

ÖVERSIKT + RAPPORT

**FORTE:**

Forskningsrådet för  
hälsa, arbetsliv och välfärd

En kunskapsöversikt

# PSYKISK OHÄLSA, ARBETSLIV OCH SJUKFRÅNVARO

Eva Vingård



**FORTE**, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, finansierar och initierar forskning för att främja människors hälsa, arbetsliv och välfärd.

Årligen finansierar Forte forskning för i storleksordningen 570 miljoner kronor. Andra centrala delar av verksamheten är analys och utvärdering, arbete för ökat nationellt och internationellt utbyte samt kommunikation. Forte är en myndighet under Socialdepartementet.

En kunskapsöversikt

# PSYKISK OHÄLSA, ARBETSLIV OCH SJUKFRÅNVARO

# Förord

PSYKISKA PROBLEM UTGÖR nu den dominerande andelen av långtidssjukskrivningar, efter problem i rörelseorganen. Vilka typer av psykiska problem rör det sig om och vilka faktorer på arbetsplatsen påverkar risk för sjukskrivning? Vilka faktorer påverkar återgång i arbete efter sjukskrivning? Vad vet vi redan och vilka frågor behöver ytterligare forskning? Detta är några av de frågor som behandlas i denna kunskapsöversikt avseende sambanden mellan arbetsförhållanden, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Regeringen gav i september 2013 i uppdrag åt forskningsrådet Forte att genomföra en kunskapsöversikt kring dessa samband, och denna skrift är ett resultat av det uppdraget. Skriften är en sammanfattning av den fullständiga rapporten som finns tillgänglig på Forte, [www.forte.se](http://www.forte.se)

**Ewa Ståldal**

Generaldirektör Forte

**Peter Allebeck**

Huvudsekreterare Forte

## MEDVERKANDE I PROJEKTET

### Projektledare:

Eva Vingård, professor i arbets- och miljömedicin, Uppsala Universitet

### Projektgrupp:

Lisa Ekselius, professor i psykiatri Uppsala Universitet

Bengt Järholm, professor i yrkes- och miljömedicin Umeå Universitet

Christer Hogstedt, professor i arbetsmedicin, forskare vid Karolinska Institutet, Stockholm

Per Lindberg, universitetslektor i arbetshälsövetenskap, Högskolan i Gävle

Thomas Karlsson, fil. magister, doktorand Högskolan i Gävle

Magnus Helgesson, med.dr, forskare Uppsala Universitet

Bo Johansson, fil.kand, doktorand, Uppsala Universitet

Uppdraget att leda arbetet med att sammanställa den vetenskapliga litteraturen kring dessa frågor kunskapen gavs till Professor Eva Vingård, som i samråd med Fortes ledning drog upp riktlinjerna för projektet. En grupp experter, med kompetens inom de olika områden som berörs, har bidragit med viktigt underlag. Fortes styrelse utsåg också en referensgrupp som har följt projektet och bidragit med synpunkter.

De frågor som berörs i skriften är mycket omdebatterade, inte minst då de berör viktiga frågor för både samhället och de individer som drabbas. Forte hoppas att denna skrift kan bidra till bättre kunskapsunderlag för debatt och beslutsfattande kring dessa frågor.

### Referensgrupp:

Gunnel Hensing, professor i Socialmedicin, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Kjell Torén, professor i försäkringsmedicin, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Maria Stanfors, professor i ekonomisk historia, Lunds Universitet

Laura Hartman, avdelningschef för Analys och Prognos, Försäkringskassan

# INNEHÅLL (ÖVERSIKT)

6

**Slutsatser**

7

**Sammanfattning**

8

**Arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning**

**3.1 Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom**

**3.2 Sjukskrivning på grund av psykiatrisk diagnos**

**3.3 Riskfaktorer på arbetet**

**3.4 Återgång i arbete efter psykiatrisk diagnos**

**3.5 Ekonomiska utvärderingar av arbetsåtergång efter psykiatrisk diagnos**

**3.6 Förebyggande faktorer för bättre psykisk hälsa**

15

**Hur har internationella organisationer och myndigheter hanterat området?**

16

**Behov av forskning för bättre kunskap**

18

**Referenser**

# 1. Slutsatser

**K**UNSKAPSÖVERSIKTEN VISAR ATT det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, samt rollkonflikter. God kontroll och rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa.

Det vetenskapliga underlaget för vilken åtgärd som är mest effektiv vid återgång i arbete efter en sjukskriv-

ning på grund av psykisk ohälsa är svagt. Kunskapsöversikten visar dock tydligt att arbetsplatsen måste vara involverad för att medarbetaren ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt. Det finns flera vetenskapligt dokumenterade friskfaktorer i arbetet som kan minska risken för psykisk ohälsa och som bör användas i det förebyggande arbetet.

Kunskapsöversikten visar också att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet.

# 2. Sammanfattning

**D**ENNA SKRIFT REDOVISAR den vetenskapliga litteraturen om sambanden mellan arbetsförhållanden, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Alla dessa tre begrepp är dock svåra att precisera. Arbetsförhållanden och arbetsmarknad skiljer sig åt mellan länder men också inom länder, psykisk ohälsa definieras olika och regler för ersättning vid sjukdom skiftar betydligt. Varje vetenskaplig studie utgår från sin samhälleliga kontext och jämförelser kan ibland vara svåra att göra.

## Vad menas med psykisk ohälsa?

Någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa finns inte, trots att det används internationellt. Var gränsen går mellan vardagens påfrestningar och ett psykiskt sjukdomstillstånd är ofta flytande. Ett begrepp som flitigt används i internationell vetenskaplig litteratur är Common Mental Disorders, förkortat CMD.

### VAD ÄR CMD?

CMD står för Common Mental Disorders. Begreppet omfattar diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom.

Cirka 90 procent av alla som sjukskrivs för en psykisk sjukdom i Sverige har CMD. Psykiska symtom är betydligt vanligare än sjukskrivning för psykisk ohälsa. I studier av psykisk sjukdom varierar andelen som under ett år fått en sådan diagnos i befolkningen kraftigt mellan olika undersökningar (9-33 procent).

Kvinnor är oftare sjukskrivna i psykisk diagnos än män och i studier av långa sjukfall (>tre månader) ses en tydligare ökning bland kvinnor än män sedan 2009. Orsaken är oklar. Om kvinnor och män utsätts för samma påfrestningar i arbetslivet är reaktionerna i form av psykisk ohälsa dock lika.

## Riskfaktorer i arbetslivet

Flera olika faktorer har ett samband med utvecklingen av psykisk ohälsa. Följande påfrestningar på jobbet kan knytas till psykisk ohälsa och sjukskrivning: psy-

kiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, samt rollkonflikter. God kontroll och rättvisa minskar risken för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa.

## Arbetsplatsens roll

Att återvända till arbetet efter en lång sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är en komplex process som involverar många intressenter: den sjukskrivna, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, försäkringsinstanser och hälso- och sjukvården. De få studier som finns på området ger inget enkelt svar på frågan om vilken som är den bästa åtgärden för en lyckad och effektiv arbetsåtergång. En sak är dock säker; eftersträvas arbetsåtergång efter en sjukskrivning för psykisk ohälsa krävs att arbetsplatsen är involverad, oavsett orsak till sjukskrivningen.

## Få ekonomiska utvärderingar

Det finns endast ett fåtal ekonomiska utvärderingar av åtgärder som ska underlätta arbetsåtergång bland personer med psykisk ohälsa. Med dagens kunskapsläge finns därför ingen evidens för att någon åtgärd för återgång i arbete är mer ekonomiskt lönsam än någon annan.

## Friskfaktorer

Att förebygga att psykisk ohälsa uppstår är tilltalande. ”Friskfaktorer” för psykisk hälsa i arbetslivet kan ha en förebyggande och främjande effekt på den psykiska hälsan och välbefinnandet bland arbetstagare. Faktorer som främst kopplas till psykiskt välbefinnande bland arbetstagarna är ett gott ledarskap (rättvist, stödjande, inkluderande), kontroll i arbetet, balans mellan arbete och fritid, balans mellan arbetsinsats och belöning, tydliga mål och anställningstrygghet.

## Lite forskning på området

Forskningen inom området arbetsliv, psykisk hälsa och ohälsa samt sjukskrivning är sparsam, trots att det är ett samhällsproblem som berör många individer och arbetsplatser. Men den kunskap som finns på området borde användas mer av hälso- och sjukvården, arbetsgivare, arbetstagare, försäkringskassa, arbetsförmedling och politiker.

# 3. Arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning

## 3.1 Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom

I diskussioner om arbetslivets betydelse för psykiska besvär blandar man ofta ihop psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Om vi börjar med psykisk sjukdom definieras det psykiatriska sjukdomsbegreppet på olika sätt beroende på om man utgår från en medicinsk bedömning, egen upplevelse av sjukdom eller den sjukroll som individen tilldelas. Dessutom har sjukdomsbegreppet varierat över tid. Kulturella faktorer och forskning förändrar vår syn på sjukdom och styr vår diagnostik.

### Normala reaktioner jämfört med sjukdomstillstånd

Var gränsen går mellan vardagliga påfrestningar och stress och ett sjukdomstillstånd är flytande. Kortvariga eller lindriga påfrestningar ses de i de flesta kulturer som en del av livet, medan mer påtaglig påverkan på välbefinnandet leder över i det som beskrivs som psykisk ohälsa.

### VAD ÄR PSYKISK OHÄLSA?

En klar definition av begreppet finns inte. Vanligtvis brukar man i benämningen psykisk ohälsa inkludera allt från nedsatt psykiskt välbefinnande, till exempel i form av oro eller nedstämdhet, till allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni eller förstämningssyndrom.

Vem som först introducerade begreppet psykisk ohälsa och i vilket sammanhang är inte känt. Syftet var troligtvis att avstigmatisera psykisk sjukdom genom att inkludera vanliga mänskliga, psykologiska upplevelser som minskar välbefinnandet. En av konsekvenserna är att man i den allmänna debatten ofta blandar allvarliga och ibland dödliga sjukdomar med normalpsykologiska reaktioner. Det är dock viktigt att komma ihåg att reaktioner på en svår livssituation, svåra akuta händelser eller sjukdom kan vara nog så allvarliga och förstärka det lidande som livssituationen, händelsen eller sjukdomen utgör. Från ett mänsk-

ligt perspektiv kan man därför känna sympati med begreppet, så länge man skiljer mellan normalpsykologiska reaktioner och svåra psykiatriska sjukdomstillstånd.

### KLASSIFIKATION AV SJUKDOMAR

För att klassificera sjukdomar, däribland psykiska sjukdomar och syndrom, används officiellt i Sverige ICD-systemet (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) är den amerikanska psykiatriska föreningens system för klassificering av psykiska störningar, som tillämpas i stora delar av världen liksom i Sverige.

### VAD ÄR CMD?

Ett begrepp som flitigt används i internationell vetenskaplig litteratur är Common Mental Disorders, förkortat CMD. Begreppet inkluderar diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. I vissa rapporter och undersökningar som publicerats på svenska har CMD översatts till "lättare psykisk ohälsa". Denna beteckning kan uppfattas som ett förringande av psykiska besvär som kan orsaka betydande nedsättning av hälsa, funktion och arbetsförmåga. I denna rapport har vi därför använt begreppet CMD.

### VAD ÄR UTMATTNINGSDEPRESSION?

Diagnosen utmattningsdepression (alternativt utmattningssyndrom) accepterades som diagnos av Socialstyrelsen 2005. Eftersom diagnosen är ny och endast används i Sverige är kunskapsbasen begränsad.

### Olika typer av vård

Nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk sjukdom är relativt vanligt. I den nationella folkhälsoenkäten år 2013 rapporterade 21 procent av kvinnorna och 15 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. 50 000 individer ges psykiatrisk slutenvård och cirka 260 000 öppenvård i form av läkarbesök inom den specialiserade psykiatrin. Det innebär att cirka tre procent av den vuxna befolkningen ges psykiatrisk specialistvård varje år. Huvuddelen av dem som behöver vård för psykiska problem behandlas i primärvården. Ofullständiga register och frånvaro av formell diagnos gör att det är svårt att få en korrekt uppfattning av omfattningen av denna vård. En nyligen genomförd studie i Stockholms primärvård visade att var femte person fick behandling för psykiska besvär medan psykiatrisk diagnos förekom i sju procent av fallen.

Primärvården och den specialiserade psykiatrin är de verksamheter som huvudsakligen har ansvar för vård och behandling av personer med psykisk ohälsa och sjukdom. Omhändertagande kan i mindre omfattning även ske inom företagshälsovård, andra specialiserade mottagningar och av privata vårdgivare. Ett respektfullt bemötande och en god kommunikation mellan patient och vårdgivare ger förutsättningar för korrekt diagnostik och utgör grunden för en fungerande vårdplanering. Bemötandet från det omgivande samhället i form av arbetsgivare, försäkringskassa och andra myndigheter, har stor betydelse för individens förutsättningar till återhämtning. Myndigheter har också ett stort ansvar att motverka den stigmatisering och de fördomar om psykisk sjukdom som hindrar många att söka hjälp.

### Skillnader mellan kvinnor och män

Depressioner och ångestsyndrom är vanligare hos kvinnor, medan alkohol- och drogrelaterade störningar oftare förekommer hos män. Vad som döljs bakom dessa könsskillnader är fortfarande oklart. Det som tolkas

som depression hos kvinnor kan ta sig andra uttryck hos män och därmed uppfylla kriterier för andra diagnoser menar vissa forskare. Pojkar drabbas däremot något oftare av depression jämfört med flickor, men i puberteten förändras mönstret till det motsatta.

## 3.2 Sjukfrånvaro på grund av psykiatrisk diagnos

Antalet personer som får ersättning via sjukförsäkringssystemet (sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, rehabiliteringspenning) på grund av psykiatrisk diagnos minskade något mellan 2007 och 2013. Däremot har andelen som fått ersättning på grund av psykiatrisk diagnos ökat vilket beror på att ersättning för andra diagnoser minskat. Sambanden mellan ersättning och olika faktorer varierar beroende på vilka mått som studeras (nya sjukfall, antalet sjukskrivningsdagar, pågående sjukfall längre än tre månader och så vidare). Det sker stora variationer över tid i antal sjukskrivna och antal dagar med sjukskrivning. År 2009-2010 var antalet historiskt sett mycket lågt. En viss ökning har skett vad gäller sjukskrivna personer med psykiatrisk diagnos sedan dess.

I Sverige var cirka två procent av den arbetande befolkningen årligen sjukskriven med psykiatrisk diagnos under perioden 2005-2012. Det innebär att majoriteten av personer med sådan diagnos inte är sjukskrivna. Även om de inte får ersättning via sjukförsäkringssystemet kan de försörja sig via arbetslöshetsersättning eller försörjningsstöd. Storleken på denna grupp är inte känd. Många är också helt eller delvis i arbete helt. Det är oklart om hälsan påverkas av typen av försörjning hos personer med psykiatrisk diagnos.

En majoritet av de psykiatriska diagnoserna vid nya sjukfall (>90 procent) är inom diagnosområdet CMD. Många människor har mer än en diagnos och en möjlig orsak till att andelen psykiatriska diagnoser blir vanligare är att läkaren vid sjukskrivning väljer en psykiatrisk framför en somatisk diagnos.

Kvinnor är oftare sjukskrivna i psykiatrisk diagnos än män och i studier av långa sjukfall (>tre mån) ses en tydligare ökning bland kvinnor än bland män sedan 2009.

### 3.3 Riskfaktorer på arbetet

Nedan följer en genomgång av vilka arbetsmiljöfaktorer som kan öka risken för psykisk ohälsa, sjukskrivning, förtidspension och till och med död.

#### Krav, kontroll, spänt arbete och stöd

##### VAD ÄR SPÄNT ARBETE?

Höga krav i arbetet med små kontroll- och möjligheter kallas på svenska psykiskt ansträngande arbete eller spänt arbete (job strain).

En litteraturoversikt med metaanalyser visade att spänt arbete påtagligt ökar risken för CMD<sup>1</sup> och en litteraturoversikt av arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom visade att spänt arbete har ett tydligt samband med depressionssymtom. Personer med spänt arbete löper särskilt stor risk att utveckla depressionssymtom<sup>2</sup>. Övriga studier har visat andra negativa effekter av spänt arbete, bland annat stressrelaterade besvär<sup>3</sup> och psykisk ohälsa<sup>4</sup>.

Två svenska litteraturoversikter har funnit samband mellan krav och symtom på depression<sup>25</sup> och mellan känslomässig utmattning och depersonalisering<sup>2</sup>. En annan studie fann ett tydligt samband mellan överbelastning inom hälso- och sjukvården och sjukskrivning på grund av depression hos personalen<sup>6</sup>.

Ett par andra översikter visade också att det finns vetenskapligt stöd för sambandet mellan möjlighet till kontroll i arbetet och sömnstörningar, depressionssymtom och känslomässig utmattning<sup>27</sup>.

Dessutom fann man ett vetenskapligt underlag för sambandet mellan brist på socialt stöd och depressionssymtom, utmattningssyndrom<sup>2</sup> och sömnkvalitet<sup>7</sup>.

En studie baserat på det svenska tvillingregistret visade att höga krav i arbetet ökar risken för förtidspension på grund av en psykiatrisk diagnos medan ökad kontroll i arbetet minskar risken. I studien gjordes också en analys av enäggstvillingar som visar samma resultat<sup>8</sup>.

#### Skillnader mellan kvinnor och män

Den belgiska Belstressundersökningen som omfattar drygt 9 000 personer<sup>9</sup> visade en ökad risk för sjukskrivning på grund av depression hos dem som uppgivit låg kontroll medan samma riskökning inte fanns för höga

krav eller dåligt socialt stöd. Detta gäller både män och kvinnor. Ansträngda arbeten (höga krav och låg kontroll) och passiva jobb (låga krav och låg kontroll) samt arbeten med både höga krav, låg kontroll och dåligt socialt stöd associeras med sjukskrivning för depression hos män. Depression är dock generellt sett vanligare hos kvinnor.

En finsk studie av offentligt anställda visade inte någon större risk för förtidspension på grund av depression hos dem som angivit höga krav och låg kontroll<sup>10</sup>.

En studie från GAZEL-kohorten i Frankrike har undersökt stress på arbetet, mätt som höga krav och låg kontroll, och stress i privatlivet, mätt som hur många personer som var ekonomiskt beroende av studiepersonen. Både män och kvinnor uppvisade en ökad risk för sjukskrivning för psykiatrisk diagnos (utom psykos) respektive depression vid en kombinationsstress från både arbete och privatliv<sup>11</sup>.

#### Obalans mellan ansträngning och belöning

Ansträngnings-belöningsmodellen<sup>12</sup> har använts i många studier och en omfattande litteraturoversikt med metaanalyser visade att obalans mellan ansträngning och belöning ökar risken för CMD<sup>1</sup>. Denna obalans har också dokumenterats hos en rad olika yrkesgrupper; industriarbetare, hälso- och sjukvårdspersonal, privata och offentligt anställda tjänstemän. En systematisk översikt av psykosociala riskfaktorer bidrag till stressstörningar visade att obalans mellan ansträngning och belöning ökar risken<sup>3</sup>. Även risken för störd sömn ökar med större obalans<sup>3</sup>.

Sjukskrivning för psykiatriska diagnoser har undersökts bland försäkringstjänstemän i Kanada. Låg eller medelhög belöning jämfört med hög belöning gav en riskökning för män. För kvinnor var obalans mellan ansträngning och belöning förenat med ökad risk<sup>13</sup>.

#### Orättvisa och understimulering

Förhållanden som påverkar uppfattningen om rättvisa och jämlikhet på jobbet har betydelse för välbefinnande och psykisk hälsa. Det gäller även när man tar hänsyn till arbetets krav och kontrollmöjligheter såväl som till balansen mellan ansträngning och belöning<sup>14</sup>. En översikt av psykosociala riskfaktorer bidrag till stresspåverkan<sup>3</sup> visade att orättvisa på arbetsplatsen ökar risken, liksom metaanalyser av sambanden mellan självrapporterad orättvisa och psykisk hälsa<sup>15</sup>.

Ett arbete som innebär liten möjlighet att använda sin förmåga eller där möjligheten till utveckling är begränsad kan leda till understimulering, bristande glädje och intresse, dålig självbild och hopplöshet. Det kan i sin tur öka risken för depressiva symtom. Här finns ett veten-

skapligt stöd för sambandet mellan liten möjlighet till utveckling i arbetet och depressionssymtom<sup>2</sup>.

Bland offentligt anställda i Finland gav en högre skattning av generell rättvisa på arbetsplatsen lägre risk för sjukskrivning i psykiatriska diagnoser<sup>16</sup>. Liknande resultat från Nederländerna visade att hög skattning av rättvisa på arbetsplatsen ger lägre skattning av depressiva symtom och lägre sjukfrånvaro<sup>17</sup>.

#### Rollkonflikter, mobbing och katastrofupplevelser

Konflikter och trakasserier kan leda till oro, sömnsvårigheter, skuld, skamkänslor och hjälplöshet, vilket i sin tur kan leda till en negativ självbild och depressiva besvär<sup>2</sup>.

En treårig uppföljningsstudie av ett slumpmässigt befolkningsurval från Norge fann starka samband mellan rollkonflikter på arbetet och psykisk störning<sup>18</sup>. Det gäller särskilt i kombination med känslomässiga krav, små möjligheter till kontroll över arbetet, mobbing och osäkerhet om anställningen.

##### DEFINITION AV MOBBNING

Mobbing är handlingar som upplevs som kränkande eller på annat sätt oönskade av den som utsätts för dem, det vill säga både en exponering och ett utfall.

I en nyligen publicerad svensk tvåårsuppföljning har forskarna undersökt vilka faktorer som ökar risken för mobbing på arbetsplatsen<sup>19</sup>. Både för män och kvinnor ökar organisatoriska förändringar, oförenliga krav och brist på möjlighet att utöva kontroll i arbetet, risken för mobbing. Mobbing kan leda till sömnstörning<sup>7</sup> och att symtom på depression och utmattningssyndrom ökar<sup>2</sup>.

Katastrofupplevelser och starka känslomässiga upplevelser av oväntade händelser kan leda till så kallade post-traumatiska stressbesvär (PTSD).

##### VAD ÄR PTSD?

PTSD står för Post Traumatic Stress Disorders. Det kan ge långvariga besvär av bland annat ångest, depression och trötthet.

En studie visade en något ökad frekvens bland journalister och särskilt för dem som rapporterat från extraordinära händelser, till exempel från krig och tsunamin<sup>20</sup>. En litteraturoversikt visade att sjukvårdspersonal som vårdat patienter med akut insjuknande i svåra sjukdomstillstånd, till exempel dödliga infektioner, har ökad risk för PTSD<sup>21</sup>. Studier har också visat att poliser, brandmän och ambulanspersonal löper särskilt hög risk att drabbas av PTSD<sup>22</sup>.

I en studie från Japan var otydliga roller på jobbet förenat med en högre risk för sjukskrivning på grund av depression<sup>23</sup>.

#### Rationalisering, anställningsformer, yrken

En studie fann stöd för sambandet mellan osäkerhet i anställningen och såväl depressionssymtom som symtom på utmattning<sup>2</sup>. En litteraturoversikt visade att tillfälligt anställda löper 25 procent högre risk att drabbas av psykiska besvär jämfört med fast anställda<sup>24</sup>. En australiensisk studie visade däremot inga skillnader i psykiskt välbefinnande för dem med fast eller tillfällig anställning. Undantaget var de äldsta som mådde något bättre när de lämnat fasta anställningar och övergått till tillfälliga arbeten<sup>25</sup>.

En studie från en engelsk fordonsfabrik visade att olämplig tillämpning av så kallad lean production påverkar den psykiska hälsan negativt<sup>26</sup>. Arbetsupplägget ledde bland annat till minskad möjlighet att själv styra över sitt arbete. En annan studie fann mer blandade resultat om hälsoeffekterna av lean production<sup>27</sup>.

##### LEAN PRODUCTION

Lean production är en filosofi om hur man hanterar resurser. Syftet är att eliminera alla faktorer i en produktionsprocess som inte skapar värde för slutkunden<sup>28</sup>. Enkelt uttryckt handlar det om ”mer värde för mindre arbete”.

#### Fysiskt krävande arbete

Regelbunden måttlig fysisk aktivitet anses motverka och lindra depressionssymtom. En studie fann dock att det vetenskapliga underlaget inte var tillräckligt för att avgöra sambandet mellan fysiskt krävande arbete och depressionssymtom eller symtom på utmattning<sup>2</sup>.

#### Skiftarbete och jourberedskap

Arbete under kväll, natt och tidig morgon stör dygnsrytmen och påverkar kroppens biologiska klocka. För skiftarbete tillkommer aspekten om hur arbetspassen är relaterade till varandra i skiftschemat och tiden mellan arbetspassen. Ett par studier fann ett begränsat stöd för störd sömn vid skiftarbete, men inte för depression eller utmattningssyndrom<sup>27</sup>. En annan studie har studerat psykiska besvär hos sjuksköterskor som haft många korta viloperioder mellan arbetsskiften. Man fann en något ökad risk för svår trötthet men inte för depression eller sömnbesvär<sup>29</sup>.

Jourberedskap, främst bland brittiska allmänläkare, kopplades i en litteraturoversikt till negativ psykisk hälsa och sömnproblem<sup>30</sup>.

### Arbete och självmord

I en tysk studie fann man att låg utbildning, för mycket ansvar (självupplevt) och monotont arbete ökade risken för självmord<sup>31</sup>. Från Kanada rapporterades att låga krav i arbetet och lågt socialt stöd var riskfaktorer för självmord respektive självmordsförsök<sup>32</sup>. Låg kontroll i arbetet ökade risken för självmord bland japanska manliga arbetare<sup>33</sup>. I Nurses Health Study från USA fanns risk för självmord bland dem som angivit stress på arbetet och stress i privatlivet<sup>34</sup>.

### Kombinationseffekter

Kombinationseffekter av många psykosociala arbetsmiljöfaktorer har endast studerats i mindre omfattning. En studie fann ett starkt samband mellan negativa arbetsförhållanden och depressiva symtom i USA<sup>35</sup>. En annan litteraturoversikt visade starkt stöd för att hårda krav i arbetet, bristande kontroll och stöd, brist på rättvisa samt obalans mellan ansträngningar och belöning, ökar risken för en stressrelaterad störning<sup>3</sup>.

### Skillnaden mellan kvinnor och män

Vissa psykiska sjukdomar, som depression och ångest, är vanligare hos kvinnor än hos män. Orsaken till detta är oklar. Flera studier skiljer inte på kvinnor och män i resultatredovisningen utan gör enbart en justering för kön i analyserna, vilket kan försvåra tolkningen av effekterna för kvinnor respektive män. Om kvinnor och män däremot utsätts för samma påfrestningar i arbetslivet är reaktionerna i form av psykisk ohälsa lika.

### 3.4 Återgång i arbete efter en psykiatrisk diagnos

Att återvända till arbetet efter en lång sjukskrivning är en komplex process, som involverar många olika

intressenter; den sjukskrivna, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, försäkringsinstanser och hälso- och sjukvården. Samordning och samverkan mellan dessa aktörer är svår. De kan ha olika mål med sin insats, allt från att bota och öka välbefinnandet till återgång i arbetet.

Vid arbetsåtergång efter sjukskrivning är hälso-tillståndet viktigt. Vissa restsymtom av den sjukdom som orsakade sjukskrivningen kan finnas kvar och det kan förekomma en osäkerhet om den egna förmågan. Flera studier visar att den egna uppfattningen om möjligheten till arbetsåtergång och självupplevd kapacitet har stor betydelse för arbetsåtergången. Det är därför viktigt att arbetsplatsen ger stöd till medarbetaren efter en sjukskrivning.

De studier och kunskapssammanställningar som gjorts ger inget enkelt svar på frågan om vilken som är den bästa åtgärden för att göra processen för arbetsåtergång så lyckad och effektiv som möjligt. En sak är dock relativt säker; eftersträvas arbetsåtergång efter en sjukskrivning för en psykisk ohälsa krävs att arbetsplatsen är involverad, oavsett orsak till sjukskrivning.

### 3.5 Ekonomiska utvärderingar av arbetsåtergång efter psykiatrisk diagnos

Det finns ett begränsat antal ekonomiska utvärderingar av åtgärder som ska underlätta arbetsåtergång bland personer med psykisk ohälsa. Samtliga av relevans kommer från Nederländerna, där sjukförsäkringssystemet ger starka incitament till arbetsgivarna att få sjukskrivna tillbaka i arbete, då de ansvarar för utbetalning av sjukpenning i två år. Några av dessa studier har funnit en nettovinst med åtgärder utifrån ett arbetsgivarperspektiv.

Det finns ingen evidens för att någon åtgärd för återgång i arbete, skulle vara säkert ekonomiskt lönsam. Ekonomiska utvärderingar av insatser behövs för att ett samhälle ska kunna fördela resurser på ett kostnadseffektivt sätt. Det finns därför ett stort tomrum att fylla för framtida forskning som kombinerar mått på återgång i arbete med en ekonomisk analys av effektiviteten.

### 3.6 Förebyggande faktorer för bättre psykisk hälsa

”Friskfaktorer” för psykisk hälsa i arbetslivet är faktorer och förhållanden i arbetet som kan ha en förebyggande och främjande effekt på den psykiska hälsan och välbefinnandet. De kan motverka negativa konsekvenser av olika risker i arbetet och skapa hälsofrämjande effekter för individen och för arbetsplatsen.

### VAD ÄR PSYKISK HÄLSA?

Psykisk hälsa är i likhet med psykisk ohälsa vagt definierat. Det kan definieras som avsaknaden av psykisk ohälsa, möjlighet att utvecklas och må bra med höga nivåer av emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande.

### VÄLBEFINNANDE PÅ JOBBET

Välbefinnande i arbetet relaterar till den fysiska miljön, arbetsrelaterade risker, organisering av arbete och arbetsuppgifter, relationer med kollegor, personlig hälsa och arbetsförmåga samt familjerelaterade påfrestningar<sup>36</sup>. Välbefinnande i arbetet påverkas också av psykisk och fysisk hälsa, jobbsäkerhet, arbetsorganisation, engagemang i arbetet, förmåner och lön. Det kan dessutom påverka produktiviteten på individ-, företags- och samhällsnivå<sup>37</sup>.

I litteraturgenomgången av vad som karakteriserar den friska arbetsplatsen är ledarskapets inverkan på den psykiska hälsan den mest frekvent undersökta faktorn. Man har funnit att bra ledarskap (rättvist, stödande och bemyndigande) ger positiva hälsoförändringar<sup>38</sup> och ökat välbefinnande<sup>39-40</sup>, att ökad kvalitet i ett personalorienterat ledarskap reducerar sjukskrivningarna i företaget<sup>41</sup>, samt att ett inkluderande ledarskap ökar det psykologiska välbefinnandet och arbetstillfredsställelsen hos arbetstagarna<sup>42</sup>.

Förbättrad psykisk hälsa förutsätter också kontroll i arbetet, gärna i kombination med psykologisk flexibilitet<sup>43</sup>. Hög kontroll är associerat med välbefinnande<sup>39</sup> och har en skyddande effekt mot höga krav, vilket medför att den psykologiska stressen inte ökar i sådana situationer<sup>44</sup>. Stress reduceras också av kontroll över sin tid, så att arbetslivet inte inkräktar på privatlivet<sup>42,45</sup>.

Andra faktorer i arbetet som är viktiga för individens psykiska hälsa och välbefinnande är en rimlig arbetsbelastning<sup>39,40,46</sup> och balans mellan arbetsinsats och belöning<sup>47</sup>, positivt socialt klimat<sup>46</sup>, möjlighet

till medinflytande och fortbildning<sup>40</sup>, tydliga mål för organisationen<sup>46</sup>, anställningstrygghet<sup>40</sup>, samt en bra fysisk arbetsmiljö och andra hälsofrämjande satsningar<sup>48</sup>.

Förebyggande arbete och goda arbetsförhållanden måste organiseras på arbetsplatsen. Individen har dock ett ansvar att medverka och möjliggöra bra arbetsförhållanden<sup>49</sup>. Förbättringsstrategier baseras på idén att det är möjligt att förändra och förbättra medarbetarens arbetsförhållanden och hälsa. Eftersom organisationer och arbeten är skapade är de också möjliga att ändra<sup>50</sup>. Det har till exempel visat sig att individuella insatser mot stress endast har kortvarig effekt. Om de däremot kombineras eller ersätts med organisatoriska åtgärder kan de få en mer långvarig och bestående effekt<sup>51</sup>.

RISKAFAKTORER	ÖKAD RISK FÖR:
Spänt arbete	Psykologisk störning, depressionssymtom, sjukskrivning för depression hos män
Höga krav	Känslomässig utmattning, depersonalisering, depression, sömn- och psykologisk störning, förtidspension, sjukskrivning för depression hos män
Låg kontroll	Depressionssymtom, känslomässig utmattning, sömnstörningar, sjukskrivning för depression hos män och kvinnor
Bristande stöd	Depressionssymtom, känslomässig utmattning, sömnstörningar, självmord
Obalans ansträngning-belöningsobalans	Depressionssymtom, sömnstörning, sjukskrivning för psykiatriska diagnoser hos kvinnor
Små utvecklingsmöjligheter	Depressionssymtom
Rollkonflikter	Depressionssymtom, psykologisk störning, sjukskrivning
Mobbning	Depressionssymtom, utmattningssyndrom, sömnstörningar
Katastrofupplevelser	Post-traumatiskt stressyndrom
Otrygg anställning	Depressionssymtom, utmattningssyndrom
Skiftarbete	Sömnstörningar
GODA FAKTORER	MINSKAD RISK FÖR:
Kontroll	Sjukskrivning
Rättvisa	Psykisk ohälsa, stresstörning och sjukskrivning
Engagemang	Psykisk ohälsa, depressiva symtom
GODA FAKTORER	ÖKAD CHANS TILL:
Organisatorisk måltydighet	Positiv förändring i psykisk energi och minskad arbetsrelaterad utmattning
Positivt arbetsklimat	Förbättrad psykisk hälsa
Kontroll i arbetet	Förbättrad psykisk hälsa, välbefinnande, förbättrat lärande och arbetsprestation, buffertfunktion mot höga krav
Balans ansträngning-belöning	Psykiskt välbefinnande
Minskad tidspress	Psykiskt välbefinnande, energi
Personalorienterat ledarskap	Reducerad sjukfrånvaro och förtidspensionering, minskad ångest, emotionell uttrötning och stress, arbetstillfredsställelse, psykiskt välbefinnande
Socialt stöd	Psykiskt välbefinnande, arbetstillfredsställelse
Inflytande	Psykiskt välbefinnande, låg stressnivå
Utvecklingsmöjligheter och anställningstrygghet	Psykiskt välbefinnande
Arbetstillfredsställelse	Psykisk hälsa, fysisk hälsa, självkänsla, minskad ”burnout”, depression, ångest

## 4. Hur har internationella organisationer och myndigheter hanterat området?

DENNA KUNSKAPSÖVERSIKT INKLUDERAR även rapporter och dokument från internationella organisationer och myndigheter som ansvarar för hälso- och arbetslivsfrågor.

**ILO** (International Labour Organization) är ett FN-organ som värnar frågor om mänskliga rättigheter i arbetslivet. ILO poängterar att arbetshälsa både omfattar fysiska och psykiska faktorer i arbetet. Rapporten *Mental Health in the Workplace*, som publicerades år 2000 konstaterar att psykisk ohälsa är en av de tre främsta orsakerna till funktionsnedsättning, tillsammans med hjärt- och kärlsjukdomar och muskuloskeletala problem. Psykisk ohälsa är också en av de främsta orsakerna till sjukskrivning och förtidspension i ett flertal länder, till en kostnad av 3-4 procent av BNP i EUs medlemsstater.

**WHO** konstaterar att psykiska hälsoproblem är bland de främsta orsakerna till sjukdom och funktionshinder i världen. De är lika vanligt förekommande i länder med låga inkomster som i länder med höga inkomster oavsett ålder, kön och sociala skikt.

**OECD** publicerade 2008 rapporten *Are All Jobs Good Jobs for Your Health?*, som inleder med konstaterandet att psykiska hälsoproblem är det näst största arbetsrelaterade hälsoproblemet efter muskuloskeletala problem inom OECD.

EU-kommissionen har tagit olika initiativ inom området. Det finns ett antal direktiv och informationsmaterial om psykisk hälsa varav en del är relaterat till arbete. Europaparlamentet antog 2009 en vägledande resolution om psykisk hälsa och välbefinnande i 50 punkter. Åtta av dessa adresserar psykisk hälsa på arbetsplatsen.

Sammantaget visar genomgången av organisationers och myndigheters rapporter att det finns en riklig och relativt samstämmig dokumentation om sambanden mellan psykisk hälsa och arbete. Det förekommer även en hel del rekommendationer, handlingsprogram och projekt som förebygger sjukskrivning och främjar återgång i arbete.



# 5. Behov av forskning för bättre kunskap

UTIFRÅN KUNSKAPSÖVERSIKTENS resultat kan följande slutsatser dras om behov av bättre kunskap:

## Mer forskning om förskjutning i diagnoser behövs.

Antalet sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos har ökat medan sjukskrivning för andra diagnoser minskat. Orsakerna till denna förskjutning är oklar och mer forskning behövs. Här finns ett omfattande forskningsfält för att öka förståelsen för sambanden mellan arbete och sjukskrivning bland personer med psykisk ohälsa och sjukfrånvarons hälsokonsekvenser.

## Multivetenskapliga studier efterfrågas.

Den forskning som bedrivs är i stor utsträckning framsprungen ur en enda forskningstradition åt gången och inom ett speciellt område. Medicin, ekonomi, beteende- och samhällsvetenskap studerar ofta samma företeelse var för sig. Ett multivetenskapligt upplägg på studierna skulle bidra till att öka förståelsen inom detta komplexa fält.

## Omfattning av psykisk ohälsa bör utredas.

Sjukskrivning ett osäkert mått på omfattningen av den psykiska ohälsan. En angelägen uppgift är därför att ta reda på storleken på den grupp som har en ohälsa som motiverar sjukskrivning, men som inte utnyttjar sjukförsäkringssystemet och orsakerna till detta. Förhållandet mellan psykisk ohälsa, sjukskrivning, arbetslöshet och ersättning från försörjningsstöd bör undersökas.

## Studier om vem som kan arbeta med psykisk ohälsa behövs.

Många med en psykisk sjukdom arbetar. Diskrepansen är stor mellan dem som anger psykiska symtom i folkhälsoundersökningar och de som får en psykiatrisk diagnos och sedan blir sjukskrivna. Ett viktigt forskningsområde är att studera vem som kan arbeta med psykisk ohälsa, var man kan arbeta, med vad man kan arbeta, hur man kan arbeta och varför man arbetar trots besvären.

## Metoder för bedömning av psykisk ohälsa bör utvecklas.

Att bedöma funktionsförmåga och arbetsförmåga är svårt för både den drabbade, hälso- och sjukvården och försäkringssystemen. Att utveckla metoder för bedömning av psykisk ohälsa välkomnas.

## Samordning mellan olika aktörer behövs.

Många olika instanser i samhället är inblandade vid en långvarig psykisk sjukdom som innefattar sjukskrivning. Hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och arbetsplatsen, företagshälsovården, försäkringskassan, och arbetsförmedlingen är ofta bristfälligt samordnade. Att utarbeta hållbara och lättillgängliga strukturer är ett utvecklingsfält som skulle kunna resultera i en snabbare arbetsåtergång.

## Förebyggande arbete är viktigt.

Kunskapsöversikten visar att arbetsmiljön har ett starkt samband med psykisk ohälsa. Det finns också indikationer på hur en arbetsmiljö utan sjukskrivna medarbetare ser ut. Här är det förebyggande arbetet viktigt, men metoder och utvärdering för ett sådant arbete bör förfinas och evidensbaseras genom ytterligare forskning. Företagshälsovården skulle kunna utvecklas i det förebyggande arbetet och metoder för detta utarbetas.

## Chefens roll bör studeras.

Arbetsledningens roll har stor betydelse för hälsoklimatet på en arbetsplats. Hur chefer ska agera för att både få friska medarbetare och en väl fungerande verksamhet samt vilka stödstrukturer som krävs bör studeras mer.

## Diskussion om arbetet vid första sjukskrivningstillfället är värdefullt.

Målet för hälso- och sjukvården är främst att ge bot eller lindring av en sjukdom eller symtom. Att främja arbetsåtergång uppfattas inte primärt som en uppgift för hälso- och sjukvården. Här skulle mycket kunna

vinnas om läkare på ett tidigt stadium diskuterade arbetsåtergång och arbetets krav i förhållande till funktionsförmåga. Det är angeläget att utvärdera om en diskussion om arbetet redan vid första sjukskrivningstillfället kan leda till snabbare återgång i arbete och tillfrisknande.

## Mer forskning om nyttan av olika åtgärder för arbetsåtergång.

Forskningen om vad som främjar återgång i arbete efter en sjukskrivning för psykisk sjukdom är sparsam och några säkra slutsatser om effektiva åtgärder går inte att dra. En tydlig tendens är dock att de metoder som fokuserar på förutsättningarna för arbetsåtergång och inte enbart på minskning av symtom har störst chans att få tillbaka sjukskrivna i arbete. Mycket forskning återstår för att hitta hållbara och evidensbaserade metoder för arbetsåtergång. Multicenterstudier med lång uppföljning (> tre år) behövs för att få tillräcklig styrka i studiens resultat. Ekonomiska analyser av nyttan av en åtgärd för individ, företag, organisation och samhälle bör integreras i detta arbete.

## Oberoende utvärderingar behövs.

Politiska beslut och andra förändringar på samhällsnivå kan snabbt ändra förhållanden i kedjan arbete – psykisk ohälsa – sjukskrivning. Vid alla reformer bör ett oberoende utvärderingsperspektiv anläggas.

## Följder av nya behov på arbetsmarknaden bör studeras.

Arbetslivets strukturer och förutsättningar förändras ständigt. Dagens teknologi, demografi och globalisering kommer med stor sannolikhet att förändra morgondagens arbetsmarknad radikalt. Prognoser talar för att färre personer kommer att täcka arbetsmarknadens behov av arbetskraft i en snar framtid. Hur dessa förändringar påverkar hälsan till det bättre eller sämre måste forskarna snabbt undersöka.

## Sammanlagning av register efterfrågas.

I Sverige finns flera unika register över befolkningen. Det vore värdefullt att skapa en infrastruktur som underlättar forskning i dessa register. Att slå ihop register som till exempel LISA, vissa av försäkringskassans register, dödsorsaksregister och emigrationsregister innebär att en individ kan följas över tid. Dels kan man göra ett grundregister som genom att aggregera avidentifierade data kan vara öppet användbart, dels kan registret matchas mot olika grupper av individer. Det är också angeläget att Arbetsmiljöverkets och SCBs arbetsmiljöundersökningar fortsätter och utvidgas för att bättre belysa sambandet mellan arbetslivsutvecklingen, den psykiska hälsan och sjukskrivningstendenser.

# Referenser

1. Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.
2. SBU.(2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 223. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
3. Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277-286.
4. Sultan-Taieb, H., Lejeune, C., Drummond, A., & Niedhammer, I. (2011). Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain. *International archives of occupational and environmental health*, 84(8), 911-925.
5. Lundberg I, Allebeck P, Forsell Y, Westerholm P.(2013). Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998-2012. *Arbete och Hälsa*, 47(1)
6. Virtanen, M., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., Marmot, M. G., ... & Kivimäki, M. (2011). Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *Psychological medicine*, 41(12), 2485-2494.
7. SBU (2013). *Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar*. SBU-rapport nr 216. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
8. Samuelsson, Å., Ropponen, A., Alexanderson, K., & Svedberg, P. (2013). Psychosocial working conditions, occupational groups, and risk of disability pension due to mental diagnoses: A cohort study of 43000 Swedish twins. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39(4), 351-360.
9. Clumeck, N., Kempnaers, C., Godin, I., Dramaix, M., Kornitzer, M., Linkowski, P., & Kittel, F. (2009). Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *Journal of epidemiology and community health*, 63(4), 286-292.
10. Mäntyniemi, A., Oksanen, T., Salo, P., Virtanen, M., Sjösten, N., Pentti, J., ... & Vahtera, J. (2012). Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort study of 69 842 employees. *Occupational and environmental medicine*, 69(8), 574-581.
11. Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Zins M, Goldberg M. The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2007;42:573-582
12. Siegrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1, 27-41.
13. Ndjaboué, R., Brisson, C., Vézina, M., Blanchette, C., & Bourbonnais, R. (2013). Effort–reward imbalance and medically certified absence for mental health problems: a prospective study of white-collar workers. *Occupational and environmental medicine*, oemed-2013.
14. Ndjaboué, R., Brisson, C., & Vézina, M. (2012). Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental medicine*, oemed-2011.
15. Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE. (2012) Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychology* 97:235-272
16. Elovainio M, Linna A, Virtanen M, Oksanen T, Kivimäki M, Pentti J, Vahtera J. (2013). Perceived organizational justice as a predictor of long-term sickness absence due to diagnosed mental disorders: Result from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. *Social science and medicine*, 91:39-47.
17. Ybema JF, van der Bos K. (2010). Effects of organizational justice on depressive symptoms and sickness absence: A longitudinal perspective. *Soc Sci Med*, 10:1609-1617.
18. Johannessen HA, Tynes T, Sterup T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress. A 3-year follow-up study of the working population in Norway. *J Occup Environ Med*, 55:605-613.
19. Oxenstierna G, Elofsson S, Gjerde M, Magnusson Hansson L, Theorell T. (2012). Workplace bullying, working environment and health. *Ind Health*, 50:180-188
20. Aoki Y, Malcolm E, Yamaguchi S, Thornicroft G, Henderson C. (2013). Mental illness among journalists: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*, 59:377-390.
21. de Boer J, Lok A, van 't Verlaat E, Duivenvoorden HJ, Bakker AB. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Soc Sci&Med*, 73:316-326.
22. Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T, Weisaeth L. (2013). Work-related post-traumatic stress disorder. *Occup Med*, 63:175-182.
23. Inoue A, et al. (2010). Job stressors and long-term sick-leave due to depressive disorders among male Japanese employees: Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 64:229-235
24. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Virtanen J. (2005). Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol*, 34:610-622
25. LaMontagne AD, Milner A, Krnjacki L, Kavanagh AM, Blakely TA, Bentley R. (2014). Employment Arrangements and Mental Health in a Cohort of Working Australians: Are Transitions from Permanent to Temporary Employment Associated with Changes in Mental Health? *Am J Epidemiol*, 179:1467-1476.
26. Parker SK.(2003). Longitudinal effects of lean production on employer outcomes and the mediating role of work characteristics. *J Appl Psychol*, 88:620-34
27. Westgaard RH, Winkel J. (2011). Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems - A systematic review. *Appl Ergo*, 42:261-296.
28. Liker, Jeffrey. (2009). *The Toyota Way -Lean för världsklass*. Liber AB. Sid. 28.
29. Flo E, Pallesen S, Moen BE, Waage S, Bjorvatn B.(2014) Short rest periods between work shifts predict sleep and health problems in nurses at 1-year follow-up. *Occup Environ Med*, 71:555-561.
30. Nicole A-M, Botterill JS. (2004). On-call work and health: a review. *Environ Health: A Global Access Science Source*, 3:15
31. Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk for completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190:265-270.
32. Ostry A, Maggi S, Tansey J, Dunn J, Hershler R, Chen L, Louie AM, Hertzman C. (2007). The impact of psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among western Canadian sawmill workers. *Scan J Public Health*, 35:265-271.
33. Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N. (2007). Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: A prospective cohort study. *Psychother Psychosom*, 76:177-185.
34. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willet WC, Kawachi I. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:95-98.
35. Burgard SA, Elliot MR, Zivin K, House JS. (2013). Working conditions and depressive symptoms: a prospective study of US adults. *J Occup Environ Med*, 55:1077-14.
36. Suomaa L, Yrjänheikki E, Savolainen H, Jokiluoma H. (2011). Excellence in risk assessment and well-being at work. Healthy workplaces - A European Campaign on Safe Maintenance. 2011.
37. Schulte P, Vainio H. (2010). Well-being at work - overview and perspective. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 36(5):422-9.
38. Lohela M, Björklund C, Vingård E, Hagberg J, Jensen I. (2009). Does a Change in Psychosocial Work Factors Lead to a Change in Employee Health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(2):195-203
39. Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R, Kivimaki M. (2013). Work Characteristics and Personal Social Support as Determinants of Subjective Well-Being. *PLoS ONE*, 8(11):e81115.
40. Tuomi K, Vanhala S, Nykyri E, Janhonen M. (2004). Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade. *Occupational Medicine*, 54(2):115-21.
41. Munir F, Burr H, Hansen JV, Rugulies R, Nielsen K. (2011). Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(1):3-9.
42. Munir F, Nielsen K, Garde AH, Albertsen K, Carneiro IG. (2012). Mediating the effects of work–life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*, 20(4):512-21.
43. Bond FW, Flaxman PE. (2006). The Ability of Psychological Flexibility and Job Control to Predict Learning, Job Performance, and Mental Health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2):113-30.
44. Dalgard OS, Sörensen T, Sandanger I, Nygård JF, Svensson E, Reas DL. (2009). Job demands, job control, and mental health in an 11-year follow-up study: Normal and reversed relationships. *Work & Stress*, 23(3):284-96.
45. Moen P, Kelly EL, Lam J. (2013). Healthy work revisited: Do changes in time strain predict well-being? *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(2):157-72.
46. Arnetz B, Blomkvist V. (2007). Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations. Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(4):242-8.
47. Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Siegrist, J., & Buddeberg, C. (2008). Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *International archives of occupational and environmental health*, 82(1), 31-38.
48. Ybema JF, Evers MS, van Scheppingen AR. (2011). A Longitudinal Study on the Effects of Health Policy in Organizations on Job Satisfaction, Burnout, and Sickness Absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(11):1251-7.
49. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljölagen med kommentarer. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2014.
50. Bolin M. (2009). The importance of organizational characteristics for psychosocial working conditions and health [Doctoral thesis]. Umeå: Umeå University.
51. Hasson D. Stress management interventions and predictors of long-term health [Doctoral thesis]. Uppsala: Uppsala University; 2005.

**ARBETE, PSYKISK OHÄLSA OCH SJUKSKRIVNING**

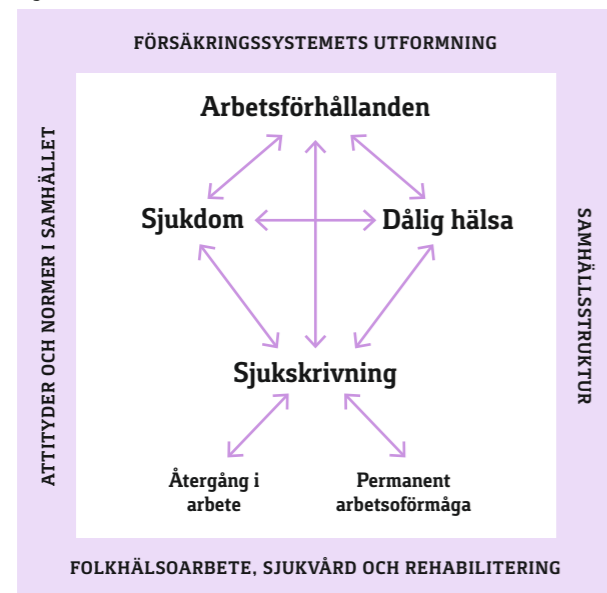
**EN KUNSKAPSÖVERSIKT**

# INTRODUKTION

Den här skriften har som uppgift att redovisa den vetenskapliga litteraturen om sambanden mellan arbetsförhållanden, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Alla dessa tre begrepp är något oprecisa och kontextuella. Arbetsförhållanden och arbetsmarknad skiljer sig åt mellan länder men också inom länder, psykisk ohälsa definieras olika och regler för ersättning vid sjukdom skiftar betydligt. Varje vetenskaplig studie utgår från sin samhällliga kontext och jämförelser kan ibland vara vanskliga.

Sambandet mellan arbete, psykisk ohälsa/sjukdom och sjukskrivning är komplext i lika hög grad som de tre komponenterna är dåligt definierade. En enkel figur över sambanden illustreras av figur 1.

Figur 1.



Samhällets ramverk kan beskrivas som

- Samhällsstruktur och arbetsmarknad
- Folkhälsoarbete, sjukvård och rehabilitering
- Försäkringssystemets utformning
- Attityder och normer

Detta ramverk är oftast tämligen stabilt och ändras via politiska beslut, arbetsmarknadens förändring och långsamma normförändringar bland samhällets medborgare. Ramverkets beståndsdelar interagerar sinsemellan. Ett exempel är att förändringar i försäkringssystemet kan påverka folkhälsoarbete, sjukvård och rehabilitering samt attityder och normer bland försäkringstagare och försäkringsgivare.

Sjukdom är något som drabbar alla människor i högre eller mindre grad under livet. Sjukdom är dock inget entydigt begrepp och varierar över tid och rum. Inom försäkringar i västliga länder utgår man vanligen från

vad "läkarvetenskapen" definierar som sjukdom. Vad som uppfattas som en sjukdom inom "läkarvetenskapen" varierar dock. Sjukdomar kan klassificeras utifrån symtom och störda biologiska parametrar. Orsakerna och bestämningsfaktorerna för sjukdom är många och också interagerande. Faktorer som vi vet har betydelse är t.ex. arv, miljö, livsstil, ålder, sårbarhet, biologiska, sociala och psykologiska faktorer. Flera okända bestämningsfaktorer finns med stor sannolikhet också och forskningen går ständigt framåt för att förstå dessa komplicerade förlopp på alla nivåer från den molekylära till samhällliga.

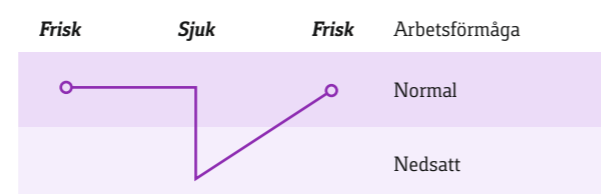
Hälsa är en mer subjektiv upplevelse och undandrar sig en entydig definition (1). Ohälsa är därför en olycklig benämning och diskuteras mer i kapitel 1. Hälsa kan definieras allt från "hälsa är en normal funktion där normaliteten är statistisk och funktionen biologisk" (2) till att "hälsa är en persons förmåga att, under givna standardomständigheter, uppnå sina vitala mål och känna välbefinnande" (3).

Sjukdom och hälsa interagerar givetvis så en sjukdom kan ge en dålig hälsa men också så att ett dåligt hälsotillstånd kan ge en sjukdom.

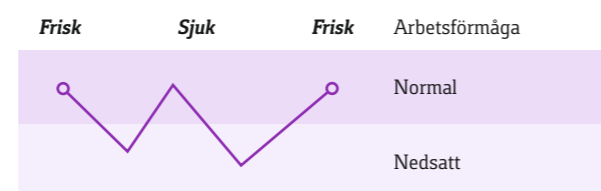
Arbetsförhållanden kan påverka både sjukdom och upplevelsen av hälsa liksom det reciproka att en sjukdom eller en dålig hälsa kan påverka hur arbetsförhållanden upplevs (4, 5, 6).

Sjukskrivning är en ersättning i samband med nedsatt arbetsförmåga. Kravet är att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Tidsförloppet mellan sjukdom och sjukskrivning är ofta tydligt vid akuta tillstånd (t ex benbrott), men betydligt mer oklart vid mer kroniska tillstånd (t.ex. ångestsyndrom). Det illustreras i figur 2.

Figur 2. AKUT SJUKDOM T.EX. BENBROTT



KRONISK SJUKDOM (ARBETSFÖRMÅGAN FLUKTUERAR)



Medan arbetsförmågan plötsligt försämras vid insjuknandet i ett akut tillstånd (t ex en hjärtinfarkt eller benbrott) och sedan successivt återgår vid läkning så förändras arbetsförmågan vid insjuknandet i ett kroniskt tillstånd mer successivt. Det senare gäller många psykiska sjukdomar/tillstånd, men också vid t ex många cancersjukdomar.

Många människor med sjukdom är i arbete. Som exempel fann en finsk studie att 74 % av personer som var anställda i kommuner hade minst en kronisk sjukdom (7). D.v.s. skulle sjukdom vara liktydigt med sjukskrivning så skulle majoriteten av yrkesaktiva äldre personer vara sjukskrivna. Många psykiska tillstånd är kroniska och gränsen mellan att vara "sjuk" och "inte sjuk" är tidsmässigt otydlig.

Både sjukdom och dålig hälsa kan leda till sjukskrivning liksom en längre sjukskrivning kan påverka sjukdom eller upplevelsen av sjukrollen och hälsa på ett negativt eller ibland positivt sätt (8). Arbetsförmågan under sjukdomen kan också variera kraftigt och bero både på graden av symptom men också på arbetets krav. Vid variation i sjukskrivning i kroniska sjukdomar kan man därför inte förvänta att sjukskrivning är något bra mått på förekomst av den kroniska sjukdomen.

Sjukskrivning eller inte och konsekvenserna av den samma har mycket att göra med den flexibilitet som finns i arbetet och arbetsuppgifterna och vilka närvaro- och frånvaroincitament respektive närvaro- och

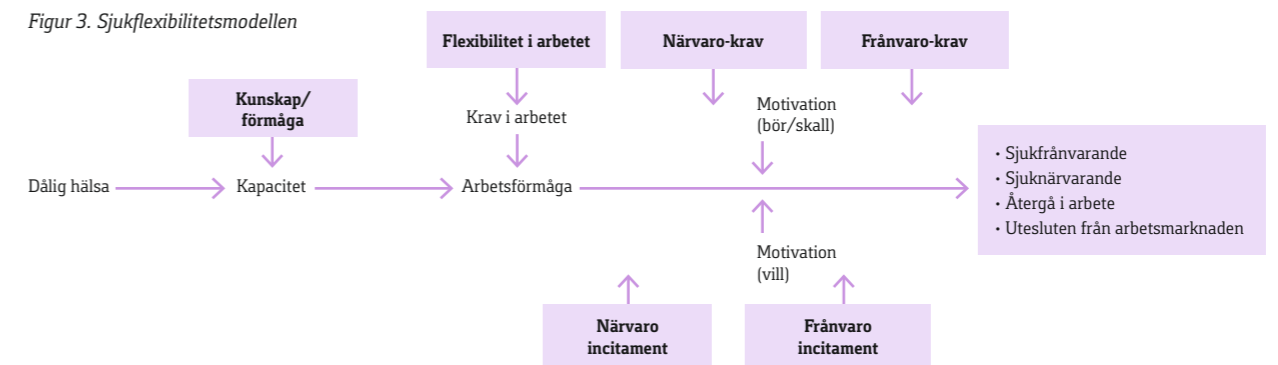
frånvarokrav som finns. Detta illustreras av sjukflexibilitetsmodellen i figur 3 (9).

Sjukdom och dålig hälsa kan leda till en permanent nedsättning av arbetsförmågan, som gör det omöjligt att fortsätta i aktuellt arbete. Detta kan beroende på svårighetsgrad leda till fortsatt sjukskrivning och i slutändan sjukbidrag eller arbetsbyte till något mindre belastande.

Om en individs hälsotillstånd utgör ett hinder för arbete kan detta angripas på två vägar. Antingen kan individens kapacitet stärkas med rehabilitering, utbildning eller annat eller så kan arbetsuppgifter och arbetsmiljö anpassas att matcha individens kapacitet. Misslyckas man med detta hamnar individen permanent utanför arbetsmarknaden. Om sjukdomen eller den dåliga hälsan är tillräckligt omfattande är detta ett sätt för vårt välfärdssystem att värna om individen. Om insatserna är för dåliga eller felaktiga kan det leda till ett icke önskvärt utanförskap.

Kvinnor och män har olika villkor i arbetslivet. Den svenska arbetsmarknaden är segregerad där kvinnor främst arbetar inom offentlig sektor i människoyrket och män i tingsyrket. Skillnaderna i exponering för olika arbetsrelaterade faktorer blir därför olika och kan också orsaka olika typer av sjuklighet. Krav från familj och andra delar av livet utanför arbetet kan också fördela sig olika och också detta påverka sjukdom och hälsa (10, 11).

Figur 3. Sjukflexibilitetsmodellen



## REFERENSER:

1. Medin J, Alexanderson K. En kunskapsöversikt om Hälsa och Hälsöfrämjande. Studentlitteratur (Lund) 2000.
2. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philosophy of science 1977;44:542-73.
3. Nordenfelt L. On the nature of health. An action-theoretic approach. Kluwer Academic Publishers (Dordrecht) 1987
4. Lindberg P. The work ability continuum. Thesis Karolinska Institutet, Stockholm 2006
5. Arbets- och miljömedicin. Wahlström J, Vainio H, Warg L-E, Wieslander G (red) Studentlitteratur (Lund) 2009
6. Försäkringsmedicin. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Toren K. (red) Studentlitteratur 2013
7. Virtanen M, Oksanen T, Batty GD, Ala-Mursula L, Salo P, Elovainio M, et al. Extending employment beyond the pensionable age: a cohort study of the influence of chronic diseases, health risk factors, and working conditions. PLoS One. 2014;9(2):e88695.
8. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. SBU (Stockholm) 2003
9. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. Soc Med Sci 2004;58(10):1857-1868
10. Perspektiv på kvinnors hälsa i arbetslivet. Sandmark H. (red) Studentlitteratur (Lund) 2012.
11. Hensing G. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. I SOU 2014:74 "Bidrar socialförsäkringen till skillnader mellan män och kvinnor".

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom</b>	<b>1</b>	<i>Antal sjukfall eller antal ersatta dagar – vilket ska man mäta?</i>	<b>18</b>	<i>Enskilda studier som undersöker sambandet mellan arbetsfaktorer och psykisk ohälsa</i>	<b>33</b>	<b>6 Förebyggande och främjande faktorer för ökad psykisk hälsa i arbetslivet</b>	<b>57</b>
<i>Inledning</i>	<i>1</i>	<i>Vad är en "normal" mängd sjukfrånvaro?</i>	<i>18</i>	<i>Skiftesarbete</i>	<i>33</i>	<i>Är det bra för hälsan att arbeta?</i>	<i>57</i>
<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>1</i>	<i>Sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa</i>	<i>18</i>	<i>Rollkonflikter</i>	<i>34</i>	<i>Vad karaktäriserar en hälsofrämjande arbetsplats?</i>	<i>58</i>
<i>Vad är psykisk sjukdom</i>	<i>2</i>	<i>Psykiska besvär är vanliga men långt ifrån alla är sjukfrånvarande</i>	<i>18</i>	<i>Tillfälligt arbete</i>	<i>34</i>	<i>Vad främjar psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet?</i>	<i>59</i>
<i>Klassifikationssystem</i>	<i>2</i>	<i>Sjukskrivning i psykiatriska diagnoser varierar över tid ungefär som andra sjukdomar</i>	<i>19</i>	<b>Studier som undersöker sambandet mellan arbetsfaktorer, psykisk ohälsa och sjukskrivning/förtidspension/död</b>	<b>35</b>	<i>Resultat</i>	<i>61</i>
<i>Den diagnostiska processen</i>	<i>3</i>	<i>Ångest och depression är de vanligaste diagnoserna vid sjukskrivning i psykiatriska diagnoser</i>	<i>20</i>	<i>Krav, kontroll och socialt stöd</i>	<i>35</i>	<i>Diskussion</i>	<i>68</i>
<i>Diagnostiska hjälpmedel</i>	<i>3</i>	<i>Skillnader och likheter i sjukskrivning i psykiska besvär mellan kvinnor och män</i>	<i>20</i>	<i>Obalans mellan ansträngning och belöning (effort-reward imbalance ERI)</i>	<i>37</i>	<i>Slutsatser</i>	<i>70</i>
<i>Varför blir man psykiskt sjuk?</i>	<i>3</i>	<i>Samband ålder, bostadsort, familjeförhållande och sjukskrivning i psykiatrisk diagnos</i>	<i>21</i>	<i>Otydlighet i rollen på arbetet</i>	<i>37</i>	<i>Sammanfattning</i>	<i>70</i>
<i>Hur vanligt är nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk sjukdom</i>	<i>4</i>	<i>Samband arbete och sjukskrivning i psykiatrisk diagnos</i>	<i>21</i>	<i>Rättvisa på arbetsplatsen (organizational justice)</i>	<i>37</i>	<i>Referenser</i>	<i>71</i>
<i>Samsjuklighet</i>	<i>4</i>	<i>Slutsatser</i>	<i>22</i>	<i>Studier med självmord/självmordsförsök som utfall</i>	<i>38</i>	<b>7. Översikt av internationella organisationer och nationella myndigheter</b>	<b>75</b>
<i>Översikt över de psykiatriska tillstånden</i>	<i>6</i>	<i>Referenser</i>	<i>23</i>	<i>Burnout</i>	<i>39</i>	<i>Förenta Nationerna, FN</i>	<i>75</i>
<i>Personlighet och personlighetsstörningar</i>	<i>6</i>	<b>3. Exponeringar i arbetslivet som kan vara förknippade med risk för psykisk ohälsa</b>	<b>25</b>	<i>Diskussion</i>	<i>40</i>	<i>International Labour Organization, ILO</i>	<i>75</i>
<i>Förstämningssyndrom</i>	<i>6</i>	<i>Referenser</i>	<i>26</i>	<i>Sammanfattning</i>	<i>42</i>	<i>World Health Organization, WHO</i>	<i>76</i>
<i>Utmattningssyndrom</i>	<i>7</i>	<b>4. Arbete, psykisk hälsa och sjukskrivning/förtidspension/död</b>	<b>27</b>	<i>Referenser</i>	<i>43</i>	<i>OECD</i>	<i>76</i>
<i>Ångestsyndrom</i>	<i>7</i>	<i>Inledning</i>	<i>27</i>	<b>5 A. Återgång i arbete efter sjukskrivning för en psykiatrisk diagnos</b>	<b>45</b>	<i>Mental Health and Work, Sweden OECD 2013</i>	<i>79</i>
<i>Trauma och stressor-relaterade störningar</i>	<i>9</i>	<i>Systematiska översikter av arbetsfaktorer eller yrken och dess samband med psykisk ohälsa</i>	<i>28</i>	<i>Inledning</i>	<i>45</i>	<i>Europeiska unionen och europeiska organisationer</i>	<i>80</i>
<i>Tvångssyndrom</i>	<i>9</i>	<i>Krav-kontroll- stöd och Ansträngning-belöningsbalans</i>	<i>28</i>	<i>Systematiska litteratursammanställningar från Sverige</i>	<i>45</i>	<i>Den europeiska arbetsmiljöbyrån EU-OSHA</i>	<i>81</i>
<i>Somatoforma syndrom</i>	<i>9</i>	<i>Rättvisa</i>	<i>29</i>	<i>Review från Cochrane Library</i>	<i>46</i>	<i>European Observatory on Health Systems and Policies</i>	<i>82</i>
<i>Psykossjukdomar</i>	<i>10</i>	<i>Skiftesarbete och oregelbunden arbetstid</i>	<i>30</i>	<i>Aktuella studier om återgång i arbete</i>	<i>46</i>	<i>Nationella publikationer och landrapporter</i>	<i>82</i>
<i>Missbruk och beroende</i>	<i>10</i>	<i>Tillfälligt arbete</i>	<i>30</i>	<i>Diskussion</i>	<i>49</i>	<i>Norge</i>	<i>82</i>
<i>Avslutande ord</i>	<i>10</i>	<i>Rationaliseringar</i>	<i>30</i>	<i>Sammanfattning</i>	<i>51</i>	<i>Danmark</i>	<i>82</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>10</i>	<i>Yrken</i>	<i>31</i>	<b>5 B. Ekonomiska utvärderingar av interventioner i syfte att öka arbetsåtergång för personer med psykisk ohälsa</b>	<b>53</b>	<i>Finland</i>	<i>82</i>
<i>Referenser</i>	<i>12</i>	<i>Systematiska översikter av psykisk ohälsa och dess samband med arbetsfaktorer</i>	<i>31</i>	<i>Bakgrund ekonomiska analyser</i>	<i>53</i>	<i>Sammanfattning</i>	<i>82</i>
<b>2. Sjukskrivning/sjukfrånvaro</b>	<b>15</b>	<i>Depressiva besvär</i>	<i>31</i>	<i>Enskilda studier</i>	<i>54</i>	<i>Referenser</i>	<i>83</i>
<i>Allmänt om sjukfrånvaro</i>	<i>16</i>	<i>Sömnstörningar</i>	<i>33</i>	<i>Diskussion</i>	<i>55</i>	<b>8. Kunskapsluckor och framtida forskningsbehov</b>	<b>85</b>
<i>Sjukfrånvaro</i>	<i>16</i>			<i>Slutsatser</i>	<i>56</i>	<b>Bilaga tabellmaterial</b>	<b>86</b>
<i>Sjukdom</i>	<i>17</i>			<i>Sammanfattning</i>	<i>56</i>	<i>Tabellmaterial till kapitel 4 om arbete och psykisk ohälsa</i>	<i>86</i>
<i>Sjuknärvaro – många personer med kronisk sjukdom arbetar</i>	<i>17</i>			<i>Referenser</i>	<i>56</i>	<i>Tabellmaterial till kapitel 4 om arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning/förtidspension/död</i>	<i>93</i>
<i>Arbetsförmåga/produktivitet</i>	<i>17</i>					<i>Tabellmaterial till kapitel 5 om psykisk ohälsa och återgång i arbete</i>	<i>97</i>
<i>Varför varierar sjukfrånvaron?</i>	<i>18</i>						

# 1. PSYKISK OHÄLSA OCH PSYKISK SJUKDOM

## INLEDNING

Detta inledande kapitel syftar till att ge en översikt över begrepp som används när man talar om psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, liksom om de aktuella tillståndens klassifikation och förekomst. Dessutom ges en översikt om aktuell teoribildning om psykisk sjukdom, och till sist beskrivs översiktligt de psykiatriska tillstånden, med tonvikt på de som har signifikant effekt på arbetsliv och sjukfrånvaro. Vissa tillstånd har beskrivits ytterst ytligt och andra, som i detta sammanhang är av mindre betydelse, har helt utelämnats.

## Psykisk ohälsa

Världshälsoorganisationens (WHO) definition av begreppet hälsa lyder: Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom<sup>1</sup>.

Denna definition, som har utvecklats och kompletterats på olika sätt sedan dess, beskriver ett idealtillstånd av välbefinnande som få människor får uppleva under hela sin livstid. Snarare torde avvikelser från detta idealtillstånd höras till vardagen. I de fall avvikelserna, eller störningarna, är kortvariga och eller lindriga ses de i de flesta kulturer som del i ett livsförlopp, medan mer påtaglig påverkan på välbefinnandet leder över i det som i dagligt tal beskrivs som ohälsa. Någon klar definition av detta begrepp står inte att finna, något som i synnerhet gäller begreppet psykisk ohälsa. Det har icke desto mindre kommit till stor användning såväl

i Sverige som internationellt. Vanligtvis brukar man se benämningen psykisk ohälsa som en övergripande term som innefattar allt från nedsatt psykiskt välbefinnande, till exempel i form av oro eller nedstämdhet, till allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni eller förstämningssyndrom. Vem som först introducerade begreppet och i vilket sammanhang är inte känt men möjligen var syftet att avstigmatisera det vi definierar som psykisk sjukdom genom att inkludera vanliga mänskliga, psykologiska upplevelser som minskar välbefinnandet på ett signifikant sätt. Även om ett sådant syfte är välmenande har en konsekvens blivit att man i den allmänna debatten på ett otydligt sätt blandar ofta allvarliga och ibland dödliga sjukdomar med normalpsykologiska reaktioner. Någon motsvarighet till begreppet ”psykisk ohälsa” står inte att finna inom andra specialiserade discipliner. Man använder således inte begreppet ”kroppslig ohälsa” nedbrutet till ”cancerohälsa” eller ”hjärt- och kärlhälsa”. Med detta i beaktande är det viktigt att komma ihåg att normalpsykologiska reaktioner på en svår livssituation, svåra akuta händelser eller sjukdom kan vara nog så allvarliga och i sig förstärka det lidande som livssituationen, händelsen eller sjukdomen utgör. Från ett mänskligt funktionsperspektiv kan man därför känna sympati med begreppet, så länge man håller rågången mellan normalpsykologiska reaktioner, oaktat svårighetsgrad, och de svåra psykiatriska sjukdomstillstånden.

### Begrepp som används

**Common mental disorders; CMD** är ett engelskt begrepp som inkluderar de vanligast förekommande tillstånden. Det finns idag ingen bra svensk term. Vanligen inkluderas följande diagnoser: depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, social fobi, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom<sup>2</sup>.

**Samsjuklighet** (komorbiditet) innebär att en person vid ett och samma undersökningstillfälle uppfyller kriterier för flera olika psykiatriska diagnoser. Det är känt att samsjuklighet speglar ett svårare tillstånd med sämre prognos.

### Vad är psykisk sjukdom

Det psykiatriska sjukdomsbegreppet låter sig inte lätt definieras eftersom det kan skilja sig beroende på om man utgår från en medicinsk bedömning, individens egen upplevelse av sjukdom eller det sociala sjukdomsbegreppet, dvs. den sjukroll som individen tilldelas samt de samhälleliga rättigheter detta medför. Dessutom har sjukdomsbegreppet varierat över tid. Det är självklart beroende av kulturella faktorer samt inte minst de forskningsmässiga landvinningar som ständigt bidrar till att förändra vår syn på sjukdom och sjukdomsbegreppet och på de klassifikationssystem som styr vår diagnostik.

Flera termer används varandra överlappande för att beskriva psykiatriska tillstånd såsom syndrom, sjukdom eller störning<sup>3</sup>. Oaktat vilket av de nämnda begreppen som används är den kliniska innebörden att den person det drabbar upplever psykiska symtom som oftast är besvärande och som leder till funktionssvårigheter, socialt eller yrkesmässigt.

Ett ytterligare använt begrepp är ”psykiskt funktionshinder”. Här avses väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som en konsekvens av en psykisk störning. För att göra begreppet meningsfullt förutsätts att dessa begränsningar skall ha funnits, eller antas komma att bestå under en längre tid<sup>4</sup>.

### Klassifikationssystem

Ett välfungerande sjukdomsklassifikationssystem utgör en förutsättning för all medicinsk informa-

tionsbehandling och statistik. Ett sådant system som kopplats till ett nationellt sjukdomsregister möjliggör klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som föranlett kontakter med hälso- och sjukvården eller orsakat människors död. Genom att synliggöra hälsotillståndet i befolkningen, liksom förändringar i sjukdomspanoramata skapas förutsättningar för att kunna planera hälso- och sjukvårdens inriktning, resursfördelning och organisation.

Sveriges officiella system för sjukdomsklassifikation är ICD-systemet (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Sedan 1948 ansvarar Världshälsoorganisationen (WHO) för underhållet av ICD och den nu gällande versionen, ICD-10, publicerades år 1992. Ett eget kapitel i ICD-handboken omfattar de psykiatriska diagnoserna. I anslutning till den nu aktuella ICD-10 har WHO publicerat en kvalificerad sammanställning av texter och riktlinjer, ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorders, Descriptions and Diagnostic Guidelines, och dessutom en sammanställning av forskningskriterier.

DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) är den amerikanska psykiatriska föreningens system för klassificering av psykiska störningar, som tillämpas i stora delar av världen. Den första versionen av DSM publicerades 1952. 1980 kom DSM-III för att förbättra kommunikerbarheten av de psykiatriska diagnoserna, såväl inom som utanför specialiteten, liksom även överensstämmelsen i diagnostiken. År 2013 publicerades DSM-5 med ytterligare förbättringar.

Såväl ICD-systemet som DSM-systemet har utsatts från kritik utifrån olika utgångspunkter. Det ges här inte plats att redogöra för alla aspekter av denna kritik, vars viktigaste innehåll dels är att systemen sägs innebära en ”medikalisering” av ett onödigt stort antal psykiska symtom och dels att det finns en risk att personer som ges en formaliserad sjukdomsdiagnos stigmatiseras, kanske för livet, vilket leder till en sjukroll som motverkar funktion i samhället. Till klassifikationssystemens försvar kan då sägas att de endast leder till diagnostik av störningar – inte människor – och möjliggör ett sätt att kommunicera mellan vårdgivare, samt utgöra bas för forskning på ett så stringent sätt som möjligt. Värdet och nyttan av en specifik diagnos beror bland annat på kvaliteten och riktigheten i det underlag som diagnosen grundas på, hur väl den fångar den kliniska bilden och hur väl den ger vägledning.

”Common mental disorders” (CMD) är ett begrepp som ofta används i forskningsrapporter för att beskriva en grupp tillstånd. Vilka diagnoser som ingår i

CMD varierar. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) inkluderar i sin definition följande diagnoser: depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, social fobi, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom<sup>2</sup>. I andra sammanhang kan man se att även så kallade somatoforma syndrom inbegrips. Innebörden i dessa diagnoser beskrivs senare i detta kapitel. I vissa rapporter och undersökningar som publicerats på svenska har CMD översatts till ”lättare psykisk ohälsa”. Denna beteckning är tyvärr språkligt vilseledande eftersom den kan uppfattas innebära ett förringande av psykiska besvär som kan orsaka betydande nedsättning av hälsa, funktion och arbetsförmåga<sup>5</sup>. Den bör därför undvikas.

### Den diagnostiska processen

Gemensamt för all bedömning av psykisk ohälsa, vare sig det gäller primärvård eller specialiserad psykiatrisk vård, gäller att diagnostiken ofta är komplicerad. Patienter som söker eller remitteras till psykiatrisk vård har ofta en mångfald psykiska symtom och samsjuklighet är vanligt. Den diagnostiska processen består i att värdera typ och svårighetsgrad av de psykiska problemen samt att bedöma påverkan på funktion och livskvalitet. Den ideala diagnostiska processen följer en metodik som brukar benämnas LEAD (Longitudinal, Experts, All Data procedure)<sup>6</sup>. LEAD innebär att patientens egen berättelse, tillsammans med resultat från genomförda undersökningar, frågeformulär och diagnostiska intervjuer sammanställs och diskuteras i ett team av erfarna bedömare. I detta sammanhang är det ofta relevant att efterfråga närståendes syn på de problem som föranleder vårdkontakten. Resultatet av en diagnostisk LEAD process är en väl förankrad diagnos som i sin tur skapar underlag för fortsatt omhändertagande och riktad behandling. Sådan omsorgsfull diagnostik är dock tidskrävande och används därför i begränsad utsträckning. Till vardags sätts oftast diagnoser på ett underlag, som i jämförelse med det som LEAD processen ger, kan betraktas som bräckligt. Mer än så, flera undersökningar visar att många patienter ges farmakologisk behandling riktad mot psykiska symtom utan att patientens besvär föranlett en diagnos<sup>7</sup>.

### Diagnostiska hjälpmedel

Dialogen med patienten utgör själva navet i den diagnostiska processen. Det har visat sig att stöd av intervjuformulär ökar den diagnostiska träffsäkerheten jämfört med ett sedvanligt samtal<sup>8</sup>. I en nyligen genomförd systematisk översikt från SBU rapporteras att denna typ av intervjuer, trots deras värde för en

bra diagnostik, endast används i liten utsträckning såväl i primärvård som inom den specialiserade vården. Nackdelar som ofta nämns är tidsbrist och att formulärens är stelbenta. I studier där patienter tillfrågats är dessa genomgående positiva<sup>8</sup>.

### Varför blir man psykiskt sjuk?

Varför en person blir psykiskt sjuk är en fråga som inte fullt ut går att besvara. Även om det idag bedrivs en betydande forskning om orsaker bakom psykisk sjukdom befinner vi oss bara i början av förståelsen av hur vår mänskliga hjärna fungerar och vad som orsakar att vissa människor blir sjuka. Den förklaringsmodell som idag används för att närma sig orsaker till psykisk sjukdom benämns ”stress-sårbarhetsmodellen”<sup>9</sup>. I korthet utgår stress-sårbarhetsmodellen från att människor har olika medfödda och förvärvade förutsättningar att klara av fysisk eller psykisk stress vilket är avgörande för huruvida man utvecklar till exempel psykisk sjukdom. Varje individ beskrivs således ur ett ”sårbarhetsperspektiv”. Genetiska variationer kan förklara varför somliga personer har en benägenhet att reagera kraftigare på stressande faktorer än andra. Likaså kan påverkan under fosterstadiet, till exempel näringsbrist, infektioner eller toxisk påverkan, påverka hjärnans utveckling negativt. Forskningsrön under det senaste decenniet har dessutom visat hur den genetiska utrustningen kan påverkas av miljön, framförallt under fosterstadiet, genom att utöva inflytande på hur olika gener slås på och av. Detta har givit upphov till begreppet ”epigenetik”, dvs. något som sker ”utanpå eller ovanför generna”. Betydelsen av dessa mekanismer är fortfarande mindre känd, men mycket talar för att de är en delförklaring till varför ett ”arv” för en viss sjukdom kan visa sig, eller inte visa sig, på ett nästan slumpmässigt sätt.

Sårbarheten kan också vara förvärvad. Det är välkänt och väl studerat att utsatthet under barnåren, kroppslig sjukdom, fetma, hög alkoholkonsumtion och andra livsstilsfaktorer kan göra en individ mer mottaglig för yttre belastning.

En mycket viktig sårbarhetsfaktor är individens personlighet, ett begrepp som beskrivs nedan i denna text. Omfattande studier har visat att personer med en ansamling av de personlighetsdrag som kallas ”neuroticism” har en mycket ökad sjukvårdskonsumtion med såväl psykiatriska som somatiska diagnoser<sup>10</sup>. De ekonomiska kostnaderna för samhället orsakade av denna sårbarhetsfaktor beskrivs vara större än de kostnaderna som orsakas av de tillstånd som innefattas i begreppet ”common mental disorders”<sup>10</sup>.

## Hur vanligt är nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk sjukdom

Förekomsten av psykisk ohälsa, definierat som nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen, kan mätas med hjälp av frågeformulär, till exempel genom nationella och regionala folkhälsoenkäter, varvid de tillfrågade själva skattar symtom och hälsoläge. Undersökningar av det här slaget är behäftade med olika svagheter och andelen personer som inte svarar på enkäter är ofta relativt stor i enkätundersökningar. Trots brister kan sådana ändå ge en uppfattning om det självskattade hälsoläget vid en viss tidpunkt och med hjälp av upprepade mätningar är det möjligt att följa utvecklingen över tid. I den nationella folkhälsoenkäten år 2013 rapporterade således 21 procent av kvinnorna och 15 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. Könsskillnaden var som störst för den yngre åldersgruppen, 16 till 29 år, där 29 procent av kvinnorna jämfört med 16 procent av männen rapporterade nedsatt välbefinnande<sup>11</sup>. I så kallade öppna jämförelser, finner man betydande regionala skillnader i Sverige men andelen personer med nedsatt psykiskt välbefinnande inom respektive region har varit stabil eller till och med minskat under 2000-talet. Bland unga har däremot ingen stabilisering skett, istället har andelen unga som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande ökat. Detta gäller särskilt stressrelaterade symtom hos unga kvinnor samt unga som är arbetslösa.

För att på bästa sätt besvara frågan om hur ofta psykisk sjukdom eller psykiska syndrom förekommer i befolkningen får man förlita sig på stora internationella undersökningar. I Tabell 1, som ger data från några av de mest citerade undersökningarna, ges information om hur stor andel av befolkningen som bejakat förekomst av psykisk sjukdom någon gång i livet samt senaste 12 månaderna. De studier som valts är den amerikanska "The National Comorbidity Survey Replication (NCSR)"<sup>12; 13</sup> och "The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)"<sup>14</sup> som genomförts i sex europeiska länder. De nordiska länderna representeras av två studier från Norge, en från Oslo med omnejd<sup>15</sup> samt en motsvarande studie som genomfördes inom ett glesbygdsområde på norska Vestlandet<sup>16</sup>. Samtliga studier genomfördes med hjälp av utbildade "lekmän" som tränats att använda väletablerade strukturerade intervjuer baserat på modern diagnostik.

Dessa studier visade skilda resultat i så måtto att den europeiska undersökningen, ESEMeD fann en lägre förekomst i befolkningen än de övriga undersökningarna. Sälunda uppvisade 10 procent av de intervjuade kriterium för åtminstone en psykiatrisk diagnos de senaste tolv månaderna och 25 procent någon gång

tidigare i livet. I den amerikanska undersökningen var dessa siffror 26 och 46 procent, och i de norska 33 och 53 procent i storstad respektive 16 och 31 procent på landsbygd. Det har ifrågasatts om inte ESEMeD haft strängare kriterier än de andra undersökningarna<sup>17</sup>. Det har uppskattats att en undergrupp av de som uppfyllt något kriterium på psykisk sjukdom eller psykiska syndrom haft "måttliga symtom" och att många av dessa spontanförbättrats över tid<sup>18</sup>. Det har därför höjts ett varningens ord att sätta likhetstecken mellan förekomsten av vissa psykiska tillstånd och faktiskt vårdbehov för dess.

I en nyligen genomförd registerstudie från Danmark uppskattades att en tredjedel av befolkningen någon gång i livet får psykiatrisk specialistvård<sup>18</sup>. I Sverige ges årligen ungefär 50 000 individer psykiatrisk slutenvård och cirka 260 000 individer öppenvård i form av läkarbesök inom den specialiserade psykiatrin<sup>19</sup>. Det innebär att minst 3 % av den vuxna befolkningen ges psykiatrisk specialistvård varje år. Huvuddelen av de som behöver vård för psykiska problem behandlas dock i primärvården. Ofullständiga register och ofta frånvaro av formell diagnos<sup>7</sup> gör att det är svårt att få en korrekt uppfattning av omfattningen av denna vård.

De vanligaste tillstånden utgjordes i samtliga undersökningar av ångestrelaterade syndrom och förstämningssyndrom, i huvudsak depression, dvs. syndrom som inkluderas i begreppet "Common mental disorders" (CMD, se tidigare i denna text). Förekomsten av varje störning redovisas nedan under respektive rubrik.

I ESEMeD har analyserats hur kvarvarande livstid ter sig efter en diagnos av de vanligaste tillstånden, svår depression, dystymi och ångestsyndrom. Den kvinnliga befolkningen visade sig tillbringa längre tid med dessa tillstånd än män och även uppvisa en längre proportionell del av kvarvarande liv med sådana tillstånd. Beräknat över alla undersökta länder var den absoluta och den proportionella kvarvarande livstiden med psykisk sjukdom för kvinnor mer än dubbelt så lång som för män; från 25 års ålder räknat 5,1 år eller 8,7 procent jämfört med 1,8 år eller 3,4 procent. Detta överensstämmer med den välstuderade ökade förekomsten av rapporterad psykisk sjukdom hos kvinnor; se till exempel<sup>20</sup>.

### Samsjuklighet

Begreppet samsjuklighet, som ibland även benämns komorbiditet, betyder att den presenterade symtombilden är sådan att flera psykiska tillstånd kommer att föreligga samtidigt. I den ovan citerade befolkningundersökningen från USA var samsjukligheten betydande. Inte mindre än 6 procent av deltagarna hade

samtidigt två diagnoser och en lika stor andel hade tre eller fler diagnoser<sup>13</sup>.

Samsjuklighet förekommer ofta hos patienter inom den specialiserade psykiatrin. I en svensk undersökning av unga vuxna som sökt psykiatrisk öppenvårdsmottagning förekom samsjuklighet hos huvudparten av patienterna och var förknippad med sämre funk-

tionsförmåga<sup>21</sup>.

Vanliga förhållanden, som påverkar såväl klinisk bild som utfall efter behandling är samtidigt med annan diagnos förekommande personlighetsstörning, missbruk eller bådadera; eller ångesttillstånd och depression i konstellation.

**Tabell 1** Sammanställning av data från fyra internationella studier avseende förekomst av psykisk sjukdom i befolkningen.

	Kessler oa, 2005a, 2005b <sup>12;</sup> 13	ESEMeD project, 2004 <sup>14</sup>	Kringlen oa 2001 <sup>15</sup>	Kringlen oa 2006 <sup>16</sup>
Bakgrundpopulation	Representativt, USA	Representativt från sex europeiska länder	Storstad, Oslo med omnejd, Norge	Landsbygd, Vestlandet, Norge
Antal undersökta personer	9 282	21 425	2 066	1 080
Ålder	18 -	18 -	18 - 65	18 - 65
Stratifiering	Ja	ja	nej	nej
Svarsfrekvens	71 %	61 %	58 %	63 %
Metod	Personlig datastödd intervju	Personlig datastödd intervju	Personlig intervju	Personlig intervju
Instrument	WMH-CIDI <sup>a</sup>	WMH-CIDI <sup>a</sup>	CIDI <sup>b</sup>	CIDI <sup>b</sup>
Kriterier	DSM-IV	DSM-IV	DSM-III-R	DSM-III-R
<b>Rapporterad förekomst vid något tillfälle tidigare i livet (procent)</b>	46,4	25,0	52,4	30,9
- förstämningssyndrom	20,8	14,0	29,4	14,8
- ångestsyndrom	28,8	13,6		
- alkoholrelaterade tillstånd	18,6	5,2	22,7	9,4
- tre eller fler	17,3	ej beskrivet	14,9	5,1
<b>Rapporterad förekomst de senaste 12 månaderna (procent)</b>	26,2	9,6	32,8	16,5
- förstämningssyndrom	9,5	4,2	12,0	5,4
- ångestsyndrom	18,1	6,4		
- alkoholrelaterade tillstånd	4,3	1,0	10,6	3,1
- tre eller fler	6,0	ej beskrivet	7,4	2,2

<sup>a</sup>The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview <sup>22 b</sup> The Composite International Diagnostic Interview <sup>23</sup>



## Könsskillnader

Depressioner och ångestsyndrom är vanligare hos kvinnor medan alkohol- och drogrelaterade störningar oftare förekommer hos män. Vad som döljs bakom dessa könsskillnader är fortfarande oklart. Vad depression beträffar har bland annat könsskillnader avseende traumatiska barndomsupplevelser, kulturella normer, upplevelse av negativa livshändelser och hormonella skillnader ofta föreslagits som delförklaringar<sup>24</sup>. Dessutom har det ifrågasatts om inte det som tolkas som depression hos kvinnor kan ta sig andra uttryck hos män och då ge kliniska bilder som deskriptivt uppfyller kriterier för andra diagnoser. Intressant i sammanhanget är att pojkar något oftare drabbas av depression jämfört med flickor. I puberteten förändras mönstret till det motsatta.

## ÖVERSIKT ÖVER DE PSYKIATRISKA TILLSTÄNDEN

### Personlighet och personlighetsstörningar

De bestående mönster av känslor, tänkande och beteende som karaktäriserar varje människa beskrivs som individens personlighet. Denna utgör ett resultat av såväl arv som miljö. Mycket grovt förefaller dessa spela ungefär lika stor roll. Över åren har olika forskare, och från olika angreppspunkter försökt strukturera upp personlighetens olika karaktäristika, vilket givit upphov till begreppet personlighetsdrag. Idag talar vi om tre, fyra eller fem grupper av personlighetsdrag.

En personlighetsstörning definieras av ett komplext mönster av olika förstärkta personlighetsdrag som på olika sätt påverkar individens sätt att vara. Störningen skall vara varaktig och inverka negativt på personens vardag. Den yttrar sig i form av problem med tankeinhåll, känsloliv, sociala relationer och impuls kontroll. Personlighetsstörningar av olika svårighetsgrader förekommer hos omkring var tionde vuxen person. De förekommer ofta tillsammans med andra psykiatriska tillstånd i form av så kallad samsjuklighet, och påverkar då den kliniska bilden och prognosen.

### Förstämningssyndrom

Begreppet förstämningssyndrom innefattar såväl episoder med sjuklig nedstämdhet, depression, som sjuklig upprymdhet, mani, eller en kombination av båda. Förstämningssyndrom är allvarliga tillstånd innebärande stort lidande och funktionsnedsättning liksom ökad risk för kroppsliga sjukdomar och förtida död. Risken för att en person med förstämningssyndrom avlider i förtid är ungefär dubbelt så stor som för befolkningen som helhet, och risken för självmord är 15 – 20 gånger högre<sup>25</sup>.

Av förstämningssyndromen är egentlig depression

klart vanligast. I NCSR var livstidsförekomsten 17 procent<sup>12</sup> och förekomsten året före undersökningen var 7 procent<sup>13</sup>. I den svenska Lundbystudien, som initierades på 1940-talet och bygger på upprepade mätningar var sannolikheten för kvinnor att insjukna i en depression före 70 års ålder 45 procent och för män 27 procent<sup>26</sup>. Risken att insjukna i en högst medelsvår depression var 29 procent för kvinnorna och 16 procent för männen, och att insjukna i en svår depression var 3 procent för båda könen. Således är skillnad i förekomst mellan män och kvinnor väl belagd. Därremot finns inga konsistenta könsskillnader avseende symtom, sjukdomsutveckling, behandlingssvar eller funktionspåverkan<sup>27</sup>. Man har sett att depressioner som debuterar tidigt i livet är mer familjära och oftare involverar personlighetsproblematik.

Kärnsymtomen vid depression är nedstämdhet, minskat känslomässigt engagemang, sömn- och aptitstörning, passivitet, skuld, livsleda samt kognitiv påverkan i form av koncentrations- och minnessvårigheter. Smärta ingår inte bland diagnoskriterierna men ses hos närmare hälften av patienter med depression<sup>28</sup>. Beroende av när depressionen uppträder eller hur den kan karaktäriseras finns möjligheter till underkategorisering. Några exempel är depression i anslutning till barnafödande, depression med psykotiska symtom och årstidsbunden depression. Varaktigheten av ett depressivt skov uppskattas till cirka sex månader men variationerna är stora. Runt 20 procent blir kroniska vilket definieras som en varaktighet av mer än två år. Risken att återinsjukna i nya depressiva episoder efter tillfrisknande är mycket stor, upp till 50 procent de första åren och upp till 85 procent under en livstid<sup>29</sup>. Vanligen blir tiden mellan återfallen kortare och kortare. Kvarstående milda symtom efter tillfrisknande är en stark prediktor för återfall. Andra faktorer som kopplats till sämre återhämtning omfattar psykotiska symtom, prominent ångest, personlighetsstörning och hög svårighetsgrad.

Neuroticism, dvs. en konstellation av ångest- och depressionsrelaterade personlighetsdrag nedsätter förmågan att hantera stressfulla händelser och ökar risken för att utveckla depression.

Evidensbaserad behandling utgörs framför allt av antidepressiva läkemedel och olika varianter av kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk korttids terapi och interpersonell psykoterapi. Vid svåra tillstånd har elektrokonvulsiv behandling (ECT) bäst dokumenterad effekt<sup>30</sup>. Målet med all behandling är tillfrisknande. En metaanalys av studier i primärvård har visat att andelen tillfrisknade efter läkemedelsbehandling var endast 50 – 67 procent<sup>31</sup>. I vanlig klinisk verksamhet är dock denna chans ofta betydligt lägre.

Många gånger krävs byte av behandling, eller kombination av flera behandlingsstrategier för att resultatet ska bli lyckosamt.

Dystymi är ett tillstånd som kännetecknas av en lågradig depressivitet och lång varaktighet. För diagnos krävs symtom under minst halva tiden av en tvåårsperiod. Tillståndet är mindre vanligt än egentlig depression, förekomsten skattas till mellan 1,5 och 3 procent i befolkningen. Den kliniska bilden varierar ofta över tid och är inte sällan kopplad till stressfulla händelser eller relationsproblem. Behandlingen är väsentligen densamma som vid egentlig depression men effekten av given behandling är ofta mindre framgångsrik. Trots att symtomen vid första anblick kan tyckas mildare än vid depression är påverkan på arbetsliv och sociala relationer ofta påtaglig<sup>27</sup>.

*Bipolärt syndrom, typ I* (även manodepressiv sjukdom) karaktäriseras av alternerande episoder med depression och mani, ett tillstånd med förhöjd sinnesstämning och överaktivitet som är depressionens raka motsats. *Bipolärt syndrom, typ II* innebär att episoderna med förhöjd sinnesstämning är kortvariga och funktionspåverkan är mindre uttalad (hypomani). Symtomen vid bipolärt syndrom blir vanligtvis svårare med tiden och utan behandling riskerar den drabbade personen att utveckla kroniska funktionsnedsättningar. Förekomsten varierar i olika studier. I en studie genomförd av WHO var den genomsnittliga livstidsrisken 2,4 procent men då hade även lättare former av bipolärt syndrom, s.k. ”subtreshold”, inkluderats<sup>32</sup>. Insjuknande i bipolärt syndrom sker ofta i sena tonåren. Den allvarligare formen av sjukdom, bipolärt syndrom typ I, är lika vanlig hos kvinnor som hos män medan typ II är något vanligare hos kvinnor. Årftlig belastning är den viktigaste riskfaktorn. Behandlingen utgörs framför allt av stämningsstabiliserande läkemedel, i första hand litium. De ofta återkommande episoderna liksom ofta kvarstående symtom mellan episoderna bidrar till att bipolärt syndrom rankas på andra plats av de psykiska sjukdomarna då det gäller funktionspåverkan på människor i arbetsför ålder<sup>33</sup>.

### Utmattningssyndrom

”Burnout” eller utbrändhet är ett begrepp som långt tillbaka, på ett närmast jargongartat sätt, användes för att beskriva medicinska restillstånd hos patienter med schizofreni och andra svåra sjukdomar<sup>34</sup>. I slutet av 1960-talet kom begreppet att få en ny innebörd. Burnout blev då benämningen på ett fysiskt och psykiskt utmattningstillstånd som först beskrevs hos personal som arbetade med svårt psykiskt sjuka människor. Några år senare genomförde den amerikanska psykologen Christina Maslach en intervjuundersökning av socialarbetare och fann liknande till-

stånd hos dem bland deltagarna som upplevde att de ”gått över gränsen” i sitt engagemang i arbetet med klienter. De använde själva ordet burnout för att beskriva sin upplevelse. Maslach identifierade tre dimensioner; emotionell utmattning, empatiförlust och otillräcklighet i form av minskad effektivitet. Dessa har sedan dess utgjort begreppets kärna<sup>35</sup>.

*Utmattningssyndrom* är troligen det svenska namn som bäst överensstämmer med de tillstånd som i den engelskspråkiga litteraturen går in under begreppet burnout. År 2005 införde Socialstyrelsen utmattningssyndrom som diagnos. I de kriterier som utvecklats för att beskriva tillståndet ingår att den drabbade personen under minst ett halvår före insjuknandet upplevt påtaglig stress och successivt under denna tid känt att det varit allt svårare att leva upp till omgivningens eller egna krav<sup>34</sup>. Utöver nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress domineras bilden av påtaglig energibrist, koncentrationssvårigheter, känslomässig labilitet eller irritabilitet och sömnstörning. Kroppsliga symptom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet är också vanliga. Utmattningssyndrom och depression är tillstånd som delvis överlappar varandra, särskilt i de fall då utmattningssyndromet går med nedstämdhet. När diagnoskriterier för såväl depression som utmattningssyndrom är uppfyllda samtidigt betraktas tillståndet i första hand som en depression.

Eftersom diagnosen utmattningssyndrom endast används i Sverige är forskning på området begränsad och svår att generalisera. SBU har nyligen publicerat en rapport som sammanfattar forskningsläget för samband mellan faktorer i arbetsmiljön och symtom på depression och utmattningssymtom. Resultat från denna beskrivs längre fram i rapporten<sup>36</sup>.

### Ångestsyndrom

Begreppet ångest används för att beteckna en rad ospecifika, obehagliga symtom som liknar upplevelser av svår fruktan och skräck. De kroppsliga aspekterna av ångest är spänning eller rastlöshet, medan den psykiska ångesten kan variera i styrka alltifrån lätt ångslan till fullskalig panik. Ångest kan förekomma som en kortvarig episod till att vara ständigt närvarande. Det är normalt att reagera med oro och ångest i en farosituation, men om ångesten inte viker när hotet upphör, alternativt uppträder i frånvaro av triggnande faktorer, då kan ett ångestsyndrom föreligga. Med primär ångest menas att ångestsymtomet är själva grunden i sjukdomsbilden, precis som vid ett ångestsyndrom. Vid sekundär ångest ses ångesten snarare som ett delfenomen i ett annat tillstånd, till exempel vid en depression eller personlighetsstörning.

Ångestsyndromen är de vanligast förekommande av de psykiska störningarna i alla ålderskategorier. I NCSR fann man en livstidsrisk för *något* ångestsyndrom på 25 procent med en övervikt för kvinnor<sup>12</sup>. Ångestsyndromen har uppskattats stå för mellan 10 och 15 procent av de förekommande diagnoserna på en primärvårdsmottagning och upp till 40 procent av nya remisser till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning<sup>37</sup>.

Gemensamma riskfaktorer för att utveckla ett ångestsyndrom är kvinnligt kön, ung ålder, ensamstående eller separerad, låg socioekonomisk status, svagt socialt stöd, låg utbildning och stressande livshändelser, särskilt i barndomen. Det finns starkt stöd för en familjär koppling dels i form av genetik, men även i form av inlärning<sup>37</sup>.

Ångestsyndrom har en hög grad av samsjuklighet med såväl andra psykiska störningar som med somatiska tillstånd. Till dessa hör hjärt-kärlsjukdom, luftvägssjukdomar, artrit och migrän<sup>38</sup>. Det har föreslagits att debut av en allvarlig kroppslig sjukdom triggar utveckling av ett ångestsyndrom, eller motsatt, att ångest och undvikande leder till kroppslig ohälsa.

Psykologisk behandling, fr a olika varianter av KBT, samt antidepressiva läkemedel utgör basen i behandlingen.

Nedan ges karaktäristika för några av de vanligaste ångestsyndromen.

Panikattack är samlingsnamnet på ett antal symtom, främst till följd av aktivering av det sympatiska nervsystemet. Vanligast är symtom från hjärtat i form av överdriven medvetenhet av hjärtslagen, så kallade palpitationer, bultande hjärta och hastig puls. Andra symtom kan vara svettning, kvävningsskänsla, illamående, domningar och stickningar, svindel och inte minst dödsskräck. En panikattack kommer plötsligt, utan rimlig anledning och kulminerar efter ett par minuter för att sedan successivt avta inom 30 – 60 minuter. Panikattacker förekommer inte bara vid paniksyndrom utan kan vara en del i social eller specifik fobi. Minst 10 procent av befolkningen har haft enstaka panikattacker men endast en mindre andel av dessa kan diagnostiseras med paniksyndrom. Livstidsrisken i NCSR var 4,7 procent<sup>12</sup> med en medeldebutålder på 24 år<sup>39</sup>.

Utöver en tilltagande frekvens panikattacker krävs för diagnosen *paniksyndrom* att oro för nya attacker utvecklas, oro kring konsekvenserna av en attack eller förändrat beteende till följd av attackerna. Ofta leder förväntansängesten till att personen börjar und-

vika situationer där attacker uppstått liksom platser där hen kan känna sig utlämnad eller hjälplös om en attack uppstår. I denna situation har paniksyndromet komplicerats med agorafobi. En stor andel av de som uppvisar paniksyndrom utvecklar med tiden även depressioner.

Kärnan i diagnosen *social fobi* är en orimlig rädsla för kritisk granskning. I synnerhet fruktas situationer där man kan skämskådas och värderas av andra, eller risker att göra bort sig. Därför undviks sådana situationer alternativt uthärdas under stark ångest. Eftersom livet, för de flesta, förutsätter att man kan hantera sociala situationer kan social fobi bli mycket handikappande. En svensk undersökning baserad på självrapportering fann att 16 procent av universitetsstudenter rapporterar symtom tydande på social fobi, oftast av mild till måttlig grad<sup>40</sup>. I NCSR var livstidsförekomsten nästan 11 procent<sup>12</sup>, vilket gör det till det vanligast förekommande ångestsyndromet. Den situation som en person med social fobi fruktar mest är att tala inför andra. Medianålder för debut av social fobi är 15 år. Utan behandling kan tillståndet bli kroniskt och gravt handikappande. Samsjuklighet med andra ångestsyndrom och depression förekommer hos närmare hälften av personer med social fobi. Så kallad självmedicinering med exempelvis alkohol för att uthärda sociala situationer är inte ovanligt.

*Specifik fobi* är ett tillstånd som karaktäriseras av en stark, varaktig och irrationell rädsla för ett specifikt objekt eller en specifik situation. Utsätts personen för den fruktade situationen utlöses en intensiv rädsloreaktion. Eftersom priset på att uthärda den fruktade situationen är högt gör den drabbade personen ofta stora ansträngningar att undvika densamma. Undvikandet blir på sikt det kärnsymtom som kommer att störa personens normala livsföring. Allehanda djur, naturföreteelser (såsom höjder och åska) liksom blod och sprutor är exempel på vanliga objekt som utlöser en rädsloreaktion. Specifika situationer som personer med specifik fobi undviker eller fruktar är till exempel att resa med flygplan eller att åka hiss. Om behandling uteblir blir den specifika fobin ofta bestående. Till skillnad från andra ångestsyndrom är inte specifik fobi förenad med ökad risk för samsjuklighet i ångest- eller depressionssjukdom.

*Generaliserat ångestsyndrom* innebär en ständigt närvarande oro kopplad till en överdriven och varaktig rädsla för olika livsomständigheter. Den ångestfyllda oron som personer med generaliserat ångestsyndrom upplever omfattar realistiska tanke- och föreställningskedjor kring händelser som skulle kunna inträff-

fa. Ekonomi, sjukdom, olyckor och misslyckanden är vanliga temata för tankarna. Den svårkontrollerade oron är förknippad med symptom som rastlöshet, koncentrationssvårighet, irritabilitet, uttrötthet, muskelspänning och sömnstörning. Risken att drabbas någon gång under livet uppskattas till ungefär 6 procent<sup>12</sup>. Majoriteten beskriver att de haft en benägenhet att oro sig redan som barn och förloppet under livet är ofta kroniskt med bättre och sämre perioder. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor och samtidiga symtom på depression är vanliga.

### Trauma och stressor-relaterade störningar

Så gott som alla människor utsätts under livet för någon eller några händelser som är svåra, hotfulla eller djupt omskakande. I de flesta fall uppvisar människan en motståndskraft som gör att minnet av händelsen så småningom integreras, avtar i kraft och blir en del av personens livshistoria. Men vid mycket svåra händelser, ofta med hot till liv och hälsa, kan hos vissa individer de initiala stressreaktionerna kvarstå eller förvärras och då bli kroniska. *Posttraumatiskt stressyndrom* (PTSD) är en psykisk störning som kan debutera efter en sådan svår händelse. Typiska symtom är att händelsen återupplevs i form av påträngande minnesbilder eller mardrömmar, att känslolivet blir avflackat och personen blir överdrivet vaksam eller på helspänn. I bilden ingår också att den drabbade undviker påminnelser om händelsen. Livstidsförekomsten av PTSD uppskattas vara runt 10 procent<sup>41</sup>. Samsjuklighet med ångestsyndrom är mycket vanligt. Tillfrisknande sker hos upp till 50 procent inom tre månader men en stor andel fortsätter att ha symtom efter ett år<sup>42</sup>.

*Akut stressyndrom*, som också ingår i denna grupp, liknar i många avseenden PTSD men har dels en snabbare debut och innehåller ofta betydligt mer av så kallad dissociation, dvs. ett psykologiskt avskärmande, eller avstängning av sinnesintryck.

### Tvångssyndrom

Tvångssyndrom yttrar sig i form av tvångstankar och tvångshandlingar. Med tvångstankar avses återkommande tankar, impulser eller fantasier som personen upplever påträngande eller meningslösa och som ger upphov till ångest eller obehag. I sin mest allvarliga form kan tvångsritualer uppta den drabbade personens hela vakna tid. Förekomsten i befolkningen uppskattas till 1,5 procent<sup>12</sup> och skiljer sig inte mellan könen. Förloppet är oftast kroniskt. En svensk 40-årsuppföljning, den längsta som någonsin gjorts, visade att ungefär 80 procent förbättrades över tid men bara 20 procent tillfrisknade helt<sup>43</sup>.

### Somatoforma syndrom

Somatoforma syndrom betecknar namnet på en grupp psykiatriska tillstånd där fysiska symtom är i fokus och antyder kroppslig sjukdom. Trots grundlig somatisk utredning av den drabbade kan man inte finna tillräcklig förklaring till personens besvär. Alternativt står identifierade kroppsliga fynd inte i proportion till det lidande eller den funktionsstörning personen upplever.

Somativering är den gemensamma nämnaren för de somatoforma syndromen och kan ses som en process genom vilken psykiska belastningar och symtom tar sig kroppsliga uttryck. Benägenheten att somatisera ökar vid psykosocial stress och påfrestande livshändelser. Personer med somatoforma syndrom söker sällan psykiater i första hand utan i stället de specialister som de tror kan hjälpa dem på grund av de kroppsliga problem som plågar dem. Det är svårt att objektivt bedöma hur vanligt förekommande de somatoforma syndromen är. I den tidigare citerade undersökningen från Oslo med omnejd, uppskattades livstidsförekomsten till nästan 4 procent med en signifikant övervikt bland kvinnor<sup>15</sup>.

*Somatiseringsyndrom* innebär en klinisk bild med ett flertal kroppsliga symtom som ansamlats under en period av flera år, som debuterat före 30 års ålder och som föranlett upprepade konsultationer. Trots grundlig undersökning av den drabbade kan man inte finna tillfredsställande kroppslig förklaring till personens besvär. Det är vanligt att personer med somatiseringsyndrom inte ger upp tanken på att de kan ha drabbats av allvarlig somatisk sjukdom. De kommer därför att söka sjukvården otaliga gånger och på så sätt utsätta sig för potentiellt riskfyllda diagnostiska procedurer och kirurgiska ingrepp<sup>44</sup>.

Smärta ska i första hand tolkas utgöra tecken på en kroppslig sjukdomsprocess och utredningen bör i första hand inriktas på att bedöma om så är fallet. Diagnosen *somatoformt smärtsyndrom* innebär, som namnet antyder, smärta vilken är av sådan intensitet och svårighetsgrad att den motiverar klinisk utredning, och där man efter sådan utredning inte finner tecken på kroppslig sjukdom som förklarar besvären. Psykologiska faktorer bedöms här ha en avgörande betydelse för smärtans debut, svårighetsgrad och varaktighet. Forskningen om smärtans patofysiologi är i en dynamisk utveckling men fortfarande saknas väsentliga pusselbitar. Detta tillsammans med vetskapen om att långvariga smärttillstånd ofta går hand i hand med psykiska lidanden och syndrom gör diagnosen so-

matofornt smärtsyndrom särskilt grannlaga och kräver ofta bedömning av psykiatrisk expertis.

Till denna grupp hör också *hypokondri och konversionssyndrom*. Hypokondri är ett tillstånd som främst karaktäriseras av en rädsla att drabbas av allvarlig sjukdom, eller en övertygelse att redan ha drabbats. Den svåra ångest som patienter med hypokondri upplever antyder släktskap med ångestsyndromen.

Diagnosen *konversionssyndrom* innebär ett tillstånd med minst ett symptom eller funktionsbortfall som rör viljestyrda motoriska funktioner eller sinnesintryck, vilket antyder neurologisk eller annan somatisk sjukdom. Vanliga yttringar är svaghet eller förlamning, syn- eller känselrändringar, skakningar, gånggrubning eller epilepsiliknande anfall<sup>45,46</sup>.

Sist i raden av somtoforma störningar är *dysmorfofobi*. Kärnkriteriet vid dysmorfofobi är fixering vid en inbillad defekt i utseendet<sup>47</sup>.

### Psykosjukdomar

Psykosjukdomar debuterar ofta tidigt i livet och är mycket svåra tillstånd. De ingår inte i denna sammanställning.

Psykos betyder bokstavligen att hjärnan befinner sig i ett abnormt tillstånd, och används för att beskriva ett allvarligt mentalt tillstånd som inbegriper brist eller förlust av verklighetskontakten. Hallucinationer och vanföreställningar är centrala symptom vid psykosjukdomar. Med hallucination avses en sinnesförmälsse utan att det finns ett yttre stimulus. Hallucinationer kan drabba alla våra fem sinnen. Vanföreställningar yttrar sig i felaktiga föreställningar om personen själv, andra personer eller händelser, vilka av omgivningen inte anses kunna vara sanna och ofta uppfattas vara absurda. Sjukdomsbilden vid psykos involverar ofta även osammanhängande eller obegripligt tal liksom oförutsägbart beteende.

Av de tillstånd som benämns psykosjukdomar är schizofreni den klart vanligaste. Andra psykosjukdomar utgörs av kortvariga övergående psykoser, vanföreställningssyndrom, och psykoser som utlösts av droger eller utvecklats i samband med abstinens av alkohol. En psykotisk sjukdomsbild förekommer även vid andra psykiatriska sjukdomstillstånd såsom bipolärt syndrom och depression. Patienter med en lång rad kroppsliga sjukdomar, framförallt sjukdomar som primärt påverkar hjärnan, till exempel CNS-infektioner, autoimmuna sjukdomar, hjärnskador och demens, men även hormonella störningar, kan även uppvisa olika grader av akuta eller kroniska psykotiska sjukdomsbilder<sup>48,49</sup>.

### Missbruk och beroende

Missbruk och beroende ryms inom samlingsbegreppet substansrelaterade störningar. Medan missbruksbegreppet har fokus på själva användningen, speglar beroendebegreppet i huvudsak att drogen påverkat den drabbade så att hen på olika sätt inte längre kan styra över dess användning. De stora substansgrupperna utgörs av alkohol och illegala narkotika. Missbruk/beroende utgör ett stort samhällsproblem och förekommer såväl isolerat som del i samsjuklighet. Det bedöms föreligga ett betydande mörkertal avseende missbruk bland människor som är sjukskrivna och missbrukproblematik är en mycket försvårande omständighet när det gäller möjligheterna till rehabilitering och återgång i arbete

### Avslutande ord

Primärvården och den specialiserade psykiatrin är de verksamheter som huvudsakligen har ansvar för vård och behandling av personer med psykisk ohälsa och sjukdom. Om än i mindre omfattning kan omhändertagande även ske inom företagshälsovård, andra specialiserade mottagningar och av privata vårdgivare. Ett respektfullt bemötande och en god kommunikation mellan patient och vårdgivare ger förutsättningar för korrekt diagnostik och utgör i förlängningen grunden för en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vårdplanering. Följsamhet till behandling, vare sig den är baserad på läkemedel, psykologisk intervention eller livsstilsförändring är av central betydelse och det är behandlaren ansvar att stödja patienten i detta. Bemötandet från det omgivande samhället, i form av arbetsgivare, försäkringskassa och andra myndigheter, har också stor betydelse för den enskilda individens förutsättningar till återhämtning. På liknande sätt har myndigheter och det omgivande samhället också ett stort ansvar då det gäller att motverka den stigmatisering och de fördomar om psykisk sjukdom som hindrar många att söka hjälp<sup>50</sup>, och verka för prevention av psykisk ohälsa.

### Sammanfattning

Det psykiatriska sjukdomsbegreppet låter sig inte lätt definieras eftersom det kan skilja sig beroende på om man utgår från en medicinsk bedömning, individens egen upplevelse av sjukdom eller det sociala sjukdomsbegreppet, d.v.s. den sjukroll som individen tilldelas samt de samhälleliga rättigheter detta medför. Var gränsen går mellan vardagliga påfrestningar och vardagens stress och ett sjukdomstillstånd är ofta flytande. I de fall avvikelserna, eller störningarna, är kortvariga och eller lindriga ses de i de flesta kulturer som del i ett livsforlopp, medan mer påtaglig påverkan

på välbefinnandet leder över i det som i dagligt tal beskrivs som ohälsa. Någon klar definition av detta begrepp står inte att finna, något som i synnerhet gäller begreppet psykisk ohälsa. Det har icke desto mindre kommit till stor användning såväl i Sverige som internationellt.

Ett begrepp som flitigt används i internationell vetenskaplig litteratur är "common mental disorders", förkortat CMD. Detta engelska begrepp inkluderar vanligen följande diagnoser: depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. I vissa rapporter och undersökningar som publicerats på svenska har CMD översatts till "lättare psykisk ohälsa". Denna beteckning är tyvärr språkligt vilseledande eftersom den kan uppfattas innebära ett förringande av psykiska besvär som kan orsaka betydande nedsättning av hälsa, funktion och arbetsförmåga. Den bör därför undvikas och i denna rapport har vi därför använt begreppet CMD.

Diagnosen utmattningsdepression (alternativt utmattningssyndrom) accepterades som diagnos av Socialstyrelsen år 2005. Eftersom diagnosen är så pass ny

och endast används i Sverige är kunskapsbasen fortfarande begränsad.

Nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk sjukdom är relativt vanligt. I den nationella folkhälsoenkäten år 2013 rapporterade således 21 procent av kvinnorna och 15 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. Cirka 3 % av den vuxna befolkningen ges psykiatrisk specialistvård varje år. Huvuddelen av de som behöver vård för psykiska problem behandlas dock i primärvården. Ofullständiga register och ofta frånvaro av formell diagnos gör att det är svårt att få en korrekt uppfattning av omfattningen av denna vård.

Depressioner och ångestsyndrom är vanligare hos kvinnor medan alkohol- och drogrelaterade störningar oftare förekommer hos män. Vad som döljs bakom dessa könsskillnader är fortfarande oklart. Vissa forskare har ifrågasatt om inte det som tolkas som depression hos kvinnor kan ta sig andra uttryck hos män och då ge kliniska bilder som deskriptivt uppfyller kriterier för andra diagnoser. Intressant i sammanhanget är att pojkar något oftare drabbas av depression jämfört med flickor. I puberteten förändras mönstret till det motsatta.

## REFERENSER

- 1 Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. . 1946;
- 2 National Collaborating Centre for Mental Health. *Common Mental Health Disorders: The NICE Guideline on Identification and Pathways to Care*. London. The Royal College of Psychiatrists. 2011.
- 3 Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; **126**: 983-987.
- 4 Nationell psykiatrisamordning. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder; Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning.  
<http://www.socialpsykiatriskforum.nu/media/samlat-nationell-psykiatrisamordning/vad-ar-psykiskt-funktionshinder.pdf>. 2006.
- 5 Knudsen AK, Harvey SB, Mykletun A, Overland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatr Scand* 2013; **127**: 287-297.
- 6 Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983; **24**: 399-411.
- 7 Åsbring N, Dal H, Ohrling M, Dalman C. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen* 2014; **111**: 1778-1780.
- 8 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 212*. Stockholm. 2012.
- 9 Zubin J, Spring B. Vulnerability-a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; **86**: 103-126.
- 10 Cuijpers P, Smit F, Penninx BW, de Graaf R, ten Have M, Beekman AT. Economic costs of neuroticism: a population-based study. *Arch Gen Psychiatry* 2010; **67**: 1086-1093.
- 11 Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoundersökningen 2013.  
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12823/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2013.pdf>. 2013.
- 12 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**: 593-602.
- 13 Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**: 617-627.
- 14 Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; **21**-27.
- 15 Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; **158**: 1091-1098.
- 16 Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; **41**: 713-719.
- 17 Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *J Clin Psychiatry* 2007; **68 Suppl 2**: 10-19.
- 18 Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, Mortensen PB, Eaton WW. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):573-581 .
- 19 Socialstyrelsen. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18639/2012-3-14.pdf>. 2012.
- 20 Fryers T, Brugha T, Morgan Z, Smith J, Hill T, Carta M, et al. Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; **39**: 899-905.
- 21 Ramirez A, Ekselius L, Ramklint M. Axis V - Global Assessment of Functioning scale (GAF), further evaluation of the self-report version. *Eur Psychiatry* 2008; **23**: 575-579.
- 22 Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; **13**: 93-121.
- 23 Semler G, Wittchen HU, Joschke K, Zaudig M, von Geiso T, Kaiser S, et al. Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1987; **236**: 214-222.
- 24 Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry* 2000; **177**: 486-492.
- 25 Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sørensen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; **58**: 844-850.
- 26 Rorsman B, Grasbeck A, Hagnell O, Lanke J, Ohman R, Ojesjö L, et al. A prospective study of first-incidence depression. The Lundby study, 1957-72. *Br J Psychiatry* 1990; **156**: 336-342.
- 27 McInnis MR, M; Greden, JF. Depressive disorders. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (ed Robert E. MDH, RE; Yudofsky, SC; Roberts, LW), pp. 353-389. London, UK: American Psychiatric Publishing. 2014.
- 28 Katona C, Peveler R, Dowrick C, Wessely S, Feinmann C, Gask L, et al. Pain symptoms in depression: definition and clinical significance. *Clin Med* 2005; **5**: 390-395.
- 29 Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999; **156**: 1000-1006.
- 30 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Behandling av depressionssjukdomar, volym 2. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 166/2*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2004.
- 31 Dawson MY, Michalak EE, Waraich P, Anderson JE, Lam RW. Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2004; **5**: 19.
- 32 Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; **68**: 241-251.
- 33 Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; **349**: 1498-1504.
- 34 Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom - stressrelaterad psykisk ohälsa.  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18\\_200312319.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf). 2003.
- 35 Maslach C. The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1978; **34**: 111-124.
- 36 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningsyndrom. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 223*. Stockholm. 2014.
- 37 Stein MS, J. Anxiety disorders. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (ed Robert E. MDH, RE; Yudofsky, SC; Roberts, LW), pp. 391-429. London, UK: American Psychiatric Publishing. 2014.
- 38 Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Arch Intern Med* 2006; **166**: 2109-2116.

## 2. SJUKSKRIVNING/ SJUKFRÅNVARO

Detta avsnitt består av två delar. Först beskrivs och diskuteras mer generella begrepp och förhållanden kring sjukfrånvaro och sjukdom och i den andra delen beskrivs och diskuteras samband mellan mental

ohälsa och sjukskrivning/sjukfrånvaro. De begrepp som finns inom socialförsäkringen beträffande sjukfrånvaro visas i nedanstående översikt.

### 2. Sjukskrivning/sjukfrånvaro

Detta avsnitt består av två delar. Först beskrivs och diskuteras mer generella begrepp och förhållanden kring sjukfrånvaro och sjukdom och i den andra delen beskrivs och diskuteras samband mellan mental ohälsa och sjukskrivning/sjukfrånvaro. De begrepp som finns inom socialförsäkringen beträffande sjukfrånvaro visas i nedanstående översikt.

Sjukskrivning	Definieras enligt SFB 24 kap §2: Sjukpenning kan lämnas till en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.
Aktivitetsstöd	Ersättning när en person deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program (kräver att deltagaren fyllt 25 år)
Sjukersättning	Lämnas vid den som har stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan och som fyllt 30 år (SFB 33 kap §§ 5-6). Ersättningen är tillsvidare.
Aktivitetsersättning	Lämnas till den som är under 30 år och som har en nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan och där nedsättningen beräknas vara minst ett år (SB 33 kap §§ 5-6). Ersättningen är tidsbegränsad.
Förtidspension	Ersattes av sjuk och aktivitetsersättning 2003. Lämnades till personer vars arbetsförmåga var stadigvarande nedsatt
Sjukbidrag	En tidsbegränsad ersättning vid mer långvarig arbetsoförmåga (>1 år) men där man antog att det fanns viss möjlighet till återgång i arbetslivet. Omprövades vanligen var 3:e år. Upphörde att beviljas 2002.
Rehabiliteringspenning	Lämnas till den som deltar i arbetslivsriktad rehabilitering. Beviljas av försäkringskassan. (SFB 31 kap § 2)
Sjuktalet	Antalet dagar med sjukpenning per försäkrad (16-64 år, exklusive de med hel sjuk/aktivitetsersättning) <sup>a</sup>
Sjukpenningtalet	Antalet dagar med sjukpenning per försäkrad (16-64 år, exklusive de med hel sjuk/aktivitetsersättning) där man också tar hänsyn till om personen har hel eller partiell sjukskrivning
Ohälsotalet	Antalet dagar med sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning, arbetsskadesjukpenning eller aktivitetsersättning per försäkrad (16-64 år) (beräkningen tar hänsyn till om individen fått partiell ersättning)

- 39 Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; **63**: 415-424.
- 40 Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; **42**: 79-86.
- 41 Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012; **21**: 169-184.
- 42 Blanco C. Epidemiology of PTSD. In *Posttraumatic Stress Disorder* (eds Stein D, Friedman M & Blanco C), pp. 49-74. Oxford, UK: Wiley. 2011.
- 43 Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see comments]. *Arch Gen Psychiatry* 1999; **56**: 121-127.
- 44 Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; **56**: 391-408.
- 45 APA. *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed.* Washington DC. American Psychiatric Association Press. 1994.
- 46 Scher L, Knudsen P, Leamon M. Somatic symptoms and related disorders. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (ed Robert E. MDH, RE; Yudofsky, SC; Roberts, LW), pp. 531-556. London, UK: American Psychiatric Publishing. 2014.
- 47 Phillips K. Body dysmorphic disorder. In *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children* (eds Hudak R & Dougherty D), pp. 191-206. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2011.
- 48 Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; **39**: 1296-1306.
- 49 Ringen PA, Engh JA, Birkenaes AB, Dieset I, Andreassen OA. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Front Psychiatry* 2014; **5**: 137.
- 50 Stain R, Wasserman D. Fördomar om psykisk sjukdom hindrar många att söka hjälp. Europeiska psykiaterföreningen arbetar för att stärka tilliten till psykiatrin. *Läkartidningen* 2014; **111**: 1422-1423.

## ALLMÄNT OM SJUKFRÅNVARO

### Sjukfrånvaro

Med sjukfrånvaro förstås här att en person inte arbetar på grund av sjukdom. Ibland används sjukfrånvaro och sjukskrivning synonymt, vilket inte alltid är korrekt. En person med sjukdom som inte arbetar heltid är inte alltid sjukskriven utan kan få sin försörjning för sin sjukfrånvaro via andra källor t ex

- Ha sjukersättning/aktivitetsersättning på hel- eller deltid
- Studera
- Arbeta deltid
- Ha ålderspension
- Ha arbetslöshetsersättning
- Ha försörjningsstöd
- Försörjas via anhöriga m.m.

Sjukskrivning regleras i lag eller avtal. Enligt Socialförsäkringsbalken (SFB) har den rätt till sjukpenning som har arbetsförmågan sänkt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Naturligtvis är det i en del fall svårt att avgöra hur arbetsförmågan påverkas av sjukdomen. Vi kortare sjukfall så bedöms den mot personens vanliga arbete, men vid längre sjukskrivning (>180 dagar) så bedöms den mot alla arbeten på den normala arbetsmarknaden. Sjukskrivningstiden är generellt begränsad till ett år men med flera undantag.

Om en person har en sjukdom som inte nedsätter arbetsförmågan, men som försämras av arbetet (eller där arbetet gör att läkningen försämrats), är enligt lagen inte berättigad till sjukpenning (men kan vara berättigad till rehabiliteringspenning).

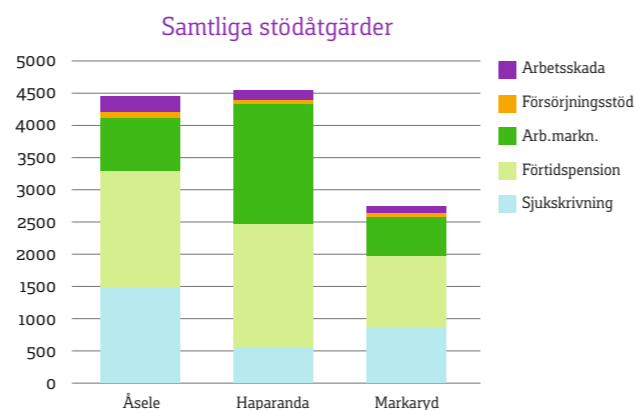
Den som har en långvarig nedsättning av arbetsförmågan kan få sjukersättning (eller aktivitetsersättning om personen är 29 år eller yngre) vilken också regleras av SFB. I samband med omstruktureringar inom företag och organisationer erbjuds personer i högre ålder ibland olika former av "pensionslösningar". När dessa erbjudanden är frivilliga kan man förvänta sig att personer med olika typer av sjukdomar i högre grad väljer en pension framför att försöka få ett annat arbete. I vissa speciellt ansträngande yrken (dansare, stridspilare m.fl.) är pensionsåldern lägre än den vanliga i Sverige som är flexibel mellan 61 och 67 år.

Om en persons arbetsförmåga nedsätts genom sjukdom kan personen genom studier, arbetsbyte eller nedgång i arbetstid bättre anpassa den egna kapaciteten till arbetets krav. Genom att anpassa ett arbetes krav till en individs kapacitet kan också arbetsförmågan ökas trots sjukdom.

En person som är sjuk betraktas som arbetslös av myndigheter om han/hon bedöms kunna arbeta trots sjukdomen. Personen kan då ha ersättning från arbetslöshetsförsäkringen, men vid långvarig arbetslöshet kan personen hänvisas till försörjningsstöd från kommunen.

I offentlig statistik är det relativt lätt att utskilja sjukskrivna och personer med sjukersättning eller statligt arbetslöshetsunderstöd. Det saknas dock tillförlitlig statistik och studier över hur stora de olika grupperna är och hur de varierar över tid. Att förändringar i regler/avtal kan påverka gruppernas storlek är ganska uppenbart, t ex torde förändringarna 2008 i SFB ha inneburit att sjuka som tidigare varit sjukskrivna övergått till gruppen "arbetslösa". Dock kan också lokala förhållanden påverka fördelningen vilket nedanstående studie beskriver.

En jämförelse 2003 av kostnaderna för sjukskrivning, förtidspension, arbetsmarknadsåtgärder, arbetsskadeersättning och försörjningsstöd för kvinnor i två kommuner i Norrland och en kommun i Småland (Åsele, Haparanda och Markaryd) visar att norrlandskommunerna har ungefär samma kostnad per individ medan kommunen i Småland har betydligt lägre kostnader för socialförsäkringarna sammantagna, se figur 1 (6).



Figur 1. Kostnad för samtliga stödåtgärder per invånare (kvinnor 16-64 år) i respektive kommun. Kostnaderna är åldersstandardiserade.

Utifrån denna studie är det uppenbart att om bara en aspekt på stödåtgärder studeras, till exempel sjukskrivning, kan man komma till slutsatser som skiljer sig från de man skulle få om man ser på den samlade bilden av stödåtgärder. Vidare torde bilden skilja sig åt över tid. Idag torde sjukskrivningens andel av kostnaderna vara lägre, medan kostnaden för försörjningsstöd vara högre.

### Sjukdom

Sjukdom finns inte definierat i SFB. I den utredning som föregick den allmänna sjukförsäkringen på 1940-talet konstaterade man att det inte var önskvärt med en definition i lagen (13). I juridiken anses som sjukdom det som läkarvetenskapen definierar som sjukdom, liksom det som i vanligt språkbruk anses som sjukdom (9)<sup>1</sup>. Sjukdomar klassificeras enligt internationella standards, ICD-10 och DSM-5 (se föregående kapitel).

Det är väl känt att olika läkare bedömer behovet av sjukskrivning olika (16), men det kan också finnas en betydande variation när det gäller att ställa diagnos. En norsk studie lät 126 skandinaviska läkare bedöma nio personer med en komplex symptombygd i samband med sjukskrivning och de nio patienterna fick mellan 15 och 31 olika diagnoser (11). Även när det gäller väl etablerade diagnoser, t.ex. astma, kan olika läkare ställa olika diagnoser för samma patient. Många personer som söker vård har också mer än en diagnos, medan sjukintyg vanligtvis fokuserar på en diagnos.

Införande av normeringar via lagstiftning eller tillämpning när det t.ex. gäller möjligheter till sjukskrivning eller sjukskrivningens längd skulle kunna tänkas påverka diagnoserna. En person kan ha både ryggont och depression. Enligt det beslutsstöd som finns är möjligheten att sjukskriva lägre perioder större vid depression än vid ryggont och den diagnosen kan då väljas även om ryggbesvären dominerar. Det innebär en s.k. "diagnosglidning". Förändringar i lagstiftning eller tillämpning av försäkringssystem för ersättning vid sjukdom kan därför i sig förväntas kunna påverka diagnossättningen. Storleken på och drivkrafterna bakom "diagnosglidning" är lite studerat och sannolikt beroende på tid och plats.

### Sjuknärvaro - många personer med kronisk sjukdom arbetar

Sjuknärvaro innebär att en person som är sjuk arbetar. Detta kan vara oproblematiskt om en person med välreglerad diabetes eller högt blodtryck är i fullt arbete. En finsk studie visade att 74 % av kommunalanställda i åldrarna runt 60 år rapporterade minst en kronisk sjukdom (18). Om begreppet sjuknärvaro definieras som personens egen uppfattning att han/hon är så

sjuk att han/hon egentligen borde varit sjukskriven är det svårare att värdera. Studier visar att risken för framtida sjukskrivning i sådana fall ökar och att produktiviteten går ner.

### Arbetsförmåga/produktivitet

Enligt den svenska lagstiftningen ska arbetsförmågan vara nedsatt med 25 % för att en person med sjukdom ska vara berättigad till sjukpenning (27 kap. 2 § SFB). Lagen definierar dock inte vad som avses med "arbetsförmåga". Arbetsförmågan är naturligtvis knuten till en viss arbetsuppgift och kan sällan generellt bestämmas, vilket gör begreppet komplicerat att använda även för personer med god kännedom om kraven i olika arbeten. En person med bagarastma beroende på allergi mot vetemjöl riskerar att få sin astma bestående försämrad om han/hon fortsätter att arbeta i en miljö där vetemjöl förekommer. I en miljö som innehåller mjöl är denna person helt arbetsoförmögen medan i en miljö utan denna exponering är personen helt arbetsförmögen.

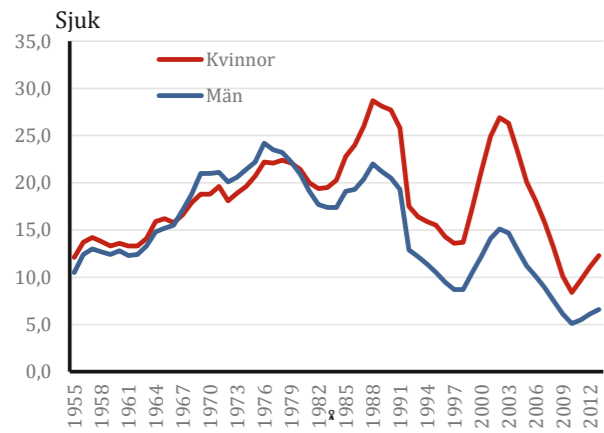
I arbetslivet är man anställd för att utföra arbetsuppgifter, d.v.s. för att "producera" något. Produktionsförmågan är inte heller något alldeles enkelt begrepp och sällan direkt mätbart. Produktionsförmågan är individuell, beroende på arbetsuppgift och fluktuerande över tid. Det har utvecklats frågeformulär som gör att personen själv skattar sin produktionsförmåga i det aktuella arbetet (3,17). Flera studier över produktionsförmåga hos personer i arbete men med besvär främst från rörelseorganen har visat en ibland kraftigt sänkt produktivitet (10,12).

Deltagandet i arbetslivet hos personer med sjukdom beror således på komplexa mekanismer där både individens egna förmågor och omgivningen (arbetsmiljö, arbetskamrater, arbetsledare) har stor betydelse. Man kan också förvänta sig att kraven på produktivitet har betydelse. En persons "arbetsförmåga" i en given arbetssituation kan således påverkas både av individens sjukdom men också av yttre faktorer som den sjuke inte kontrollerar. Det är således fullt rimligt att en sjukskrivning kan påbörjas därför att yttre faktorer förändras. Det saknas studier för att skatta betydelsen av sådana förändringar och sannolikt krävs också en utveckling av mätinstrument.

1 I utredningen SOU 1944:15 skrev man "Man synes vid bedömning av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen."

## Varför varierar sjukfrånvaron?

När sjukfrånvaron mäts, t.ex. som sjuktalet<sup>2</sup>, finns en betydande variation över tid, se figur 2.



Figur 2. Sjuktalet 1955-2013 (definitionen av sjukpenningtalet ändrades något 1998)

Eftersom sjuktalet bygger på antalet sjukdagar i förhållande till antal försäkrade så kan en ökning eller minskning bero på att antalet insjuknade blir fler eller färre alternativt att varje sjukfall blir längre eller kortare. T ex berodde en betydande del på ökningen av sjuktalet i början av 2000-talet på att antalet långa sjukfall ökade kraftigt, d.v.s. den genomsnittliga sjukskrivningstiden ökade (14). Orsaken till detta har diskuterats och något tydligt svar finns inte då frågan är mycket komplex (8). Det finns också en viss samvariation med de ekonomiska konjunkturerna så att sjuktalet stiger i hög- och sjunker i lågkonjunktur. Förklaringar till detta som har förslagits är att människor blir mer rädda om arbetet i lågkonjunktur och därför undviker att vara sjukskrivna, vilket ibland kallas *disciplineringshypotesen*. En alternativ förklaring har varit att vid högkonjunktur får människor som annars har svårt att få arbete, t.ex. på grund av sjukdom, också arbete. Eftersom de sist anställda kan antas ha en ökad risk för sjukfrånvaro bl.a. på grund av att de är mer sjukliga skulle sjuktalet stiga när arbetslösheten sjunker. Man talar ibland om s.k. "push" och "pull" faktorer för att sjukskriva sig eller lämna arbetsmarknaden (15). Med push-faktorer avses faktorer som stöter bort svaga personer, t.ex. ökande krav på produktivitet. Pull-faktorer är faktorer som drar människor bort från arbetsmarknaden, t.ex. antas generösare villkor för förtidspension eller sjukskrivning medföra att en ökande andel människor är sjukskrivna eller på andra sätt inte deltar i arbetslivet.

## Antal sjukfall eller antal ersatta dagar - vilket ska man mäta?

Sjukskrivning kan mätas som antalet ersatta sjukdagar eller antalet sjukfall (t.ex. sjuktalet = antal ersatta dagar/antal försäkrade). Utfallet kan skilja avsevärt beroende på vilket mått man väljer. En beräkning av antalet sjukfall 1999 visade att 58 % av sjukfallen hade en längd på under 60 dagar, och svarade för 9 % av all ersatta dagar. Sjukskrivningar över ett år svarade för 13 % av alla sjukfall men 58 % av alla ersatta dagar. Personer som var sjukskrivna mindre än en månad svarade för nästan hälften av alla sjukfall (41 %) men endast 4 % av antalet sjukdagar.

Antalet fall kan redovisas som t.ex. totala antalet nya fall (figur 3) men kan också relateras till antalet personer som är försäkrade t.ex. antal fall per 1000 försäkrade (figur 6).

## Vad är en "normal" mängd sjukfrånvaro?

Forskningen har i ringa omfattning belyst eller problematiserat vad som är en "normal" sjukfrånvaro. Inom organisationer mäter man ofta sjukfrånvaron i procent (d.v.s. hur stor del av antalet arbetat timmar, eller arbetade dagar som personal varit sjukskriven). För en organisation är i allmänhet den korta sjukfrånvaron mer bekymmersam än den långa (>3-6 månader). Vid den långa sjukfrånvaron skaffar man i allmänhet ersättare och finns det god tillgång på ersättare kanske organisationen föredrar att ha en "frisk" vikarie framför en delvis lågpresterande sjuk medarbetare. För "sjukskrivningens" kostnad i statsbudgeten är det totala antalet sjukskrivningsdagar (ungefär proportionellt mot sjuktalet) det kritiska, och då är framför allt långtidsfrånvaro kostsam, medan korttidsfrånvaron dels belastar företagen i form av sjuklön (första 14 dagarna) dels utgör en ganska liten del av totala kostnaden för sjukfrånvaron i statsbudgeten.

För individen innebär sjukfrånvaro lägre inkomst, men kan också innebära snabbare läkning, risk för att bli mindre attraktiv på arbetsmarknaden och eventuellt i vissa fall en negativ påverkan på hälsan.

## SJUKFRÅNVARO PÅ GRUND AV PSYKISK OHÄLSA

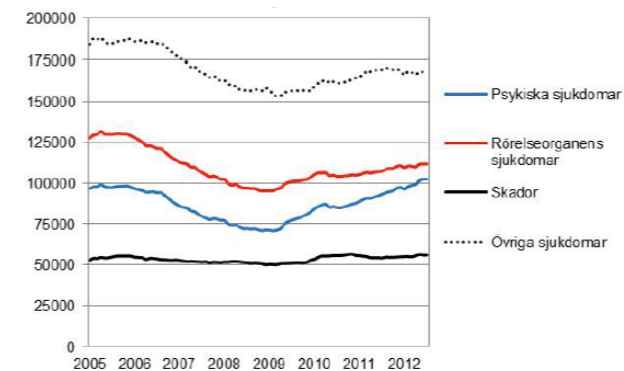
### Psykiska besvär är vanliga men långt ifrån alla är sjukfrånvarande

Psykisk ohälsa i någon form är vanligt i befolkningen. Prevalensen från olika länder varierar beroende på definition och mätmetod (se kapitel 1). Undersökningar från olika länder anger en prevalens (förekomst un-

der senaste året) mellan 10 och 33 % i befolkningen.

I de regelbundna undersökningar som görs av Arbetsmiljöverket och SCB om självskattade arbetsrelaterade rapporterade 2012 ca 11 procent av kvinnorna "andra besvär än fysiska" under senaste året. Motsvarande siffra för män var 6 %. (2).

Antal påbörjade sjukfall (>14 dagar) i en psykisk sjukdom var drygt 75 000 år 2010 för att öka till ca 100 000 år 2012, figur 3 (5).



Figur 3. Antalet nya sjukfall över 14 dagar (4)

Totala antalet sysselsatta (ålder 15-64 år) i Sverige var dessa år ca 4,4 miljoner. Det innebär att andelen som sjukskrivits (>14 dagar) med psykisk diagnos respektive är ca 2 %<sup>3</sup>. Om den siffran jämförs med att kanske så många som 20 % har besvär som kan klassificeras som en psykiatrisk diagnos (se kapitel 1) innebär detta att bara en liten andel av de med sådana besvär sjukskrivs under ett kalenderår.

En nyligen genomförd undersökning vid vårdcentraler i Stockholm visade att var femte som besökte vårdcentralen under 2011 fick någon form av åtgärd mot psykisk ohälsa, medan endast 7 % fick psykiatrisk diagnos (19).

## Sjukskrivning i psykiatriska diagnoser varierar över tid ungefär som andra sjukdomar

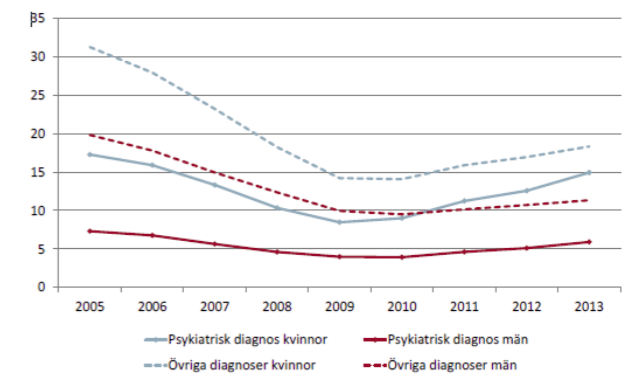
Det totala antalet sjukfall varierar kraftigt över tid. Den högsta nivån sedan 1990 var omkring 2002 då ca 180 000 kvinnor och 100 000 män ett pågående sjukfall över 30 dagar (år 2013 var motsvarande antal ungefär hälften av nivån 2002) (7). Psykiska sjukdomars andel av antalet nya sjukfall har ökat kraftigt sedan början av 1990-talet. De utgjorde då ca 10 procent av alla fall alla avslutade fall men andelen med psykiatrisk diagnos hade 2005 ökat till omkring 25 %, för att sedan ligga tämligen konstant med en liten

ökning sedan 2011 (7). I en studie av långtidssjukskrivna (mer än 60 dagars sjukskrivning) fann man att andelen med psykiatrisk diagnos ökade kraftigt under perioden 1999-2003 (7). Antalet sjukskrivna oavsett diagnos var mycket lågt under 2009-2010 också sett ur ett långt tidsperspektiv (figur 2). Den ökning som skett därefter är något kraftigare för psykiatriska diagnoser än för övriga diagnoser se figur 4. Av detta följer att andelen med psykiatrisk diagnos ökar. En ökning av pågående sjukfall kan som tidigare påpekats bero på att varje sjukfall ökar i längd och/eller att antalet sjukfall blir flera. En analys av den ökning av psykiatriska diagnoser som skett efter 2009 tyder på att ca två tredjedelar förklaras av ett ökat antal sjukskrivna och en tredjedel av att sjukfallen blivit längre.

Inspektionen för Socialförsäkringen kommer i sin analys fram till att en stor del av ökningen som skett efter 2009 beror på att man tagit bort den tidsbegränsade sjukersättningen 2008, d.v.s. personer som har haft tidsbegränsad sjukersättning har i stället blivit sjukskrivna. Sjukersättning med psykisk diagnos har varit tämligen konstant sedan 2006. Däremot har antalet personer med aktivitetsersättning ökat kraftigt sedan slutet av 1990-talet och andelen med psykiatrisk diagnos har likaså ökat och utgjorde 2013 ca 80 % för både män och kvinnor (7).

En analys av den totala ersättningarna från sjukförsäkringssystemet (sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, rehabiliteringspenning och tidsbegränsad sjukersättning) visar att antal personer med sådan ersättning sjunkit sedan 2005. Antalet med sådan ersättning med psykiatrisk diagnos har sjunkit mindre än för personer med annan diagnos (figur 4b)

Figur 3. Antal per 1000 i befolkningen 20-64 år med ett pågående sjukfall (längre än 30 dagar) i december 2005-2013, fördelat efter kön och diagnos

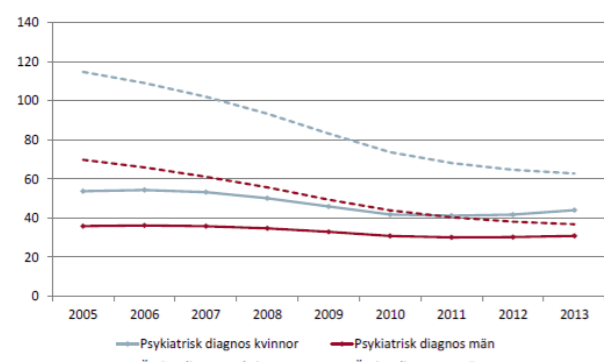


Figur 4. (Källa ISF rapport 2014:22 sid 20)

<sup>2</sup> Sjuktalet kan beskrivas som antal sjukdagar delat med antalet försäkrade. För en mer exakt definition se [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

<sup>3</sup> Vi har då antagit att varje individ bara hade ett sjukfall under året i psykisk diagnos.

Figur 9. Antal per 1 000 i befolkningen 20–64 år med ersättning för nedsatt arbetsförmåga i december 2005–2013, fördelat efter kön och diagnos

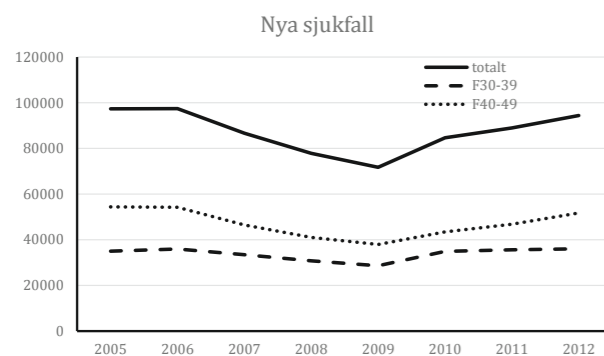


Figur 4 b. (Källa ISF rapport 2014:22 sid 30)

### Ångest och depression är de vanligaste diagnoserna vid sjukskrivning i psykiatriska diagnoser

Studeras diagnoserna på sjukintyg i samband med sjukskrivning i psykiska sjukdomar (ICD10 F00-F99) så dominerar två grupper stort

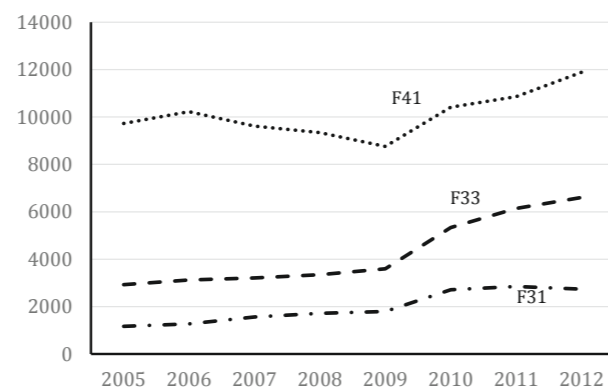
- Förstämmningssyndrom, i vilket depressioner ingår (ICD 10 F30-39)
- Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom, i vilket bl.a. ångestsyndrom och anpassningsstörningar och reaktion på svår stress ingår (ICD 10 F40-48)



Figur 5. Antal nya sjukfall i psykiatrisk diagnos (totalt och i diagnoserna F30-39 respektive F40-49) (4)

Tillsammans utgjorde dessa två diagnosgrupper 93 % av alla påbörjade sjukfall i psykisk sjukdom 2012 (4). Denna andel (93 %) har i stort sett varit konstant under tiden 2005-2012 medan totala antalet nya sjukfall varierat.

Den dominerande diagnosen inom gruppen förstämningssyndrom (F30-39) är depressiv episod (F32) som utgör 72 % av de nya sjukfallen 2012 och motsvarande diagnos i gruppen F40-48 är anpassningssyndrom och reaktion på svår stress (F43) som utgjorde 75 % inom gruppen. Andra diagnoser inom dessa grupper visar ett något avvikande mönster jämfört med grupperna som helhet över perioden 2005-2012. Diagnosen bipolär sjukdom (F31) respektive recidiverande depressioner (F33) ökar under perioden liksom diagnosen "andra ångestsyndrom" (F41), se figur 6.



Figur 6. Förändring i antalet nya sjukfall i bipolär sjukdom (F31), recidiverande depressioner (F33) och ångestsyndrom (F41).

Studeras några andra diagnoser så framkommer att antalet nya sjukfall under perioden 2005-2012 (Försäkringskassan 2013)

- sjunker påtagligt i störningar orsakade av alkohol (F10)
- sjunker i gruppen beteendestörningar (innefattande bl.a. sömnstörningar) (F50-59)
- ökar i gruppen beteendestörningar debuterande under ungdomstiden (bl.a. ADHD) (F90-98)

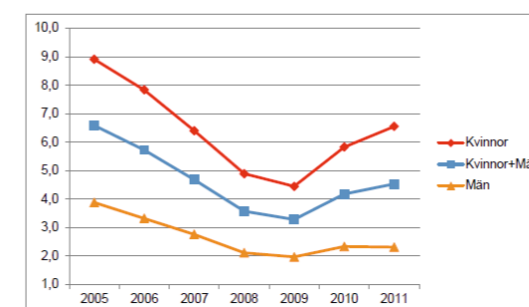
Det är inte troligt att sjukligheten varierar så påtagligt över tid som diagnoserna i sjukfallen visar ovan. Förändringarna kan bero på att diagnostiken förändras (d.v.s. samma besvär benämns på annat sätt) eller att läkaren väljer en annan diagnos i de fall den sjukskrivne bedöms ha flera diagnoser.

### Skilnader och likheter i sjukskrivning i psykiska besvär mellan kvinnor och män

Kvinnor i Sverige är oftare sjukskrivna än män. Mäter man sjuktal så har kvinnor ett högre sjuktal<sup>4</sup> än män sedan början av 1980-talet. Dessförinnan var sjuktal

ungefär lika stort. Skillnaden mellan män och kvinnor när det gäller att påbörja ett sjukfall över huvud taget eller med psykiatrisk diagnos är ungefär lika stor<sup>5</sup>. Studeras skillnaden för mer långvariga sjukfall (>3 mån) så finns en kraftigare ökning för kvinnor än för män (1). Medan risken för män i stort sett är konstant mellan 2009-2011 ökar den för kvinnor med drygt 40 %, se figur 7.

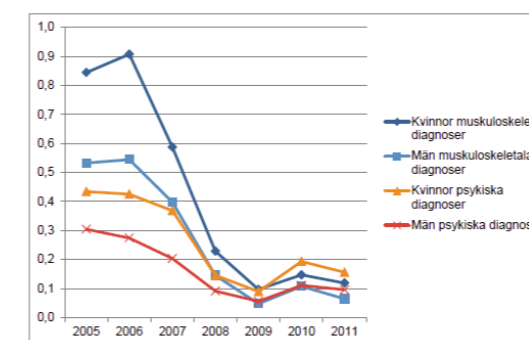
DIAGRAM 10. RISK (ANTAL FALL PER 1000 SYSSLETTA) ATT DRABBAS AV LÅNGVARIG SJUKFRÅNVARO MED EN PSYKISK DIAGNOS FÖRDELAT PÅ KÖN, UTVECKLING ÖVER TIDEN 2005-2011.



Figur 7.

När möjligheterna till sjukersättning förändrades kraftigt 2008 sjönk också kompletterande ersättningar från AFA, s.k. månadsersättning. Risken för att få månadsersättning med muskuloskeletal eller psykiatrisk diagnos minskade kraftigt och särskilt för muskuloskeletal diagnos för kvinnor mellan 2005-2011, se figur 8 (1).

DIAGRAM 13. RISK (ANTAL FALL PER 1000 SYSSLETTA) ATT DRABBAS AV LÅNGVARIG SJUKFRÅNVARO MED EN PSYKISK ELLER MUSKULOSKELETAL DIAGNOS SOM LEDER TILL MÅNADSERSÄTTNING.



Figur 8.

Försäkringskassan ersätter och registrerar sjukfall som varat mer än 14 dagar. Det partsägda försäkringsbolaget AFA Försäkring ersätter sjukfall efter tre månaders sjukskrivning. Anslutna till AFA Försäkring är

anställda med kollektivavtal på den privata sidan och samtliga anställda inom kommun och landstingssektorn.

Antalet sjukfall totalt för kvinnor och mäns sjukfrånvaro blir beroende av vilka sjukfall man studerar. Försäkringskassans analys omfattar sjukfall som varat mer än 14 dagar och då var förhållandet 2011 mellan kvinnor och män 2,4:1 (63 072 respektive 25 966 sjukfall) medan det var 3,1:1 (9 591 respektive 3102 fall) om AFA Försäkrings analys används (1,4). Förhållandet för samtliga diagnoser var för sjukfall över 14 dagar 1,7:1 (266 526 respektive 158 673) och 1,8:1 (31 451 respektive 17 226) om endast sjukfall över 3 månader analyserades.

### Samband ålder, bostadsort, familjeförhållande och sjukskrivning i psykiatrisk diagnos

Sambandet mellan ålder och sjukskrivning beror till stor del på vilket mått man studerar. Analyseras alla sjukfall över 14 dagar så har gruppen 30-39 år högst risk, studerar man endast nya sjukfall över 3 månader så är risken högst i äldre åldersgrupper. Nya sjukfall i psykiatriska diagnoser är något vanligare i stora tätorter, är ovanligare bland gifta personer och något vanligare i familjer där det finns barn över 2 år, enligt Försäkringskassans analys (5). När det gäller bostadsort så följer mönstret samma fördelning som sjukskrivning i samtliga diagnoser, d.v.s. nya sjukfall är vanligare i samtliga diagnoser i stora tätorter liksom sjukskrivning i psykiatriska diagnoser. I AFA Försäkrings analys har däremot Stockholm en förhållandevis låg förekomst av sjukfall (>3 mån) medan den högsta risken finns i Västra Götalands och Blekinge län (1).

### Samband arbete och sjukskrivning i psykiatrisk diagnos

Sjukskrivning kan bero på arbetet genom att arbetet bidrar till uppkomst eller försämring av sjukdomen, men också genom att arbetsmiljön förändras så att personens arbetsförmåga inte längre räcker till för att klara arbetet. I Sverige har nyligen både Försäkringskassan och AFA Försäkring beskrivit samband mellan arbetsmiljöer och sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa. Försäkringskassans analys baseras på alla nya sjukfall som omfattar minst 14 dagar medan AFA Försäkrings analys omfattar nya sjukfall som varat minst 3 månader.

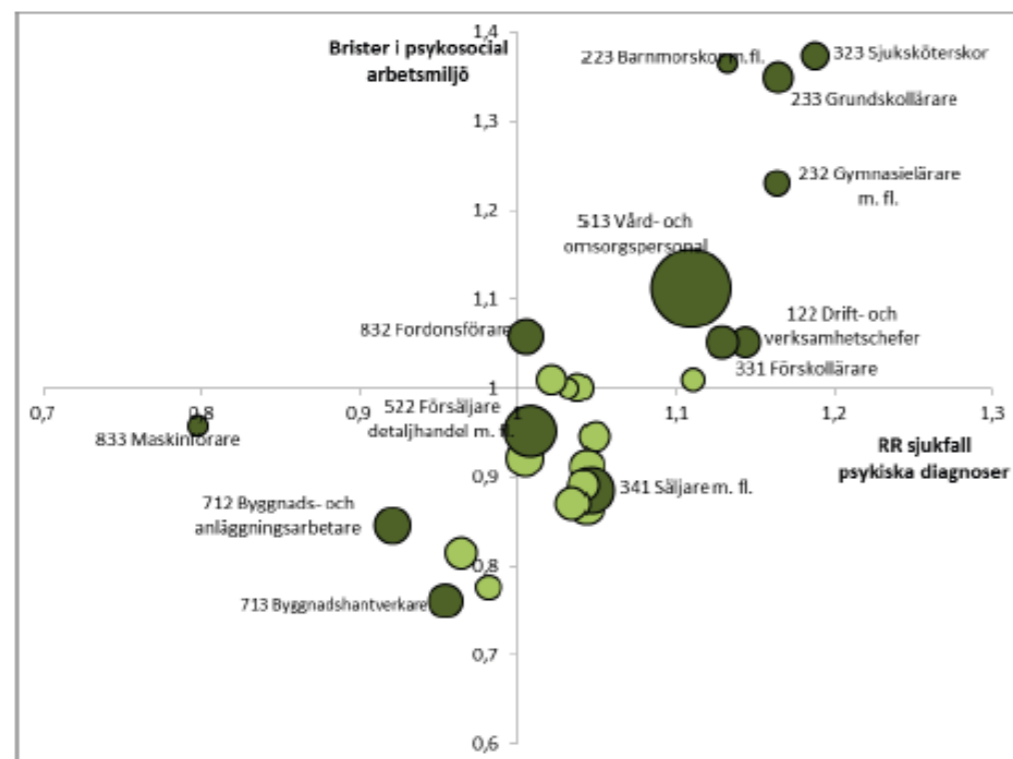
Försäkringskassans analys bygger på att man jämför förekomsten av sjukfall i olika yrkesgrupper och skattar förekomsten av brister i psykosocial miljö utifrån

4 Sjuktal = antal dagar med sjuk- eller rehabiliteringspenning per försäkrad

5 Relativa risken är 1,24 respektive 1,28 (5).



**Figur 20 Upplevda brister i psykosocial arbetsmiljö 2011 och relativ risk (RR) att påbörja ett sjukfall med psykisk diagnos 2012, per yrke**



Figur 9.

arbetsmiljöundersökningarna (5). Man finner då ett ganska linjärt samband mellan brister i psykosocial arbetsmiljö och risk för sjukfall i psykisk diagnos, se figur 9. Yrkesgrupper som anger mest brister i miljön är sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor, lärare i grundskolor och gymnasier samt vård- och omsorgspersonal.

AFA Försäkrings analys studerar risken i olika yrken. Deras analys visar också att män och kvinnor inom "omvårdnadsyrken" har en ökad risk för sjukskrivning med psykiatrisk diagnos, men finner också att vissa andra grupper har hög risk såsom övrigt industriellt arbete, städare och fönsterputsare. Till skillnad mot Försäkringskassans analys finner man inte att lärare har en ökad risk (för kvinnliga lärare var 2011 risken 6,1 per 1000 sysselsatta medan genomsnittet för kvinnor var 6,6 per 1000 och för manliga lärare var motsvarande siffror 2,8 respektive 2,3 per 1000 (1)).

AFA Försäkring har också analyserat andelen av sjukfallen som övergår i månadsersättning<sup>6</sup>. För vissa yrken t ex jordbruksarbete, byggnadsarbete, städare och fönsterputsare leder sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos betydligt oftare än genomsnittet till månadsersättning (12-15% av fallen, mot i genomsnitt 7 %).

Däremot leder sjukfall bland t.ex. hälsopersonal och lärare mer sällan till månadsersättning (3-5%). (1). Detta indikerar att svårighetsgraden av sjukdomstillståndet i samband med sjukfall i vissa yrken (t.ex. byggnadssträarbetare) är sådant att en mindre andel kan återgå i arbetslivet.

### Slutsatser

Den helt dominerande delen (>90%) av antalet sjukfall i psykiatrisk diagnos är inom diagnoser som omfattar det som brukar kallas "common mental disorders" CMD, d.v.s. förstämningssyndrom och ångesttillstånd. Om man försöker uppskatta hur stor del av den vuxna befolkningen som har besvär förenliga med en sådan diagnos vid en viss tidpunkt så ligger den i storleksordningen 10-30 %. Totalt är mellan 2 och 3 procent av den arbetande befolkningen sjukskrivna i sådana diagnoser (F30-39 och F40-48). Det innebär att av de som har CMD är endast en liten andel sjukskrivna i den diagnosen vid samma tidpunkt. Att använda förekomsten av sjukskrivning i psykiatriska diagnoser som ett mått på psykisk ohälsa blir därför mycket trubbigt. Det saknas i hög grad kunskap om dynamiken i sjukskrivning för denna grupp och dess orsaker. Om sjukskrivningarna ökar vet man t.ex. inte

om det beror på att besvären blir vanligare eller att andelen av de med denna diagnos som sjukskrivs blir högre, t.ex. på grund av att kraven i arbetet ökar. Statistiken blir också osäker därför att det beror på hur den analyseras. T.ex. kan analys av alla sjukfall ge en delvis annorlunda bild än om endast långa sjukfall analyseras. Det är en angelägen forskningsuppgift att skapa kunskap som ökar förståelsen för dynamiken mellan arbete och sjukskrivning (och annan sjukfrånvaro) bland personer med mental ohälsa och sjukfrånvarons hälsokonsekvenser. Kanske är det så att kortare sjukfrånvaro är ett sätt för personer med mental ohälsa att klara av arbetslivet och att sjukfrånvaro innebär att den långvariga arbetsförmågan stärks eller kanske är det tvärtom.

Att enbart analysera sjukfrånvaro i form av sjukskrivning torde ge en delvis skev bild av hur människor med mental hälsa klarar sig i arbetslivet. Också andra former av arbetsfrånvaro behöver belysas, särskilt när regelverken ändras. Det är också angeläget att studera hälsokonsekvenser av regeländringar. Hur påverkas t.ex. hälsan hos personer med mental ohälsa om de får arbetslöshetsersättning eller försörjningsstöd istället för sjukpenning (alt sjukersättning)?

Om analysen av sjukfrånvarodata i psykiatriska diagnoser ska användas för att göra åtgärder riktade mot vissa grupper eller mot vissa miljöer bör man förvissa sig om att man har metoder som man vet fungerar. Det kan vara bättre att göra en åtgärd för en mindre grupp där man har en metod som fungerar än för en stor grupp där man är osäker på om metoderna har effekt. Man bör också beakta "biverkningar"/risker med metoderna och hur kostnadseffektiva de är. Att rikta åtgärder mot miljöer med en bristande psykosocial arbetsmiljö torde vara tämligen okontroversiellt så länge man håller sig till etablerade metoder. Det skulle tala för att rikta sådana åtgärder mot omvårdnadssektorn och skolans arbetsmiljö. Då skulle man samtidigt nå ganska stora grupper där sjukfrånvaro på grund av psykiatriska diagnoser är vanligt och miljöer där många kvinnor arbetar.

### REFERENSER

1. Psykisk Ohälsa, AFA Försäkring 2013.
2. Arbetsmiljöverket. Arbetsorsakade besvär 2012, Arbetsmiljöstatistik Rapport 2012: 5, Stockholm 2012
3. Brouwer, WBF, MA Koopmanschap and FFH Rutten. "Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence." *Health Policy* 199;48(1): 13-27.

4. Försäkringskassan. Svar på regeringsuppdrag: Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Delrapport 2013-06-24. DNR 009246-2013. Stockholm, Försäkringskassan.
5. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. *Socialförsäkringsrapport*. 2014:4.
6. Goine, H., C. Edlund and A. Knutsson. Wellfare systems: communicating vessels? - regional differences in costs of labour-market benefits, social insurance and social assistance in Sweden. *Sickness absence - aspects of measurement, impact of the labour market and effects of intervention*. H. Goine. Sundsvall, Mid Sweden University doctoral thesis 10, 2006.
7. Inspektionen för socialförsäkringen. Sjukfrånvaro och psykiska diagnoser. Rapport 2014:22, Stockholm 2014.
8. Försäkringskassan. Analys av sjukfrånvarons variation. Socialförsäkringsrapport 2014:17
9. Järholm, B., R. Mannelqvist, C. Olofsson and K. Toren, Eds. *Försäkringsmedicin*. Lund, Studentlitteratur 2013
10. Lötters, F., W. J. Meerdink and A. Burdorf. "Reduced productivity after sickness absence due to musculoskeletal disorders and its relation to health outcomes." *Scand J Work Environ Health* 2005; 31(5): 367-374.
11. Maeland, S., E. L. Werner, M. Rosendal, I. H. Jonsdottir, L. H. Magnussen, H. Ursin and H. R. Eriksen. "Diagnoses of patients with severe subjective health complaints in Scandinavia: A cross sectional study." *ISRN Public Health* 2012.
12. Martimo, K. P., R. Shiri, H. Miranda, R. Ketola, H. Varonen and E. Viikari-Juntura. "Self-reported productivity loss among workers with upper extremity disorders." *Scand J Work Environ Health* 2009;35(4): 301-308.
13. SOU 1944:15. Lag om allmän försäkring. Socialvårdskommitténs betänkande VII.
14. SOU 2002:5. En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.
15. SOU 2002:29. Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring. Diskussionsbetänkande från Senior 2005, s 196.

6 Innebär oftast att personen fått sjukersättning

16. Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2003.
17. van Rooijen, L., M. L. Essink-Bot, M. A. Koopmanschap, G. Bonsel and F. F. Rutten. "Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire." *Int J Technol Assess Health Care* 1996;12(3):405-15.
18. Virtanen, M., T. Oksanen, G. D. Batty, L. Ala-Mursula, P. Salo, M. Elovainio, J. Pentti, K. Lyback, J. Vahtera and M. Kivimaki. "Extending employment beyond the pensionable age: a cohort study of the influence of chronic diseases, health risk factors, and working conditions." *PLoS One* 2014;9(2): e88695.
19. Åsbring N, Dalman C, Dal H, Ohrling M. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen* 2014;111:CZCP.

## 3. EXPONERINGAR I ARBETSLIVET SOM KAN VARA FÖRKNIPPADE MED RISK FÖR PSYKISK OHÄLSA

Här beskrivs kortfattat de vanligaste psykosociala arbetsmiljöfaktorerna och fysisk belastning. Texten är i stor utsträckning hämtad från SBU 2013 och 2014 (3, 4).

### Krav, kontroll, spänt arbete och stöd

*Krav* kan beskrivas som "hur hårt en person arbetar", t.ex. hur mycket som produceras per tidsenhet eller hur många patienter som behöver hjälp. Men krav kan också röra sådant som koncentration, uppmärksamhet, rolltydlighet eller känslomässigt engagemang.

Med *kontroll* över arbetet menas en anställds möjlighet att påverka hur och när arbetet utförs, inflytande på organisationen samt möjlighet att använda sin kunskap och erfarenhet.

En ofta använd bild för att beskriva samband mellan hälsa och organisatoriska och psykosociala faktorer är den så kallade *krav-kontrollmodellen* (1). Enligt modellen kan en person klara höga psykiska krav om det samtidigt finns stor möjlighet till kontroll över arbetsituationen. Höga krav med små kontrollmöjligheter kan däremot leda till slutkörda arbetstagare. Denna kombination kallas på svenska *psykiskt ansträngande arbete* eller *spänt arbete* (engelska *job strain*). Låga krav i kombination med låg kontroll kan leda till att de anställda istället blir uttråkade och passiva.

*Socialt stöd* är det emotionella stöd (t.ex. att någon lyssnar och engagerar sig känslomässigt), den konkreta hjälp och den tillgång till information en människa upplever från personer i sin omgivning. Inom arbetslivet görs ibland åtskillnad på om stödet kommer från en överordnad person, såsom en chef, eller från arbetskamrater i samma situation. Exempel på stöd i arbetet är avlastning då det är mycket att göra, hjälp med prioritering av arbetsuppgifter och återkoppling på det arbete som görs. Socialt stöd ingår ibland som en

tredje faktor i krav-kontrollmodellen (så kallad iso-strain). Enligt modellen reduceras de negativa konsekvenserna av höga krav och låg kontroll om det finns ett gott socialt stöd (6).

### Ansträngning och belöning

*Ansträngning* kan avse olika aspekter, t.ex. precision, koncentration eller känslomässigt engagemang. En aspekt som ofta tas upp är balansen mellan den ansträngning en arbetsuppgift kräver och den belöning som individen får för att utföra uppgiften. Detta beskrivs i den så kallade *ansträngnings-belöningsmodellen* (effort-reward) (5). Ansträngning kan avse såväl omgivningens anspråk och förväntningar som individens egna krav på sig själv. Ansträngningen är också relaterad till alltför höga krav och tidspress. Exempel på *belöning* är löneförhöjning, befordran och anställningstrygghet. Belöning kan också vara erkännande och social status.

### Rättvis miljö, engagemang och utveckling

En *rättvis miljö* i arbetslivet är kopplat till sådant som resurstilldelning, att beslutsprocesser är transparenta och rättvisa och att arbetstagarna behandlas på ett rättvist sätt av ledningen, t.ex. att en grupp eller individ inte favoriseras på bekostnad av andra. På engelska används ofta begreppet *organisationsrättvisa* (organisational justice) och studeras med en OJ-modell (2), som försöker kartlägga individers uppfattning om jämlikhet i regelsystem och sociala normer inom företaget jämfört med andra med samma arbetsuppgifter och studeras med tre delkomponenter: fördelningsrättvisa (distributive justice; av tillgångar och fördelar), processrättvisa (procedural justice; processer som leder fram till utfallen och bestämmer fördelningen av tillgångar och fördelar) och interaktionsrättvisa (informationsrättvisa och behandling av chefer).

Arbetsengagemang och arbetstillfredsställelse kan påverka den psykiska hälsan.

Ett arbete i vilket den anställde har liten möjlighet att använda sin förmåga eller där *utvecklingsmöjligheterna* är begränsade kan leda till understimulering, bristande arbetsglädje och engagemang, dålig självbild, känsla av hopplöshet och depressivitet.

#### Rollkonflikter, mobbing och katastrofupplevelser

Det finns många definitioner av vad konflikt är, t.ex. när en vilja, ett behov eller en önskan möter motstånd. *Konflikter* kan förekomma både mellan individer och mellan grupper. Olösta konflikter kan resultera i mobbing, särskilt om maktförhållandena sviktar för den ena parten.

*Mobbing* är handlingar som upplevs som kränkande eller på annat sätt oönskade av den som utsätts för dem, Enligt Arbetsmiljöverkets definition är kränkande särbehandling ”återkommande klandervärda eller negativt präglade handlingar vilka under en längre tid riktas mot utpekade enskilda arbetstagare och på ett personligt kränkande sätt ställer dessa ut inför arbetsgemenskapen”. Mobbing kan således vara både ett utfall och en exponering.

*Katastrofupplevelser* med starkt känslomässigt innehåll av oväntade händelser kan leda till så kallade post-traumatiska stressbesvär, (post-traumatic stress disorder, PTSD) som kan leda till långvariga besvär av ångest, depressivitet och trötthet mm.

#### Rationaliseringar, anställningsformer, yrken

Kraven på alltmer ökad flexibilitet och rationaliseringar i arbetslivet kan öka risken för att arbetsmiljön försämras i flera avseenden (7). Arbetslivets förändringar har konsekvenser för de enskilda arbetstagarna, särskilt när förändringar sker ofta eller pågår under lång tid utan tydliga besked. Det kan vara svårare för personer med tillfällig anställning, projektanställning eller anställning hos uthyrningsföretag att planera sitt framtida arbete men tillfälliga anställningar kan också vara en lättnad och led i nedtrappning efter ett långt arbetsliv om socialförsäkringarna ger trygghet.

#### Skiftesarbete och arbetstid

Planerat och oplanerat arbete under kväll, natt och tidig morgon stör dygnsrytmen och påverkar krop-

pens biologiska klocka liksom det sociala livet, vilket i sin tur kan leda till sömnstörningar och depressivitet. Anställningsformen kan vara skiftesarbete med fast eller rörligt schema, jourverksamhet, förlängda arbetsdagar, korta viloperioder m.m.

#### Fysiskt krävande arbete

Storleken på den fysiska belastningen avgörs av den kraft, kroppsställning och rörelse som krävs för att utföra ett arbete. Belastningen påverkas i hög grad av intensitet, frekvens och duration. Den fysiska belastningen blir större om arbetet kräver en kombination av hög kraft, dålig arbetsställning och ogynnsamma rörelser. Den fysiska belastningen kan påverka den psykiska hälsan genom uttröttnings och känslan av otillräcklighet, särskilt hos äldre.

#### Referenser

1. Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books;1990.
2. Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychology* 2012;97:235-272
3. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 216.
4. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 223.
5. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1:27-41.
6. Theorell T. Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Kunskapssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
7. Westgaard RH, Winkel J. Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems - A systematic review. *Appl Ergo* 2011;42:261-296

## 4. ARBETE, PSYKISK HÄLSA OCH SJUKSKRIVNING/FÖRTIDSPENSION/DÖD

### INLEDNING

För att studera sambandet mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning/förtidspension/död gjordes sökningar i databaserna Pubmed och Psychinfo För att besvara frågeställningen om samband finns mellan dessa entiteter gjordes två uppdelningar i sökningarna:

- 1 arbetets betydelse för psykisk ohälsa
  - a. systematiska kunskapssammanställningar 2000-okt 2014
  - b. enskilda artiklar 2013-okt 2014
- 2 hela kedjan med arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning/förtidspension och död 2000-okt 2014.

Mycket svåra psykiska sjukdomar (psykoser och liknande), neuropsykiatriska sjukdomar och missbruk/beroende exkluderades från sökningen. Studierna som inkluderades skulle vara longitudinella och alla tvärsnittsstudier uteslöts.

Sökstrategin i korthet 7

- Arbetsrelaterade exponeringar
  - Work, workplace, employment, occupational exposures
- Depression och depressionsymtom
  - Depressive disorder, depression, behavioral symptoms (MESH)
- Ångesttillstånd och fobier
  - Anxiety disorders (MESH)
- Utmattningssyndrom och burnout
  - Stress psychological (MESH)

- Mental health (MESH)
- Suicide (+attempt) (MESH)
- Common mental disorders (är ingen MESH-term)
- Sjukfrånvaro
  - Sick leave, sickness absence, disability, early retirement, death

Då SBU i februari 2014, strax innan detta arbete startade, hade utkommit med en systematisk kunskapsöversikt om ”Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom” togs denna skrift som utgångspunkt för del 1 ovan med avseende på dessa två diagnoser. Systematiska sammanställningar av andra psykiska diagnoser eftersöktes i databaserna för perioden 2000-2014. Då SBU avslutade sin datainsamling 2013 gjordes sedan en kompletterande sökning av enskilda artiklar januari 2013 - oktober 2014.

Sammanlagt gav resultatet 282 systematiska sammanställningar och 1834 enskilda artiklar. Titlarna gick igenom och abstracts av relevanta artiklar lästes. Utifrån detta togs helttextartiklar fram på de som befunnits relevanta efter abstractgranskningen. Slutligen ingick 14 systematiska kunskapssammanställningar och 5 enskilda artiklar i underlaget. Två personer gjorde det första urvalet, en person läste abstract och fulltextartiklar. Vid minsta tvekan i kvalitetsbedömningen läste ytterligare en person artikeln och bedömningen diskuterades och ledde till konsensus. Relevans- och kvalitetsmallar redovisas i bilaga 1.

7 För en mer detaljerad beskrivning av sökstrategier och resultat kan Eva Vingård kontaktas.

Samma procedur med datasökning, titelgranskning, abstractläsning och slutligen fulltextartiklar gjordes för 2 ovan då med tillägg av sjukskrivning/förtidspension/död som utfallsvariabler. Denna sökning gav initialt 2032 titlar. I slutgranskningen innefattades 13 artiklar som uppfyllde kraven på relevans och kvalitet.

En sammanställning i förkortad form finns i slutet av kapitlet. För överskådlighetens skull har vi i detta kapitel gjort tabeller i mer löpande text än som traditionella tabellverk.

#### Kapitlet är indelat i fyra delar:

Systematiska översikter av arbetsfaktorer eller yrken och dess samband med psykisk ohälsa

Systematiska överiskter psykisk ohälsa och dess samband med arbetsfaktorer

Enskilda studier över sambandet mellan arbetsfaktorer och psykisk ohälsa

Studier om sambanden mellan arbetsfaktorer, psykisk ohälsa och sjukskrivning/förtidspension eller död.

### SYSTEMATISKA ÖVERSIKTER AV ARBETSFAKTORER ELLER YRKEN OCH DESS SAMBAND MED PSYKISK OHÄLSA

#### Krav-kontroll- stöd och Ansträngning-belöningsbalans

*Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorder, a systematic review.*

*Occup Med 2010;60:277-286*

Syftet med studien var göra en systematisk översikt av arbetsrelaterade psykosociala riskfaktorer bidrag till stressjukdomar/stressstörning (stress-related disorder). Till dessa sjukdomar räknades sådana diagnoser som neurasteni, maladaptiv stressreaktion (adjustment disorder; emotionella symtom eller beteendeförändring till följd av identifierbara stressfaktorer) och utmattningssyndrom (burnout). Sju prospektiva studier (i sex artiklar) fyllde inklusionskraven med hög kvalitet och utgjorde basen för analyserna. Dessa studier bygger på data från drygt 70 000 anställda vid privata industri- och tjänsteföretag, offentliganställda, sjukhusanställda m.fl. Fler kvinnor än män ingår i studierna. De flesta studierna har använt självifyllda frågeformulär för både psykosociala arbetsmiljöfaktorer och symtom. Exponeringen har mätts med olika varianter av frågor från krav-kontrollmodellen och ansträngnings-belöningsmodellen, emotionella krav, rättvisa, enformigt arbete, stöd från överordnade eller arbetskamrater. Mentala störningar har i allmänhet definierats som  $\geq 4$  symtom i General Health Questionnaire eller mer än 76 poäng på CIS (Checklist Individual St-

rength). I tabellform redovisas vilka studier som legat till grund för bedömningen av tio olika psykosociala exponeringar och meta-analyser har genomförts när förutsättningar förelåg. Man fann sammantaget starka stöd för att höga krav i arbetet, bristande kontroll och dåligt stöd från arbetsledare eller arbetskamrater, upplevelse av orättvisa på arbetsplatsen och obalans mellan ansträngningar och belöning ökade risken för en stressrelaterad störning.

*Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review.*

*Scand J Work Environ Health 2006;32 (6) 443-462*

Syftet med studien var att klargöra sambanden mellan psykosociala arbetsstressorer och mental ohälsa genom en meta-analys baserad på longitudinella studier som identifierats genom en systematisk litteraturoversikt. En utgångspunkt har varit den kritik som riktats mot modellerna krav-kontroll och ansträngning-belöning för att inte ta hänsyn till sociala faktorer. Dessutom hade olika studier kommit till olika resultat. Sökperioden omfattade 1994-2005 i en rad olika databaser m.m. En mångfald sökord resulterade i närmare 25 000 titlar varav 38 uppfyllde inklusionskriterierna och 11 gick att använda i den formella meta-analysen med sammanlagt drygt 70 000 individer. Studierna var baserade på befolkningsurval samt några stora kohorter av sjukvårdspersonal och tjänstemän. Detta är en synnerligen omfattande översikt med tillämpning av strikta kriterier och omfattande testning av kvalitet och krav för att få ingå i såväl en systematisk översikt som i en meta-analys. Redovisningen av de accepterade studierna för meta-analysen är mycket utförlig.

De starkaste sambanden fanns för den kombinerade krav-kontrollmodellen (höga krav och små möjligheter att påverka arbetssituationen) och den kombinerade ansträngnings-belöningsmodellen (obalans mellan arbetsinsatsen och uppskattningen för detta) och något svagare för de enskilda delarna i modellerna liksom för otruggighet i arbete.

*Sultan-Taieb H, Lejeune C, Drummond A, Niedhammer I. Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain.*

*Int Arch Occup Environ Health 2011;84: 911-925*

Syftet var att beräkna relativa risker för tre sjukdomstyper vid exponering för spänt arbete (job strain) och hur stor andel (attributable fraction) av dessa sjukdomstyper som kan förklaras av hög exponering för spänt arbete genom att väga samman riskberäkningar i relevanta, publicerade studier. Från översikter som publicerats 1990-2008 (och sökt i Medline) val-

des de enskilda studier ut som passade de primära inklusionskriterierna, bl.a. endast prospektiva studier. 36 artiklar identifierades varav endast sju passerade den andra omgången av inklusionskriterier, som krävde att det gick att beräkna relativa risken för mental ohälsa p.g.a. spänt arbete. Sammanlagt drygt 50 000 personer har följts, främst med frågeformulär. Materialet domineras av två kohorter med över 20 000 deltagare vardera av anställda vid ett franskt gas- och elektricitetsföretag respektive ett kanadensiskt befolkningsurval men innehåller också t.ex. sjuksköterskor.

Relativa risken för självskattad mental ohälsa på grund av spänt arbete varierade mellan 1,2-3,3 i studierna (med breda konfidensintervall). 90 % av de studerade har endast tillfrågats om depressiva symtom och resultaten överensstämmer med den svenska SBU-översikten.

Bland alla med självskattad mental ohälsa beräknades spänt arbete vara orsaken för 10,2-31,1% av männen och 5,3-33,6 % av kvinnorna och sammantaget, med hänsyn till studiernas storlek, beräknades 6,5 % av all självskattade mental ohälsa bland yrkesarbetande bero på spänt arbete.

#### Rättvisa

*Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies.*

*Occup Environ Med 2012;69:694-700*

Denna kanadensiska reviewartikel har studerat sambandet mellan "organisationsrättvisa" (Organisational Justice, OJ) och mental hälsa genom att söka i relevanta databaser för olika aspekter på OJ och följande aspekter på mental hälsa: mental ohälsa (mental health distress), depression, ångest, trötthet, somatisering, psykologisk ohälsa, sjukfrånvaro och välbefinnande. Inget nämns om metoderna för identifieringen av utfallen men sannolikt rör det sig om självskattningar genom frågeformulär. Inte heller beskrivs på vilket sätt studierna varit prospektiva och om endast de som var friska vid första undersökningstillfället tagits med i den prospektiva studien.

Särskilt fokus riktades på likheter och skillnader i utfall jämfört med krav-kontrollmodellen och ansträngning-belöningsmodellen. Kriterierna för inklusion i bedömningen var att studierna var publicerade mellan 1990 och 2010 i peer review journals, mer än hundra deltagare, prospektiv studie från ett industrialiserat land och publicerad på engelska eller franska. 410 artiklar identifierades från databassökningarna. Efter bedömning av relevans och kvalitet återstod 11 artiklar. OJ-modellen försöker kartlägga individens uppfatt-

ning om jämlikhet i regelsystem och sociala normer inom företaget jämfört med andra med samma arbetsuppgifter och studeras med tre delkomponenter: distributiv rättvisa (fördelningen av tillgångar och fördelar), procedurell justice (processer och procedures som bestämmer denna fördelning) och interactional justice (interpersonal relationship). Detta skiljer sig ifrån den andra två modellerna genom att lägga tydligare fokus på upplevelser av jämlikheten i förhållande till allmän struktur snarare än bara individuellt.

Genomgången visar att alla tre delkomponenterna har samband med de mentala hälsoutfallen, med tveksamhet för distributiv rättvisa som bara studerats i två artiklar. Tyvärr finns ingen särredovisning för de olika mentala tillstånden, förutom vid sjukfrånvaro. Relativa risken för mental ohälsa vid brist på procedurell justice var 1,4 till 1,9 och för relational justice 1,2 till 1,6 (statistiskt signifikant). Dessa samband kvarstod efter justering för de övriga modellerna även om viss överlappning finns.

Slutsatsen är att arbetsorganisatoriska förhållanden som påverkar uppfattningen om rättvisa och jämlikhet har betydelse för välbefinnande och mental hälsa och att detta även gäller när man tagit hänsyn till krav och kontroll såväl som till ansträngning och belöning, som har beröringspunkter med dimensionen organisationsrättvisa.

*Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration.*

*J Appl Psychology 2012;97:235-272*

Denna studie syftar till att försöka klargöra de psykologiska effekterna av upplevd, organisatorisk orättvisa (organizational justice, OJ), genom meta-analyser av exponeringar och resultat i tidigare studier. OJ-modellen försöker kartlägga individens uppfattning om jämlikhet i regelsystem och sociala normer inom företaget jämfört med andra med samma arbetsuppgifter och studeras i allmänhet med tre delkomponenter: distributiv rättvisa (fördelningen av tillgångar och fördelar), procedurrättvisa (procedural justice; processer och tillvägagångssätt som bestämmer denna fördelning och slutresultatet) och interaktionsrättvisa (interactional justice; interpersonal and informational relationship). Dessutom ingick psykologiska kontraktsbrott bland exponeringarna. Mentala hälsoproblem (depression, ångest, psykologiska störningar) analyserades i 22 studier utmattningssymtom i 27 studier, stressupplevelser i 21 studier och negativ sinnesstämning i 23 studier. Alla studier av mentala utfall hade använt självrapporterade uppgifter. Antalet deltagare i studierna varierade från 50 till drygt 8 000 men inga uppgifter om yrken lämnas. Hälften av personerna i studierna var

bosatta i USA och övriga i femton andra länder. Hälsostillståndet analyserades dels som ett sammanvägt mått på upplevelse av orättvisa (unfairness) och dels uppdelat för de olika typerna av orättvisa.

Analysresultaten styrkte hypoteserna att den genomsnittliga upplevelsen av orättvisa korrelerade med de anställdas hälsa, särskilt högre grad av mentala hälsoproblem men även med utmattningssymtom och negativism. Olika typer av rättvisa hade större eller mindre samband med de olika hälsoutfallen. Distributiv orättvisa hade starkt samband med mentala hälsoproblem medan psykologiska kontraktsbrott hade starkt samband med utmattning och negativism. För stress var alla sambanden av likartad storlek. Sambanden mellan orättvisa och hälsa var av samma storleksordning för män och kvinnor när alla studier lades samman (men inte i enskilda studier) och starkare för studier i USA än i övriga världen.

### Skiftesarbete och oregelbunden arbetstid

Nicole A-M, Botterill JS. *On-call work and health: a review.*

*Environ Health: A Global Access Science Source* 2004, 3:15

Denna översikt gäller effekter av jourberedskap (on-call) utanför den normala arbetsplatsen som kan innebära uttryckning. Endast ett fåtal studier återfanns med de tillämpade kriterierna. 16 av 24 studier accepterades och redovisas utan formell hopvägning (ingen meta-analys). Endast två av studierna hade externa jämförelsegrupper. Antalet publicerade studier med hög kvalitet var således litet och de flesta har studerat brittiska allmänläkare. Enligt författarna tyder en preliminär bedömning på att jourberedskap har en negativ inverkan på stress och mental hälsa och att den medför sömnproblem.

### Tillfälligt arbete

Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Virtanen J. *Temporary employment and health: a review.*

*Int J Epidemiol* 2005;34:610-622

Syftet med studien var att göra en systematisk översikt av den vetenskapliga litteraturen 1963-2003 om sambandet mellan tillfälliga anställningar och olika former av nedsatt hälsa hos de anställda i USA och EU-länderna. Tillfälliga anställningar av olika typer, t.ex. korttids- eller projektanställning, vid behov, säsongsarbete, "atypisk" anställning ingick men inte fast deltidsanställning. 27 studier med sammanlagt omkring 500 000 personer (fler kvinnor än män) accepterades varav 14 prospektiva studier, två retrospek-

tiva och elva tvärsnittsstudier. Förutom psykologiska störningar, vari ingick självskattad trötthet, lättare depression, sömnsvårigheter, huvudvärk m.m., så ingick också nack-, skulder- och ryggbesvär, sjukfrånvaro, arbetsskador och dödlighet. Inga exponeringsdata rapporteras, endast typ av tillfällighetsanställning. Analyserna har inte korrigerats för arbetslöshet.

De sammanvägda resultaten visar att jämfört med personer med fast anställning hade de tillfälligt anställda 25 % ökad risk av drabbas av psykologiska störningar, åtta procent ökad risk för fysisk ohälsa (inte signifikant) och förhöjd risk för arbetsskada. Genomsnittssiffror för mycket olika studietyper och populationer framhålls som problematiska eftersom vissa studier visar överrisker och andra underrisker, vilket kan förklaras av en lång rad skillnader i studierna. Bland förklaringarna till resultaten framhålls de sannolika effekterna av osäkerhet om fortsatt anställning, sämre fysiska och psykosociala arbetsförhållanden och mindre yrkeskunskap. Översjukligheten var mer uttalad bland de tillfälligt anställda ju lägre arbetslösheten var i landet. Sjukskrivning var mindre vanligt bland de tillfälligt anställda vilket kan förklaras av otrygghet om fortsatt anställning.

Författarna föreslår en rad studiedesigner för att få mer konklusiva resultat genom bättre precision på industrityp, hälsoeffekter, arbetsmiljöfaktorer, uppföljningstid, kön, ålder m.m.

### Rationaliseringar

Westgaard RH, Winkel J. *Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems - A systematic review.*

*Appl Ergo* 2011;42:261-296

Syftet med denna litteraturoversikt var att identifiera arbetsrelaterade muskuloskeletala och mentala hälsoeffekter av rationaliseringar av produktionssystem och organisationsutveckling. Både epidemiologiska studier, artiklar om rationaliseringar m.m. och fallstudier inkluderas efter kvalitetsbedömning. Slutsatserna baseras på 162 studier av rationaliseringseffekter och 72 studier av organisationsförändringar där samlade hälsoeffekterna karakteriserades som positiva, blandade eller negativa. Grupperingar av studier av olika rationaliseringstyper och organisationsförändringar bedöms och kommenteras.

Rationaliseringar bedömdes ha en övervägande negativ effekt på hälsa och riskfaktorer för hälsa (57 studier med negativa hälsoeffekter och 19 positiva), särskilt för personalminskningar och strukturovandlingar och tydligast för hälso- och sjukvårdssektorn (36

studier med negativa hälsoeffekter och två positiva). Rationaliseringsstrategin High Performance Work System (HPWS), som gör de anställda delaktiga i förbättringsarbetet hade den högsta andelen positiva resultat (6 av 10 studier). Studier av hälsoeffekter vid "lean production" visade blandade resultat från olika arbetsmarknadssektorer och tidsperiod. Arbetardeltagande, lyhörd ledningsstil, informationsstöd, gruppvis medbestämmande och processrättvisa påverkade resultaten i positiv riktning. Författarnas slutsatser är att rationalisering inom arbetslivet sällan har gynnsamma hälsoeffekter som målsättning utan ofta medför betydande, negativa hälsoeffekter, som emellertid kan minskas med hjälp av åtgärder som medför ökat inflytande och insyn i produktionsförändringarna.

### Yrken

Aoki Y, Malcolm E, Yamaguchi S, Thornicroft G, Henderson C. *Mental illness among journalists: A systematic review.*

*Int J Soc Psychiatry* 2013; 59:377-390.

Syftet med översikten var dels att sammanställa publicerad kunskap om psykisk hälsa hos journalister och dels hur detta påverkar deras sätt att beskriva psykisk hälsa m.m. En av författarnas hypoteser var att journalister skulle ha högre prevalens för post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) och för alkoholberoende än genomsnittsbefolkningen. Slutsatserna grundas på 19 tvärsnittsstudier. En del av studierna frågade efter besvär under hela livet och andra om pågående symptom. Frekvensen av PTSD varierade från 0 - 33 % i 11 studier. Genomsnittet för 3 327 journalister var 7,2 %. Jämförelser med resultat från studier av normalbefolkningen är svåra men vissa data tyder på en något ökad frekvens av PTSD bland journalister och särskilt för dem som rapporterat från extraordinära händelser, t.ex. krig eller tsunami. Förekomst av depression hade tidigare bara studerats i två studier av samma författare, som fann prevalenser mellan 5,3 och 21,4 procent.

de Boer J, Lok A, van't Verlaat E, Duuivenvoorden HJ, Bakker AB. *Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis.*

*Soc Sci & Med* 2011;73:316-326

Syftet med denna review är att göra en meta-analys av psykisk påverkan, främst post-traumatiska stressymtom (PTSD), men också ångest- och depressionsymtom, av "kritiska händelser" (critical incidents) bland olika kategorier av sjukvårdspersonal och att undersöka den relativa betydelsen av olika slags händelser. Kritisk händelse definierades som "en plötslig,

öväntad händelse som har en tillräckligt stor emotionell påverkan för att överbelasta de vanligen effektiva bemärstringsstrategierna (coping skills) och orsakar påtaglig psykologisk stress". Sju av elva studier avsåg personal som behandlat SARS (Severe acute respiratory syndrome) -smittade patienter.

Sammantaget visar översikten att arbete med patienter som varit utsatta för kritiska händelser med svåra sjukdomstillstånd har en ökad risk att få PTSD, ångest- och depressionssymtom, särskilt efter arbete med sådana patienter under lång tid. Liknande resultat har visats bland ambulans- och akutavdelningsspersonal.

Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T, Weisaeth L. *Work-related post-traumatic stress disorder.* *Occup Med* 2013;63:175-182

Syftet med denna översikt har varit att utföra en fördjupad översikt av publicerad forskning om yrkesgrupper som har särskilt hög risk att utveckla arbetsrelaterad PTSD, inklusive studier av behandlings- och preventionsinsatser. Från 3525 artiklar valdes 140 stycken ut som ansågs vara relevanta och ha acceptabel kvalitet, men metoden för kvalitetsgranskning av artiklarna redovisas inte. Författarna noterar i diskussionsdelen att många av dessa studier varit tvärsnittsstudier med mycket låg svarsfrekvens och där såväl exponering som symptom efterfrågats vid samma tillfälle i frågeformulär av olika typer. Vissa studier nämns, men det framgår inte systematiskt hur många studier som behandlat de angivna yrkena eller hur många som deltagit. Inget försök till meta-analys har gjorts.

Poliser, brandmän och ambulanspersonal har visats ha särskilt hög risk att drabbas av arbetsrelaterad PTSD. Många andra yrkesutövare är utsatta för traumatiska händelser, men antalet studier är för få för att fastställa samband med PTSD. Flera studier visar att personlighet, anställnings- och självselektion, socialt stöd, psykisk hälsa, professionell rådgivning och behandling har betydelse för risken att utveckla stressymtom efter svåra, traumatiska händelser i arbetet.

### SYSTEMATISKA ÖVERSIKTER AV PSYKISK OHÄLSA OCH DESS SAMBAND MED ARBETSFAKTORER

#### Depressiva besvär

Burgard SA, Elliot MR, Zivin K, House JS. *Working conditions and depressive symptoms: a prospective study of US adults.*

*J Occup Environ Med* 2013;55:1077-14

Denna longitudinella studie med fyra datainsamlingar av tvärsnittstyp från USA mellan 1986 och 2001/2

har studerat sambanden mellan ett mått på depressiva symptom vid varje "undersökningsväg" med ett sammansatt mått på negativa arbetsförhållanden. Syftet var att studera om den samlade effekten av komponenter i de vanliga modellerna (job-strain och effort-reward) ökade risken för depressiva symptom mer än vad de enskilda modellerna gjorde. Individens sammansatta mått jämförs med genomsnittet för alla andra vid varje undersökningstillfälle. Därefter används en statistisk modell (random-incept linear mixed model) för att beräkna hur negativa arbetsförhållanden associeras med depressiva symptom för alla som deltagit i åtminstone en undersökningssomgång. Resultaten visar ett starkt samband mellan negativa arbetsförhållanden och depressiva symptom.

*Lundberg I, Allebeck P, Forsell Y, Westerholm P. Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998-2012. Arbete och Hälsa nr 2013:47(1)*

Syftet med kunskapssammanställningen var att analysera sambandet mellan psykosociala och organisatoriska arbetsvillkor och depressionstillstånd. 3 469 publikationer identifierades. 122 artiklar studerades i fulltext och 42 artiklar accepterades enligt kvalitets-kriterierna som underlag för slutsatserna. Sammantaget har omkring 200 000 personer studerats i de 42 studierna med såväl offentligt som privat anställda från olika företag eller genom befolkningsundersökningar.

Artiklarna delades in i tre kvalitetsgrupper. Grupp 1 utgjordes av artiklar där exponering och utfall var självrapporterade vid två undersökningstillfällen (lägst kvalitet). I artiklarna i grupp 2 var utfallsdata inte direkt självrapporterade och dessa artiklar ansågs innebära en viss förbättring jämfört med artiklarna i grupp 1. Artiklar där exponeringen inte är självrapporterad placerades i grupp 3 och artiklarna i denna grupp ansågs ha högre förklaringsvärde än artiklarna i grupp 1 och 2.

Författarna bedömde att de 18 studier som studerat psykiska krav sammanvägt visade att ett måttligt stöd för att höga krav i arbetet kan bidra till depression, men att sådant stöd inte kunde fastställas för t.ex. job strain, kontroll, socialt stöd, beslutsutrymme, bristande stimulans, ansträngning-belöningsmodellen eller osäker anställning. För dessa faktorer hade endast ett mindre antal studier identifierats och författarnas kvalitetskrav, baserat främst på mätmetoder för exponering och utfall, placerade ett flertal i de lägre kvalitetsgrupperna.

*SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.*

*SBU-rapport nr 223.*

Syftet med projektet var att göra en systematisk och kritisk granskning av den vetenskapliga litteraturen som beskriver arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom. Alla typer av exponering inkluderades: organisatoriska och psykosociala faktorer, fysiskt krävande arbete, kemiska och biologiska faktorer, buller, vibrationer, övriga fysikaliska faktorer samt smitta.

Rapporten fokuserar på personer i arbete med utfallsmåttet depressionssymtom (inte kliniskt diagnostiserad depression) och utmattningssyndrom. Depressionssymtom kan yttra sig som nedstämdhet, ångest, minskat känslomässigt engagemang, depressiva tankar, livsleda och självmordstankar, passivitet, störd sömn eller minskad aptit. Dessutom förekommer koncentrations- och minnessvårigheter och olika kroppsliga symptom. Depressionssymtom är vanligt förekommande, men behöver inte vara sjukdomsrelaterade.

Begreppet utmattningssyndrom användes för de studier som i den engelskspråkiga litteraturen går in under begreppet burnout och som i ett svenskt sammanhang ofta benämns utmattningsdepression eller stressutlöst utmattning. Den engelska termen burnout beskrivs ofta i ett antal dimensioner; emotionell utmattning, depersonalisering och cynism samt otillräcklighet i form av minskad effektivitet. Depressionssymtom och symptom på utmattningssyndrom kan förekomma samtidigt hos en person; det kan alltså finnas en samsjuklighet.

81 studier har legat till grund för slutsatserna och sambandens styrka har värderats enligt GRADEsystemet. Tre fjärdedelar av de studier som höll tillräckligt hög kvalitet undersökte samband mellan arbetsmiljön och depressionssymtom. Övriga gällde utmattningssyndrom. Resultaten och de accepterade studierna baseras till helt övervägande del på självrapportering av såväl arbetsmiljöfaktorer som depressionssymtom respektive symptom på utmattningssyndrom.

Rapporten finner att det finns vetenskapligt underlag för att följande samband gäller på gruppnivå:

- Personer som upplever en arbetssituation med små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, utvecklar mer depressionssymtom.

- Personer som upplever bristande medmänskligt stöd i arbetsmiljön utvecklar mer symptom på depression och utmattningssyndrom än andra.
- De som upplever mobbing eller konflikter i sitt arbete utvecklar mer depressionssymtom än andra, men det går inte att avgöra om det finns något motsvarande samband för symptom på utmattningssyndrom.
- Personer som upplever att de har pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen utvecklar mer symptom på depression och utmattningssyndrom än andra. Detta gäller även för dem som upplever osäkerhet i anställningen, t.ex. en oro för att arbetsplatsen ska läggas ner.
- I vissa arbetsmiljöer har människor mindre besvär. Personer som upplever goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet och de som upplever att de behandlas rättvist utvecklar mindre symptom på depression och utmattningssyndrom än andra.
- Kvinnor och män med likartade arbetsvillkor utvecklar i lika hög grad depressionssymtom respektive symptom på utmattningssyndrom.

Rapportens resultat och slutsatser bedömdes vara giltiga för kvinnor och män som arbetar under svenska förhållanden och användbara för åtgärder på arbetsplatserna.

### Sömnstörningar

*SBU. Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 216.*

Sömnstörning är ett vanligt hälsoproblem i Sverige. Av Folkhälsorapporten från år 2009 framgår att besvaren för dem i yrkesaktiv ålder har ökat mest bland de yngre. Kvinnor har genomgående mer besvär än män. Sömnstörningar kan innebära stort lidande för den enskilde och även påverka arbetsförmåga och livskvalitet.

Projektet har gjort en systematisk granskning av forskningen för att undersöka samband mellan arbetsmiljö och sömnstörningar och arbetat med två övergripande frågor:

- Vilken betydelse har olika faktorer i arbetsmiljön för uppkomst, vidmakthållande och förvärrande av sömnstörningar?
- Finns det någon aspekt av arbetsmiljön som har särskild betydelse för uppkomst, vidmakthållande

och förvärrande av sömnstörningar hos kvinnor, respektive män?

Kunskapssammanställningen bygger på litteratursökning i fyra olika internationella databaser som innehåller originalartiklar inom bl.a. medicin, psykologi och metodik, kompletterat med sökningar i två databaser inriktade på arbetsliv. Sömn och sömnstörningar kan mätas med hjälp av tekniska metoder, intervjuer eller subjektiva skattningar i frågeformulär. Alla kända typer av exponering analyserades. Studierna hade sammantaget utförts bland drygt 30 000 manliga och kvinnliga arbetare och tjänstemän anställda i privata eller offentliga företag och organisationer.

Analyserna visar att personer som har gott medmänskligt stöd i arbetsmiljön, möjlighet till kontroll över det egna arbetet eller som behandlas rättvist har mindre sömnstörningar än andra. För var och en av dessa faktorer visar forskningen på samband med lägre förekomst av sömnstörning. Personer som har höga arbetskrav, psykiskt ansträngande arbete eller utsätts för mobbing på arbetsplatsen har mer sömnstörningar än andra. Även de som har en situation där belöningen (t.ex. lönen eller omgivningens uppskattning) är låg eller inte står i proportion till ansträngningen har mer sömnstörningar. För var och en av dessa faktorer visar forskningen på samband med högre förekomst av sömnstörning. Personer som arbetar skift har mer sömnstörningar, som minskar när de slutar skiftesarbetet. "Rapportens resultat kan tolkas som att en god arbetsmiljö bidrar till god sömn."

Könsskillnader rapporteras inte alltid och resultaten varierar mellan olika studier och arbetsmiljöer. Sammanfattningsvis anser författarna inte att det går att säga om det finns några skillnader mellan män och kvinnor när de exponeras för låg belöning, obalans mellan ansträngning och belöning eller psykiskt ansträngande arbete.

### ENSKILDA STUDIER SOM UNDERSÖKER SAMBANDET MELLAN ARBETSAKTORER OCH PSYKISK OHÄLSA

#### Skiftesarbete

*Flo E, Pallesen S, Moen BE, Waage S, Bjorvatn B. Short rest periods between work shifts predict sleep and health problems in nurses at 1-year follow-up. Occup Environ Med 2014;71:555-561*

Syftet med studien var att undersöka om antalet korta viloperioder mellan arbetsskift under ett år ökade risken för sömnproblem, extrem trötthet, ångest och depression genom en ettårig uppföljningsstudie. Med

kort viloperiod avsågs mindre än 11 timmar mellan två arbetspass. I genomsnitt hade en sjuksköterska 33,4 korta viloperioder under det studerade året och 26,4 nattskift. Olika, etablerade skalor användes för skiftbesvär, svåra sömnhetsbesvär, psykisk och fysisk trötthet, ångest och depression. Man studerade dels utfallen ett år efter första undersökningen jämfört med antalet korta arbetspass ett år före första undersökningstillfället och dels i jämförelse mellan dem som hade färre eller fler korta viloperioder vid andra än vid första undersökningstillfället. I analyser justerade för kön, ålder, antal nattskift, besvär vid första undersökningstillfället och ökat eller minskat antal korta viloperioder fann man signifikant, lätt ökad risk för skiftbesvär och svår trötthet men inte för svåra sömnhetsbesvär, ångest eller depression.

### Rollkonflikter

Johannessen HA, Tynes T, Sterup T. *Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress. A 3-year follow-up study of the working population in Norway.*

*J Occup Environ Med* 2013;55:605-613.

Syftet med denna treåriga uppföljningsstudie var att studera sambandet mellan psykologiska besvär i förhållande till rollkonflikter på arbetet och känslomässiga krav i ett slumpvis urval av den norska, arbetsföra befolkningen, som intervjuades mellan 2006/7 och 2009/10. Även andra psykosociala och organisatoriska förhållanden ingick och justerades för i analyserna. 13-16 % bland de intervjuade bedömdes som "psykologiskt besvärade". I de fullt justerade modellerna ökade risken kraftigt för psykologiska besvär av olika typer vid rollkonflikter och känslomässiga krav men även för små möjligheter till kontroll över arbete, mobbing och osäkerhet om anställningen.

### Tillfälligt arbete

LaMontagne AD, Milner A, Krnjacki L, Kavanagh AM, Blakely TA, Bentley R. *Employment Arrangements and Mental Health in a Cohort of Working Australians: Are Transitions From Permanent to Temporary Employment Associated With Changes in Mental Health?*

*Am J Epidemiol* 2014;179:1467-1476

Syftet med studien var att jämföra det psykiska välbefinnandet hos anställda med fast och tillfälliga anställningar och för individer som hade erfarenheter av båda anställningsformerna med hjälp av en panel av alla i ett slumpvis urval hushåll från 2001 som tillfrågades en gång om året under tio år med intervjuer eller självfyllda frågeformulär (SF36). Jämförelser

gjordes både mellan de två exponerade grupperna och för individerna själv när de bytt mellan de olika anställningsformerna. Studien var en öppen kohort med 127 observationer hos 6 433 personer som hade erfarenhet av en eller fler omgångar av tillfälliga anställningar samt 5 275 observationer hos 3 023 personer med en eller flera perioder av fast anställning.

Analyserna visade inga signifikanta skillnader i genomsnittliga poäng mellan de olika anställningsformerna utom för anställda mellan 55 och 64 år, som hade 1-2 högre poäng när de var tillfälligt anställda än de hade när de var fast anställda. Skillnaden är liten men statistiskt signifikant (kliniskt betydelsefull skillnad skall vara minst fem poäng). Samma resultat för kvinnor och män.

Författarna betonar att resultaten sannolikt är beroende av lagstiftningen och socialförsäkringssystemet i Australien och att liknande studier behövs från andra länder med annorlunda förmåner samt att förbättringen bland de äldre kan ha samband med att slippa ett alltför stressande arbete.

### Krav-kontroll-stöd

Theorell T, Hammarström A, Gustafsson PE, Hansson LM, Janlert U, Westerlund H. *Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden.*

*J Epidemiol Community Health* 2014;68:78-82.

Syftet med studien var att analysera huruvida män och kvinnor skiljer sig åt med avseende på depressiva symtom under en 2-årsperiod p.g.a. ogynnsamma psykosociala arbetsmiljöfaktorer. Tidigare studier har kommit till olika slutsatser. Utdrag från ett slumpvis urval ur den arbetande befolkningen (the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health; SLOSH) användes. Efter begränsningar till dem som hade anställningar både 2008 och 2010 analyserades material från 2731 män och 3446 kvinnor med multivariata analyser. Den svenska varianten av krav-kontrollformuläret användes för att mäta exponeringen och en förkortad version av (Hopkins) Symptom Checklist för att mäta depressiva symtom.

Kvinnorna rapporterade mindre beslutsutrymme än män samtidigt som kraven ökade mer än för männen under perioden vilket resulterade i ett ökat gap mellan män och kvinnor för "spänt arbete" (job strain, ogynnsamt förhållande mellan kraven i arbetet och möjligheterna att påverka arbetsuppgifterna). Därmed var det inte någon signifikant skillnad mellan män och kvinnor med avseende på risken för depressiva symtom vid likartade krav- och kontrollmöjligheter. Författarnas slutsats är att skälet till att kvinnor

rapporterar mer depressiva symtom kan förklaras av sämre psykosociala arbetsförhållanden, vilket i sin tur till hänger samman med att män och kvinnor i stor utsträckning arbetar inom olika sektorer med olika arbetsförhållanden.

Leijten FR, van den Heuvel SG, van der Beek AJ, Ybema JF, Robroek SJ, Burdorf A. *Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: A 1-year follow-up study among older workers. J Occup Rehabil* 2014 (Epub ahead of print)

Målsättningarna med studien var att undersöka huruvida ogynnsamma fysiska och psykosociala arbetsfaktorer hade samband med sämre mental och fysisk hälsa samt om stort engagemang i arbetet motverkade relationen mellan ogynnsamma arbetsfaktorer och sämre hälsa. Ogynnsamma, psykosociala arbetsfaktorer, d.v.s. höga krav, låg grad av självständighet och litet stöd, vid första undersökningstillfället ökade risken för sämre mental hälsa vid andra tillfället. Hög fysisk belastning, höga arbetskrav och mindre självständighet i arbete ökade risken för sämre fysisk hälsa. Stort arbetsengagemang medförde såväl bättre fysisk hälsa som särskilt bättre mental hälsa under studieperioden och bidrog till förbättringarna även när hänsyn tagits till övriga psykosociala faktorer.

### STUDIER SOM UNDERSÖKER SAMBANDET MELLAN ARBESFAKTORER, PSYKISK OHÄLSA OCH SJUKSKRIVNING/FÖRTIDSPENSION/DÖD

Detta avsnitt behandlar studier från som samtidigt har undersökt exponeringar i arbetet som lett till psykisk ohälsa och dessutom orsakat sjukskrivning, förtidspension eller död.

#### Krav, kontroll och socialt stöd

Samuelsson Å, Ropponen A, Alexanderson K, Svedberg P. *Psychosocial working conditions, occupational groups and risk of disability pension due to mental diagnoses: a cohort study of 43 000 Swedish twins.*

*Scand J Work Environ Health* 2013;39(4):351-360

En studie från tvillingregistret i Sverige hade som syfte att studera associationen mellan yrkesgrupp, specifika psykosociala arbetsförhållanden främst krav, kontroll och socialt stöd och förtidspension p.g.a. någon psykiatrisk diagnos. Studien utgick ifrån väl validerade register. Antalet studiepersoner var stort (n=42715) och kohorten definierades 1993. För exponeringsbedömning användes dels information om yrkesgrupp och specifika exponeringar från en JEM (Job exposure matrix). Uppföljningstiden var 1993-2008. Ökande krav i arbetet, liksom att arbeta inom hälso- och social sektor och militärt arbete ökade ris-

ken att förtidspensioneras p.g.a. en psykiatrisk diagnos. Ökad kontroll i arbetet minskade risken och det gjorde även arbete inom "commercial work". Studiens extra styrka är att separata analyser kunde göras på diskordanta tvillingpar. Riskerna minskade då något men riktningen kvarstod och samma faktorer som i analys av hela gruppen gav risk för förtidspension för någon psykiatrisk diagnos fanns även i denna grupp.

Clumeck N, Kempenaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P, Kittel F. *Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: Results from the Belstress I prospective study. J Epidemiol Community Health* 2009;63:286-292

En studie från den longitudinella Belstress-undersökningen hade som syfte att studera sambandet mellan krav/kontroll/socialt stöd hos anställda i 11 större belgiska företag inom olika sektorer och från olika delar av Belgien. Sammanlagt deltog 9396 personer i denna del av studien i åldrarna 35-59 år. I grundstudien som var större (28 företag) var svarsfrekvensen enbart 48 %. Baslinjeundersökningen genomfördes 1994-1998 och uppföljningstiden var ca tre år. Exponeringsdata kom från enkäter som använde Karasek/Theorell/Johnson-modellen för att mäta krav, kontroll och socialt stöd i arbetet. Ålder, yrkesgrupp och levnadsförhållanden kontrollerades för. Uppföljningen genomfördes genom insamling av sjukskrivningsdata. I alla fall med >28 dagars sjukskrivning kontaktades sjukskrivande läkare för att verifiera diagnosen. För psykiatriska sjukdomar delades dessa upp i "depression" och "andra psykiatriska sjukdomar". Sammantaget var 1.4 % (n = 86) av männen och 3.4 % (n = 84) av kvinnorna sjukskrivna >28 dagar för depression. För både män och kvinnor fanns en ökad risk för sjukfrånvaro p.g.a. depression hos dem som uppgivit låg kontroll medan samma risk inte fanns för höga krav eller dåligt socialt stöd. Ansträngda arbeten (arbete med höga krav och låg kontroll) och passiva jobb (låga krav och låg kontroll) samt arbeten med både höga krav, låg kontroll och dåligt socialt stöd var associerade med depression hos män, men inte kvinnor. Depression var dock vanligare hos kvinnor än hos män.

Inoue A, et al. *Job stressors and long-term sick-leave due to depressive disorders among male Japanese employees: Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study.*

*J Epidemiol Community Health* 2010;64:229-235

I denna studie som beskrivits ovan har även effekterna av roll otydlighet undersökts. Roll-otydlighet var förenat med risk för sjukskrivning för depression (OR = 3,49).

Mäntyniemi A, Oksanen T, Salo P, Virtanen M, Sjösten N, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or CHD: a prospective cohort study of 69842 employees.

*Occup Environ Med* 2012;69:574-581

I Finland genomfördes under åren 2000-2002 en stor undersökning av anställda i tio finska städer och 21 sjukhus. 71505 personer fanns tillgängliga och 68 % besvarande basenkäten som bl.a. innehöll frågor om krav och kontroll. Utifrån svaren tilldelades varje arbetsenhet och varje yrke ett värde på höga krav och låg kontroll. Detta tillvägagångssätt kan ge en mer objektiv bild av exponeringen och möjliggör även att använda dem som inte svarat på enkäten i uppföljningen. Risken för felklassificering av exponeringen kan dock öka. Syftet med denna del av studien var att undersöka hur många som fick förtidspension i kohorten under en uppföljningstid på knappt fem år. Förtidspension undersöktes i allmänna register, dels generellt men också diagnosspecifikt. Varken för män eller kvinnor fann man en överrisk för förtidspension när det gällde depression. Vid analyser av enbart de som besvarat enkäten fanns en tendens till överrisk i alla grupper. Detta kan vara ett sant värde men risken för omvänd kausalitet finns. Författarnas slutsats blir att inget säkert går att säga om exponeringen höga krav och låg kontroll som orsak till förtidspension p.g.a. depression.

Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Zins M, Goldberg M. The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study.

*Soc Psychiatr Epidemiol* 2007;42:573-582

I Frankrike finns en kohort av anställda vid EDF-GDF, den s.k. GAZEL-kohorten. EDF-GDF är ett offentligt bolag i Frankrike som ansvarar för el- och gasdistribution. Företaget har främst manliga anställda (ca 80 %). Denna studie baseras på enkätdata och företagsstatistik från 1995 som omfattar 8869 män och 2671 kvinnor. Syftet med studien var att undersöka effekten av stressfaktorer både på arbetet och i privatlivet. Stress i arbetet mättes med en enkät, som innehåller frågor om krav, kontroll och socialt stöd på arbetet. Familjekrav mättes med antalet personer som var finansiellt beroende av studiepersonen. Dessa data kom från företagsstatistik. Exakt vilka som var beroende gick inte att få fram. Vanligtvis var det barn men även make/maka eller äldre släktingar kunde innefattas. Utfallet i studien var antalet sjukdagar p.g.a. en icke psykotisk psykiatrisk diagnos samt specifikt depression. Diagnosen var läkarverifierad. Uppföljningsti-

den löpte fram till 2003. Under denna period hade 5,3 % av männen och 16,9 % av kvinnorna åtminstone en episod av sjukskrivning p.g.a. undersökta diagnoser. 7,7 % av männen och 12,9 % av kvinnorna var exponerade för den högsta graden av arbets- och familjestress (=  $\geq 2$  arbetsstressfaktorer plus  $\geq 4$  personer som var beroende av studiepersonen). I en modell som justerades för ålder, yrkesposition, civilstånd, socialt stöd hemma, stressande livshändelser, alkoholkonsumtion, BMI och depressiva symtom vid baslinjemätningen var risken för män att bli sjukskriven för en icke-psykotisk psykiatrisk sjukdom respektive depression 1,82 (0,86-3,87) och 4,7 (1,96-11,24), jämfört med gruppen som redovisade 0-1 arbetsstressorer och 1-3 beroende personer. Motsvarande riskestimater för kvinnor var 5,04 (2,84-8,90) respektive 6,58 (3,46-12,50). Studiepersoner utan beroende hade också en viss ökad risk för psykiatrisk sjukskrivning. Det intressanta med denna studie är att både män och kvinnor är undersökta och att bägge grupperna visar en ökad risk för sjukskrivning speciellt för depression om de har höga värden på stress i arbetet och krav från familjen. Att kvinnor har större risk än män kan förklaras av att kvinnor har högre grad av exponering för stressfaktorer, lättare blir sjukskrivna och/eller är mer sårbara för depression.

Foss L, Gravseth M, Kristensen P, Claussen B, Mehlum I, Skyberg K. Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: A register based 5-year follow-up from the Oslo health study.

*JOEM*;52(7);698-705

För att identifiera arbetsfaktorer som kunde ge långtidssjukskrivning (>åtta veckor) på grund av en psykiatrisk diagnos undersöktes 8333 personer från den populationsbaserade "Oslo health study". Studiepersonerna var 30, 40 eller 45 år då datainsamlingen gjordes 2000-2001. Uppföljning i register av sjukskrivning för psykiatrisk diagnos skedde 2001-2005. Tre exponeringar i arbetet inkluderades i analyserna: kontroll i arbetet, stöd från chefer och anställningstrygghet. Analyserna inkluderade även ålder, utbildning, arbetsrelaterad hälsa, självrapporterad hälsa, rökning, alkoholbruk och sociala nätverk på fritiden som potentiella störfaktorer. Under uppföljningstiden insjuknade 7,8 % av kvinnorna och 3,9 % av männen i någon psykisk sjukdom som gav sjukskrivning >åtta veckor. Depression var den vanligaste diagnosen. Dåligt socialt stöd från chefer fördubblade risken för sjukskrivning för både män (HR = 1,6) och kvinnor (HR = 1,6). Låg utbildning var en riskfaktor för kvinnor (HR = 1,9). För att avgöra om det fanns reciprok kausalitet gjordes även en path-analys som visade att kausaliteten gick från arbetsexponering över psykisk ohälsa

till sjukskrivning. Svarefrekvensen i baslinjeundersökningen var enbart 46 % men en kontroll av bortfallet visade att de som inte svarat tillhörde en mindre prioriterad kategori vilket kan göra att riskestimaten är undervärderade.

### Obalans mellan ansträngning och belöning (effort-reward imbalance ERI)

Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M, Blanchette C, Bourbonnais R. Effort-reward imbalance and medically certified absence for mental health problems: a prospective study of white collar workers.

*Occup Environ Med* 2014;71:40-47

En studie från Kanada undersökte effekten av obalans mellan ansträngning och belöning i arbetet i relation till sjukskrivning för psykiatriska problem. Anställda i offentliga försäkringsbolag inbjöds att delta i en enkätundersökning med baslinjemätning 2000-2003 med uppföljande mätningar efter tre och fem år. Alla anställda var tjänstemän och av de 3987 möjliga kunde uppföljning ske av 2086 personer, därav drygt 63 % kvinnor. Exkluderade var de som var över 60 år, gravida, arbetade mindre än 21 timmar/vecka, hade varit sjukskrivna eller behandlats för psykiatriska problem året före inklusion i studien. Sjukskrivningsdata hämtades från arbetsgivarens register där även diagnoser förutom sjukskrivningstid registrerades. Diagnoserna uppvisade ett brett spektrum från erkända koder från ICD-10 men även mobbing, burnout, sömnproblem, trötthet, asteni m.m. ERI (obalans mellan ansträngning och belöning) mättes med en modifierad och välvaliderad version av det ursprungliga ERI mätinstrumentet. Under uppföljningstiden rapporterades bland män att 7,71 % hade en episod av sjukskrivning för dessa diagnoser och bland kvinnor 16,68 %. Adekvata störningsfaktorer var mätta och bestod bl.a. av stress och krav utanför arbetet, höga krav och låg kontroll i arbetet (=job strain), och levnadsvanor. Resultaten visade ingen effekt av enbart hög ansträngning vare sig för män eller kvinnor. Låg eller medelhög belöning gav en riskökning för män jämfört med dem som angav hög grad av belöning (OR=2,80 resp 2,36). För kvinnor men inte för män var obalans mellan ansträngning och belöning förenat med en högre risk för sjukskrivning för psykiatriska diagnoser (OR= 1,41). Antalet män med diagnos vara lågt och resultaten för män är därför mer osäkra. Bortfallet är inte diskuterat. Den stora blandningen av diagnoser gör resultatet något svårtolkat.

### Otydlighet i rollen på arbetet

Inoue A, et al. Job stressors and long-term sick-leave due to depressive disorders among male Japanese employees:

*Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study.*

*J Epidemiol Community Health* 2010;64:229-235

Studein från Japan som refererats ovan undersökte också effekten av roll otydlighet på risken för sjukskrivning för depression. Bland de fall som upptäcktes var rollotydlighet förenat med risk för sjukskrivning för depression (OR = 3,49)

### Rättvisa på arbetsplatsen (organizational justice)

Elovainio M, Linna A, Virtanen M, Oksanen T, Kivimäki M, Pentti J, Vahtera J. Perceived organizational justice as a predictor of long-term sickness absence due to diagnosed mental disorders: Result from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. *Social science and medicine* 2013;91:39-47

I en finsk undersökning från den offentliga sektorn har forskarna studerat hur upplevd rättvisa i en organisation (organizational justice) påverkar sjukskrivning för mentala diagnoser. Studien startade 2000-2002 och då svarade 48598 personer på en enkät (68 %). 2004 upprepades enkäten och då blev 21221 personer kvar för en slutgiltig analys. Uteslutna blev de som gått i pension eller dött mellan undersökningarna, de som inte hade kompletta svar på rättvisefrågorna och de som inte kunde spåras i registret för att klassificera tidigare sjukskrivning för en mental diagnos bland deltagarna. Medelvärdet av de två mätningarna användes i analysen. Dels klassificerades varje deltagare efter sitt eget svar men också medelvärdet av det samlade svaret från alla på samma arbetsplats för att få ett mer objektivt mått på rättvisa. Sjukskrivning mer än nio dagar insamlades året efter den sista mätningen från ett centralt register. Fyra diagnosgrupper analyserades: alla mentala diagnoser sammantagna och separat för depression, ångestsyndrom och övriga mentala diagnoser. I enkäterna efterfrågades krav och kontroll enligt Karasek-Theorellmodellen, ålder, fast anställd eller inte, socioekonomisk position hur länge personen varit anställd, arbetsplatsens storlek, rökning, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet samt stress (mätt med GHQ-12).

Under uppföljningsåret blev 4 % (855 personer) sjukskrivna mer än nio dagar för en mental diagnos. Högre skattning av generell rättvisa på arbetsplatsen gav 20-34 % lägre odds för sjukskrivning för alla mentala diagnoser sammantagna samt depression och ångestsyndrom för sig i en multivariat modell. En enhet ökning av rättvisa (interactional justice) mätt med hjälp av arbetsgruppens medelvärde gav en 25-32 procentig minskning av långtidssjukfrånvaro för ångestsyndrom också i en multivariat modell. Omvänd kausalitet



d.v.s. att de med mentala problem skattar rättvisan på arbetsplatsen lägre undersöktes också. I denna analys inkluderas enbart de utan mentala problem tidigare (n = 17641). Resultaten i denna grupp var desamma, men något försvagade. Det mest robusta resultatet i denna stora studie på en välundersökt grupp visar att rättvisa på arbetsplatsen (organizational justice) är viktigt för att undvika sjukskrivning för ångestsyndrom. Styrkor med studien är dess storlek, upprepade mått på upplevd rättvisa och försöken att göra måttet mer objektivt genom att ange en arbetsgruppsexponering i stället för enbart egenskattad.

*Ybema JF, van der Bos K. Effects of organizational justice on depressive symptoms and sickness absence: A longitudinal perspective.*

*Soc Sci Med 2010;10:1609-1617*

I Nederländerna följdes en grupp på 1519 personer med tre enkäter med ett års mellanrum (2004, 2005 och 2006) om rättvisa på arbetsplatsen (organizational justice), depressiva symtom och sjukskrivning (ej diagnosspecifikt utan enbart antal dagar senaste året). Alla tre variablerna var självskattade. Deltagarna kom från olika delar och olika sektorer i nederländskt arbetsliv. 49 % besvarade alla tre enkäterna. Bortfallet var störst bland dem som uppgivit depressiva symtom och dem som var långtidssjukskrivna, vilket ger en positiv selektion in i kohorten. I s.k. Lisreanalyser följdes sambanden mellan rättvisa, depressiva symtom och sjukfrånvaro. Resultaten visade att hög skattning av rättvisa på arbetsplatsen gav lägre skattning av depressiva symtom och lägre sjukfrånvaro. Sjukfrånvaro gav en lägre skattning av rättvisa. Detta visar att sjukskrivning både är en orsak till upplevd rättvisa och en konsekvens av lägre rättvisa. Uppgivna depressiva symtom påverkade inte uppfattningen av arbetsplatsens rättvisa. Kvinnor i kohorten hade högre skattning av rättvisa än män, äldre hade lägre skattning än yngre och högutbildade hade högre skattning av rättvisa än lågutbildade.

#### Studier med självmord/självmordsförsök som utfall

*Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk for completed suicide. A case-control psychological autopsy study.*

*Psychiatry Research 2011;190:265-270*

I Frankfurt am Main i Tyskland med en befolkning på ca 864 000 begick 263 personer självmord under 1999 och 2000. Nära anhöriga till 163 av dessa intervjuades om yrkesrelaterade faktorer för dessa personer. Sam-

ma intervju utfördes också bland 396 kontroller från 685 slumpvis utvalda från samma bostadsområde och i samma ålder som de avlidna. Deltagandefrekvensen var relativt låg både bland anhöriga till självmordsfallen och de utvalda kontrollerna. Utbildningsgrad hade betydelse för risken att begå självmord. Låg utbildning i relation till hög utbildning var en riskfaktor (OR=2.4). Högst självmordsrisk fanns bland arbetslösa (OR=16.8) och hemarbetande (OR=5.3). Även vissa faktorer i arbetet hos de som var anställda ökade risken för självmord. Dessa faktorer var att ha mycket ansvar där en ökning av ett steg på en sexgradig skala gav en risk på OR=1.4 och för monotont arbete där en ökning av en enhet också på en sexgradig skala gav OR=1.5. I analyserna kontrollerades för ålder, kön, personlighetsstörningar, andra psykiatriska sjukdomar och civilstånd. Möjligtvis har denna justering blivit för omfattande då psykiatrisk sjukdom kan vara ett intermediärt tillstånd mellan arbetsfaktor och självmord. Flera av exponeringarna var ovanliga speciellt i kontrollgruppen (t.ex. arbetslöshet) vilket gör precisionen dålig med svajiga oddskvoter och vida konfidensintervall.

*Ostry A, Maggi S, Tansey J, Dunn J, Hersbler R, Chen L, Louie AM, Hertzman C. The impact of psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among western Canadian sawmill workers*

*Scan J Public Health 2007;35:265-271*

En kanadensisk studie undersökte associationen mellan psykosociala arbetsförhållanden och självmord samt självmordsförsök. Studiepopulationen var 28794 sågverksarbetare, enbart män, som varit anställda minst ett år mellan 1950 och 1998. Krav, kontroll och socialt stöd för olika perioder bedömdes för varje yrkesgrupp av en panel på fyra personer, två från arbetsgivarna och två från arbetstagarna. Utöver detta bedömdes varje yrkeskategori på samtliga sågverk av en panel av seniora arbetare. För bedömningarna användes Karaseks krav-kontrollmodell. Varje individ följdes sedan från januari 1985 t.o.m. 31 mars 2001 för diagnoserna fullbordat självmord (n=162) och självmordsförsök (n=127). För varje fall togs kontrollpersoner ut från samma arbetsplats och i samma ålder som fallen. Antalet kontroller till självmordsfallen var 486 och till självmordsförsöksfallen 381. För självmord var låga krav i arbetet en riskfaktor och för självmordsförsök lågt socialt stöd. Risken för felklassificering av exponering är stor, men ger troligtvis för låga riskestimat. Anställningstiden är lång och förhållanden kan därför ha ändrats radikalt. Inga andra uppgifter om sjukdomar, livsstil eller liknande finns med. Varför de två utfallen har olika riskprofiler är också svårt att förstå.

*Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: A prospective cohort study.*

*Psychother Psychosom 2007;76:177-185*

I en japansk studie undersöktes 3125 manliga arbetare utan allvarlig sjukdom under 65 år från 12 olika orter i hela Japan. Baslinjeundersökningen skedde 1992-1995. Varje deltagare fyllde i en enkät innehållande bl.a. information om psykosociala arbetsfaktorer i form av krav och kontroll. Deltagarna genomgick också en klinisk undersökning. Uppföljning i dödsorsaksregister genomfördes under nio års tid. Under denna period identifierades 14 självmord. Risken för självmord var ökad i gruppen med låg kontroll i arbetet (OR=4,10). Resultaten var justerade för civilstånd, utbildningsnivå, yrke, rökning, alkoholkonsumtion, totalt kolesterol och ort. En svaghet med studien är få självmord vilket ger låg power och att mildare former av psykisk ohälsa inte är uppmätta vid baslinjen.

*Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willet WC, Kawachi I. Stress and suicide in the Nurses' Health Study*

*J Epidemiol Community Health 2002;56:95-98*

Alla kvinnliga gifta sjuksköterskor i åldrarna 31-61 år från 11 stater i USA ingår i den stora kohortstudien "The Nurses Health Study", som startade 1982. Detta år besvarade 94110 av sjuksköterskorna en enkät bl.a. om stress och bruk av det lugnande medlet diazepam. Uppföljning sker vartannat år med enkäter. Stressnivån efterfrågades på en fyrgradig skala för stress i arbetet och stress hemma (minimal, låg, moderat och hög). Ålder, civilstånd, rökning, kaffekonsumtion och alkoholkonsumtion användes som justeringsfaktorer i analysen. Under uppföljningstiden fram till 1996 hade 73 självmord skett i studiegruppen. Risken för självmord var förhöjd både i gruppen med minimal och i gruppen med hög stress på arbetet eller hemma, vilket talar för ett U-format samband. För minimal och hög stress på arbetet var riskerna RR=1.9 respektive RR=2.4 och för minimal och hög stress hemma var riskerna RR=2.1 respektive RR=3.7. När hög stress hemma och på arbetet kombinerades och dessutom med bruk av diazepam ökade riskerna betydligt (RR=8.1).

#### Burnout

Burnout (utbrändhet) kan beskrivas som ett långvarigt tillstånd med arbetsrelaterad stress. Burnout liksom det svenskspecificerade utmattningssyndromet är svårt att vetenskapligt värdera då exponering och

utfall bägge ryms inom begreppet burnout. Några studier finns som har undersökt sambandet mellan burnout, sjukskrivning och död.

*Toppinen-Tanner S et al. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes.*

*Behavioral Medicine 2005;31:18-32*

I en studie från Finland av Toppinen-Tanner och medarbetare följde man 3895 personer anställda inom finsk industri. Maslachs Burnout inventory användes 1996 och sjukskrivningar >tre dagar under 21 månader efter baslinjeundersökningen följdes upp. Sjukskrivning före baslinjeundersökningen kontrollerades för liksom för ålder, yrke och kön. Höga värden på burnout-enkäten för utmattning och sammanlagt värde på de tre delkomponenterna jämfört med låga värden gav ökade risker för sjukskrivning för mentala diagnoser (4.78 resp 3.91), hjärt-kärlsjuklighet, lungsjukdomar och muskuloskeletal sjukdomar.

*Borritz M et al. Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA study among human service workers.*

*JOEM 2010;52:964-970*

I den danska PUMA-studien följs personer inom vård- och omsorg. I enkäterna COPSQ och Copenhagen burnout inventory definieras exponeringen och graden av burnout. De psykosociala faktorerna redovisas på arbetsplatsnivå för att undvika bias från en individuell bedömning. I denna del av PUMA användes enkätdata från 2005 och uppföljning av sjukskrivning skedde under 18 månader. I analysen tar man hänsyn till ålder, kön, SES, familjestatus, livsstil och kroniska sjukdomar. Totalt 2565 anställda vid 82 olika enheter fick enkäterna och 1734 (68 %) besvarade dem. Sjukskrivningsdata följdes i danska nationella registret (DREAM) för sjukfrånvaro på två veckor eller mer. I den danska enkäten som mäter burnout delas denna in i arbets-, privat- och klientrelaterad burnout. De som angivit arbets- eller privatrelaterad burnout hade en ökad risk för sjukskrivning då de i den högsta kvartilen jämfördes med de den lägsta. RR = 2.93 för arbetsrelaterad burnout och 2.30 för privatrelaterad burnout. Riskerna sjönk något då psykosociala faktorer infördes i analysen men enbart marginellt. I denna bearbetning av materialet och även i tidigare analyser har man funnit att faktorerna roll-konflikt, emotionella krav, roll tydlighet, förutsägbarhet och kvaliteten på ledarskapet är betydelsefulla för sjukskrivning.

*Ahola K et al. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: A 10-year prospective register study.*

*J Psychosom Res. 2010;69:51-57*

En finsk studie har undersökt om burnout mätt med MBI predicerar död i en kohort av anställda i ett finskt skogsföretag. Vid en baslinjeundersökning 1996 insamlades information via enkät om burnout. De som varit svårt sjuka innan baslinjeundersökningen uteslöts. Svårfrekvensen var 63 % och den undersökta kohorten innefattade slutligen 7396 anställda. Denna grupp följdes upp i dödsorsaksregistret under drygt 10 år. I gruppen som var 45 år eller yngre fanns en överrisk att dö vid en ökning av 1-SD på MBI (HR=1.31). Detta trots att få dödsfall inträffade i denna yngre subkohort (62 dödsfall på 3921 deltagare). Delkomponenten utmattning (exhaustion) gav också som självständig variabel en ökad risk (1.28). I åldersgruppen äldre än 45 år fanns ingen ökad risk. I analyserna justerades för kön, civilstånd, SES samt vanliga riskfaktorer för minskad arbetsförmåga (mätt i ett register över uttagna mediciner för varje individ och för vanliga funktionsbegränsande åkommor). Burnout är vanligtvis kopplat till människoyrken. Den här studerade gruppen bestod dock företrädesvis av manliga arbetare i skogsindustri vilket gör studien extra intressant.

*Ahola K et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees.*

*J Psychosom Research 2008;64:185-193*

I denna finska studie som delvis är av tvärsnittskarakteristik (både exponeringsdata, information om annan sjuklighet och sjukskrivningsdata sker under 2000-2001) undersöktes sambandet mellan höga värden på Maslachs Burnout Inventory (= svår burnout) och sjukskrivning mer än 9 dagar. Studieggruppen bestod av 351 arbetande män och kvinnor som utgjorde ett tvärsnitt av Finlands befolkning. Information insamlades både med enkät, intervju och klinisk undersökning. Svår burnout fanns hos 1.8 % av männen och 2.9 % av kvinnorna. Även efter justering för ålder, SES, andra psykiatriska och fysiska sjukdomar hade de med svår burnout en betydligt högre risk för sjukskrivning (OR= 2.15 justerat för psykiatriska diagnoser). Bland kvinnor var även medelsvår burnout associerat med ökad sjukskrivning och för män med en längre sjukskrivningstider.

## DISKUSSION

I denna kunskapsöversikt framkommer att vissa arbetslivsfaktorer med hög eller medelhög sannolikhet påverkar den psykiska hälsan och har konsekvenser

såsom sjukskrivning/förtidspension eller död. Låg kontroll över arbetssituationen och alltför höga krav ensamt eller i kombination, s.k. spånt arbete, ger ökad risk för psykisk ohälsa och även ökad risk för sjukskrivning och förtidspension. Liten möjlighet till utveckling i arbetet kan vara en del av låg kontroll och ökar risken för depressiva symtom, liksom obalans mellan ansträngning och belöning. Rättvisa (organizational justice) är en organisationsfaktor som väckt alltmer forskningsintresse och har samband med bättre mental hälsa och mindre sjukskrivningar. En arbetsplats som upplevs som "juste" och ger tillit till organisationens process och hur medarbetare behandlas har fler friska medarbetare. Roll- och personkonflikter, mobbing och otrygghet om fortsatt anställning påverkar den psykiska hälsan negativt liksom rationaliseringar som inte tar hänsyn till de anställdas medverkan och behov.

Hur säkra och hur relevanta är då våra slutsatser för svenskt arbetsliv? Vi har i stor utsträckning använt oss av systematiska litteraturoversikter för att sammanställa kunskapsläget, eftersom det varit nödvändigt ur resurssynpunkt och därför att flera viktiga sammanställningar nyligen utförts. Dessa översikter har i sin tur granskat tiotusentals sammanfattningar och många hundra enskilda artiklar samt grundat sina slutsatser och metaanalyser på de kvalitativt bästa studierna. Kunskapsläget är gott för depressiva symtom, utmattningssyndrom och sömnstörningar. De systematiska kunskaps-sammanställningar och enskilda artiklar som vi refererar till kommer från olika samhällstyper med olika strukturer och trygghetssystem, undersöker olika grupper i arbetslivet med olika förutsättningar och metoder, men en hel del slutsatser kan ändå dras när resultaten pekar åt samma håll.

Vi diskuterar nedan kortfattat de metodologiska svårigheter som måste beaktas i bedömningen av kvaliteten i varje studie och sätter avslutningsvis våra resultat i perspektiv av den pågående strukturomvandlingen.

### Metodologiska aspekter

Att undersöka samband mellan exponeringar i arbetet, hälsa och konsekvenser av dålig hälsa såsom sjukskrivning, förtidspension eller död är komplicerat. Det traditionella sättet att fastställa samband i medicinsk forskning eller vid interventioner är att göra en randomiserad kontrollerad studie. Detta innebär att två likartade grupper väljs ut slumpartat och att den ena får t.ex. en aktiv farmakologisk substans medan den andra får en inaktiv. Vare sig försöksledaren eller försökspersonerna vet vilken grupp de tillhör. Efter en lämplig tid med behandlingen undersöks effekten.

Är den aktiva substansen bättre än den inaktiva? När det gäller exponeringar i arbetslivet är detta givetvis omöjligt att åstadkomma. Vi får utgå från de förhållanden som gäller på arbetsplatsen och mäta den exponering vi vill studera. Gäller det fysiska eller fysikaliska exponeringar är detta görligt. Det går att mäta buller, vibrationer, kemiska exponeringar, strålning och lyft för att nämna några. Även i dessa fall kvarstår ofta osäkerhet om mätresultaten för individen. Hur mycket har personen inandats av den uppmätta kemikalien, hur har personen lyft, finns andra exponeringar som kan interferera med den för tillfället undersökta exponeringen, har vi mätt under representativa skift, har exponeringen varit likartad under tidigare år? Ett exempel är om en person har utfört ett tungt lyft så ergonomiskt rätt som möjligt eller om samma lyft måste ske snabbt och under stress. Lyftet i kilo räknat är exakt detsamma men påverkan på organismen kan vara helt olika under de två förutsättningarna.

Att mäta psykosociala exponeringar som orsak till psykisk ohälsa är ännu mer komplicerat. Något objektivi-t mätt finns sällan och bedömningen av hur en arbetsplats ser ut när det gäller t.ex. rättvisa kan skilja sig från individ till individ eller från arbetsgrupp till arbetsgrupp. I vissa studier i denna översikt har man försökt objektivisera exponeringen genom att lägga samman svaren från en hel arbetsgrupp och på så sätt få ett genomsnittsvärde som tilldelas varje person (8, 19). Att mäta exponering både genom självrapportering och expertbedömning kan ge ökad säkerhet i bedömningen (40)

Ofta mäts en psykosocial exponering genom frågeformulär, som bör vara valida och reliabla. Validiteten avser om frågan mäter det som var avsett att mätas och reliabiliteten om svaret är stabilt vid upprepad förfrågan. En fråga kan uppfattas olika av olika personer och hur väl den speglar en situation kan störas av många andra faktorer. Ett svar kan avges om frågan ställs just när exponeringen pågår och ett annat svar om personen ska minnas tillbaka hur det var på en arbetsplats eller en arbetssituation för länge sedan. Ohälsa kan också påverka svaret. Detta är orsaken till att tvärsnittsstudier inte kan användas för att säkra orsakssamband. Vi har enbart accepterat longitudinella studier och inte använt kunskapsöversikter som bara bygger på tvärsnittsstudier.

Även longitudinella studier har begränsningar. Ibland efterfrågas bara situationen vid två tillfällen och mycket kan hända däremellan. Även om man mäter de relevanta exponeringarna under uppföljningstiden så finns det i allmänhet ett tidigare arbetsliv som påverkar resultaten. Ett ytterligare problem är den selektion som kan uppstå både till arbetet och i arbe-

tet. De personer som söker sig till och stannar kvar i ett fysiskt eller psykologiskt belastande arbete har förmodligen störst motståndskraft mot denna exponering. Detta benämns "healthy worker selection" och måste reflekteras över i varje longitudinell studie i yrkeslivet (16).

När det gäller fysiska exponeringar har vi för vissa sjukdomar en god kunskap om latenstid mellan exponering och utfall. Exponeras en person för asbest uppträder lungsjukdom (mesoteliom) ca 30 år senare. Exponeras en person för en smitta i arbetslivet kan sjukdomen komma direkt, t.ex. sjukvårdspersonal som blir smittad av ebola. När det gäller psykosociala exponeringar vet vi väldigt lite om vilken "dos" som behövs och vilken exponeringstid som krävs för att ogynnsamma hälsoeffekter ska uppstå. I de flesta av de studier som fått plats i denna översikt är observationstiden från några månader till många år och det gör både latenstider och de mer precisa orsakssambanden osäkra.

Vid orsakssökande studier måste man också ta hänsyn till misstänkta störningsfaktorer (confounding factors). Kan ett uppmätt resultat vara orsakat av någon annan faktor än den vi undersöker? Tidigare sjukdomar, ålder, livsstil, andra exponeringar som förekommit samtidigt m.m. kan vara sådana störningsfaktorer som måste tas hänsyn till i analysen. Vissa exponeringar kan också förstärka varandra. Ogynnsamma psykosociala exponeringar kan buffras till det bättre av ett stabilt och konfliktfritt privatliv medan ansträngande psykosociala förhållanden både på arbetet och hemma kan ge en additiv eller multiplikativ negativ hälsoeffekt.

I många av de studier som görs i arbetslivet är antalet studiepersoner begränsat. Detta gör att det blir svårt att undersöka främst ovanliga exponeringar och ovanliga sjukdomar. Ett resultat som inte visar på ett statistiskt säkerställt samband kan ibland förklaras av undersökningsgrupperna är för små och inte att risken för skada inte finns.

En annan svårighet vid tolkningen av resultaten är den varierande och ofta vaga diagnostiken. I många studier används begreppet "Common mental disorders" för vilket det inte finns någon bra svenskt översättning. Begreppet innefattar alltid depression och ångestsyndrom men även andra sjukdomar och symtom kan införlivas och gör det svårt att jämföra en studie med en annan. Dessutom kan sambandsanalysen störas av att sjukdomarna som läggs samman inte har samma orsaker vilket kan göra att resultaten blir utspädda. De flesta studierna har inte diagnosticerad sjukdom som utfall utan självskattade besvär och

symtom, som anses öka risken för ohälsa och diagnos, t.ex. depressiva symtom.

Burnout, eller utmattningssyndrom på svenska, innefattar komponenterna utmattning, empatiförlust och låg effektivitet och mäts med självskattande formulär. Några stora epidemiologiska studier av sambandet mellan arbetsmiljö och läkarbedömt utmattningssyndrom finns ännu inte publicerade. "Burnout" betecknar både exponering och symtom och därmed blir de specifika arbetsfaktorerna bakom utmattningssyndromet svåra att vetenskapligt värdera. Ett annat exempel på ett sammansatt diagnosbegrepp är post-traumatiskt stressyndrom (PTSD). Det vore meningslöst att undersöka om PTSD har samband med trauma.

### Strukturomvandling och kraven på flexibilitet

Närings- och arbetsliv i Sverige har de senaste decennierna varit under starkt omvandlingstryck genom ökad internationell konkurrens och fokuserar i allt högre utsträckning på sin kärnverksamhet medan annan verksamhet läggs ut på entreprenad och upphandlas (30). Företagen försöker hantera oförutsägbarhet och hastiga svängningar genom en flexibel organisation och verksamhet, som snabbt kan ställas om enligt omvärldens krav. Det är förändringar som kan göra sociala mönster mindre stabila. Tidigare yrkeskunskande kan snabbt bli föråldrat. Organisationer som inte klarar sådana omställningar riskerar att slås ut eller tvingas till drastiska åtgärder. Stressreaktioner och ökad risk för ohälsa kan uppstå när de anställda riskerar att förlora kontrollen över delar av sin tillvaro, eller oroar sig för detta.

Rapportens resultat visar att dålig arbetsmiljö har samband med psykisk ohälsa, särskilt depressionsymtom, symtom på utmattningssyndrom och sömnrörningar, vilket understryker vikten av att förbättra arbetsmiljön och sträva efter att varje arbetstagare har psykosociala förutsättningar som i möjligaste mån motsvarar behov och förutsättningar. Förväntan på effekten av arbetsmiljöförändring bör dock vara rimlig. Även om miljön förbättras går det endast att vänta sig en begränsad förbättring av det psykiska tillståndet hos de anställda, eftersom det psykiska tillståndet också påverkas av faktorer utanför arbetet. Men eftersom de arbetsmiljöfaktorer som ökar risken för psykisk ohälsa är vanliga, kan riktade arbetsmiljöinsatser ha stor betydelse för den psykiska hälsan och för att minska behovet av sjukskrivningar (30).

Konjunkturcykler avlöser varandra och strukturomvandlingar i både privat och offentlig verksamhet gör att dagens exponeringar inte ser ut som gårdagens. Det är viktigt att forskningen och arbetsmiljöarbetet ligger i framkant och skaffar sig en spetskompetens

för att kunna vara proaktiv och relevant och inte bara reaktiv.

### SAMMANFATTNING

I denna kunskapsöversikt framkommer att vissa arbetslivsfaktorer med hög eller medelhög sannolikhet påverkar den psykiska hälsan och har konsekvenser såsom sjukskrivning/förtidspension eller död. Låg kontroll över arbetssituationen och alltför höga krav ensamt eller i kombination, s.k. spånt arbete, ger ökad risk för psykisk ohälsa och även ökad risk för sjukskrivning och förtidspension. Liten möjlighet till utveckling i arbetet kan vara en del av låg kontroll och ökar risken för depressiva symtom, liksom obalans mellan ansträngning och belöning. Rättvisa (organizational justice) är en organisationsfaktor som väckt alltmer forskningsintresse och har samband med bättre mental hälsa och mindre sjukskrivningar. En arbetsplats som upplevs som "juste" och ger tillit till organisationens process och hur medarbetare behandlas har fler friska medarbetare. Roll- och personkonflikter, mobbing och otrygghet om fortsatt anställning påverkar den psykiska hälsan negativt liksom rationaliseringar som inte tar hänsyn till de anställdas medverkan och behov. Vi tror att dessa slutsatser är tämligen säkra och relevanta för ett svenskt arbetsliv. De systematiska kunskapssammanställningar och enskilda artiklar som vi refererar till kommer från olika samhällstyper med olika strukturer och trygghetssystem, undersöker olika grupper i arbetslivet med olika förutsättningar och metoder, men en hel del slutsatser kan ändå dras när resultaten pekar åt samma håll.

Rapportens resultat visar alltså att dålig arbetsmiljö har samband med psykisk ohälsa, vilket understryker vikten av att förbättra arbetsmiljön. Förväntan på effekten av arbetsmiljöförändring bör dock vara rimlig. Även om miljön förbättras går det endast att vänta sig en begränsad förbättring av det psykiska tillståndet hos de anställda, eftersom det psykiska tillståndet också påverkas av många individuella faktorer och faktorer utanför arbetet. Konjunkturcykler avlöser varandra och strukturomvandlingar i både privat och offentlig verksamhet gör att dagens exponeringar inte ser ut som gårdagens. Det är viktigt att forskningen och arbetsmiljöarbetet ligger i framkant och skaffar sig en spetskompetens för att kunna vara proaktiv och relevant och inte bara reaktiv.

Män och kvinnor befinner sig ofta inom olika sektorer i arbetslivet både i Sverige och i andra länder. När kvinnor och män har samma exponering i arbetet skiljer sig inte reaktionerna i form av psykisk ohälsa åt markant. Kvinnors högre andel av psykisk ohälsa kan därför delvis förklaras av olika exponeringar i arbetet.

### REFERENSER

1. Ahola K et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Research* 2008;64:185-193
2. Ahola K et al. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: A 10-year prospective register study. *J Psychosom Res.* 2010;69:51-57
3. Aoki Y, Malcolm E, Yamaguchi S, Thornicroft G, Henderson C. Mental illness among journalists: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 59:377-390.
4. Borritz M et al. Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA study among human service workers. *JOEM* 2010;52:964-970
5. Burgard SA, Elliot MR, Zivin K, House JS. Working conditions and depressive symptoms: a prospective study of US adults. *J Occup Environ Med* 2013;55:1077-14
6. Clumeck N, Kempnaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P, Kittel F. Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: Results from the Belstress I prospective study. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:286-292
7. de Boer J, Lok A, van 't Verlaat E, Duuivenvoorden HJ, Bakker AB. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Soc Sci&Med* 2011;73:316-326
8. Elovainio M, Linna A, Virtanen M, Oksanen T, Kivimäki M, Pentti J, Vahtera J. Perceived organizational justice as a predictor of long-term sickness absence due to diagnosed mental disorders: Result from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. *Social science and medicine* 2013;91:39-47
9. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willet WC, Kawachi I. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:95-98
10. Flo E, Pallesen S, Moen BE, Waage S, Bjorvatn B. Short rest periods between work shifts predict sleep and health problems in nurses at 1-year follow-up. *Occup Environ Med* 2014;71:555-561
11. Inoue A, et al. Job stressors and long-term sick-leave due to depressive disorders among male Japanese employees: Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:229-235
12. Johannessen HA, Tynes T, Sterup T. Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress. A 3-year follow-up study of the working population in Norway. *J Occup Environ Med* 2013;55:605-613.
13. Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books;1990.
14. LaMontagne AD, Milner A, Krnjacki L, Kavanagh AM, Blakely TA, Bentley R. Employment Arrangements and Mental Health in a Cohort of Working Australians: Are Transitions from Permanent to Temporary Employment Associated with Changes in Mental Health? *Am J Epidemiol* 2014;179:1467-1476
15. Leijten FR, van den Heuvel SG, van der Beek AJ, Ybema JF, Robroek SJ, Burdorf A. Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: A 1-year follow-up study among older workers. *J Occup Rehabil* 2014 (Epub ahead of print)
16. Li CY, Sung FC. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occup Med (Lond)* 199;49(4):225-229
17. Lundberg I, Allebeck P, Forsell Y, Westerholm P. Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998-2012. *Arbete och Hälsa* nr 2013:47(1)
18. Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Zins M, Goldberg M. The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2007;42:573-582
19. Mäntyniemi A, Oksanen T, Salo P, Virtanen M, Sjösten N, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or CHD: a prospective cohort study of 69 842 employees. *Occup Environ Med* 2012;69:574-581
20. Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M.. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med* 2012;69:694-700

# 5 A. ÅTERGÅNG I ARBETE EFTER SJUKSKRIVNING FÖR EN PSYKIATRISK DIAGNOS

## INLEDNING

komplex process, som involverar många olika intressenter såsom den sjukskrivne, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, försäkringsinstanser och hälso- och sjukvården. Var och en av dessa aktörer jobbar ofta i var sitt segment där samordning och samverkan är svår. Varje aktör kan också ha olika mål med sin insats alltifrån att bota, öka välbefinnandet till återgång i arbetet.

Detta kapitel redovisar först några aktuella kunskaps-sammanställningar och därefter enskilda studier av interventioner för att öka möjligheten till arbetsåtergång.

Sökstrategierna överensstämmer i stort med vad som redovisas i kapitel 4. Sökningar gjordes i databaserna Pubmed och Psychinfo från 2010-okt 2014

Sökstrategin i korthet<sup>8</sup>

- Depression och depressionsymtom – Depressive disorder, depression, behavioral symptoms (MESH)
- Ångestillstånd och fobier – Anxiety disorders (MESH)
- Utmattningssyndrom och burnout – Stress psychological (MESH)
- Mental health (MESH)
- Common mental disorders (är ingen MESH-term)
- Return to work

Sammanlagt gav sökningen 1267 artiklar. Titlarna gick igenom och sammanfattningar av relevanta artiklar lästes. Utifrån detta togs helttextartiklar fram på

de som befunnits relevanta efter abstraktgranskningen. Slutligen ingick tre systematiska kunskaps-sammanställningar och 10 enskilda artiklar i underlaget. Två personer gjorde det första urvalet, en person läste abstrakt och fulltextartiklar. Vid minsta tvekan i kvalitetsbedömningen läste ytterligare en person artikeln och bedömningen diskuterades och ledde till konsensus.

En sammanställning i förkortad form finns i slutet av kapitlet. För överskådlighetens skull har vi i detta kapitel gjort tabeller i mer löpande text än som traditionella tabellverk.

## Systematiska litteratursammanställningar från Sverige

*Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskaps-sammanställning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar i arbetet. Arbete och Hälsa 2010;44(3)*

År 2010 publicerades en systematisk litteraturgenomgång från Uppsala Universitet på uppdrag av AFA Försäkring beträffande interventioner för arbetsåtergång vid lättare psykisk ohälsa. Arbetet hade två syften:

- att undersöka effekterna av rehabilitering och andra icke-kirurgiska/farmakologiska interventioner
- att undersöka effekterna av förhållanden i arbetsmiljön.

<sup>8</sup> För en mer detaljerad beskrivning av sökstrategier och resultat kan Eva Vingård kontaktas.

- Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M, Blanchette C, Bourbonnais R. Effort-reward imbalance and medically certified absence for mental health problems: a prospective study of white collar workers. *Occup Environ Med* 2014;71:40-47
- Nicole A-M, Botterill JS. On-call work and health: a review. *Environ Health: A Global Access Science Source* 2004, 3:15
- Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorder, a systematic review. *Occup Med* 2010;60:277-286
- Ostry A, Maggi S, Tansey J, Dunn J, Hershler R, Chen L, Louie AM, Hertzman C. The impact of psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among western Canadian sawmill workers. *Scan J Public Health* 2007;35:265-271
- Oxenstierna G, Elofsson S, Gjerde M, Magnusson Hansson L, Theorell T. Workplace bullying, working environment and health. *Ind Health* 2012;50:180-188
- Parker SK. Longitudinal effects of lean production on employer outcomes and the mediating role of work characteristics. *J Appl Psychol* 2003;88:620-34
- Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychology* 2012;97:235-272
- Samuelsson Å, Ropponen A, Alexanderson K, Svedberg P. Psychosocial working conditions, occupational groups and risk of disability pension due to mental diagnoses: a cohort study of 43 000 Swedish twins. *Scan J Work Environ Health* 2013;39(4):351-360
- SBU. Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 216.
- SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 223.
- Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk for completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research* 2011;190:265-270
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1:27-41.
- Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T, Weisaeth L. Work-related post-traumatic stress disorder. *Occup Med* 2013;63:175-182
- Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(6) 443-462
- Sultan-Taieb H, Lejeune C, Drummond A, Niedhammer I. Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84: 911-925
- Theorell T. Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Kunskapssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
- Theorell T, Hammarström A, Gustafsson PE, Hansson LM, Janlert U, Westerlund H. Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:78-82.
- Toppinen-Tanner S et al. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine* 2005;31:18-32
- Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: A prospective cohort study. *Psychother Psychosom* 2007;76:177-185
- Waldenström K, Härenstam A. Does the job demand control model correspond to externally assessed demands and controls for both women and men. *Scand J public Health* 2008;36(3):242-249
- Westgaard RH, Winkel J. Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems - A systematic review. *Appl Ergo* 2011;42:261-296
- Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Virtanen J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* 2005;34:610-622
- Ybema JF, van der Bos K. Effects of organizational justice on depressive symptoms and sickness absence: A longitudinal perspective. *Soc Sci Med* 2010;10:1609-1617

Begreppet lättare psykisk ohälsa är vagt och definierades i denna kunskapsöversikt som depression, ångestsyndrom, utbrändhet eller utmattningssyndrom samt anpassningsstörning. Begreppet lättare psykisk ohälsa är relativt synonymt med begreppet "Common Mental Disorders" CMD.

Slutsatsen av sammanställningen som följde litteraturen från 1 januari 1990 t.o.m. 31 december 2008 visade att förvånansvärt få studier fanns inom området. På grund av detta gick det inte då att uttala sig om effekterna av olika interventioner eller förhållande i arbetsmiljön.

#### Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. SOU 2011:15

I december 2009 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet. I januari 2010 konstituerades Rehabiliteringsrådet. Litteratursammanställningen omfattade i detta arbete studier publicerade t.o.m. augusti 2010. Även vid denna tidpunkt kom rådet fram till att det fanns betydande kunskapsluckor i evidensbasen för interventions effekter beträffande arbetsåtergång vid lättare psykisk ohälsa. Detta begrepp definierades ungefär på samma sätt som i kunskapsöversikten i Arbete och Hälsa. På grund av kunskapsbristen kunde inga säkra rekommendationer ges. Då uppdraget även var att föreslå förbättringar av den då införda rehabiliteringsgarantin föreslog rådet fyra åtgärdsområden trots bristande vetenskapligt stöd:

- Livsstilsförändring med avseende på balans mellan aktivitet och vila
- Stressreduktion enligt några av de metoder som används kliniskt
- Samtalsbehandling som bör vara fokuserad på arbete och andra eventuella stressorer som kan vara KBT-inriktad eller ha en psykodynamisk teoribas.
- Arbetsinriktad rehabilitering

#### Review från Cochrane Library

Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Maden I, Neuneyer-Gromen A, Bultman U, Verbeek JH. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012 Dec 12;12:CD006389

En Cochraneöversikt av randomiserade interventioner till personer med stressrelaterade besvär (adjustment disorders) inkluderade 10 studier med sammanlagt 1546 deltagare. Då studierna var få och hade låga deltagarantal var det svårt att dra definitiva slutsatser. Inga resultat tydde dock på att KBT reducerade tiden

till hel eller deltid arbetsåtergång. Mer specifika terapier som inriktade sig på att lösa aktuella problem på arbetet hade en viss effekt på snabbare återgång till deltid- men inte heltidsarbete efter ett år.

#### Aktuella studier om återgång i arbete

För denna litteratursammanställning har nya sökningar gjorts från 2010 tom oktober 2014.

Arends I, van der Klink J, van Rhenen W, de Boer MR, Bultman U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with CMD: result of a cluster-randomised controlled trial.

*Occup Environ Health* 2014;71:21-29

En studie från Nederländerna är en av de första som undersöker risken för återkommande sjukskrivning efter en första episod av en sjukskrivning för den samlade gruppen benämnd "Common mental disorders" (CMD)  $\geq$  två veckor. CMD innefattar depression och ångestsyndrom som de största grupperna men även flera andra stressrelaterade diagnoser kan ingå. Studieggruppen rekryterades från flera företag i Nederländerna anslutna till samma företagshälsovårdsgrupp. Diagnosen var satt av företagsläkaren. Personer med sjukskrivning för någon mental diagnos senaste året uteslöts liksom gravida, personer i närheten av pensionering, personer med svåra psykiska diagnoser och de som inte talade eller förstod holländska. 212 arbetare identifierades av vilka 25 % inte ville delta. Företagsläkarna randomiserades till att ge en intervention eller vård som vanligt till personer som hade återkommit i arbete efter en episod med sjukskrivning. Interventionen var en femstegsmodell (SHARP-at-work) för att lösa problem vid arbetsåtergången. Företagsläkaren var den som ledde processen men den tidigare sjukskrivne var den som aktivt arbetade i processen. Arbetsledaren involveras i vissa moment. Intentionen var att processen skulle starta inom några veckor efter RTW.

Interventionens fem steg var:

1. Inventering av problem och möjligheter i arbetet efter RTW
2. Brainstorming runt lösningar
3. Skriv ner möjliga lösningar och det stöd som behövs och bedöm hur realistiska lösningsförslagen är
4. Diskutera lösningarna med arbetsledaren
5. Utvärdera planen för lösningar och hur det gått

Företagsläkarna utbildades i metoden och fick handledning och stöd under processens gång.

Uppföljning av sjukskrivningsdata gjordes efter tre, sex och tolv månader. Vid varje uppföljning var incidensen av sjukskrivning lägre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Övriga faktorer såsom självskattad mental hälsa, arbetsförmåga eller copingstrategier ändrades inte signifikant.

Arends I, van der Klink J, van Rhenen W, de Boer MR, Bultman U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders.

*Scand J Work Environ Health* 2014;40:195-202

Från samma grupp som ovan och med samma deltagare och inklusions- och exklusionskriterier undersöktes risken generellt för återkommande sjukskrivning efter en första episod av en sjukskrivning för den samlade gruppen benämnd "Common mental disorders" (CMD)  $\geq$  två veckor. Diagnosen var satt av företagsläkaren. I analysen togs hänsyn till ålder, kön, utbildningsnivå, civilstånd, självskattad hälsa, anställningsform, lön, krav och kontroll i arbetet, arbetsförmåga, engagemang i arbetet, rädsla att förlora jobbet, arbetsmotivation, konflikt med arbetsledare eller arbetskamrater och socialt stöd på arbetet. Även om man deltagit i interventionen beskriven i studien ovan eller inte kontrollerades för. Återkommande sjukskrivning studerades efter 6 respektive 12 månader efter första sjukskrivningsperioden. Mellan baslinjesjukskrivningen och 6 månader blev 51 personer sjukskrivna och mellan 6 och 12 månader 59 personer. 33 deltagare hade sjukskrivningsperioder under bägge uppföljningsperioderna och 69 personer hade ingen sjukskrivning under hela uppföljningsåret. Sjukskrivning för alla diagnoser, inte bara CMD, ingick i uppföljningen. De faktorer som visade en ökad risk för återkommande sjukskrivning oavsett diagnos var företagets storlek ( $> 100$  anställda) (OR 2.59 CI 1.40-4.80), och konflikt med arbetsledaren (OR = 2.21 CI 1.21-4.04). Förvånande nog visade det sig att personer med en eller flera kroniska sjukdomar hade en minskad risk för återkommande sjukskrivning under uppföljningsåret (OR = 0.54 CI 0.30-0.96). Det framkom inga skillnader mellan män och kvinnor i risken för förnyad sjukskrivning.

Lagerveld S, Blonk R, Breninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study.

*Journal of Occupational Health Psychology* 2012;17:220-234

Kognitiv beteendeterapi, KBT, är en mycket vanlig terapimetod vid psykiatriska diagnoser. Terapin går ut

på att identifiera problemet och hitta lösningar här och nu. Oftast finns inget fokus på arbetet utan mer på individuella faktorer och lösningar av individuella problem. Återgång i arbetet som utfall saknas nästan alltid. I denna studie från Nederländerna prövades en KBT-modell där fokus däremot låg på arbetet och arbetsåtergång vid varje session (A-KBT). Från en öppenvårdsmottagning rekryterades 250 patienter med CMD för randomisering till denna intervention eller till sedvanlig KBT. Varje grupp fick 12 behandlingar under sex månader. Information om arbetsåtergång efter ett år fanns tillgänglig för 75 personer i A-KBT gruppen och för 80 personer i KBT-gruppen. I bägge grupperna hade ett stort antal personer återgått i arbete (96 % respektive 91 %). A-KBT gruppen hade dock en snabbare återgång då 65 kalenderdagar per individ skiljde A-KBT från KBT till arbetsåtergång på heltid och 12 dagar för arbetsåtergång på deltid. Studien är välgjord med analys av bortfallet och också kontroll av att A-KBT gruppen fick det som var tänkt. Slutsatsen blir att det är viktigt att involvera arbetsplatsen och ha arbetsförhållanden med som en aktiv faktor vid KBT-behandling av CMD där arbetsåtergång är slutmålet. En svaghet i studien är att återfall i sjukskrivning inte är undersökt efter uppföljningsåret.

Lexis MAS, Jensen NWH, Huibers MJH, van Amelsvoort GPM, Berkouwer A, Ton DTA, van der Brandt PA, Kant IJ. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial

*Occup Environ Med* 2011;68:400-407

Från ett stort bankföretag i Nederländerna besvarade ca 9000 anställda en enkät. Utifrån enkätsvaren klassificerades 211 personer som riskindivider för att utveckla en depression. Efter exklusion av sjukskrivna, redan i psykiatrisk behandling och gravida samt ett visst bortfall återstod 139 personer. 69 av dessa randomiserades till en intervention och 70 stycken utgjorde kontrollgrupp. Interventionen var baserad på KBT för att få en ökad förmåga till problemlösning. Alla fick sju sessioner individuellt enligt studieprotokollet och vid behov kunde detta utsträckas till maximalt 12 sessioner. "Intention to treat" analys visade en signifikant skillnad i sjukskrivningsdagar mellan interventionsgruppen (27,5 kalenderdagar) och kontrollgruppen (50,8 kalenderdagar) vid 12- månadersuppföljningen. Efter 18 månader fanns en icke signifikant skillnad (45,0 respektive 62,6 kalenderdagar). Även en signifikant förbättring av depressiva symtom framkom i interventionsgruppen. Vid analys av enbart de deltagare som helt genomfört interventionen enligt protokollet var resultaten ytterligare förbättrade.

Netterström B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient RTW and symptom reduction: Results from a randomised wait-list controlled trial.

*Psychother Psychosom* 2013;82:177-186

En studie från Danmark undersökte arbetsåtergång efter en intensiv intervention jämfört med psykologbehandling eller att stå på väntelista för interventionen. Deltagarna remitterades till studien från allmänläkare i Köpenhamnsområdet och hade någon diagnos av stresskaraktär (adjustment disorder). Under perioden april 2010 till september 2011 anmäldes 250 personer till studien. Efter en genomgång hos läkare och efter avhopp fanns 198 kvar och av dessa fullföljde 165 behandlingen. Interventionen bestod av åtta en-timmars individuella stress behandlingssessioner under tre månader, dialog med arbetsplatsen och åtta två-timmars gruppbehandlingar med mindfulness under åtta veckor. En kontrollgrupp fick 12 behandlingar hos psykolog under en tremånadersperiod. En ytterligare kontrollgrupp ställdes på väntelista till interventionen. Uppföljning skedde efter tre månader. Resultaten visade att i interventionsgruppen hade 67 % återvänt till arbetet på heltid, i kontrollgruppen med psykologbehandling 36 % och i väntelistgruppen 24 %. OR för återgång i arbete efter kontroll för ålder, kön och sjukskrivning före behandling var 6.82 (2.7-16.7) för interventionsgruppen och 3.89 (1.7-8.5) i psykologbehandlinggruppen jämfört med väntelistgruppen. Uppföljningstiden är kort och grupperna små vilket gör resultatet något osäkert.

Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJH, Nieuwenhuijsen K: Effectiveness of an exposure-based RTW program for workers on sick leave due to CMD: a cluster randomized controlled study.

*Scand J Work Environ Health* 2013;39:144-154

I Nederländerna finns centralt framtagna guidelines för omhändertagande och åtgärder hos företagshälsovården vid återgång i arbete för personer med CMD (i detta fall depression, ångestsyndrom och stressrelaterad sjuklighet). Programmet innehåller försök till problemlösning och stegrad aktivitet i form av mindre grad av sjukskrivning. För att förstärka denna intervention tillfördes ett starkare moment av problemlösning och att personerna i fråga gradvis också utsattes för stressande situationer i arbetslivet. Tanken med att utsätta patienterna för stress situationer var att försöka komma över ett undvikandebeteende som annars lätt kan bli följden då den belastande situationen dyker upp. Processerna leddes av företagsläkare som antingen randomiserades till interventionsgrupp eller kontrollgrupp med sina respektive patienter. 56 före-

tagsläkare deltog med 160 patienter sjukskrivna mellan 2 och 8 veckor vid ingång i studien. Utfallen var tidpunkt till återgång i arbete som varade minst 28 dagar utan återfall i sjukskrivning, antal sjukskrivningsdagar under uppföljningsåret och mental hälsa. Interventionsgruppen hade jämfört med kontrollgruppen längre tid till arbetsåtergång, längre sjukskrivningstid och inga skillnader i symtom. Denna typ av intervention kan alltså inte rekommenderas.

Sandmark H. Health, sleep, and professional career in female white-collar workers back to work after long-term sick-listing due to minor mental disorders.

*Scand J Public Health* 2011;39:823-829

En långtidsuppföljning via enkäter av 193 kvinnor som var långtidssjukskrivna ( $\geq 90$  dagar) 2004 p.g.a. en psykiatrisk diagnos som stress relaterad sjuklighet, utbrändhet, depression och trötthet har gjorts. Kvinnorna var tjänstemän och utgjorde ett slumpvis urval av långtidssjukskrivna kvinnor i Alectas databas. Gruppen följdes under 34 månader. Vid uppföljningen hade 133 kvinnor (69 %) återgått i arbete. Nästan hälften av dessa hade bytt arbetsplats eller arbetsuppgifter. De rapporterade själva att detta var bidragande till att de återgått i arbete. Denna grupp angav också att de sov bättre och hade bättre kontroll över sitt liv i jämförelse med dem som fortfarande var sjukskrivna eller förtidspensionerade. Däremot fanns ingen skillnad i självskattad hälsa mellan grupperna.

Stenlund T, Nordin M, Slunga Järholm L. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: A 3-year follow-up of the REST study

*J Rehab Med* 2012;44:684-690

I Umeå genomfördes under perioden 2002-2006 ett program för att rehabilitera personer med utmattningssyndrom beträffande psykologiska variabler, sjukfrånvaro och medicin användning. Studiepersonerna var mellan 25-55 år och hade vid studiens start varit sjukskrivna  $\geq 25$  % i mellan 3-24 månader. Programmet var ettårigt och bestod av 30 stycken tretimmarssessioner med Kognitivt Orienterad Beteende Rehabilitering (CBR) och Qigong. Kontrollgruppen fick enbart Qigong. Vid studiens start allokerades 69 personer till vardera gruppen. Femtioåtta i interventionsgruppen och 49 i kontrollgruppen genomförde hela rehabiliteringsprogrammet. Efter tre år var det möjligt att följa upp 49 i interventionsgruppen och 21 i kontrollgruppen. Inga skillnader beträffande arbetsåtergång fanns mellan grupperna. Interventionsgruppen rapporterade mer återhämtning från sina utmattningssymtom, hade minskat sin medicinering för depression och använde mer verktyg de lärt sig av

CBR än kontrollgruppen. Alla som återgått i arbete i bägge grupperna rapporterade större trötthet och att de hade fortfarande mer symtom än den arbetande befolkningen generellt.

van der Felz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual.

*Neuropsychiatric disease and treatment* 2010;6:375-385

Med hypotesen att ett ytterst professionellt omhändertagande ökar chanserna till en snabb arbetsåtergång gjordes en clusterrandomiserad studie i Nederländerna. 60 företagsläkare kontaktades och 24 deltog och remitterade totalt 60 patienter till studien. Hälften av företagsläkarna med sina patienter ingick i interventionsgruppen och hälften med sina patienter i kontrollgruppen. Interventionsläkarna fick extra utbildning i psykiatri och deras patienter fick också träffa en psykiater som hade fått utbildning i arbetsmedicin. Patienterna hade varit sjukskrivna i minst sex veckor och ingen arbetsåtergång var förväntad inom ytterligare sex veckor. Diagnoserna var depression, ångest och panikattacker. Efter tre månader hade 58 % i interventionsgruppen och 44 % i kontrollgruppen återgått i arbete. Efter sex månader var siffrorna 85 % respektive 84 %. I interventionsgruppen återgick patienterna till arbete i genomsnitt 68 dagar tidigare än i kontrollgruppen.

Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of stress management intervention on absenteeism and return to work-results from a randomized wait-list controlled trial.

*Scand J Work Environ Health* 2011;37:186-195

En dansk studie genomförde en intervention av KBT-karaktär bland arbetande personer som antingen bedömdes vara i en riskgrupp för sjukskrivning eller som återvände från en period av sjukskrivning. Deltagarna remitterades till studien från läkare och socialarbetare i Århus. Psykologer i projektet bedömde inklusionskriterierna som var symtom av arbetsrelaterad ökad stress och ökade negativa reaktioner på arbetskrav. Över 80 % av deltagarna var kvinnor ofta anställda i offentlig sektor. Efter baslinjeintervju randomiserades deltagarna antingen till en direkt intervention eller till en väntelistegrupp. Väntetiden var 16 veckor. Målet med interventionen var att öka deltagarnas förmåga att hantera kraven i arbetet och minska risken att använda sjukskrivning som en copingstrategi vid hög stress. Åtta gruppsessioner innehöll (1) introduktion till KBT, (2) undervisning om stressreaktioner, (3) identifikation av dysfunktio-

nell tänkande, (4) modifiering av dysfunktionellt tänkande, (5) kommunikation och stress, (6) träning i kommunikation, (7) implementering av strategier på arbetet, (8) genomgång av tekniker för stressreduktion. Resultatet visade en nedgång i antalet sjukdagar både självrapporterade och från registerdata där sjukskrivningsperioder längre än 2 veckor registrerades (DREAM-registret). För arbetsåtergång fanns en tendens till bättre resultat i interventionsgruppen efter 48 veckor men inte statistiskt säkerställt. Efter 48 veckor hade dock bägge grupperna fått intervention och grupperna var dessutom små vilket gör det svårt att få säkerställda resultat.

## DISKUSSION

De studier och kunskapssammanställningar som gjorts ger inget entydigt svar på frågan vad som är en bra och rekommendabel intervention för att göra processen för arbetsåtergång så lyckad och effektiv som möjligt. En sak tycks dock relativt säker; eftersträvas arbetsåtergång efter en sjukskrivning för en psykisk ohälsa krävs att arbetsplatsen är involverad, antingen orsaken till sjukskrivningen finns där eller inte. Forskningen på området är dock mycket rudimentär. De studier som kommit sedan de två svenska kunskapssammanställningarna gjordes 2010 och 2011 har främst producerats i Nederländerna. Från Sverige behövs i allra högsta grad fler välkontrollerade studier.

Ett problem med de studier som finns är den ofta relativt korta uppföljningstiden, med något undantag. Positiva effekter av en intervention kan tänkas komma sent och inte uppmärksammas eller tidigt och sedan inte vara hållbara. Uppföljningstiderna är också olika i de olika studierna. Även sjukskrivningstiden innan intervention skiljer sig åt beroende på försäkringssystem i olika länder. Att göra en intervention är svårt och kostsamt speciellt om den ska vara en kontrollerad studie. Bortfallet blir ofta stort vid denna typ av forskning. Detta ökar svårigheten att tolka resultaten från initialt små studiegrupper som ytterligare decimeras under uppföljningstiden.

Processen vid återgång i arbete är komplicerad och bär på svårigheter i sig och många hinder för en lyckad arbetsåtergång finns. Hälsoaspekten får inte förglömmas. Vissa restsymtom av den sjukdom som orsakade sjukskrivningen kan finnas kvar, tveksamhet till den egna arbetsförmågan av reella eller psykologiska skäl blir ett hinder liksom tveksamt stöd från arbetsledare och arbetskamrater (20). Både individen själv och omgivningen kan fundera över vilken kapacitet som finns och om ett fullgott arbete kan utföras. Försäkringsjuridiska aspekter som är olika från samhälle till samhälle har naturligtvis också stor betydelse.

Att bedöma när en återgång i arbete kan anses vara lyckad och vad som ska klassificeras som arbetsåtergång skiljer sig åt från studie till studie. I en kvalitativ undersökning från Nederländerna undersöktes vad anställda, arbetsledare och företagsläkare tyckte utmärkte en lyckad arbetsåtergång (7). Flera olika domäner framkom genom enkät och intervju med deltagarna. De viktigaste kriterierna för en lyckad arbetsåtergång enligt arbetsledare och företagsläkare var uthållig arbetsförmåga vilket definierades som i arbete utan ny sjukskrivning minst sju månader samt funktionen på arbetet i form av arbetstagarens energi, koncentration och samarbetsförmåga. Arbetstagarna ansåg att de viktigaste kriterierna för en bra definition av arbetsåtergång var uthållig arbetsförmåga, balans mellan arbete och privatliv, mental funktion och arbetstillfredsställelse. I forskning om återgång i arbete är det viktigt att väl definiera vad som undersökts och dess sammanhang.

Frågan uppkommer ibland när, i vilken grad och hur länge en person med en psykisk ohälsa ska vara sjukskriven. Går det att arbeta med en depression?

I en kvalitativ studie av 17 personer med depressions- eller ångestsyndromsdiagnos undersöktes individens uppfattning av arbetsförmåga i sjukdomssituationen (4). Deltagarna var mellan 18-65 år med varierande symtom men delvis eller helt i arbete. De som hade en anpassad tjänst eller deltog i rehabilitering utslöts. Kärnan i upplevelsen av att arbeta trots depression eller ångest beskrevs som ett främlingskap i det egna arbetet ur produktionssynpunkt samt i form av beteendemässiga, emotionella och fysiska reaktioner. Upplevelsen var som att vara gäst på sin egen arbetsplats. Mer i detalj beskrevs upplevelsen i följande punkter:

- Omgiven av ett kontinuerligt arbetsflöde med ett hyperkänsligt sinne. Det fanns ingen tid till reflektion och återhämtning under dagen.
- Oförmåga att handskas med krav på att hålla tidsramar och erforderlig arbetstakt
- Speciellt krävande upplevdes möte med andra personer i form av t.ex. klienter, kunder, patienter och elever.
- Många angav att de satte på sig en ”arbetsmask” för att klara av kraven men att denna mask var ytterst sårbar.
- De inre egna kraven på arbetskapacitet och produktion som var svåra att uppfylla.
- Låg arbetstillfredsställelse och svårigheter att återhämta sig.

I en metasyntes av kvalitativa studier som undersökte hur sjukskrivna med CMD uppfattade möjligheter och hinder för arbetsåtergång fann man att socialt stöd på arbetet, en bra samordning mellan olika rehabiliteringsinstanser och arbetsplatsen var viktiga. Många sjukskrivna tyckte det var svårt att själv avgöra när en arbetsåtergång var möjlig och att det uppstod svårigheter när arbetet behövde anpassas (6).

I en kvalitativ studie från Nederländerna intervjuades 14 personer som var hel- eller deltidssjukskrivna på grund av CMD om vad de uppfattade som hinder och lösningar för att återvända till arbetet (16). Alla ansåg att stöd från arbetsplatsen, företagsläkare, psykolog och kollegor var viktigt för att komma över barriären mellan sjukskrivning och arbete.

Att den egna uppfattningen om möjligheten till arbetsåtergång och självupplevd både fysisk och mental kapacitet har stor betydelse för arbetsåtergången har flera studier visat (5, 7, 8, 9, 14). Att enbart diskutera detta i termer av individens motivation kan dock leda in på helt felaktiga vägar. När en person bedömer sina egna möjligheter att återgå i arbete är det inte bara viljan till arbete som predicerar svaret utan också helt självklart hälsotillståndet. Att vara sjukskriven länge ökar även sjukrollsbeteendet och osäkerheten över den egna förmågan kan bli hindrande om inte arbetsplatsen hjälper till i anpassning och inslussning.

Från Nederländerna rapporteras en studie som jämförde en arbetsplatsbaserad intervention (en stegvis återgång till arbetet i samarbete med arbetsledaren och med försök att ta bort hinder för arbetsåtergång) med sedvanlig behandling för anställda som varit sjukskrivna 2-8 veckor för stressrelaterade besvär (22). Inga skillnader i återgång i arbete fanns mellan grupperna i stort. I gruppen som fick intervention reducerades tiden till långvarig arbetsåtergång för dem som var motiverade att komma tillbaka oberoende av symtom jämfört med samma undergrupp i kontrollgruppen. Den egna viljan och kapaciteten är viktig för återgång i arbete och tycks stärkas av en intervention på arbetsplatsen.

I en annan intressant studie från Nederländerna undersöktes skillnaden mellan att individen själv förutsäger sin möjlighet till återgång i arbete och självtilit (self-efficacy) till att kunna återgå. Hur individen förutsåg sin arbetsåtergång mättes med en fråga ”Hur lång tid tror du det tar innan du kan återgå i arbete igen?” (14). Svaren kunde anges på en femgradig skala från mindre än en månad till mer än ett år. Tilliten till den egna förmågan mättes med en 11-gradig skala som befunnits valid i olika tester. Detta instrument

låter respondenterna ange uttalanden om sitt jobb om de föreställde sig att de skulle börja arbete i morgon. T.ex. ”Jag skulle kunna utföra mina arbetsuppgifter tillfredsställande”, ”Jag skulle klara av stressen på arbetet”, ”Jag skulle klara motgångar”. Svarsskalan på varje fråga går från ett till sex. Höga poäng på self-efficacyskalan predicerade arbetsåtergång bättre än svaren på frågan om hur man förutsåg sin arbetsåtergång. I denna studie fann man också att bägge sätten att mäta hur individen såg på sin arbetsåtergång var beroende av hur arbetsmiljön såg ut och hur svår den underliggande sjukdomen var. Inte enbart terapi för individen krävs utan även åtgärder på arbetet blir författarnas slutsats.

Att byta arbete har ibland diskuterats som en framkomlig väg för arbetsåtergång (17). Går det att genomföra kan det vara bra men kräver troligtvis en resursstark person, en förstående arbetsplats och en arbetsmarknad där arbetsbyte är möjligt.

### SAMMANFATTNING

Att återvända till arbetet efter en lång sjukskrivning är en komplex process, som involverar många olika intressenter såsom den sjukskrivne, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, försäkringsinstanser och hälso- och sjukvården. Var och en av dessa aktörer jobbar ofta i vart sitt segment där samordning och samverkan är svår. Varje aktör kan också ha olika mål med sin insats alltifrån att bota, öka välbefinnandet till återgång i arbetet.

Vid arbetsåtergång efter sjukskrivning är hälsotillståndet viktigt. Vissa restsymtom av den sjukdom som orsakade sjukskrivningen kan finnas kvar, tveksamhet till den egna arbetsförmågan av reella eller psykologiska skäl blir ett hinder liksom tveksamt stöd från arbetsledare och arbetskamrater. Både individen själv och omgivningen kan fundera över vilken kapacitet som finns och om ett fullgott arbete kan utföras. Försäkringsjuridiska aspekter som är olika från samhälle till samhälle har naturligtvis också stor betydelse.

Att den egna uppfattningen om möjligheten till arbetsåtergång och självupplevd kapacitet har stor betydelse för den reella arbetsåtergången har visats i flera studier visat. När en person bedömer sina egna möjligheter att återgå i arbete är det inte bara viljan till arbete som predicerar svaret utan också självklart hälsotillståndet. Att vara sjukskriven länge ökar även sjukrollsbeteendet och osäkerheten över den egna förmågan kan bli hindrande om inte arbetsplatsen hjälper till i anpassning och inslussning.

Trots problemets storlek har få studier undersökt vilka

interventioner och rehabiliteringsinsatser som är effektiva för återgång i arbete. De studier och kunskaps-sammanställningar som gjorts ger alltså inget enkelt svar på frågan vad som är en bra och rekommendabel intervention för att göra processen för arbetsåtergång så lyckad och effektiv som möjligt. En sak tycks dock relativt säker; eftersträvas arbetsåtergång efter en sjukskrivning för en psykisk ohälsa krävs att arbetsplatsen är involverad, vare sig orsaken till sjukskrivningen finns där eller inte.

### REFERENSER

1. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Niewenhuijsen K, Maden I, Neuneyer-Gromen A, Bultman U, Verbeek JH. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012 Dec12;12:CD006389
2. Arends I, van der Klink J, van Rhenen W, de Boer MR, Bultman U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with CMD: result of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Health* 2014;71:21-29
3. Arends I, van der Klink J, van Rhenen W, de Boer MR, Bultman U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2014;40:195-202
4. Bertilsson M, Petersson E-L, Östlund G, Waern M, Hensing G. Capacity to work while depressed and anxious - a phenomenologic study. *Disability and Rehabilitation* 2013;35(20):1705-1711
5. Brouwer S, Reneman MF, Bultman U, van der Klink JJ, Groothoff JW. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *J occup Rehabil* 2010;20(1):104-112
6. Friis Andersen M, Nielsen K, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(2):92-104.
7. Hees HL, Niewenhuijsen K, Koeter MWJ, Bultman U, Schene AH. Towards a new definition of RTW outcomes in CMD from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One* 2012;7(6) e39947

8. Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Stark S, Vingård E. Return to work expectation predict work in chronic musculoskeletal and behavioral disorders: a prospective study with clinical implications. *J Occup Rehabil* 2006;16(2):173-184
9. Hensing G, Bertilsson M, Ahlborg G Jr, Waern M, Vaez M. Self-assessed mental health and work capacity as determinants of return to work: a prospective general population-based study of individuals with all-cause sickness absence. *BMC Psychiatry* 2013 Oct 14;13:259
10. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar i arbetet. *Arbete och Hälsa* 2010;44(3)
11. Lagerveld S, Blonk R, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology* 2012;17:220-234
12. Lexis MAS, Jensen NWH, Huibers MJH, van Amelsvoort GPM, Berkouwer A, Ton DTA, van der Brandt PA, Kant IJ. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2011;68:400-407
13. Netterström B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient RTW and symptom reduction: Results from a randomised wait-list controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013;82:177-186
14. Nieuwenhuijsen K, Noordik E, van Dijk F, van der Klink JJ. Return to work perceptions and actual RTW in workers with CMD. *J Occup Rehabil* 2013;23:290-299.
15. Noordik E, Nieuwenhuijsen K, Varekamp I, van der Klink JJ, van Dijk FJ. Exploring the RTW-process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to CMD: a qualitative study. *Disabil Rehabil* 2011;33(17-18):1625-1635
16. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJH, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based RTW program for workers on sick leave due to CMD: a cluster randomized controlled study. *Scan J Work Environ Health* 2013;39:144-154
17. Sandmark H. Health, sleep, and professional career in female white-collar workers back to work after long-term sick-listing due to minor mental disorders. *Scand J Public Health* 2011;39:823-829
18. SOU 2011:15 Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. (Stockholm 2011)
19. Stenlund T, Nordin M, Slunga Järholm L. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: A 3-year follow-up of the REST study *J Rehab Med* 2012;44:684-690
20. Tjulin Å, MacEachan E, Stiwe EE, Ekberg K. The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disabil Rehabil* 2011;33(21-22):1979-1989
21. van der Felz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2010;6:375-385
22. van Oostrom S, van Mechelen W, Terliun B, de Vet H, Knol D, Anema J. A workplace intervention for sicklisted employees with distress: results of a randomised clinical trial. *Occup Environ Health* 2010;67:596-602
23. Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of stress management intervention on absenteeism and return to work-results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2011;37:186-195

## 5 B. EKONOMISKA UTVÄRDERINGAR AV INTERVENTIONER I SYFTE ATT ÖKA ARBETSÅTERGÅNG FÖR PERSONER MED PSYKISK OHÄLSA

### Sökningar

Sökningar har gjorts i databaserna Pubmed, Psycinfo samt Scopus för att hitta studier som ekonomiskt har utvärderat interventioner för återgång i arbete för personer med lättare psykisk ohälsa. Till de sökstrategier som vi gjort i tidigare kapitel lade vi till: AND (economic OR economy OR cost OR costs). Sökningen resulterade i totalt 2 459 artiklar.

Vi har närmast oss litteraturen utifrån ett svenskt perspektiv, studierna ska därför komma från länder som någorlunda liknar Sverige med avseende på arbetsmarknad, välfärdssystem etc. Utifrån en genomläsning av abstract så togs 13 studier fram i fulltext. Fem av dessa ansågs relevanta för vår frågeställning. Genomgång av referenslistor gav inga ytterligare relevanta studier.

### BAKGRUND EKONOMISKA ANALYSER <sup>9</sup>

#### Kostnads-intäktsanalys

I kostnads-intäktsanalysen (cost-benefit analysis) får man ett svar i monetära enheter om en intervention är lönsam eller inte. Metoden är enkel att förstå men svår att tolka då utfallen kan variera väsentligt beroende på hur man räknar. Den vanligaste metoden för beräkning av produktionsförlust har varit human-kapitalansatsen, där man antar en persons totala produktionsförlust i det fall ingen intervention sätts in. Det kan i extremfall vara resten av det förväntade arbetslivet. Ett alternativt sätt är den så kallade friktionskostnadsansatsen där hänsyn tas till att det i ett samhälle finns många arbetslösa som kan ersätta den funktionshindrade personen. Ytterligare ett sätt att räkna fram kostnader utgår från hur en allmän opinion värde-

rar ett utfall (willingness to pay). Om kostnaderna understiger betalningsviljan är interventionen lönsam.

#### Kostnads-effekt analys

Inom kostnads-effekt analysen (cost-effectiveness analysis) anges kostnaderna i monetära enheter medan intäkterna anges som ett effektmått. Man räknar sedan fram kostnad för varje minskad dag med sjukskrivning, kostnad för varje minskat återinsjuknande etc. Om kostnaden är lägre och effekten är högre för en intervention jämfört med vanlig vård är det enkelt att dra slutsatsen att interventionen är lönsam. I det fall både effekten och kostnaden är högre för interventionsgruppen jämfört med vanlig vård är det svårare. Man brukar räkna fram skillnad i kostnad mellan interventionen (a) och vanlig vård (b) och delar den med skillnaden i effekt mellan interventionen och vanlig vård och får fram en inkrementell kostnads-effektivitetskvot (ICER). (ICER= kostnad a-kostnad b/ effekt a-effekt b). På så sätt anges kostnad eller besparing per ytterligare effektenhet. Den säger egentligen ingenting i sig själv utan måste jämföras mot en samhällslelig värdering om insatsen är värd sitt pris. För att få fram en sådan använder man ofta ”willingness to pay”.

Om en intervention är kostnadseffektiv eller inte beror också på vem man frågar. En studie från Nederländerna har undersökt om det är de som betalar en intervention som även får vinsterna (2). I Nederländerna har arbetsgivaren ansvar för kostnaderna för sjukskrivning i två år medan arbetsgivaren i många andra europeiska länder har ansvar under några veckor upp till en månad. Det betyder att man som arbetsgivare i Nederländerna vinner på minskade kostnader under lång tid medan det i exempelvis i Sverige är

<sup>9</sup> Kapitlet är till stor del baserat på Drummond et al., 2005



staten som står för kostnader för sjukskrivning efter 14 dagar. Det är också därför som de ekonomiska utvärderingarna från Nederländerna ofta gör en analys från ett arbetsgivarperspektiv. Arbetsgivaren är tveksam att betala om det är framförallt samhället och arbetstagaren själv som får vinsterna. På samma sätt vill inte staten betala en intervention om det främst är arbetsgivaren som får vinsten.

Alla de fem artiklarna som befanns vara relevanta kommer från Nederländerna. De flesta av studierna har använt sig av både humankapital-ansatsen och friktionskostnadsansatsen. Friktionsperioden har antagits vara 154 dagar och man räknar 80 % av det förväntade produktionsbortfallet.

### Enskilda studier

*Arends I, Bultman U, van Rhenen W, Groen H, van der Klink J.L.L. Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders.*

*Plos One 2013;8:*

Denna studie har gjort en ekonomisk utvärdering av en RCT som utvärderar en intervention (sharp-at-work) som syftar till att minska återinsjuknande för personer med "common mental disorders", när de väl återgått i arbete. Uppföljningstiden var ett år. En kostnads-effektanalys har gjorts utifrån ett samhällsperspektiv där man beräknat kostnad per minskat återinsjuknande, men även räknat kostnad för minskad tid till återinsjuknande. Både effekten och kostnaden är högre för interventionen jämfört med vanlig vård. Därför kan man inte på ett enkelt sätt sluta sig till att interventionen är kostnadseffektiv. Även för tid till återinsjuknande är både effekten och kostnaden i medeltal högre för interventionen jämfört med vanlig vård. Slutsatsen blir att eftersom både effekten och kostnaden är större för interventionsgruppen är det upp till beslutsfattare att bestämma om den minskade återinsjuknandegraden och tiden till återinsjuknande är värt extra kostnaden. Man har även gjort en kostnads-intäktsanalys utifrån arbetsgivarens perspektiv. Både friktionskostnadsansatsen och humankapitalansatsen har använts och i inget fall visade sig interventionen vara kostnadseffektiv.

*Brouwers E.P.M., Bruijne M.C.D., Terluin B, Tiemans B.G., Verbaak P.F.M. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave. A randomized controlled trial.*

*Europ J Public Health 2007;17:214-220*

Denna studie har ekonomiskt utvärderat en intervention som syftar till att minska undvikande och förbättra copingförmåga och problemlösande för individer som är sjukskrivna för "minor mental disorders". Inklusionskriterier är att man ska ha ett betalt arbete och varit sjukskriven mindre än tre månader. För interventionen flyttas resurser från specialiserad vård till primärvård. Man har gjort en kostnads-intäktsanalys från arbetsgivarens perspektiv med avseende på kostnad för antal dagar från första sjukskrivningsdagen till fullständig återgång i arbete. Kostnader för produktionsbortfall har beräknats med hjälp av friktionskostnadsmodellen och utgår från sjukfrånvaro. Enbart den initiala sjukskrivningstiden har beaktats och inte tiden efter återgång i arbete, man har därför missat eventuella återfall i sjukskrivning under uppföljningstiden. Skillnaden mellan interventionsgruppen och vanlig vård med avseende på sjukdagar är minimal, och inte signifikant. Den totala kostnaden, för både sjukvård och produktionsbortfall, var något dyrare för interventionsgruppen jämfört med vanlig vård. Interventionen bedömdes inte vara lönsam och inte heller effektiv och kan inte rekommenderas.

*Rebergen D.S., Bruinvels D.J. van Tulder M.W. van der Beek A.J., van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems.*

*J Occup Environ Med 2009;51:313-322*

Författarna har ekonomiskt utvärderat en intervention (guideline-based care) som med hjälp av riktlinjer för behandling ska hjälpa personer med mentala problem tillbaka i arbete jämfört med vanlig vård. Studiepopulationen är poliser från två avdelningar i Nederländerna som är sjukskrivna för "common mental disorders". Utifrån ett samhällsperspektiv har en kostnads-effektanalys gjorts där utfallet är antal sjukskrivningsdagar. Uppföljningstiden var ett år. Det framkom ingen skillnad i sjukskrivningslängd mellan interventionerna. Både kostnads-effektanalysen utifrån ett samhällsperspektiv och kostnads-intäktsanalys utifrån arbetsgivarens perspektiv visar sig vara lönsam. Kostnaderna för interventionen är lägre än den för vanlig vård och därför blir den lönsam även om det inte finns någon skillnad i utfall. Däremot visar känslighetsanalysen att oavsett vilken betalningsvilja som anges i kostnads-effektanalysen, så överstiger inte sannolikheten för att interventionen ska vara kostnadseffektiv 50 procent.

*Schene A.H., Koeter M.W.J., Kikkert M.J., Swinkels J.A., McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work related major depressions. Randomized trial including economic evaluation.*

*Psychological Medicine 2007;37:351-362*

Schene och medarbetare har gjort en ekonomisk utvärdering av en ganska omfattande intervention som syftar till att successivt närma sig arbetslivet för personer med depression. Förutom att få vanlig vård så träffas interventionsgruppen i en gruppssession varje vecka under 24 veckor. Därutöver har man 12 individuella sessioner och dessutom initialt fem diagnostiserande besök och tre avslutande besök. Utfallet var antalet arbetade timmar under uppföljningstiden som var ett år. I gruppen som fick vanlig vård så var tiden till arbetsåtergång i medeltal 299 dagar medan den i interventionsgruppen var 207 dagar, en signifikant skillnad som visar sig i antal arbetade dagar. De totala kostnaderna för interventionen var 67 procent högre än för vanlig vård, men antalet arbetade timmar under ett år var högre i interventionsgruppen. En kostnads-intäktsanalys visar att interventionen var lönsam.

*van Oostrom S.H., Heymans M.W. de Vet H.C., van Tulder M.W. van Mechelen W, Anema J.R. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress.*

*Occup Environ Med. 2010;67:603-610*

Intervention, som utvärderas ekonomisk här är en stegvis kommunikationsprocess som ska identifiera och lösa de hinder som finns för återgång i arbete för individer som är sjukskrivna 2 till 8 veckor för stress. Metoden innebär att en samordnare för arbetsåtergång finns på företaget. Det var en dags kortare tid till återgång i arbete i interventionsgruppen jämfört med vanlig vård, 133 respektive 134 dagar. Eftersom det inte är någon skillnad mellan grupperna i fråga om effekt och interventionen är dyrare så är inte interventionen lönsam. Man har även gjort en kostnads-intäktsanalys från arbetsgivarens perspektiv med produktionsbortfall i fokus. Inte heller denna kostnads-intäktsanalys visar sig vara lönsam. Kostnaden för både hälsovård och produktionsbortfall var dyrare i interventionsgruppen både om man räknar utifrån friktionskostnads-ansatsen och humankapital-ansatsen. I en undergrupp av sjukskrivna som svarat ja på frågan om man har intentionen att återgå i arbete även fast man har kvarvarande problem visade sig intervention vara lönsam både från samhällets (effektivare och lägre kostnad) och arbetsgivarens perspektiv.

### Diskussion

Det finns endast ett begränsat antal ekonomiska utvärderingar av interventioner som ska underlätta arbetsåtergång bland personer med psykisk ohälsa och samtliga vi fann relevanta kom från Nederländerna.

Sjukförsäkringssystemet i Nederländerna ger starka incitament till arbetsgivarna att få sjukskrivna tillbaka i arbete då de ansvarar för utbetalning av sjukpenning i två år. Två av studierna har funnit en nettovinst med interventioner utifrån ett nederländskt arbetsgivarperspektiv. Vinsten ur ett samhällsperspektiv är mer tveksam rent ekonomiskt.

Alla studier som är med i vår översikt har ett års uppföljning vilket kan vara ett kort perspektiv vid psykisk ohälsa. Vid mentala sjukdomar är det ofta en lång process innan en person är helt återställd. Det är också troligt att sjukdomsförloppet och tillfrisknandet går i vågor, med sämre perioder varvat med bättre. När man aktivt sätter in insatser för att hjälpa individer med mentala diagnoser kan det vara mycket krävande initialt, vilket då antagligen speglas i antalet sjukskrivningsdagar. Det är också viktigt att mäta om arbetsåtergången är stadigvarande. Mäts enbart sjukskrivningstiden till återgång i arbete missas om nya episoder av sjukskrivning kommer senare eller om arbetsåtergången är stabil. En intervention skulle därför kunna leda till kostnadseffektivitet på längre sikt. Arbetsgivare och samhälle kan också ha olika långa perspektiv på lönsamhetshorisonten. En arbetsgivare kan vilja ha snabb återbetalning på en investering medan samhället har ett längre perspektiv. Långa sjukskrivningar ökar risken för att marginaliseras på arbetsmarknaden i och med att den sjukskrivne förlorar kontakt med arbetsplats och dess sociala funktion och att man dessutom blir mindre attraktivt att anställa, vilket belastar samhället ekonomiskt (7).

Alla studier i vår översikt är relativt små, med studiepopulationer från 62 till 240 personer, vilket får som effekt att det blir svårt att statistiskt kunna säkerställa små förändringar (3, 8). Kostnaderna för produktionsbortfallet vid sjukdom är så stora att de ofta överskuggar kostnaden för interventioner och sjukvårdskostnader. Även en liten skillnad i effekt mellan grupperna kan därför göra att en intervention är lönsam. I en studie från Sverige som mätt en multidisciplinär insats för personer med både mentala och muskuloskeletala diagnoser så beräknar man att kostnaden för interventionen är uppnådd om tre dagars sjukskrivning kan undvikas (9). En liten studiepopulation gör också att enhetskostnaden per behandling ökar. Den fasta, initiala kostnaden för upplärning är ofta densamma om man behandlar några få patienter som om man behandlar många fler. Stordriftsfördelar skulle kunna sänka enhetskostnaderna för varje insats och möjligen leda till att vissa interventioner kan vara kostnadseffektiva om man har en större studiepopulation (3, 4).

Vid små studier får enskilda personer, med antingen hög eller låg effekt, stor vikt i för slutsatsen och det går inte heller att göra undergruppsanalyser med någon större säkerhet. I vissa grupper kan troligtvis en intervention vara mer lönsam än i en annan. Att hitta populationer som är mer lönsamma att sätta in insatser till skulle ur ett ekonomiskt perspektiv leda till att man kan skraddarsy interventioner för speciella grupper. I Van Oostroms studie har en undergruppsanalys gjorts för personer som är högt motiverade att återgå i arbete. Analysen visar att interventionen då är lönsam, till skillnad från om man använder hela studiegruppen (4).

Eftersom alla studier har haft en uppföljningstid på ett år har man också kommit undan vissa svårigheter med att mäta kostnader och intäkter över tid, och man har inte behövt ta ställning till diskontering etc. Man har konsekvent mätt med friktionskostnadsanalys, och det gör att endast de första 154 dagarna har räknats som produktionsbortfall. Beräkningarna i studierna är relativt konservativa, vilket gör att det inte är så stor risk för överskattning, snarare har man i vissa fall underskattat både kostnader och intäkter.

#### Slutsatser

Interventionerna som man utvärderat är heterogena och man har utvärderat från olika perspektiv. Det finns därför ingen evidens för att någon intervention syftande till återgång i arbete skulle vara ekonomiskt lönsam. Studiepopulationerna i studierna är generellt små, vilket omöjliggör undergruppsanalyser och gör även att individer med extremvärden får alltför stor vikt i analysen. Dessutom är uppföljningstiden i studier ofta alltför kort för att kunna bedöma de totala effekterna på längre sikt. Ekonomiska utvärderingar av insatser behövs för att ett samhälle ska kunna fördela resurser på ett kostnadseffektivt sätt. Det finns därför ett stort tomrum att fylla för framtida forskning. För att kunna få tillförlitliga resultat för ekonomiska utvärderingar för individer sjukskrivna för mentala diagnoser ska man ta lärdom från de studier som gjorts. Man bör ha en längre uppföljningstid än ett år och man måste ha tillräckligt stora studiepopulationer för att kunna upptäcka även små skillnader men också för att man på ett bättre sätt ska kunna göra undergruppsanalyser.

#### Sammanfattning

Det finns endast ett begränsat antal ekonomiska utvärderingar av interventioner som ska underlätta arbetsåtergång bland personer med psykisk ohälsa och samtliga vi fann relevanta kom från Nederländerna. Det finns därför ingen evidens för att någon intervention, syftande till återgång i arbete, skulle vara säkert ekonomiskt lönsam. Studierna var dock små vilket försvårar möjligheten att dra slutsatser.

#### REFERENSER

1. Drummond M, Schulper M, Torrance G, O'Brian B, Stoddart G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. United States: Oxford University Press; 2005.
2. Meijster T, van Duuren-Stuurman B, Heederik D, Houba R, Koningsveld E, Warren N, et al. Cost-benefit analysis in occupational health: a comparison of intervention scenarios for occupational asthma and rhinitis among bakery workers. *Occupational and environmental medicine*. 2011;68(10):739-45.
3. Arends I, Bültmann U, van Rhenen W, Groen H, van der Klink JJJ. Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *PLoS ONE*. 2013;8(8).
4. van Oostrom SH, Heymans MW, de Vet HC, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occupational and environmental medicine*. 2010;67(9):603-10.
5. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Van Tulder MW, Van Der Beek AJ, Van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2009;51(3):313-22.
6. Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*. 2007;37(3):351-62.
7. Hultin H, Lindholm C, Moller J. Is there an association between long-term sick leave and disability pension and unemployment beyond the effect of health status?--a cohort study. *PLoS One*. 2012;7(4):e35614.
8. Brouwers EPM, Bruijne MCD, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: A randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*. 2007;17(2):214-20.
9. Johansson P, Lindahl E. Locking-In Effects Due to Early Interventions? An Evaluation of a Multidisciplinary Screening Programs for Avoiding Long-Term Sickness. *Evaluation Review*. 2012;36(5):323-45.

# 6 FÖREBYGGANDE OCH FRÄMJANDE FAKTORER FÖR ÖKAD PSYKISK HÄLSA I ARBETSLIVET

I detta kapitel belyses ”friskfaktorer” för psykisk hälsa i arbetslivet, d.v.s. faktorer och förhållanden i arbetet som kan tänkas ha en förebyggande och främjande effekt på den psykiska hälsan och välbefinnandet bland arbetstagare. Dessa faktorer kan ibland vara omvända riskfaktorer och fungera som en resurs (buffert) mot negativa konsekvenser av olika risker i arbetet. Det kan även vara faktorer som, av egen kraft, skapar positiva hälsofrämjande effekter för individen och för arbetsplatsen (1).

Kapitlet är så disponerat att vi inleder med att diskutera arbetets inverkan på hälsan. I det följande avsnittet belyser vi vad som karakteriserar den hälsofrämjande arbetsplatsen, den friska arbetsplatsen som medför välbefinnande både för arbetstagaren och för organisationen. Huvuddelen av det här kapitlet innehåller en systematisk genomgång av den internationella vetenskapliga litteraturen 2000-2014, avseende om arbetet kan ha en positiv inverkan på psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet. Vi avslutar med att summera och ge några förslag på fortsatt forskning inom området.

#### Är det bra för hälsan att arbeta?

Vissa arbeten och arbetsmiljöer kan medföra negativ inverkan på hälsan. Denna process inträffar då de externa kraven/påverkan är större än vad individens interna resurser momentant eller på sikt kan hantera. Arbetet kan även ha positiva dimensioner förutom att bidra till en individs försörjning. Det finns ekonomiska, sociala och moraliska argument för att arbete är ”den bästa formen av välfärd” och den mest effektiva vägen för dem med arbetsförmåga att förbättra välbefinnandet för sig och sina familjer, liksom för det omgivande samhället (2). Arbetet kan också vara något som stimulerar och utvecklar personligheten (3). Arbetet spelar en central roll för individen, så central

att förlust av arbetet kan leda till en förlängd sorgereaktion (prolonged grief) (4).

I en nyligen publicerad studie av van der Noordt et al. (5) görs en systematisk genomgång av arbetets inverkan på hälsan. I studien ingår 33 prospektiva studier, varav 23 bedömdes vara av hög klass, publicerade 1990 – mars 2012. Man konstaterar att det är generellt fördelaktigt för hälsan att vara i ett anställningsförhållande. Det finns stark evidens för att arbete minskar risken för depression och förbättrar generell mental hälsa. Evidensen för arbetets inflytande på psykologisk stress, fysisk funktion, generell (global) hälsa och andra hälsoutfall fann man däremot otillräcklig.

Studien av Noordt et al. Överensstämmer i stora drag med resultaten från Waddell och Burtons rapport *Är arbete bra för hälsa och välbefinnande?* (2), där man något mer osystematiskt och med lägre kvalitetsgränser för inkludering, men med en bredare ansats i sin belysning av frågan, går igenom den vetenskapliga litteraturen.

Waddell och Burton konstaterar att:

- lönearbete är i allmänhet det viktigaste medlet för att uppnå tillräckliga ekonomiska resurser för materiellt välbefinnande och fullt deltagande i dagens samhälle,
- i samhällen där lönearbete är normen uppfyller arbete viktiga psykosociala behov,
- arbete är centralt för individens identitet, sociala roller och sociala status,
- anställning och socioekonomisk status är bestämningsfaktorer till sociala gradienter i fysisk och mental hälsa och mortalitet,

- det även finns negativa aspekter med arbete där fysiska och psykosociala arbetsmiljöfaktorer kan utgöra hälsorisker (2).

I två aktuella stora systematiska litteraturöversikter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (6, 7) konstateras att vid sidan av vissa hälsonegativa faktorer i arbetet, finns det även hälsopositiva effekter av några faktorer i arbetet. Man konstaterar att då arbetstagaren upplever bra möjligheter till kontroll i arbetssituationen liksom rättvis behandling på arbetsplatsen finns det säkerställda samband med låg förekomst av både depression och symtom på utmattningssyndrom (6). Den andra översikten finner att risken att drabbas av ryggbesvär är mindre bland de arbetstagare som har hög arbetstillfredsställelse, upplever att de har goda möjligheter att påverka det egna arbetet samt upplever att de får stöd i sitt arbete (7).

Med stöd av ovanstående kan man sammantaget säga att forskningen pekar på att det är bra för hälsan att arbeta, arbetets positiva effekter överväger riskerna generellt sett och är större än de skadliga effekterna av längre tids arbetslöshet eller sjukfrånvaro (2, 5). Är arbetet dessutom organiserat på ett för individerna lämpligt sätt kan det ytterligare understödja arbetets främjande effekt (6, 7).

### Vad karaktäriserar en hälsofrämjande arbetsplats?

Som anfördes inledningsvis tycks det finnas faktorer i arbetet som har en preventiv eller kanske buffrande effekt mot att utveckla vissa sjukdomstillstånd. Det finns skäl att fråga sig om det finns fler sådana faktorer som har en främjande effekt på hälsan. Faktorer som kan utgöra element i något man skulle kunna beteckna som en god arbetsmiljö, en arbetsmiljö som ger "ett positivt utbyte i form av ett rikt arbetsinnehåll, arbetstillfredsställelse, gemenskap och personlig utveckling" (8).

I en kunskapsöversikt från 2012 (9, 10) rörande vad arbetstagare respektive olika vägledningsdokument anser kännetecknar en god arbetsmiljö konstaterar författarna att om man betraktar frekvensen med vilken vissa faktorer återkommer framstår dessa som mer centrala än andra. I studierna som rörde arbetstagarernas uppfattning om god arbetsmiljö operationaliserades god arbetsmiljö i flertalet av studierna genom att undersöka vad som associerade med, eller av arbetstagarerna ansågs ge, hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen. De 13 vanligast förekommande faktorerna som ansågs som viktiga för att åstadkomma en god arbetsmiljö var enligt de anställda i fallande frekvensordning: samarbete/teamarbete; personlig utveckling och fortbildning; utvecklad kommunikation; medinflytande/delaktighet; positiva, engagerade, tillgängliga

och rättvisa ledare; autonomi/empowerment; positivt och socialt klimat; bli behandlad med respekt; erkännande och feedback; bra fysisk arbetsmiljö; rolltydlighet med tydliga förväntningar och mål; lagom arbetstempo och arbetsbelastning; samt bra relationer till intressenter, d.v.s. kunder och patienter, se tabell 1.

Tabell 1. Tidigare forskning

Faktor/område	Lindberg et al. (10) (Anställdas syn)	Lindberg et al. (10) (Vägledningsdokument)	Angelöw (11)	Ahlberg (12)	Wagner et al. (13)
Ledarskap <sup>1</sup>	•	•	•	•	•
Autonomi, empowerment,	•	•			
Administrativt eller socialt stöd i arbetet	•	•			
Positivt socialt klimat	•	•	•		•
Utveckling, fortbildning	•	•	•	•	•
Medinflytande, delaktighet	•	•	•	•	•
Arbete-livsbalans		•			
Arbetstidens förläggning	•				
Behandlad m. respekt; bibehållen självkänsla	•				•
Belöningssystem	•				•
Bra fysisk arbetsmiljö	•	•			
Friskvårdsaktiviteter			•	•	
Lagom arbetstempo och arbetsbelastning	•	•	•		
Utvecklad kommunikation	•	•		•	
Arbetsinnehåll	•	•			
Erkännande, feedback	•	•			•
Samarbete, teamarbete	•	•			
Intellektuell stimulans	•				
Personlig skicklighet/kvaliteter	•				•
Rolltydlighet, tydliga förväntningar och mål	•	•			•
Rätt material och utrustning					•
Systematiskt arbetsmiljöarbete			•		
Adekvat personalförsörjning	•	•		•	
Arbetet stämmer m. personliga värderingar/Värdegrund på företaget	•			•	•
Relationer till intressenter	•	•			
Samarbete m. företagshälsövård och andra externa resurser			•	•	
Personalekonomiska bokslut			•		
Samhällsnyttan	•				
Snabb problemlösning	•				

<sup>1</sup> Ledarskap klassificeras på många sätt i litteraturen, här är ledarskap ett samlingsnamn för dessa.

I tabell 1 redovisas även vad de olika vägledningsdokumenten pekade ut som viktiga faktorer för att skapa en god arbetsmiljö. Vägledningsdokumentens riktlinjer, som baserades på både vetenskaplig och grå litteratur, stödjer i stort vad anställda ansåg utmärkande för god arbetsmiljö och ligger i linje med annan empirisk forskning inom området. Med tanke på diskursen

i sammanhanget är de mest påfallande skillnaderna mellan de två grupperna att anställda inte alls nämner arbete-livsbalans som en viktig faktor och att vägledningsdokumenten undviker att nämna faktorer som att behandla anställda med respekt; intellektuell stimulans; och belöningssystem.

Som komplement till ovan beskrivna systematiska genomgång av den vetenskapliga litteraturen kan här nämnas två större svenska studier som visat på strategier som leder till friskare arbetsplatser. En studie från 2002 kartlade över 200 olika arbetsplatser som lyckats med att förebygga ohälsa och främja hälsa för de anställda (11). Projektet *Hälsa och framtid*, 2005–2008, syftade till att undersöka vad som utmärker privata företag med få långtidssjukskrivna medarbetare, de så kallade "friska företagen" (12). Resultat från respektive studie finns redovisade i tabell 1. En tematiskt näraliggande kartläggning har gjorts av forskare inom Gallup Organization i USA. Man har analyserat materialet i en databas omfattande en miljon intervjuer med arbetstagare, för att ta reda på vilka frågor som starkast förklarar anställdas engagemang i arbetet. Tolv faktorer (tabell 1) i arbetslivet utkristalliserade sig som kärnan i det oskrivna sociala kontraktet mellan anställda och arbetsgivare: "om ni (arbetsgivare) gör detta för oss, kommer vi (arbetstagare) att göra det företaget behöver av oss" (13). Som framgår av tabellen är det i stort samma eller likartade faktorer som återkommer i de ovan refererade undersökningarna.

De refererade studierna har ett generellt perspektiv på hälsa i arbetet. Det stora flertalet av de hälsofrämjande faktorer man funnit handlar om psykosociala faktorer med trolig huvudsaklig påverkan på psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet. Vilka är då faktorerna som mer specifikt främjar psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet?

### Vad främjar psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet?

För att kunna svara på den frågan har vi valt att göra en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen publicerad i vetenskapligt granskade tidskrifter tillgängliga i internationella databaser. För att få precision i översikten måste det så kallade "utfallet" i de studier som eftersöks, d.v.s. den psykiska hälsan och välbefinnandet på arbetet, klart definieras.

I kapitel 1 har vi utgått ifrån WHO:s definition av generell, allomfattande hälsa (14) och redogjort för de vanligast förekommande begreppen avseende psykisk ohälsa och sjukdom. Det här kapitlet handlar om motpolen, positiv psykisk hälsa eller, mer specifikt, psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet. Till skillnad mot psykisk ohälsa finns det inte någon ved-

ertagen standard för att mäta, diagnostisera och studera förekomsten av psykisk hälsa. Vanligtvis beskrivs psykisk hälsa som avsaknaden av psykisk ohälsa (15). Keyes (15) har utvecklat begreppet psykisk hälsa och föreställer sig det som ett komplett tillstånd då individen är fri från psykisk ohälsa, utvecklas och mår bra (flourishing), med höga nivåer av emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. Han definierar psykisk hälsa som ett syndrom av symtom på hedoni (upprymdhet, lustkänsla, förmåga att njuta) och positivt funktionalitet, vilket realiserar genom subjektivt välbefinnande, individens uppfattningar och värderingar av sitt liv och kvaliteten på hur man fungerar i livet. På motsvarande sätt som depression innefattar symtom på anhedoni (oförmåga att njuta och finna glädje i tillvaron) föreslås psykisk hälsa bestå av symtom på hedoni eller emotionell vitalitet och positiva känslor gentemot livet. Dessutom, på motsvarande sätt som egentlig depression innefattar symtom på dysfunktionalitet, föreslås psykisk hälsa innefatta symtom på positiv funktionalitet (15).

Keyes syn ansluter till WHO:s definition av psykisk hälsa från 2003 (16) där man menar att begreppet psykisk hälsa innefattar subjektivt välbefinnande, upplevd duglighet, autonomi, kompetens och upplevelsen av att ha förmåga att kunna förverkliga sin intellektuella och emotionella potential. WHO refererar även till att psykisk hälsa har definierats som ett tillstånd av välbefinnande där individen är medveten om sina förmågor, klarar av livets normala påfrestningar, arbetar produktivt och framgångsrikt samt bidrar till sin omgivning.

### Välbefinnande

I de ovanstående definitionerna av psykisk hälsa ingår välbefinnande som en viktig komponent. Det finns många definitioner av välbefinnande, "well-being", i engelsk litteratur även benämnt "psychological-", "subjective-" eller "personal well-being". Enligt Dann och Griffin (17) är begreppet välbefinnande bredare och mer omfattande än begreppet hälsa, där hälsa ses som en delkomponent av välbefinnande. Ur ett individperspektiv kan individens välbefinnande beskrivas som en mängd bedömningar som individen gör om sitt eget liv, de förhållanden hen lever under, sin kropp, sina sinnen, händelser, reaktioner och emotioner (18). Även om det inte finns någon konsensus, tycks det finnas en tilltagande konvergens mot gemensamma element. Gemensamt är att välbefinnande är mer än bara frånvaron av negativa omständigheter, såsom sjukdom, det omfattar även positiva upplevelser av tillfredsställelse och glädje över sitt liv (19). Välbefinnande kan således definieras som ett tredimensionellt begrepp innehållande *livstillfredsställelse* (kogni-

tiva bedömningar av livsfaktorer såsom global hälsa, familje- och arbetsliv, relationer, mening), *positiva känslor* (att uppleva många angenäma känslor såsom glädje och lycka) och *negativa känslor* (att uppleva få oangenäma känslor såsom nedstämdhet och ångest) (20). Eller mer generellt definierat: psykologiskt välbefinnande är en subjektiv upplevelse som inkluderar både den relativa närvaron av positiva emotioner och den relative frånvaron av negativa emotioner (21).

### Välbefinnande på arbetet

Välbefinnande på arbetet sägs ha intresserat forskningen ända sedan 1920-talet (21). Den tidiga forskningen handlade framförallt om välbefinnande på jobbet och dess påverkan på retention respektive produktivitet (21). Begreppet välbefinnande i arbetet är allomfattande. Det relaterar till den fysiska miljön, arbetsrelaterade risker, organisering av arbete och arbetsuppgifter, relationer med kollegor, personlig hälsa och arbetsförmåga och även familjerelaterade påfrestningar (22). Schulte & Vainio (19) menar att välbefinnande i arbetet förutom den grundläggande känslan av generellt välbefinnande också är influerat av mental och fysisk hälsa, jobbsäkerhet, arbetsorganisation, engagemang i arbetet, förmåner och lön. Det kan dessutom ses som en viktig determinant av produktivitet på individ-, företags- och samhällsnivå (19). Ett arbetskontextuellt mått för välbefinnande i arbetet tycks inte finnas. För att mäta välbefinnande i arbetet kompletteras det kontextfria begreppet välbefinnande inte sällan med begreppet arbetstillfredsställelse (job satisfaction) vilket är ett arbetskontextuellt attitydmått.

### Arbetstillfredsställelse

Arbetstillfredsställelse har definierats på många sätt. Den mest använda definitionen av arbetstillfredsställelse presenterades av Locke 1976: "ett behagligt och positivt emotionellt tillstånd som kommer från individens uppskattning av sitt arbete" (23). Enligt Hulin och Judge (24) inkluderar begreppet arbetstillfredsställelse multidimensionella psykologiska svar på eget arbete med kognitiva, affektiva och beteendemässiga komponenter. Det har hävdats att det finns en klar konsensus hur arbetstillfredsställelse skall definieras, nämligen: "en aktiv (d.v.s. emotionell) reaktion på arbetet som kommer av individens jämförelse mellan det faktiska utfallet och det som är önskat, förväntat, förtjänat" (14). Arbetstillfredsställelse är ett smalare begrepp än välbefinnande, vilket framgår av hur det

operationaliseras i olika frågeinstrument. För att mäta välbefinnande används vanligen något multifrågeinstrumenten som ringar in olika facetter av arbetstillfredsställelse. Det kan handla om hur nöjd arbetstagar är med själva arbetet, sina kollegor, ledarskapet, lön och andra förmåner och avancemangsmöjligheter. Alternativt används enbart en global fråga t.ex. "Hur nöjd är du med ditt arbete?".

### Utfallsvariabel

Det saknas ett allmänt accepterat och använt kontextuellt instrument som mäter psykisk hälsa relaterat till arbetet. Arbetstillfredsställelse är ett attitydinstrument och alltför grund för att mäta psykisk hälsa i arbetet, däremot kan det komplettera mätningar av generell psykisk hälsa resp. välbefinnande. Det är studier som använt sådana kombinationer eller mätt psykisk hälsa och/eller välbefinnande med tydlig koppling till arbetet som inkluderats i föreliggande översikt.

### Metod vid litteratursökningen<sup>10</sup>

Då området främjande av psykisk hälsa i arbetslivet är relativt utforskat har vi valt att se denna litteraturgenomgång som mer explorativ än att försöka fastslå evidens för vilka faktorer som har betydelse för främjande av psykisk hälsa i arbetslivet. Vi har därför inkluderat både kvantitativa och kvalitativa studier. Databaser och sökord valdes så att flera olika vetenskapligt inkluderades för att möjliggöra att en bred bas av relevanta studier kunde inkluderas. En första sökomgång genomfördes i augusti 2014 och en kompletterande gjordes i oktober 2014.

Sökningar genomfördes i databaserna EBSCO (inkluderande Academic Search Elite, Cinahl, PsycINFO och PsycARTICLES), Emerald, PubMed, Scopus och Web of Science. Databaserna genomfördes med olika kombinationer av sökorden: work OR workplace OR "healthy workplace" OR "healthy work" OR "healthy work\* environment" OR "good work\* environment" AND "depressive disorder" OR depression OR "behavioral symptoms" OR "anxiety disorders" OR "stress, psychological" OR "common mental disorders" OR "mental health" OR "sustainable mental health" OR "mental wellbeing" OR "mental well-being" OR "job wellbeing" OR "job wellbeing" OR "positive mental health" OR "good mental health" OR "positive mental wellbeing" OR "positive mental wellbeing" AND prevention OR promotion.

Databassökningarna begränsades till:

- år 2000-2014
- artiklar på engelska, svenska, norska, danska och tyska
- artiklar publicerade i tidskrifter som tillämpar vetenskaplig granskning (peer-review).

För att inkluderas i översikten krävdes att studien dessutom uppfyllde följande krav:

- bestå av originaldata eller vara en översiktsartikel
- ha en svarsfrekvens över 50 %
- fokusera på psykisk hälsa eller välbefinnande i relation till arbetsförhållanden
- innehålla utfallsmått som tydligt var kopplade till psykisk hälsa och/eller välbefinnande i arbetet (studier som endast mätte arbetstillfredsställelse exkluderades)
- studien skulle vara designad för att visa på exponeringar med, eller i analysen ha, ett direkt främjande perspektiv och inte enbart belysa risker.

Inledningsvis identifierades 7421 publikationer. Efter uteslutning av dubletter eller på grund av att de enligt titlar eller sammanfattningar bedömdes icke-relevanta återstod 79 studier som lästes i fulltext. Efter granskning av dessa återstod 27 studier, 7 översiktsartiklar, 12 kohortstudier, 5 tvärsnittsstudier och 3 kvalitativa studier, som inkluderades i föreliggande litteraturoversikt.

### RESULTAT

I tabell 2 finns en översikt över de 27 studier som inkluderats i föreliggande översikt. Vi har i redovisningen huvudsakligen tagit med de faktorer som belysts vara associerade med psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet. Parallellt med dessa utfall förekommer i några studier även andra typer av utfall. För att inte tynga redovisningen och göra framställningen otydlig har vi valt att inte redovisa dessa.

Tabell 2a. Kvalitativa studier

Författare År Referens Land	Studiens syfte	Deltagare Andel kvinnor	Design	Metod	Exponering	Utfall	Resultat
Bringsen et al. 2012 (25) Sverige	Att undersöka sjukvårdspersonals åsikter om hälsoresurser i arbetet som är relevanta för främjande av deras hälsa	n = 35, varav 16 sjuksköt. och 19 undersköt. på en vårdavd. på ett akutsjukhus  Kv: andel okänd	Kvalitativ	8 fokusgrupper (4-5 per grupp)  Kvalitativ innehållsanalys	Huvudfråga: "Hur ser en hälsofrämjande arbetsplats ut?"	Beskrivning av olika faktorer som karakteriserar en hälsofrämjande arbetsplats	Fyra teman: <i>belöningen</i> (glädje, tillfredsställelse, bekräftelse, lärande, privatlivets kvalitet); <i>teamet</i> (teamets delar, individer och ledare); <i>uppdraget</i> (uppgifter, processer); <i>sammanhanget</i> arbetsplatsen, privatlivet)
Dickson-Swift et al 2014 (26) Australien	Att undersöka vad arbetsgivare och arbetstagare anser vara faktorer som kännetecknar en arbetsplats gynnsam för anställdas hälsa, annat än vad som ingår i vanliga hälsofrämjande åtgärder, för att med den kunskapen ge mer generella policyråd	n = 42 chefer och anställda tjänstemän i två offentliga och ett privat företag  Kv 45%	Kvalitativ studie av 3 organisationer med åtgärdsprogram för hälso- och välbefinnande, fr.a. friskvård, hälsokontroller och hälsoinformation	Semi-strukturerade individuella intervjuer	"Vad kännetecknar en hälsofrämjande arbetsplats?"	Hur kan begreppet arbetshälsa, d.v.s. hälsa i arbetet, förstås och vad finns det för fördelar med och hinder för hälsofrämjande i arbetet	Anställda ansåg att hälsofrämjande på arbetsplatsen inte bara handlar om friskvård, utan också att det för det emotionella och psykiska välbefinnande behövs en organisation med en respektfull kultur som stödjer de psykosociala behoven. Nyckelfaktorer: respektfulla personliga relationer, flexibelt arbete, stödjande ledarskap, god kommunikation. Cheferna hade en mer traditionell syn med starkt fokus på fysisk säkerhet och hälsa bl.a. för att upprätthålla produktiviteten
Nilsson et al 2009 (27) Sverige	Att identifiera positiva determinanter för arbetshälsa	n = 12 inkluderande 4 professioner på en radiologivård, på ett sjukhus  Kv: 75%	Kvalitativ	Individuella intervjuer med öppna svar  Kvalitativ innehållsanalys	Fleråriga nedsänkningar, organisatoriska förändringar, ökade krav, ny teknologi, mindre tid för planering, stress	Den studerade populationen uppvisade ingen förändring i självskattad psykisk hälsa eller sjukskrivning i motsats till andra avdelningar på sjukhuset	Buffrande effekter mot de ansträngda arbetsförhållandena identifierades som att man fick hög status genom nya arbetsuppgifter, att vara i digitaliseringsens frontlinje samt ett positivt, stödjande arbetsmiljö och arbetets innehåll

<sup>10</sup> En mer utförlig beskrivning av sök- och urvalsprocessen kan erhållas från Per Lindberg och Thomas Karlsson.

Tabell 2b. Tvärsnittsstudier

Författare År Referens Land	Studiens syfte	Deltagare Svarsfrekvens (%) Andel kvinnor	Design	Metod	Exponering	Utfall	Resultat
Ardito et al. 2014 (28) Europa	Att undersöka psykosociala riskfaktorer i arbetet och prevalens av depressiva symtom samt att identifiera psykosociala arbetsförhållanden som förutsäger depressiva symtom	n = 33 907 anställda inom olika yrken Sf: 44 % (variation mellan länderna 31-74 %) Kv: 46 %	Tvärsnitt	Enkät (rekundär data analys)	Psykosociala arbetsförhållanden: arbetskrav (psykologiska, kognitiva, emotionella, undertycka känslor); arbetsorganisation (skicklighet, befogenhet); relation & ledarskap (stöd från kollegor, stöd från chef, gemenskap, belöning); arbete-individ interaktion (arbets-livs balans, jobbosäkerhet); våld (missbruk, diskriminering, mobbing, sexuella trakasserier)	Depressiva symtom	Kontroll (=skill discretion), beslutsutrymme (inflytande), belöning av arbete, interpersonella relationer (socialt stöd och arbetsklimat) samt anställningstrygghet uppträdde som skyddande faktorer som signifikant minskade risken för depression
Avey et al. 2012 (29) USA	Att undersöka hur etiskt ledarskap kan påverka anställdas välbefinnande och arbetstillfredsställelse	n = 845 universitetsanställda Sf: 64 % Kv: 44 %	Tvärsnitt, Hypotestest	Enkät	Etiskt ledarskap mätt genom anställdas uppfattning	Bl.a. välbefinnande	Etiskt ledarskap var relaterat till arbetstagarnas välbefinnande och arbetstillfredsställelse.  Välbefinnande medierades av att anställda kan uttrycka sina åsikter och arbetstillfredsställelse av en känsla av psykologiskt ägande (psychological ownership).
Bryce et al. 2003 (30) England	undersöka samband mellan betydelsefulla påverkande arbetsfaktorer (PEI= principal environmental influences) och psykisk hälsa hos kvinnor och män	n = 144 anställda vid ett nationellt försäkringsbolag Sf: 58 % Kv: 57 %	Tvärsnitt	Enkät	8 PEI's: kontroll, tydlighet, skicklighet, variation, mål, kontakt, social position, pengar	Affektivt välbefinnande; arbetstillfredsställelse; livstillfredsställelse	För kvinnor var kontroll, möjligheten att använda sin skicklighet, variation och social position signifikant korrelerat med alla arbetsrelaterade mätt på psykisk hälsa.  Sambandet mellan kontroll och välbefinnande var olika hos män och kvinnor, för kvinnor var den indirekta effekten av kontroll större än den direkta (tvärtom för män).
Fjell et al. 2012 (31) Sverige	Att undersöka hälsofrämjande faktorer på arbetet och deras specifika association till självskattad generell och psykisk hälsa, livstillfredsställelse och låga nivåer av muskuloskeletal smärta bland män och kvinnor i offentlig sektor.	n = 2523 anställda inom offentlig sektor Sf: 92 % Kv: 87 %	Tvärsnitt	Enkät	Arbetsstider; beslutsutrymme; lärande & utveckling; deltagande & samarbete; teamkänsla; relation till närmsta chef; feedback & planering; och organisering av arbete.	Självskattad generell och mental hälsa; livstillfredsställelse; muskuloskeletal smärta.	Beslutsutrymme (kontroll, inflytande & lärande/utveckling); teamkänsla (samarbete, socialt stöd, inflytande); relation till närmsta chef (ledarskap, positivt socialt klimat) korrelerade med god hälsa. Allra högst korrelation till god hälsa hade "Att ha tillräckligt med tid" för en god hälsa. Korrelationer varierade mellan både kön och sektor.
Park & Searcy 2012 (32) England	Att undersöka om relationen mellan autonomi i arbetet och anställdas psykiska välbefinnande och organisatoriska engagemang påverkas av ett kvalitetskonkurrerande arbetsklimat.	n = 12 836 anställda, n = 1190 chefer vid företag med minst fem anställda inom privat och offentlig sektor. Sf (anställda): 61 %, Sf (chef): 64 % Kv: 47 %	Tvärsnitt	Enkät till anställda; intervju med chefer.	Autonomi i arbetet hos anställda i företag som måste konkurrera med kvaliteten i produkter eller service.	Psykiskt välbefinnande resp. organisatoriskt engagemang.	Autonomi i arbetet var starkt relaterat till psykiskt välbefinnande och organisatoriskt engagemang..

Tabell 2c. Kohortstudier

Författare År Referens Land	Studiens syfte	Deltagare Svarsfrekvens (%) Andel kvinnor	Design	Metod	Exponering	Utfall	Resultat
Arnetz 2005 (33) Sverige	Att, på organisationsnivå, testa om rolltydighet predicerar psykisk energi och arbetsrelaterad utmattning	n = 1544 sjukhusanställda Sf: 66% Kv: uppskattningsvis 80 %	Kohort med 3 års uppföljningstid	Enkät (QWC) Däremellan bearbetade personalen baslinje-resultatet.	Tydighet rörande arbetsplatsens mål.	Långvarig stress mätt genom psykisk energi och arbetsrelaterad utmattning.	Organisatorisk måltydighet predicerade positiv förändring i psykisk energi och minskad arbetsrelaterad utmattning..
Arnetz et al 2007 (34) Sverige	Att jämföra skillnader över tid avseende psykosociala faktorer inverkan på psykisk hälsa, ledarskap och effektivitet inom och mellan fyra stora sjukhus i tre regioner.	n = 6157 sjukhusanställda på 4 sjukhus i olika regioner Sf: 58-78% beroende på sjukhus Kv: 83-89 %.	Kohortstudie med 2-års uppföljning	Enkät (QWC)	Psykosociala arbetsvillkor: arbetsklimat, arbetstempo, feedback, partipatoriskt arbetssätt, kompetensutveckling och måltydighet..	Anställdas psykiska hälsa (övergripande mätt på välbefinnande), ledarskap och effektivitet.	Förbättrad psykisk hälsa predicerades av positivt arbetsklimat och arbetstempo..
Bond et al 2006 (35) Storbritannien	Att testa om psykologisk flexibilitet resp. kontroll i arbetet predicerar förmåga att lära nytt, arbetsprestation samt psykisk hälsa.	n = 488 call-center anställda Sf: 71 % Kv: 47%	Kohortstudie med 3 måttillfällen under 3 månader.	Enkät	Kontroll i arbetet och psykologisk flexibilitet.	Psykisk hälsa (GHQ-12), förmåga lära nytt samt arbetsprestation.	Förbättrad psykisk hälsa predicerades av kontroll i arbetet, psykologisk flexibilitet och, i något lägre grad, av en kombination av bägge.  Förbättrad lärande och prestation predicerades också av kontroll resp. flexibilitet, men i något lägre grad av interaktion mellan dem.
Buddeberg-Fischer et al 2008 (36) Schweiz	Undersöka hur nyutbildade läkare under specialisträningen skattar den yrkesmässiga ansträngningen (effort) och graden av belöning (reward), om balansen ansträngning- belöning (ERI) förändras över tid samt hur den relaterar till upplevd stress, fysisk och psykisk hälsa samt livstillfredsställelse.	n = 370 läkare Sf: 71% Kv: 54 %	Kohortstudie med 4 måttillfällen 2001-2007	Enkät	Effort-Reward-Imbalance (ERI)	Bl.a. psykiskt välbefinnande mätt med en fråga.	De med låg ERI (= bra balans) hade genomgående bättre skattningar på psykiskt välbefinnande
Dalgard et al 2009 (37) Norge	Att testa interaktionen mellan krav och kontroll på psykisk hälsa definierat genom psykologisk stress.	n = 439 arbetstagare inom olika yrken verksamma i samma yrke vid baslinjen och uppföljningen Sf: 74 % Kv: 44%	Kohortstudie 11-årsuppföljning	Intervju och enkät	Krav-kontroll samt Effort-Reward-Imbalance (ERI)	Psykologisk stress	Hög kontroll hade en buffrande effekt och medförde att psykologisk stress inte ökade vid höga krav i arbetet.
Lohela et al 2009 (38) Sverige	Att identifiera psykosociala arbetsfaktorer som främjar positiva förändringar i anställdas hälsa samt faktorer som motverkar negativa förändringar i anställdas hälsa.	n = 1212 anställda fr. 4 företag inom process- och verkstadsindustrin Sf: 70% Kv: 14%	Kohortstudie 3-års-uppföljning	Enkät	13 psykosociala faktorer mätta med index från QPS Nordic	Hälsa mätt med EQ-5D (måter hälsorelaterad livskvalitet där ångest/depression är en av fem variabler).	Positiv hälsoförändring var associerad med förbättrat socialt klimat och ledarskap och med minskad job strain.  Negativa hälsoförändringar var associerade med försämrat ledarskap, resp. organisatoriskt engagemang (commitment) liksom ökad job strain..
Moen et al 2013 (39) USA	Att undersöka effekterna av tidspress (time strain) på hälsan.	n = 659 anställda vid ett större kontor Sf: 80% Kv: 50%	Kohortstudie med 6 mån. uppföljning	Enkät	Arbetsstidskrav resp. kontroll, krav-kontroll hemma samt krav-kontroll i arbetet (Karasek).	Global hälsa, energi, emotionell utmattning, psykologiskt välbefinnande (Ryff), mastery, psykologisk stress..	Bättre tidskontroll i arbete och på fritid predicerade positiva förändringar av hälsvariablerna.
Munir et al 2011 (40) Danmark	Att undersöka arbetsfaktorer skyddande effekt mot långtidssjukskrivning bland arbetstagare med olika grad av depressiva symtom i ett representativt urval arbetstagare.	n = 12 890 arbetstagare, 18-64 år, från två slumpvis valda kohorter år 2000 resp. 2005 ur nationell befolknings-databas Sf: 75% resp. 62% Kv: 49% resp. 53%.	Kohortstudie med 2-års-uppföljning	Enkät	Kvalitet i ledarskapet	Sjukskrivning heltid, ≥ tre veckor under uppföljningstiden.	För de med moderata depressiva symtom var ökad kvalitet i ledarskapet associerat med reducerad sjukfrånvaro.
Munir et al 2012 (41) Danmark	Att undersöka transformativt ledarskaps inverkan på arbete-livsbalans, arbetstillfredsställelse och psykologiskt välbefinnande.	n = 188 arbetstagare i äldreomsorg som svarat vid både T1 & T2 Sf: 81 % Kv: ej angivet	Kohortstudie med 18- mån. uppföljning	Enkät	Arbetslagarnas bedömning av transformativt ledarskap.	Arbete livsbalans, arbetstillfredsställelse och psykologiskt välbefinnande.	Transformativt ledarskap var direkt associerat med upplevelsen av arbete-livsbalans, arbetstillfredsställelse resp. psykologiskt välbefinnande. Arbete-livsbalans medierade effekten mellan transformativt ledarskap och välbefinnande, men inte arbetstillfredsställelse.
Stansfeld et al 2013 (42) Storbritannien	Att undersöka betydelsen av personligt socialt stöd och psykosocial arbetsmiljö som prediktorer för välbefinnande.	n = 5182 tjänstemän Sf: 73% Kv: 29%.	Kohortstudie 2 mätningar med i medeltal 2,6 års mellanrum	Enkät	Arbetsförhållanden (krav-kontroll-socialt stödmodellen) samt socialt stöd från vänner.	Subjektivt välbefinnande	Hög kontroll, låg "job strain", socialt stöd i arbetet och att ha personligt socialt stöd från vänner var associerat med högre nivåer av välbefinnande.
Tuomi et al 2004 (43) Finland	Undersöka i vilken grad olika organisatoriska faktorer och arbetskrav påverkar anställdas välbefinnande.	n = 1389 arbetstagare inom metallindustri och handel Sf: 59 % Kv: 40%	Kohortstudie med 2-årsuppföljning	Enkät	Olika psykosociala och organisatoriska faktorer.	Mental hälsa, organisatoriskt engagemang och arbetsförmåga.	Ökat välbefinnande främjades i första hand av ökad möjlighet till inflytande och organisationsförbättringar, men även av möjligheter till yrkesutveckling, stöd från chefen, omsorg om de anställda samt minskade mentala och fysiska krav och ökad anställningstrygghet.
Ybema et al 2011 (44) Holland	Att studera effekterna såsom de uppfattas av de anställda av organisationers hälsopolicies på arbetstillfredsställelse, "burnout" och sjukfrånvaro.	N = 1004 anställda olika företag Sf: 81 % Kv: 38%	Kohortstudie med 2-årsuppföljning	Enkät	Hälsopolicy på företaget inkluderande bl.a. säkerhet, bra arbetsmiljö & -utrustning, friskvård, hälsomedvetenhet.	Utmattningssyndrom, arbetstillfredsställelse, sjukfrånvaro.	Organisationer med starkt, aktivt fokus på hälsa och säkerhet gav minskad sjukskrivning och utmattningssyndrom samt ökat arbetstillfredsställelse.

Tabell 2d. Översiktsartiklar

Författare År Referens	Studiens syfte	Design	Metod	Inklusion	Exponering	Utfall	Resultat
Cummings et al 2010 (45)	Att undersöka relationen mellan olika ledarskapsstilar och dess påverkan på sjuksköterskor och deras arbetsmiljö.	Systematisk översikt	10 databaser Studier från 1985- maj 2009	53 artiklar	Ledarskapsstilar	Flera olika utfall bl.a. mental hälsa.	Medarbetares hälsa rapporterades bättre (-lägre ångest, emotionell uttrötning och stress) vid transformativ, empowerment (demokratiskt/deltagande), stödjande samt resonant (lyhörd och entusiastiskt) ledarskap. Jobstress (tension) minskade när sköterskorna upplevde ledarskapet som positivt.
Faragher et al 2005 (46)	Att systematiskt undersöka det vetenskapliga stödet som kopplar arbetstillfredsställelse till fysisk och psykisk hälsa och utsätta denna evidens för en serie meta-analyser för få en uppskattning av styrkan på det statistiska sambandet.	Systematisk översikt + meta-analys	5 databaser + enstaka tidskrifter inte inkluderade i databaserna + grå litteratur, reviews dessutom kontaktades välkända forskare inom området för att få tillgång till ev. opublicerade studier från 1970- 2005.	485 studier	Arbetstillfredsställelse	Fysisk och psykisk hälsa	Positivt samband mellan arbetstillfredsställelse och god hälsa, starkare samband med generell mental hälsa än med fysisk hälsa. Arbetstillfredsställelse korrelerade också positivt med minskad "burnout", depression, ångest, självkänsla (self-esteem).
Gregersen et al 2011 (47)	Att undersöka kunskapsläget kring ledarstilens påverkan på anställdas hälsa och välbefinnande.	Systematisk översikt	7 databaser; Engelsk- och tyskspråkiga peer- review granskade artiklar, reviews och metaanalyser 1990-2009.	42 studier	Ledarskapsstilar	Psykisk hälsa (psychische Gesundheit). I artikeln framgår inte i detalj vad detta avser, samt arbetstillfredsställelse och olika ohälsoutfall.	Socialt stöd från chef, medbestämmande och medverkansmöjlighet, kommunikation chef-anställd, transformativ- och i viss mån transaktionell ledarskap, medarbetarorienterat och etiskt ledarskap samt bli motiverad och intellektuellt stimulerad hade en positiv inverkan på anställdas psykiska hälsa.  Arbetstillfredsställelse var associerat med socialt stöd fr. chefen, transformativ-, transaktionell-, medarbetarorienterat, och uppgiftsorienterat ledarskap, samt bli motiverad och intellektuellt stimulerad.
Kuoppala et al 2008a (48)	Att studera associationerna mellan hälsofrämjande insatser på arbetet och välbefinnande, arbetsfrånvaro, sjukfrånvaro och förtidspensionering.	Systematisk översikt + meta-analys	2 databaser + andra källor	46 studier 1970- 2005	Hälsofrämjande insatser* på arbetsplatsen.  *Psykologiska insatser, fysisk träning, livsstilsaktiviteter, ergonomi, arbetsförändring.	Välbefinnande på arbetet.	Hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen tycktes öka psykiskt välbefinnande RR 1.39; range, 0.98-1.91, och välbefinnande på jobbet RR 1.67 (endast en studie).
Kuoppala et al 2008b (49)	Att studera associationerna mellan ledarskap och välbefinnande på arbetet resp. arbetsrelaterad hälsa.	Systematisk översikt + meta-analys	2 databaser + andra källor	27 studier 1970- 2005	Bra ledarskap (här = hänsynsfullt, stödjande- resp. transformativt ledarskap).	Arbetstillfredsställelse, välbefinnande, sjukskrivning, förtidspension (disability pension).	Det fanns måttligt stark evidens för att bra ledarskap var associerat med välbefinnande på arbetet, RR 1.40, range 1.36-1.57, sjukfrånvaro RR 0.73, range 0.70-0.89, förtidspension RR 0.46, range 0.42-0.50 och arbetstillfredsställelse samt svag evidens för association med arbetstillfredsställelse RR 2.23, range 1.39-3.51.
Nijp et al 2012 (50)	Att systematiskt undersöka empiriska bevis för samband mellan kontroll över arbetstiden och arbete-livsbalansen, hälsa/välbefinnande och arbetsrelaterade utfall (t.ex. arbetstillfredsställelse och arbetsprestation).	Systematisk översikt	2 databaser genomsöktes + andra källor	63 studier 1995-2011	Fem olika kategorier av arbetstidskontroll.	Arbete-livsbalans, hälsa/välbefinnande resp. olika arbetsrelaterade utfall.	Bristen på interventions- resp. longitudinella studier gör det svårt att fastställa säkra kausala samband. Tvärsnittstudier visar inkonsistent (globalt tidskontroll), begränsad (multidimensionell tidskontroll) eller moderat stark evidens (flexitid) beroende på precisering av exponeringsvariabeln avseende kontroll över arbetstiden och positivt utfall för hälsa/välbefinnande.
Skakon et al 2010 (51)	Att ge en systematisk översikt över empirin avseende ledares och ledarskapsstilar påverkan på anställdas stress och affektiva välbefinnande.	Systematisk översikt	15 databaser	49 studier 1980 - july 2009	Ledares förhållningssätt och ledarskapsstilar påverkan på de anställda.	Anställdas stress och affektiva välbefinnande.	1. Chefers stress och affektiva välbefinnande var associerat med anställdas stress och affektiva välbefinnande. 2. Positiva ledarbeteenden (stöd, empowerment, hänsynstagande) var associerat med låg grad av stress och högt affektivt välbefinnande hos de anställda. 3. Transformativt ledarskap var starkt associerat med positivt utfall bland de anställda, medan transaktionellt och laissez-faire ledarskap var mindre konsistent associerat till positivt utfall bland anställda.  Det var omöjligt att fastställa evidens för kausala samband då de flesta studierna var tvärsnittstudier.

De faktorer som i de inkluderade artiklarna befunnits vara associerade med god psykisk arbetshälsa redovisas i tabell 3 och 4. I tabell 3 ges en översikt över respektive studies fynd samt en frekvenssammanställning över hur många av de inkluderade artiklarna som konstaterar ett samband med respektive faktor. Faktorerna är ordnade i frekvens efter hur ofta de förekommer/undersökts i de inkluderade studierna. I tabell 4 har faktorerna från tabell 3 sammanställts med resultat från de studier som redovisades i tabell 1. I tabellerna redovisas i vissa fall flera faktorer inom samma domän som en gemensam faktor.

Av tabell 3 framgår tydligt att faktorer som rör ledarskap, autonomi/empowerment/kontroll för den anställda samt stöd i arbetet är de vanligast förekommande arbetsfaktorerna som undersökts i de inkluderade studierna, följt av att uppleva ett positivt socialt klimat; ha möjligheter till utveckling och fortbildning; samt möjligheter till medinflytande och delaktighet. Övriga faktorer som konstaterades ha betydelse för psykisk hälsa i arbetet var: arbete-livsbalans; arbetstidens förläggning; arbetstillfredsställelse; bli behandlad med respekt; bibehållen självkänsla; belöningsystem; bra fysisk arbetsmiljö; friskvårdsaktiviteter; lagom arbetstempo och arbetsbelastning; utvecklad kommunikation; anställningstrygghet; arbetsinnehåll; erkännande/feedback; samarbete/teamarbete; systematiskt arbetsmiljöarbete; intellektuell stimulans; personlig skicklighet/kvaliteter kan användas; rolltydlighet, tydliga förväntningar och mål; rätt material och utrustning; systematiskt arbetsmiljöarbete; samt variation.

### Kvalitativa studier

De tre inkluderade kvalitativa studierna (25-27), tabell 2a, omfattade tjänstemän och arbetare ifrån Sverige och Australien inom såväl offentlig som privat sektor. Studierna omfattade mellan 12-42 deltagare som deltog vid olika former av grupp- eller enskilda intervjuer. Två av studierna genomfördes på svenska sjukhus, där den första syftade till att undersöka arbetsrelaterade hälsoresurser (25), och där den andra syftade till

att identifiera positiva determinanter för arbetshälsa (27). Den tredje studien genomfördes i Australien i syfte att undersöka arbetsgivares och anställdas syn på begreppet "hälsofrämjande arbetsplats" (eng. health promoting workplace) (26).

Studien rörande arbetsrelaterade hälsoresurser (25) fann fyra teman som beskrevs som positiva resurser i arbetet: 1) belöningen (glädje över att vara del av någonting större och att hjälpa patienter; tillfredsställelse av att hjälpa andra; bekräftelse från patienter och kollegor; lärande i arbetet samt privatlivets kvalitet, vilket påverkades positivt av löner, semester och möjlighet att påverka arbetstider); 2) teamet (att vara del av ett team och samarbeta med olika professioner; personorienterat ledarskap); 3) uppdraget (arbetsuppgifterna – i synnerhet om de är patientnära och att de utförs med hög kvalitet; processerna – att arbetet är organiserat så att det flyter smidigt och att kommunikationen är bra); 4) sammanhanget (arbetsplatsen med dess förutsägbara struktur och rutiner; arbete-livsbalans).

Studien om positiva determinanter för arbetshälsa (27) fann att det gav hög status att lära sig nya arbetsuppgifter och därmed vara i digitaliseringens frontlinje med många arbetsgrupper från andra sjukhus på studiebesök som en följd. Vidare beskrevs ett positivt stödjande arbetsklimat och arbetets innehåll som buffrande faktorer mot ansträngda arbetsförhållanden med fleråriga nedskärningar och omorganiseringar.

I studien kring begreppet hälsofrämjande arbetsplats (26) fann man att cheferna hade en mer traditionell syn på arbetshälsa och vad som främjar den med starkt fokus på fysisk säkerhet och hälsa, bl.a. i syfte att upprätthålla produktiviteten i företaget. De anställda hade en vidare syn och menade att hälsofrämjande på arbetsplatsen handlar om mer än enbart friskvård. De beskrev att en respektfull kultur som stödde deras psykosociala behov krävdes för att främja mentalt välbefinnande. En sådan kultur karaktäriserades av respektfulla personliga relationer, flexibelt arbete, stödjande ledarskap och en god kommunikation, enligt de anställda.

**Tabell 3.** Faktorer av betydelse för en god psykisk hälsa enligt inkluderade studier i denna översikt. Faktorerna är ordnade i frekvens efter hur ofta de förekommer/undersökts i de inkluderade studierna.

Faktor/område	Kvalitativ	Tvårsnitt	Kohort	Översikter	Frekvens förekomst
Ledarskap <sup>1</sup>	•	•	•	•	12
Autonomi, empowerment, kontroll	•	•	•	•	10
Administrativt eller socialt stöd i arbetet	•	•	•	•	8
Positivt socialt klimat	•	•	•	•	5
Utveckling, fortbildning	•	•	•	•	5
Medinflytande, delaktighet	•	•	•	•	4
Arbete-livsbalans	•	•	•	•	3
Arbetstidens förläggning	•	•	•	•	3
Arbetsstillfredsställelse	•	•	•	•	3
Behandlad m. respekt; bibehållen självkänsla	•	•	•	•	3
Belöningsystem	•	•	•	•	3
Bra fysisk arbetsmiljö	•	•	•	•	3
Friskvårdsaktiviteter	•	•	•	•	3
Lagom arbetstempo och arbetsbelastning	•	•	•	•	3
Utvecklad kommunikation	•	•	•	•	3
Anställningstrygghet	•	•	•	•	2
Arbetsinnehåll	•	•	•	•	2
Erkännande, feedback	•	•	•	•	2
Samarbete, teamarbete	•	•	•	•	2
Intellektuell stimulans	•	•	•	•	1
Personlig skicklighet/kvaliteter kan användas	•	•	•	•	1
Rolltydlighet, tydliga förväntningar och mål	•	•	•	•	1
Rätt material och utrustning	•	•	•	•	1
Systematiskt arbetsmiljöarbete	•	•	•	•	1
Variation	•	•	•	•	1

<sup>1</sup> Ledarskap klassificeras på många sätt i litteraturen, här är ledarskap ett samlingsnamn för dessa.

### Tvårsnittsstudier

De fem inkluderade tvårsnittsstudierna (28-32), tabell 2b, omfattade tjänstemän och arbetare i Europa och USA inom såväl offentlig som privat sektor med mellan 144 – 33 907 deltagare per studie. De exponeringar som undersöktes var främst psykosociala arbetsförhållanden, inkluderat (förekommande i 2 eller fler studier): autonomi, empowerment, kontroll; ledarskap; stöd i arbetet och medinflytande/delaktighet samt (förekommande i en studie): positivt socialt klimat; utveckling, fortbildning; arbetstidens förläggning; bli behandlad med respekt; belöning; utvecklad kommunikation; anställningstrygghet; samarbete; att personlig skicklighet kan användas; och variation.

Studierna fann att autonomi, empowerment, kontroll (30-32) och ledarskap (29, 31) var signifikant korrelerat med arbetstagarnas mentala välbefinnande och arbetsstillfredsställelse. Därtill fann enskilda studier att psykosociala faktorer som medinflytande, lärande, samarbete, socialt stöd och positivt socialt klimat (31) samt möjligheten att använda sin skicklighet och variation (30) i arbetet hade en positiv relation till arbetstagarnas psykiska välbefinnande och arbetsstillfredsställelse.

Därutöver fann Ardito et al. (28) att kontroll, inflytande, belöning av arbete, socialt stöd och arbetsmiljö samt anställningstrygghet uppträdde som skyddande faktorer och signifikant minskade risken för depression.

### Kohortstudier

De tolv inkluderade longitudinella kohortstudierna (33-44), tabell 2c, med uppföljningstider på mellan sex månader och elva år omfattade tjänstemän och arbetare inom olika branscher med populationsstorlekar approximativt mellan 400 – 13 000 deltagare. Förutom en studie från USA är studierna utförda i Europa, sju av dem är nordiska. De exponeringar som undersöktes handlade om psykosociala arbetsförhållanden med betoning på kontroll i form av Karaseks krav-kontroll-modell, Siegrists Effort-Reward Imbalance-modell, transformativt ledarskap samt fokuserat hälsofrämjande på arbetet.

Bland kohortstudierna var ledarskapets inverkan på den psykiska hälsan den mest frekvent undersökta faktorn. Fyra av studierna rapporterade positiva hälsoförändringar beroende på det ledarskap som utövades (38, 40, 41, 43). Det talas om att bra ledarskap (rättvist, stödjande och bemyndigande [empowering]) gav positiva hälsoförändringar (egentligen hälsorelaterad livskvalitet) (38), och ökat välbefinnande (42, 43); att ökad kvalitet i ett personalorienterat ledarskap reducerade sjukskrivningarna i företaget (40); samt att transformativt ledarskap ökade psykologiskt välbefinnande och arbetsstillfredsställelse hos arbetstagarna (41).

Kontroll i arbetet (oftast operationaliserat genom krav-kontrollmodellen) var lika frekvent undersökt som ledarskapet med fyra studier (35, 37, 39, 42). Förbättrad psykisk hälsa predicerades av kontroll i arbetet gärna i kombination med psykologisk flexibilitet (35). Hög kontroll var associerat med välbefinnande (42) och hade en buffrande effekt mot höga krav, vilket medförde att den psykologiska stressen inte ökade i sådana situationer (37). Stress reducerades också av att ha ökad tidskontroll så att arbetslivet inte inkräktade på privatlivet (39, 41).

Andra faktorer i arbetet som befanns viktiga för individens psykiska hälsa och välbefinnande var en rimlig arbetsbelastning (34, 42, 43) och balans mellan arbetsinsats och belöning (36), positivt socialt klimat (34), möjlighet till medinflytande och fortbildning (43), tydliga mål för organisationen (34), anställningstrygghet (43), samt bra fysisk arbetsmiljö och andra hälsofrämjande satsningar inom organisationen (44).

### Översiktsartiklar

Totalt inkluderades sju systematiska översiktsartiklar (45-51), tabell 2d, varav av fyra (46-49) även utfört metaanalyser. I de sju studierna har sökningar gjorts i

2-15 databaser, i vissa fall kompletterade med artiklar från andra håll. Tidsspannen för sökningarna varierade mellan 17-36 år. De inkluderade studierna i översiktsartiklarna utgjordes till största delen av tvårsnitts- och kohortstudier, men även av andra översiktsartiklar och metaanalyser.

Fyra av de sju översiktsartiklarna (45, 47, 49, 51) handlade om olika ledarskapsstilar och dess påverkan på psykisk hälsa. Olika former av transformativt (utvecklande, personalorienterat) ledarskap visar genomgående positiva samband med hälsa och välbefinnande bland de anställda, medan transaktionellt (uppgiftsorienterat) - och laissez-faire (minimalt styrande) ledarskap var mindre konsistent associerat till positivt utfall bland anställda.

Övriga tre översiktsartiklar undersökte samband mellan arbetsstillfredsställelse (46), hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen (t.ex. utbildning, bra fysisk arbetsmiljö och friskvård) (48) samt inflytande över arbetstiden, t.ex. flexitid (50), och psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet. För arbetsstillfredsställelse respektive hälsofrämjande fann man klara positiva samband till positiv psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet, för samband mellan flexitid och hälsa fann man moderat evidensstyrka, medan resultaten för andra former av tidskontroll och hälsa inte var entydiga eller visade på begränsad evidens.

Studierna identifierade även mer specifika samband med psykisk hälsa av vilka flera kan ses som olika facetter av bra ledarskap såsom stöd i arbetet (47, 51), utvecklad kommunikation mellan chef-anställd (47), medinflytande (47), autonomi (50, 51), att bli behandlad med respekt (50, 51) samt intellektuell stimulans i arbetet (47).

### Resultatet jämfört med determinanter för god arbetsmiljö

När de faktorer för psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet, som identifierats i denna genomgång av litteraturen, läggs in i samma tabell, tabell 4, med de faktorer som tidigare studier funnit vara viktiga för en god arbetsmiljö, tabell 1, framstår ett relativt tydligt kluster av gemensamma faktorer. Detta förklaras enbart delvis av att två studier (27, 34) ingår i båda kunskapsöversikterna.

**Tabell 4.** Jämförelse mellan utfallet av tidigare forskning samt denna litteraturoversikt

Faktor/område	Lindberg et al. (10) (Anställdas syn)	Lindberg et al. (10) (Vägledningsdokument)	Angelöw (11)	Ahlberg (12)	Wagner et al. (13)	Denna litteraturoversikt
Ledarskap <sup>1</sup>	•	•	•	•	•	•
Autonomi, empowerment, kontroll	•	•				•
Administrativt eller socialt stöd i arbetet	•	•				•
Positivt socialt klimat	•	•	•	•	•	•
Utveckling, fortbildning	•	•	•	•	•	•
Medinflytande, delaktighet	•	•	•	•	•	•
Arbete-livsbalans		•				•
Arbetstidens förläggning	•					•
Arbetsstillfredsställelse						•
Behandlad m. respekt; bibehållen självkänsla	•				•	•
Belöningssystem	•			•		•
Bra fysisk arbetsmiljö	•	•				•
Friskvårdsaktiviteter			•	•		•
Lagom arbetstempo och arbetsbelastning	•	•	•			•
Utvecklad kommunikation	•	•		•		•
Anställningstrygghet						•
Arbetsinnehåll	•	•				•
Erkännande, feedback	•	•			•	•
Samarbete, teamarbete	•	•				•
Intellektuell stimulans	•					•
Personlig skicklighet/kvaliteter kan	•				•	•
Rolltydighet, tydliga förväntningar och mål	•	•			•	•
Rätt material och utrustning					•	•
Systematiskt arbetsmiljöarbete			•			•
Variation						•
Adekvat personalförsörjning	•	•		•		•
Arbetet stämmer m. personliga värderingar/Värdegrund på företaget	•			•	•	•
Relationer till intressenter	•	•				•
Samarbete m. företagshälsovård och andra externa resurser			•	•		•
Personalekonomiska bokslut			•			•
Samhällsnyttan	•					•
Snabb problemlösning	•					•

<sup>1</sup> Ledarskap klassificeras på många sätt i litteraturen, här är ledarskap ett samlingsnamn för dessa.

## DISKUSSION

Arbetsförhållanden uppstår i mötet mellan organisationen och individen, inte minst i de psykosociala arbetsförhållandena. Förebyggande arbete och skapandet av goda arbetsförhållanden kan inte läggas på det individspecifika planet utan måste organiseras på arbetsplatsen för de anställda i just den speciella kontexten. Det måste t.ex. finnas en övergripande organisering av arbetet som möjliggör goda psykosociala och fysiska förhållanden. Det skall dock påpekas att även individen har ett uttalat ansvar att medverka och möjliggöra bra arbetsförhållanden (8). Förbättringsstrategier baseras på idén att det är möjligt att förändra situationsbestämda och individuella faktorer för att förbättra den anställdes arbetsförhållanden och hälsa. Eftersom organisationer och arbeten är skapade enheter är de också möjliga att ändra (52). Det har till exempel visat sig att individuella insatser mot stress endast tycks ha kortvarig effekt. Om de däremot kombineras eller helt ersätts med organisatoriska interventioner kan de antas få mer långvarig och kanske bestående effekt (53).

Att vissa faktorer i den här översikten framträder som mer frekvent förekommande, och därför kan ge sken av att vara viktigare än andra, handlar om frekvens och inte om faktorns dignitet i sammanhanget. Frekvensen avspeglar mer vad forskarsamhället funnit angeläget att undersöka, vad som tidigare forskning funnit, vad tillgängliga instrument och metoder mäter samt hur medel fördelats av forskningsfinansiärerna. Det måste dock påpekas att forskarvärldens fokus till del kan ha utgått från det som tidigare studier, kvalitativa som kvantitativa, har funnit ha betydelse, men även behövt beforskas mer. Vidare avspeglar resultatet den allmänna diskursen i arbetslivet och kan till del antas vara trendorienterad. Man kan alltså inte dra slutsatsen att de faktorer som inte nämnts lika frekvent är mindre betydelsefulla för god psykisk arbetsmiljö. Någon studie som mer generellt undersökt vilka faktorer, av möjliga prediktorer för psykisk hälsa, som är viktigare än andra har vi inte funnit. Sådana studier skulle vara till stor hjälp för att rikta uppmärksamhet på den psykiska hälsans villkor liksom bistå preventiva och främjande insatser med åtgärder som har störst chans att åstadkomma förändringar.

Av litteraturoversikten framgår att mycket av det som de kvalitativa studierna genererat även finns undersökt med kvantitativa metoder. De kvalitativa studierna tillför emellertid mer kunskap kring samband och processer och kan på så sätt förklara det som kvantitativa studier mer nyktert konstaterar. På ett tydligt sätt blottlägger Dickson-Swifts et al studie (26) hur synen på hälsofrämjande arbetsplats kan skilja sig mellan de som leder verksamheten och arbetstagarna. Där de anställda ser en mängd faktorer som betydelsefulla för arbetsmiljön har cheferna en mer konservativ och begränsad syn, som troligen inte är i takt med arbetslivets behov i dag. Ett sådant synsätt från chefernas sida kan ha sin förklaring i den långa tradition som finns att fokusera på risker, problem, fysiska och psykiska besvär och sjukdomar och andra negativa aspekter på arbetsmiljön, vilken gett oss mycket kunskap om vilka arbetsförhållanden som ska undvikas eller elimineras. Aronsson et al. (54) pekar på att den här "eliminationsprocessen" har varit framgångsrik, speciellt för att förbättra fysisk arbetsmiljö. Inom det psykosociala fältet har överföringen av forskningsresultat till praktiken resulterat i vad som kan kallas psykologiska anti-krav: arbetet ska inte vara mekaniskt styrt, monotont, överstimulerande eller understimulerande, arbetsmönster bör inte vara standardiserade, etc. Aronsson et al. menar vidare att sådan kunskap är relevant i en era när den sortens arbete dominerar men är otillräckligt eller inadekvat i ett arbetsliv där nyckelfaktorerna för framåtskridande är motivation, samarbete och kreativitet. Att undvika exponering för negativa förhållanden leder emellertid inte alltid till en positiv situation, eftersom positiva tillstånd ofta är något kvalitativt annorlunda – inte bara det omvända. Till exempel är avsaknaden av arbetsstillfredsställelse med arbetet inte detsamma som arbetsstillfredsställelse, och avsaknaden av monotoni betyder inte nödvändigtvis meningsfullhet eller positiva arbetserfarenheter.

Grawitch et al. (55) har konstaterat att om man vill bygga och upprätthålla en frisk arbetsplats är det en nödvändighet att kommunikationen flödar uppifrån och ned och nedifrån och upp så att de anställdas behov kan tillgodoses och ledningen kan redogöra för mål och möjligheter. Sådana kommunikationsförhållanden skulle kunna bidra till psykisk hälsa och välbefinnande på arbetet och överbrygga den diskrepans i synsätt på hälsofrämjande arbetsförhållande mellan chefer och anställda som Dickson-Swift beskriver (26). En brittisk översikt över arbete och hälsa (56) konstaterade att åtgärder för bättre hälsa och välbefinnande hade positiv inverkan på sjukfrånvaro, personalomsättning, arbetsolycksfall och -skador, arbetsstillfredsställelse och produktivitet. Nyckelfaktorer för att lyckas med sådana hälsofrämjande åtgärder

är enligt studien: 1) att programmen är gjorda för att möta medarbetarnas behov; 2) att ledningen själva deltar i programmen; 3) att programmen ligger i linje med verksamhetens övergripande syfte och mål; 4) att kommunikationen fungerar; 5) att anställda engageras; samt 6) att mäta resultaten av åtgärderna.

Oberoende av studiedesign visade det sig i den här översikten att ledarskapet är den enskilda faktor som undersökts mest frekvent, tabell 3, vilket kan tolkas som ett tecken på dess betydelse för att få en hälsofrämjande organisation. Frånsett olika ledarskapsstilar direkta inverkan på arbetstagarnas psykiska välbefinnande, visar studierna i den här översikten också på samband mellan ledarskapets indirekta påverkan genom att t.ex. utöva/möjliggöra stöd i arbetet, utveckla kommunikationen mellan chef-anställd, ge medinflytande, autonomi och kontrollmöjligheter, att man på arbetsplatsen behandlar varandra med respekt och se till att de anställda stimuleras intellektuellt i arbetet.

Chefers ledarskap är centralt för att skapa god arbetsmiljö, summerar Wreder i sin avhandling om hur ledarskap och ny teknologi påverkar arbetsmiljön (57). Visserligen är arbetsgivaren den som har det juridiska arbetsmiljöansvaret, men chefer på alla nivåer är arbetsgivarrepresentanter och har som sådana oftast ålagts ett arbetsmiljöansvar. Chefer kan, och måste, forma ledarskapet så att det bidrar till att skapa arbetsförhållanden som tillfredsställer medarbetarnas behov, till exempel att ha kontroll och möjlighet att hantera kraven i arbetet, få information och vara delaktiga, se tydliga mål och följa upp dessa samt att utvecklas i arbetet. Medarbetarnas arbetsförhållanden påverkar deras upplevda arbetsstillfredsställelse, hälsa och prestationsförmåga och därmed organisationens möjligheter till framgång (57). Ur ett organisationsforskningsperspektiv (58) menar man att det är människors energi, kompetens och innovationskraft som för verksamheter framåt. De allra flesta medarbetare behöver tas i anspråk inte bara inom sin formella kompetens, utan också använda sina icke formella kunskaper, t.ex. språkkunskaper, tysta kunskaper, och sociala färdigheter. Inte minst i tider av ekonomisk kris behövs energi, kompetens och innovationsförmåga. För att möjliggöra detta är det viktigt att arbetsplatsen vårdar mellanmänniska relationer för att främja tillit, respekt och ett positivt emotionellt klimat. Det betyder inte avsaknad av kritik eller felsökning, men sådan kan bättre verkställas i ett respektfullt och tryggt klimat. Desutom har Larsson och Vinberg (59) visat att en betonat relationsinriktad ledarstil är, kompletterat med struktur- och förändringsinriktat ledarskap, den viktigaste basen för att åstadkomma en framgångsrik organisation.



För att uppnå hållbar hälsa bland anställda, visar forskning att det krävs ett engagemang från högsta ledningen och ett ledarskap som karaktäriseras av inlevelse, närvaro och kommunikation, integritet och kontinuitet. En konsekvens av ett sådant ledarskap är att chefen måste ge medarbetarna mer ansvar och autonomi (60). Ett observandum är dock, att trots att arbetsgivaren är juridiskt ansvarig för arbetsmiljön liksom att leda och fördela arbetet, finns det en risk att arbetsgivarens ansvar åsidosätts eller blir osynligt och läggs på den enskilde när dennes ansvar för att definiera och planera sitt arbete ökar inom mindre toppstyrda organisationer (52). Det är med andra ord viktigt att ansvarsfrågan är tydlig inom organisationen, liksom fördelning av befogenheter och resurser.

Mot bakgrund av ovanstående framstår det som viktigt att inte chefens möjligheter att agera på ett insiktsfullt sätt omöjliggörs inom organisationen. Detta är ett särskilt dilemma för mellanchefer som lätt blir trängda från två håll. Skakon et al. (51) rapporterade hur chefens egen stress och affektiva beteende överfördes på de anställda. Vilka förutsättningar behövs för att ledarskapet skall fungera optimalt? Antagligen precis de samma som de anställda behöver: ett bra ledarskap.

#### SLUTSATSER

Det här kapitlet har försökt att ge en översikt över faktorer och förhållanden i arbetet som kan tänkas ha en förebyggande och främjande effekt på den psykiska hälsan och välbefinnandet bland arbetstagare. Inledningsvis konstaterades att befintlig forskning hävdar att arbete är något bra i sig, men att det krävs en god arbetsmiljö formad med hänsyn till individernas behov och förutsättningar för att den också skall främja hälsan hos arbetstagare och motverka nedbrytande krafter i arbetet. Exempel på vad som karaktäriserar god arbetsmiljö har getts utifrån befintlig vetenskaplig kunskap. I den systematiska genomgången av studier som belyser arbetets inverkan på den psykiska hälsan och välbefinnandet har vi funnit att det till stor del är samma faktorer som är viktiga för en (generellt) god arbetsmiljö (10). Orsaken kan sökas i att arbetsmiljö som ett övergripande begrepp omfattar såväl fysiska, psykosociala som organisatoriska faktorer och två så näraliggande kunskapssammanställningar kommer ofrånkomligt att överlappa varandra. Det kan ses som en styrka och bevis för fyndens trovärdighet när litteraturen gällande arbetsmiljöförhållanden analyseras utifrån olika utgångspunkter och när mycket lika resultat.

I den här litteraturgenomgången fann vi att oberoende av studiedesign visade det sig att ledarskapet

är den faktor som undersökts mest frekvent. Vilket kan tolkas som ett tecken på dess betydelse för arbetstagarnas psykiska hälsa och för en hälsofrämjande organisation. Frånsett olika ledarskapsstilars direkta inverkan på arbetstagarnas psykiska välbefinnande visar studierna även på ledarskapets indirekta påverkan genom att t.ex. utöva/möjliggöra stöd i arbetet, utvecklad kommunikation mellan chef-anställd, medinflytande, autonomi, kontroll, bli behandlad med respekt och intellektuell stimulans.

#### SAMMANFATTNING

”Friskfaktorer” för psykisk hälsa i arbetslivet är faktorer och förhållanden i arbetet som kan tänkas ha en förebyggande och främjande effekt på den psykiska hälsan och välbefinnandet bland arbetstagare. Dessa faktorer kan ibland vara omvända riskfaktorer och fungera som en resurs (buffer) mot negativa konsekvenser av olika risker i arbetet. Det kan även vara faktorer som, av egen kraft, skapar positiva hälsofrämjande effekter för individen och för arbetsplatsen. Generellt kan det konstateras att det är fördelaktigt för hälsan att vara i ett anställningsförhållande.

Arbetsförhållanden uppstår i mötet mellan organisationen och individen, inte minst de psykosociala förhållandena. Förebyggande arbete och skapandet av goda arbetsförhållanden kan inte läggas på det individspecifika planet utan måste organiseras på arbetsplatsen för de anställda i just den speciella kontexten. Det har visat sig att individuella insatser mot stress endast tycks ha kortvarig effekt. Om de däremot kombineras eller helt ersätts med organisatoriska interventioner kan de få mer långvarig och kanske bestående effekt.

I litteraturgenomgången av vad som karaktäriserar den friska arbetsplatsen är ledarskapets inverkan på den psykiska hälsan den mest frekvent undersökta faktorn. Man har funnit att bra ledarskap (rättvist, stödjande och bemyndigande [empowering]) gav positiva hälsoförändringar och ökat välbefinnande, att ökad kvalitet i ett personalorienterat ledarskap reducerade sjukskrivningarna i företaget; samt att inkluderande ledarskap ökade psykologiskt välbefinnande och arbetstillfredsställelse hos arbetstagarna. Förbättrad psykisk hälsa predicerades också av kontroll i arbetet gärna i kombination med psykologisk flexibilitet. Hög kontroll var associerat med välbefinnande och hade en buffrande effekt mot höga krav, vilket medförde att den psykologiska stressen inte ökade i sådana situationer. Stress reducerades också av att ha ökad tidskontroll så att arbetslivet inte inkräktade på privatlivet. Andra faktorer i arbetet som befanns viktiga för individens psykiska hälsa och välbefinnande var

en rimlig arbetsbelastning och balans mellan arbetsinsats och belöning, positivt socialt klimat, möjlighet till medinflytande och fortbildning, tydliga mål för organisationen, anställningstrygghet, samt bra fysisk arbetsmiljö.

#### REFERENSER

1. Kelloway K, Day A. Building Healthy Workplaces: What We Know So Far. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2005;37(4):223-35.
2. Waddell G, Burton K. *Is work good for your health and well-being?* London: Department for Work and Pensions, 2006.
3. Hjalmers K, Soderfeldt B, Axtelius B. Healthy work for female unpromoted general practice dentists. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2004;62(2):107-10.
4. Papa A, Maitoza R. The Role of Loss in the Experience of Grief: The Case of Job Loss. *Journal of Loss & Trauma*. 2013;18(2):152-69. PubMed PMID: 84139829.
5. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*. 2014 October 1, 2014;71(10):730-6.
6. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014 Rapport nr 223.
7. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014 ISBN 978-91-85413-68-3.
8. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljölagen med kommentarer. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2014.
9. Lindberg P, Vingård E. Indicators of healthy work environments – a systematic review. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. 2012;41(0):3032-8.
10. Lindberg P, Vingård E. Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer. En kunskapsöversikt. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2012.
11. Angelöw B. *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur; 2002.
12. Ahlberg G, Bergman P, Ekenvall L, Parmasund M, Stoetzer U, Waldenström M, et al. Hälsa och framtid - ett forskningsprojekt om långtidsfriska företag. Delstudie 2: Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag. [Health and Future - a research project on long-term healthy business. Part 2: clear strategies and employee involvement in healthy organisations.]: Karolinska Institutet, Uppsala universitet, Stockholms Läns Landsting; 2008. Available from: <http://www.folkhalsoguiden.se/halsaochframtid>.
13. Wagner R, Harter J. *The elements of great managing*. New York: Gallup Press; 2006.
14. WHO. WHO definition of health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference Official Records of the World Health Organization No 2. New York 1946. p. 100.
15. Keyes CLM. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(3):539-48.
16. WHO. Investing in mental health. Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva., 2003.
17. Danna K, Griffin RW. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management* 1999;25:357-84.
18. Diener E, Ryan K. National accounts of well-being for public policy. In: Donaldson SI, Csikszentmihalyi M, Nakamura J, editors. *Applied positive psychology*. New York and Hove: Routledge; 2011.
19. Schulte P, Vainio H. Well-being at work - overview and perspective. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*. 2010;36(5):422-9.
20. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999;125(2):276-302.
21. Wright TA. More than meets the eye: The role of employee well-being in organizational research. In: Linley PA, Harrington S, Garcea N, editors. *The Oxford handbook of positive psychology and work*. New York: Oxford University Press; 2013. p. 143-54.

22. Suomaa L, Yrjänheikki E, Savolainen H, Jokiluoma H. Excellence in risk assessment and well-being at work. Healthy workplaces - A European Campaign on Safe Maintenance. 2011.
23. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette EM, editor. Handbook of industrial and organizational psychology Chicago: Rand McNally; 1976. p. 1297-349.
24. Hulin CL, Judge TA. Job attitudes. In: Borman WC, Liden DR, R.J. K, editors. Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology Hoboken, NJ: Wiley; 2003. p. 255-76.
25. Bringsén Å, Andersson HI, Ejlertsson G, Troein M. Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective: Results from a focus group study among healthcare workers in Sweden. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. 2012;42(3):403-14.
26. Dickson-Swift V, Fox C, Marshall K, Welch N, Willis J. What really improves employee health and wellbeing. *International Journal of Workplace Health Management*. 2014;7(3):138-55.
27. Nilsson K, Hertting A, Petterson I-L. "It depends on us": Employee perspective of healthy working conditions during continual reorganisations in a radiology department. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. 2009;33(2):191-200.
28. Ardito C, d'Errico A, Leombruni R. Exposure to psychosocial factors at work and mental well-being in Europe. *La Medicina del lavoro*. 2014;105(2):85-99.
29. Avey J, Wernsing T, Palanski M. Exploring the Process of Ethical Leadership: The Mediating Role of Employee Voice and Psychological Ownership. *J Bus Ethics*. 2012;107(1):21-34. English.
30. Bryce J, Haworth J. Psychological Well-Being in a Sample of Male and Female Office Workers. *Journal of Applied Social Psychology*. 2003;33(3):565-85.
31. Fjell Y, Alexanderson, K., & Bildt, C. Health promoting factors in public work places. *Italian Journal of Public Health*. 2008;5(1):34-44.
32. Park R, Searcy D. Job Autonomy as a Predictor of Mental Well-Being: The Moderating Role of Quality-Competitive Environment. *J Bus Psychol*. 2012;27(3):305-16. English.
33. Arnetz B. Subjective indicators as a gauge for improving organizational well-being. An attempt to apply the cognitive activation theory to organizations. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):1022-6.
34. Arnetz B, Blomkvist V. Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations. Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(4):242-8.
35. Bond FW, Flaxman PE. The Ability of Psychological Flexibility and Job Control to Predict Learning, Job Performance, and Mental Health. *Journal of Organizational Behavior Management*. 2006;26(1-2):113-30.
36. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hammig O, Klaghofer R. Work stress, health and satisfaction of life in young doctors. Results of a longitudinal study in Switzerland. [Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2008 Nov;133(47):2441-7.
37. Dalgard OS, Sörensen T, Sandanger I, Nygård JF, Svensson E, Reas DL. Job demands, job control, and mental health in an 11-year follow-up study: Normal and reversed relationships. *Work & Stress*. 2009;23(3):284-96.
38. Lohela M, Björklund C, Vingård E, Hagberg J, Jensen I. Does a Change in Psychosocial Work Factors Lead to a Change in Employee Health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2009;51(2):195-203
39. Moen P, Kelly EL, Lam J. Healthy work revisited: Do changes in time strain predict well-being? *Journal of Occupational Health Psychology*. 2013;18(2):157-72.
40. Munir F, Burr H, Hansen JV, Rugulies R, Nielsen K. Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011;70(1):3-9.
41. Munir F, Nielsen K, Garde AH, Albertsen K, Carneiro IG. Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(4):512-21.
42. Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R, Kivimaki M. Work Characteristics and Personal Social Support as Determinants of Subjective Well-Being. *PLoS ONE*. 2013;8(11):e81115.
43. Tuomi K, Vanhala S, Nykyri E, Janhonen M. Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade. *Occupational Medicine*. 2004;54(2):115-21.
44. Ybema JF, Evers MS, van Scheppingen AR. A Longitudinal Study on the Effects of Health Policy in Organizations on Job Satisfaction, Burnout, and Sickness Absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(11):1251-7.
45. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(3):363-85.
46. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*. 2005 February 1; 2005;62(2):105-12.
47. Gregersen S, Kuhnert S, Zimmer A, Nienhaus A. [Leadership behaviour and health - current research state]. *Gesundheitswesen*. 2011;73(1):3-12. ger.
48. Kuoppala J, Lamminpää A, Husman P. Work Health Promotion, Job Well-Being, and Sickness Absences—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008a;50(11):1216-27
49. Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J, Vainio H. Leadership, Job Well-Being, and Health Effects—A Systematic Review and a Meta-Analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008b;50(8):904-15.
50. Nijp H, Beckers, DGJ., Geurts, SAE., Tucker, P., Kompier, MAJ. Systematic review on the association between employee worktime control and work-non-work balance, health and well-being, and job-related outcomes. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(4):299-313.
51. Skakon J, Nielsen K, Borg V, Guzman J. Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*. 2010;24(2):107-39.
52. Bolin M. The importance of organizational characteristics for psychosocial working conditions and health [Doctoral thesis]. Umeå: Umeå University; 2009.
53. Hasson D. Stress management interventions and predictors of long-term health [Doctoral thesis]. Uppsala: Uppsala University; 2005.
54. Aronsson G, Gustafsson K, Hakanen J. On the development of a positive work-life psychology. In: Christensen M, editor. Validation and test of central concepts in positive work and organizational psychology. The second report from the Nordic project 'Positive factors at work'. TemaNord 2009;564. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2009. p. 93-4.
55. Grawitch MJ, Gottschalk M, Munz DC. The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consulting Psychology Journal*. 2006;58(3):129-47.
56. Black C. Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population. London: 2008.
57. Wreder Å. How leadership and new technology influence the work environment - experiences taken from Swedish organizations [Doctoral thesis]. Luleå: Luleå University of Technology; 2008.
58. Södergren B. Kan en god arbetsmiljö främja energi, kompetens och innovationskraft? SOU 2009:47 God arbetsmiljö - en framgångsfaktor? SOU 2009:47. Stockholm: Arbetsmiljöpoliciska kunskapsrådet, Statens Offentliga Utredningar; 2009.
59. Bäckström I. Quality management for sustainable health: methodologies, values and practices taken from Swedish organizations [Licentiate thesis]. Luleå: Luleå University of Technology; 2006.

# 7. ÖVERSIKT AV INTERNATIONELLA ORGANISATIONER OCH NATIONELLA MYNDIGHETER

Denna del av rapporten är en internationell litteraturoversikt över psykisk ohälsa i relation till sysselsättning och sjukskrivning utifrån publikationer från myndigheter och organisationer som inte genomgått gängse vetenskaplig granskning, s.k. ”grå litteratur”.

Urvalet av litteratur är från globala och regionala organisationer såsom FN-organen ILO (International Labour Organization) och WHO (World Health Organization), OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, omfattar 34 länder), olika EU-organ, samt myndigheter i länder jämförbara med Sverige. Referenser till svenska förhållanden ges särskilt utrymme. Utgångspunkten har varit att redovisa de skrifter som har utgivits från och med 2008, då en omfattande OECD-rapport med tillhörande landrapporter publicerades. Ett mindre antal publikationer utgivna före 2008 refereras också med anledning av deras och/eller de utgivande organisationernas betydelse för uppmärksamheten av dessa frågor. Frågorna får ett påtagligt avstamp år 2000, då de globala FN-organen ILO och WHO, var för sig och tillsammans, uppmärksammar sambanden mellan mental hälsa och arbete i en rad såväl övergripande som landspecifika rapporter. För fullständiga rapporter hänvisas till respektive organs hemsida.

## Förenta Nationerna, FN

FN antog 1993 en resolution om lika rättigheter för personer med funktionshinder (1). Dess artikel 7 behandlar specifikt sysselsättning, som säger att ”staterna bör erkänna principen om att personer med funktionsnedsättning ska ha rätt att utöva sina mänskliga rättigheter särskilt på sysselsättningsområdet. Både på landsbygden och i stadsområden måste de ha lika möjligheter till en produktiv och inkomstbringande sysselsättning på arbetsmarknaden.”

Vidare nämns att ”staterna aktivt bör stödja integrationen av personer med funktionshinder på den öppna arbetsmarknaden... Staterna bör också uppmuntra arbetsgivare att göra rimliga anpassningar för att tillgodose personer med funktionshinder.”

Denna resolution är vägledande för medlemsländerna och för de specialbyråer som berörs av dessa frågor, till exempel ILO och WHO.

## International Labour Organization, ILO

ILO grundades 1919 och blev vid bildandet världens första trepartsorganisation, där regeringar och företrädare för arbetsmarknadens parter var representerade. Sverige anslöt sig redan 1920. 1946 blev ILO FN's första specialiserade byrå, med inriktning mot främjande av rättigheter i arbetslivet och anständiga arbetsvillkor, att stärka det sociala skyddet och främja partsdialogen om arbetsrelaterade frågor.

Mental hälsa har historiskt främst behandlats som en, ofta underordnad, del i det generella arbetet att främja god arbetshälsa. Begreppet nämns explicit i den övergripande konventionen om arbetssäkerhet och arbetshälsa: *C155 Occupational Safety and Health Convention* (2), från 1981. I dess tredje artikel definieras arbetshälsa på följande sätt: ”(e) the term **health**, in relation to work, indicates not merely the absence of disease or infirmity; it also includes the physical and mental elements affecting health which are directly related to safety and hygiene at work.” Konventionen ratificerades av Sverige 1982 och trädde i kraft året därpå. *C159 Convention concerning vocational rehabilitation and employment (disabled persons)* (3) från 1983 omfattar också mental hälsa och syftar till att stärka anställningsskydd och rätten till arbetsanpassad rehabilitering för personer med funktionshinder.

Konventionen ratificerades av Sverige 1984 och trädde kraft 1985. Ytterligare en konvention som explicit relaterar till mental hälsa antogs 1985, *C161 - Occupational Health Services Convention* (4), som trädde i kraft i februari 1988 (ratificerad av 31 länder, däribland Sverige i juli 1986). Dess första artikel lyder:

For the purpose of this Convention

- (a) the term occupational health services means services entrusted with essentially preventive functions and responsible for advising the employer, the workers and their representatives in the undertaking on-
- (i) the requirements for establishing and maintaining a safe and healthy working environment which will facilitate optimal physical and mental health in relation to work;
- (ii) the adaptation of work to the capabilities of workers in the light of their state of physical and mental health.

En stor satsning på kunskapsinsamling och -spridning om mental hälsa och arbete gjordes år 2000. Då presenterades den omfattande rapporten *"Mental Health in the Workplace"* (5), kompletterad med *"Mental health in the workplace: situation analysis"*, innefattande fem fördjupade länderstudier i Storbritannien, USA, Tyskland, Finland och Polen. Dessa länder representerar tre olika typer av välfärdssystem: de två förstnämnda betonar individens rättigheter och baseras på en stark anti-diskrimineringslagstiftning. Finland och Tyskland representerar en "mainstreamingtradition", medan Polen nyligen har uppmärksammat problemområdet. Rapporterna bygger på litteraturstudier och intervjuer med nyckelpersoner inom förvaltning, arbetsmarknadens parter och NGOs. Trots skillnader mellan de studerade länderna fanns en likhet i att förekomsten och kostnaden av mental ohälsa har ökat under 1900-talets sista decennium och omfattade då cirka 20% av befolkningen. Det påpekas emellertid att detta inte med nödvändighet betyder en faktisk ökning. De stigande siffrorna kan också härröra från förbättrad diagnostik och/eller attitydförändringar.

Huvudrapporten konstaterar att psykisk ohälsa är en av de tre främsta orsakerna till funktionsnedsättning, tillsammans med hjärt- och kärlsjukdomar och muskuloskeletala problem, samt att den är en av de främsta orsakerna till sjukskrivning och förtidspension i ett flertal länder, till en kostnad av 3-4% av BNP i EUs medlemsstater. De drabbade möter problem av såväl miljömässig som institutionell och attitydmässig (stigmatisering) art. Sammanfattningsvis konstateras

behovet av att en bred samordnad ansats för prevention, hälsofrämjande och rehabilitering behöver utvecklas inom ramen för arbetslivet, i synnerhet program för det sistnämnda.

#### World Health Organization, WHO

WHO konstaterar att psykiska hälsoproblem är bland de viktigaste orsakerna till sjukdom och funktionshinder i hela världen (6). Mentala hälsoproblem utgör fem av de tio globalt viktigaste orsakerna till funktionsnedsättning. De är lika vanligt förekommande i låg- som i höginkomstländer oavsett ålder, kön och sociala skikt. Effekterna av psykiska hälsoproblem får allvarliga konsekvenser på arbetsplatsen inte bara för individen utan även för produktiviteten. Medarbetarnas prestation, sjukdomsfrekvens, olyckor och personalomsättning påverkas av de anställdas psykiska hälsa.

I organisationens "Mental Action Plan for Europe 2013" (7) fastslås att det finns ett starkt samband mellan psykisk hälsa och människors materiella villkor. Fattigdom, arbetslöshet, dåliga arbetsvillkor, undermåliga bostäder och låg utbildningsnivå inverkar negativt på den generella välfärden och ökar risken för psykiska sjukdomar. Den stora andelen långtidssjukskrivna och förtidspensionerade på grund av sämre psykisk hälsa utgör en växande utmaning för många länder. Ett integrerat paket av främjande, förebyggande och behandlande insatser på arbetsplatsen föreslås som en modell för att skapa incitament för arbetsgivare att minska psykosocial och arbetsrelaterad stress, förbättra stresshantering och införa enkla program för att främja välbefinnande på arbetsplatsen.

#### OECD

OECD publicerade 2008 rapporten *"Are All Jobs Good Jobs for Your Health?"* (8). Rapporten inleder med konstateranden att mentala hälsoproblem är det näst största arbetsrelaterade hälsoproblemet efter muskuloskeletala problem inom OECD och utgör fem av de tio vanligaste orsakerna till arbetsoförmåga globalt.

Såväl sysselsättning som sysselsättningsgrad ökade inom OECD åren närmast före rapporten (d.v.s. åren närmast före finanskrisen 2008). Traditionellt produktionsarbete har minskat, medan serviceindustrin har ökat. Kvalificerade tjänstemanna- och tekniksektorer har ökat, medan mindre kvalificerade tjänstemannasektorer har minskat. Även andelen kvinnor på arbetsmarknaden har ökat. Allt detta antas förbättra hälsotillståndet. Därtill har andelen som regelbundet arbetar kvällar, nätter helger, skift och långa arbetspass

ökat. Likaså andelen som rapporterar ökad stress/ökade krav och minskad tillfredsställelse med arbetet. Dessa faktorer förutsätts försämra hälsotillståndet.

Sverige visar den största förändringen bland OECD-länder i åldersfördelning beträffande psykisk påfrestning vilket definieras som närvaron av psykiska symtom som inte når gränsen för diagnos mellan 1970 och 2000. 1970 var detta vanligast hos äldre personer (55-64 år) medan det år 2000 var vanligast hos de yngre (15-24 år). Sverige intar plats tre, efter Grekland och Luxemburg, för de länder som rapporterat högst ökning av andelen anställda med multipla psykiska besvär 1995-2005.

I alla OECD-länder är andelen med psykiska besvär högst bland personer med dåliga arbetsvillkor/dålig arbetsmiljö. Förlust av arbete eller inaktivitet på grund av sjukdom påverkar den mentala hälsan mer negativt än någon annan livshändelse, i synnerhet för män. Även övergång från "standard job" till "non-standard job" försämrar den mentala hälsan. Återgång i arbete förbättrar däremot inte den mentala hälsan i lika hög grad.

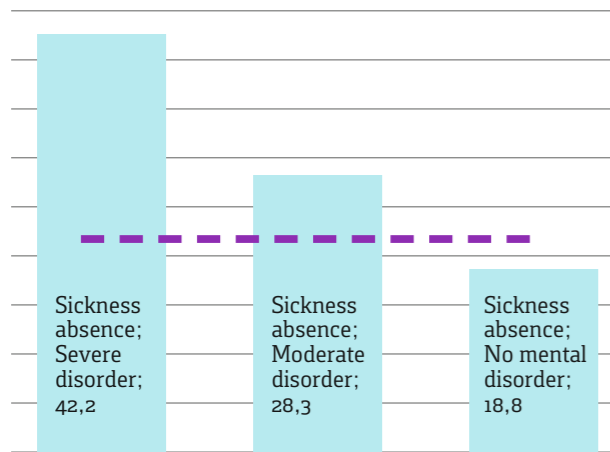
2011 utgavs skriften *"Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work"* från OECD (9). Som titeln antyder syftar denna skrift till att klarlägga tillstånd och samband mellan mental hälsa och arbete och denna ansats avser en generell beskrivning av förhållandena inom OECD. Rapportens *raison d'être* är den accentuerade uppmärksamhet som OECD-staternas regeringar under 2000-talets första decennium givit den mentala hälsans betydelse för arbetsliv och produktivitet. Det framstår allt tydligare att den mentala ohälsan orsakar en betydande belastning för de nationella ekonomierna i såväl direkta värdkostnader som indirekta kostnader genom produktionsbortfall i den storleksordning som angivits i ILO-rapporten ovan, d.v.s. 3-4% av BNP. För att öka kunskapen om området psykisk hälsa och arbete deltog åtta europeiska länder i projektet: Sverige, Norge, Danmark, Belgien, Holland, Schweiz, Österrike och Storbritannien. Därtill medverkade Australien och USA.

Rapporten bygger på ländernas befolkningsundersökningar mellan 1994 och 2008, (för Sveriges del: Undersökning om svenska levnadsförhållanden, ULF, 1994/95, 1999/2000, 2005/05) Eurobarometer 2005 och 2010, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE, 2004-2009) och European Working Conditions Survey (EWCS, 2010). Därigenom uppnås en bredd i underlaget. En komplikation är

emellertid att det är svårt att väga samman resultaten av till exempel uppskattad mental hälsa och än svårare att jämföra mellan länder, då länderna och organisationerna använder olika frågeformulär och tolkningsinstrument vid sina undersökningar och därtill har olika villkor inom sina socialförsäkringssystem.

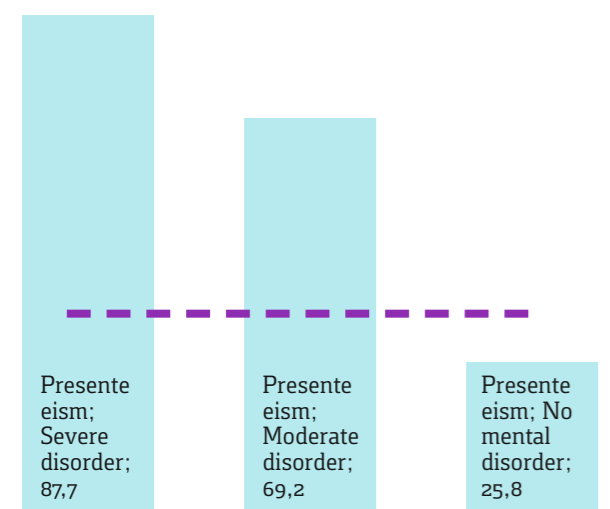
Förekomsten av mental ohälsa är betydande, men uppges inte ha ökat sedan 2000, trots att antalet sjukdagar, sjukbesök och medicinering har stigit. Förklaringen till detta motstridiga påstående anses vara att stigmatisering och diskriminering på denna grund har minskat i kombination med att den allmänna medvetenheten om problemen har ökat. Trots, eller tack vare denna positiva utveckling, har paradoxalt nog exkluderingen från arbetsmarknaden på grund av psykisk ohälsa ökat. Genom synliggörandet av problemen har bedömningen av de psykiskt sjukas arbetsförmåga kommit i fokus och skärpts, samtidigt som prestationskraven på arbetsmarknaden ökat, vilket lett till att allt fler fått svårigheter att behålla eller återgå till sitt arbete. Ytterligare allvarliga orsaker till den ökade exkluderingen från arbetsmarknaden hävdas vara att de system som ska stödja dessa personer inte fungerar på ett adekvat sätt, samt att det saknas verksamma incitament att söka eller återgå till arbete. Detta innebär också att den mentala ohälsan har ökat belastningen på socialförsäkrings- och arbetslöshetsersättningssystemen.

Rapporten framhäver att mental ohälsa ofta debuterar tidigt i livet, i 50% av fallen redan under barndom och ungdom, men uppmärksammas senare. Merparten av personer med psykiska besvär, cirka 75%, lider av lättare psykiska störningar (common mental disorders, CMD) och merparten av dem finns i den aktiva arbetskraften, även om de har betydligt högre arbetslöshetstal än personer utan dessa störningar. Beräkningar visar att sysselsättningsgraden för dem med CMD ligger mellan 60-70%. Motsvarande siffra för gruppen med svårare psykiska störningar (severe mental disorders, SMD) anges till 45-55%. Båda kategorierna är även oftare och längre sjukskrivna än personer utan psykiska besvär, men det är också vanligt att dessa personer är sjuknärvarande på arbetet, med uppenbar risk att underprestera jämfört med deras förmåga då de är besvärsfria. Sjuknärvaron har ökat inom hela OECD-området, inom alla yrkeskategorier och mer bland anställda med psykiska problem än bland dem utan. Deras arbetsinkomster ligger också lägre än genomsnittet, 10% lägre för personer med CMD och 20-40% för dem med SMD. Risken för fattigdom är således större för dessa grupper.



Figur 1. Sjukfrånvaro

Andel personer i procent i de undersökta länderna, som varit frånvarande från arbetet under de senaste fyra veckorna (förutom helgdagar) bland de mer svåra psykiska störningar (severe disorder), lättare psykiska störningar (moderate disorder) och utan psykiska störningar (no mental disorder).



Figur 2. Sjuknärvaro

Andel arbetstagare i de undersökta länderna i procent, som inte varit frånvarande under de senaste fyra veckorna, men som åstadkommit mindre än de skulle vilja på grund av psykiska problem bland de mer svåra psykiska störningar (severe disorder), lättare psykiska störningar (moderate disorder) och utan psykiska störningar (no mental disorder).

Trots att gruppen med CMD i många avseenden har mindre problem än den med SMD rekommenderar rapporten att den, till skillnad från förhållandet idag, bör vara den främsta målgruppen för policies och

åtgärder, eftersom det stora antalet i denna grupp betyder att de samhälleliga kostnaderna för socialförsäkring, arbetslöshet och produktionsbortfall sammanlagt är betydligt större än för dem med SMD. Ytterligare argument för denna rekommendation är att CMD ofta utvecklas till allvarigare tillstånd över tid och att personer med CMD oftare är relativt välinTEGRERADE i arbetslivet och därmed har större möjligheter att behålla eller snabbt återgå till sitt arbete.

Rapporten postulerar att arbete främjar den mentala hälsan. Det ger en social position, tryggad inkomst, tidsstruktur, identitet och självkänsla. Givetvis har arbetets kvalitet och matchningen med den enskildes kvalifikationer och kompetens en stor betydelse för dessa hälsofrämjande effekters genomslag.

Det finns också en korrelation mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa, då arbetslösa uppvisar nästan dubbelt så hög andel med psykisk ohälsa jämfört med anställda, men kausalitetens riktning är inte klarlagd. Blir man arbetslös på grund av mental ohälsa, eller får man mentala problem p.g.a. arbetslöshet? Data från bland annat Sverige visar också ett samband mellan tid i arbetslöshet och mental ohälsa. Ju längre arbetslöshet, desto sämre hälsa, i synnerhet för personer med SMD. Det har även visats att ohälsan ökar för dem som går från arbete till arbetslöshet och minskar för dem som går motsatt väg. Detta gäller i synnerhet för män. Det har också visats att fruktan för att förlora sitt jobb har mer hälsovådlig mental inverkan än att de facto förlora arbetet. Detta innebär givetvis att personer med osäkra anställningsvillkor är en särskilt sårbar grupp, en grupp som har ökat avsevärt i storlek under senare år i många länder. Denna utveckling har främst drabbat kvinnor. 2005 hade 21% av kvinnorna inom OECD-området tidsbegränsade anställningskontrakt. 2010 var denna siffra 40%.

Mot denna bakgrund rekommenderar OECD följande övergripande policyförändringar för att främja inklusion i arbetslivet:

- Större uppmärksamhet måste ägnas CMD och gränssfall för CMD.
- Förebyggande av och åtgärder mot psykiska störningar på arbetsplatsen.
- Förebyggande av och åtgärder mot psykiska störningar riktat mot arbetslösa.
- Fokus på förebyggande åtgärder, istället för på reaktiva insatser.
- Översyn av sjukersättningspraxis i syfte att bättre kunna identifiera grad av funktionsnedsättning och arbetsförmåga.

- Förbättrad samordning mellan alla inblandade parter under alla skeden av arbetslivet. I synnerhet bör hälsovården integreras starkare i de samlade ansatserna att stödja personer med mental ohälsa, då den oftast agerar frikopplad från övriga parter och sällan har inriktning mot anställning/återanställning.
- Alla länder måste öka kunskapsmängden om mental ohälsa i allmänhet och om sambanden mellan mental ohälsa och arbete i synnerhet.

Två faktorer lyfts fram som särskilt betydelsefulla: att ingripa i rätt tid, d.v.s. på ett tidigt stadium, och att samordna insatserna på ett bättre sätt. Det senare avser arbetsgivare, arbetsförmedling, utbildningsinstitutioner, berörda myndigheter, hälsovård och den enskilde.

### Mental Health and Work, Sweden OECD 2013

Sveriges regering beställde en fördjupad landrapport som komplettering till den övergripande rapporten "Sick on the Job". Rapporten "Mental Health and Work: Sweden" (10) som publicerades 2013, har framför allt ett ekonomiskt perspektiv. Den belyser och ger rekommendationer inom främst politiskt administrativa och institutionellt organisatoriska områden. Den konstaterar att mental ohälsa är ett ökande problem, som leder till stora kostnader för såväl den drabbade som arbetsgivare och ekonomin i stort. Synbara konsekvenser är lägre sysselsättningsgrad, ökad arbetslöshet och produktionsbortfall. Var femte i den aktiva arbetskraften uppger problem med ångest, oro, depression eller sömnstörningar. Generellt drabbas personer med psykiska problem av längre sjukskrivningsperioder än andra och arbetslösa löper betydligt större risk än andra att hamna i långvarigt socialförsäkringsberoende. Sammantaget ligger Sverige över EU-snittet för såväl långtidssjukskrivning som förtidspension till följd av mental ohälsa.

De ekonomiska kostnaderna för mental ohälsa i Sverige uppskattas av OECD till drygt 70 miljarder kronor om året (2-3% av BNP). Hälften av denna kostnad kan hänföras till produktionsbortfall, den andra hälften till utgifter för vård och omsorg. Trots att Sverige har vidtagit ett antal åtgärder för att motverka denna ohälsa och dess konsekvenser återstår en rad strukturella problem, såsom otillräckliga resurser och bristande medvetande och verktyg för att identifiera mental ohälsa. Det krävs dessutom en mer genomgripande samordning mellan politikområden och institutioner inom utbildnings-, hälso-, socialförsäkrings- och sysselsättningssektorerna, inklusive de enskilda arbetsplatserna.

Unga människor är särskilt utsatta, vilket kräver instrument och resurser för att fånga upp detta tidigt. 60% av alla ansökningar om aktivitets- och sjukersättning åberopar psykisk ohälsa och mer än 2/3 av nya ansökningar om aktivitetsersättning från 15-24-åringar faller inom samma kategori.

De senaste årens stora reformer av sjukförsäkringen har enligt OECD minskat vuxnas sjukfrånvaro, men man konstaterar att utmaningar återstår, framför allt att hjälpa människor med psykiska problem in i eller tillbaka till arbetslivet. Detta illustreras av att sysselsättningsgraden för personer med psykiska problem ökade mycket lite mellan 1994 och 2009, medan gapet i sysselsättningsgrad till dem utan sådana problem ökade från 12 till 16 procentenheter. Rapporten betonar att arbetsmiljölagen i kombination med Arbetsmiljöverkets rekommendationer har stor potential, men det påpekas också att små företag (98 % av alla företag, 35 % av arbetskraften) har begränsade möjligheter och kunskaper att följa rekommendationerna. Även företagshälsovården skulle kunna vara en resurs för stöd till personer med mental ohälsa, men förutsättningarna att utvärdera deras nuvarande roll är begränsade. 75% av arbetskraften täcks av företagshälsovård, men det stöd som erbjuds är varierande och beroende av den enskilda arbetsgivarens upphandling. Svensk företagshälsovård uppvisar i jämförelse med övriga OECD en bred palett av åtgärder för psykosociala risker och nyttjar mest psykologstöd av dem alla. Å andra sidan uppmärksammas mental hälsa oproportionerligt lite i relation till förekomst, då den största andelen interventioner berör den fysiska arbetsmiljön.

Det hävdas vidare att de senaste årens politiska reformer har minskat arbetsgivarnas incitament att stödja och behålla arbetskraft med hälsoproblem. Ansvaret har förskjutits från arbetsgivaren till den anställde. Sammantaget kännetecknas den nuvarande svenska situationen av ett starkt rättsligt ramverk beträffande arbetslöshets- och socialförsäkringar i kombination med en avsaknad av kraftfulla ekonomiska incitament för att anpassa arbete och arbetsplatser. Arbetsgivarnas minskade ekonomiska ansvar i kombination med bristande uppföljning av deras skyldigheter till åtgärder befaras kunna leda till minskade ansträngningar att behålla arbetskraften. Rapporten berömmar emellertid den kraftiga minskningen av långtidssjukskrivningar, aktivitets- och sjukersättning, där den viktigaste förändring varit införandet av den så kallade "rehabiliteringskedjan", med fasta kontaktmöten för arbetsförmågebedömning. Från toppnoteringar 2004 till 2011 sjönk långtidssjukskrivningar ( $\geq 365$  dagar) med 84 % och antalet beviljade aktivitetsstöd och sjuker-

sättningar med 80%. De viktigaste faktorerna för det senare är att möjligheten till temporär sjuksättning har tagits bort samt att arbetsgivarkostnaderna vid anställning av tidigare långtidssjukskrivna och personer med sjuksättning har reducerats. Rehabiliteringskedjan har dock visat sig ha svagare effekt för dem med psykiska problem i allmänhet och för dem som inte har ett arbete att återgå till i synnerhet

I likhet med rapporten *Sick on the Job?* betonar den svenska landrapporten den bristande samordningen och samverkan mellan viktiga instanser för hanterandet av mentala ohälsoproblem. Några grundläggande problem härstammar från att de flesta vård sökande träffar generalister inom hälsovården som har för lite kunskap om mental ohälsa. Många får inte adekvat behandling och den behandling som ges inbegriper sällan åtgärder för tillgång till eller återinträde på arbetsmarknaden. Det senare kan delvis hänföras till ett uppdelat ansvar för hälso- och sjukvård och arbetsmarknadsrelaterade åtgärder mellan landsting och kommun.

Mot denna bakgrund rekommenderar OECD Sverige att bland annat:

- Förstärka resurserna inom skolhälsovården för att identifiera och stödja elever med psykiska problem på ett tidigt stadium.
- Erbjuder lämpligt stöd till avhoppade elever och andra utanför utbildnings- och arbetsmarknadssystemen (NEET) med psykiska problem för att främja deras möjligheter till högre studier och anställning.
- Reformera sjukskrivningssystemet för dem i åldrarna 19-29 år med psykiska problem till ett större fokus på aktiva åtgärder för att förhindra tidig avgång från arbetslivet.
- Införa systematisk uppföljning av psykosociala hälsorisker på arbetsplatserna i syfte att erbjuda tidigt stöd.
- Öka medvetenheten bland främst mellanchefer om mindre och måttligt svåra psykiska störningar.
- Öka företagshälsovårdens roll i stödet till personer med psykiska problem, bland annat genom tydliga föreskrifter om att uppmärksamma mental hälsa och förekomst av sjukskrivning.
- Erbjuder utökat stöd till småföretagare att behålla anställda med psykiska problem och därigenom motverka att de blir sjukskrivna, samt stöd till återgång i arbete för sjuka medarbetare.
- Utöka arbetsgivarnas skyldigheter att bevaka sjukskrivning och erbjuda adekvat rehabilitering för sjukskrivna.

- Säkerställa att adekvat anställnings- och hälso service ges till sjukförsäkrade med psykiska problem på ett tidigt stadium för att underlätta en snabb återgång till arbete.
- Införa obligatoriska möten med arbetsförmedlingen under de första sex månadernas sjukskrivning.
- Införa undersökningsmetoder för att uppfånga mental ohälsa för Arbetsförmedlingens personal.
- Förstärka de aktiva arbetsmarknadsåtgärderna genom att kombinera jobbsökarprogram för dem i riskzonen för långtidarbetslöshet med psykologiskt stöd för milda till måttliga psykiska störningar.
- Rikta jobbcoachprogrammen explicit mot personer med mentala hälsoproblem.
- Erbjuder aktiva arbetsmarknadsåtgärder betydligt tidigare under sjukskrivning.
- Stärka primärvårdens förmåga att identifiera och behandla personer med mental ohälsa, bland annat genom obligatorisk utbildning av läkare i kognitiv beteendeterapi (KBT), samt genom att öka antalet psykoterapeuter och psykiatriker.
- Utveckla anställningsorienterad psykisk vård och experimentera med modeller för att integrera hälso- och anställningsservice.
- Främja och sprida evidensbaserad behandling syftande till återgång i arbete.

#### Europeiska unionen och europeiska organisationer

Det finns ett antal direktiv och en mängd initiativ och information inom EU rörande psykisk hälsa. Av naturliga skäl är bara en liten del av detta relaterat till arbete. Bland de viktigaste dokumenten inom området är:

- Lissabonstrategin: EUs mål för ekonomisk tillväxt och konkurrenskraft, inklusive målet att uppnå full sysselsättning och större social inklusion.
- Gemenskapsstrategin för hälsa och säkerhet på arbetsplatsen (2007-2012)
- Kommissionens vitbok "Tillsammans för hälsa" (2008-2013)
- Ramavtalet om arbetsrelaterad stress
- Ramavtal om trakasserier och våld i arbetet
- Fördrag om mental hälsa

Det mesta av denna information är samlat i *Mental Health Compass. Database of Policies and Good Practices* (11), där det finns en särskild rubrik för arbete och mental hälsa, med underrubrikerna: "Monitoring and risk assessment, Promotion: building the mentally healthy workplace, Prevention of mental problems, Supporting employees with mental disorders and (re)integration into the workplace and Other".

Den Europeiska unionens högnivåkonferens "Tillsammans för psykisk hälsa och välbefinnande" antog i juni 2008 ett "Europeiskt fördrag för psykisk hälsa och välbefinnande" (12). Fördraget lyfter fram fem prioriterade områden. "Psykisk hälsa i arbetsmiljöer" är ett av dem. Politiskt ansvariga, arbetsmarknadens parter och ytterligare intressenter uppmanas vidta åtgärder för psykisk hälsa på arbetsplatsen, bland annat följande:

- Förbättring av arbetsorganisation, organisatoriska kulturer och ledarskapspraxis för att främja psykiskt välbefinnande på arbetet, däribland möjligheten att förena arbete och familjeliv;
- Införandet av program för psykisk hälsa och välbefinnande med riskbedömning och program för förebyggande av situationer som kan ha skadliga effekter på personalens mentala hälsa (stress, kränkande behandling såsom våld eller trakasserier på arbetsplatsen, alkohol, droger) och system för tidig intervention på arbetsplatser;
- Vidta åtgärder för att stödja rekrytering, behållande av eller rehabilitering och återgång till arbete för personer med psykiska problem eller störningar.

Konferensen uppmanade Europeiska kommissionen att lägga fram ett förslag till en rådsrekommendation om psykisk hälsa och välbefinnande under 2009, vilket resulterade i att Europaparlamentet detta år antog en resolution om psykisk hälsa i 50 punkter (13). Åtta av dessa adresserar psykisk hälsa på arbetsplatsen. Då resolutionen är vägledande för medlemsstaterna återges dessa punkter i sin helhet nedan:

#### Europaparlamentet

31. anser att arbetsplatsen spelar en central roll i den sociala integrationen av personer med psykiska problem och kräver att stöd ges för att dessa personer ska kunna anställas, stanna kvar i arbete, rehabiliteras och återintegreras, med fokus på integrationen av utsatta grupper, inbegripet etniska minoriteter.
32. uppmanar medlemsstaterna att främja studier kring arbetsförhållanden som kan bidra till uppkomsten av psykiska störningar, särskilt bland kvinnor.

33. uppmanar medlemsstaterna att främja och genomföra specifika yrkesutbildningskurser för personer med psykiska hälsoproblem, med beaktande av dessa personers förmåga och potential i syfte att underlätta deras inträde på arbetsmarknaden, och att utveckla program för återintegrering i arbetslivet. Parlamentet betonar även behovet av passande utbildning av arbetsgivare och deras anställda för att hantera de särskilda behoven hos personer med psykiska hälsoproblem.
34. uppmanar arbetsgivarna att främja ett sunt arbetsklimat genom att bemöda sig om att minska den arbetsrelaterade stressen, ta reda på orsakerna till att psykisk ohälsa yttrar sig på arbetsplatsen och hantera denna.
35. uppmanar kommissionen att kräva av företag och offentliga organ att de ska offentliggöra en årlig rapport om sin strategi och sitt arbete för sina arbetstagares psykiska hälsa, utifrån samma grunder som de rapporterar om den fysiska arbetsmiljön och arbets säkerheten.
36. Europaparlamentet uppmanar arbetsgivarna att som ett led i sina arbetsmiljöstrategier införa program för de anställdas emotionella och psykiska hälsa och att tillhandahålla stödalternativ som är konfidentiella och icke-stigmatiserande och införa antimobbingsstrategier. Parlamentet uppmanar kommissionen att offentliggöra sådana program på Internet för att sprida positiva exempel.
37. uppmanar medlemsstaterna att se till att personer som har rätt till sjukpenning eller handikappersättning på grund av psykiska problem inte berövas rätten till arbete och inte blir av med sina sjuk- eller handikappförmåner så snart de får en ny anställning.
38. efterlyser ett fullständigt och ändamålsenligt genomförande från medlemsstaternas sida av rådets direktiv 2000/78/EG av den 27 november 2000 om inrättande av en allmän ram för likabehandling

#### Den europeiska arbetsmiljöbyrån EU-OSHA

Stress och psykosociala risker på arbetsplatsen har en framträdande position i EU-OSHAs kampanj för hälsosamma arbetsplatser 2014-2015. Skälet är att byrån anser att dessa aspekter av arbetshälsan är några av de mest ignorerade inom arbetarskyddet. Stress är det näst vanligast rapporterade arbetsrelaterade hälsoproblemet i Europa och tillsammans med andra psykosociala risker uppskattas den orsaka mer än hälften

av alla förlorade arbetsdagar inom EU. Byrån ser flera orsaker till denna situation: från stigma kring psykisk hälsa, till känslighet och missförstånd kring psykosociala risker, brist på teknisk kompetens och en oförmåga hos såväl arbetsgivare som anställda att hantera denna fråga. Denna kampanj att bemöta dessa frågor bedrivs till november 2015 och bygger på tidigare erfarenheter och publicerat material om mental ohälsa inom unionen (14, 15, 16).

### European Observatory on Health Systems and Policies

Observatoriet är ett partnerskap bestående av åtta länders regeringar (däribland Sverige, Norge och Finland), internationella organisationer (bland andra EU och WHO) och universitet, vars syfte är att stödja och främja evidensbaserad hälsopolitik genom omfattande och noggrann analys av sjukvårdssystemen i Europa. Observatoriet delar i stort den bakgrundsbeskrivning om den arbetsrelaterade psykiska ohälsans utbredning och konsekvenser som relaterats ovan från andra organisationer, men är i väsentliga stycken mer kritisk beträffande nationell policyimplementering och de åtgärder som vidtas. Observatoriet menar att psykisk ohälsa, trots att den fått en allt större uppmärksamhet, fortfarande är ett av de mest försummade folkhälso- problem, bland annat beroende på att det finns lite politisk drivkraft för reformer (17).

### Nationella publikationer och landrapporter

#### Norge

OECD har mycket gott att säga om de ansatser Norge har gjort för att förhindra och bemöta mentala ohälsoproblem, men är än kraftigare i sin kritik av den bristande implementeringen av just denna politik. Landrapporten fastslår att Norge kombinerar en unik blandning av en god ekonomi, en gynnsam arbetskraftssituation och mycket stora investeringar i utbildning och hälsa med en utbredd uteslutning av personer med hälsoproblem från arbetsmarknaden. En femtedel av befolkningen erhåller någon form av finansiellt stöd på grund av mentala hälsoproblem och utgifterna för detta uppgår till närmare 6 % av BNP (motsvarar 40 % av landets gas- och oljeintäkter), den absolut högsta nivån i OECD. Var femte i arbetskraften lider av psykiska problem. Bland arbetslösa är andelen 50% (18).

#### Danmark

De danska kostnaderna för mental ohälsa beräknas ligga på samma nivå som de svenska, d.v.s. drygt tre procent av BNP (cirka 55 miljarder DKR). Personer med psykiska problem är mer sjukskrivna och rappor-

terar prestandaproblem på jobbet, d.v.s. är sjuknärvarande, långt oftare än besvärsfria personer. Danmark speglar i detta avseende mönstret i andra OECD-länder. Sjuknärvaron uppgår till 70% för dem med en svår psykisk störning och till 90 % för dem med måttliga problem, jämfört med 30 % för dem utan en psykisk störning. Politiska beslutsfattare och intressenter med ansvar för social-, hälso-, utbildnings- och arbetsmarknadspolitik i Danmark inser behovet av åtgärder för de utmaningar som psykisk ohälsa ställer. Ett uttryck för detta är ett starkt fokus på psykisk hälsa i delar av de nuvarande reformplanerna (19).

#### Finland

Finland tillhörde de medverkande länderna i den ovan nämnda ILO-studien *Mental Health in the Workplace* (2000) och i samband med huvudstudien publicerades också en Situation Analysis av tillståndet i landet (20). I den rapporten fastslås att var femte vuxen finländare lider av någon form av psykiska besvär och att förtidspensionering av dessa orsaker stigit sedan 1970-talet till att år 2000 vara den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning. Rapporten hävdar även att medvetenheten om problemets omfattning och dess konsekvenser för produktiviteten har ökat bland såväl företagshälsovård som vårdgivare och arbetsgivare, som nu har en handlingsberedskap för att bemöta dessa problem i arbetslivet.

En översikt av den arbetsrelaterade mentala hälsan visar att stressrelaterade besvär är vanliga bland de anställda, då över 50 % av arbetskraften uppger någon form av sådana symtom. Cirka 25 % av finländarna känner sig extremt trötta på grund av arbete och omkring 7 % av de anställda påverkas så allvarligt att de drabbas av utmattning, cynism och minskad effektivitet i arbetet. Denna rapport grundar sig emellertid på över 15 år gamla data och det finns skäl att befara förändringar till det sämre, eftersom Finland drabbades hårt av finanskrisen 2008, med bland annat stegrad arbetslöshet som följd.

### SAMMANFATTNING

Sammantaget visar genomgången av den internationella grå litteraturen att det finns en riklig och relativt samstämmig dokumentation om sambanden mellan mental hälsa och arbete, samt en hel del rekommendationer, handlingsprogram och projekt för åtgärder syftande till främjande och förebyggande insatser och återgång i arbete. Det har emellertid visat sig svårt att hitta utvärderingar om hur implementering av dessa insatser utfallit.

Det kan också noteras att den svenska närvaron i den-

na litteratur är blygsam. Exempel på detta är att Sverige inte är en aktiv partner i merparten av de relevanta EU-projekt som bedrivits under budgetperioden 2008-2013, som t.ex. EuroPopp (European profile of prevention and promotion of mental health)(21), eller MentHealthWork (Promoting Good Practice for Mental Health at the Workplace)(22). Ett undantag är projektet "Mental health and well-being" (23), där Folkhälsoinstitutet ingår.

Därtill saknar Sverige representation i betydande organisationer och nätverk som syftar till att initiera forskning och sprida dess resultat, t.ex. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Eurofound, där Sverige förvisso ingår i den trepartssammansatta styrelsen, men inte sedan nedläggningen av Arbetslivsinstitutet 2007 haft någon nationell kontaktpunkt. Detsamma gäller i det EU-finansierade nätverket ENWHP, European Network for Workplace Promotion (även där var Arbetslivsinstitutet nationell representant till 2007).

### REFERENSER

1. *United Nations, The standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities*. Adopted at the 48th Session, 20 Dec. 1993 (Resolution 48/96).  
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissreoo.htm>
2. C155 - Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No. 155), ILO, Geneve, 1981  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100\\_ILO\\_CODE:C155](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C155)
3. C159 Convention concerning vocational rehabilitation and employment (disabled persons) ILO, Geneve, 1983  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312304:NO](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312304:NO)
4. C161 - Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161), ILO, Geneve, 1985  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312306](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312306)
5. Mental health in the workplace: introduction: executive summary, Geneve, 2000  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/---ifp\\_skills/documents/publication/wcms\\_108221.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_108221.pdf)

6. WHO, "Mental health"  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>
7. The European Mental Health Action Plan 2013-2020, WHO Europe, Köpenhamn 2013  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/194107/63wdire\\_MentalHealth-3.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wdire_MentalHealth-3.pdf?ua=1)
8. Are All Jobs Good for Your Health? The Impact of Work Status and Working Conditions on Mental Health, in OECD, *Employment Outlook 2008*, OECD Publishing 2008  
[http://dx.doi.org/10.1787/empl\\_outlook-2008-6-en](http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2008-6-en),
9. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, 2011  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>
10. Mental Health and Work:Sweden, OECD Publishing, Paris, 2013  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>
11. Mental Health Compass. Database of Policies and Good Practices.  
[https://webgate.ec.europa.eu/sanco\\_mental\\_health/public/form/list.html?categoryId=20](https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/public/form/list.html?categoryId=20)
12. Europeiskt fördrag för psykisk hälsa och välbefinnande (The Mental Health Pact), Europeiska unionens högnivåkonferens: Tillsammans för psykisk hälsa och välbefinnande, Bryssel, 12-13 juni, 2008.  
[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_sv.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sv.pdf)
13. Europaparlamentets resolution av den 19 februari 2009 om psykisk hälsa (2008/2209(INI))  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//SV>
14. Mental health promotion in the workplace – A good practice report, Julia Flintrop (ed.), EU-OSHA, Bilbao, 2011  
[https://osha.europa.eu/en/publications/reports/mental-health-promotion-workplace\\_TEWE11004ENN](https://osha.europa.eu/en/publications/reports/mental-health-promotion-workplace_TEWE11004ENN)

15. Facts 102, Främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen – En sammanfattning av en rapport om goda exempel, EU-OSHA, Bilbao, 2012  
<https://osha.europa.eu/sv/publications/factsheets/102>
16. Ökad förståelse av arbetsmiljöstyrning, psykosociala risker och arbetstagarnas medverkan genom Esener. En sammanfattning av fyra rapporter om sekundära analyser, EU-Osha, Bilbao, 2012  
<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener-summary/view>
17. European Observatory on health Systems and Policies  
David Mc Daid, Mental health. I Key issues in the development of policy and practice across Europe, WHO, Bryssel, 2005  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/108866/E85485.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/108866/E85485.pdf?ua=1)
18. Mental Health and Work:Norway, OECD Publishing, Paris, 2013  
<http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work-norway.htm>
19. Mental Health and Work:Denmark, OECD Publishing, Paris, 2013  
<http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11853/mental-health-and-work-denmark-jpj.pdf>
20. Mental Health in the Workplace: situation analysis : Finland, Marjo-Riitta Liimatainen, ILO, Geneve, 2000  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/---ifp\\_skills/documents/publication/wcms\\_108222.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_108222.pdf)
21. EuroPopp-MH, Institute of Mental Health, Nottingham, 2013  
[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/europopp\\_full\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf)
22. Promoting Good Practice for Mental Health at the Workplace (MentHealthWork), ENWHP  
[www.enwhp.org/](http://www.enwhp.org/)
23. Mental health and well-being (MH-WB)  
[www.mentalhealthandwellbeing.eu/](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/)

## 8. KUNSKAPSLUCKOR OCH FRAMTIDA FORSKNINGSBEHOV

Denna kunskapsöversikt visar att forskningen inom området arbetsliv, psykisk ohälsa samt sjukskrivning är sparsam trots att detta är ett samhällsproblem, som berör många individer och arbetsplatser.

1. Antalet personer sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos har ökat marginellt medan sjukskrivning för andra diagnoser har minskat. Andelen av de sjukskrivna med psykiatrisk diagnos har därmed ökat. Orsakerna till denna förskjutning är oklar och här skulle betydligt mer forskning behövas. Om detta verkligen speglar sjukdomspanoramata och dess förändring i befolkningen eller är ett resultat av ändrade sjukskrivningsregler och ett mer samordnat medicinskt beslutsstöd för läkare och försäkringskassa, förändrade arbetsvillkor eller något annat är oklart. Här finns ett omfattande forskningsfält för att öka förståelsen dynamiken mellan arbete och sjukskrivning (och annan sjukfrånvaro) bland personer med mental ohälsa och sjukfrånvarons hälsokonsekvenser.
2. Den forskning som bedrivs är ofta framsprungen ur en enda forskningstradition och inom ett speciellt fält. Medicin, ekonomi, beteende- och samhällsvetenskap studerar ofta samma företeelse var för sig. Ett multivetenskapligt upplägg på studierna är svårt att få ihop men skulle radikalt kunna ändra kunskapsmängden och förståelsen inom detta komplexa fält.
3. Som framgår av de analyser som finns är sjukskrivning sannolikt ett mycket osäkert mått på omfattningen av den psykiska ohälsan. En angelägen uppgift är därför att ta reda på storleken på den grupp som har en ohälsa som kunde motivera sjukskrivning men som inte utnyttjar sjukförsäkringssystemet och

anledningarna till detta. Förhållandet mellan psykisk ohälsa, sjukskrivning från ett arbete, arbetslöshet och ersättning från försörjningsstöd bör undersökas.

4. Många med en psykisk sjukdom arbetar. Diskrepansen är stor mellan dem som anger psykiska symtom i olika folkhälsoundersökningar, de som får en psykiatrisk diagnos och sedan blir sjukskrivna under denna diagnos. Ett viktigt forskningsområde är att studera vem som kan arbeta med en psykisk ohälsa, var man kan arbeta, med vad man kan arbeta, hur man kan arbeta och varför man arbetar trots besvären. Hur ser den gynnsamma arbetsmiljön ut för personer som under kortare eller längre tid har psykiska symtom och även en diagnostiserad psykisk sjukdom?
5. Att bedöma funktionsförmåga och arbetsförmåga är svårt för både den drabbade individen, hälso- och sjukvården och försäkringssystemen. En metodutveckling av bedömningsinstrument vid psykisk ohälsa skulle vara av stort värde.
6. Många olika instanser i samhället är inblandade vid en långvarig psykisk sjukdom som innefattar sjukskrivning. Dessa olika instanser som hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och arbetsplatsen, företagshälsovården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen m.fl. är ofta bristfälligt samordnade. Utarbetandet av hållbara och lättillgängliga strukturer är ett utvecklingsfält som troligen skulle kunna ge vinster i snabbare arbetsåtergång.
7. Det framgår tydligt av denna och andra kunskapsöversikter att arbetsmiljön har ett starkt samband med psykisk ohälsa. Det finns också



# BILAGA TABELLMATERIAL

- indikationer på hur en god arbetsmiljö ser ut, som inte producerar sjukskrivna medarbetare. Det förebyggande arbetet är viktigt men metoder och utvärdering för ett sådant arbete bör förfinas och evidensbaseras genom ytterligare forskning.
8. Arbetsledningen och cheferns roll tycks från tillgänglig litteratur ha stor betydelse för hälsoklimatet på en arbetsplats. Hur chefer ska agera för att både få friska medarbetare och en god produktion och vilka stödstrukturer som krävs för ett sådant gynnsamt arbete bör studeras mer.
  9. Hälso- och sjukvårdens primära uppgift är att med bästa evidens ta hand om sjuka personer. Målet för hälso- och sjukvården uppfattas främst som att ge bot eller lindring av en sjukdom eller symtom. Att främja arbetsåtergång uppfattas inte primärt som en uppgift för hälso- och sjukvården. Här skulle förmodligen mycket kunna vinnas om aktuell behandlare på ett tidigt stadium diskuterade arbetsåtergång och arbetets krav i förhållande till aktuell funktionsförmåga. Att diskutera livsstilsfrågor är nu vedertaget inom hälso- och sjukvården och ger t.o.m. extra ersättning. Det vore angeläget att utvärdera om tid för en mer ingående diskussion mellan sjukskrivande läkare och patienter med psykisk ohälsa om arbetet och vad som kan förbättra möjligheten till arbetsåtergång redan vid första sjukskrivningstillfället kan leda till snabbare återgång i arbete och tillfrisknande.
  10. Forskningen om vad som främjar återgång i arbete efter en sjukskrivning för en psykisk sjukdom är sparsam och några säkra slutsatser om effektiva åtgärder går inte att dra. En tydlig tendens är dock att de metoder som fokuserar på förutsättningarna för arbetsåtergång och inte enbart på minskning av symtom och ökat välbefinnande har störst chans att få den sjukskrivne tillbaka till arbetet. Mycket forskning återstår för att hitta hållbara och evidensbaserade metoder för arbetsåtergång. Stora interventiva studier behövs. De studier som finns nu är små och har ofta en kort uppföljningstid. Multicenterstudier med lång uppföljning (> 3 år) behövs för att få tillräcklig styrka i studiens resultat och också möjlighet att göra analyser av undergrupper. Ekonomiska analyser av nyttan av en intervention för individ, företag, organisation och samhälle bör integreras i detta arbete.
  11. Politiska beslut och andra förändringar på samhällsnivå kan snabbt ändra förhållanden i kedjan arbete – psykisk ohälsa – sjukskrivning. Vid alla reformer bör ett oberoende utvärderingsperspektiv läggas.
  12. Arbetslivets strukturer och förutsättningar förändras ständigt. Dagens teknologi, demografi och globalisering kommer med stor sannolikhet att förändra morgondagens arbetsmarknad radikalt. Hur dessa förändringar påverkar hälsan till det bättre eller det sämre måste forskarna snabbt få möjlighet att undersöka. En forskningsstruktur och finansiering som bejaktar detta är av stor vikt för människors hälsa samt företagets och samhällets utveckling. Prognoser talar för att färre personer behövs för att täcka arbetsmarknadens behov av arbetskraft i en snar framtid. Hur detta påverkar människor både fysiskt, psykiskt, ekonomiskt och existentiellt är ett annat angeläget, multivetenskapligt forskningsfält.
  13. I Sverige finns flera utomordentligt bra och unika register över hela befolkningen. Det vore värdefullt att skapa en infrastruktur som underlättar forskning i dessa register. Att slå ihop register som t ex LISA, vissa av Försäkringskassans register, dödsorsaksregister och register av emigration skulle innebära att en individ kan följas över tid. Dels kan man sannolikt göra ett grundregister som genom att aggregera oidentifierade data kan vara ganska öppet användbart, dels kan registret matchas mot olika kohorter efter en sedvanlig etisk process. Det är angeläget att Arbetsmiljöverkets och SCBs Arbetsmiljöundersökningar fortsätter och utvidgas för att bättre kunna belysa sambandet mellan arbetslivsutvecklingen, den psykiska hälsan och sjukskrivningstendenser.
  14. Efter nedläggningen av Arbetslivsinstitutet 2007 har Sverige saknat en tydlig representation i internationella organisationer som analyserar frågor om arbete och psykisk ohälsa och sammanställer rekommendationer. För att snabbt kunna ta till sig aktuella strategier och sprida dessa bör Sverige vara väl representerat.

## Tabellmaterial till kapitel 4 om arbete och psykisk ohälsa

*Aoki Y, Malcolm E, Yamaguchi S, Thornicroft G, Henderson C. Mental illness among journalists: A systematic review. Int J Soc Psychiatry 2013; 59:377-390.*  
*Länder:* Nordamerika, Europa, Asien en studie från Australien och en från Afrika

*Studiedesign:* Reviewartikel. Datasökning i MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Web of Science, Cochrane Library för artiklar på engelska, italienska och japanska och även översättning av artiklar på tyska och kinesiska om de var relevanta.

*Studiepopulation:* Journalister med varierande bevakningsområden

*Publiceringsår:* 1980–juni 2010.

*Arbetsfaktorer:* Ospecificerat utöver journalisttiteln

*Utfall:* Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och alkoholberoende

*Resultat:* Data tyder på en något ökad frekvens av PTSD bland journalister och särskilt för dem som rapporterat från extraordinära händelser och katastrofer.

*Burgard SA, Elliot MR, Zivin K, House JS. Working conditions and depressive symptoms: a prospective study of US adults. J Occup Environ Med 2013;55:1007-14*  
*Land:* USA

*Studiedesign:* Longitudinell intervju- och panelstudie med fyra datainsamlingar av ursprungligen 3617 slumpvist valda män och kvinnor från 25 års ålder och ca 80 % svarsfrekvens av kvarvarande individer från varje undersökningsväg.

*Studiepopulation:* Slumpvist urval från USA:s befolkning som var 25–64 år 1986 och som arbetade minst 20 timmar/vecka vid åtminstone ett undersöknings-tillfälle

*Arbetsfaktorer/exponeringar:* Psykosociala, kemiska och fysikaliska faktorer efterfrågades, delvis olika vid olika undersökningstillfällen, och vägdes samman till ett mått på ”negativa arbetsförhållanden”.

*Diagnoser/utfall:* Depressiva symtom baserat på ett utdrag av frågor som ingår i Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) sammanvägda till en summa.

*Resultat:* Starkt samband mellan negativa arbetsförhållanden och depressiva symtom.

*de Boer J, Lok A, van't Verlaat E, Duijvenvoorden HJ, Bakker AB. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. Soc Sci & Med 2011;73:316-326*

*Länder:* Storbritannien, Kanada, USA, Taiwan, Hong Kong, Singapore och Israel.

*Studiedesign:* Reviewartikel. Genom omfattande sökningar i stora databaser identifierades 1121 tänkbara artiklar på engelska, franska eller tyska, varav 815 granskades och 88 utvärderades i förhållande till studiedesign mm. 11artiklar accepterades för översikten. Studier av militär hälso-personal och psykiatrisk personal togs inte med eftersom de ansågs vara högriskgrupper. Alla utfall är baserade på validerade frågeformulär. Granskningen av artiklarna har skett av två oberoende granskare och förefaller ha varit mycket noggrant utförd.

*Publiceringsår:* 2002–2009

*Studiepopulationer:* Läkare och sjuksköterskor. Sammanlagt 3866 personer, övervägande kvinnor.

*Arbetsfaktorer/exponering:* Sju studier avsåg personal som behandlat SARS (Severe acute respiratory syndrome) -smittade patienter, två studier gäller intensivvårdspersonal, en behandling av offer efter bombattack och en terroroffer.

*Utfall:* Post-traumatiska stressymtom (PTSD) i fem studier och därutöver ångest och depressiva symtom i övriga sex studier (1695 personer).

*Resultat:* Sammantaget visar översikten och meta-analysen att arbete med SARS-patienter har en ökad risk att få PTSD, ångest- och depressionssymtom, särskilt efter lång tids arbete med sådana patienter. Även övriga grupper hade ökad risk för PTSD men inte för ångest- och depressionssymtom.

*Flo E, Pallesen S, Moen BE, Waage S, Bjorvatn B. Short rest periods between work shifts predict sleep and health problems in nurses at 1-year follow-up. Occup Environ Med 2014;71:555-561*

*Land:* Norge

*Studiedesign:* 1-årig uppföljning med postade frågeformulär vid båda tillfällena.

*Studiepopulation:* 1224 skiftesarbetande sjuksköterskor, som deltog vid båda undersökningstillfällena, varav 90 % kvinnor.

*Arbetsfaktorer/exponeringar:* Antalet korta viloperioder vid skiftesarbete (mindre än 11 timmar mellan två arbetspass) och nattarbete under ett år.

*Diagnoser/utfall:* Shift work disorder (SWD, skiftbesvär), svåra sömnhetsbesvär (Epworth sleepiness scale), psykisk och fysisk trötthet (Chalder fatigue scale), ångest och depression hos sjukhusanställda (Hospital anxiety and depression scale, HADS).

*Resultat:* Lätt ökad risk för skiftbesvär och svår trötthet men inte för svåra sömnhetsbesvär, ångest eller depression.

*Johannessen HA, Tynes T, Sterup T. Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress. A 3-year follow-up study of the working population in Norway. J Occup Environ Med 2013;55:605-613.*

*Land:* Norge

*Studiedesign:* 3-årig uppföljnings- och telefonintervjustudie.

*Studiepopulation:* Slumpvis urval av den arbetsföra befolkningen 18-66 år gamla. Vid det första urvalet 2006 tillfrågades 18 679 personer om deltagande och 67 %

deltog. Endast de 6745 personerna, som hade lönearbete såväl vid första som vid andra intervjun ingick i analyserna.

*Arbetsfaktorer/exponeringar:* Faktorer från det nordiska frågeformuläret om psykosociala förhållanden såsom kontroll, stöd av ledningen, rollkonflikter samt frågor om det sociala klimatet och mobbing från andra formulär. Känslomässiga krav, anställningsosäkerhet, neddragningar (downsizing) och omorganisation mättes med var sin fråga.

*Diagnos/utfall:* Psykologiska besvär (psychological distress) mättes med två frågor som bl.a. omfattade besvär av depression, ångest och nervositet.

*Resultat:* Risken för psykologiska besvär av olika typer vid rollkonflikter och känslomässiga krav ökade kraftigt men ökade även vid mobbing, osäkerhet om anställningen och små möjligheter till kontroll över arbete.

*LaMontagne AD, Milner A, Krnjacki L, Kavanagh AM, Blakely TA, Bentley R.*

*Employment Arrangements and Mental Health in a Cohort of Working Australians:*

*Are Transitions From Permanent to Temporary Employment Associated With*

*Changes in Mental Health? Am J Epidemiol 2014;179:1467-1476*

*Land:* Australien

*Studiedesign:* Longitudinell studie av det psykiska välmäendet hos anställda med fasta och tillfälliga anställningar och för individer som hade erfarenheter av båda anställningsformerna med hjälp av en panel av alla 15-64 år gamla i ett slumpvist urval hushåll från 2001 (7 682 hushåll) som tillfrågades en gång om året under tio år med intervjuer eller självfyllda frågeformulär (SF36). I analyserna justerades för utbildning, arbetstyp, kön och ålder. Jämförelser gjordes både mellan fast och tillfälligt anställda samt för individerna själva när de bytt mellan de olika anställningsformerna.

*Studiepopulation:* Öppen kohort med 14 127 observationer hos 6 433 personer som hade erfarenhet av en eller fler omgångar av tillfälliga anställningar samt 5 275 observationer hos 3 023 personer med en eller flera perioder av fast anställning.

*Diagnos/utfall:* Skaloäng, som går från 0 till 100, i Mental Component Summary of Medical Outcomes Study Short form 36 (SF 36).

*Arbetsfaktor/exponering:* Fast anställning på hel- eller deltid respektive tillfälligt anställning, med eller utan

kontrakt. Inga uppgifter om skälen till byte av arbetsform. Egenföretagare ingick inte.

*Resultat:* Inga skillnader i genomsnittliga poäng mellan de olika anställningsformerna utom för anställda mellan 55 och 64 år, som hade 1-2 högre poäng när de var tillfälligt anställda än de hade när de var fast anställda. Skillnaden är liten men statistiskt signifikant (kliniskt betydelsefull skillnad skall vara minst fem poäng). Samma resultat för kvinnor och män.

*Leijten FR, van den Heuvel SG, van der Beek AJ, Ybema JF, Robroek SJ, Burdorf A. Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: A 1-year follow-up study among older workers. J Occup Rehabil 2014 (Epub ahead of print)*

*Land:* Nederländerna

*Studiedesign:* 1-åring longitudinell studie 2010-2011 med digitala frågeformulär.

*Studiepopulation:* 8 837 aktivt anställda personer 45-64 år gamla deltog vid båda undersökningstillfällena (förmodligen var ursprungliga urvalet slumpvist utvalt), varav 3 881 var kvinnor.

*Arbetsfaktorer/exponeringar:* Hög fysisk belastning mättes med bl.a. Dutch Musculoskeletal Questionnaire och psykologiska arbetskrav med nio områden från Job-Content Questionnaire, stöd från arbetskamrater och överordnade med Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Arbetsengagemang mättes med Utrecht Work Engagement Scale.

*Diagnoser/utfall:* Mental och fysisk hälsa mättes med Short Form-12 Health Survey (SF-12)

*Resultat:* Stort arbetsengagemang medförde såväl bättre fysisk hälsa som bättre mental hälsa och bidrog till förbättringarna även när hänsyn tagits till övriga psykosociala faktorer.

*Lundberg I, Allebeck P, Forsell Y, Westerholm P. Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998-2012. Arbete och Hälsa nr 2013:47(1)*

*Länder:* Sverige, Storbritannien, Finland, Nederländerna, Belgien, Italien, USA, England, Kanada, Japan, Frankrike, Danmark, Australien

*Studiedesign:* Kunskapsöversikt av longitudinella studier.

*Datasökning:* Engelska artiklar i PubMed 1985-(februari) 2012. 3 469 publikationer identifierades. 122 artiklar studerades i fulltext. 42 artiklar accepterades enligt kvalitetskriterierna.

*Studiepopulationer:* Sammantaget har omkring 200 000 personer studerats i de 42 studierna med såväl offentligt som privat anställda från olika företag eller genom befolkningsundersökningar.

*Arbetsfaktorer/exponering:* Psykiska krav, kontroll, bristande socialt stöd, bristande beslutsutrymme, bristande stimulans, job strain (höga krav och låg kontroll), osäkra anställningsförhållanden, rättvisemodeller, ansträngning-belöningsmodellen

*Utfall:* Depressionstillstånd

*Resultat:* Starka psykiska krav visade ett måttligt stöd för att höga krav i arbetet kan bidra till depression men att sådant stöd inte kunde fastställas för t.ex. job strain, kontroll, socialt stöd beslutsutrymme, bristande stimulans, ansträngning-belöningsmodellen eller osäker anställning. För dessa faktorer hade endast ett mindre antal studier av tillräcklig kvalitet enligt författarnas definitioner identifierats.

*Ndjabouué R, Brisson C, Vézina M.. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. Occup Environ Med 2012;69:694-700*

*Länder:* Sverige, Storbritannien, Finland och Nederländerna

*Studiedesign:* Reviewartikel av studier publicerade 1990-2010, 11 studier inkluderade

*Studiepopulationer:* Brittiska tjänstemän (varav 30 % kvinnor; Whitehall II), finsk sjukvårdspersonal (77-100% kvinnor), slumpvist urval bland anställda i Nederländerna (43% kvinnor) och svenska statsanställda (56% kvinnor)

*Arbetsfaktorer/exponering:* Organisational Justice, med de tre delkomponenterna distributiv rättvisa (fördelningen av tillgångar och fördelar), procedural justice (processer och tillvägagångssätt som bestämmer denna fördelning) och interactional justice (interpersonal relationship och information).

*Utfall:* Mental ohälsa (mental health distress), depression, ångest, trötthet, somatisering, psykologisk ohälsa, sjufrånvaro och välbefinnande.

*Resultat:* Process- och interaktionsrättvisa visade samband med mental hälsa oberoende av krav-kontroll-faktorerna respektive ansträngning-belöningsfaktorerna. Författarna efterlyser fler prospektiva studier som utvärderar distributiv rättvisa och de kumulativa effekterna av faktorer från samtliga modeller över tid.

Nicole A-M, Botterill JS. On-call work and health: a review. *Environ Health: A Global Access Science Source* 2004, 3:15

Länder: Storbritannien, USA, Frankrike, Sverige

Studiedesign: Reviewartikel, 16 studier inkluderade

Studiepopulationer: Huvudsakligen brittiska allmänläkare, i ett fall tågingenjörer i USA och i ett annat gasarbetare och elektriker i Frankrike. En laboratoriestudie på fem personer är gjord i Sverige.

Publiceringsår: Olika för olika databaser (1966-2000)

Arbetsfaktorer/exponering: Formell (schemalagd) och informell jourberedskap

Utfall: Stress, sömnsvårigheter, mental hälsa och personlig säkerhet

Resultat: Jourberedskap har en negativ inverkan på stress och mental hälsa och att den medför sömnproblem.

Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorder, a systematic review. *Occup Med* 2010;60: 277-286

Länder: Danmark, Nederländerna, Belgien, Finland, Japan och Storbritannien

Studiedesign: 2426 artiklar identifierades på sökord via Pubmed (1950), Psycinfo (1970) och Embase (1980) t.o.m. 2008 och referenser. Sju prospektiva studier (i sex artiklar) fyllde inklusionskraven med hög kvalitet och utgjorde basen för analyserna.

Studiepopulationer: Drygt 70 000 anställda vid privata industri- och tjänsteföretag, offentliganställda, sjukhusanställda m.fl. Fler kvinnor än män sammantaget.

Arbetsfaktorer/exponeringar: Självfyllda frågeformulär med olika varianter av frågor från krav-kontrollmodellen och ansträngnings-belöningsmodellen, emotionella krav, rättvisa, enformigt arbete, stöd från överordnade eller arbetskamrater.

Diagnoser/utfall:  $\geq 4$  symtom i General Health Questionnaire eller mer än 76 poäng på CIS (Checklist Individual Strength).

Resultat: Det fanns starkt stöd för att starka krav i arbetet, bristande kontroll och stöd från arbetsledare eller arbetskamrater, brist på rättvisa och stark obalans mellan ansträngningar och belöning ökade risken för en stressrelaterad störning.

Robbins JM, Ford MT, Tetric LE. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychology* 2012;97:235-272

Länder: USA, Kanada, Brasilien, Spanien, Finland, Israel, Nederländerna, Kina, Belgien, Taiwan, Mexico, Storbritannien, Tyskland, Hongkong, Australien.

Datasökning: PsycINFO, PubMed, ABI-Inform, Dissertation Abstracts International, oppublicerade studier (inga årtal preciseras).

Studiedesign: Metaanalyser av olika exponeringar och utfall. Mentala hälsoproblem (depression, ångest, psykologiska störningar) analyserades i 22 studier, utmattningssymtom i 27 studier, stressupplevelser i 21 studier och negativ sinnesstämning i 23 studier. Alla studier av mentala utfall hade använt självrapporterade uppgifter. Antalet deltagare i studierna varierade från 50 till drygt 8 000.

Studiepopulationer: Allehanda yrken (rapporteras inte).

Arbetsfaktorer/exponeringar: Psykologiska kontraktsbrott (t.ex. brutna löften, känsla av att ha blivit förrådd), organisations-, procedur- och personrättsvisa.

Diagnoser/utfall: Mental hälsa, burnout, stress, negativism, frånvaro, fysiska hälsoproblem.

Resultat: Den genomsnittliga upplevelsen av orättvisa korrelerade med de anställdas hälsa, särskilt med mentala hälsoproblem men även med utmattningssymtom och negativism. Distributiv orättvisa hade starkt samband med mentala hälsoproblem medan psykologiska kontraktsbrott hade starkt samband med utmattning och negativism. För stress var alla sambanden av likartad storlek. Sambanden mellan orättvisa och hälsa var av samma storleksordning för män och kvinnor.

SBU. Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 216.

Länder: USA, Nederländerna, Frankrike, Storbritannien, Norge, Sverige, Tyskland, Finland, Japan, Schweiz, Danmark

Databaser och urval: Litteratursökningarna gjordes för perioden 1990-2012 i PubMed, Embase, PsycInfo, Arblin, Cochrane library och NIOSHTIC-2. Studien skulle vara prospektiv, skriven på engelska, svenska, danska eller norska och relevant för svenska förhållanden. 7972 artikelsammanfattningar granskades, 683 i fulltext varav 381 uppfyllde inklusionskriterierna och slutligen användes 24 studier av hög eller medelhög kvalitet för analyserna, varav 22 studier av organisatoriska och psykosociala exponeringar.

Studiedesign: Systematisk litteraturöversikt och metaanalyser när experterna bedömde att det fanns två

eller flera studier där exponering och utfallsmått var tillräckligt lika.

Studiepopulationer: Urval av arbetare och tjänstemän anställda i privata eller offentliga företag och organisationer, sjuksköterskor, poliser. Sammanlagt mer än 30 000 personer.

Arbetsfaktorer/exponeringar: Organisatoriska och psykosociala faktorer, skiftarbete, arbetstidsförkortning, fysisk belastning, kemiska och biologiska faktorer, buller, vibrationer, övriga fysikaliska faktorer samt smitta.

Diagnoser/utfall: Sömnkvalitet, insomningsproblem, störd sömn som mättes med frågeformulär, intervju eller polysomnografi.

Resultat: Den forskning som studerar samband mellan arbetsmiljö och sömnstörning är främst inriktad på betydelsen av organisatoriska och psykosociala faktorer i arbetet. Det finns vetenskapligt underlag för att följande gäller på gruppnivå:

- Personer som har gott medmänskligt stöd i arbetsmiljön, möjlighet till kontroll över det egna arbetet eller som behandlas rättvist har mindre sömnstörningar än andra.
- Personer som har höga arbetskrav, psykiskt ansträngande arbete eller utsätts för mobbning på arbetsplatsen har mer sömnstörningar än andra. Även de som har en situation där belöningen (t.ex. lönen eller omgivningens uppskattning) är låg eller inte står i proportion till ansträngningen har mer sömnstörningar.
- Personer som arbetar skift har mer sömnstörningar. Samband mellan skift och sömnstörningar visar sig även i minskad förekomst av sömnstörningar för dem som slutar arbeta skift.
- Inga slutsatser kunde göras om skillnader mellan kvinnor och män.

SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 223.

Länder: Sverige, Europa, USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland

Publiceringsår och språk: 1990 och 2013 och skriven på svenska, norska, danska eller engelska.

Studiedesign: Systematisk litteratursökning i fyra olika internationella databaser som innehåller originalartiklar inom bl.a. medicin, psykologi och metodik,

kompletterat med sökningar i två databaser inriktade på arbetsliv. För att en studie skulle inkluderas krävdes att studien var longitudinell, hade minst 100 personer i den exponerade gruppen och hade medelhög eller hög kvalitet.

Datasökning och artikelurval: Engelska artiklar i sex databaser. Mer än 20 000 artikelsammanfattningar gick igenom. 700 artiklar i fulltext beställdes. 276 uppfyllde inklusionskriterierna, 122 artiklar granskades i fulltext. 26 studier bedömdes vara av hög kvalitet (19 om depressiva symtom och 9 om utmattningssyndrom) samt 55 studier av medelhög kvalitet (44 om depressiva symtom och 18 om utmattningssyndrom).

Studiepopulationer: Sammantaget har mer än 600 000 personer studerats i de 63 studierna av depressionssymtom och drygt 30 000 i de 27 studierna av utmattningssyndrom. De har varit anställda i såväl offentliga som privata företag eller deltagit i befolkningsundersökningar.

Arbetsfaktorer/exponering: Psykiska krav, kontroll, bristande socialt stöd, bristande beslutsutrymme, bristande stimulans, job strain (höga krav och låg kontroll), osäkra anställningsförhållanden, rättvisemodeller, ansträngning-belöningsmodellen

Diagnoser/utfall: Depressionstillstånd och utmattningssyndrom mätt med hjälp av diagnostisk undersökning, en etablerad skattningsskala eller sjukskrivning för något av dessa tillstånd. Även användning av antidepressiva läkemedel inkluderades som utfall.

Slutsatser: Personer som upplever en arbetssituation med spännt arbete, d.v.s. små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, utvecklar mer depressionssymtom. Upplevelsen av bra möjlighet till kontroll i arbetet samt rättvis behandling på arbetsplatsen har samband med låg förekomst av både depressionssymtom och symtom på utmattningssyndrom. Gemensamt är även att vissa typer av krav, lågt stöd, pressande arbete där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen och osäkerhet i anställningen har samband med hög förekomst av dessa båda tillstånd. De som upplever mobbning eller konflikter i sitt arbete utvecklar mer depressionssymtom än andra. Sambanden är lika för män och kvinnor med samma exponering.

Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T, Weisaeth L. Work-related post-traumatic stress disorder. *Occup Med* 2013;63:175-182

Länder: USA, Sverige, Storbritannien, Frankrike, Irland, Korea (enligt referenslistan, förmodligen fler länder men inte redovisat)

*Studiedesign:* Reviewartikel, Sökningar 1950–2010 i MEDLINE, 1967–2010 i PsycINFO. Från 3525 artiklar valdes 140 stycken ut, däribland systematiska översikter, longitudinella och tvärsnittsstudier samt kliniska studier på engelska och skandinaviska språk.

*Studiepopulationer:* Poliser, brandmän, ambulans- och sjukvårdspersonal och tågförare samt enstaka studier av dykare, journalister, sjömän, bank- och posttjänstemän och anställda på industrier som drabbats av katastrofer

*Arbetsfaktorer/exponering:* Kort- eller långvariga stressande händelser eller situationer, av en exceptionellt hotfull eller katastrofal typ (enligt definitionen av PTSD).

*Utfall:* PTSD (enligt ICD 10 eller DSM 4)

*Resultat:* Poliser, brandmän och ambulanspersonal har visats ha särskilt hög risk att drabbas av arbetsrelaterad PTSD. Många andra yrkesutövare är utsatta för traumatiska händelser men antalet studier är för få för att fastställa samband.

*Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 2006;32:443–462*

*Länder:* USA, Kanada, Storbritannien, Frankrike, Finland, Nederländerna, Belgien

*Studiedesign:* Meta-analys baserad på systematisk översikt. Sökperioden omfattade 1994–2005 i en rad olika databaser m.m. En mångfald sökord resulterade i närmare 25 000 titlar varav 38 uppfyllde inklusionskriterierna och 11 gick att använda i den formella meta-analysen med sammanlagt drygt 70 000 individer.

*Studiepopulationer:* Befolkningsurval samt några stora kohorter av sjukvårdspersonal och tjänstemän

*Arbetsfaktorer/exponering:* Krav och kontroll, ansträngning och belöning, socialt stöd, stress, arbetskonflikter, monotoni, arbetstillfredsställelse, arbetstakt, variation i arbetet.

*Utfall:* Mental ohälsa (mental disorder), ångest, depressiva symtom, psykosomatisk sjuklighet, trötthetsyndrom, neurotiska sjukdomstillstånd, sömnsvårigheter, m.m.

*Resultat:* De starkaste sambanden fanns för den kombinerade krav-kontrollmodellen (höga krav och små möjligheter att påverka arbetssituationen) och den kombinerade ansträngnings-belöningsmodellen (obalans mellan arbetsinsatsen och uppskattningen för detta) och något svagare för de enskilda delarna i modellerna liksom för otrygghet i arbete.

*Sultan-Taieb H, Lejeune C, Drummond A, Niedhammer I. Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain. Int Arch Occup Environ Health 2011;84:911–925*

*Länder:* Kanada, Frankrike, Finland, Sverige, Belgien

*Studiedesign:* Från översikter som publicerats 1990–2008 (och sökt i Medline) selekterades sju enskilda studier som passade inklusionskriterierna, som bl.a. krävde att det gick att beräkna relativa risken för mental ohälsa p.g.a. spänt arbete.

*Studiepopulationer:* Befolkningsurval och några kohorter av sjuksköterskor, gasarbetare och elektriker samt tjänstemän med sammanlagt drygt 50 000 personer.

*Arbetsfaktorer/exponering:* Spänt arbete enligt kravkontrollmodellen.

*Utfall:* Mental ohälsa (mental disorder), huvudsakligen självskattade depressiva symtom i validerade frågeformulär,

*Resultat:* Relativa risken för mental ohälsa varierade mellan 1,2–3,3. Bland alla med mental ohälsa beräknades spänt arbete vara orsaken för 10,2–31,1 % av männen och 5,3–33,6 % av kvinnorna och sammantaget, med hänsyn till studiernas storlek, beräknades 6,5 % av all självskattade mental ohälsa bland yrkesarbetande bero på spänt arbete.

*Theorell T, Hammarström A, Gustafsson PE, Hansson LM, Janlert U, Westerlund H. Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden. J Epidemiol Community Health 2014;68:78–82.*

*Land:* Sverige

*Studiedesign:* Longitudinell studie mellan 2008–2010 med självifyllda frågeformulär.

*Studiepopulation:* Utdrag från ett slumpvis urval ur den arbetande befolkningen (the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health; SLOSH). Efter begränsningar till dem som hade anställningar både 2008 och 2010 analyserades material från 2731 män och 3446 kvinnor med multivariata analyser.

*Arbetsfaktorer/exponeringar:* Den förkortade, svenska varianten av krav-kontrollfrågor från Job Content Questionnaire.

*Diagnoser/utfall:* Depressiv stämning mättes med en förkortad version av (Hopkins) Symptom Checklist.

*Resultat:* Kvinnor rapporterade mer depressiva symtom än män men inga signifikanta skillnader vid jämförbara påfrestningar av krav och kontrollmöjligheter.

Det kan förklaras av sämre psykosociala arbetsförhållanden för kvinnor, vilket i sin tur till stor del kan bero på att män och kvinnor arbetar inom olika sektorer med olika arbetsförhållanden.

*Westgaard RH, Winkel J. Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems – A systematic review. Appl Ergo 2011;42:261–296*

*Länder:* Industrialiserade länder (anges inte).

*Studiedesign:* Kunskapsöversikt genom sökningar i 16 databaser kompletterat med artiklar från referenslistor. Ursprungligen 8 000 titlar av tvärsnitt- och longitudinella studier, epidemiologiska, arbetsorganisatoriska, fall- och kvalitativa studier. Slutsatserna baseras på 162 studier av rationaliseringseffekter och 72 studier av organisationsförändringar och redovisas i grupperingar av studier av olika rationaliseringstyper och organisationsförändringar, som bedöms och kommenteras.

*Tidsperiod:* 1990–2009.

*Studiepopulationer:* Hälso- och sjukvård, offentliganställda, anställda inom service och tillverkningsindustri.

*Arbetsfaktorer/exponeringar:* Personalminskning (downsizing), omorganisering, lean practices, ”högpresterande arbetssystem” (High Performance Work System), parallellorganisering, automatisering. Delaktighet, information, ledningsstil, socialt stöd, processrättvisa och gruppvis medbestämmande bedömdes som modifierande effekter mellan rationaliseringstyp och hälsoeffekter.

*Diagnoser/utfall:* Utmattningsyndrom (burnout), känslomässig utmattningsyndrom, olycksfallsfrekvens, muskuloskeletala besvär (rygg- och nackbesvär), sjukskrivningsfall, allmänt hälsotillstånd, psykosomatiska och depressiva besvär, blodtrycksförändringar m.m.

*Resultat:* Rationaliseringar bedömdes ha en övervägande negativ effekt på hälsan och riskfaktorer för hälsa (57 studier med negativa hälsoeffekter och 19 positiva), särskilt för personalminskningar och strukturomvandlingar och tydligast för hälso- och sjukvårdssektorn (36 studier med negativa hälsoeffekter och två positiva). Rationaliseringsstrategin High Performance Work System (HPWS), som gör de anställda delaktiga i förbättringsarbetet, hade den högsta andelen positiva resultat (6 av 10 studier). Studier av hälsoeffekter vid ”lean production” visade blandade resultat från olika arbetsmarknadssektorer och tidsperioder. Individuellt och gruppvis medbestämmande, lyhörd ledningsstil, informationsstöd och processrättvisa påverkade resultaten i positiv riktning.

*Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Virtanen J. Temporary employment and health: a review. Int J Epidemiol 2005;34:610–622*

*Länder:* USA, Kanada, Finland, Sverige, Tyskland, Spanien, Nederländerna och i en studie alla dävarande 15 EU-länder.

*Studiedesign:* Artiklar på engelska, franska, spanska eller italienska från Pubmed (1966–2003), PsycINFO (1967–2003), CSA Sociological Abstracts (1963–2003) och referenslistor. 27 studier med sammanlagt omkring 500 000 personer (fler kvinnor än män) accepterades varav 14 prospektiva studier, två retrospektiva och elva tvärsnittsstudier. Meta-analys utfördes när de var tillämpliga.

*Studiepopulationer:* Privat- och offentliganställda, sjukhuspersonal (men dåligt preciserat).

*Arbetsfaktorer/exponeringar:* Endast tillfälliga anställningar av olika typer, t.ex. korttids eller projektanställning, vid behov, säsongarbete, ”atypisk” anställning men inte fast deltidsanställning.

*Diagnoser/utfall:* Psykologisk störning (psychological distress), vari ingick självskattad trötthet, lättare depression, sömnsvårigheter, huvudvärk m.m. Nack-, skulder- och ryggbesvär, sjukfrånvaro, arbetsskador, dödlighet.

*Resultat:* Jämfört med personer med fast anställning hade de tillfälligt anställda sammantaget 25 % ökad risk av drabbas av psykologiska störningar, åtta % ökad risk för fysisk ohälsa (inte signifikant) och förhöjd risk för arbetsskada. Översjukligheten var mer uttalad bland de tillfälligt anställda ju lägre arbetslösheten var i landet.

## Tabellmaterial till kapitel 4 om arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning/förtidspension/död

### Krav, kontroll och socialt stöd

*Clumek N, Kempnaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P, Kittel F.*

*Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: Results from the Belstress I prospective study.*

*J Epidemiol Community Health 2009;63:286–292*

*Land:* Belgien

*Studiedesign:* Prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* Män och kvinnor anställda i 11 olika företag i Belgien.

*Uppföljningstid:* Tre år.

**Arbetsfaktorer/exponering:** Krav, kontroll och socialt stöd (enskilt eller i olika kombinationer)

**Utfall:** Sjukskrivning > 28 dagar för depression.

**Diagnoser:** Depression där diagnosen sattes av primärvårdsläkare.

**Resultat:** Låg kontroll var en risk faktor för både män (OR=2.43) och kvinnor (OR=2.21). För män ökade risken också i arbete med höga krav och låg kontroll (OR=3.23) och i arbeten med låga krav och låg kontroll (OR=2.67). Även kombinationen höga krav, låg kontroll och dåligt socialt stöd gav en risk för depression hos män (OR = 1.94). Anställda på hög nivå i företagen (executives) hade lägst incidens av depression.

**Kommentar:** Svansfrekvensen i basundersökningen var låg och diskuteras inte. Relativt få fall med depression.

*Foss L, Gravseth M, Kristensen P, Claussen B, Mehlum I, Skyberg K. Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: A register based 5-year follow-up from the Oslo health study. JOEM 2010;52(7):698-705*

**Land:** Norge

**Studiedesign:** Longitudinell kohort

**Studiepopulation:** Slumpvis urval ur den arbetande befolkningen 2000-2001.

**Uppföljningstid:** 2001-2005

**Arbetsfaktorer/exponering:** Utbildningsnivå, kontroll i arbetet, stöd från chefer, anställningstrygghet.

**Utfall:** Sjukskrivning > 8 veckor pga. en psykiatrisk diagnos.

**Diagnoser:** Alla psykiatriska diagnoser.

**Resultat:** Dåligt stöd från chefer gav en ökad risk för sjukskrivning i psykiatriska diagnoser för både män och kvinnor (HR=1,6) och låg utbildningsnivå var en riskfaktor för kvinnor (HR=1,9).

*Inoue A, et al. Job stressors and long-term sick-leave due to depressive disorders among male Japanese employees: Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. J Epidemiol Community Health 2010;64:229-235*

**Land:** Japan

**Studiedesign:** Longitudinell kohort

**Studiepopulation:** Anställda i större japanska företag.

**Uppföljningstid:** I genomsnitt 5.4 år.

**Arbetsfaktorer/exponering:** Höga krav och låg kontroll, rolltydlighet, rollkonflikter, socialt stöd, jobbosäkerhet.

**Utfall:** Sjukskrivning > 30 dagar för depression.

**Diagnoser:** Depression.

**Resultat:** Rolltydlighet var förenat med högre risk (HR=3.49) och bra kontroll i arbetet med en under-risk (HR=0.28).

**Kommentar:** Otroligt få fall i en så stor kohort. Kulturella skäl kan finnas bakom. Olikheterna mellan rekryterade studiepersoner från olika företag kontrollerades för i analysen.

*Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Zins M, Goldberg M.*

*The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study*

*Soc Psychiatr Epidemiol 2007;42:573-582*

**Land:** Frankrike

**Studiedesign:** Prospektiv kohort.

**Studiepopulation:** 8869 män och 2671 kvinnor anställda av ED-GDF som svarade på en enkät 1995.

**Uppföljningstid:** Ca nio år (tom 2003).

**Arbetsfaktorer/exponering:** Stress i arbetet (krav, kontroll och socialt stöd) samt antal personer som var finansiellt beroende av studiepersonen (0, 1-3, ≥4).

**Utfall:** Sjukskrivning i icke-psykotisk psykiatrisk diagnos.

**Diagnoser:** Depression, neurotisk sjukdom annan än depression, personlighetsstörning, alkoholberoende, ospecificerade psykosomatiska problem (ICD 9) sammantagna och depression som egen diagnos.

**Resultat:** Krav från både arbetet och familjen gav en ökad risk för sjukskrivning för depression både för män och kvinnor. Risken för sjukskrivning för den sammanslagna diagnosgruppen fanns också för kvinnor.

**Kommentar:** Exponeringsmätning sker bara en gång. Uppföljningstiden är lång och speciellt familjeförhållanden kan växla vilken ändrar antalet beroende personer.

*Mäntyniemi A, Oksanen T, Salo P, Virtanen M, Sjösten N, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or CHD: a prospective cohort study of 69842 employees.*

*Occup Environ Med 2012;69:574-581*

**Land:** Finland

**Studiedesign:** Prospektiv kohort.

**Studiepopulation:** Offentligt anställda i Finland (10 städer och 21 sjukhus).

**Uppföljningstid:** 4.6 år

**Arbetsfaktorer/exponering:** Höga krav och låg kontroll (job strain).

**Utfall:** Förtidspension p.g.a. depression.

**Diagnoser:** Depression

**Resultat:** Inget säkert samband kunde identifieras.

*Samuelsson Å, Ropponen A, Alexanderson K, Svedberg P.*

*Psychosocial working conditions, occupational groups and risk of disability pension due to mental diagnoses: a cohort study of 43 000 Swedish twins.*

*Scand J Work Environ Health 2013;39(4):351-360*

**Land:** Sverige

**Studiedesign:** Registerbaserad kohortstudie

**Studiepopulation:** 42 715 tvillingar från svenska tvillingregistret som levde och arbetade i Sverige 1993.

**Uppföljningstid:** 1993-2008.

**Arbetsfaktorer/exponering:** Krav, kontroll och socialt stöd från JEM samt yrkesgrupp 1993.

**Utfall:** Förtidspension för psykiatriska diagnoser.

**Diagnoser:** Psykiska diagnoser. Depression och ångestsyndrom konstituerade 74 % av gruppen förtidspensionerade följt av schizofreni 8 % och missbruk 7 %.

**Resultat:** En enhets ökning (skala 1-10) av krav ökade risken statistiskt signifikant för förtidspension i psykiska diagnoser (HR 1.23), medan ökning av kontroll minskade risken (HR 0.91). Arbete inom hälso- och social sektor ökade också risken för förtidspension p.g.a. en psykisk diagnos (HR 1.41).

Obalans mellan ansträngning och belöning (effort-reward imbalance ERI)

*Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M, Blanchette C, Bourbonnais R.*

*Effort-reward imbalance and medically certified absence for mental health problems: a prospective study of white collar workers.*

*Occup Environ Med 2014;71:40-47*

**Land:** Kanada (Quebec)

**Studiedesign:** Longitudinell kohort

**Studiepopulation:** Tjänstemän i flera offentliga försäkringsbolag i Quebec n=2086.

**Uppföljningstid:** I genomsnitt drygt 4 år, som längst 9 år.

**Arbetsfaktorer/exponering:** Mätning av obalans mellan ansträngning och belöning med enkät.

**Utfall:** Sjukskrivning minst 5 dagar för alla psykiatriska diagnoser.

**Diagnoser:** Alla tänkbara som hade någon psykiatrisk koppling inte bara ICD-diagnoser.

**Resultat:** Låg eller medelhög belöning gav en ökad risk hos män (OR=2.80 resp 2.36) jämfört med hög belöning. Obalans mellan ansträngning och belöning gav en ökad risk hos kvinnor (OR=1.41).

**Kommentar:** Stor blandning av diagnoser. Antalet män med diagnos vara lågt och resultaten för män är därför mer osäkra. Bortfallet är inte diskuterat.

### Otydlighet i rollen på arbetet

*Inoue A, et al. Job stressors and long-term sick-leave due to depressive disorders among male Japanese employees: Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. J Epidemiol Community Health 2010;64:229-235*

**Land:** Japan

**Studiedesign:** Longitudinell kohort.

**Studiepopulation:** Anställda i större japanska företag.

**Uppföljningstid:** I genomsnitt 5.4 år.

**Arbetsfaktorer/exponering:** Höga krav och låg kontroll, rolltydlighet, rollkonflikter, socialt stöd, jobb osäkerhet.

**Utfall:** Sjukskrivning > 30 dagar för depression.

**Diagnoser:** Depression

**Resultat:** Rolltydlighet var förenat med högre risk (HR=3.49) och bra kontroll i arbetet med en under-risk (HR=0.28).

**Kommentar:** Otroligt få fall i en så stor kohort. Kulturella skäl kan finnas bakom. Olikheterna mellan de rekryterade från olika företag finns kontroll för i analysen.

### Rättvisa i organisationen (organizational justice)

*Elovainio M, Linna A, Virtanen M, Oksanen T, Kivimäki M, Pentti J, Vahtera J.*

*Perceived organizational justice as a predictor of long-term sickness absence due to diagnosed mental disorders: Result from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. Social science and medicine 2013;91:39-47*

**Land:** Finland

*Studiedesign:* Prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* Anställda i offentlig sektor (sjukhus och kommuner).

*Uppföljningstid:* Ett år.

*Arbetsfaktorer/exponering:* Rättvisa i organisationen (Organizational justice).

*Utfall:* Sjukskrivning mer än nio dagar för alla mentala diagnoser sammantagna och separat för depression, ångestsyndrom och övriga mentala diagnoser.

*Resultat:* Hög grad av rättvisa (organizational justice) i organisationen minskar risken för sjukskrivning för ångestsyndrom och troligtvis även för depression.

*Kommentar:* Mycket stor och välgjord studie där man även adresserat problemet om omvänd kausalitet på ett utmärkt sätt.

*Studie:* Ybema JF, van der Bos K. *Effects of organizational justice on depressive symptoms and sickness absence: A longitudinal perspective. Soc Sci Med* 2010;10:1609-1617

*Land:* Nederländerna

*Studiedesign:* Prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* Ett slumpvis urval av arbetande personer från ett stort register hos en marknadsundersökningsfirma. Den undersökta gruppen 1519 av 3100 utvalda överensstämde relativt väl med den genomsnittliga arbetande befolkningen i Nederländerna.

*Uppföljningstid:* Ett år åt gången.

*Arbetsfaktorer/exponering:* En rättvis organisation (organizational justice), främst komponenterna om man själv blev rättvist behandlad (för lite, lagom eller för mycket lön och uppskattning) och hur anställda generellt blev behandlade i organisationen.

*Utfall:* Depressiva symtom, sjukskrivning.

*Resultat:* Rättvisa i organisationen påverkade depressiva symtom och sjukskrivning. Sjukskrivning påverkade också uppfattningen av rättvisa.

*Kommentar:* Stort bortfall som förmodligen gör att sambanden underskattas. Komplicerade modeller som visar samband enligt ovan men ganska svaga sådana. Även omvänd kausalitet och reciproka samband undersöktes.

### Studier med självmord som utfall

Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willet WC, Kawachi I. *Stress and suicide in the Nurses' Health Study. J Epidemiol Community Health* 2002;56:95-98

*Land:* USA

*Studiedesign:* Prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* Kvinnliga sjuksköterskor i 11 stater i USA.

*Uppföljningstid:* 14 år

*Arbetsfaktorer/exponering:* Stress hemma och på arbetet samt bruk av diazepam 1982.

*Utfall:* Självmord.

*Resultat:* För minimal och hög stress på arbetet var riskerna RR=1.9 respektive RR=2.4 och för minimal och hög stress hemma var riskerna RR=2.1 respektive RR=3.7. När hög stress hemma och på arbetet kombinerades och dessutom med bruk av diazepam ökade riskerna betydligt (RR=8.1).

*Kommentar:* Låg power trots många deltagare då suicid är ovanligt. Självrapporterad exponering.

Ostry A, Maggi S, Tansey J, Dunn J, Hershler R, Chen L, Louie AM, Hertzman C.

*The impact of psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among western Canadian sawmill workers. Scand J Public Health* 2007;35:265-271

*Land:* Kanada

*Studiedesign:* Registerbaserad prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* Alla anställda på 14 träindustrier 28794 personer.

*Uppföljningstid:* 1985-2001.

*Arbetsfaktorer/exponering:* Krav, kontroll, socialt stöd, yrkeskategori, civilstånd, etnicitet, anställningstid, mobilitet i yrket.

*Utfall:* Självmord och självmordsförsök.

*Resultat:* För självmord var låga krav i arbetet en riskfaktor och för självmordsförsök lågt socialt stöd.

Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. *Impact of employment status and work-related factors on risk for completed suicide. A case-control psychological autopsy study. Psychiatry Research* 2011;190:265-270

*Land:* Tyskland

*Studiedesign:* Case-control.

*Studiepopulation:* 163 (av 273) självmordsfall och 396 (av 685) kontroller.

*Arbetsfaktorer/exponering:* Arbetslöshet, hemarbete, monotont arbete, ansvar i arbetet, nöjd med chefen, nöjd med arbetskolligor, psykisk belastning i kontakt med klienter, tidspress.

*Utfall:* Självmord.

*Resultat:* Risken för självmord ökade vid arbetslöshet, hemarbete, stort ansvar i arbetet och monotont arbete.

*Kommentar:* Exponerade personer var få i vissa grupper vilket minskar precisionen. Möjligtvis finns också en överjustering då man kontrollerat för psykisk sjukdom.

Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N. *Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: A prospective cohort study. Psychother Psychosom* 2007;76:177-185

*Land:* Japan

*Studiedesign:* Prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* 3125 förvärsarbetande män från olika orter i hela Japan under 65 år.

*Uppföljningstid:* Nio år.

*Arbetsfaktorer/exponering:* Krav och kontroll.

*Utfall:* Självmord

*Resultat:* Risken för självmord var ökad i gruppen med låg kontroll i arbetet (OR=4.10).

*Kommentar:* Få självmord vilket ger låg power. Mildare former av psykisk ohälsa inte är uppmätta vid baslinjen.

### Tabellmaterial till kapitel 5 om psykisk ohälsa och återgång i arbete

#### Systematiska litteratursammanställningar

Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E. *Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar i arbetet. Arbete och Hälsa* 2010;44(3)

År 2010 publicerades en systematisk litteraturgenomgång från Uppsala Universitet på uppdrag av AFA Försäkring beträffande interventioner för arbetsåtergång vid lättare psykisk ohälsa. Arbetet hade två syften:

- att undersöka effekterna av rehabilitering och andra icke-kirurgiska/farmakologiska interventioner
- att undersöka effekterna av förhållanden i arbetsmiljön.

Slutsatsen av sammanställningen som följt litteraturen från 1 januari 1990 tom 31 december 2008 visade på att förvånansvärt få studier fanns inom området. På

grund av detta faktum gick det inte då att uttala sig om effekten av olika interventioner eller förhållande i arbetsmiljön.

*Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. SOU 2011:15*

I december 2009 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet. Även vid denna tidpunkt (augusti 2010) kom rådet fram till att det fanns betydande kunskapsluckor i evidensbasen för interventionseffekt beträffande arbetsåtergång vid lättare psykisk ohälsa.

Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Maden I, Neuneyer-Gromen A, Bultman U, Verbeek JH. *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database Systematic Reviews* 2012 Dec12;12:CD006389

En Cochrane översikt av randomiserade interventioner till personer med stressrelaterade besvär (adjustment disorders) inkluderade 10 studier med sammanlagt 1546 deltagare. Då studierna var få och hade låga deltagarantal var det svårt att dra konsistenta slutsatser. Inga resultat tydde dock på att KBT reducerade tiden till hel- eller deltids arbetsåtergång. Mer specifika problem lösende terapier (PST) hade en viss effekt på snabbare återgång till deltids- men inte heltidsarbete efter ett år.

#### Enskilda studier om återgång i arbete

Arends I, van der Klink J, van Rhenen W, de Boer MR, Bultman U. *Prevention of recurrent sickness absence in workers with CMD: result of a cluster-randomised controlled trial.*

*Occup Environ Health* 2014;71:21-29

*Land:* Nederländerna

*Studiedesign:* Cluster-randomiserad kontrollerad studie.

*Studiepopulation:* 158 personer från olika företag och från olika delar av Nederländerna. 80 i interventionsgruppen och 78 i kontrollgruppen.

*Diagnos:* CMD

*Intervention:* ”SHARP at work” en femstegsmodell för problemlösning efter återgång i arbete.

*Uppföljningstid:* Ett år.

*Resultat:* Interventionsgruppen hade mindre återkommande sjukskrivningar än kontrollgruppen. Inga skillnader framkom beträffande självskattad mental hälsa, arbetsförmåga eller copingstrategier.

*Kommentar:* Likande modeller har inte visat sig vara effektiva i att påskynda arbetsåtergång men här i att

förhindra upprepad sjukskrivning. Bortfallet under hela processen var stort vilket gör resultaten mer osäkra. Efter korrespondens med författaren klargörs att i Nederländerna behövs inget sjukintyg vid sjukskrivning om inte företaget specifikt begär detta, vilket då inte ger någon bias vilket vore fallet om behandlande företagsläkare också är sjukskrivande.

*Arends I, van der Klink JJJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultman U.*

*Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders.*

*Scand J Work Environ Health 2014;40:195-202*

*Land:* Nederländerna

*Studiedesign:* Prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* 158 anställda i olika typer av företag i Nederländerna som varit sjukskrivna  $\geq$  två veckor pga. CMD.

*Diagnos:* CMD

*Intervention:* Ingen

*Uppföljningstid:* Ett år (efter 6 och 12 månader).

*Utfall:* Återkommande sjukskrivning under uppföljningstiden.

*Resultat:* Riskfaktorer för återkommande sjukskrivning var arbete i företag med  $> 100$  anställda (OR= 2.59) och konflikter med arbetsledaren (OR=2.21). De personer som hade ytterligare en kronisk sjukdom hade en lägre risk för återkommande sjukskrivning (OR= 0.54).

*Kommentar:* Väl genomförd studie, men liten. Att företagets storlek och andra kroniska sjukdomar har det inflytande det har i denna studie är förvånande och bör vidimeras i andra studier.

*Lagerveld S, Blonk R, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB:*

*Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. Journal of Occupational Health Psychology 2012;17:220-234*

*Land:* Nederländerna

*Design:* Randomiserad kontrollerad studie.

*Studiepopulation:* 250 personer med en diagnos av CMD och helt sjukskrivna från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. 168 deltog i största delen av behandlingen. 155 personer hade data på arbetsåtergång efter ett år.

*Diagnos:* CMD

*Intervention:* Arbetsfokuserad KBT (A-KBT) jämfört med sedvanlig KBT.

*Uppföljning:* Ett år

*Resultat:* Personerna i A-KBT kom tillbaka till både fullt och partiellt arbete snabbare än KBT-gruppen.

*Kommentar:* Relativt stort bortfall dock noga undersökt. Generellt sett en mycket välgjord studie. Efter ett år var nästan alla i bägge grupperna tillbaka i arbete (96 % i A-RTW respektive 91 % i KBT), vilket är ovanligt. Återfall i sjukskrivning är inte mätt efter uppföljningsåret.

*Lexis MAS, Jensen NWH, Huibers MJH, van Amelsvoort GPM, Berkouwer A, Ton DTA, van der Brandt PA, Kant IJ. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. Occup Environ Med 2011;68:400-407*

*Land:* Nederländerna

*Design:* Randomiserad kontrollerad studie.

*Studiepopulation:* Anställda vid ett nationellt stort bankföretag i Nederländerna. Av 23973 som fick en enkät svarade 8892. 211 personer bedömdes vara riskpersoner för en depression. 139 uppfyllde inklusionskriterierna och var intresserade av att delta. 69 fick en intervention och 70 allokerades till kontrollgruppen. I interventionsgruppen deltog 38 personer i hela interventionen och besvarade uppföljningsenkäterna.

*Diagnos:* Risk för depression på HAD-skalan.

*Intervention:* KBT och PST (problem solving treatment) individuellt. Minst 7 behandlingar enligt protokollet och därefter möjlighet till ytterligare högst fem sessioner.

*Uppföljning:* Sjukskrivning och depressiva symtom efter 6, 12 och 18 månader.

*Resultat:* Intention to treat analys visade en signifikant skillnad i sjukskrivningsdagar mellan interventionsgruppen (27,5 kalenderdagar) och kontrollgruppen (50,8 kalenderdagar) vid 12-månadersuppföljningen. Efter 18 månader fanns en icke signifikant skillnad (45,0 respektive 62,6 kalenderdagar). Även en signifikant förbättring av depressiva symtom framkom i interventionsgruppen. Vid analys av enbart de deltagare som genomfört interventionen var resultaten ytterligare förbättrade.

*Kommentar:* Stort bortfall i alla led men ändå goda resultat av interventionen. Välgjord studie. Bortfallet i interventionsgruppen kan bero på att dessa individer inte kände sig sjuka eller funktionsnedsatta och därför hade dålig motivation att fortsätta behandlingen.

*Netterström B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient RTW and symptom reduction: Results from a randomised wait-list controlled trial. Psychother Psychosom 2013;82:177-186*

*Land:* Danmark

*Design:* Randomiserad kontrollerad studie.

*Studiepopulation:* 198 patienter från Köpenhammed långtidssjukskrivning för stressrelaterade åkommor. Flertalet var kvinnor (82 %) och relativt välutbildade.

*Diagnos:* Adjustment disorder.

*Intervention:* Åtta entimmes individuella stressbehandlingssessioner under tre månader, dialog med arbetsplatsen och åtta tvåtimmars gruppbehandlingar med mindfulness under åtta veckor. En kontrollgrupp fick 12 behandlingar hos psykolog under en tremånadersperiod. En annan kontrollgrupp ställdes på väntelista till interventionen.

*Uppföljning:* Tre månader.

*Resultat:* I interventionsgruppen hade 67 % återvänt till arbetet på heltid, i kontrollgrupp med psykologbehandling 36 % och i väntelistsgruppen 24 %. OR för RTW efter kontroll för ålder, kön och sjukskrivning före behandling var 6.82 (2.7-16.7) för interventionsgruppen och 3.89 (1.7-8.5) i psykologbehandlingsgruppen jämfört med väntelistsgruppen.

*Kommentar:* Resultaten är goda men uppföljningstiden mycket kort. Grupperna små vilket gör resultaten mer osäkra.

*Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJH, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based RTW program for workers on sick leave due to CMD: a cluster randomized controlled study. Scand J Work Environ Health 2013;39:144-154*

*Land:* Nederländerna

*Studiedesign:* Kluster randomiserad kontrollerad studie.

*Studiepopulation:* 160 arbetare sjukskrivna mellan 2 och 8 veckor, främst kvinnor anställda i offentlig sektor anmälda från 56 företagsläkare. 75 fick interventionen och 85 utgjorde kontrollgrupp. Randomiseringen gjordes utifrån företagsläkare.

*Diagnos:* CMD (depression, ångestsyndrom och stressrelaterad sjuklighet).

*Intervention:* Att i en reell situation stödja deltagarna att använda en aktiv problemlösning och att exponera dem gradvis för stressande situationer i arbetslivet (RTW-E). Tanken med detta var att minska tendens

till att dra sig tillbaka (avoidance-behaviour). Kontrollgruppen fick en sedan tidigare implementerad behandling som också innehöll stöttning och problemlösning. Företagsläkarna var i bägge grupperna de som ledde processen.

*Uppföljningstid:* Ett år.

*Resultat:* RTW-E gruppen hade en längre sjukskrivningstid än kontrollgruppen (HR för RTW mer än 28 dagar var 0.55). Inga skillnader i svårighetsgrad av sjukdomen fanns mellan grupperna.

*Kommentar:* Studien är mycket välgjord även om det kan finnas vissa problem att tolka resultaten utifrån små studiegrupper. Flera olika analyser är gjorda utifrån underdiagnos, följsamhet till interventionen mm men resultatet blev detsamma. Skillnaden mellan RTW-E och kontrollbehandling var relativt liten.

*Sandmark H. Health, sleep, and professional career in female white-collar workers back to work after long-term sick-listing due to minor mental disorders.*

*Scand J Public Health 2011;39:823-829*

*Land:* Sverige

*Design:* Prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* Slumpmässigt urval från Alectas databas av 233 kvinnor från mellansverige i tjänstemannayrken som var långtidssjukskrivna  $\geq 90$  dagar 2004 p.g.a. en psykiatrisk diagnos. 193 kvinnor deltog i hela studien.

*Diagnos:* Stressrelaterad sjukdom eller någon psykiatrisk diagnos.

*Intervention:* Ingen specifik men uppföljning av vilka faktorer som skilde kvinnor som återvänt till arbete efter 34 månader från dem som inte gjort det.

*Uppföljning:* 34 månader.

*Resultat:* 133 kvinnor hade återvänt till arbete eller studier vid uppföljningen. 46 % av dessa hade bytt arbetsplats eller arbetsuppgifter. De sov bättre och hade bättre kontroll över sitt liv. Någon skillnad i hälsa fanns inte mellan grupperna.

*Kommentar:* Studien hävdar att det inte var särskilt svårt för denna långtidssjukskrivna grupp att byta arbete eller arbetsplats och detta var en förklaring till arbetsåtergången.

*Stenlund T, Nordin M, Slunga Järholm L. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: A 3-year follow-up of the REST study J Rehab Med 2012;44:684-690*

*Land:* Sverige

*Design:* Randomiserad kontrollerad kohortstudie.

*Studiepopulation:* 106 personer som genomfört en ett-årig rehabilitering efter långtidssjukskrivning för utmattningssyndrom (per-protokollanalys).

*Diagnos:* Utmattningssyndrom.

*Intervention:* Kognitivt orienterad beteendehabilitering (CBR) och Qigong i interventionsgruppen och enbart Qigong i kontrollgruppen.

*Uppföljning:* Tre år efter avslutad intervention.

*Resultat:* Interventionsgruppen rapporterade mer återhämtning från sina utmattningssymtom, hade minskat sin medicinering för depression och använde mer verktyg de lärt sig av CBR än kontrollgruppen. Ingen skillnad kunde uppmätas i RTW. Alla som återgått i arbete i bägge grupperna rapporterade större trötthet och att de fortfarande hade symtom än den arbetande befolkningen generellt.

*Kommentar:* Stora bortfall försvårar tolkningen.

*van der Felz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual.*

*Neuropsychiatric disease and treatment 2010;6:375-385*

*Land:* Nederländerna

*Design:* Kluster randomiserad kontrollerad studie.

*Studiepopulation:* 24 företagsläkare med 60 patienter, som varit sjukskrivna > sex veckor och ingen planerad arbetsåtergång inom ytterligare sex veckor.

*Diagnos:* CMD (depression, ångestsyndrom och panik syndrom).

*Intervention:* Kombinerad behandling av företagsläkare specialtränad inom psykiatri och psykiater specialtränad att tänka och förstå arbetsmedicin och arbetsåtergång.

*Uppföljning:* Tre och sex månader.

*Resultat:* Tiden till arbetsåtergång var 68 dagar kortare i interventionsgruppen. Efter tre månader hade 58 % i interventionsgruppen och 44 % i kontrollgruppen återgått i arbete. Efter sex månader var siffrorna 85 % respektive 84 %.

*Kommentar:* Grupperna är små och efter så kort tid som sex månader var grupperna lika beträffande arbetsåtergång.

*Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of stress management intervention on absenteeism and return to*

*work-results from a randomized wait-list controlled trial. Scand J Work Environ Health 2011;37:186-195*

*Land:* Danmark

*Design:* Randomiserad kontrollerad prospektiv kohort.

*Studiepopulation:* Personer från den arbetande befolkningen i Århus 18-67 år. Av 173 som remitterades till studien randomiserades 51 till intervention och 51 till en väntelista på 16 veckor.

*Diagnos:* Personer både i arbete och sjukskrivna som angett stress-relaterade symtom och svårigheter att fullfölja arbetet och klara dess krav.

*Intervention:* Stress-reducerande KBT.

*Uppföljning:* 48 veckor.

*Resultat:* De som fått interventionen under vecka 1-16 hade färre sjukdagar jämfört med gruppen som fick sin intervention vecka 17-32 (väntelistgruppen). Ingen skillnad i permanent arbetsåtergång fanns mellan grupperna (en tendens fann men små grupper och därmed låg statistisk styrka).

*Kommentar:* Kort uppföljningstid av små grupper. Bägge grupperna hade dessutom fått intervention vid 48 veckorsuppföljningen.