” De äldre... tyckte att nej, men jag behöver inte vara med.” (på avlastande samtal).

Många informanter beskrev att normerna avseende öppenhet kring svåra tankar och känslor samt graden av hjälpsökande utvecklats positivt med åren. Samtalsklimatet beskrivs vara allt mer tillåtande och hjälpsökande beskrivs vara mycket vanligare nu än för tio år sedan. Flera beskrev att medarbetarnas samtal om svåra händelser utvecklats och formaliserats:

” Jag minns när jag började inom räddningstjänsten och genomförde min första insats. Det var en bilolycka. Efteråt, när vi kom tillbaka till kontoret, skulle kollegorna äta. Det luktade kött. Jag sa att jag inte var så sugen. Då sa en äldre kollega till

mig: 'du - klarar du inte av det där, har du inget här att göra'. Så skulle aldrig någon säga nu.

Stödet inför insatser är ojämnt fördelat mellan heltids- och deltidspersonal. I flera intervjuer resonerar informanterna om konsekvenser av deltidarbete, i form av bristande tillgång till informellt stöd samt tidig upptäckt av ohälsa.

3.3.4 Variation mellan organisationerna

Vid sammanställning av intervjuerna framgår det att de åtgärder som finns tillgängliga och används varierar stort mellan organisationerna. Informanterna resonerar kring i vilken grad detta kan innebära för- och nackdelar. De fördelar informanterna kopplar till graden av variation är främst möjligheten till kontextuell känslighet. Nackdelar som anges är risken att insatserna håller lägre kvalitet då de initieras av personer med bristande kunskap inom det berörda området.

En informant beskriver sin organisation i positiva termer där ett långsiktigt och systematiskt arbete avseende psykisk hälsa, stöd och värderingar introduceras redan första dagen för nya medarbetare:



Det är något vi pratar om första dagen på arbetsplatsen... Det vi tycker är absolut viktigast.

Samma organisation arbetar med så kallade förebyggande hälsosamtal vid korttidsfrånvaro, vilket inte uppges i övriga intervjuer. I andra organisationer är det förebyggande stödsystemet mindre tydligt och förmedlas mer informellt eller successivt under anställningen. En informant betonar svårigheterna att arbeta förebyggande med deltidspersonal som en särskild riskfaktor.

3.4 Under: åtgärder vid pågående insats

3.4.1 Det operativa arbetet från larm till avslut av insats

Fokus under pågående insats är, av naturliga skäl, utförandet av det operativa arbetet på platsen. Bedömningar avseende sannolik psykisk belastning och eventuellt behov av stöd för berörda medarbetare genomförs oftast redan när larmet tas emot. Vid inhämtning av informationen från larmet bedöms hur många samt vilka medarbetare som ska delta vid insatsen. De faktorer som beaktas är kategori av händelse som kräver insats, i vilken grad tillförlitlig information kunnat inhämtas, hur många som är drabbade, ålder på de drabbade, medarbetares eventuella personliga kopplingar till de drabbade, möjliga risker (till exempel förekomst av vapen) vid insats, behov av kvarvarande tillgänglig personal på stationen etc. Styrkeledaren fattar dessa beslut och instruerar övriga medarbetare som är skyldiga att följa de instruktioner som ges. Samtliga medarbetare ges olika

roller under insatsen, till exempel *förste* och *andre rökdykare*. I en insatsgrupp finns alltid vissa roller för att gruppen ska bedömas bemannad. Utöver detta tillkommer uppgifter under insats som delegeras vid behov av grupplederen. Samtliga informanter uppger även att grupplederen alltid strävar efter att exponera (kemiskt, fysiskt och psykiskt) så få medarbetare som möjligt i relation till insatsens behov. Ett fåtal informanter beskriver att medarbetare på arbetsplatsen ibland redan vid larmning efterfrågar tillsättning av samtalsstöd efteråt.

3.4.2 Särskilt påfrestande räddningsinsatser

De flesta informanter uppger vissa insatser som särskilt psykiskt påfrestande. Här anges bland annat dödsfall, när minderåriga är drabbade, suicid, hjärtstopp samt situationer där egen personal skadats eller hotats.

En organisation uppger att de upprättat en checklista för vilka kriterier i en händelse som ska föregå tillsättning av stödåtgärder. På listan finns bland annat händelser där barn är svårt skadade eller avlidna, samt situationer som berör medarbetarna själva eller deras anhöriga.

I flera intervjuer beskrivs insatser där informantens uppfattning är att samtliga involverade upplevde insatsen som extra påfrestande. Här nämns backabranden, vissa allvarliga bilolyckor och olyckor i mindre samhällen där den eller de omkomna är kända för medarbetarna. Flera informanter som verkar inom organisationer på landsbygden beskriver upplevelser av extra sårbarhet när en särskilt påfrestande insats genomförs, då det ofta drabbar en större andel av den totala befolkningen och därmed med större sannolikhet är kopplat till medarbetarnas privatliv.

Hos flera organisationer finns också rutiner för att vakthavande befäl kan besluta att stödinsatser ska sättas in trots att befäl på plats bedömer behovet av stöd annorlunda. En organisation uppger att de upprättat en mall som fylls i när befäl tackar nej till stöd efter insatser som formellt sett uppfyller kriterierna för tillsättande av stödinsatser. Mallen syftar till att skapa underlag för statistik samt att stärka möjligheten till mönster avseende vilka faktorer som samexisterar med avböjda stödinsatser. Graden av struktur och systematik varierar när bedömning av eventuella stödinsatser görs. Flera informanter menar att personlig kännedom om medarbetares mående, erfarenheter, styrkor och svagheter är vägledande. En sådan bedömning kan, enligt informanterna, göra att medarbetare exponeras såväl mer som mindre än vad en annan ledare skulle bedöma lämpligt:



Befälet har ofta ganska bra koll på hur de brukar reagera och vad som finns i deras bagage.

3.5 Efter: åtgärder efter avslutad insats

Informanterna beskriver tidsperioden efter avslutad insats som den del av stödkedjan där åtgärder förekommer i störst utsträckning. I denna del av stödkedjan beskrivs åtgärderna även i större utsträckning som likartade mellan organisationerna.

3.5.1 Teknisk genomgång

Ett fåtal informanter beskriver rutiner för teknisk genomgång efter utförd insats. Med teknisk genomgång avser intervjupersonerna en process där den deltagande personalen gemensamt sätter ihop "ett pussel" i kronologisk ordning av de tekniska åtgärder som vidtogs under räddningsinsatsen.

3.5.2 Samtalsstöd

Samtliga informanter uppger att organisationen i någon utsträckning använder sig av åtgärder i form av samtalsstöd efter särskilt påfrestande insatser. Samtalen sker nästan alltid under samma arbetspass som insatsen genomförts. I flera fall nämns att de medarbetare som genomfört insatsen kan tas ur tjänst för att möjliggöra samtal i nära anslutning till händelsen. Vidare uppger informanterna att samtalsstöd alltid genomförs i grupp med en eller flera på förhand utsedda samtalsledare.

Även om samtliga organisationer använder sig av samtalsstöd varierar struktur, metod samt förekomsten av dessa stort mellan organisationerna. Även samtalsledarnas formella och reella kompetens varierar mycket. De samtalsledare som nämns är bland annat anställda inom den lokala kyrkan, tidigare personal inom räddningstjänsten som upphandlats eller medarbetare inom organisationen som anmält intresse för arbetsuppgiften. I vissa fall uppger informanter att samtalen är en genomgång av fakta, tankar och känslor. I andra fall beskrivs samtalen ha tonvikt på informationsgivande om vanliga reaktioner och hur medarbetare kan få stöd. I andra fall innefattar samtalen enbart fakta i en form av kronologisk gemensamt återberättande av händelsekedjan från larmet till återkomst till stationen. I flera dokument om kamratstöd anges att samtalet bör ske inom åtta timmar och att ett uppföljande möte bör planeras under de följande dagarna. Vid detaljerade frågor om samtalen kan ungefär hälften av informanterna inte redogöra för samtalsledarnas kompetens, organisatoriska tillhörighet eller strukturen för samtalen. Ingen av informanterna uppger att de har dokumenterat statistik avseende förekomsten av samtalsstöd.

De principer som anges vara skäl för användandet av samtalsstöd är till stor del likartade och presenteras av flera informanter som *grundprinciper*. Stödet kan genomföras kort efter insatsen, stödet kan ges av medarbetare eller personer som finns nära stationen och som känner medarbetarna sedan innan, stödet kan ges av

personer med kontextuell kunskap, färdigheter inom samtalsstöd och stödet bör vara enkelt att genomföra och tillgodogöra sig.

Några informanter berättar att de följer upp medarbetarnas mående efter det första samtalstillfället. Bedömningen gällande behov av uppföljning beskrivs vara informell och utgår från ledarens uppfattning och kunskap om medarbetaren. Ledaren bedömer huruvida medarbetaren uppfattas ha kvarstående negativa symtom. Några informanter berättar att medarbetare i vissa fall kontaktat chefen utifrån oro för en kollega. I vissa fall leder chefs eller medarbetarnas oro till att ytterligare kontakt initieras, i dessa fall oftast med FHV.

Samtliga informanter ser positivt på samtalsstöd och beskriver det som ett viktigt stöd för medarbetarna och dem själva. Några informanter berättar om situationer där de själva eller andra "tvingats" till samtalsstöd mot sin vilja, utifrån goda intentioner om samtalsformens hjälpsamhet.

3.6 Beredskap

Kartläggningen visar att samtliga organisationer har reflekterat över frågan om psykologiskt stöd vid höjd beredskap eller krigssituationer och uttrycker medvetenhet om den belastning sådana situationer skulle innebära för medarbetare och kollegor. Flera informanter refererade till erfarenheter och berättelser från kriget i Ukraina som exempel på de psykologiska påfrestningar som kan uppstå. Samtidigt framgår att ingen av de deltagande organisationerna vid tidpunkten för datainsamlingen hade påbörjat någon konkret planering för hur psykologiskt stöd skulle kunna organiseras och genomföras under en pågående kris eller krigssituation. En informant delgav vid återgivning av kartläggningen att erfarenhet från tidigare krishändelse i informantens område gjort att hen börjat reflektera kring möjligheten att utöka beredskapen. Det framgick dock inte under återgivningen huruvida ett konkret planerings- och förberedelsearbete påbörjats inom informantens organisation.

4. Analys

4.1 Risk- och skyddsfaktorer

Att arbeta inom räddningstjänsten kan innebära flera riskfaktorer: återkommande exponering för potentiellt traumatiserande händelser samt att vara en av de första på plats vid olyckor är den gemensamma riskfaktor som är mest enhetlig för samtliga anställda. Därtill finns olika risk- och skyddsfaktorer såsom ålder, demografi, kön, tillgång till socialt, emotionellt och praktiskt stöd samt organisationens rutiner och arbetssätt för att hantera eventuell utveckling av ohälsa hos medarbetaren. En viktig skyddsfaktor som identifierats under kartläggningen är samtliga räddningstjänsters värdering och ambition att kontinuerligt erbjuda stöd till sina medarbetare. En viktig riskfaktor som identifierats under kartläggningen är räddningstjänstens bristande arbete med systematik och kvalitet i sitt arbete för att erbjuda stöd till sina medarbetare.

4.2 Evidens

De stödåtgärder som finns tillgängliga och används har låg grad av förankring i nuvarande evidensläge. Detta bedöms vara en avgörande riskfaktor för eventuell utveckling av ohälsa hos medarbetarna. Kamratstöd och debriefing är två av de former för samtalsstöd som erbjuds till medarbetarna, där båda dessa har svagt stöd och i vissa studier till och med angivits som potentiellt skadliga åtgärder. Att en insats i vissa studier ansetts ha svagt stöd eller anses vara potentiellt skadligt är inte tillräckligt för att dra slutsatser kring samtalsstödens hjälpsamhet. Det innebär att samtalsstöd, debriefing, kamratstöd kan vara hjälpsamt - den forskning som finns pekar dock allt annat än entydigt mot det. Av särskild vikt är att ledare inom organisationen använder sig av det underlag som finns för att besluta kring åtgärders evidens när de planeras, genomförs och utvärderas. Under rubriken Rekommendationer diskuteras möjliga förändringar som sannolikt kan öka hjälpsamheten för samtalsstöd inom räddningstjänsten.

4.3 Metodtrogenhet

Räddningstjänster erbjuder flertalet stödåtgärder för sina medarbetare. Exakt hur stödet genomförs skiljer sig åt. Metodtrogenhet avser graden av samstämmighet mellan utförandet av stödet och formulering av stödet. Flera organisationer anger till exempel att de bedriver kamratstöd men vid närmare undersökning ser stödet väldigt olika ut. Det är därför låg grad av så kallad "metodtrogenhet" i kamratstödet då ordet kamratstöd används för olika typer av samtal och metoder.

4.4 Beställarkompetens

Beställarkompetens avser grad av kunskap om vilka faktorer som påverkar effekt och kvalitet på tjänster som köps in till en organisation. Låg beställarkompetens ökar risken för ineffektiva upphandlingar samt svårigheter med utvärdering av kvalitet vid genomförd tjänst. De informanter som deltog i kartläggningen bedöms generellt ha låg grad av beställarkompetens inom området. Informanterna delger själva önskemål om utökad kunskap i frågan. Utredarna uppfattar också att informanterna i liten utsträckning känner till kompetensen hos utföraren av tjänsten och metod för utförandet.

Efter avslutad datainsamling presenterades och diskuterades resultaten med representanter för de deltagande organisationerna samt med företrädare från Myndigheten för civilt försvar och SKR. I samband med detta framkom att det finns etablerat stöd för kommuner i upphandling och arbetsmiljöfrågor genom SKR. SKR:s företag Adda stöttar kommuner i arbetet med bland annat upphandling. När det gäller arbetsmiljöfrågor finns stöd att få genom Sunt arbetsliv, som är arbetsgivar- och arbetstagarorganisationernas gemensamma organisation. Detta stöd nämndes dock inte av någon av intervjupersonerna i samband med samtal om upphandling av företagshälsovård. Avsaknaden av referenser till detta stöd kan indikera en låg kännedom om tillgängliga nationella resurser, vilket i sig utgör en potentiell förklaringsfaktor till den bristande beställarkompetens som framträder i kartläggningen.

4.5 Systematiskt arbete

Alla intervjuade medarbetare inom lednings- och/eller HR-funktion i organisationen har uttryckt och påvisat hinder för att bedriva ett systematiskt arbete. Utredarna bedömer att detta beror på flera faktorer såsom bristande kompetensförsörjning inom ledarskap, systematiskt kvalitetsarbete, inhämtning av information och utvärdering av åtgärder.

4.6 Kvalitet och effektivitet

Utifrån de rubriker som formulerats ovan i analys drar utredarna slutsatsen att räddningstjänstens kvalitet och effektivitet avseende stödåtgärder bör höjas för att vara så gynnsam, kvalitativ och effektiv som möjligt. Om ledare inom räddningstjänsten får förbättrade förutsättningar för att leda ett systematiskt kvalitetsarbete där evidens, metodtrogenhet och beställarkompetens prioriteras bör räddningstjänstens arbete avseende förebyggande åtgärder för psykisk ohälsa stärkas väsentligen som ett resultat av detta.

4.7 Nationell och lokal styrning

Vid återgivning av rapporten reflekterar personal inom räddningstjänsten och utredarna gemensamt kring möjliga utvecklingsområden avseende nationell och lokal styrning. Det bedöms sannolikt hjälpsamt att utöka stödet till räddningstjänsten på nationell nivå, främst i form av kompetensförsörjning avseende systematiskt ledarskap för ovan givna punkter. Att utöka det nationella stödet skulle då kunna innebära utökade möjligheter för chefer till kompetensförsörjning, vilket i sin tur skulle kunna effektivisera organisationens arbete mot psykisk ohälsa.

4.8 Avsaknad av information

Under kartläggningen har det till stor del saknats information som bedömts vara hjälpsam för att dra slutsatser. Få organisationer genomför systematiserad inhämtning av relevant information och ingen information finns att tillgå på nationell nivå. Avsaknad av information försvårar analys av hjälpsamhet i olika åtgärder samt hur den psykiska hälsan faktiskt ser ut hos medarbetarna.

4.9 Framåt

Kartläggningen visar att räddningstjänstens arbete mot arbetsrelaterad psykisk ohälsa i hög grad vilar på en uttalad ambition och en genuin omsorg om medarbetarnas välmående, där väldigt mycket har hänt under de senaste åren. Samtidigt framträder en central utmaning; de basåtgärder som styrs i högre utsträckning av lagar och avtal är relativt likartade mellan organisationer, medan stora delar av stödkedjan i övrigt formas av lokala tolkningar, tradition, personbunden kompetens och praktisk resursfördelning. Detta skapar en situation där stödets kvalitet, tillgänglighet och metodik riskerar att bli mer beroende av var en medarbetare arbetar, och vilka personer som råkar bära frågan eller ha ett beslutsmandat - än av en gemensam standard för vad som är en rimlig lägstanivå.

Ett tydligt mönster i materialet är att stödsystemet i praktiken ger ojämlika förutsättningar för olika grupper. Heltidsanställda befinner sig ofta närmare vardagens informella stödfunktioner och eventuella skyddsfaktorer (som till exempel kollegor, styrkeledare, närvarande chefer och "snabba avstämningar"). Deltidsanställda i flera organisationer beskrivs ha ett större avstånd till samma stöd, och tillsammans med frivilliga i värn är potentiellt särskilt sårbara, i den meningen att de riskerar att hamna "ett steg bort" från både informellt och formaliserat stöd. Större organisationer har andra förutsättningar än mindre organisationer när det gäller tillgång till resurser och personal för att bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete, och därmed möjlighet att genomföra mer än enbart basåtgärder. Denna ojämlikhet handlar inte om intention och vilja, utan om struktur och systematik; när stöd är beroende av närvaro, relationer och informella normer blir tillgången ojäm.

Mot denna bakgrund kan stödkedjan fungera som ett praktiskt analys- och förbättringsverktyg. Om organisationer använder stödkedjan i interna kartläggningar går det att synliggöra (1) vilka stödresurser som faktiskt finns (och vad evidensläget är för dessa insatser), (2) var de används, (3) var de inte används trots behov, samt (4) var riskzoner och glapp uppstår; exempelvis vid övergången mellan insats och vardag, eller i uppföljningen veckor och månader efter händelsen. Detta är särskilt viktigt eftersom kartläggningen samtidigt visar att det i många fall saknas mätbarhet, dokumentation och systematiserad uppföljning.

Som tidigare nämnts har det skett en betydande förflyttning när det gäller arbetsplatskulturen som skyddsfaktor, bland annat genom ett öppnare samtalsklimat och sundare normer. För att fortsätta stärka den psykiska hälsan och samtidigt minimera de risker som kvarstår befinner sig räddningstjänsten i dag i en balansgång kring var begränsade resurser ska placeras i stödkedjan. Dessa val tycks ofta styras av tradition, lokalt engagemang och tillgänglig kompetens, snarare än av en gemensam och systematiskt förankrad grund.

Kartläggningen kan inte visa huruvida dagens variation faktiskt leder till fler fall av ohälsa, inte minst på grund av avsaknad av data, men den visar att förutsättningarna att förebygga, upptäcka och följa upp ohälsa relaterade till påfrestande händelser skiljer sig åt. Ett rimligt antagande är därför att en förstärkning av systematik, kvalitet och användbarhet i stödet bör öka sannolikheten för tidig upptäckt, adekvata insatser och mer jämlika villkor.

En väg framåt kan vara att kombinera det bästa av två logiker; nationell riktning och stöd, samtidigt som lokal anpassning behålls. Frågan om vem som bär ansvaret för eventuellt nya styrmedel kvarstår, men basåtgärdernas relativa likformighet visar att gemensam reglering och gemensamma ramar kan skapa en jämnare grund. En motsvarande ansats i form av rekommenderade minimikrav eller gemensamma kärnkomponenter skulle kunna övervägas även för utvalda delar av stödkedjan, utan att detaljstyra genomförandet. Nyckeln blir då att definiera vad som ska säkras (till exempel kompetenskrav, krav i upphandling, uppföljning, kvalitet, tydlighet i roller, och tillgänglighet för olika anställningsformer), medan hur det görs fortsatt kan variera med lokala förutsättningar.

Nedan följer våra rekommendationer som kan vara en hjälp på vägen med implementeringen.

5. Rekommendationer

De rekommendationer som ges presenteras nedan i punktform och syftar till att förtydliga och förbättra räddningstjänstens förutsättningar för att stärka sitt förebyggande arbete mot psykisk ohälsa:

- Utöka stödet till räddningstjänstens ledare på nationell nivå avseende:
 - Systematiskt kvalitetsarbete: hur ett sådant arbete kan genomföras på årsbasis, hur insatser utvärderas och hur chefer kan agera för att samla in relevant information och utvärdera denna.
 - Evidensläge: information om vilka insatser som har forskningsstöd avseende förebyggande åtgärder mot psykisk ohälsa och hur dessa kan användas effektivt i räddningstjänstens kontext. Detta blir särskilt relevant avseende samtalsstöd där svaga och motsägelsefulla resultat anges. Att erbjuda socialt och känslomässigt stöd bedöms ha välbelagt god effekt, dock är metod och struktur avgörande för stödets utfall. Därför rekommenderas samtliga chefer inom räddningstjänsten att se över rutiner avseende kamrattstöd och revidera stödet så att det i högre grad överensstämmer med den evidens som finns om hjälpsamt socialt och känslomässigt stöd på arbetsplatser. Sådana stödåtgärder kan likna befintliga inom räddningstjänsten. Befintliga stödåtgärder avseende samtalsstöd inom räddningstjänsten behöver dock sannolikt justeras avseende när, hur och av vem det genomförs för att ge fullgod effekt.
 - Metodtrogenhet: utbildning för ledare inom räddningstjänsten avseende vikten att förstå en åtgärds innehåll för att kunna utvärdera åtgärden ändamålsenligt och effektivt.
 - Beställarkompetens: utökad och anpassat stöd inför och under upphandling för att öka sannolikheten att de tjänster som upphandlas håller hög kvalitet och ger önskad effekt.
- Se över möjligheten att samla in data på nationell nivå för att följa medarbetarnas hälsa samt organisationens frisk- och riskfaktorer över tid.
- Se över möjligheten att utöka delen för psykologisk screening inom ramen för medicinska kontroller i samband med antagning till SMO och vid uppföljande medicinska kontroller.
- Utöka möjligheten till ledarskapsutveckling för chefer inom räddningstjänsten med fokus på styrning av organisation samt organisationspsykologiska aspekter av ledarskap.

I diskussion med räddningstjänstens ledare, SKR och Myndigheten för civilt försvar under återgivning av rapporten framhålls vikten av användbarhet. I de fall där stödstrukturer finns att tillgå men inte används i önskvärd omfattning (se till

exempel exemplet om Adda under rubriken analys) rekommenderas samtliga berörda organisationer att genomföra en kartläggning av hur stödet använts och av vilka, samt i vilka fall stödet hade kunnat användas men inte använts. På så vis kan Myndigheten för civilt försvar och SKR justera eller vägleda till befintligt stöd och därmed öka sannolikheten att befintligt stöd används framöver.

6. Slutsats

Räddningstjänstens förebyggande arbete mot psykisk ohälsa är ständigt pågående, högt prioriterat och genomförs till största del av ledare som bedömer detta prioriterat på lokal nivå. Arbetet mot psykisk ohälsa har följt en positiv trend under flera decennier. Ett stort hinder för kartläggningen är bristande data på nationell nivå, då det försvårar möjligheterna att inom ramen för denna kartläggning ge användbara och anpassade rekommendationer utifrån analyserat material.

Det finns stora utvecklingsmöjligheter att framöver stärka det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa. För att systematisera arbetet kan stöd på nationell nivå behöva tillämpas, med fortsatt möjlighet till lokal styrning. Stödet bör huvudsakligen innebära inhämtning av mer information samt kompetensförsörjning till chefer inom räddningstjänsten. Kompetensförsörjning bör främst fokusera på systematik, kvalitet, kompetens och effektivitet.

Referenslista

Arbetsmiljö, organisationsutveckling, utbildning och screening

<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/friskfaktorer-som-kan-matas-och-foljas-over-tid-rapport-2021-1.pdf>

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbets-med-arbetsmiljon/systematiskt-arbetsmiljoarbete/>

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/afs-202315/>

https://mynak.se/wp-content/uploads/2021/12/Arbetsmiljo_och_psykisk_halsa_digital.pdf

<https://mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-psykisk-ohalsa-pa-arbetsplatsen/>

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/afs-202315/>

<https://www.camm.regionstockholm.se/var-verksamhet/amnesomraden/organisatoriska-och-sociala-faktorer-i-arbetet/>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/af0381a876fb42c994da860be9692aba/fran-nyhet-till-var dagsnytta.pdf>

<https://www.suntarbetsliv.se/rapporterat/psykologisk-forsta-hjalpen-sa-kan-du-stotta-i-akut-kris/>

https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/barn-som-anhorig/barn-som-anhoriga-inom-ambulans--och-akutsjukvarden/lankar/forstahjalprev_2016.pdf

Psykisk hälsa nationellt och globalt

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2025/01/skr.-20242577>

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6db68e38e372406aab877b4669736ecc/ojamlikhet-psykisk-halsa-sverige-kortversion.pdf>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/decaa61b169e4d5689acf11662abce5b/forebygga-psykisk-ohalsa-arbetslivet.pdf>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/o/ojamlikheter-i-psykisk-halsa.-kunskapssammanstallning>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/o/ojamlikhet-i-psykisk-halsa-i-sverige--hur-ar-den-psykiska-halsan-fordelad-och-vad-beror-det-pa/>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/suicid-forekommer-oftare-i-socioekonomiskt-utsatta-omraden/>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/skillnader-i-positiv-psykisk-halsa-bland-olika-grupper/>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

Psykisk hälsa katastrofpsykiatri/räddningstjänst

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41044626/>

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/6e3ed383811141efa96d83bdcd6abc/c9/2018-10-9.pdf>

Att arbeta inom räddningstjänst

<https://www.msb.se/sv/utbildning--ovning/msbs-utbildningsprogram/utbildning-i-skydd-mot-olyckor-utvecklas/behorighet/medicinskontroll/>

Forskning, evidens och metodtrogenhet

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/myter-om-utvardering-och-evidens/>

<https://lakartidningen.se/vetenskap/posttraumatisk-stress-vad-vi-bor-gora-efter-allvarliga-handelser/>

<https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/angest/posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd/>

<https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/depression/depression/>

<https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/regionala-kunskapsstod/ptsd>

Bilaga 1. Frågeguide

Underlag för intervjuer - hur arbetar kommunal räddningstjänst för att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa hos medarbetare?

Räddningspersonal kan utsättas för stark psykiskt påfrestande arbetssituationer. För att motverka att sådana situationer leder till ohälsa, och för att kunna hantera eventuell psykisk ohälsa hos medarbetare inom ramen för arbetsmiljöarbetet, kan handledning, utbildning eller stöd behövas.

Har er organisation ett systematiskt arbetssätt för att förebygga ohälsa orsakat av psykiskt påfrestande arbetssituationer? I så fall, beskriv på vilket sätt!

- Vilka **utbildningsinsatser** görs? Vad omfattar utbildningarna? Vilken kompetens har de som håller i utbildningarna? Vilka utbildas (all personal, samtalsledare, chefer)? Hur följs utbildningsinsatserna upp och utvärderas?
- Finns det andra insatser (än utbildningsinsatser) som görs **förebyggande**?
- Finns rutiner för att **följa upp** hur alla medarbetare (heltid och räddningspersonal i beredskap) mår över tid? Sker uppföljning av hur personer som är inskrivna i värn mår efter räddningsinsatser, i så fall hur?
- Finns rutiner för att minska risken att fler än nödvändigt exponeras vid svåra situationer **under räddningsinsats**? Har er organisation något uttalat förhållningssätt?
- Finns rutiner för **bedömning av behovet** av stöd efter insats? I så fall, hur ser rutinerna ut? Vem beslutar om stödinsatser? Hur görs rutinerna kända hos chefer och medarbetare?
- Vilken **typ av stöd** ges till egen personal efter psykiskt påfrestande arbetssituationer? Vilket stöd och rutiner finns för chefer och medarbetare? Genomförs stödinsatser i grupp och/eller individuellt? Har räddningstjänsten egen personal som genomför stödinsatser, exempelvis leder samtal efter svårare insatser? I så fall, vilken kompetens/utbildning har de? Finns rutiner för att vid behov ta hjälp av företagshälsovård? Hur görs uppföljning på kort och lång sikt?
- Ser rutiner och arbetssätt **lika eller olika** ut för heltidsanställda, räddningspersonal i beredskap och de som är inskrivna i värn?
- Förekommer **samarbete** med andra organisationer, till exempel andra räddningstjänstorganisationer, ambulans och polis? I så fall, förekommer samarbete före händelser, till exempel utbildning, och/eller vid stödinsatser efter påfrestande händelser?

Bedöm på övergripande nivå vilka lärdomar och resultat rutiner/arbetssätt gett. Observera att inga uppgifter på individnivå ska lämnas.

- Har ni identifierat orsaker till framgång och/eller motgång?
- Känner ni till någon organisation som utgör ett gott exempel i detta arbete?

Finns beredskap för att hantera behov av stödsatser vid höjd beredskap och krigssituationer?

- Vilka särskilda utmaningar kan finnas?
- Vilka särskilda behov kan sådana situationer leda till?

Reflektera över om det finns behov av centralt stöd?

- Finns behov på kort och/eller lång sikt?
- Fokusera diskussionen kring de möjliga styrinstrumenten:
 1. Regelstyrning – Att få någon att göra något för att den måste. Bestämmelser i lagar, förordningar, föreskrifter och avtal som reglerar vad som måste göras eller inte får göras.
 2. Ekonomisk styrning – Att få någon att göra något för att den tjänar på det. Finansiella förutsättningar för att bedriva verksamhet, till exempel skatter, bidrag, ersättning, böter och särskilda anslag.
 3. Kunskapsstyrning – Att få någon att göra något för att den själv ser att det är rätt eller nödvändigt. Påverkan av förhållningssätt. Goda exempel, samverkan, information, vägledningar, handböcker, utbildningar.

Bilaga 2. Urvalskriterier och urval

Myndigheten för civilt försvar tog fram ett urval av räddningstjänstorganisationer utifrån följande kriterier. Urvalet stämde av med SKR.

- Geografiskt (norr, söder, öster, väster)
- Stor – liten organisation
- Storstad – glesbygd
- Organisation (egen kommun, förbund)
- Organisationer som inte deltog i den behovsanalys, baserad på intervjuer, som Attityd på uppdrag av MSB genomförde år 2022³

Följande organisationer deltog i undersökningen:

- Nerikes Brandkår
- Räddningstjänsten Storgöteborg
- Räddningstjänsten Boden
- Räddningstjänsten Östra Blekinge
- Umeåregionens brandförsvär
- Räddningstjänsten Söderåsen
- Räddningstjänsten Ljusdal
- Räddningstjänsten Jämtland
- Räddningstjänsten Vimmerby
- Uppsala brandförsvär
- Södertörns brandförsvärsförbund
- Räddningstjänsten Arvika
- Räddningstjänsten Halmstad
- Räddningstjänsten Skaraborg

³ Kommunal räddningstjänst inom området psykisk ohälsa och suicidprevention – en behovsanalys (2022). <https://rib.msb.se/Filer/pdf/30032.pdf>

Bilaga 3. Ordlista och förkortningar

LSO – Lag om skydd mot olyckor (2003:778)

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

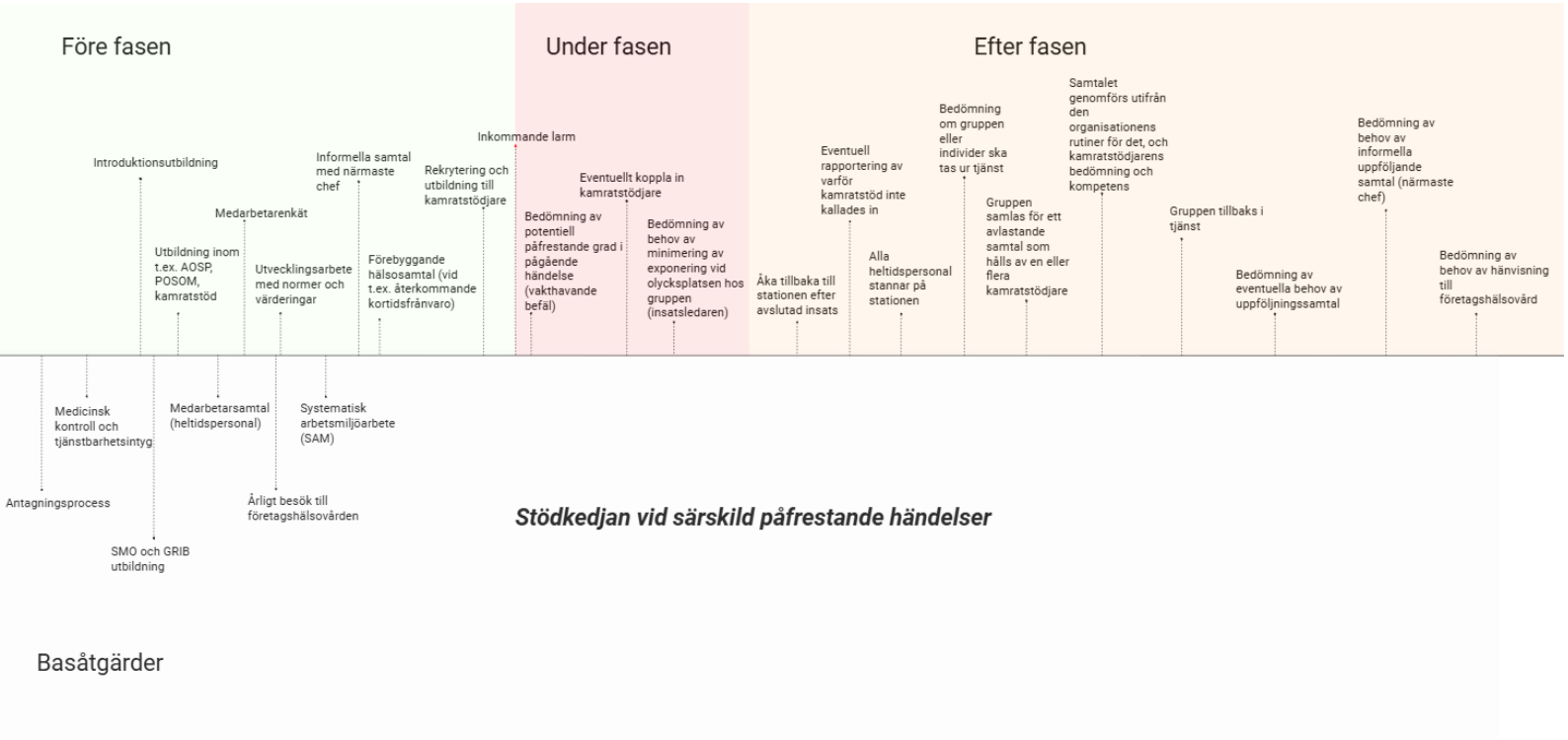
PTSD – Posttraumatisk stressyndrom

RIB – Räddningstjänstpersonal i beredskap

SKR – Sveriges kommuner och regioner

SMO – Utbildning i skydd mot olyckor

Bilaga 4. Stödkedjan



Kartläggning av hur kommunal räddningstjänst förebygger arbetsrelaterad psykisk ohälsa



Myndigheten
för civilt försvar