



Ledare

Det påstås ofta att vi har en dramatisk ökning av den psykiska ohälsan i Sverige. Om sjukskrivningsstatistik tas som indikator på psykisk ohälsa så stämmer inte detta. Av Försäkringskassans Socialförsäkringsrapport 2014:4 framgår att antalet påbörjade sjukfall längre än 14 dagar är detsamma som för 10 år sedan (se figur 1 nedan från sidan 10 i nämnda rapport). Det gäller både somatiska och psykiska diagnoser.

Mer än 90 % av de psykiatriska sjukdomsfallen faller inom ICD-10 kategorierna ångestsyndrom (omkring 55 procent inom diagnoskategori F40–F48) och förstämningssyndrom (strax under 40 procent inom diagnoskategori F30–F39). Enligt rapporten har både kvinnor och män verksamma inom yrken med nära kontakt med brukare av olika typer av välfärdstjänster eller andra personliga tjänster (kontaktyrken) en tydligt högre risk att påbörja sjukfall med psykisk diagnos. Det gäller särskilt yrken inom vård, skola och omsorg. Sjukskrivning för psykisk diagnos är också vanligare i storstadsområden.

Är det farligt att arbeta? Att man kan bli sjuk av arbetet är känt sedan länge. Men ifall arbete har en övervägande positiv eller negativ inverkan på individens hälsa kan diskuteras. Vålbefinnande och livslängd påverkas av en rad faktorer, både på arbetsplatsen men också i samhället i övrigt. Även om arbetsbefrielse innebär att risker i yrkeslivet undviks kan utanförskapet innebära ekonomiska och sociala faktorer med större risker för ohälsa. Så att undvika arbete genom sjukskrivning eller förtida pension förefaller inte vara en bra idé.



Medellivslängden för personer med långtids-sjukskrivning eller förtidspension ("aktivitets- och sjukersättning") är kortare än för befolkningen i genomsnitt. Detta visar det Uppsalabaserade Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) i en rapport (2013:8). Mortaliteten hos nybeviljade

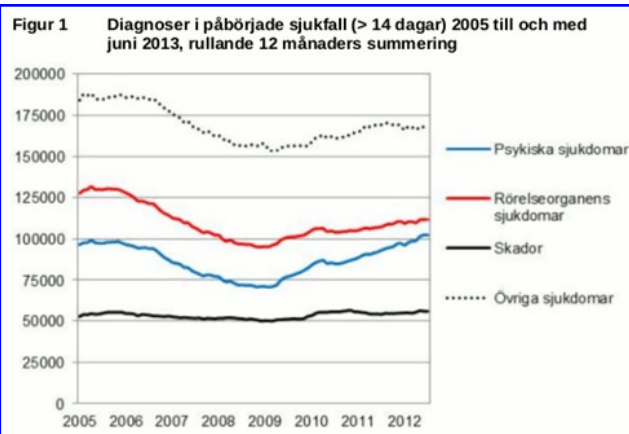
förtidspensionärer är 2,5 till 4,5 gånger högre än för befolkningen i sin helhet under åren 1986 till 2008. Manliga förtidspensionärer har högre relativ mortalitetsrisk än kvinnor.

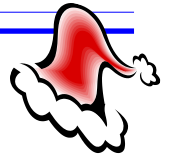
Grön Rehab i Uppsala avslutas i januari 2015. Sedan starten i oktober 2011 har 210 personer påbörjat projektet. Vistelse och aktiviteter i skog har varit grunden men också deltagande i en variant av tredje vågens kognitiva beteendeterapi kallad "Acceptance and Commitment Therapy" under ledning av två leg psykologer vid Arbetsrehab.

Man kan visa mycket med statistik och för den riktiga kalenderbitaren så har Statistisk årsbok 100-årsjubileum 2014. Boken inleds med en exposé över Sveriges offentliga statistik under de gångna 100 åren. I början var årsboken tvåspråkig, på svenska och franska, eftersom franska var det internationella språket inom diplomati och kommunikation. Boken skrivs numera på svenska, med enstaka engelska inslag. Under dessa 100

år har medellivslängden ökat med 25 år. Fru medelsvensson har 2013 bytt namn från fru Johansson till Anna Maria Andersson och är 42 år. Herr medelsvensson heter fortfarande Karl Fredrik Johansson och är 40 år.

*Robert Wålinder,
Verksamhetschef*





Modernt arbetsliv! Vad gör oss friska av arbetet?

V arför blir medarbetare sjuka p.g.a. arbetet? Kan vi undvika att medarbetare drabbas av psykisk ohälsa och presterar bättre? Det är nyckelfrågor, i internationellt perspektiv, för att förbättra svensk konkurrenskraft. Sverige är ett relativt litet land och vi verkar i en internationell miljö där vi relativt sett är mer beroende av den internationella marknaden jämfört med många andra västländer.

Vi har i Sverige haft ett relativt starkt fokus på att skapa säkra arbetsmiljöer där arbetet inte skall skada medarbetarna. Det olycksförebyggande arbetet har varit mycket framgångsrikt. Vi har t.ex. färre allvarliga arbetsolycksfall per anställd än vårt grannland Norge. Det beror delvis på förebyggande arbetsmiljöarbete men också på näringslivets sammansättning. Vi har haft en positiv trend vad avser att minska sjukskrivningar. Statistik från de senaste 4 åren har dock visat att sjukskrivningar p.g.a. psykisk ohälsa ökar. Det är en ny utmaning som kräver nya arbetssätt. Psykisk ohälsa är en utmaning där vi konfronteras med att arbetet är viktigt för vår hälsa. Det finns en komplicerad interaktion med faktorer utanför arbetslivet och det finns inget gränsvärde där man konstaterar, att om detta värde överskrids så uppstår ohälsa. Det finns omfattande stöd för att man framöver bör fokusera mer på vad som skapar goda arbetsmiljöer som alternativ eller komplement till att undvika dåliga arbetsmiljöer.

Ett centralt begrepp för att förstå vad som skapar god arbetsmiljö är organisatorisk rättvisa. Det omfattar både aspekten "procedural justice" förenklat hur beslutsstrukturen i verksamheten fungerar och "relational justice" förenklat hur vi interagerar med varandra på arbetsplatsen. Det senare begreppet kan uttolkas som att hur rättvist eller schysst våra insatser bedöms av chefer och medarbetare. Det senare har omfattande stöd i litteratur kring psykosocial miljö, där det är väl visat att stöd från chefer och medarbetare är viktigt för hälsa". Nedan följer en redovisning av några av de undersökningar som stöder teorin.



Kivimäki studerade 1156 män och 6219 kvinnor som arbetade på 10 finska sjukhus. Frågor om organisatorisk rättvisa användes för att skatta exponering. Låg beslutsrättvisa var associerad med 41 % ökad sjukfrånvaro för män och 12 % ökad risk för kvinnor. Risken för psykisk ohälsa var också ökad och skattad livskvalitet sänkt. Motsvarande resultat fanns för låg relational justice. Elovainio o.a. (2003) genomförde en mindre studie baserad på personal från 10 finska sjukhus, 416 män och 3357 kvinnor, indikerar att sömnproblem medierar hälsoeffekter som psykisk ohälsa mätt med ett standardiserat formulär GHQ12. Head o.a. (2007) visade att män och kvinnor med låg organisatorisk rättvisa mätt med frågor om relational justice hade ökad risk, 14 % och 21 % för perioder med sjukfrånvaroepisoder om minst 7 dagar. De fann motsvarande resultat för hög jämfört med låg "effort-reward imbalance" Gimeno o.a. (2009) studerade 4398 män och 1923 kvinnor 35-55 år som följdes över 18 år. Rättvisa på arbetsplatsen skattades med frågor om "relational justice". Den visade att en hög nivå av organisatorisk rättvisa var associerad med lägre risk för nyinsjuknande av metabolt syndrom, vilket inkluderar diabetes mellitus, bland män (HR 0.75; 95 % CI 0.63 to 0.89). Det fanns även en motsvarande tendens för kvinnor men den var inte statistiskt signifikant. Elovainio o.a. (2009) skattade organisatorisk rättvisa med frågor om relational justice vid 2 tillfällen och frågor om sömnkvalitet vid 3 tillfällen, 1989-90, 1997-99 respektive 2003-04 på en kohort om 3763 män och 1446 kvinnor. Låg rättvisa var för män associerad med sömnproblem som insomning och att inte vakna utsövd. För kvinnor fann man ett samband mellan låg organisatorisk rättvisa och sömnproblem inklusive insomningsproblem. Författarna drog slutsatsen att sömnproblem kan vara en potentiell mekanism för hur organisatorisk rättvisa kan påverka hälsa.



forts nästa sida...

”fortsättning modernt arbetsliv...”



Elovainio o.a. (2013) visade i denna prospektiva studie att det finns en relation mellan organisatorisk rättvisa och förekomst av minst en episod av 9 dagars sjukfrånvaro med diagnostiserad ångestsjukdom. Studien använde sig av en analys där skattningen av rättvisa baserades på svar från medarbetare och inte den som drabbats. Sambandet kvarstod vilket visar att det inte kan förklaras av så kallat omvänt orsakssamband.

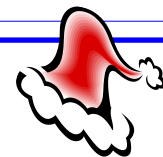
Vi har i vår forskargrupp valt att studera friska arbetsplatser (Stoetzer o.a. 2014 a). Vi fann att företag med långtidsfriska medarbetare hade bättre utvecklade strategier för ledarskap och kompetensförsörjning, delaktighet, kommunikation samt syn på hälsa och sjukfrånvaro. Vi analyserade också verksamheterna med avseende på organisatorisk rättvisa (Stoetzer o.a. 2014 b) och fann att ”relational justice” eller hur vi samverkar med varandra kunde förklara varför friska verksamheter har långtidsfriska medarbetare. Vi har också funnit att stressrelaterade mått, som hur man som medarbetare sover har stor påverkan för prognosen vid t.ex. ryggbesvär, Aili K o.a. 2014. Resultaten stämmer mycket väl överens med att man funnit samband mellan symptomförekomst och känsla av sammanhang före inomhusrelaterade besvär (Runeson o.a. 2003).

Magnus Svartengren, professor



Referenser

- Kivimäki, M Elovainio, J Vahtera, J E Ferrie. Organizational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003;60:27–34.
- Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L, Virtanen M. Sleeping problems and health behaviors as mediators between organizational justice and health. *Health Psychol* 2003;22:287–93.
- Head J, Kivimäki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vahtera J, Shipley MJ, Marmot MG. Effort–reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: The Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;63:433–440.
- Gimeno D, Tabák AG, Ferrie JE, Shipley MJ, De Vogli R, Elovainio M, Vahtera, Marmot MG, Kivimäki M. Justice at work and metabolic syndrome: the Whitehall II study *Occup Environ Med* 2010;67:256e262. doi:10.1136/oem.2009.047324.
- Elovainio M, PHD, Ferrie JE, Gimeno D, De Vogli R, Shipley M, Brunner EJ, Kumari M, Vahtera J, EL G. Marmot MG, Kivimäki M. Organizational Justice and Sleeping Problems: The Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine* 2009;71:334–340
- 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: Results from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. *Social Science & Medicine* 2013;91:39-47.
- Stoetzer U, Bergman P, Åborg C, Johansson G, Ahlberg G, Parmsund M, Svartengren M. Organizational factors related to low levels of sickness absence in a representative set of Swedish companies. *Work*. 2014;47(2):193-205. doi: 10.3233/WOR-2012-1472.
- Stoetzer U, Åborg C, Johansson G, Svartengren M. Organization, relational justice and absenteeism. *Work*. 2014;47(2):521-529. doi: 10.3233/WOR-2012-1472.
- Aili K, Nyman T, Svartengren M, Hillert L. Sleep as a predictive factor for the onset and resolution of multi-site pain: A 5-year prospective study. *Eur J Pain*. 2014 Jul 23. doi: 10.1002/ejp.552.
- Runeson R, Norbäck D, Stattin H. Symptoms and sense of coherence--a follow-up study of personnel from workplace buildings with indoor air problems. *Int Arch Occup Environ Health* 2003;76(1):29-38. Epub 2002 Aug 21.



Konsekvenser av att vara sjukskriven

Mellan den 11 och 13 september 2014 hölls i Stockholm en konferens i försäkringsmedicin, EUMASS (The European Union of Medicine in Assurance and Social Security). Ett tema för konferensen var evidens inom sjukförsäkringsområdet och slutsatsen var att det finns relativt lite forskning framförallt om konsekvenser av att vara sjukfrånvarande. Eftersom sjukskrivning är vanligt i Sverige är det viktigt att kunna belysa de eventuella följder som finns både på kort och på lång sikt. I en nyligen publicerad artikel från Karolinska Institutet har man undersökt kopplingen mellan sjukfrånvaro och självmord. Det visar sig att unga personer med aktivitetsersättning har en betydligt högre risk för självmordsförsök. Personer med mentala diagnoser har nästan en fyra gånger så hög risk jämfört med personer utan aktivitetsersättning (1). Det finns samband mellan längre perioder av sjukskrivning och arbetsfrånvaro. Efter 15 år har de som haft mer än 60 dagars sjukskrivning högre risk att vara frånvarande från arbetet i form av sjukskrivning, arbetslöshet eller sjukersättning (förtidspension). Dessutom är den totala inkomsten de efterföljande 15 åren bara runt två tredjedelar av den inkomst som personer utan sjukskrivning har (2).

Orsaken till varför sjukfrånvaro leder till ohälsa och arbetsfrånvaro kan vara allt från individuella egenskaper till strukturella faktorer på arbetsmarknaden. Orsakerna kan även vara motstridiga, för samtidigt som forskning visar att långa sjukskrivningar ökar risken för permanent arbetsfrånvaro (3) visar andra studier på att även tidiga insatser av rehabilitering förlänger ett sjukfall (4). Andra studier visar att även kortare upprepade sjukfrånvaro ökar risken för framtida långtidssjukskrivning (5). Det gäller alltså i hög grad att sätta in rätt resurser till rätt personer i rätt tid. I en av de mer uppskattade föreläsningarna på EUMASS, menar Patrick Loisel, professor vid universitetet i Toronto, att hänsyn måste tas till hela situationen som varje sjukskriven individ befinner sig i. Man har sett att exempelvis relationsproblem, problem på jobbet, personliga förmågor att klara svåra situationer men även institutionella faktorer, som hur lätt det är att bli sjukskriven, har betydelse för om man blir sjukskriven eller inte (6). Loisel går även så långt att han menar att sjukskrivning är ett beslut varje individ fattar utifrån sin personliga, sociala och kulturella synvinkel.

Även om det kan diskuteras hur mycket den egna viljan har med sjukskrivning att göra så konstaterar en svensk studie att uppemot 70 % av befolkningen rapporterar ohälsa och att 40 % har en konstaterad sjukdom men att de allra flesta trots detta fortsätter att arbeta (7). Sammantaget kan man säga att konsekvenser av sjukskrivning är ett forskningsfält som är i sin linda, men att det finns studier som indikerar ett samband mellan sjukskrivning och ökad risk för framtida arbetsfrånvaro och sämre hälsa. På kort sikt kan det tyckas vara en bra idé att sjukskriva men på längre sikt verkar det för vissa personer vara förödande. Sjukskrivning ska därför användas med beaktande av att det även kan tillkomma oönskade bieffekter.

Magnus Helgesson, doktorand

Referenser

1. Wang M. et al. Are all-cause and diagnosis-specific sickness absence, and sick-leave duration risk indicators for suicidal behaviour? A nationwide register-based cohort study of 4.9 million inhabitants of Sweden. *Occup Environ Med.* 2014;71(1):12-20.
2. Helgesson M. et al. Sickness absence at a young age and later sickness absence, disability pension, death, unemployment and income in native Swedes and immigrants. Submitted.
3. Gjesdal S. et al. Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykmelde. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2005;125(13):1801-5.
4. Johansson P. et al. 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.
5. Hultin H. et al. Short-term sick leave and future risk of sickness absence and unemployment - the impact of health status. *BMC Public Health.* 2012;12:861.
6. Loisel P. et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):507-24.
7. Wikman A. et al. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(6):450-4.



Företagshälsovård - Mission (im)possible



Under Värmötet i Uppsala genomfördes ett arbetsseminarium (open space) kring företagshälsovårdens (FHV:s) framtida möjligheter. Denna mötesform lämpar sig särskilt väl när man snabbt vill komma igång med något nytt. FHV har utretts i decennier, en utredning har följts av nästa. Men just därför kan det vara på sin plats med en mer öppen diskussion för att få upp nya tankar till ytan.

Diskussionerna inleddes med korta anföranden av inbjudna talare:

Karin Nord, företagsläkare från Kramfors, inledde med att vädja till FHV att bättre ta till vara den erfarenhet som FHV-enheterna har från rehabilitering och sjukvård, och utifrån dem dra slutsatser om åtgärder som behövs. Vidare får inte FHV vara rädda för att kommunicera direkt med de högsta cheferna.

Professor Magnus Svartengren, verksam både på Arbetsmiljöverket och på Arbets- och miljömedicin i Uppsala, poängterade att FHV behöver synas mer (nischa ut sig). För detta måste man arbeta med evidensbaserade metoder och utvärdera sin verksamhet. På så vis byggs trovärdighet och ett starkt varumärke.

Vår första professor inom FHV-området, Irene Jensen, önskade att FHV ska vidga sitt område och inte enbart jobba som förr. Vidare är det viktigt för trovärdigheten i branschen att FHV-enheten själv är en hälsosam arbetsplats d.v.s. föregår med gott exempel.

Några rubriker som mötesdeltagarna ville fördjupa sig i var:

- Utbildningarnas roll för framtiden.
 - Metoder för utvärdering av företagshälsovård.
 - Hur gör vi för att hamna på rätt nivå i företagen, och få prata med dem vi egentligen vill nå?
- Hur gör vi för att arbeta målinriktat och inte produktinriktat?

Frågor om framtidens kompetensförsörjning inom FHV samlade snabbt deltagare till en egen diskussionsgrupp. Här framkom en idé om att försöka samordna vissa delar i magisterprogrammen med kurskraven i företagsläkarnas specialistutbildning (Arbetsmedicin). Det man hoppades uppnå var ett ökat gemensamt fokus för vad som krävs för att jobba inom FHV.

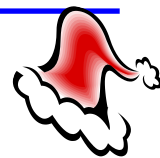
Den klassiska frågan om sjukvårdens vara eller inte vara inom FHV samlade också en grupp. Några läkare med bakgrund från andra områden önskade att få träffa patienter och använda sin kompetens fullt ut och man konstaterade att det innebar en avsevärd omställning att gå från sjukvård till företagshälsovård. Andra i gruppen upplevde istället att de fick kämpa för att nischa sig mot det arbetsmedicinska hållet och komma ifrån den gamla rollen med sjukskrivning och behandling.

Efter ett par timmars intensivt sampråk i grupperna så konstaterades avslutningsvis att detta var en givande seminarieform där alla kunde ta för sig och delta. Dokumentation från seminariet finns som en rapport på vår hemsida:

http://ammuppsala.se/sites/default/files/varmote2014/fredag/Tema_21_fhv_mission_impossible.pdf

Margareta Torgén, överläkare



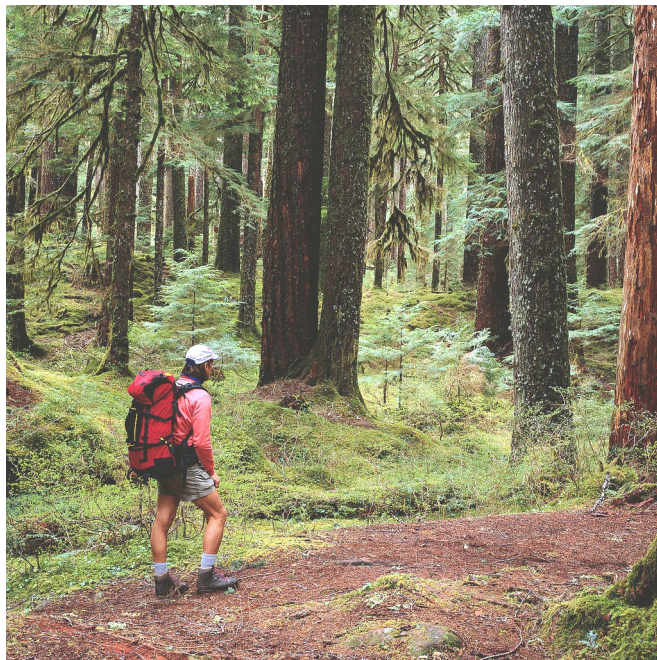


Grön Rehab - ett startskott för att återställa arbetsförmåga

Grön Rehab är ett samverkansprojekt finansierat av Samordningsförbundet där Arbetsförmedlingen (projektägare), Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län samt Skogsstyrelsen är samverkande parter.

Projektet riktar sig till personer som står långt från arbetsmarknaden, med målet att deltagarna ska vara bättre förberedda för den arbetslivsinriktade rehabilitering som vidtar efter Grön Rehab, en rehabilitering som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan gemensamt ansvarar för. Deltagarna får under 8 veckor delta i aktiviteter i skog och mark ledda av Skogsstyrelsen, de får genomgå en grundläggande utbildning i behandlingsmetoden Acceptance and Commitment Therapy (ACT) under ledning av projektets psykologer och de träffar en arbetsförmedlare för att diskutera vägen vidare efter Grön Rehab. Två grupper löper parallellt, med som mest 8 deltagare per grupp. Programmet innehåller aktiviteter 4 timmar per dag, 4 dagar per vecka. Utöver det ordinarie programmet erbjuds deltagarna en individuell kontakt med psykolog. Så länge en arbetsrehabilitering eller arbetsåtergång är aktuell kan kontakten med psykologen fortsätta även efter det att individen avslutat det ordinarie programmet.

De första deltagarna påbörjade Grön Rehab i oktober 2011. Projekttiden var satt till 2 år, men har sedan förlängts vid 2 tillfällen. I januari 2015 kommer projektets sista deltagare att avsluta sina veckor i projektet, och därefter upphör projektet. Styrgruppen för projektet, med representanter för de i projektet ingående myndigheterna, har beslutat att Grön Rehab inte kommer att implementeras. En arbetsgrupp med representanter för de olika myndigheterna arbetar dock vidare med frågan hur erfarenheter från projektet kan tillvaratas för att gagna myndigheternas samverkan.



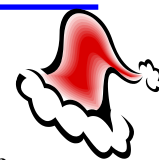
Den 6 november höll personalen i Grön Rehab ett slutseminarium i Uppsala där resultaten hitintills från projektet presenterades. Under denna tid har 210 personer påbörjat Grön Rehab.

Utifrån projektplanen ska 70 % av deltagarna gå vidare till arbetslivsinriktad rehabilitering efter Grön Rehabs avslut. Utav dessa ska 50 % ha en anställning eller påbörjat studier 1 år efter projektstart. Utifrån att det för flera individer i projektet ännu inte gått 1 år sedan start i Grön Rehab, har en sådan uppföljning kunnat göras för 159 personer. Den visar att av de 159 individer som påbörjade Grön Rehab har 129 gått vidare till arbetslivsinriktad rehabilitering. Denna andel utgör 81 % av deltagarna, vilket alltså är över projektmålet. 1 år efter projektstart är 38 personer (29 %) tillbaka i sjukskrivning, 62 personer (48 %) arbetstränar och 29 personer (22 %) har en anställning eller studerar. Projektets mål att 50 % av de som gått vidare efter Grön Rehab skulle ha anställning eller studera nåddes sålunda inte. Att nästan hälften av individerna arbetstränar vid tiden för uppföljning tyder på att det behövs längre tid än ett år för att återfå en arbetsförmåga. Även om målet inte uppnåddes poängterade Erland Fischer (ordförande i Grön Rehabs styrgrupp) under seminariet, att resultaten är bättre än för den ordinarie verksamheten där samverkan sker med Försäkringskassan.

Under seminariet presenterades resultat från de mätningar som psykologerna ansvarat för. Deltagarna har fyllt i en formulärsamling innan de påbörjat Grön Rehab samt under den sista veckan i projektet.

forts nästa sida...

fortsättning "Grön Rehab..."



Svaren visar att över hälften av deltagarna rapporterar en förbättring rörande acceptans av smärta (där samma mönster återfinns i de båda underskalorna rörande förmåga att utföra meningsfulla aktiviteter tillsammans med smärta samt villighet att uppleva smärta), acceptans av obehagliga tankar och känslor, nuvarande hälsotillstånd samt generell arbetsförmåga.

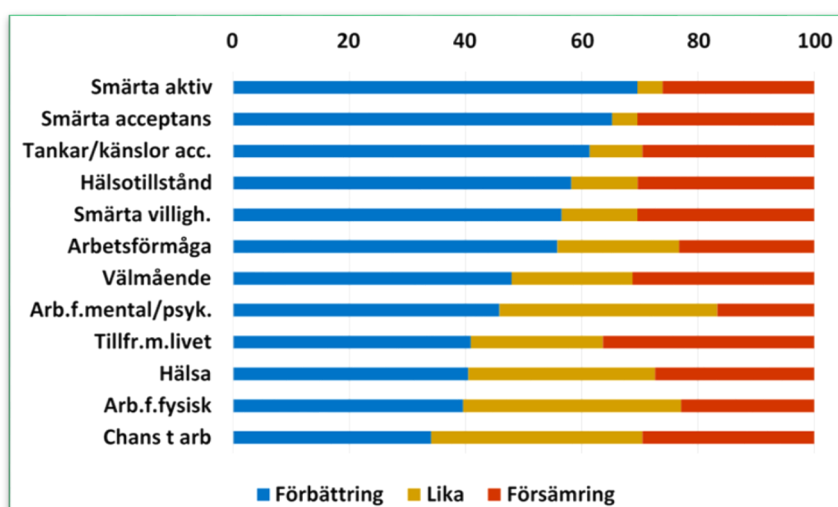
Med ett undantag gäller för övriga formulär att andelen som rapporterar en förbättring är större än andelen som rapporterar en försämring respektive andelen som inte uppvisar någon förändring alls. Dessa formulär mäter generellt välmående, mental/psykologisk arbetsförmåga, fysisk arbetsförmåga, tillfredsställelse med livet samt hälsa. Undantaget är ett formulär gällande upplevelse av chans till arbete 6 månader efter Grön Rehabs avslut.

För detta formulär gäller att andelen personer som inte rapporterar en förändring är större än gruppen som rapporterar en förbättring, vilken i sin tur är större än gruppen som rapporterar en försämring.

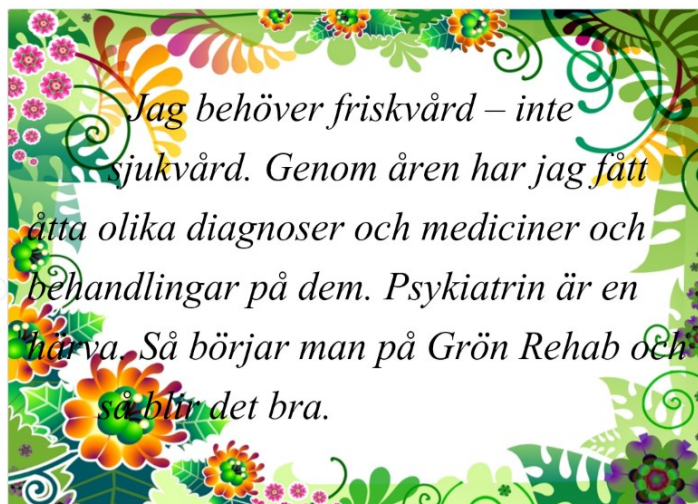
De största förändringarna i medelvärden skedde för formulären gällande arbetsförmåga (generell, mental/psykisk samt fysisk), hälsa och hälsotillstånd, acceptans av obehagliga tankar och känslor samt acceptans av smärta (även för de ingående underskalorna uppvisades förändringar i samma storleksordning). Transformerade till en skala mellan 0 och 100 låg förändringarna inom dessa formulär på mellan 4 och 8 skalsteg (se figur nedan).

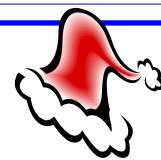
För att uttala sig om storleken på effekterna behöver resultaten jämföras med andra arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. En annan möjlighet är att göra rent statistiska beräkningar på effektstorlekar. I nuläget har detta inte gjorts, men förhoppningen är att en utvärdering avseende effektstorlekar kommer att göras till den slutrapport som kommer att skrivas vid projektets avslut. I samband med slutrapporten planeras även en artikel till nästa AMM:s nyhetsblad som mer detaljerat går igenom resultaten från projektet.

Nikodemus Enger, psykolog



Citat från en deltagare





Positiva skyddsronder

Är arbete bra för hälsa och välbefinnande? Den frågan ställde sig de brittiska forskarna Wadell och Burton 2006 och svaret blev ja med vissa reservationer därför 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 också finns negativa aspekter med arbete där fysiska och psykosociala arbetsmiljöfaktorer kan utgöra hälsorisker.

Under de senaste decenniernas arbetsmiljöarbete och arbetarskydd har elimination av skadliga exponeringar varit mest framträdande. I ett mer modernt arbetsliv så har många av de tidigare skadliga miljöerna med kemiska, fysiska och fysikaliska exponeringar omhändertagits och det förebyggande arbetet varit framgångsrikt.

Idag dominerar de psykosociala exponeringarna och dessa är inte så lätta att eliminera. Det går inte att eliminera dåliga chefer och det går inte att skriva en författning från AV om god kommunikation och delaktighet. När den dåliga psykosociala miljön finns där är den svår att komma åt med traditionella metoder. Vi måste därför jobba ännu mer preventivt och stärka det friska.

Hälsan bör inte tåga still utan göra sig hörd i allra högsta grad. Genom internationell forskning vet vi vilka faktorer som gynnar en frisk arbetsplats, nämligen positiva, tillgängliga och rättvisa ledare, utvecklad kommunikation, samarbete/teamarbete, positivt socialt klimat, medinflytande/delaktighet, autonomi/empowerment, rolltydlighet med tydliga förväntningar och mål, rättvisa, erkännande, att utvecklas och växa i arbetet, lagom arbetstempo och arbetsbelastning, administrativt och/eller personligt stöd i arbetet, bra fysisk arbetsmiljö samt bra relationer till intressenterna.

En klok person har sagt ”Healthy organizations are not created by accident” d.v.s. det är inte en slump vilka arbetsplatser som är friska och har produktiva medarbetare. Kanske borde vi börja gå positiva skyddsronder där det friska och goda i en organisation uppmärksammas för att ytterligare förstärka arbetets helande krafter och minimera skador från en dålig arbetsmiljö.

Eva Vingård, professor



Personal

Psykolog Roma Runeson-Broberg (RRB) antogs den 16 september 2014 som docent i arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet.

Gunnar Aronsson, professor i arbets- och organisationspsykologi, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, skriver i sitt yttrande om RRBs forskning ”RRBs intresse för och

fokus på personlighetens roll för hälsa (särskilt individuell sårbarhet) i ett arbetslivssammanhang är inte huvudfåran i den stressrelaterade arbetspsykologiska och arbetsmedicinska forskningen i Skandinavien och Europa, där personlighetsaspekter inte har haft någon framträdande roll utan fokus har legat på externa förhållanden och villkor.

I RRBs studier kombineras interna faktorer (personlighet) och externa (framförallt organisatoriska som krav-kontroll och stöd) på ett i mitt tycke fruktbart sätt. RRBs forskningsansats intar därmed en position mellan den ovannämnda huvudfåran och den strömning där nära nog allt fokus ligger på individfaktorer, personlighet och upplevelser och litet utrymme och intresse ges externa organisatoriska och andra förhållanden. Den positioneringen måste betecknas som positiv och kan bidra till att föra samman individ- och miljöaspekter i arbetslivsforskningen.”



God Jul & Gott Nytt År



Seminarier/Kurser



Seminarium för ergonomer 13 januari 2015 i Gävle

Arbets- och miljömedicin arrangerar en ergonomidag på temat öppna kontorsmiljöer i samarbete med Centrum för belastningsskadeforskning Högskolan i Gävle. Anmälan och mer information se www.ammuppsala.se

Disputation 6 februari 2015 kl 9.00

Erik Lampa

Mixture effects of environmental contaminants.

Plats: Frödingsalen, Ulleråkersvägen 40, Uppsala

Kurs - KOF-utbildning på distans

Metod för bedömning av arbetsförmåga i befintligt arbete - Krav och Funktionsschema (KOF)
Utbildningen riktar sig till anställda inom företagshälsovården.

[Information/anmälan](http://www.ammuppsala.se)

Ansvarig utgivare

Robert Wälinder

robert.walinder@akademiska.se

Redaktion

Roma Runeson-Broberg

roma.runeson.broberg@medsci.uu.se

Corina Covaciu

corina.covaciu@akademiska.se

Katarina Lifvendahl

katarina.lifvendahl@akademiska.se

Layout

Lenita Öqvist

lenita.oqvist@akademiska.se

Arbets- och miljömedicin, Akademiska sjukhuset, Ulleråkersvägen 40, 751 85 Uppsala
Telefon: 018-611 36 42-43, Fax: 018-51 99 78. www.ammuppsala.se
Regionklinik för landstingen i Gävleborgs, Dalarnas och Uppsala län
Forskargrupp inom Institutionen för [medicinska vetenskaper](http://www.ammuppsala.se), Uppsala Universitet