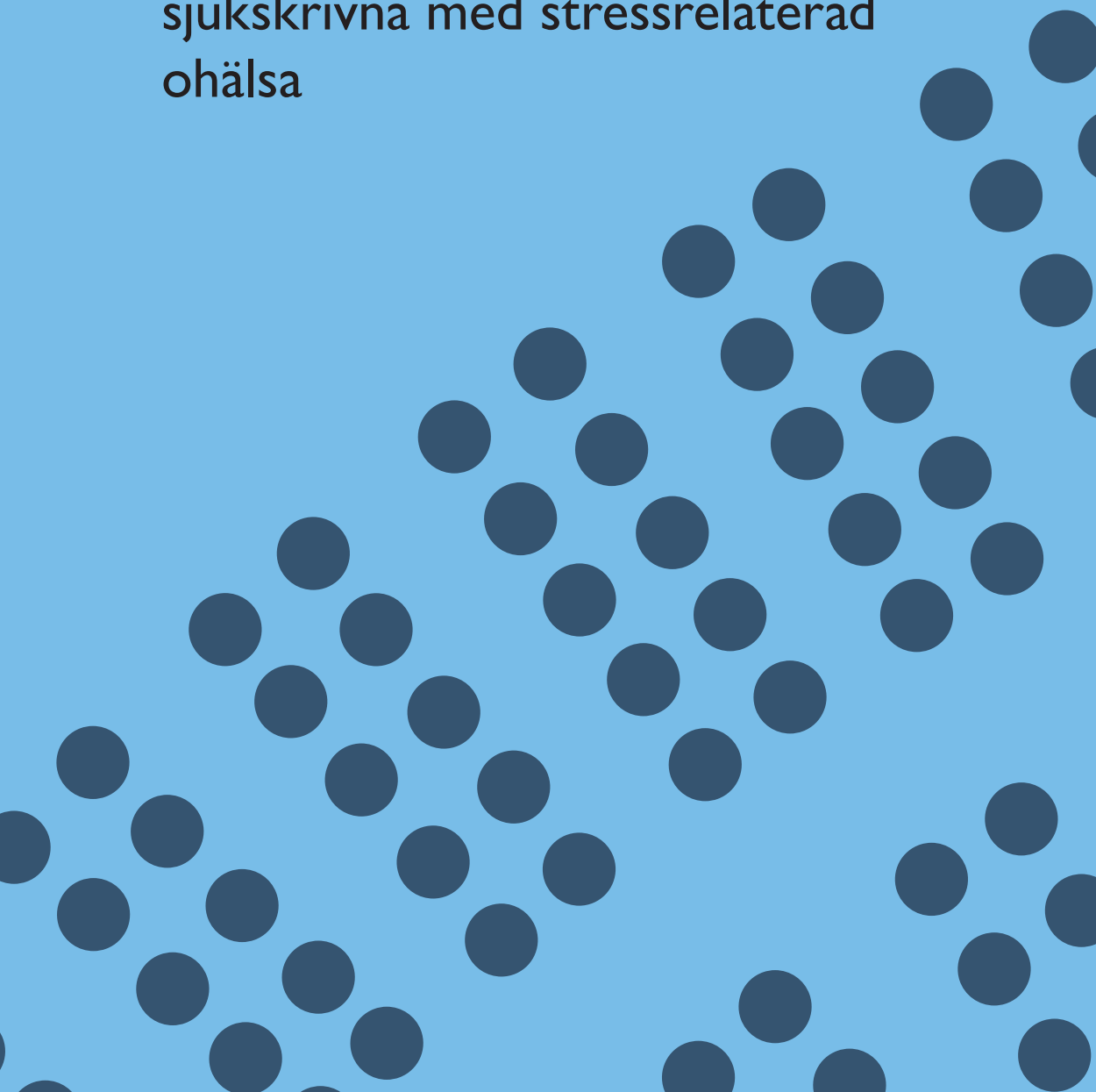


Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR12

Socialförsäkringsutskottet SfU

Offentligt sammanträde om arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa



Offentligt sammanträde om
arbetslivsinriktad rehabilitering för
sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-7915-135-5 (tryck)
ISBN 978-91-7915-136-2 (pdf)
Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2025

Förord

Socialförsäkringsutskottet genomförde den 27 februari 2025 ett offentligt sammanträde om arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa. I det följande redovisas programmet, en förteckning över deltagarna och en utskrift av de uppteckningar som gjordes vid sammanträdet. De bilder som föredragshållarna visade under sina presentationer finns med som en bilaga i rapporten. Sammanträdet direktsändes av SVT Forum, och en videoupptagning finns att se på riksdagens webbplats.

Innehållsförteckning

Förord3

Program5

Uppteckningar från det offentliga sammanträdet.....9

Bilaga

Bilder från det offentliga sammanträdet52

Program

Offentligt sammanträde om arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa

I dag är kunskapen begränsad om vilket stöd de som är sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa får och vad som fungerar för att hjälpa dem tillbaka till arbete. Detta gäller såväl stöd från arbetsgivaren i form av arbetslivsinriktad rehabilitering som vård, behandling och rehabilitering från hälso- och sjukvården. Socialförsäkringsutskottet har nyligen publicerat rapporten Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering (2024/25:RFR1). Sammanträdet syftar till att ytterligare fördjupa kunskapen inom området.

Förutom socialförsäkringsutskottets ledamöter deltar även inbjudna ledamöter från arbetsmarknadsutskottet, socialutskottet och utbildningsutskottet. Under frågestunden kommer samtliga ledamöter att ha möjlighet att ställa frågor till inbjudna talare och övriga inbjudna.

Tid: Torsdagen den 27 februari 2025 kl. 9.00–ca 12.00

Plats: Riksdagens förstakammarsal

Program

9.00–9.05

Inledning, Viktor Wärnick (M), socialförsäkringsutskottets ordförande

9.05–9.15

Kort sammanfattning av rapport 2024/25:RFR1, socialförsäkringsutskottets uppföljningsgrupp

9.15–10.30 Anföranden:

- Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av stressrelaterad ohälsa? En kunskapsöversikt. Gunnel Hensing, professor, Göteborgs universitet (15 min.)
- Erfarenheter av vård och behandling. Elin Lindsäter, leg. psykolog och docent, Karolinska institutet (15 min.)
- Betydelsen av arbetsmiljö och organisationskultur. Monica Bertilsson, docent och universitetslektor, Göteborgs universitet (15 min.)
- Betydelsen av arbetsmiljö och organisationskultur. Petra Lindfors, professor, Stockholms universitet (15 min.)
- Återgång i arbete. Elisabeth Björk Brämberg, docent och senior forskare, Karolinska institutet (15 min.)

10.30–10.55 Paus

10.55–ca 11.55

Frågor från utskottens ledamöter till inbjudna talare och övriga deltagare

Cirka 11.55–12.00

Avslutning, Tony Haddou (V), socialförsäkringsutskottets vice ordförande

Deltagare

Inbjudna talare

Forskare

Gunnel Hensing, professor, Göteborgs universitet

Elin Lindsäter, docent och leg. psykolog, Karolinska institutet

Monica Bertilsson, docent och universitetslektor, Göteborgs universitet

Petra Lindfors, professor, Stockholms universitet

Elisabeth Björk Brämberg, docent och senior forskare, Karolinska institutet

Övriga inbjudna – beredda att svara på frågor från ledamöterna

Socialdepartementet

Eeva Seppälä, ämnesråd

Peter Wollberg, ämnesråd

Berit Hamrén, departementssekreterare

Sofie Östling, departementssekreterare

Försäkringskassan

Ulrika Havossar, avdelningschef, avdelningen för sjukförsäkringen

Michael Boman, områdeschef, avdelningen för sjukförsäkringen

Cecilia Eek, analytiker

Gustav Berg, pressekreterare, kommunikationsavdelningen

Inspektionen för socialförsäkringen

Dan Ljungberg, ställföreträdande generaldirektör och enhetschef ¹

Elin Sundberg, enhetschef

Ann-Christin Jans, utredare

Pererik Bengtsson, utredare

Socialstyrelsen

Anders Berg, enhetschef, enheten för vägledning för hälso- och sjukvården

Lena Lennerbrant, enhetschef, enheten för psykisk ohälsa

Evelyn Andersson, utredare, enheten för nationella riktlinjer

¹ Ställföreträdande generaldirektör och enhetschef Dan Ljungberg fick förhinder och medverkade inte vid sammanträdet.

Arbetsmiljöverket

Kristina Gavare, regionchef, avdelningen för inspektion

Maria Wassén, avdelningschef, avdelningen för inspektion

Darin Isaksson, enhetschef, avdelningen Regler, marknadskontroll och internationella frågor

Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Nader Ahmadi, generaldirektör ²

Sveriges Kommuner och Regioner

Kerstin Evelius, sektionschef, sektionen för folkhälsa och psykiatri

Katarina Bergström, arbetsrättsjurist, avdelningen för arbetsgivarpolitik

Annika Bjursell, förhandlare, avdelningen för arbetsgivarpolitik

Birgitta Olsson, handläggare, hälso- och sjukvårdssektionen

Carina Cannertoft, handläggare, avdelningen för socialtjänst, utbildning och arbetsmarknad

² Generaldirektör Nader Ahmadi fick förhinder och medverkade inte vid sammanträdet.

Uppteckningar från det offentliga sammanträdet

Ordföranden: Klockan är nio, och socialförsäkringsutskottets offentliga sammanträde är öppnat. Varmt välkomna ska ni alla vara.

Anledningen till att vi håller detta offentliga sammanträde är att socialförsäkringsutskottet i slutet av förra året publicerade rapporten Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering. Bakgrunden till rapporten är att kunskapen i dag är begränsad om vilket stöd de som är sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa får och vad som fungerar för att hjälpa dem tillbaka i arbete. Detta gäller såväl stöd från arbetsgivaren i form av arbetslivsinriktad rehabilitering som vård, behandling och rehabilitering från hälso- och sjukvården. Detta sammanträde syftar då till att ytterligare fördjupa kunskaperna inom det området.

Förutom att socialförsäkringsutskottet naturligtvis närvarar finns ett antal övriga utskott; arbetsmarknadsutskottet, socialutskottet och utbildningsutskottet har närvarande ledamöter. Ni är varmt välkomna.

Vi har också bjudit in ett antal talare som ska hålla föredrag på temat. Det är Gunnel Hensing, professor vid Göteborgs universitet. Det är Elin Lindsäter, docent och legitimerad psykolog vid Karolinska institutet. Det är Monica Bertilsson, docent och universitetslektor vid Göteborgs universitet. Vidare är det Petra Lindfors, professor vid Stockholms universitet, och Elisabeth Björk Brämberg, docent och senior forskare vid Karolinska institutet. Ni är varmt välkomna.

Vi har dessutom representanter från Socialdepartementet, Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Sveriges Kommuner och Regioner närvarande. Ni är samtliga välkomna.

Programmet ser ut på följande vis. Alldeles strax ska vi få en kort sammanfattning av den rapport som ligger till grund för sammanträdet, av sammankallande Sanne Lennström i utskottets uppföljningsgrupp. Därefter får vi höra fem anföranden av de inbjudna gästerna. Därefter tar vi paus, ungefär 10.30, för att sedan återuppta sammanträdet kl. 10.55. Då finns det möjlighet att ställa frågor för utskottets ledamöter till de inbjudna talarna och de övriga deltagarna.

Vi går in på den första punkten, som är en sammanfattning av rapporten.

Sanne Lennström (S): Herr ordförande! Välkommen till ledamöter och besökare i dag.

Jag kommer att föredra en kort sammanfattning av rapporten, dess bakgrund och resultat. Utskotten ska enligt regeringsformen följa upp och utvärdera de beslut som riksdagen har fattat. Tanken är att de utskott som har förberett ett beslut, senare ska utvärdera vad som har blivit resultatet av beslutet.

Kunskapsunderlag underlättar beredningen av olika frågor som finns inom de respektive utskottens beredningsområden, där socialförsäkringsutskottet har ansvaret för sjukförsäkringen – som vi har valt att fokusera på.

Jag har varit sammanställande i gruppen, och ledamöter från olika partier har deltagit. Vi har även haft god hjälp av Daniel Bjerstedt vid riksdagens utvärderings- och forskningssekretariatet (RUFs), och från utskottskansliet har även Maria Norberg och Kari Hasselberg deltagit.

Bakgrunden till att vi valde just det här ämnet är statistik som är välkänd för alla i rummet, nämligen att vi i närtid har sett en ökad mängd sjukskrivningar som har haft stressrelaterade orsaker. Därmed valde vi i gruppen att fokusera på ämnet i rapporten.

Den 13 juni 2023 beslutade socialförsäkringsutskottet att genomföra en huvudstudie om insatser för arbetslivsrelaterad rehabilitering för försäkrade som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. Studien beskriver hur vanligt det är med olika typer av arbetslivsinriktad rehabilitering, vård och behandling, samt om de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa upplever att de har fått det stöd de behöver för att återgå i arbete. Det är alltså ett stöd som kommer från både arbetsgivaren och hälso- och sjukvården.

I november 2024 offentliggjordes rapporten i utskottet, och målet med rapporten har varit ökad kunskap om stödet som personer med stressrelaterad ohälsa får och vad som faktiskt fungerar för att man ska komma tillbaka i arbete. Metoden för att svara på detta har varit enkätsvar från sjukskrivna, och det var en enkätstudie som vi kunde genomföra i samarbete med Försäkringskassan, som arbetade med en annan pågående enkätstudie, och även Försäkringskassans sjukskrivningsakter.

Materialet som vi fick från studien resulterade i en del statistik som, kanske inte så förvånande, bekräftar en bild vi redan hade. Fyra av fem personer som har varit sjukskrivna en längre tid på grund av stressrelaterad ohälsa får någon arbetsanpassning eller behandling för att underlätta återgång i arbete, men det finns en stor variation i vilken typ av behandling som man faktiskt får.

En av tre anser att de i hög grad har fått det stöd de behöver för återgång i arbete. Många tycker att fler åtgärder hade önskats – särskilt lösningar för strukturella arbetsmiljöproblem. Dem återkommer vi till.

En tredjedel anser att de har fått den vård och behandling som behövs. Många tror att de hade kunnat återgå i arbete snabbare om de hade fått bättre vård eller om vården hade satts in tidigare.

Ohälsa på grund av stress eller utmattning är ett stort samhällsproblem. Nästan 80 procent av alla som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa är kvinnor. Gruppen kunde även konstatera att det finns en jämställdhetsaspekt i resultaten.

Det saknas en systematisk uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Rehabiliteringstanken är en bärande komponent i dagens sjukförsäkringssystem, och i dag saknas information om vilken arbetslivsinriktad rehabilitering som sjukskrivna faktiskt får, till exempel genom registerdata.

Det är viktigt att inrätta en systematisk återkommande uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, till exempel genom återkommande enkätundersökningar. Utan uppföljning saknas vital information för bedömning av hur väl vårt sjukförsäkringssystem faktiskt fungerar.

Vi kunde också konstatera att det är ovanligt med så kallade passiva sjukskrivningar på grund av stress och utmattning. En passiv sjukskrivning utan planering eller rehabilitering kan leda till social isolering och risk för förlorad försörjning. Eftersom sjukskrivningar på grund av stress och utmattning tenderar att bli långa får de ur det perspektivet betraktas som en riskfaktor.

Mot bakgrund av studiens resultat kan utskottets uppföljningsgrupp konstatera att det är mycket ovanligt med långa sjukskrivningar på grund av stress och utmattning utan att det åtminstone görs försök till aktivering och återgång i arbete.

Det finns behov av ökad kunskap om vård och behandling av patienter med stress och utmattning, och det saknas även vetenskapligt underlag för att rekommendera någon enskild behandling. Det styrs mycket av vad patienten efterfrågar och vilken vård och behandling som finns tillgänglig. Det är viktigt att öka kunskapen om vilken typ av behandling som fungerar för att hjälpa individen, och vi ser positivt på framtida forskning inom området – gärna med fokus på regionala skillnader och företagshälsovårdens betydelse.

Vi ser också behov av kunskapshöjande insatser inom primärvården, där merparten av patienterna behandlas och där merparten av alla sjukskrivningar hanteras.

Sedan finns också det försäkringsmedicinska perspektivet, det vill säga hälso- och sjukvårdens handläggning av sjukskrivningen. Här ser vi också ett behov av kunskapshöjande insatser och ett ökat fokus på det förebyggande arbetet. Det finns många enkätsvarare som uppger brister i arbetsmiljön, till exempel i form av osunda prestationskrav, kronisk underbemanning, trakasserier eller mobbning, som har bidragit till sjukskrivningen, och de finns kvar när man ska återgå helt i arbete. Då spelar de så vanligt förekommande tillfälliga arbetsanpassningarna helt enkelt en liten roll.

En förbättrad psykosocial arbetsmiljö skulle därför förebygga många sjukskrivningar och underlätta en återgång till arbete efter sjukskrivning.

Det behövs också en utveckling och breddning av arbetet med samordning, till exempel genom att genomföra fler avstämningsmöten där alla aktörer som kan bidra till att den enskilde återfår sin arbetsförmåga deltar.

En tredjedel av dem som är sjukskrivna en längre period på grund av stress och utmattning anser att det finns faktorer i deras privatliv som förhindrar att de återgår helt i arbete. Ofta kan den som är sjukskriven ha omvårdnadsansvaret för antingen ett barn eller någon annan anhörig som har särskilda behov. Ett exempel kan vara ett barn med NPF-diagnos som har det svårt i skolan.

Det kan också handla om skilsmässor och tuffa vårdnadstvister. Det är en kombination av arbetsrelaterade och privata faktorer. I dessa fall kan insatser från andra aktörer än arbetsgivaren också vara helt avgörande för om den

enskilde kommer att kunna återgå i arbete. Det är också anledningen till att vi valde att bjuda in brett i utskotten för att hantera frågan.

Ordföranden: Då går vi in på de anföranden vi ska få lyssna på. Vi börjar med Gunnel Hensing från Göteborgs universitet, som ska tala på temat om vad som kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av stressrelaterad ohälsa.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Det är roligt att få vara här.

Fokus för mig är kvinnors sjukfrånvaro. Jag ska presentera en litteraturöversikt, men inledningsvis vill jag göra några allmänna reflektioner.

Vi har i ett pågående projekt skickat ut en enkät till ett urval av yrkesverksamma som har varit i arbete just när de har fått enkäten. De har besvarat olika frågor. Sedan följer vi upp deras sjukfrånvaro utifrån Försäkringskassans register.

88 procent av alla som deltog i studien har ingen sjukfrånvaro under tolv månader; 12 procent har någon form av sjukfrånvaro. Men de stora staplarna visar att redan vid inflödet finns en könsskillnad. En högre andel kvinnor flödar in i sjukskrivning jämfört med män. 85 procent av kvinnorna har ingen sjukfrånvaro, och 93 procent av männen har ingen sjukfrånvaro. Tidiga insatser kan vara viktiga på arbetsplatsen.

När vi går vidare och tittar på staplarna längst bort ser vi att det finns en stor könsskillnad. Många av er vet redan att det är så. Det finns alltså ett behov av att minska könsskillnaden i inflödet.

I en annan studie framgår det att 60 procent av de sjukskrivna återgår i arbete efter 60 dagar. Det är möjligt att vi inte ska lägga så mycket energi, kraft och insatser på den gruppen, men däremot ska det vara tidiga insatser för att förhindra långa sjukfall. Det är en viktig faktor för att minska könsskillnaderna. Det är dubbelt så stor andel kvinnor i de långa sjukfallen. Det här gäller all typ av sjukskrivning, inte bara psykiatriska diagnoser.

Om vi tittar på hur många som lider av psykisk ohälsa i samhället är det mellan 15 och 20 procent. Det innefattar alla typer av psykisk ohälsa. Om dem har Försäkringskassan skrivit en rapport som kom 2020. Där tittade kassan även på inflödet. Det var 127 000 nya sjukfall med psykiatrisk diagnos, och då är det fråga om en sjukskrivning som är längre än 14 dagar. Det är den typen av register som kassan har. Det är alltså 3,6 procent av arbetskraften som kommer in i sjukförsäkringen med en psykiatrisk diagnos.

När vi tittar på forskning i olika sammanhang brukar vi använda oss av den förenklade modell ni kan se på bilden. När vi talar om insatser inom sjukförsäkringsområdet handlar det framför allt om återgång i arbete. Det är viktigt att veta vilket fokus vi har och vilka insatser som passar i de olika processerna i modellen. Handlar det om den gula rutan, det vill säga hälsoproblem – man börjar få en sviktande arbetsförmåga? Är det där insatsen ska göras? Är det den röda rutan, att minska långa sjukskrivningar? Vi kan ta med oss dessa frågor.

Nu går jag över till en litteraturoversikt, den gröna rutan. Vad är det för faktorer i arbetslivet som ökar risken för psykiatrisk sjukskrivning? Jag tror att Petra Lindfors och Monica Bertilsson också kommer att tala om de gröna och gula rutorna, medan Elin Lindsäter och Elisabeth Björk Brämberg kommer att ligga längre bort i de röda och rosa rutorna.

Syftet med kunskapsöversikten är att förklara könsskillnaderna. Vi gjorde denna genomgång för Jämställdhetsmyndigheten. Vidare gjorde vi denna genomgång med ett nordiskt perspektiv, och det är forskning som har publicerats från 2010 och framåt. Det finns stora likheter i Norden. Det är alltid svårt att jämföra med länder där sjukförsäkringssystemet ser annorlunda ut, arbetsmarknaden ser annorlunda ut, jämställdhetsaspekterna ser annorlunda ut och det finns färre kvinnor i arbetslivet.

Vi hittade 17 studier som höll den kvalitet som vi tyckte krävdes för att kunna dra slutsatser. 13 av de 17 var prospektiva, framtidsytande. Man mäter själva orsaken, riskfaktorn, och sedan följer man gruppen för att se vad som händer längre fram. Då ökar möjligheten att dra kausala slutsatser.

Som ni ser är det här registerstudier, och Norden är världsledande när det gäller forskning på fältet. Det är olika storlekar på urvalen, och det största urvalet är fem miljoner individer. Ju fler som är med i undersökningarna, desto säkrare slutsatser kan vi dra.

Jag ska nu visa fyra bilder som illustrerar vad nordiska forskare har studerat. Vilken typ av riskfaktorer och orsaker har man studerat? Registerstudier begränsar vad forskare kan titta på eftersom de uppgifter som finns i registren finns där. Vi kan sällan hitta egna uppgifter. Då får man göra sådana enkätundersökningar som Sanne Lennström presenterade. Sedan skulle vi titta på om det fanns några riskfaktorer som kan förklara könsskillnader.

Här kan vi se den första bilden. De fyra hypoteserna om riskfaktorer var socioekonomisk position, diagnostiserade sömnbesvär, ökad alkoholkonsumtion och total arbetsbelastning. Det är frågor som forskare har tänkt kanske förklarar den psykiatriska sjukfrånvaron och möjligen könsskillnader. Men här såg vi inga samband i studierna, och vi såg inte heller några skillnader mellan kvinnor och män.

Vidare tittade vi på samband. De faktorer som finns med på bilden ökade risken för sjukskrivning med psykisk sjukdom, men det fanns inga könsskillnader. Här var det lika för kvinnor och män.

En svensk studie jobbade med trappmodellen. Man studerade om en successivt ökad belastning av hälso- och arbetsrelaterade faktorer ökade risken för sjukskrivning för utmattning, och det såg man att de gjorde. Det var lika för kvinnor och män. En norsk studie tittade på faktorer som bristande stöd från överordnad och på psykisk och allmän hälsa. De tre faktorerna bidrog alla till en ökad risk för psykiatrisk sjukskrivning.

Sedan finns tre finska studier som har tittat på arbetslöshet, om man är permanent utanför arbetslivet och ökade sömnbesvär. Alla tre visade ökad risk för psykiatrisk sjukskrivning, men det var inga könsskillnader. Kvinnor och män är på många sätt lika, kan vi konstatera. Riskerna ser lika ut.

Sedan finns en svensk studie om föräldrar som hade mist ett barn i åldern 16–24 år. Den gruppen hade en kraftigt ökad risk för psykiatrisk sjukskrivning. Här kan man tänka sig förebyggande insatser.

Sedan kommer vi till de riskfaktorer som drabbade män i högre grad än kvinnor. Trappmodellen kunde förklara mäns ökade risk för sjukskrivning för depression, ångest, låg sinnesstämning och stress. Det var inte bara utmattningssyndrom, som den första bilden visade. Men några sådana samband såg man inte för kvinnor.

Sedan finns en modell för stress. En del kanske känner till den med följande namn: effort-reward imbalance model (ERI-modellen). På svenska blir det ansträngning och belöning. Teoribildningen kring den modellen är att hög ansträngning och låg belöning på lång sikt är stressframkallande. Modellen testades, och då såg man att bland högutbildade män gav stor ansträngning och högt engagemang i arbetet ökad risk för psykiatrisk sjukskrivning, medan för lågutbildade män visade modellen att om det fanns en obalans mellan ansträngning och belöning ökade risken för sjukskrivning.

En färsk studie visade att för kontaktyrken, människoyrken, hälso- och sjukvård, omsorg, utbildning, ökade risken för sjukskrivning för män med en psykiatrisk diagnos. I en norsk studie fann forskarna ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukskrivning med psykiatrisk diagnos bland män. I en svensk studie fann forskarna att konflikter mellan arbete och hem ökade risken för sjukskrivning i stressrelaterade diagnoser bland män.

Nu ser vi den fjärde bilden, som handlar om faktorer som ökar risken för psykiatrisk sjukskrivning bland kvinnor. Innan jag tar upp detaljerna kan jag säga att många av studierna som visade att risken var högre för kvinnor handlar om olika faktorer vi känner igen från välfärdssektorn – den kvinnodominerade sektorn.

En svensk studie tittade på personalneddragningar och följde sedan upp den frågan flera år senare. Där framgick att efter personalneddragningar ökade risken för sjukfrånvaro med psykiska diagnoser för kvinnor. Här har vi återigen ERI, effort-reward imbalance model. Om högutbildade kvinnor arbetade med en obalans mellan ansträngning och belöning ökade risken för psykiatrisk sjukskrivning, men inte bland män. Bland lågutbildade kvinnor var risken kopplad till ett alltför stort engagemang.

Den norska studien fann att rökning och låg utbildningsnivå ökade risken för sjukskrivning med psykiatrisk diagnos bland kvinnor. Den finska studien fann att kvinnor som arbetade i kvinnodominerade branscher och/eller i arbeten med låg krav på skicklighet i yrket hade ökad risk för sjukskrivning med psykiatrisk diagnos. Den sista studien tittade på längre sjukskrivning över tid inom kvinnodominerade icke-manuella arbeten och arbeten med låg inkomst och fann en högre sjukskrivning bland kvinnor jämfört med män.

Jag tror att ni känner igen faktorerna. Jag vill särskilt nämna studien av Laaksonen i Finland. De såg att den största skillnaden mellan kvinnor och män kunde förklaras av att kvinnor och män återfanns i olika yrken. Man

kontrollerade för detta, och det är en viktig sak att komma ihåg. Vi befinner oss på olika arbetsmarknader.

Då kommer jag till mina slutsatser. Den första slutsatsen hänger ihop med Laaksonenstudien. Och det har kommit en del ytterligare studier.

När vi pratar om könsskillnader mellan kvinnor och män förklaras de i hög grad av att de återfinns i olika sektorer. Kvinnor jobbar i högre grad i välfärdssektorn. Man vet från flera olika rapporter och studier att män som befinner sig i välfärdssektorn, eller den kvinnodominerade sektorn, också får liknande hälsoproblem och liknande risk för sjukfrånvaro. Det är viktigt med könsuppdelad statistik, det vill säga att den också tar hänsyn till yrke och arbetsplats. Det finns en liten skillnad mellan kvinnor och män kvar, även när man tar hänsyn till dessa faktorer, men en stor del kan förklaras av att kvinnor återfinns i den kvinnodominerade sektorn.

Vad behövs? Sanne Lennström har redan varit inne på detta. Man behöver en förbättrad organisatorisk och psykosocial arbetsmiljö. Men det förklarar inte hela frånvaron eftersom många fortsätter att jobba. Det är också viktigt att i dessa yrken ha god tillgång till företagshälsovård eller andra tidiga insatser för att förebygga inflödet i sjukskrivning.

Slutligen är det viktigt för att förebygga de långa sjukdomsfallen att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan utvecklar processer för att förebygga långa sjukfall. Det handlar om att utbilda läkare i försäkringsmedicin. Det är komplexa frågor. Deras utbildningstid i ämnet är kort. Här behövs satsningar för att stötta unga, nyutbildade läkare att hantera den typen av problem.

Det är möjligt att också handläggare på Försäkringskassan skulle behöva någon form av högskoleutbildning för att klara sitt rätt komplicerade jobb.

Sedan finns ett antal tidsgränser som ska följas upp. Man kan bli bättre på kommunikationen mellan Försäkringskassan, sjukskrivande läkare och arbetsplatser för att stötta strukturerna kring personer i sjukskrivning för att undvika framför allt de långa sjukfallen.

Jag tackar för mig med en bild från västkusten!

Ordföranden: Vi bjuder upp Elin Lindsäter från Karolinska institutet, som ska tala om erfarenheter av vård och behandling.

Elin Lindsäter, Karolinska institutet: Jag tackar för inbjudan att tala här i dag.

Jag är verksam som psykolog och forskare på Gustavsbergs universitetsvårdcentral i Stockholm, en del av Akademiskt primärvårdscentrum, och vid Karolinska institutet.

Gustavsbergs universitetsvårdcentral är en av Sveriges största, och vi har haft förmånen att arbeta med forskning och utveckling inom området stressrelaterad ohälsa i nästan 20 år. Jag kommer att försöka sammanfatta några av våra viktigaste lärdomar med hopp om att de kan bidra till att staka ut en väg framåt. Jag börjar med några ord om behandling. Det gäller inte bara

behandling för personer som är sjukskrivna för stressrelaterad ohälsa utan även behandling generellt.

Vi får i primärvården många som söker vård för den typen av problem. De får stressrelaterade diagnoser. De flesta är inte sjukskrivna, och de flesta blir inte sjukskrivna – men vi kan hjälpa dem.

Det står i rapporten från socialförsäkringsutskottet att det i dag inte finns något vetenskapligt underlag för att rekommendera någon enskild behandling för de vanligaste stressrelaterade diagnoserna.

Det är sant såtillvida att det inte finns något specifikt behandlingsprotokoll som har starkt vetenskapligt stöd, men vi måste komma ihåg att det har bedrivits mycket forskning på hur man kan hjälpa personer med stress, burnout och symtom på utmattning internationellt. Vissa metoder har genomgått mycket forskning, medan det har varit färre och mindre studier inom andra typer av behandlingsinsatser.

Även om kognitiv beteendeterapi är ett paraplybegrepp som innefattar många olika typer av insatser är det den behandlingsmetoden som man har bedrivit mest forskning på. Flera metaanalyser har publicerats där man ser stora effekter på symtom på stress och utmattning som är större relativt sett jämfört med andra typer av behandlingsinsatser. Som ni säkert känner till har kognitiv beteendeterapi ett mycket starkt vetenskapligt stöd när det gäller behandling av depression, ångestsyndrom och insomni. Det här är problemområden som i hög utsträckning överlappar våra stressdiagnoser. Där är det bra att veta att vi kan bidra till att minska symtomen på ett effektivt sätt.

Slutligen har man gjort ett flertal studier där man har undersökt olika kbt-interventioner för personer med mer somatisk sjuklighet i olika populationer, där man har sett att den sortens behandling kan bidra till att minska svårighetsgraden av utmattning, eller fatigue som man säger för de patienterna.

Vi har något att gå på, och vi famlar inte i mörker.

På Gustavsbergs vårdcentral har vi sedan 2007 arbetat med att ta fram och utvärdera en specifik kbt-behandling som riktar sig till personer med anpassningsstörning och utmattningssyndrom. Den har vi utvärderat med flertalet randomiserade kontrollerade studier, som guidad självhjälp, alltså att man arbetar med ett behandlingsmaterial i form av en bok och får kontinuerligt terapeutstöd, internetbehandling med terapeutstöd samt individuell behandling. Behandlingen kan erbjudas i gruppformat, men det har vi inte gjort en randomiserad kontrollerad studie på. Men vi använder gruppbehandling i klinik med goda effekter när det gäller symtom på stress, utmattning och en rad andra psykiatriska besvär.

Behandlingen är efterfrågad runt om i hela landet. Det tyder på att kliniker och patienter efterfrågar någon typ av struktur och ett förutsägbart omhändertagande när de söker vård. Och så ser det tyvärr inte ut runt om i landet.

Andra sådana här modeller har också utvärderats, med goda effekter. Det som är bra med att modellen finns i olika format är att vi kan hjälpa till att individanpassa. Vi kan ta hänsyn till individuella preferenser, och vi kan också arbeta med en stegvis vårdmodell där vi anpassar vårdens resurser till de behov

som patienten har. Det här rekommenderas också internationellt just vid olika typer av anpassningsstörningar, som det kallas.

Här ser man att en sjuksköterska med utbildning i psykisk hälsa i ett första steg kan utgöra ett viktigt stöd för patienter som kanske har lindrigare eller mer kortvariga stressreaktioner. Hon eller han kan då arbeta med problemlösande stöd, till exempel. Det här kommer vi alldeles snart att publicera resultat om i en nyligen genomförd randomiserad kontrollerad prövning.

Många blir hjälpta genom detta, men många behöver också lite mer stöd och lite längre perioder av behandling och kan då få god hjälp av till exempel internetbehandling eller gruppbehandling. Många blir färdigbehandlade här, kan jag säga, och behöver inte mer hjälp. Sedan finns såklart patienter som behöver mer individuell anpassning och som då kan få en individuell behandling. Det har man resurser för, givet att man arbetar stegvis.

Det finns inte så mycket stöd för att vi med de här patienterna ska trycka på alla knappar samtidigt och initiera flera parallella interventioner. Däremot finns det såklart fall där man kan behöva koppla in andra vårdkontakter parallellt, till exempel vid samtidig svår smärtproblematik eller vid väldigt komplicerade arbetssituationer. Men det ska inte rekommenderas som en behandling för alla eller som någonting som alltid ska göras.

Slutligen har vi steg fyra. Det handlar i den här modellen om inläggande vård, som sällan är aktuellt för patienter med stressrelaterad ohälsa i Sverige. Men såväl psykiatrisk vård som specialistvård för den här patientgruppen är väldigt utvecklade, och det ser mycket olika ut runt om i Sverige. När det gäller de svårast sjuka patienterna, som också är de som står för de längsta sjukskrivningarna, står vi fortfarande ganska tomhänta. Vi vet inte riktigt hur den vården ska utvecklas.

Kortfattat kan jag säga att det är väldigt många som söker vård för stressrelaterad ohälsa, och de flesta är inte sjukskrivna. Det finns effektiva behandlingar att erbjuda i ett tidigt skede med potential att förebygga att sjukskrivning behövs längre fram. Det blir också ett alternativ för läkare att erbjuda någonting annat än sjukskrivning. Men det saknas resurser för att bedriva den här typen av behandling i primärvården i stort.

När det gäller sjukskrivning har vi sett att våra behandlingar kan vara väldigt effektiva när det gäller att minska symtombelastning och öka hälsa. Men hur är det med dem som är sjukskrivna – har våra behandlingar effekt på sjukskrivning? Det korta svaret är: Nej, det har de inte. Det här är komplext. Generellt ser man att sambandet mellan symptom och sjukskrivningslängd är väldigt svagt. De allra flesta går tillbaka till arbete inom ett år. Men vilken sorts behandling de får verkar inte påverka förloppet nämnvärt.

Vi har gjort studier där vi har testat tillägg av specifika arbetslivsinriktade interventioner till behandling. Kollegor till mig – och detta har även gjorts runt om i världen – har testat olika former av att integrera arbetslivsinriktade interventioner i behandling och så vidare. Men resultaten är väldigt spretiga, och generellt lyckas man inom vården inte påverka nettosjukskrivningsdagar på något sätt med den här typen av upplägg. Det finns också studier som visar att

sådana här försök signifikant har ökat sjukskrivningslängden hos patienter jämfört med när man inte gör den här typen av tillägg till sedvanlig vård.

Vi tror däremot att andra faktorer än behandling är oerhört viktiga för sjukskrivningslängden, såsom mer strukturella och politiska faktorer. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet påverkar också. Vi har tidigare talat här om utbildningsinsatser till läkare i försäkringsmedicin. Men lika viktigt är läkarnas arbetsmiljö och förutsättningar att faktiskt implementera de nationella kunskapsstöden. Det handlar om att ha möjlighet att under en arbetsdag göra ordentliga bedömningar, boka in en patient för uppföljning och arbeta systematiskt med sjukskrivning och rehabilitering. Så ser det inte ut i dag.

Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är såklart också jätte viktigt på arbetsplatser, liksom en fungerande företagshälsovård. Det vi kan göra i dag är mer av det preventiva, där vi tror att vi kan förebygga många sjukskrivningar helt och hållet om vi kan erbjuda en tidig insats i form av problemlösning och strukturerat stöd.

Det handlar också om kunskapshöjande insatser om försäkringsmedicin. Ja, det behöver vi – men ingenting av detta kommer att räcka för att hjälpa oss att förstå hur vi faktiskt ska hjälpa dem som är svårast sjuka. Detta är lite av min hjärtefråga. Det gäller alltså personer som är den subgrupp av stressrelaterad ohälsa som står för de längsta sjukskrivningarna och som ofta får diagnosen utmattningssyndrom.

Här har vi en del problem i Sverige. Det här är en patientgrupp som vi helt enkelt inte vet tillräckligt mycket om för att kunna ta fram ordentliga riktlinjer och vårdinsatser. Det här med utmattning är ett problem, inte bara för dem som drabbas utan också för vården. Nu pratar jag om den kliniska bilden med lång och svår trötthet, kognitiva nedsättningar och så vidare, som är den huvudsakliga orsaken för upp till 10 procent av alla primärvårdspatienter. Men ofta ser vi ingenting i blodprover, eller andra objektiva fynd som förklarar tröttheten – och då är utmattningssyndrom en diagnos som ligger nära till hands. Väldigt många personer är stressade, och det händer mycket i många människors liv.

Diagnosen har dock en bristfällig vetenskaplig grund. Om vi använder den slentrianmässigt, som jag tror att man ofta gör i primärvården i dag, riskerar de här patienterna att få en väldigt osäker och ojämlik vård.

Låt oss lyfta blicken lite: Internationellt är det erkänt att den kliniska bilden vid utmattning är vanligt förekommande vid olika typer av somatiska besvär, somatisk sjuklighet och psykiatrisk problematik. Men vi kallar den för lite olika saker. Internationellt finns inte diagnosen utmattningssyndrom, utan man pratar ofta om fatigue, till exempel. Vad som orsakar vad här är ett väldigt komplext system, där vi ganska sällan kan säga att något är orsakat av stress. Men den kliniska bilden ser ungefär likadan ut.

Det finns alltså stora kunskapsluckor som vi behöver gå till botten med. Vad är det som gör att vissa blir så här svårt sjuka och att det blir så långvarigt? Finns det likheter och skillnader mellan olika typer av trötthetstillstånd som kan ge oss idéer om hur vi kan komma vidare i behandling och rehabilitering?

Vi behöver egentligen lyfta blicken från vår svenska diagnos och titta på forskning som bedrivs inom olika områden och inte minst runt om i hela världen.

Här visar jag ett exempel på en spännande studie. Man har slagit ihop 15 olika diagnostiska grupper där den gemensamma nämnaren är svår trötthet för att titta på vad är det för faktorer som förklarar svårighetsgraden i symtombilden. Det är inte de specifika diagnoserna som står för den största delen av förklaringsmodellen, utan det är transdiagnostiska faktorer. Det handlar om kvinnligt kön men också om faktorer som motivation, smärta, sömnstörning, fysisk aktivitet och hur man ser på sin egen förmåga att hantera sina symtom.

På motsvarande sätt har man poolat ihop olika patientgrupper som lider av svår trötthet, utmattning, och undersökt effekten. Vad är det till exempel som driver effekten av behandling med kognitiv beteendeterapi för de här patienterna? Alla får goda resultat i form av minskade symptom, men gemensamt för dem är att nyckelkomponenterna är att påverka rädsla och undvikanden, olika katastroftankar och exempelvis ojämnt aktivitetsmönster. Det här är gemensamt oberoende av vilken diagnos som har ställts initialt. Det kan ge ledtrådar om hur vi behöver vässa våra behandlingar.

Med anledning av den här röran och de många kunskapsluckor som finns kring vår diagnos utmattningssyndrom, som står för så långa sjukskrivningsfall, har vi alldeles nyligen inlett en stor forskningsstudie i Region Stockholm. Vi vill i studien ta ett helhetsgrepp och kartlägga den kliniska bilden. Vi vill också testa en ny behandling som har utvärderats för flera olika trötthetsdominerade diagnoser och följa upp patienter över lång tid med olika nationella och regionala register. Unikt här är att vi inte inkluderar patienter på basis av att de har fått en utmattningssyndromsdiagnos utan på basis av att de uppvisar den här svåra funktionsnedsättande kliniska bilden. I det material jag visar här kan man läsa mer om studien om man är intresserad.

Vi har också byggt upp en registerdatabas för att kunna följa patienter som får en utmattningssyndromsdiagnos över tid. Den håller vi på att bygga vidare på och utöka framåt i tid i takt med att ny data kommer in till våra register. Det här är alltså i Region Stockholm, och vi vill studera vilken vård patienterna får och på vilken vårdnivå. Hur ser vårdprocesserna ut? Hur ser sjukskrivningsmönster ut över tid? Inte minst handlar det också om diagnostiska trender. Vi har sett i rapporten från socialförsäkringsutskottet att man kan skifta diagnos när man till exempel behöver förlänga sjukskrivning. Men hur ser det ut om en patient exempelvis remitteras till psykiatri? Och hur kommer det att se ut när diagnosen inom bara några år förmodligen inte kommer att finnas kvar i vårt svenska diagnossystem?

En kort sammanfattning: Vi behöver ta fram nationella riktlinjer eller på något sätt göra en nationell sammanslutning för att se till att de tidiga insatser som det faktiskt finns ett stöd för kan erbjudas runt om i landet för patienter med stressrelaterad ohälsa.

Läkares organisatoriska förutsättningar för att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering behöver förbättras.

Vi behöver hjälpas åt med att göra en översyn av vår svenska utmattningssyndromdiagnos, där det förhoppningsvis tillsätts en arbetsgrupp som kan se över kunskapsläget och komma med förslag på vilken sorts diagnoskoder som kan användas vid den här kliniska bilden. I takt med det behöver det försäkringsmedicinska beslutsstödet uppdateras.

Jag har referenser om någon vill ha presentationen senare.

Ordföranden: Stort tack! Vi välkomnar nu Monica Bertilsson, Göteborgs universitet, som ska tala om betydelsen av arbetsmiljö och organisationskultur.

Monica Bertilsson, Göteborgs universitet: Jag säger som föregående talare: Tack för inbjudan! Tack för att också vi från Göteborg kan komma upp hit! Titeln på mitt inlägg är Betydelsen av arbetsmiljö- och organisationskultur. Men det jag kommer att prata om är chefers förutsättningar, för det är den forskning som vi hos oss bedriver mest inom det här området.

Det handlar alltså om chefers förutsättningar när det gäller medarbetare med stressrelaterad ohälsa och psykiska besvär. När vi kommer ut i arbetslivet och pratar med chefer hör vi att de inte har en aning om diagnoser. De träffar människor som har någon typ av problem som de sätter någon typ av begrepp på. Det begrepp som jag genomgående kommer att använda är därför psykiska besvär. Men när chefer säger någonting eller skattar någonting vet vi ju egentligen inte vad de tänker på, för de har inte den medicinska kunskapen.

Innan jag går vidare i presentationen vill jag bara göra klart att när vi pratar om arbetslivet och chefer på olika arbetsplatser har vi med en myriad av organisationer och arbetsplatser att göra – som har helt olika villkor. Det ska man ha med sig när jag säger att detta är något slags generellt som gäller. Det går alltså inte att säga att det går igen på alla olika arbetsplatser i Sverige. Det är det första.

Det andra är att när det gäller chefer inom det här fältet är detta ett väldigt ungt forskarfält. Det handlar framför allt om deskriptiv kunskap, och det finns få studier gjorda. Det som har gjorts är tvärsnittsstudier, explorativa studier och intervjustudier med chefer. Vi kan inte dra någon evidens från detta, men det är ett slags bild av verkligheten. Det är också den typ av studier som vi gör i vår forskargrupp.

Den bild jag visar här har ni sett förut; Gunnel visade den tidigare i dag. Arbetsgivare och chefer *har* ett visst ansvar i alla dessa rutor; så är det. Jag vill börja med att visa ett citat, för när vi pratar om det här fältet blir det lätt väldigt pessimistiskt. Det är långa sjukskrivningar, människor är sjuka och har svårt att gå tillbaka till arbetet.

Här visar jag ett utdrag från ett uttalande i en av våra intervjustudier:

”Men jag måste säga att mitt senaste fall, det har faktiskt hjälpt hela min arbetsgrupp. Hen fick tillåtelse att ägna sig åt en arbetsuppgift under x antal timmar på dagen, och det har gjort att vi har byggt en helt annan struktur för hela arbetsgruppen och till och med skapat veckoscheman. Hela gruppen har

fått ett annat lugn. Det här är inget vi har känt att vi har behövt förut, men nu när vi har gjort det känner alla: Oj, det här gav ju mycket mer energi och fokus, och jag får mer gjort! Och det märker ju jag också – vi får mycket mer gjort för att vi har ändrat arbetssätt.”

Så säger alltså en person som är chef. Det här är ett slags erfarenhet man också kan göra i arbetslivet av att ha de här medarbetarna. Detta är ett väldigt gott exempel på hur man har organiserat om en arbetsplats så att man får en mycket bättre kognitiv ergonomi. Personligen tror jag inte att vi kommer in på kognitiv ergonomi i dag, men det är det jag skulle vilja peka på att vi måste titta på i arbetslivet. Hur organiseras arbetslivet när det gäller kognitiv ergonomi?

Jag kommer att ta upp tre delar i dag som jag ska fokusera på när det gäller chefer och psykiska besvär bland medarbetare. Det är chefers erfarenheter, chefers kunskap och kompetens och chefers behov av stöd.

När det gäller det första fokuset kan jag säga direkt att huvudbudskapet är att de flesta chefer träffar ingen eller få medarbetare med psykiska besvär. Vi har gjort ett antal enkätstudier bland chefer i svenskt arbetsliv. Ungefär 70 procent svarar att de under de senaste ett till två åren har mött en eller ingen medarbetare som de känner till har psykiska besvär. Det här blir alltså för väldigt många chefer i Sverige en sällanuppgift, och sällanuppgifter är någonting som vi ofta inte är speciellt bra på.

Det andra fokuset handlar om chefers kunskap och kompetens. Jag har ett huvudbudskap, när jag väl är klar, och det är att chefer brister i kunskap och kompetens när det gäller psykiska besvär i arbetslivet.

Det här är också någonting som lite grann återfinns i den rapport som ni har tagit fram. Om det är i aktstudien eller om det är en fråga i er enkätstudie kan jag inte riktigt svara på, men ett fynd är att de drabbade medarbetarna säger att chefer brister i kunskap om och förståelse för vad de här sjukdomstillstånden innebär.

Vi har i två olika enkätstudier bett chefer i offentlig och privat sektor att skatta vad de har för kunskap och kompetens i relation till några få frågor. Ungefär hälften svarar att de uppskattar att de själva har hyfsat bra kompetens, det vill säga god eller mycket god kompetens. Men den andra hälften säger att de inte har kompetens för detta.

Får då chefer utbildning i hur de ska stödja medarbetare? Inte i någon av de tre enkätstudier vi har gjort är det speciellt många som svarar att de har fått en sådan här utbildning. Det är en trend att det är fler som svarar ja på frågan i de senaste enkätstudierna, men fortfarande säger den övervägande delen att det här inte är någonting som de får utbildning i.

I stället lär de sig på det första medarbetarfallet, och det blir ett slags learning by doing. En sådan typ av kompetensutveckling eller inläring kan gå bra eller mindre bra, men det är det de lär sig på. Det är så de lär sig att fortsätta sedan. Framför allt visar nästan alla de studier som är gjorda på området att chefer känner sig väldigt osäkra.

Då kommer vi in på det sista fokuset. På vilket sätt behöver chefer stöd? Det finns tre huvudbudskap: Vi behöver minska fördomar på arbetsplatser. De policyer och riktlinjer som finns behöver anpassas till att också bli fungerande när det handlar om psykiska besvär på arbetsplatsen. Man behöver också öka kunskapen bland chefer.

Här är ännu en röst från en chef:

”Vi chefer, vi pratar dagligen om hur mycket vi har producerat, hur mycket stopptid och haverier vi har haft och hur man ska lösa det. Vi är nere på skruv- och mutternivå, men just medarbetare och hur vi ska hjälpa dem när de mår dåligt – det pratar vi väldigt sällan om.”

Vi har i våra enkätstudier frågat om det är accepterat att prata om psykiska besvär eller det här ämnesområdet på arbetsplatsen, inom företaget eller organisationen. 70 procent svarar att de uppfattar att det är accepterat att prata om detta. Men när vi sedan ställer frågan om de tror att de flesta medarbetare skulle berätta om de har fått psykiska besvär sjunker resultatet. Då är det lite drygt 50 procent i privat sektor och lite drygt 40 procent i offentlig sektor som tror att deras medarbetare skulle berätta om de fick psykiska besvär.

Jag lämnar nu fördomarna och går över till att prata om stöd. Vad behöver cheferna för typ av stöd? Det här är en pågående studie. Vi håller precis på och intervjuar chefer i offentlig sektor. Vad beskriver de att de har för stöd när de har haft medarbetare med psykiska besvär?

En chef säger så här:

”Det är en fråga som ofta har varit uppe till diskussion att tillgången till HR-specialist skiftar. Omsorgsbenet i kommunen med cirka 400 anställda hade en HR-specialist, och jag hade tillgång till både HR-chefen och specialisten – och vi var alltså bara 60 anställda. Det är klart att närheten, detta att tillhöra en liten organisation eller en liten del av en organisation som sitter nära resurserna har betydelse.”

Det här är ett slags omständighet som självklart påverkar chefer när de får de här medarbetarna. Det gäller både inför sjukskrivning, för att förhindra sjukskrivning och vid återgång i arbete efteråt.

Vi har frågat vad cheferna får för stöd när det gäller psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Det är lite olika typer av stöd. Vi har frågat hur de skattar att stödet från de här olika delarna är. Det är samma siffror som tidigare: Ungefär 50 procent skattar att de får det här stödet, och den andra hälften skattar inte det. I alla våra sådana här skattningsfrågor är det ungefär hälften av varje. Det finns alltså ganska stor utvecklingspotential i arbetslivet när det gäller stöd till chefer i olika delar.

Hur kan vi då stödja chefer att bättre kunna stödja medarbetare med psykiska besvär? Vi måste minska fördomarna. Det handlar om fördomar om psykiska sjukdomar generellt men också när vi pratar om det här som vi kallar för vanliga psykiska sjukdomar: ångest, utmattning och depression. Vi har fördomar om detta överallt. De finns i samhället, och därmed är det klart att de har flyttat in på våra arbetsplatser. De finns också i hälso- och sjukvården.

Det stora problemet med fördomarna är att de hindrar medarbetare från att berätta. Och berättar man inte blir det mycket större hinder för att faktiskt få stöd på arbetsplatsen. Men detta hindrar också chefer i deras arbete. När de upplever att de har en medarbetare med någonting som kanske ligger i närheten av psykiska besvär och att de behöver gå in och stödja är det inte så lätt att ta upp de frågorna. Det kan vara en medarbetare som reagerar och säger: Vad tror du om mig egentligen? Tror du att jag är psykiskt sjuk? Man får tassa på tå, och det är svårt att tassa på tå. Man är rädd att man ska ramla ned om man går på lina.

Det handlar även om fungerande stöd. I våra intervjustudier berättar cheferna att de har policyer, riktlinjer och olika system som stöder dem och som de har stor nytta av. Det hjälper dem att göra det de ska, och de känner att de faktiskt har gjort det de ska – att de tar det ansvar som de förväntas ta. Men de beskriver också att det stöd som finns har en generell nivå. Väldigt lite av det är anpassat för att gälla just psykiska besvär eller den specifika lokala arbetsplatsen och de arbetsuppgifter som man utför där. Det här menar cheferna att de behöver ha hjälp med. De har svårt att göra den översättningen själv, så man behöver se till att den här typen av stöd också är anpassad till ett visst ämnesområde.

Stöden måste också tillåta flexibilitet. Man kan inte skapa någonting som är one size fits all, utan man måste anpassa stödet till den unika medarbetaren och den unika situationen för att få det här att fungera. Ibland leder det till, som någon sa, att man flyger under radarn. Ingen vet att man inte gör som det där systemet har sagt att man ska göra, för det är så det fungerar bäst i verkligheten.

Det handlar också om kunskap, och då framför allt om kunskap om arbetsförmåga. Jag får uppfattningen att mycket av den kunskap som tillhandahålls handlar om diagnoser, symtom och funktionsnedsättningar, och det är ingenting som chefer kan översätta till vad de ska göra med arbetsuppgifterna. Man behöver hjälpa till med att skapa en översättning: Hur påverkar detta arbetsförmågan? När chefer förstår det har de ganska stora möjligheter att göra någonting, för det är de som kan arbetsuppgifterna.

Man kan också bygga upp kunskapsstöd inom organisationen. Chefer har ofta stöd i till exempel HR eller liknande, men man berättar lika ofta om att de brister. Det finns ingen kunskap på den nivån. Det finns kunskap om policyer och system men inte om psykiska besvär, och då saknar cheferna fortfarande ett sådant stöd.

Man skulle kunna köpa det här externt. Det är väldigt sällan vi hör i våra intervjustudier att man till exempel köper en sådan tjänst från företagshälsan. De tjänster man köper gäller medarbetare, men man skulle ju lika gärna kunna köpa en tjänst för chefer med teman som: Vad gör jag nu, när jag har den här medarbetaren? Hur ska jag gå till väga? Vad bör jag inte göra? Vad chefer är rädda för är att de ska göra ett så dramatiskt fel att det leder till att någon medarbetare tar livet av sig. Det är inte troligt att det händer, men det är chefers rädsla att det skulle kunna ske.

En annan tanke gäller att vi har startat ganska många hjälplinjer i Sverige för psykiska besvär, men det handlar då om befolkningen. Varför inte ha en hjälplinje för chefer, och speciellt i den privata arbetsmarknaden? Om jag nu inte tar fel tror jag att det är uppemot 98 procent av den privata arbetsmarknaden som består av små och medelstora företag. De har ingen möjlighet att bygga någon intern stödfunktion kring det här. Skulle vi kunna ha en sådan hjälplinje någonstans i Sverige? Det skulle till exempel kunna vara på Arbetsförmedlingen, dit chefer skulle kunna vända sig och säga: Jag tror att jag har en medarbetare som är så här. Sedan skulle chefen få dryfta och diskutera det här för att känna sig mer säker i hur man närmar sig medarbetaren i fråga.

Det sista handlar om chefs arbetstid. Vi har gjort ett flertal studier, som jag har nämnt. Vi har bland annat gjort studier av hur chefer gör när de stöttar medarbetare. Det de berättar om är insatser som är väldigt tidskrävande och väldigt långvariga. Jag har en lång bakgrund i psykiatri, och jag häpnar när jag hör vad intresserade chefer gör för att stötta sina medarbetare!

Många gånger hamnar de dock i ett val, där de måste välja mellan ordinarie chefsuppgifter eller att stötta medarbetare. De hinner inte båda. Här kan arbetsgivare behöva tänka till. När man har en chef som har en sådan här medarbetare kanske chefen behöver avlastas på ett eller annat sätt för att de ordinarie arbetsuppgifterna ska bli gjorda och för att medarbetarna samtidigt ska få det stöd som de har rätt till.

Till sist har jag ett slags take home message från vad jag har sagt här: Detta är en sällanuppgift för många chefer. Därför behöver chefer kunskap, inte minst för att det är en sällanuppgift. Man behöver bygga upp stöd som är fungerande runt chefer eftersom det här ofta är en sällanuppgift.

Ordföranden: Tack för det! Då är det dags för Petra Lindfors, Stockholms universitet, som ska tala om betydelsen av arbetsmiljö och organisationskultur.

Petra Lindfors, Stockholms universitet: Jag följer i övriga talares linje och tackar för inbjudan och möjligheten att presentera det här projektet, som handlar om att organisera arbetsmiljö för främjande av hållbar hälsa. Till skillnad från övriga talare kommer jag nu att delvis göra ett perspektivskifte, för jag kommer med ett kompletterande perspektiv. Det är inte tänkt att ersätta det som handlar om risk och förebyggande men att ändå utvidga det perspektivet.

Det här är någonting som jag har hållit på med så länge jag har varit verksam som forskare, de senaste 25 åren, parallellt med att fokusera på det sjuka och på det här med risker. Det handlar just nu om ett forskningsprojekt i tre delar, där vi fokuserar på användning och förståelse av olika begrepp och termer som florerar där ute. Vi har befintliga data från Region Stockholm som vi har fått förmånen att jobba med och analysera. Den tredje delen i projektet handlar om teoretiska och praktiska implikationer.

Utöver den forskning som vi har bedrivit på Stockholms universitet vid psykologiska institutionen går detta också tillbaka till rapporter som har

kommit under de senare åren om friskfaktorer, om kvinnors och mäns arbetsvillkor och såklart om de föreskrifter som finns kring arbetsmiljön. Jag kommer att tala minst om teoretiska och praktiska implikationer. Projektet pågår, så vi är inte riktigt där ännu.

Den första delen handlar om användning av förståelse av begrepp och termer. Det här är någonting som jag ofta börjar med också när jag är ute och föreläser för praktiker. Då har vi perspektivet främjande, och främjande är här promotion. Det är det som ibland, särskilt i offentlig sektor, benämns friskfaktorer. Privat sektor talar oftare om främjande faktorer. Det långsiktiga målet i arbetsmiljön är att möjliggöra och bidra till utveckling. På individnivå pratar vi om hälsa och välbefinnande, och på organisatorisk nivå fokuserar vi på välmående verksamheter – produktiva verksamheter. Det ena utesluter därmed inte det andra; det är det som är idén.

Det viktiga här är just det breddade perspektivet – från att fokusera uteslutande på risk till att också inkludera främjande, det vi kan prata om som ”frisk”. Det är någonting ganska annorlunda mot vad de andra har pratat om.

Det handlar helt enkelt om att anlägga och utveckla ett helhetsperspektiv. Vi är människor, och verksamheterna är också helheter och består av olika nivåer. Vi har individer, medarbetare, i våra verksamheter. De är samlade i olika mer eller mindre lösliga grupper och avdelningar, som tillsammans utgör en organisation eller en verksamhet.

Här har vi olika processer. Vi har det åtgärdande, som vi ur mitt perspektiv är ganska duktiga på. Här har vi en massa föreskrifter, regler och lagrum som vi ska följa. Vi ska också förebygga ute i verksamheterna. Men det står faktiskt också i dokumenten att vi ska främja. Vad det handlar om är att delvis förskjuta perspektivet men också inkludera helheten.

Det åtgärdande perspektivet och individnivån kan vi ganska mycket om, givet att vi inte har chefer som är experter på precis allting när det till exempel handlar om rehabilitering och återgång i arbete. Vi har också haft fokus på förebyggande på grupp- och arbetsplatsnivå. Men vi vet ganska lite om det främjandet.

Då behöver vi ta reda på: Vad tänker folk ute i verksamheterna att vi menar när vi säger ”främjande” och ”friskfaktor”? Jag har ställt den frågan till människor i olika seminarier och workshoppar, och de har fått reflektera fritt innan vi börjat. Det vi ser på denna bild är saker som kommer upp. Observera att frågan är: Vad tänker du på när jag säger ”främjande”?

Det kommer upp färre och kortare sjukskrivningar, bort med belastningsbesvär – det traditionella perspektivet –, minskad individrisk samt färre arbetsmiljörisker och hälsoproblem hos medarbetare. Men det kommer också upp sådant som friska medarbetare, långtidsfrisk, orka jobba hela arbetslivet samt välbefinnande och hälsa bland medarbetare. Ni ser att dessa är skrivna med tunnare stil, och det betyder att de inte figurerar lika ofta i materialet.

Det som också kommer upp är frågan vems uppgift det är att arbeta med främjande. Det är en viktig HR-fråga, är det många som säger. Här har vi

grupper av både chefer, HR-strateger och andra som deltar i den här typen av utbildningar.

Det finns också de som pekar på att detta är en samverkan mellan medarbetare och arbetsgivare och alla parter som finns på en arbetsplats. Det är alltså allas ansvar att fokusera på det främjande i arbetslivet.

Det betyder att vi faktiskt har möjligheter att jobba med främjande i den organisatoriska kontexten. Frågan är då hur vi kommer dit och varför vi ska göra det. Det enkla svaret på varför är att om vi arbetar främjande kan vi kanske ytterligare minska risken för psykisk ohälsa och belastningsbesvär och helt enkelt ha en bättre arbetsmiljö ute i verksamheterna.

Främjande handlar helt enkelt om att vara proaktiv och göra detta svåra: agera innan någonting har hänt och se till att förutsättningarna finns på plats om någonting skulle hända. Det betyder att det ska finnas goda förutsättningar att utföra det arbete som faktiskt ska utföras. Idén är att vi kommer längre och högre upp över tid och dessutom blir mer hållbara om vi inte bara är reaktiva utan också inkluderar ett främjande perspektiv och fokuserar på att minska riskerna genom att arbeta förebyggande och åtgärdande. Det finns en vinst här, även om det naturligtvis, som med allting, finns initiala kostnader.

De befintliga data vi har jobbat med handlar om arbetsplats, arbetssituation och hälsa. Det är viktigt att vi har data på om människor anser att de mår bra och har möjlighet till återhämtning. Skälet till att vi fokuserar på det går tillbaka på den rapport som Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap tog fram, där jag också medverkade. Vi ställde där frågan, och försökte också besvara den, hur vi kan mäta och följa arbetsplats, arbetssituation och hälsa ur ett främjande friskfaktorsperspektiv över tid.

Det sammanhang vi är i är kontorsarbete i offentlig förvaltning. Vi vet väldigt mycket om sjukvård – särskilt efter pandemin vet vi väldigt mycket om hur människor har det i vården. Här låg därför fokus på dem som jobbar i förvaltningen.

Vi har som sagt olika typer av data. Det jag presenterar i dag kommer framför allt från medarbetarenkäter, något som görs regelbundet som en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Vi har data från tre på varandra följande år. Det betyder att det i viss mån är samma personer som har svarat, men det finns ju alltid ett in- och utflöde av medarbetare i olika verksamheter. Vi har mellan 1 400 och 1 500 svar per mätillfälle.

Vad är det då vi ser om vi analyserar materialet? Folk får 20–30 frågor, och lite beroende på hur de svarar kan de få följdfrågor. Cheferna får lite fler frågor än medarbetarna eftersom de också får frågor om sitt ledarskap. Här har vi data för både chefer och medarbetare blandat. Det handlar om huruvida min arbetsrelaterade hälsa är god och huruvida mina möjligheter till återhämtning i arbetet är goda.

Jag lyfter dessa aspekter just för att de är ganska vanliga som indikatorer på om det börjar gå utför i verksamheten. Då minskar ju hälsan och möjligheterna till återhämtning.

Vi hade individfaktorer. Vi hade faktorer på arbetsplatsnivå, alltså på den enhet där vi jobbar, men också kring människors egen arbetssituation.

Om vi då tittar på resultaten ser vi att kön hade relevans för hälsa. Som alltid, nästan, har kvinnor en något sämre hälsa än män i den här verksamheten. Chef eller inte chef hade ingen större betydelse för hälsa och återhämtning. Samarbete, möjligheten till lärande på arbetsplatsen, att följa besluten och de uppsatta målen och att se en klarhet i det spelade roll, liksom hanterliga krav och stöd i arbetssituationen. Det var ganska lika för både hälsa och återhämtning.

Man kan undra om det spelar någon roll om vi analyserar arbetsplatsdata före den omedelbara arbetssituation som människor befinner sig i. Det spelar mindre roll, men vi ser något starkare samband när det handlar om den egna arbetssituationen. Det är ju den vi är i hela tiden, medan vår arbetssituation ramas in av den verksamhet där vi befinner oss, alltså den arbetsplats vi är på.

Det finns alltså en viss variation. Det allra viktigaste är hur jag har det i min absolut närmaste miljö.

Sedan kan vi kika på chefer. Här har vi plockat ut enbart cheferna ur detta. Vi har samma hälsa och återhämtning, återigen, och någonstans mellan 140 och 170 chefer vid varje tidpunkt. Här är det ganska intressant att det är ganska lika andel kvinnliga och manliga chefer under de olika åren. Kön har ingen betydelse för chefernas möjlighet till återhämtning och hälsa.

Det som verkar spela roll är samarbete, återigen, och beslut och mål – samma som för medarbetare, alltså den större gruppen – även om detta med beslut och mål verkar något mindre viktigt för återhämtning. Hanterliga krav är viktigt, vilket ter sig rimligt, medan stöd är lite svajigare – kanske inte riktigt lika viktigt för hälsa och återhämtning bland chefer som på medarbetarnivå.

Vi har lekt med dessa data på olika sätt. Ger du forskare ett material är det klart att vi använder det utöver till att bara kika på olika grupper av medarbetare som vi vet någonting om. Vi har ju kvinnor och män och de kategorier vi jobbar med, chefer och icke-chefer och så vidare. Men det är också intressant att se vad som händer när vi analyserar materialet på ett annat sätt.

Vi kan då också identifiera grupper av medarbetare som har olika typer av arbetssituation. På individnivå handlar det om inflytande och arbetsbelastning, och på arbetsplatsnivå om möjligheten till stöd och det sociala klimatet. Då ser vi glädjande nog att de flesta har det bra. 674 personer, den största gruppen, har en närande arbetssituation och har alltså en god arbetsmiljö och arbetssituation på jobbet.

Men sedan finns det några grupper som är belastande och tärande, som vi kallar dem. De har en risksituation, och det gör att vi behöver ha både främjande- och riskperspektivet med oss parallellt. Det som är positivt är att de grupperna är mindre – 121 personer i den tärande och 342 personer i den belastande gruppen.

Kikar vi vidare och kopplar de olika profilerna, klustren eller grupperna till hälsa och återhämtning ser vi statistiskt säkerställda skillnader mellan alla. De

som är närande har såklart bäst hälsa och återhämtning, medan de som är tärande och belastande har sämst. De stabila ligger någonstans mitt emellan.

Tråkigt nog, men det kanske är symtomatiskt för chefsituationen och det Monica sa om att chefer har många olika arbetsuppgifter, är att vi ser störst andel chefer i den belastande gruppen. Uppenbarligen kan vi jobba med förutsättningarna där.

För att konkludera konstaterar vi att när det handlar om användning och förståelse av begrepp och termer finns det en stor förståelse för risk och ohälsa där ute. Men vi behöver uppenbarligen öka förståelsen av vad främjande och förebyggande innebär och vad det faktiskt kan vara i olika arbetssituationer. Det kan vi se i befintliga data. Det var någonting som vi anade, och det var därför vi bad om att få medarbetarundersökningarna.

Ibland går de befintliga data som finns ute i verksamheterna att använda. Det handlar om att gräva där vi står. Vi känner våra verksamheter bäst. Det vi skulle vilja ha mer av är organisatoriska faktorer som kompletterar medarbetardata för att få med alla de olika nivåerna i verksamheten – antalet medarbetare per chef, tillgång till företagshälsa och liknande – just för att kunna identifiera olika typer av samband. Vi skulle då också i det stora materialet kunna identifiera olika grupper inom en verksamhet med olika behov utan att ens gå in på diagnoser utan bara kika på deras arbetssituation på arbetsplatsen.

På nästa bild försöker vi föra fram perspektivet att främjande förutsättningar både ger oss ett helhetsperspektiv och kräver ett helhetsperspektiv. Vi behöver inkludera de organisatoriska faktorerna på olika nivåer, vi behöver ta hänsyn till den psykosociala arbetsmiljön och vi behöver göra det parallellt.

Parallellt med det behöver vi också fundera över ”risk” och ”frisk” och hålla de två tankarna i huvudet samtidigt, eller prata om det i termer av främjande och förebyggande – just för att skapa förutsättningarna för det goda arbetet.

Vi konstaterar också att det är möjligt att kartlägga, undersöka och följa processer över tid och göra det som en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det är också viktigt för verksamheterna där ute att det inte kommer ytterligare en pålaga, ytterligare en process som ska implementeras och genomföras, utan att detta kan inkluderas i de processer som verksamheterna har till uppgift att utföra.

Med det tackar jag för mig.

Ordföranden: Då är det dags för Elisabeth Björk Brämberg vid Karolinska institutet, som ska tala om återgång i arbete.

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Tack för inbjudan att få vara med här i dag! Jag heter som sagt Elisabeth Björk Brämberg och är docent i arbetsmedicin och senior forskare vid KI. Jag är också anställd som forskare vid Göteborgs universitet. Jag ska prata om återgång i arbete bland personer med depression, ångest och stressreaktioner.

Jag är ju sist ut bland oss talare. Jag tänker att vi nu lämnar främjande arbetsmiljöfaktorer och går tillbaka in i sjukskrivning och fokus på hur vi kan få individer att komma tillbaka i arbete.

Trots att vi under förmiddagen har hört från både Elin och Gunnel att många personer jobbar med symtom, också sådana symtom som uppfyller kriterier för diagnos, är det ganska få som blir sjukskrivna. Ändå hade vi en dyster toppnotering i Försäkringskassans rapport från i höstas: Rekordmånga sjukskrivs för stress.

Med den bild jag nu visar vill jag lyfta fram att vi har att göra med fyra olika aktörer. Vi har den sjukskrivna individen, vi har arbetsgivaren, vi har socialförsäkringen, alltså Försäkringskassan, och vi har hälso- och sjukvården. Dessa aktörer har olika ansvarsområden och uppdrag under en sjukskrivning och vid återgång i arbete, vilket är väsentligt att ha med sig.

Den pil jag nu visar har ni också sett tidigare i dag. Jag kommer att prata om boxen närmast spetsen, återgång i arbete. Vi tänker oss då att vi har med oss de fyra olika aktörerna med olika ansvarsområden i återgång i arbete. Vi ska också tänka på att individen egentligen kan gå tillbaka i arbete och hamna i samtliga dessa boxar efter återgång i arbete. Man kan vara fullt frisk, jobba och må bra. Man kan också gå tillbaka i arbete med hälsoproblem men god arbetsförmåga. Vidare kan man gå tillbaka i arbete med hälsoproblem och påverkad arbetsförmåga, vilket kan göra att man riskerar att återinsjukna. Det är alltså en komplex process, vilket jag tänker att ni alla känner till.

Jag kommer att gå igenom en SBU-rapport där jag var en av de sakkunniga. SBU har ett regeringsuppdrag inom området psykisk hälsa. Rapporten publicerades 2022 och är en systematisk översikt där vi har undersökt insatser som involverar vård och arbetsgivare riktade till personer sjukskrivna minst 90 dagar på grund av depression, ångest eller stressreaktion. Vi har publicerat rapporten, och vi har även skrivit om den och publicerat den som en vetenskaplig artikel för att få ytterligare internationell spridning på våra resultat.

En systematisk översikt, bara för att sätta er på rätt spår, gör man genom att man söker väldigt brett i databaser efter så kallade originalstudier som innehåller data. Sedan gör man en sammanslagning av alla dessa studier för att se: Om vi nu väger samman resultat från en mängd studier, vad kan vi då dra för slutsatser?

En systematisk översikt börjar nästan alltid med ett PICO: population, intervention, kontroll och utfall. Ni ser här det PICO vi hade till vår SBU-rapport. Vi var intresserade av att få in populationer åldersmässigt i yrkesverksamma åldrar, liksom sjukskrivningslängd och diagnos för sjukskrivning. Insatserna skulle kunna förekomma i Sverige men inte enbart. Ett krav var dock att de på något sätt skulle involvera arbetsgivare.

Sedan har man en jämförelse med en kontrollgrupp. Det kunde vara ingen insats, sedvanlig vård eller annan aktiv insats. Utfallen, som sagt, anknyter på olika sätt till återgång i arbete, det vill säga att man är i arbete, och tid i arbete, det vill säga reguljär anställning. Vi tittade också på utbildning, påbörjad och avslutad, samt på antalet sjukskrivningsdagar.

Nästa bild är ganska omfattande, som ni ser. Mitt huvudbudskap med bilden är att visa hur vi gick från 14 794 artikelsammanfattningar till 11 studier. Det är klart att det hände saker på vägen där.

SBU:s sökspecialister gjorde som sagt en bred sökning utifrån vårt PICO. De applicerade det på en mängd litteraturdatabaser och fick då fram 14 793 + 1 artikelsammanfattningar. Sedan granskades dessa med avseende på relevans: Är det verkligen relevant litteratur vi får med i vår översikt?

I nästa steg var det vi sakkunniga som granskade 395 artiklar i fulltext. Då tittar man på kvalitet och risk för bias, som det kallas, det vill säga systematiska risker som kan ge snedvridna eller till och med felaktiga resultat. Det vill man inte ha in i sin översikt, eller hur?

Till slut hamnade vi då i 11 artiklar. Det var RCT:er, det vill säga sådana studieupplägg där man kan jämföra en behandlingsinsats med ingen insats, till exempel, eller sedvanlig vård. Det var också prospektiva studier där man kan titta på kausala samband och dra slutsatser.

Vilka insatser kan då öka återgång i arbete? Vi kan egentligen inte säga med säkerhet: Välj den här insatsen, och du kommer att få tillbaka de sjuk-skrivne i arbete! Men det finns flera lovande insatser som man mycket väl skulle kunna arbeta vidare med och replikera, till exempel.

Kognitiv beteendeterapi med involverad arbetsplats är en sådan insats. Den leder möjligen till ökad återgång i arbete upp till tolv månader efter en insats. Kognitiv beteendeterapi och ACT, acceptance and commitment therapy, med involverad arbetsplats minskar möjligen upplevda symtom på depression. Sedan har vi teambaserat stöd med involverad arbetsplats, som möjligen leder till återgång i arbete och möjligen minskar upplevda symtom på depression.

Som ni ser har jag efter varje slutsats lagt till att resultaten har låg tillförlitlighet. Det betyder på SBU-språk att om det kommer nya studier kan dessa slutsatser komma att ändras åt ena eller andra hållet. Därför skulle jag vilja säga: Ja, vi har insatser som verkar lovande men som sannolikt behöver replikeras för att vi ska veta mer om effekterna.

Vi tittade också på individanpassat stöd till arbete, så kallat individual placement and support, en insats som har prövats framför allt på patienter med psykiatrisk problematik eller sjukdom i form av psykos eller schizofreni med goda resultat. När vi tittade på det utifrån den här studiepopulationen gick det dock tyvärr inte att bedöma några effekter.

Vi hittade inte heller några studier om effekter på återgång i arbete av insatser i form av utbildning, praktik eller lönebidrag, vilket är olyckligt med tanke på att vi kanske skulle behöva fundera på hur omställningsmöjligheterna ser ut för den grupp som blir kvar i sjukskrivning.

Förutom att komma fram till att det vetenskapliga underlaget är lovande för de här insatserna – om än absolut inte säkert – gjorde vi också en etisk analys. Där jobbade jag tillsammans med bland andra Thomas Hartvigsson, som är förste författare på den nedersta referensen i bilden. Vi tittade på och gjorde etiska analyser av sådana insatser som involverar de fyra aktörer jag nämnde i början.

Något vi också identifierade i SBU-rapporten var de samhällsekonomiska målen. De kan vara krav på produktivitet, naturligtvis, eller kostnader, exempelvis för sjukförsäkringen. De kan även vara kopplade till de individcentrerade målen. Individens egna mål kan ju skilja sig från samhällsekonomiskt viktiga mål, till exempel den egna hälsan, arbetsförmågan och livskvaliteten.

Vi radar upp flera sådana mål- och värdekonflikter både i rapporten och i vår artikel. Ett område där vi lite grann står oss slätt är dock att vi inte riktigt kan se hur dessa konflikter ska lösas om de uppstår. Och vilka mål är överordnade? Är det individens mål, är det arbetsplatsens mål eller är det samhällsnyvåns mål?

Jag tänkte runda av med detta: Vad behöver vi veta mer om? Det här har vi redan varit inne på i dag, men jag tycker att det är värt att nämna det igen: Vilka patienter är det som blir ”långa fall”? Vad är väl en forskare om man inte kan visa någon form av figur eller kurva, så jag tänkte att jag tar med det diagram vi nu ser.

Denna kurva kommer från en randomiserad studie som vi har gjort vid 24 vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Den visar sjukfrånvaroutvecklingen från inklusion i studien över 18 månader bland personer som vid inklusion är sjukskrivna på grund av depression, ångest eller olika former av stressreaktioner. Sjukskrivningen vid inklusion är relativt kort, två till tolv veckor, och sedan kommer man in i studien. Man får antingen en sedvanlig vård eller ett tillägg som handlar om att sjukvården, patienten och patientens chef på arbetsplatsen samarbetar.

Det finns några saker jag vill lyfta fram här. Vi ser att båda grupperna minskar sin sjukskrivningslängd ganska omgående. Det är också i linje med Försäkringskassans analyser, där man visar att majoriteten av de sjukskrivna går tillbaka inom 60 dagar. Det gör dessa patienter också, oavsett om man får en extra insats eller inte.

Men vi ser också den grupp som jag har ringat in, från 10 månader upp till 18 månader. Det här är registerdata från Försäkringskassan, och jag skulle vilja säga att vi har väldigt hög tilltro till kassans höga kvalitet på sina data. Här ser vi en grupp som jag och många med mig tänker att vi behöver hitta i ett tidigare stadium. Det är ju också så att sjukskrivningen i sig egentligen inte är speciellt utvärderad avseende dess bieffekter. Vi vet att sjukskrivna individer lätt kan bli isolerade. Man kan få tankar kring att det blir svårt att komma till jobbet, att de inte vill ha tillbaka mig och så vidare.

När det gäller vad som möjligen skulle kunna främja återgång i arbete vet vi en del om individfaktorer. Motivation, tilltro till sin förmåga och attityd är faktorer som man skulle kunna arbeta med i en behandlingsinsats för att stärka individen. Dock ska individen trots allt tillbaka till en arbetsplats, och därför behöver vi veta mer om de organisatoriska faktorerna, som vi också har hört här i dag. Vad är det till exempel för typ av arbetsplats? Vad har man för arbetsuppgifter? Vilka resurser har chefen för att stödja medarbetaren, och också andra medarbetare runt omkring som kan bli påverkade av arbetsanpassningar? Vilken tillgång finns till företagshälsa?

Ett annat återkommande tema i dag är vilken kunskap och kompetens som behövs inom försäkringsmedicin. Kunskapshöjande insatser har vi hört om, och även jag vill lyfta fram det. När det gäller läkare och professioner som möter patienter inom hälso- och sjukvård samt handläggare på Försäkringskassan tänker jag att det också behövs en organisatorisk grund. Till exempel kanske läkare inom primärvården inte ska ha enbart max 20 minuter för att ta anamnes, göra en utredning, ta ställning till arbetsförmåga och sedan skriva ett välgrundat intyg till Försäkringskassan.

Jag vill också slå ett slag för att studenter som kommer att träffa patienter i sin yrkesroll får en bättre försäkringsmedicinsk utbildning redan under grundutbildningen.

Nu är min talartid egentligen slut, och jag vet att alla är lite fikasugna. Men jag vill göra ett sista medskick: Ska vi inte försöka få till ett nationellt register för utvärdering av insatser med koppling till individ, sjukskrivning, arbetsplats och yrke, ett register som möjliggör uppföljning utan att personal inom vården ska sitta och registrera och belastas med ännu mer administrativ börda?

Där tänkte jag tacka för mig. Jag ser fram emot panelsamtalet sedan. Det ska bli spännande.

Ordföranden: Då har vi kommit fram till den schemalagda pausen. Jag föreslår att vi ajournerar sammanträdet till klockan fem i elva.

Ordföranden: Klockan är 10.55. Socialförsäkringsutskottets offentliga sammanträde återupptas.

Vi har kommit fram till frågestunden, där utskottens ledamöter har möjlighet att ställa frågor till inbjudna talare och övriga deltagare. Den som vill ställa frågor får begära ordet och då gärna berätta vem frågan riktas till, för att underlätta fördelningen.

Anders W Jonsson (C): Den inledande forskningsöversikten gällde de nordiska länderna, om jag förstår det rätt. Finns det någon annan intressant forskning från andra länder som är inte exakt jämförbara men som ligger oss ganska nära?

Jag har också en detaljfråga till Elisabeth Björk Brämberg om hennes väldigt intressanta genomgång. På den tredje sista bilden med de två kurvorna över de här grupperna såg man en skillnad mellan hur länge och hur många dagar man varit sjukskriven mot slutet. Vilken av kurvorna var det som var insats, och vilken var kontroll? Och var det en signifikant skillnad man såg på bilden? Det är ganska väsentligt. Men jag begrep inte förkortningarna och vet därför inte vilken som var den sämre och vilken som var den bättre.

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Tack för frågan, Anders! Du har helt rätt. Jag fick lite tidsnöd på slutet och missade att ge förklaringen.

Den undre kurvan är de patienter som fick sedvanlig vård, och den övre kurvan är de som fick tillägg till sedvanlig vård, en problemlösningssats. Vi hade en signifikant skillnad mellan grupperna vid femmånadersmätningen men inga andra signifikanta skillnader. Det är, som Elin tog upp i sin presentation, inte ovanligt att man när det läggs till en insats till sedvanlig vård faktiskt också får ökad sjukskrivningslängd. Det kan vara ett så kallat implementeringsfel.

Bra att du lyfte upp det!

Anders W Jonsson (C): Jag hade också en fråga till Gunnel Hensing, som hade den inledande genomgången om de nordiska jämförelserna. Det var jätteintrassant. Men jag undrar om det finns någon forskning från till exempel UK, Tyskland eller Nederländerna där man ändå kan dra lite liknande slutsatser.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Du nämnde flera av de länder sett över Europa där det bedrivs forskning om sjukfrånvaro och psykiatrisk sjukfrånvaro. Nederländerna är en stor producent av forskning inom detta fält. Men där är fokus mycket på återgång i arbete. De ligger alltså längre bak i pilen. I Storbritannien görs en del forskning, och i Frankrike görs en del. Från Tyskland finns dock inte så många studier. På fältet ser det ut ungefär så här.

I fråga om arbetslivsfaktorer eller hälsorelaterade faktorer och risken för psykiatrisk sjukfrånvaro visar de studier som finns ungefär liknande resultat när det gäller könsskillnader; kvinnor i människovårdande yrken eller välfärdsyrken tenderar att ha lite högre sjukfrånvaro. Och det finns en utbildningseffekt, även om den är lägre, när det gäller psykiatrisk sjukfrånvaro.

Men det är svårt att jämföra med till exempel Nederländerna som du vet, eftersom de har ett helt annat sjukförsäkringssystem än vi har. Hoppas att det var svar på din fråga!

Caroline Högstöm (M): Stort tack för intressanta dragningar!

Skillnaden i den här statistiken mellan kvinnor och män är tyvärr inte ny. Vi har sett den nästan så länge vi kan mäta i princip. Därför var det intressant att få ta del av era olika delar.

Min fråga går till Petra eller till Monica – jag blir lite osäker. När det gäller offentliga och privata arbetsgivare, har ni tittat något mer på kvinnodominerade och mansdominerade områden? Exempelvis finns det inom offentlig sektor både teknikförvaltning och pedagogisk förvaltning, och där kan vi se ganska stora skillnader. Detsamma gäller inom den privata sektorn. Har ni brutit ned det en nivå till? Och kan ni se några trender där?

Monica Bertilsson, Göteborgs universitet: Jag börjar, men Petra Lindfors har säkert också någonting att tillägga.

Vad jag har gjort inför i dag är att jag för de tabeller som jag visade där man skattade kompetens och stöd gick ned och tittade: Hur ser fördelningen ut i mans- och kvinnodominerade yrken inom privat och offentlig verksamhet?

Det var inga större skillnader fördelningsmässigt. Sådana andelar säger väldigt lite om man skulle bryta ned det. Tar vi till exempel privat sektor har vi allt från småföretagare med två, tre anställda till jätteföretagen. Man får ta de andelarna bara som ett slags bild av det vi talar om.

Att titta på mans- och kvinnodominerade yrken över sektorerna har jag inte gjort. Jag måste då slå samman dem. Då måste jag ha nya forskningsmedel och etiskt tillstånd för att slå samman dem. Men vi har projekt som ligger inne. Blir vi beviljade medel kan jag återkomma om några år i den frågan.

Petra Lindfors, Stockholms universitet: Jag kan fylla på med att det har gjorts den typen av studier. Vi har den typen av kunskap som pekar på att det visst finns skillnader också när vi bryter ned det.

Kvinnodominerade verksamheter har andra förutsättningar för att utföra arbetet jämfört med mansdominerade arbeten. Annika Härenstam och kollegor har gjort många sådana studier.

Monica Bertilsson, Göteborgs universitet: Det är helt sant som Petra Lindfors säger. Vad jag uppfattade var att det frågades om man hade gjort undersökningar och jämfört likartade verksamheter i privat eller offentlig regi. Det kanske man också har gjort.

Isabell Mixter (V): Tack för jätteintressanta föredragningar från er allihop. Det har verkligen varit givande och är någonting som vi behöver titta djupare på och veta mer om. Vad förklarar kvinnors högre antal sjukskrivningar? Hur ska vi få människor tillbaka till arbete? Det är jätteviktiga frågor.

Jag har en fråga som kanske är lite till Gunnel Hensing. Jag tänker på förklaringar till skillnader mellan kvinnor och män. Det gäller kvinnors obetalda hemarbete. Vi vet enligt all statistik att kvinnor gör en större andel av det arbetet.

Det gäller hur det kan korrelera med sjukskrivningar. Finns det någon korrelation däremellan som kan förklara någon del av kvinnors högre antal sjukskrivningar?

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Tack så mycket för den frågan.

Vi återupprepar att kvinnor har högre sjukfrånvaro och att de har haft det så länge vi har kunnat mäta och så vidare. Det var egentligen i mitten på 80-talet som kvinnors sjukfrånvaro började bli högre. Innan dess var det så låg andel kvinnor i arbetslivet.

Vi hade brottet när framför allt äldre kvinnor kom in i arbetslivet. Så hade det inte varit. Det gällde kvinnor med barn. Där har de nordiska länderna haft en förändring väldigt tidigt i jämförelse med många andra länder.

På det material som jag visade i dag tog vi också fram en rapport på uppdrag av Jämställdhetsmyndigheten om just obetalt arbete. Då upptäckte vi att det finns väldigt få studier – en frustration man kan få som forskare.

Man kan säga att om det finns kunskapsluckor är det väldigt stora kunskapsluckor om det obetalda arbetets betydelse. Då menar jag forskning som är mer av det kvantitativa slaget som jag rapporterade om.

Sedan finns det kvalitativa studier där de intervjuade berättar om sin livssituation. Då kommer ofta beskrivningarna att det har med jobbet att göra men att det också har med privatlivet att göra.

Jag har också haft kurser för försäkringsläkare och andra läkare som sjuk-skriver. När de tar fram fall är det ofta fall där det är en kombination av arbete och obetalt arbete.

Med det sagt fanns det vissa faktorer som stack ut lite. Kvinnor med barn är i en risksituation kan man säga. Det fanns också några studier där man hade tittat på belastningen som helhet.

Det är väl det som jag skulle vilja att man grunnade mer på som forskare och att det blev mer pengar för det. Vad är det egentligen vi ska mäta?

Nästan alla de studierna tar fokus på om man har barn. Det gäller om man har barn eller inte, om barnen har speciella behov eller inte, om det finns anhöriga med speciella behov och så vidare.

Slutsatsen är svår att dra. Att säga att det finns evidens för att obetalt arbete kan förklara psykiatrisk sjukfrånvaro kan man inte göra som forskare. Det finns för få studier helt enkelt. Däremot finns det flera kvalitativa intervjustudier där detta kommer fram.

Jag har också en kunskapsöversikt om detta. Om du vill att jag skickar den så kan du höra av dig.

Åsa Eriksson (S): Jag vill börja med att tacka uppföljningsgruppen, kansliet och alla andra som har medverkat till att vi har fått rapporten och det öppna sammanträdet. Det är oerhört viktigt att vi får öka vår kunskap om stressrelaterad ohälsa, sjukskrivning och vad som kan påverka återgång i arbete. Stort tack allihop för det arbetet.

Jag vet inte till vem jag ska rikta min fråga. Det är fritt fram att svara. Jag tror att det var Elin Lindsäter som sa att behandling inte verkar påverka förloppet särskilt mycket, utan strukturella och politiska faktorer är viktigare.

Då tänker jag att man kommer tillbaka till arbetet efter stressrelaterad sjukskrivning och arbetsgivaren inte har kunnat förändra villkoren på arbetsplatsen. Jag tänker mig en skola, ett socialkontor, ett omsorgsboende eller någonting annat.

Arbetsvillkoren är desamma som när jag blev sjuk. Hur påverkar det den framtida hälsan? Ser man en risk för återinsjuknande? Ni har allihop varit inne

på att det spelar otroligt stor roll om människor har möjlighet att påverka sitt arbete. Ni får gärna utveckla vad ni ser där.

Elin Lindsäter, Karolinska institutet: Tack för den jätteviktiga frågan.

Det är klart att för de personer, men det är inte alla, där arbetsplatsen har spelat en betydande roll för insjuknandet och sjukskrivningen är det viktigt att man hanterar de utmaningar som finns på arbetsplatsen under till exempel en behandlingsfas. Det gäller att personerna håller kontakt med sin arbetsgivare och att man vidtar de åtgärder som är möjliga. Det uppmuntras man till av vården och sjukskrivande läkare.

Sedan är ofta ökningen i arbetsåtergång vid de här tillstånden gradvis. Man kommer sällan tillbaka från en hundra procentig sjukskrivning till hundra procentigt arbete och då ställs inför chocken att allt är som det var förut. Självklart är det någonting som man behöver vänja sig vid, och det gäller att göra förändringar som är möjliga under en behandlings gång.

Jag skulle vilja lyfta fram att det är väldigt många fall där det inte huvudsakligen rör sig om organisatoriska problem eller arbetsmiljöproblem. Det är faktorer som kommer från privatlivet. Det handlar också om hur man förhåller sig till hela sin livssituation.

Det är ofta det som åtminstone psykologiska behandlingar kan rikta in sig på. Det handlar om att förstå sina egna förhållningssätt, tankar om sig själv, krav man har på sig själv och krav från andra. Det gäller hur man kan prioritera i sitt liv och se över sin situation. Givet att arbetsplatsen är relativt sett välfungerande kan man komma ganska långt med en gradvis upptrappning.

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Jag tänker att jag länkar in i det Elin Lindsäter sa. Det är en jätteviktig fråga att lyfta fram.

Det finns många studier som talar för att enbart symtomreduktion inte automatiskt leder till återgång i arbete, vilket man skulle kunna tänka sig. Arbetsplatsen och att komma tillbaka till samma arbetsplats utgör en riskfaktor för att bli sjukskriven igen.

Som jag nämnde i SBU-översikten som vi gjorde är det beklagligt att vi inte kunde hitta några studier som visar på effekter av insatser som syftade till utbildning eller olika former av omställning.

Det kan vara så att arbetsmiljön kanske är välfungerande. Men det är en mismatch mellan individens resurser och vad arbetsplatsen kan erbjuda. För att undvika de långa fallen behöver man kanske ett stöd i form av en förändrad yrkesroll. Det finns också kunskapsluckor som vi behöver titta vidare på.

Ordföranden: Jag noterar att en av gästerna önskar ordet. Du får gärna berätta vad du heter och var du kommer ifrån.

Katarina Bergström, Sveriges Kommuner och Regioner: Jag heter Katarina Bergström och arbetar som arbetsrättsjurist på arbetsgivarpolitiska avdelningen på Sveriges Kommuner och Regioner. Jag arbetar med inriktning mot arbetslivsinriktad rehabilitering, socialförsäkring och arbetsmiljö.

Vi vill från SKR:s sida börja med att tacka för det lovvärda initiativ som utskottet har tagit att skriva rapporten. Det har varit väldigt intressant att läsa innehållet. Det har också varit väldigt intressant att lyssna till de olika anförandena i dag.

Den fråga som ställdes här tycker vi är viktig att ta med oss. Man talar om den faktiska arbetslivsinriktade rehabiliteringen och det ansvar som arbetsgivarna har att vidta de åtgärder som innebär en effektiv rehabilitering. Kopplat till temat i dag, nämligen psykisk ohälsa, är det viktigt att tänka att en effektiv rehabilitering inte alltid innebär detsamma som att den är snabb.

Det handlar om att det ska vara just effektiva rehabiliteringsåtgärder som bidrar till ett hållbart arbetsliv, det vill säga att man kommer tillbaka i arbete och att det är en hållbar arbetssituation. Det är oerhört viktigt.

Sedan är det en komplex bild, precis som bland annat lyfts fram från Elin Lindsäter, tror jag att det var. Vad är förutsättningarna på arbetsplatsen?

Där vill SKR passa på att påtala just vikten av att arbetsgivarna i vår sektor har en drivande och närvarande försäkringskassa. Det är av stor betydelse för att man ska kunna komma till den verkstad som många av våra arbetsgivare vittnar om där man får till ett konkret arbete som ger bättre förutsättningar att kunna vidta åtgärder.

Det gäller att samla de berörda aktörerna i en pågående rehabilitering i ett samtal om vad som fungerar bäst i just den här individens rehabilitering. Det är de så kallade avstämningsmötena som rapporten också lyfter fram.

Med det sagt önskar vi att Försäkringskassan intensifierar arbetet med att kalla till avstämningsmöten. Jag stannar där.

Ann-Christine Frohm (SD): Jag tänkte i min fråga uppehålla mig vid orsakerna till den ökande sjukfrånvaron bland kvinnor. Jag uppfattar att man har talat mest om yrke och arbetsplats. Min fundering gäller arbetstiden.

Vi har i dag som norm att man ska arbeta heltid. Har ni fått några indikationer på att det också kan vara en orsak till den ökade psykiska ohälsan? Man kanske som kvinna känner att man inte riktigt räcker till och orkar med sin vardag.

Frågan går till den som känner sig manad att svara.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Tack för frågan. Den är lite svår på ett sätt.

I många av den typ av studier som jag berättade om gör man en statistisk analys. Man kontrollerar för en del faktorer som man tänker kan ha ett samband, eftersom man egentligen är intresserad av huvudfrågan som man har. Det handlar ofta om att man kontrollerar för arbetstid.

I tidigare studier, som jag nu kommer på, har man tittat till exempel på övertid. Där finns i varje fall en risk för ökad psykisk ohälsa om man har väldigt mycket övertid. Det gäller både kvinnor och män.

Om själva den normala arbetstiden 40 timmar, om vi tar det som exempel, är en riskfaktor hänger nog väldigt mycket ihop med hur mycket som ska utföras inom de 40 timmarna. Det handlar om hur tätt och intensivt arbetet är, vad det är för typ av arbete, om det finns tid för återhämtning och så vidare. Det är en intressant men lite svårbesvarad fråga.

Det finns också studier som har pekat på att deltidsarbete kan vara belastande för att man ändå förväntas göra ganska mycket på jobbet under den tiden.

Jag bollar nu över frågan till Petra Lindfors. Jag tror att hon har en del att säga också i den här frågan.

Petra Lindfors, Stockholms universitet: Jag kan bekräfta det du säger, Gunnel Hensing. Arbetstiden är ofta en kontrollfaktor i våra studier.

Utöver det som du har sagt kan vi också se, och det finns enstaka studier på det, där deltidsarbete blir ett sätt att hantera sin vardag och att hantera arbetet. Det kan kanske ske i form av en bristande arbetsmiljö i kombination med det obetalda arbete som finns i hemmet.

Det finns olika val till heltid respektive deltid. Här behöver vi komma ihåg att heltid i en del branscher och sektorer är 40 timmar per vecka, och i en del är det 37,5 timmar. Det kan vara ganska stor skillnad däremellan. De få timmarna kan göra skillnad, och arbetsgivaren kan använda dem på olika sätt, vilket vi såg i studier som vi gjorde för ett tiotal år sedan.

Egentligen har jag inget bra svar på frågan. Vi håller på och gräver lite.

Johanna Haraldsson (S): Jag tänkte att jag skulle försöka mig på att ställa en fråga till några av åhörarna här som inte har sagt så mycket innan. Om SKR och Arbetsmiljöverket vill svara på min fråga vore det jättebra, och givetvis om någon i panelen tycker att man har något att bidra med.

Det handlar om bättre kunskap hos chefer och ett systematiskt, förebyggande och främjande arbete på arbetsplatsen och att man arbetar med den psykosociala arbetsmiljön. Det lyfts fram här som viktiga faktorer för att förebygga sjukskrivning på grund av utmattning.

Jag undrar om det finns idéer och tankar om hur vi får större fokus på det på våra arbetsplatser och att vi arbetar främjande och förebyggande. Hur får vi större fokus på det?

Katarina Bergström, Sveriges Kommuner och Regioner: Tack för frågan. SKR och våra medlemmar är väl medvetna om hur utvecklingen av sjuktalen ser ut inom vår sektor. Det är högst bekymmersamt och någonting som vi tar på stort allvar.

Samtidigt visar väldigt färsk siffror som SKR kommer att gå ut med i nästa vecka att sjuktalet inte längre ökar utan tvärtom minskar. Alldeles oavsett det bedrivs det just nu ett intensivt partsarbete med friskfaktorer i hela Kommun-sverige. Där ligger fokus just på att minska ohälsa och sjukfrånvaro genom tidiga insatser och främjande arbete.

Det är en historiskt stor satsning som SKR gör partsgemensamt. Den innebär i princip att man mobiliserar alla aktörer inom området, från de politiskt förtroendevalda, där det handlar om att tydliggöra deras roller och deras ansvar, till chefer på alla nivåer. Vi har också HR och de enskilda arbetsgivarna inkluderade, och det gäller inte minst den lokala samverkansorganisationen mellan fack och arbetsgivare.

Som vi hörde tidigare talare här tala om är det faktiskt ett gemensamt ansvar och arbete att arbeta främjande. Syftet är att intensifiera arbetet ute i verksamheterna genom att jobba främjande och förebyggande med åtta faktorer som forskning har visat är de mest effektiva för att möta den kommunala sektorns arbetsmiljöutmaning.

Vi vet om att det inte är någon quickfix, utan det måste få ta tid. Vi återkommer gärna till utskottet med lite mer information om just den här satsningen. Jag kan stanna där för nu.

Darin Isaksson, Arbetsmiljöverket: Tack för att vi har fått tillfälle att komma hit.

När människor har blivit sjukskrivna har det gått långt. Vi har i många år sett hur illa det är. Det vet vi genom skyddsombuden som hör av sig till oss men också från tips som kommer in.

Mycket rör sig, som tidigare talare har varit inne på, om arbetsbelastning och obalans mellan de krav som ställs och de resurser som finns.

Arbetsgivaren har ett ansvar att systematiskt jobba förebyggande och följa de lagar om arbetsmiljö och arbetstider som finns och följa de föreskrifter som vi har utformat.

Förebyggande arbetsmiljöarbete och tidiga tecken på behov av arbetsanpassning skulle kunna minska stressrelaterad ohälsa och främja ett gott arbetsliv i dag.

Ni har tidigare varit inne på chefers förutsättningar. Vår OSA-utvärdering visar också på hur viktigt det är. Vad som är i pipen är att vi ska ha mer fokus på det och mer fokus på välfärdsfrågorna som ett sätt att kunna få mer kött på benen om vad vi kan göra ytterligare på Arbetsmiljöverket.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Jag kan komplettera det med att vi också har varit involverade i en kunskapsöversikt. Vi gjorde den åt Folkhälsomyndigheten.

Där tittade vi på internationella och svenska studier om insatser som hade effekt för att förebygga psykisk ohälsa. Det var inte bara sjukfrånvaro, utan

det var psykisk ohälsa. Det finns en hel del effektiva metoder som översikten visade.

Elva studier hade fokus på organisatoriska åtgärder. Vi har börjat kalla det för organisatorisk stresshantering. 33 studier hade fokus på individuell stresshantering, som i och för sig riktade sig till hela arbetsplatsen. Alla anställda fick del av stresshanteringen. Det kunde vara yoga, mindfulness, ni vet de klassiska som finns. Flera av de åtgärderna har effekt när man följer upp. Man följer upp kanske vid 6, 12 och möjligtvis 24 månader.

Det vi brukar säga är att även om man jobbar med den individuella stresshanteringen och den kan vara bra, är det också ett visst utbyte av anställda. Då måste man börja om för att det ska fortsätta att ha effekt.

Gör vi den organisatoriska stresshanteringen får vi en effekt som är långsiktig. Det har ingen betydelse om personalen byts ut. Vi har en bra stresshantering redan på plats. Det kan vara hälsofrämjande arbete.

Det är viktigt att lyfta fram skillnaden i individinsatser och organisatoriska insatser. Vill du lägga till något, Petra Lindfors?

Petra Lindfors, Stockholms universitet: Jag får lägga till ett väldigt viktigt perspektiv som blir särskilt angeläget i offentlig sektor med den politiska styrning som är. Vi har kanske också variationer i ledning vart fjärde år med de valperioder som är.

Det gäller också ledningsperspektivet, att vi får upp de här frågorna på högsta ledningsnivå. Det vet jag ingår i SKR:s och Suntarbetslivs arbete. Det gäller både offentlig och privat sektor. Det är bara genom att få upp de här frågorna hos den högsta ledningen som vi kan skapa legitimitet för dem att arbeta med dem och ägna tid åt dem i verksamheten. Det är ytterst avgörande.

Ludvig Aspling (SD): Tack så mycket för att ni har kommit hit. Det var intressant att lyssna på föredragningarna.

Jag läste nyligen en bok av en psykiatriker som heter Christopher Palmer som arbetar vid universitet i Harvard. Hypotesen i boken är att framför allt modern kosthållning men även vissa miljögifter skadar mänskliga celler väldigt allvarligt. Det gör att mitokondrierna inte kan producera energi. Bristen på energi leder sedan till psykisk ohälsa och utmattning. Det handlar framför allt om de två sakerna. Det finns en ganska tydlig fysiologisk grund för de två symtomen.

Ett av beteendena som han tar upp i boken är någonting som är vanligt i dag, nämligen småätande av bland annat mackor under arbetsdagen. Det tar han som ett exempel på någonting som absolut inte är bra för människor.

Ett av argumenten för hypotesen är att psykiska sjukdomar och även fysiska sjukdomar är så otroligt starkt korrelerade. De fysiska sjukdomar som vi vet påverkar människors energiproduktion och cellhälsa är jättestarkt korrelerade med psykiska sjukdomar och utbrändhet.

Är det en hypotes som man är intresserad av att titta på i Sverige?

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Det är jättespännande med nya hypoteser. Jag vet inte hur han hade jobbat med det empiriska stödet för det.

Jag vet inte om man jobbar med detta i svensk psykiatri eller i svensk psykiatrisk forskning. Det som finns är ganska många studier där vi har tittat på och försökt förstå samsjuklighet.

Du var inne på att det här är kommunicerande kärn mellan fysisk och psykisk ohälsa. Där finns det studier som visar att om du drabbas av en fysisk åkomma är risken högre att du får psykiska problem och vice versa.

Psykisk ohälsa kan leda till passivitet, stillasittande eller att du drar dig undan. Vi vet att fysisk aktivitet är bra för att motverka psykisk ohälsa.

Jag vågar inte gå in på den fysiologiska nivån eller grunden i detta. Men det finns mycket stöd för att det finns en stark samsjuklighet där.

Vi har ofta antagit att först får jag psykisk ohälsa. Sedan går min arbetsförmåga ned, och därefter blir jag sjukskriven. Vi har börjat laborera med och intressera oss för: Kan det vara så att det är arbetsförmågan som först påverkas så att jag av olika skäl får problem med att klara av mitt jobb och att det orsakar den psykiska ohälsan? Det är en lite omvänd hypotes.

Elin Lindsäter, Karolinska institutet: Det är bra att man undersöker många olika hypoteser. Just den hypotesen tror jag att man är inne lite på när det gäller vissa långvariga trötthetsstillstånd, till exempel ME/CFS. Man har inte kunnat upprepa resultat eller hitta någon enkel förklaringsmodell till varför man utvecklar den symtombilden.

Det jag kanske framför allt vill ta fasta på är när du talar om det somatiska och det psykiska. Det man håller på att röra sig mot inom psykiatri och annan hälsovård, till exempel primärvård, är att det är lite problematiskt att vi delar upp det i två helt separata delar.

Vi talar om samsjuklighet som att det är två olika sjukdomar av sjuklighet som inte har med varandra att göra. Det har lett till att man missar den uppenbara länken som finns mellan psyke och soma.

Där finns en viktig poäng att lyfta fram. Det är självklart att vår kosthållning, infektioner som vi har, vårt immunsystem, hur vi rör på oss, olika smärtsignaler vi får och så vidare hänger nära samman med vår mentala hälsa och en mängd symtom som vi uppfattar.

Frågan är om vi i framtiden ens kommer att prata om dem som helt separata system som vi gör i dag eller om vi kommer att få en ökad förståelse för hur människor fungerar i sin helhet.

Petra Lindfors, Stockholms universitet: Jag skulle egentligen bara vilja göra tillägget att även om det nu vore så att hypotesen visar sig vara sann handlar det också om att vi kan rama in tillvaron och tillhandahålla goda förutsättningar för att till exempel undvika smååtande på arbetsplatsen så att vi ger

medarbetare goda förutsättningar för pauser och kanske också främjar den goda måltiden på arbetet.

Daniel Persson (SD): Stort tack för mycket intressanta föredragningar i dag. Jag är lite osäker på vem jag ska rikta min fråga till. Det gäller det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa.

Forskning visar att socialt stöd från kollegor och chefer är en stark skyddsfaktor mot stress och psykisk ohälsa. Min fråga kanske inte går att ge ett tydligt svar på. Men det skulle vara kul att höra något resonemang om det och om det är en bra idé att utveckla det sociala sammanhanget på arbetsplatserna för att förebygga psykisk ohälsa. Hur kan man skapa ett gott socialt stöd på arbetsplatsen?

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Du lyfter en väldigt viktig fråga.

I min forskargrupp har vi gjort flera studier, som vi skulle behöva replikera för att verkligen bli säkra på resultaten. Men det finns gott stöd för att de sociala relationerna på jobbet i form av stöd från kollegor och gott stöd från chef, gott kamratskap och att känna sig rättvist behandlad och uppskattad för det arbete man gör kan minska risken för sjukskrivning.

Jag vågar inte ge svar på om det kan förebygga utveckling av psykisk ohälsa. Men trots allt är det faktiskt så att många som har symtom på olika former av psykisk ohälsa, kanske också symtom i sådan grad att de uppfyller kriterierna för en faktisk diagnos, är kvar i arbete. Det är en låg andel som går in i sjukskrivning, så att jobba med de här sociala faktorerna på arbetsplatsen är en grund för att ha kvar människor i arbete. Det är väsentligt utifrån arbetsplatsens perspektiv men också för den enskilda individen, som då inte drabbas av potentiellt sett utanförskap, ekonomisk försämring utifrån sjukpenningen och så vidare.

För att ha kvar människor i arbete är det alltså en bra insats att jobba med de sociala relationerna och det stödet – om möjligt.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Det här är jätteintressant. De sociala aspekterna av en arbetsplats, eller av vårt mänskliga liv över huvud taget, tror jag att vi har underskattat lite. Vi har väldigt mycket fokus på psykologiska, fysiologiska och andra mekanismer. Men vi är ju väldigt starkt sociala varelser.

I litteraturoversikten som vi har på Folkhälsomyndigheten var det flera som i mindre grupper på arbetsplatsen, i studierna kanske med stöd av forskare, hade arbetat med just den psykosociala arbetsmiljön och hur man hade det tillsammans. Man följer upp detta så att chefen initierar de mindre grupperna, och personalen berättar hur de tycker att de har det. Chefen går vidare och försöker ”lösa” en del av de faktorer som kanske kan förbättras, och så går man tillbaka till gruppen och diskuterar. Det sättet att jobba stärker också den

sociala samvaron och sammanhanget, och jag tror att det har väldigt stor betydelse.

Vi intervjuade personer med psykisk ohälsa om hur de hade haft det när de hade varit i arbete, och vid ett tillfälle framkom just detta. Bara som ett enkelt citat: Det är väldigt stor skillnad för mig hur jag mår på jobbet beroende på vilket team jag jobbar med.

Det är alltså ett viktigt område. Men det finns bra studier som har visat hur man kan arbeta med det.

Magnus Resare (M): Tack så jättemycket för en intressant dag så här långt!

Jag reagerade tidigt i dag på uppgiften att 80 procent av alla som är sjukskrivna på grund av stress är kvinnor. Det var en förvånande hög siffra för mig.

Om man bryter ned den siffran lite mer, ser ni någon ålderskategori som sticker ut? Och ser ni någon åldersgrupp som har förändrats över tid, där det har blivit bättre eller sämre över tid? Ni får bestämma själva vem som ska svara.

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Jag tror inte att det var jag som hade siffran 80 procent. Men vi ser en tydlig åldersklass när det gäller sjukskrivning: Kvinnor blir sjukskrivna i åldrarna 35 till 44 eller 45. Där sker en ökning, och sedan klingar det av.

Vad som är intressant med den här ålderspuckeln inom just psykiatriska diagnoser är att risken för sjukskrivning på grund av alla andra diagnoser ökar med ökande ålder – ju äldre vi blir, desto sjukare blir vi. Men inom diagnoserna som vi pratar om i dag ökar risken mellan 35 och 45 års ålder. Det säger ju någonting om belastningen man har. Det är många som då bildar familj och har den här dubbelbelastningen i form av arbete och tidiga barnaår, till exempel. Det var svaret på din fråga, hoppas jag – förutom 80 procent, kanske.

Ingemar Kihlström (KD): Tack så mycket för en väldigt intressant och lärorik förmiddag!

Vi ser ju en överrepresentation bland kvinnor. Kan ni reflektera lite över det? Om man har sjukskrivits på grund av stress och utmattningssymtom, vad är risken för att bli sjukskriven igen? Vi ser ju att det finns luckor i samhället och hos arbetsgivare, oavsett vilken. Om strängen har brustit en gång, finns det risk att det händer igen? Kan man se i den ökade sjukskrivningen bland kvinnor att det är repetitivt, alltså att det återkommer? Vad är era reflektioner – hur skulle vi kunna bli bättre på att bemöta det?

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Det är så här att psykiatrisk sjukfrånvaro har högre risk att bli långvarig. Det gäller framför allt svåra psykiatriska sjukdomar av typen psykossjukdomar – de i synnerhet kan bli långvariga.

Bakom en del av de här långa sjukfallen kan det också finnas alkohol- eller annan beroendeproblematik som vi inte har identifierat.

Risken att bli sjukskriven på nytt är högre om man har varit sjukskriven tidigare. När vi jobbar med vår statistik, våra studier och så vidare är den absolut viktigaste störfaktorn – eller confoundern, som vi använder – tidigare sjukskrivning. Har man haft tidigare sjukskrivning ökar risken för att bli sjukskriven igen.

Har det att göra med att man har valt ett verktyg eller en modell för återhämtning, eller har det att göra med att man blir sjukskriven för att man faktiskt har stora ohälsoproblem? Det vore konstigt om man inte hade den risken. Är ni med på det? Man blir ju oftast sjukskriven för att man har hälsoproblem.

Jag tänker att en viktig sak att göra är att förbereda återgång i arbete på arbetsplatsen. Det har vi ju varit inne på. De flesta metoder i dag och det primärvården gör ger effekt på symtomen, men om man kommer tillbaka till exakt samma situation ...

Där kanske den sociala situationen på jobbet också är viktig. Det är ju inte bara HR eller chef som är involverade, utan när man kommer tillbaka till jobbet är det också arbetskamrater. Det har gjorts en del studier där som visar att arbetskamrater kan vara ganska osäkra på hur de ska bemöta den här personen. Det kan ha varit lite kaotiskt innan personen blev sjukskriven. Jag tänker att det hänger ihop med det Monica sa om fördomar och så vidare.

Det är mycket lättare att prata om andra typer av hälsoproblem. Någon har varit i fjällen och skadat låt oss säga ett knä och är sjukskriven för det här knät. Personen ska sedan komma tillbaka men behöver fortfarande ha kryckor eller någonting. Då är det hur lätt som helst att prata om det, och vi hjälps åt för att försöka lösa det. Det är mycket svårare om en person varit sjukskriven för en depression eller någon liknande åkomma. Man är lite osäker.

Var det svar på din fråga, eller var det bara allmänna reflektioner?

Ingemar Kihlström (KD): Jag funderar över hur vi förebygger och minskar risken för en andra och tredje gång.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Där tror jag att arbetsplatsen har stor betydelse; så är det säkert.

Det har självklart också det stöd som hälso- och sjukvården kan ge om man har haft ett bra stöd. Vi har jobbat med något som kallas case managers, alltså att man har en sjuksköterska på vårdcentralen som man alltid kan kontakta. Det här lågtröskelstödet kan vara oerhört viktigt just vid återgång i arbete.

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Gunnel ramade in det jag tänkte säga – att den viktigaste förklaringsfaktorn är första sjukskrivningsfallet. Det ökar risken att det blir ett andra och ett tredje. Ska vi förebygga gäller det att förebygga den första sjukskrivningen – om möjligt, om det går.

Gunnel talade på slutet om case managers. Om man har en gradvis återgång i arbete så att man börjar på 25 procent och ökar till 50 procent och så vidare kan varje steg bidra till ökade symtom, till exempel ökad stress, vilket kan göra att den drabbade patienten blir osäker, ledsen och så vidare och tänker: Kommer det här verkligen att fungera? Då har vi sett att ett sådant här stöd kan vara behjälpligt under tiden så att man får det här förklarat för sig och faktiskt vågar fortsätta med den gradvisa återgången.

Katarina Bergström, Sveriges Kommuner och Regioner: Jag tänker att det finns några fler perspektiv att lyfta fram när det handlar om möjligheten att hindra att personer som kommer tillbaka från sjukskrivning faller tillbaka i sjukskrivning.

Det är ju så att arbetsgivaren har en tydlig skyldighet att i princip vända på alla stenar som finns för att i möjligaste mån se till att en person inte far illa på arbetsplatsen.

Samtidigt måste man i den här diskussionen också ta med att arbetsmiljöansvaret som arbetsgivaren har är att säkra det goda arbetet för hela kollektivet på arbetsplatsen. Det är ingen som ska fara illa på arbetsplatsen, och det finns de facto regleringar direkt i det arbetsmiljörättsliga regelverket som tydligt säger att en arbetsgivare inte får vidta anpassningar för en enskild individs räkning som riskerar att gå ut över de övriga arbetskolegerna på arbetsplatsen.

Det är jätteviktigt att man har med sig den bilden, och det är det som gör den här frågan så oerhört komplex. Vad är skäliga anpassningar för arbetsgivaren att vidta så att ingen far illa på arbetsplatsen? Det är långt ifrån en lätt fråga att svara på, och det är ännu en anledning till att det är viktigt att berörda parter inom ramen för en rehabilitering samlas i en dialog om vad som funkar och vad som inte funkar.

Vilka berörda parter pratar vi om – utöver själva medarbetaren, förstås? Jo, det är hens arbetsgivare, sjukskrivande läkare och Försäkringskassan, för det är i det samtalet som den konkreta verkstaden sker i fråga om vilken rehabilitering som funkar.

I den här rapporten lyfter man också fram betydelsen av att arbetsträning sker och den effektivitet i individens rehabilitering som den faktiskt kan innebära. För att få till arbetsträning krävs det att Försäkringskassan beviljar rehabiliteringsersättning. Det är A och O i en rehabilitering för en individ att hens försörjning är garanterad. Man orkar inte riskera att inte ha försörjning. När man inte klarar av att arbeta och inte får lön måste man få ersättning från annat håll. Det är liksom inga konstigheter med det. Det visar också på att bara av den anledningen är Försäkringskassans engagemang tidigt i en rehabilitering A och O. Det här är ett mantra från oss i SKR. Vi hör oss själva säga det gång på gång, men det är viktigt. Det visar också forskning om tidiga insatser tydligt.

Rapporten säger att i 60 procent av de sjukskrivnas ärenden sker den första kontakten från Försäkringskassans handläggare vid dag 180 i sjukperioden.

Det är alltför sent. Kontakten bör ske långt tidigare, helst med koppling till den plan för återgång i arbete som arbetsgivaren lämnar in vid dag 30. Redan vid dag 60 bör det ske en aktivitet från Försäkringskassan för att utreda om de ska ta det här samordningsansvaret eller inte.

Michael Boman, Försäkringskassan: Det är väldigt mycket som läggs på Försäkringskassan här kopplat till att problematiken handlar om vad det är för åtgärd som krävs på arbetsplatsen för att personen ska kunna återgå i arbete.

Givetvis är det så att avstämningsmötet kan vara ett viktigt och värdefullt verktyg för att samla de aktörer som behövs för att lägga upp den planen. Men väldigt mycket av våra kontakter, som intensifierats de senaste åren, handlar om att ha en dialog med den arbetsgivare som upprättar den här planen för att stöta på och ta kontakt med den chef som ansvarar för den medarbetaren för att de ska föra en dialog om vad som behöver göras för att medarbetaren ska kunna komma åter i arbete.

Det är inte uppenbart att avstämningsmöten är det bästa verktyget att använda i alla lägen, så det vore olyckligt om vi hamnade i en situation där aktörerna inväntar ett avstämningsmöte med Försäkringskassan för att komma igång med planering av åtgärder som behöver ske på arbetsplatsen och, som Katarina säger, ska skickas in senast dag 30 i ett sjukskrivningsfall som förväntas pågå mer än 60 dagar. Den trögheten tror jag inte att vi ska bygga in i återgång i arbete, utan det måste först och främst vara en dialog mellan ansvarig chef och medarbetare. Den ska vi förstås understödja med det vi kan från Försäkringskassan.

Monica Bertilsson, Göteborgs universitet: Vi har ju pratat om de här fyra parterna, men jag skulle vilja lyfta fram chefens perspektiv.

När vi intervjuar chefer – vi har tre större intervjustudier med chefer i dag – lyfter de fram den högre chefen. Konkret på arbetsplatsen där man har den här medarbetaren blir det konsekvenser. Hinner man de arbetsuppgifter som ska göras där? Vad blir konsekvenserna för de övriga medarbetarna? De behöver gå till sin chef, och det behöver finnas en högre chef som ger chefen avlastning: Det är okej att göra det här; det är okej att du får röda siffror ett halvår eller att du tar in extrapersonal.

Det sitter många chefer, framför allt i offentlig sektor, som inte har beslutansansvaret för det här. När vi intervjuar cheferna i privat sektor säger de att en förutsättning är att de äger sin egen plånbok på ett helt annat sätt än när de jämför med cheferna i offentlig sektor. Ur en chefs perspektiv blir det alltså ännu mer komplext.

Sedan har jag en egen tanke med tanke på vad både Elisabeth och Gunnel har tagit upp i dag. Jag vill nog hålla med om att frågan är om vi ska lägga så mycket resurser på den här rehabiliteringsplaneringen efter 60 dagar, när vi vet att de allra flesta går tillbaka. Var hittar vi dem vi behöver lägga resurser

på? Jag håller med Försäkringskassan där – nej, det är nog inte så att vi ska ha avstämningsmöten i alla lägen, tänker jag.

Ordföranden: Jag tror att vi behöver gå vidare till ytterligare frågor, men har Michael Boman något kort avslutande på denna?

Michael Boman, Försäkringskassan: Bara en kort kommentar kopplad till att det är vansinnigt viktigt att identifiera vilka individer det är som behöver det här mer omfattande stödet när vi ser att det är en mer komplex återgång i arbete så att vi lägger det på rätt individer. Då är vi väldigt beroende av impulser både från vården och från arbetsgivaren kopplat till det.

Saila Quicklund (M): Ordförande! Jag vill tacka alla i panelen för deras föredrag men också de åhörare som har kommit med värdefulla inspel.

Vi går in för landning och ska strax avrunda, men med risk för att jag har missat någonting kring det jag tänker fråga om därför att jag var tvungen att gå på ett utskottsmöte skulle jag vilja att varje person i panelen under en minut skickar med någonting till oss inom politiken – ett medskick, alltså. Ni får avgöra själva, men ungefär en minut tror jag är lämpligt för var och en. Ordföranden får styra upp.

Ordföranden: Vi får se om jag medger en minut för vardera, men absolut. Vi kanske kan avrunda med det, för jag tror att vi kan hinna med ytterligare en fråga först.

Anna Vikström (S): Jag håller med alla andra som har tackat er som kommit hit och delgett oss er viktiga forskning. Jag tycker att det har varit väldigt användbart så här långt.

Jag har en fråga som gäller dem som har varit anställda eller är anställda och drabbas av psykiatriska diagnoser, troligen med sjukskrivning men kanske också om man inte blir sjukskriven. Kan ni se att de har ökad risk för att lämna yrket? Jag tänker att även de som har en ganska lång utbildning inom till exempel vård och omsorg i kvinnodominerade yrken väljer att lämna yrket, men jag vet inte om de har en sådan diagnos som vi har talat om här i dag som innebär att de är överrepresenterade på något sätt.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: Vi håller på med en studie eller ett projekt om barnmorskors arbetsmiljö. Där har vi tittat på en ganska nyligen publicerad studie med två frågor: Har du för avsikt att lämna din nuvarande anställning? Har du för avsikt att lämna yrket?

Det här är en tvärsnittsstudie, så när vi kikar på frågorna tar vi hänsyn till andra faktorer som kan påverka hur man svarar. Vi ser att hälsa har betydelse

– både hälsa och utmattningsyndrom. Personer som har sämre hälsa, i detta fall psykisk hälsa och även självskattad hälsa, har högre sannolikhet att fundera på att lämna anställningen och lämna yrket. Det finns också några andra faktorer som har att göra med arbetsplatsen – arbetstillfredsställelse och sådant. Men hälsa har absolut betydelse i den studien.

Elin Lindsäter, Karolinska institutet: Jag kan börja med att säga att den kliniska erfarenheten är att det är relativt vanligt, i alla fall bland patienter med utmattningsyndrom, att personer väljer att byta arbetsplats eller helt lämna sitt yrke.

Det finns också forskning från Institutet för stressmedicin i Göteborg där man har följt patienter med utmattningsyndrom under många år. Nu minns jag inte om det här är en publikation vid en 10- eller 15-årsuppföljning, men man har tittat på andelen som faktiskt gör förändringar i sitt arbetsliv. Det är en ganska stor del. Jag kan tyvärr inte redogöra för de exakta siffrorna nu, men det är alltså en longitudinell studie där man kan se att det framför allt är kvinnor som gör den typen av förändringar i sitt arbetsliv och i yrkesval.

Det vi inte vet är hur vanligt förekommande det är att man gör detta under sin livstid om man inte har en utmattningsyndromsdiagnos eller annan psykiatrisk problematik. Jag känner inte till om det finns någon sådan nationell kartläggning av i vilken utsträckning det görs, så jag kan inte säga hur mycket mer vanligt förekommande det är i den populationen eller om det ens är mer vanligt förekommande. Men det är i alla fall relativt vanligt.

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Jag vill också lyfta upp en kollegas forskning. Anna Dahlgren, docent vid Karolinska institutet, och hennes forskargrupp har i flera studier följt två kohorter – sjuksköterskestudenter och lärare – över tid för att se vilken introduktion man får när man kommer ut i arbete. Hon tittar på arbetsmiljöfaktorer, sömn, hälsa och även sjukskrivning. Jag kan varmt rekommendera att titta in på hennes hemsida.

Ordföranden: Vi måste alldeles strax avrunda, men jag undrar ändå apropå Saila Quicklunds fråga om ni vill göra några korta medskick. Det kan vara upprepningar eller något ytterligare ni har kommit på.

Petra Lindfors, Stockholms universitet: Jag tänker att förutsättningen för allt det här och för att kunna undvika den första sjukskrivningen, givet att den är arbetsrelaterad, helt enkelt handlar om att tillhandahålla goda förutsättningar på arbetsplatsen för ett gott arbete – och naturligtvis också att ha den personal som behövs för att utföra detta arbete så att vi kan undvika att folk springer omkring på jobbet stressade och inte hinner med att göra sitt arbete på arbetsplatsen.

Därvidlag skulle jag vilja säga att det här kompletterande perspektivet, att arbeta främjande och förebyggande och med riskreduktion samtidigt, är helt avgörande. För att vi ska kunna nå dithän är det också helt centralt att de här frågorna förankras på högsta ledningsnivå så att ledningen, oavsett om vi pratar offentlig eller privat sektor och små eller stora företag, är medveten om vad det kostar att undvika att jobba med de här förutsättningarna för det goda arbetet så att man kan behålla arbetskraften. Då slipper man skola in nya hela tiden, och man slipper ringa efter vikarier – saker som också kostar väldigt mycket pengar men som man ofta tänker bort. Det är mitt medskick.

Elisabeth Björk Brämberg, Karolinska institutet: Identifiering av de långa fallen tänker jag har varit ett tydligt budskap i dag. När vi kan identifiera dem som löper risk att bli de långa fallen – först då ska vi titta på vilka insatser vi ska använda för att stödja just de individerna.

Jag ser också en fara i detta: Riktar vi alltför tidigt alltför stora resurser mot en patientgrupp där stora delar faktiskt klarar av sin arbetsåtergång utan särskilda insatser blir det undanträngningseffekter gentemot andra patientgrupper inom vården.

Elin Lindsäter, Karolinska institutet: Jag får väldigt mycket instämman med dig, Elisabeth.

Två punkter. Ett: Vi har effektiva resurser men ingen nationell samverkan eller samordning kring hur vi ska kunna hjälpa patienter inom vården i ett tidigt skede för att förebygga sjukskrivningar. Vården är också ojämnt fördelad. Två: Det är en elefant i rummet – vi pratar om de här långa sjukskrivningarna där utmattningssyndrom är den dominerande diagnosen utan att faktiskt ta ett kritiskt omtag om den diagnosen för att förstå sjukligheten på ett nytt sätt.

Monica Bertilsson, Göteborgs universitet: Jag vill lyfta in ett nytt perspektiv, som ligger mig varmt om hjärtat men som jag inte forskar i.

Jag tänker att vi måste ha förståelse för att vi har haft en långvarig arbetsmiljöforskning som framför allt har tittat på fysiska arbetsrisker, den fysiska ergonomin och kemiska risker. Det vet vi jättemycket om, och därmed har vi minskade sjukskrivningar på grund av det.

Vad vi inte vet mycket om är den arbetsmiljö vi har i dag. Vi tittar på den psykosociala arbetsmiljön och har pratat om den många gånger i dag. Den har vi börjat få förståelse för. Men vad vi har är den kognitiva ergonomin, alltså alla de arbetsuppgifter som belastar vår hjärna. När hjärnan blir överbelastad får vi våra psykiska diagnoser, så vi behöver mer forskning och kunskap om den kognitiva ergonomin i arbetsmiljön.

Jag träffar många chefer och HR, och jag frågar alltid om den kognitiva ergonomin. Det är frågetecknet – man vet inte vad det är. Man förstår inte vad

det är. Därför valde jag att ha med citatet som jag startade med i dag. En enkel ändring av den kognitiva arbetsmiljön, och alla upplevde att man kunde vara mycket mer fokuserad och koncentrerad och med mer energi.

Gunnel Hensing, Göteborgs universitet: En minut är jättejättkort; jag vet det. Men jag håller förstås med mina kollegor.

Jag skulle vilja se ett fokus på våra olika tidsgränser, alltså arbetsgivarens skyldighet att lämna in rehabiliteringsplan och Försäkringskassans uppföljning, och kanske också att vi involverar hälso- och sjukvården i någon form av uppföljning så att vi verkligen får pröva tidsgränserna. En sådan förändring tänker jag att ni som politiker har makt över – det är sådant ni kan besluta om och följa upp med er eminenta RUFs-avdelning, som skulle kunna följa en sådan sak. Blir det förändringar? Man kanske kan göra detta i ett par regioner och se till att det verkligen följs.

Jag tror att den typen av tydlig kommunikation till sjukskrivna och andra involverade aktörer skulle vara en bra ram och en bra struktur att luta sig mot. Då vet man vad som gäller.

Ordföranden: Jag vet att det finns ytterligare frågeställare, men tyvärr behöver vi runda av och dra streck för frågestunden.

Vi har kommit till punkten Avslutning. Då får jag lämna ordet till min kollega Tony Haddou, vice ordförande i socialförsäkringsutskottet.

Vice ordföranden: Ett stort tack för den här förmiddagen och till alla er som har deltagit här i dag!

Ett särskilt tack vill jag rikta till utskottets uppföljningsgrupp, till riksdagens utvärderings- och forskningssekretariat och till socialförsäkringsutskottets kansli.

Jag vill rikta ett riktigt stort tack till er som har deltagit här i dag och hållit jättevärdefulla anföranden med oerhört viktiga förklaringar, erfarenheter, iakttagelser, perspektiv – många nya perspektiv, skulle jag säga – och resultat som jag hoppas att politiker här inne bär med sig på ett bra sätt.

Jag tänker också att oavsett ansvar och roller och de bitarna som också har tagits upp – om det är kommuner eller hälso- och sjukvården eller arbetsgivaren och så vidare – vet vi i dag en hel del om sjukskrivning kopplat till stress. Det finns en hel del forskning om detta, som vi också har fått till oss i dag. Här skulle jag säga att politiken spelar en central, stor och avgörande roll.

Jag tänker också särskilt på enkätstudierna som gjorts, där många efterfrågar åtgärder mot till exempel strukturella arbetsmiljöproblem på arbetsplatsen. Det blev väldigt tydligt i rapporten vi fick till oss. Oavsett om det gäller förebyggande arbete eller kunskapshöjande insatser och så vidare har politiken som sagt en stor och avgörande roll i det här.

Med det vi har fått till oss i dag ser jag fram emot ett fortsatt arbete och ett starkt samarbete – ett mycket starkare samarbete, skulle jag säga – mellan politiken, forskningen och universiteten och institutioner, departement och så vidare, inte minst för bättre hälsa och arbetsliv. Återigen stort tack för deltagandet och ett stort tack till er också!

Med det sagt frågar jag om vi kan förklara det här mötet avslutat. Svaret är ja.

BILAGA

Bilder från det offentliga sammanträdet

Bilder visade av Sanne Lennström (S), socialförsäkringsutskottets uppföljningsgrupp

SVERIGES RIKSDAG

Utskottens arbete forskning

Utskotten ska enligt regeringsformen följa upp och utvärdera de beslut som riksdagen har fattat. Tanken är att det utskott som förberett ett beslut senare ska utvärdera vad som blivit resultatet av beslutet. Kunskapsunderlag underlättar beredning av sjukförsäkringen.

Sanne Lennström (S), sammankallande

Daniel Bjerstedt (riksdagens forskning och utredningssekretariat)

Daniel Persson (SD)

Caroline Högström (M)

Isabell Mixter (V)

Martina Johansson (C)

Ingemar Kihlström (KD)

Märta Stenevi (MP)

Patrik Karlson (L)

Från utskottskansliet: Maria Norberg, Kari Hasselberg

SVERIGES RIKSDAG

Bakgrund

Så har stressrelaterade sjukskrivningar ökat

Antal pågående, stressrelaterade sjukfall längre än 14 dagar.

År	Antal pågående sjukfall
2005	25 000
2008	15 000
2011	10 000
2014	18 000
2017	35 000
2020	30 000
2023	42 000

Källa: Försäkringskassan 2023

Ämne och metod

- 13 juni 2023 beslutade SfU att genomföra en huvudstudie om insatser för arbetslivsrelaterad rehabilitering hos försäkrade som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa.
- Mål: ökad kunskap om stödet personer med stressrelaterad ohälsa får och vad som fungerar för att komma tillbaka i arbete.
- Metod: Enkät svar från sjukskrivna och FK sjukskrivningsakter.

Resultat

- 4/5 personer som varit sjukskrivna en längre tid på grund av stressrelaterad ohälsa får någon arbetsanpassning/behandling för att underlätta återgång i arbete.
- 1/3 anser att de i hög grad fått stödet som behövs för återgång i arbete.
- Fler åtgärder önskas. Särskilt lösningar för strukturella arbetsmiljöproblem.
- 1/3 anser att man fått den vård och behandling som behövs.
- Många tror att man kunnat återgå i arbete snabbare om bättre eller tidigare vård erbjudits.

Uppföljningsgruppens iakttagelser

- 80% kvinnor
- Det saknas systematisk uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen
- Ovanligt med passiva sjukskrivningar på grund av stress och utmattning.
- Behov av ökad kunskap om vård och behandling av patienter med stress och utmattning.
- Ej vetenskapligt stöd för enskild behandling
- Förebyggande arbete, kunskapshöjande åtgärder och forskning behövs
- Utveckla och bredda arbetet med samordning
- Faktorer i privatlivet

Bilder visade av Gunnel Hensing

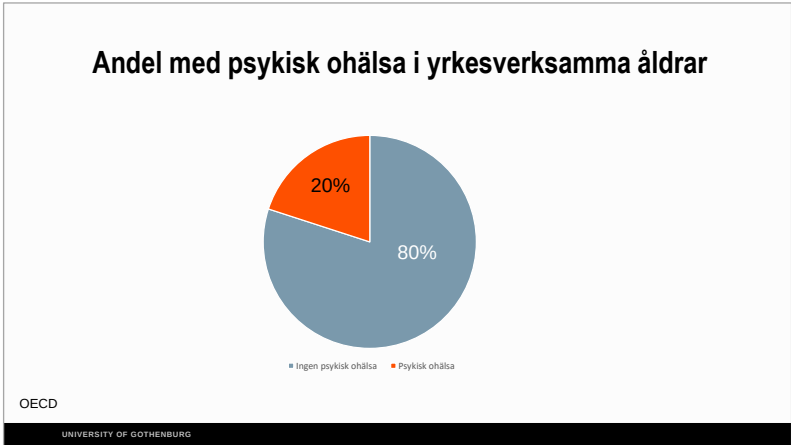
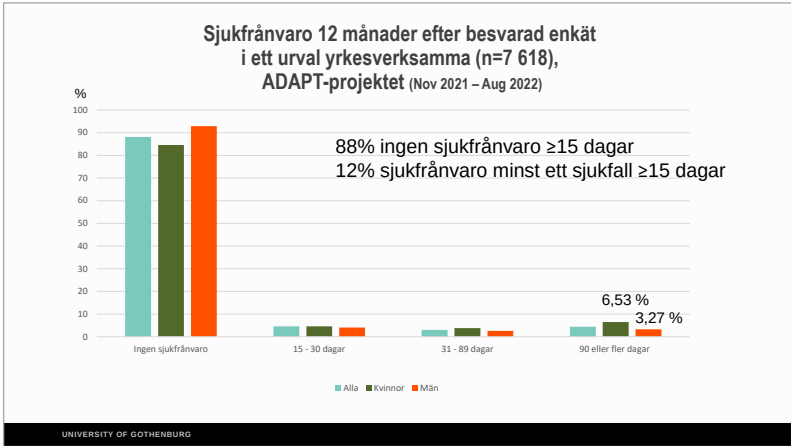


Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av stressrelaterad ohälsa?

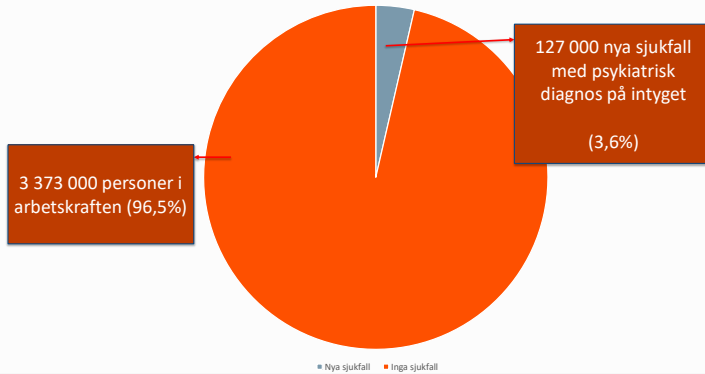
Gunnel Hensing
Professor i socialmedicin


New Ways

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

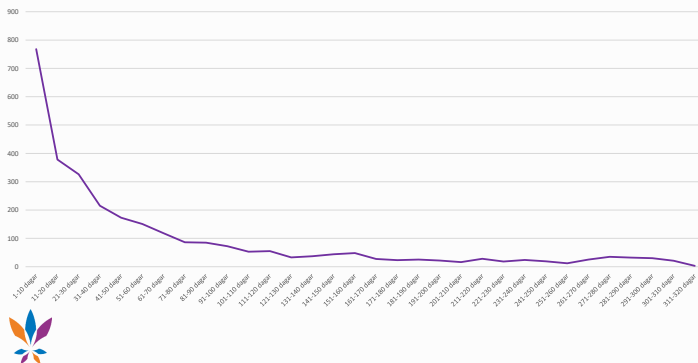


Data från 2018-2019
Socialförsäkringsrapport 2020:8



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Frekvens av antal dagar av sjukskrivning år 2008
(tiodagarsintervaller, n=3002)



Psykisk hälsa i arbetslivet



Efter figur 2.1 i kapitel 2 i boken Åter till arbete, red Ekberg, Eklund, Hensing. Studentlitteratur 2015

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Sned könsfördelning av sjukfrånvaron



Syftet med kunskapsöversikten var att sammanställa aktuell nordisk forskning om sjukfrånvaro med en psykiatrisk diagnos på intyget.

Fokus på vad kan förklara kvinnors högre andel bland de sjukskrivna.

<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/media/c45bwdfw/bilaga-2-vad-kan-forklara-kvinnors-hogre-sjukfranvaro-pa-grund-av-psykisk-ohalsa-kunskaps-sammanstallning-1.pdf>

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Nordiskt perspektiv - likheter avseende



- Arbetsmarknad
- Sjukförsäkringssystem
- Jämställdhet
- Hög andel kvinnor i arbetskraften

UNIVERSITY OF GOTHENBURG



17 studier
varav
13 framåtsyftande
registerbaserade
studier

1,172 - 4,956,358
individer



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Inga samband mellan studerade orsaker och utfallet sjukskrivning med psykisk sjukdom och **inga könsskillnader**.

Inga samband

Socioekonomisk position (F)

Diagnosticerade sömnbesvär (S)

Ökad alkoholkonsumtion (F)

Total arbetsbelastning (S)

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Ökad risk för sjukskrivning med psykisk sjukdom för både kvinnor och män.

Samband

Trappmodell (S)

Bristande stöd från överordnad (N)

Psykisk och allmän hälsa (N)

Psykisk sjukdom och försämrning (F)

Arbetslöshet (F)

Permanent ej i arbete (F)

Ökande sömnbesvär (F)

Mist ett barn 16-24 år, oberoende av dödsorsak (S)

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Ökad risk för sjukskrivning med psykisk sjukdom för **män** men inte för kvinnor.

Samband

Trappmodellen (depression, ångest, låg sinnestämning, stress) (S)

stor ansträngning & högt engagemang i arbetet (högutbildade),
obalans mellan ansträngning och belöning (lågutbildade) (S)

Kontaktyrken (F)

Alkoholkonsumtion (N)

Konflikt mellan arbete och hem (stressrelaterad diagnos) (S)

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Ökad risk för sjukskrivning med psykisk sjukdom för kvinnor men inte för män.

Personalneddragningar (landsting, 1993-1997)	Bryngelson et al, 2011, SE
Obalans mellan ansträngning och belöning för högutbildade kvinnor och ett alltför stort engagemang för lågutbildade kvinnor	Lidwall 2016, SE
Rökning, låg utbildningsnivå	Foss et al, 2010, NO
Kvinnodominerad bransch, ha låga krav på skicklighet i yrket	Holonen et al, 2018, FI
Skillnader i sjukfrånvaro förklaras av att kvinnor och män finns i olika yrken och arbetsplatser	Laaksonen et al, 2010, FI
Längre sjukskrivning över tid inom kvinnodominerade icke-manuellt arbete och arbete med låg inkomst	Leinonen et al, 2018, FI

UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Några slutsatser

- Kvinnor och mäns sjukfrånvaro förklaras i hög grad av att de återfinns i olika delar av arbetsmarknaden.
 - Könsuppdelad statistik bör också delas upp på yrke och arbetsplats.
- Arbete inom kvinnodominerade sektorer innebär en ökad risk för både kvinnor och män men det är betydligt fler kvinnor som arbetar i dessa sektorer.
 - Förbättrad organisatorisk och psykosocial arbetsmiljö
 - Åtgärder för personer med begynnande påverkan på arbetsförmågan
 - Anpassningar av arbetet, stresshantering.....
- Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan behöver utveckla processer för att förebygga långa sjukfall
 - Utbilda läkare i försäkringsmedicin
 - Utbilda handläggare på Försäkringskassan
 - Följa upp tidsgränser och förenkla kommunikation

UNIVERSITY OF GOTHENBURG



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Bilder visade av Elin Lindsäter

**Karolinska
Institutet**

**Region Stockholm**

**Karolinska
Institutet**

**Region Stockholm**

**Karolinska
Institutet**

**Region Stockholm**

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

"I dag finns det inte något vetenskapligt underlag för att rekommendera någon enskild behandling för de vanligaste stressrelaterade diagnoserna."

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

Kognitiv beteendeterapi



Måttliga till stora effekter på arbetsrelaterad stress/ burnout (1-5)



Starkt vetenskapligt stöd för behandling av depression, ångest och insomni



KBT kan minska svårighetsgrad av utmattning/fatigue i olika kliniska populationer (6-8)

30

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

Manual Gustavsbergs Vårdcentral

Ca 12 veckor

- ✓ Guidad självhjälp
- ✓ Internetbehandling
- ✓ Individuell behandling
- ✓ Gruppbehandling



31

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

Pågående utveckling i primärvård

- Tidiga interventioner och förbättrad resursanvändning:
 - Sjuksköterska psykisk hälsa
 - Stöd i problemlösning
 - Avlastar vårdcentralen vid lindrigare stressreaktioner (Kontio et al, 2025, manuscript in preparation)
- Vilka faktorer spelar roll för positiv hälsoutveckling?
 - IKBT vs. stöd för livsstilsförändringar
 - Viktiga faktorer: Kontinuitet i vårdkontakt, strukturerat material, stöd och uppmuntran (Sennerstam et al, 2025, submitted manuscript)

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

Stegvis vårdmodell för stress och utmattnings

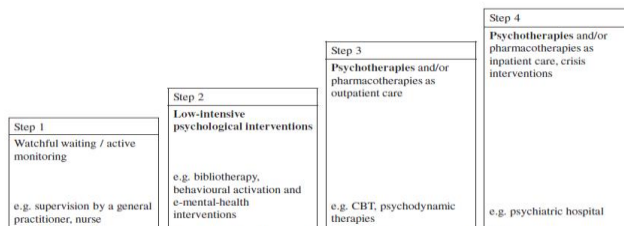


Figure 1. Stepped care approach for adjustment disorders (psychological intervention parts highlighted).

Domhardt & Baumeister, 2018

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

Stegvis vårdmodell för stress och utmattnings

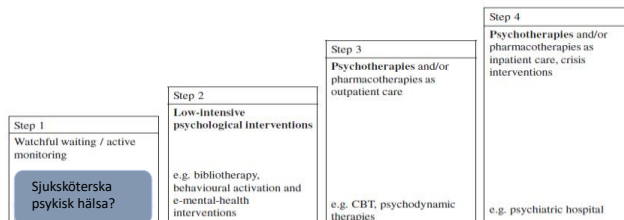
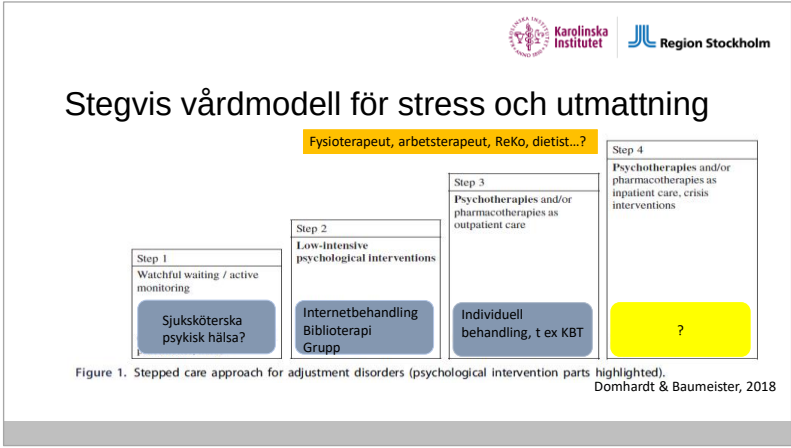
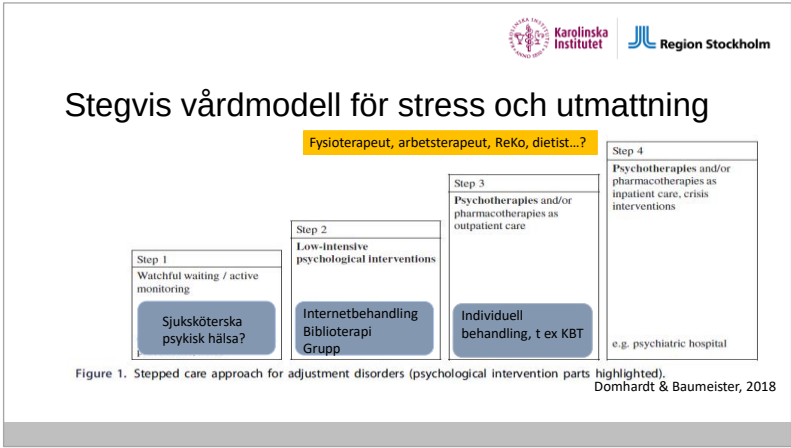
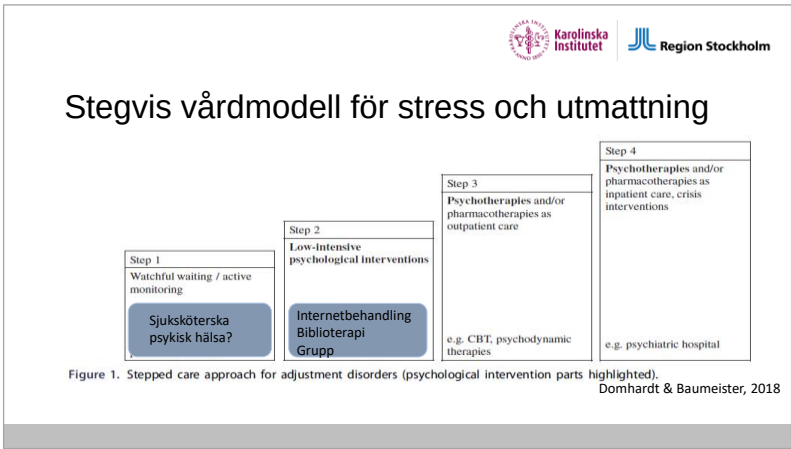


Figure 1. Stepped care approach for adjustment disorders (psychological intervention parts highlighted).

Domhardt & Baumeister, 2018



Karolinska
Institutet Region Stockholm

Slutsats

- Många som söker vård för stressrelaterad ohälsa är inte sjukskrivna.
- Det finns effektiva behandlingar med potential att hjälpa merparten av patienter med stressrelaterad ohälsa i primärvården!
- Tidig intervention, kontinuitet i vårdkontakten och strukturerad information kan eventuellt förebygga sjukskrivning

38

Karolinska
Institutet Region Stockholm

2. Sjukskrivning

39

Karolinska
Institutet Region Stockholm

Behandlingseffekt på sjukskrivning

- Sambandet mellan symtom och sjukskrivningslängd är svagt⁽⁹⁾
- De flesta återgår till arbete inom ett år, behandling verkar inte påverka förloppet för de som är sjukskrivna⁽¹⁰⁾.
- Tillägg av specifika arbetslivsinriktade interventioner i vården har generellt inte minskat nettosjukskrivningsdagar, utan har ibland **signifikant förlängt** sjukskrivning⁽¹¹⁻¹²⁾

40

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

Viktiga faktorer för sjukskrivning

- Försäkringsmedicinskt beslutsstöd
- Läkares arbetsmiljö och förutsättningar
- Systematiskt arbetsmiljöarbete och fungerande företagshälsovård

Vad kan vi göra inom vården?

- Många sjukskrivningar kan sannolikt förebyggas helt
- Kunskapshöjande insatser om försäkringsmedicin

41

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

3. Hur kan vi hjälpa de som är svårast sjuka?

Kräver ett omtag om utmattningssyndrom

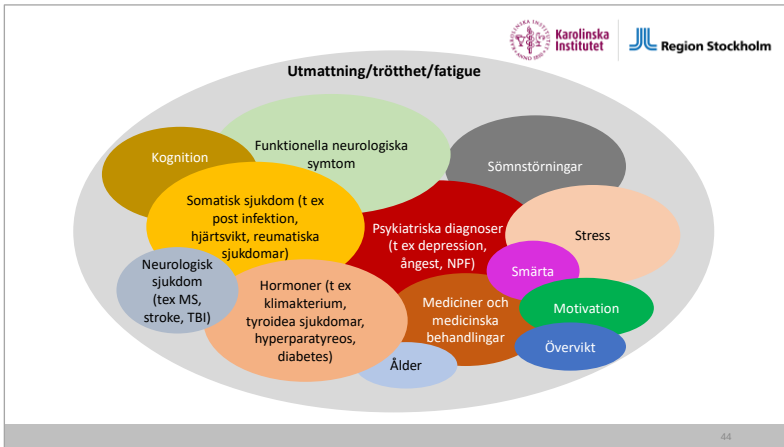
42

Karolinska
Institutet

Region Stockholm

Vi har problem med utmattning

- Huvudsaklig sökorsak för 5-10% av primärvårdspatienter
- *Utmattningssyndrom* är den diagnos som finns till hands – bristfällig vetenskaplig grund
- Osäker och ojämlig vård för patienter



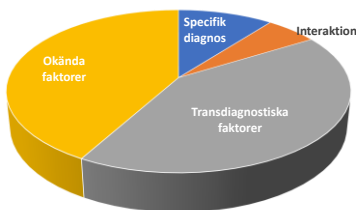
Stora kunskapsluckor

- Varför utvecklar vissa symtom på utmattning/svår trötthet?
- Vilka faktorer påverkar ett långt förlopp?
- Likheter och skillnader mellan olika tillstånd?
- Hur kan vi som bäst hjälpa patienter?



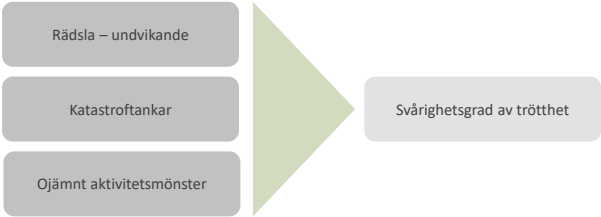
Gemensamma nämnare över trötthetstillstånd

Data från 15 studier/diagnostiska grupper – 1696 deltagare



- Kvinnligt kön
- Motivation
- Smärta
- Sömnstörning
- Fysisk aktivitet
- "Self-efficacy"

Det går att påverka tröttheten



de Gier et al, Behavior Research and Therapy, 2023



Pågående studie

Kartläggning, behandling och
långtidsuppföljning av svår och ihållande
trötthet hos patienter i primärvård



www.trötthetsstudie.nu



Karolinska
Institutet Region Stockholm

Registerdatabas Utmattning

- Länkade mikrodata från regionala och nationella register
- Longitudinell uppföljning av patienter som får en utmattningssyndromsdiagnos i Region Stockholm
 - Vilken vård får de och var?
 - Vårdprocesser
 - Sjukskrivningsmönster
 - Diagnostiska trender



Socialstyrelsen

Region
Stockholm

Statistics Sweden



Försäkringskassan

50

Karolinska
Institutet Region Stockholm

Hur kommer vi vidare?

1. Behov av nationella riktlinjer kring tidiga insatser för vård och behandling av stressrelaterad ohälsa
2. Behov av förbättrade organisatoriska förutsättningar för läkare att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering enligt nationellt kunskapsstöd
3. Behov av översyn av utmattningsproblematik:
 - Tillsätt arbetsgrupp som ser över kunskapsläget och möjliga diagnoskoder för utmattningsproblematik
 - Uppdatering av det försäkringsmedicinska beslutsstödet

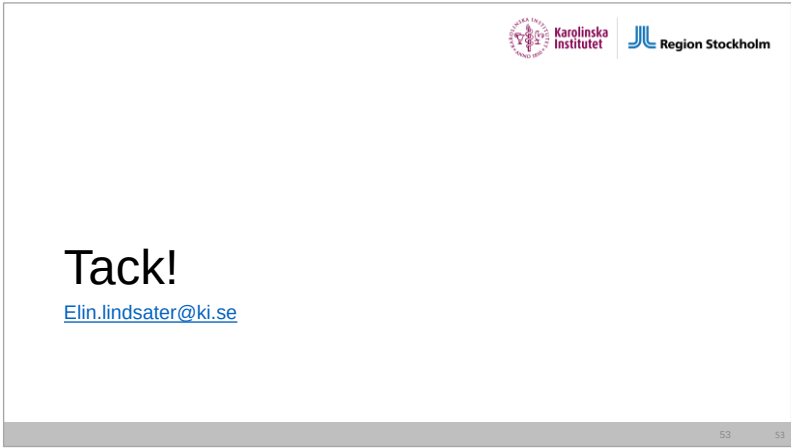
51

Karolinska
Institutet Region Stockholm

Referenser

1. van der Klink JJ, et al. *Am J Public Health*. 2001; **91**: 270-6.
2. Richardson & Rothstein. *J Occup Health Psychol*. 2008; **13**: 69-93.
3. Bhui, et al. *J Environ Public Health*. 2012; **2012**: 21.
4. Heber, et al. *J Med Internet Res*. e322017.
5. Svärdman, et al. *Internet Interventions*. 2022; **29**: 100553.
6. Hulme, et al. *PloS one*. 2018; **13**: e0203367.
7. Dear, et al. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2022; **91**: 265-76.
8. de Gier M, et al. *Behav Res Ther*. 2023; **161**: 104243.
9. Ejebby, et al. *Scand J Prim Health Care*. 2014; **2013**.
10. Salomonsson, et al. *Scandinavian journal of psychology*. 2020; **61**: 281-9.
11. Hoff, et al. *Scand J Work Environ Health*. 2022; **48**: 361-71.
12. Beno, et al. *BMC Primary Care*. 2023; **24**: 195.

52



Bilder visade av Monica Bertilsson



Betydelsen av arbetsmiljö och organisationskultur

Chefers förutsättningar när det gäller medarbetare med stressrelaterad ohälsa och psykiska besvär



Monica Bertilsson
Docent i Folkhälsovetenskap

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA



**En myriad av organisationer och arbetsplatser
med olika förutsättningar**

- privat – offentlig sektor
- små, medelstora, stora företag
- kommun, region, stat
- olika arbetsuppgifter
- och så vidare.....

**Ungt forskningsfält med deskriptiv kunskap och
FÅ studier**

- tvärsnittsstudier
- explorativa studier
- kvalitativa intervjustudier

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Psykisk hälsa i arbetslivet – arbetsgivare och chefer har ansvar i alla faser



Efter figur 2.1 i kapitel 2 i boken Åter till arbete, red Ekberg, Eklund, Hensing. Studentlitteratur 2015

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN

En chef i en kommun berättar.....

Men jag måste säga att mitt senaste fall det har faktiskt hjälpt hela min arbetsgrupp. Hen fick tillåtelse att ägna sig åt en arbetsuppgift under X antal timmar på dagen och det har gjort att vi byggt en helt annan struktur för hela arbetsgruppen och till och med skapat veckoscheman. Hela gruppen har fått ett annat lugn. Det här är inget vi har känt att vi har behövt förut, men nu när vi väl har gjort det så känner ju alla andra också att, oj... det här gav ju mig mycket mer energi och fokus, jag får mer gjort. Och det märker ju jag också, att vi får ju mycket mer gjort för att vi har ändrat arbetssätt

Tengelin et al, inskickat manus

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Fokus idag



Psykiska besvär bland medarbetare:

1. Chefers erfarenheter
2. Chefers kunskap och kompetens
3. Chefers behov av stöd

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Fokus 1: Chefers erfarenheter

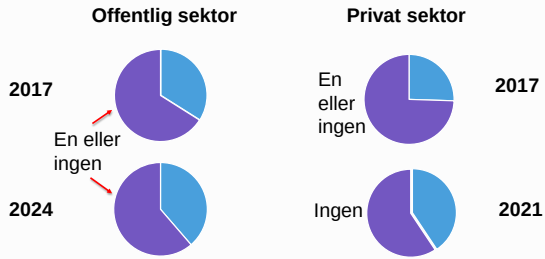


Huvudbudskap

De flesta chefer träffar ingen eller få medarbetare med psykiska besvär

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

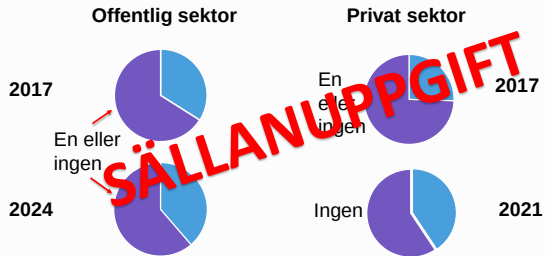
Hur vanligt är det för chefer att ha medarbetare med psykiska besvär? (de senaste 1 till 2 åren)



Bertilsson et al. Enkätstudier genomförda 2017, 2021, 2023

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Hur vanligt är det för chefer att ha medarbetare med psykiska besvär?



Bertilsson et al. Enkätstudier genomförda 2017, 2021, 2023

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Fokus 2: Chefers kunskap och kompetens



Huvudbudskap

Brister i kunskap och kompetens

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Vad säger drabbade medarbetare?

.... chefer brister i kunskap
och förståelse för vad
sjukdomstillståndet innebär...



Andel chefer som **skattar** att de har kompetens för att stödja medarbetare med psykisk ohälsa arbetsplatsen

	Privat sektor 2021 n=3425	Offentlig sektor 2024 n=2147
Känner mig säker på hur jag kan stödja	52%	58%
Har tillräcklig kunskap om relevanta lagar och regler	40%	48%
Har tillräcklig kunskap om utmattning, ångest och depression	45%	56%

Bertilsson et al. Enkätstudier 2021, 2024

Får chefer utbildning om hur de ska stödja medarbetare med psykiska besvär?

Offentlig sektor			Privat sektor		
År	Ja	Nej	År	Ja	Nej
2017	29%	71%	2017	25%	75%
2024	45%	55%	2021	39%	61%

Bertilsson et al. Enkätstudier genomförda 2017, 2021, 2023

Istället.....



Lär sig på första medarbetar-"fallet"

Learning by doing

Känner sig osäkra

Dewa 2006, Munir 2009, Tjulin 2010, Lemieux 2011, Shann 2014, Martin 2018, Bertilsson 2021

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Fokus 3: Chefers behov av stöd



Huvudbudskap

1. Minska fördomar på arbetsplatser
2. Anpassa policys och riktlinjer till psykiska besvär
3. Öka kunskap bland chefer

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Röster från chefer.....

Vi chefer pratar dagligen om hur mycket vi har producerat och hur mycket stopptid och haverier vi haft.... och hur man kan lösa det.... hela tiden, vi är nere på skruv- och mutternivå.... men just om medarbetare och hur vi ska hjälpa dom när dom mår dåligt, det pratar vi väldigt sällan om...

Projekt Chefens perspektiv – kunskap och behov i mötet med medarbetare som har nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Är det accepterat att prata om utmattning, ångest och depression?

Andel som svarar "ja" (stämmer mycket bra/stämmer ganska bra)	Privat sektor n=3425	Offentlig sektor n=2147
Inom företaget / organisationen	70%	70%
Bland oss chefer och arbetsledare	71%	73%
I arbetsgruppen	71%	72%
De flesta medarbetare skulle berätta om de har besvär	54%	44%

Bertilsson et al. Enkätstudier 2021, 2024

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Röster från chefer om stöd.....

...det är en fråga som ofta var uppe till diskussion, att tillgång till HR-specialist skiftar. Att omsorgsbenet i kommunen med cirka fyrahundra anställda, hade en HR-specialist. Och jag, jag hade tillgång till både HR-chef och specialist. Och vi är alltså sextio anställda. Så det är klart att närheten och att tillhöra en liten organisation... eller en liten del av organisationen som satt väldigt nära resurserna hade betydelse.....

Projekt Chefer som agerar: Att förebygga sjukskrivning hos medarbetare med psykisk ohälsa i offentlig sektor, och betydelsen av organisations- och arbetsplatskontext.

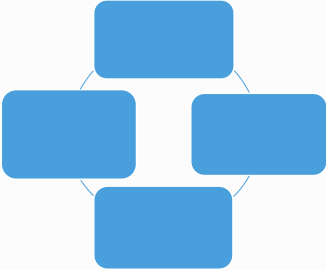
GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Får chefer stöd när det gäller psykisk ohälsa på arbetsplatsen?

Andel chefer som svarar Gott stöd från:	Privat sektor n=3425	Offentlig sektor n=2147
Högsta ledningens arbete med psykisk ohälsa	54%	45%
Organisationens systematiska arbetsmiljöarbete	50%	54%
Organisationens policys och riktlinjer	52%	40%
Ledningsgruppens arbete med personalfrågor	50%	45%
Interna stödfunktioner som HR / personalfunktion	41%	48%
Externa stödfunktioner som företagshälsovård	40%	58%

Bertilsson et al. Enkätstudier 2021, 2024

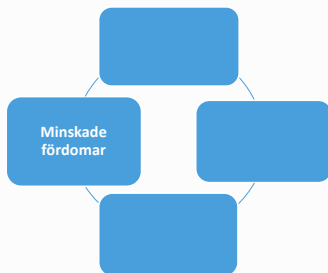
GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA



Hur kan vi stödja chefer att bättre kunna stödja medarbetare?

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Vad behöver chefer?

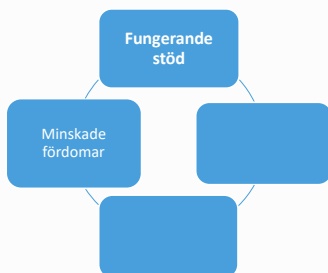


- Finns överallt
 - samhället
 - arbetsplatser
 - hälso- och sjukvården
- Hindrar medarbetare att berätta
- Hindrar chefer i deras arbete

Brohan 2013, Bertilsson 2019, 2024, Mangerini 2020, Axelsson et al 2020, van Beveren 2020, Hultqvist 2023

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Vad behöver chefer?



- Polycys, riktlinjer och system stödjer och ger struktur
- Vara anpassade till psykiska besvär och den lokala arbetsplatsen
- Måste tillåta flexibilitet - passa den enskilda medarbetaren

Tengelin 2024 inskickad

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Vad behöver chefer?

- Ofta tidskrävande och långvarigt stöd
- Ibland val mellan ordinarie chefsuppgifter och stöd till medarbetare

Martin 2018, Tengelin 2024 inskickad, Tengelin 2025 inskickad

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Vad behöver chefer?

- Kunskap om arbetsförmåga och anpassat till lokal arbetsplats
- Internt i organisationen
- Externt – köpa resurs i syfte att stödja chefer
- Hjälpelinje (samhällsresurs) ?

Tengelin 2024 inskickad

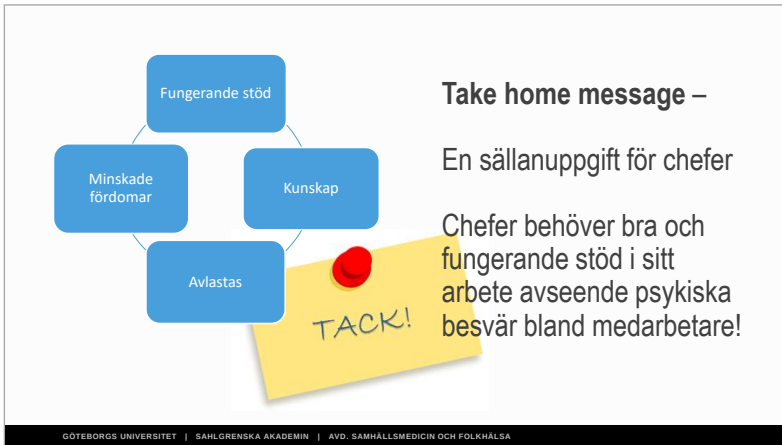
GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA

Take home message –

En sällanuppgift för chefer

Chefer behöver kunskap och fungerande stöd i sitt arbete avseende psykiska besvär bland medarbetare!

GÖTEBORGS UNIVERSITET | SAHLGRENSKA AKADEMIN | AVD. SAMHÄLLSMEDICIN OCH FOLKHÄLSA



Bilder visade av Petra Lindfors

Betydelsen av arbetsmiljö och organisationskultur

Organisera arbetsmiljö för främjande av hållbar hälsa



Petra Lindfors, professor
kontakt: pls at psychology.su.se



Ett forskningsprojekt i 3 delar

- I. användning och förståelse av begrepp och termer
- II. befintliga data
- III. teoretiska och praktiska implikationer



Organisatorisk arbetsmiljö	Värder och förhållningar för arbetsmiljö och hälsa: 1. ledning och styrning 2. samarbetsrelationer 3. ansvarighet 4. kunskapsutveckling 5. förhållningssätt 6. fysisk, psykosocial och social miljö
----------------------------	---



Petra Lindfors / pls@psychology.su.se

Ett forskningsprojekt i 3 delar

- I. användning och förståelse av begrepp och termer
- II. befintliga data
- III. teoretiska och praktiska implikationer



Organisatorisk arbetsmiljö	Värder och förhållningar för arbetsmiljö och hälsa: 1. ledning och styrning 2. samarbetsrelationer 3. ansvarighet 4. kunskapsutveckling 5. förhållningssätt 6. fysisk, psykosocial och social miljö
----------------------------	---



Petra Lindfors / pls@psychology.su.se

Användning och förståelse av begrepp och termer

Främjande (promotion): "friskfaktor"

proaktivt fokus: **innan** något hänt

(långsiktig) mål = möjliggöra & bidra till utveckling / av hälsa och välbefinnande /

bredda perspektivet från enbart **risk** till att även inkludera **främjande** / **frisk**

på **individnivå**: hälsa och välbefinnande

på **organisatorisk** nivå: välmående organisationer / verksamheter



Petra Lindfors / pet@psychology.su.se

Helhetsperspektiv och nivåer



Petra Lindfors pet@psychology.su.se

Helhetsperspektiv och nivåer



Petra Lindfors pet@psychology.su.se

Helhetsperspektiv och nivåer

3
SÄKERHETEN
PÅ Vår vård

8
BESÖK VÅRA ALL
TIDNINGAR

	åtgärdande (chef)	förebyggande	främjande
individ			
grupp			
organisation			

Petra Lindfors phd@psychology.su.se

Stockholms universitet

Främjande, "friskfaktor": reflektioner

färre / kortare sjukskrivningar

bort med belastningsbesvär

minskad individrisk

friska medarbetare

färre arbetsmiljörisker och hälsoproblem hos medarbetare

VIKTIG HR-fråga!

långtidsfrisk

orka jobba hela arbetslivet

välbefinnande och hälsa bland medarbetare

Samverkan + allas ansvar



3 ÖVERLEVENSKRAFT
HÄLSA
HJÄRTA

6 BAKGRUND
HÄLSA
HJÄRTA

Friskfaktorer som kan bidra till att förbättra ert liv

Stockholms universitet

Helhetsperspektiv och nivåer

3

ÖVERGÄTTNING
FÖRUTSETNING

4

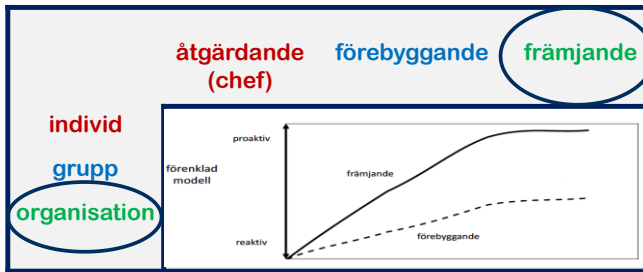
ÖVERGÄTTNING
FÖRUTSETNING

	åtgärdande (chef)	förebyggande	främjande
individ			
grupp			
organisation			

 Stockholm universitet

Peter Lindfors, oth@stockholm.se

Varthän?



Petra Lindfors / pjl@psychology.su.se



Befintliga data

Arbetsplats, arbetssituation och hälsa

hur mäta och följa över tid?

sammanhang

kontorsarbete i offentlig förvaltning  

typ av uppgifter

medarbetarenkäter

tre år

ca 1400-1500 svar / tillfälle



Petra Lindfors / pjl@psychology.su.se



Arbetsplats, arbetssituation och hälsa

hälsa	återhämtning
individfaktorer 	
kön	kön
chef	chef
arbetsplatsen 	
samarbete: lärande +	samarbete: lärande +
beslut och mål +	beslut och mål +
arbetssituationen 	
hanterliga krav +	hanterliga krav +
stöd +	stöd +

bedöma

...min arbetsplats

...min egen
arbetssituation

Petra Lindfors / pjl@psychology.su.se



Arbetsplats, arbetssituation och hälsa

hälsa	återhämtning
individfaktorer	
kön	kön
chef	chef
arbetsplatsen	
samarbete: lärande +	samarbete: lärande +
beslut och mål +	beslut och mål +
arbetssituationen	
hanterliga krav +	hanterliga krav +
stöd +	stöd +

ordning arbetsplats och arbetssituation spelar mindre roll

arbetssituationen något mer systematiska samband över tid och konsekvens

arbetssituation närmare medarbetarens vardag

Stockholms universitet

Petra Lindfors / pet@psychology.su.se

Chefers arbetsplats och arbetssituation

140 till 170 chefer, ganska jämnt fördelade på kvinnor och män under tre olika år

hälsa	återhämtning
individfaktorer	
kön	kön
arbetsplatsen	
samarbete +	samarbete +
beslut och mål +	beslut och mål +
arbetssituationen	
hanterliga krav +	hanterliga krav +
stöd +	(stöd +)

bedöma

...min arbetsplats

...min egen arbetssituation

Stockholms universitet

Petra Lindfors / pet@psychology.su.se

Arbetsplats, arbetssituation och hälsa

Kategori	Kluster 1 - belastande	Kluster 2 - närande	Kluster 3 - tärande	Kluster 4 - stabil
Inflytande	6.0	7.5	3.5	6.0
Arbetsbelastning	3.5	7.0	3.0	6.0
Stöd	6.0	7.5	3.0	5.5
Socialt klimat	6.5	7.5	3.5	5.5

stämmer helt

stämmer inte alls

Inflytande Arbetsbelastning Stöd Socialt klimat

● Kluster 1 - belastande 342 personer
◆ Kluster 2 - närande 674 personer
■ Kluster 3 - tärande 121 personer
▲ Kluster 4 - stabil 315 personer

närande störst

störst andel chefer i **belastande**

statistiskt säkerställda skillnader

- belastande och tärande står ut
- även för hälsa och återhämtning

Stockholms universitet

Petra Lindfors / pet@psychology.su.se

Ett forskningsprojekt i 3 delar

I. användning och förståelse av begrepp och termer

- fokus på risk och ohälsa

II. befintliga data

- går att använda, beror på kvalitet
- mer av organisatoriska data!? (antal medarbetare / chef)
- identifiera samband
- identifiera grupper med *olika* behov

(III. teoretiska och praktiska implikationer)



Petra Lindfors / petra@psychology.su.se

Främjande förutsättningar



- **helhetsperspektiv**
 - organisatoriska faktorer
 - psykosocial arbetsmiljö
- **parallella perspektiv**
 - risk *och* frisk
 - främjande *och* förebyggande
- möjligt att kartlägga, undersöka och följa som del av **systematiskt arbetsmiljöarbete**

Petra Lindfors/petra@psychology.su.se

7/12/2023

Tack för uppmärksamheten

Bilder visade av Elisabeth Björk Brämberg





Återgång i arbete bland personer med depression, ångest, och stressreaktioner

Elisabeth Björk Brämberg, Docent Arbetsmedicin

Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Karolinska Institutet
Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs universitet

Rekordmånga sjukskrivs för stress

18 november 2024

Trots kunskap om h... fortsätter antalet dr... nåtts – och det är fr... Försäkringskass...

Individen (den sjukskrivne)

Arbetsgivaren

Hälsö- och sjukvården

Social-försäkringen

...ar kan förebyggas en ny dyster topptnotering som drabbas. Det visar hälsa som släpps idag.

Psykisk hälsa i arbetslivet

Jobbar och mår bra

Har hälsoproblem men god arbetsförmåga

Har hälsoproblem och påverkad arbetsförmåga

Sjuk-skriven

Återgång i arbete

Efter figur 2.1 i kapitel 2 i boken Åter till arbete, red Ekberg, Eklund, Hensing. Studentlitteratur 2015

Insatser som involverar vård och arbetsgivare riktade personer sjukskrivna ≥ 90 dgr



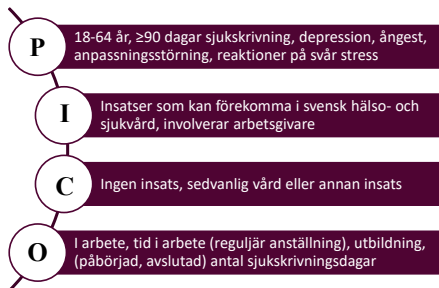
Effekter av arbetsmarknadsinsatser för personer långvarigt sjukskrivna på grund av depression, ångest eller stressreaktion

Björk Brimberg E, et al. Effects of work-directed interventions on return-to-work in people on sick-leave for to common mental disorders—a systematic review | International Archives of Occupational and Environmental Health

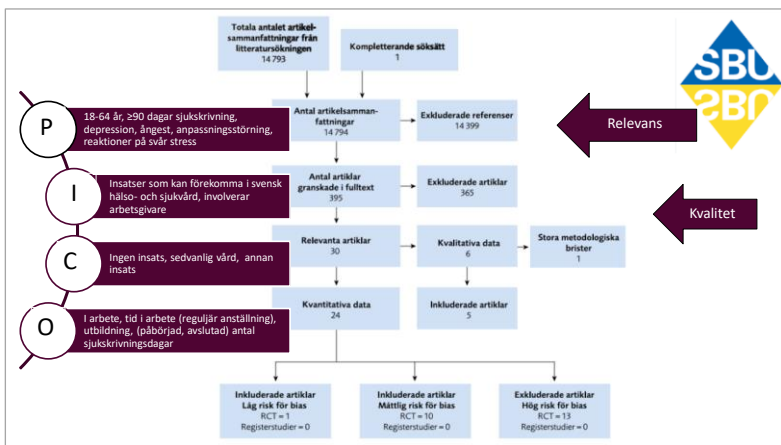
Karolinska Institutet - ett medicinskt universitet

8 april 2025 103

Population, Intervention, Control, Outcome



104



Vilka insatser kan öka återgång i arbete?



- **Kognitiv beteendeterapi** med involverad arbetsplats leder *möjligen till ökad återgång i arbete upp till 12 mån* (låg tillförlitlighet)
- **Kognitiv beteendeterapi** och **Acceptance and Commitment therapy** med involverad arbetsplats *minskar möjligen upplevda symtom på depression* (låg tillförlitlighet)
- **Teambaserat stöd** med involverad arbetsplats leder *möjligen till återgång i arbete upp till 12 mån, minskar möjligen upplevda symtom på depression* (låg tillförlitlighet)

Karolinska Institutet - ett medicinskt universitet

8 april 2025 106

Vilka insatser kan öka återgång i arbete?



- **Individanpassat stöd till arbete (Individual placement and support)**
→ Det går inte att bedöma effekter på återgång i arbete
- Inga studier om effekter på återgång i arbete av insatser i form av **utbildning, praktik eller lönebidrag till arbetsgivare** har identifierats

Karolinska Institutet - ett medicinskt universitet

8 april 2025 107

Möjliga mål- och värdekonflikter

- Samhällsekonomiska mål (tex produktivitet) och individcentrerade mål (tex hälsa, arbetsförmåga)



Effekter av arbetsmarknadsinsatser för personer långvarigt sjuka/skrivna på grund av depression, ångest eller stressreaktion
Hartvigsson T, et al. (2024). Cooperation in Return-to-work Interventions for Common Mental Disorders: An Ideal Theory Analysis of Actors, Goals, and Ethical Obstacles. Health Care Analysis

Möjliga mål- och värdekonflikter



- Hur bör potentiella konflikter lösas?
- Vilka mål är överordnade?

[Effekter av arbetsmarknadsinsatser för personer långvarigt sjukskrivna på grund av depression, ångest eller stressreaktion](#)
Hartvigsson T, et al. (2024). Cooperation in Return-to-work interventions for Common Mental Disorders: An Ideal Theory Analysis of Actors, Goals, and Ethical Obstacles. Health Care Analysis

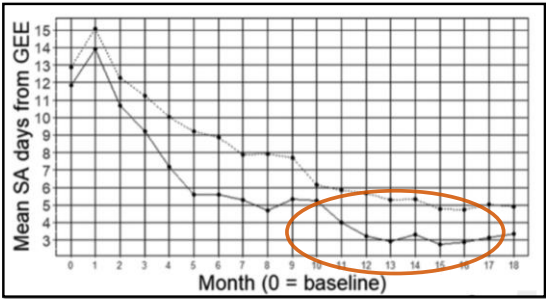
Vad behöver vi veta mer om?

Vilka patienter blir 'långa fall'?



Karolinska Institutet och medicinska universitetet

8 april 2025 111



FORTE:
Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

Group — CAU - - - - - PSI-WPI

Karlsson, et al., 2024. Is a Problem-Solving Intervention with Workplace Involvement for Employees on Sickness Absence Due to Common Mental Disorders More Effective, than Care as Usual, in Reducing Sickness Absence Days? Journal of Occupational Rehabilitation

Faktorer som kan främja återgång i arbete

- Individfaktorer
 - Motivation, tilltro till sin förmåga, attityd
- Organisatoriska faktorer
 - Typ av arbetsplats och uppgifter, chefens resurser, tillgång till Företagshälsa
- Omgivning (familj, sociala relationer)
 - Attityd, inställning



Karolinska Institutet - ett medicinskt universitet

8 april 2025 113

Vilken kunskap och kompetens behövs inom Försäkringsmedicin?



Karolinska Institutet - ett medicinskt universitet

8 april 2025 114



Kunskapshöjande insatser

- Ökad försäkringsmedicinsk kompetens
 - Läkare och professioner som möter patienter inom hälso- och sjukvård
 - Handläggare på Försäkringskassa
- Förbättrad försäkringsmedicinsk utbildning på grundutbildningsnivå

Karolinska Institutet - ett medicinskt universitet

8 april 2025

115



Bättre kunskapsunderlag

- Uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser
 - Nationellt register för utvärdering av insatser med koppling individ, sjukskrivning, arbetsplats, yrke
 - Möjliggör uppföljning med minimal påverkan på hälso- och sjukvårdens rutinarbete

Karolinska Institutet - ett medicinskt universitet

8 april 2025

116



**Karolinska
Institutet**

2022/23:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 20 oktober 2022
2022/23:RFR2	FINANSUTSKOTTET Översikt med internationella exempel på uppföljning och utvärdering av centralbanker
2022/23:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet i svensk ekonomi i ljuset av hög inflation och högre räntor
2022/23:RFR4	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens årsredovisning 2022 och det senaste penningpolitiska beslutet från februari 2023
2022/23:RFR5	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av penningpolitiken 2022
2022/23:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport, Svensk finanspolitik 2023
2022/23:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om penningpolitiken 2022

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN		2023/24
2023/24:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 17 oktober 2023	
2023/24:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Offentlig utfrågning om nationell högspecialiserad vård	
2023/24:RFR3	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde om vårdnad, boende och umgänge vid våld i familjen.	
2023/24:RFR4	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om energilagring	
2023/24:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om artificiell intelligens (AI)	
2023/24:RFR6	SOCIALUTSKOTTET Offentligt sammanträde om reformen av EU:s läkemedelslagstiftning	
2023/24:RFR7	TRAFIKUTSKOTTET Planera laddinfrastruktur för vägtrafik – en kunskapsöversikt	
2023/24:RFR8	FINANSUTSKOTTET Den demokratiska granskningen av centralbanker – En forskningsöversikt	
2023/24:RFR9	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde – Hur säkerställer vi ett bostadsbyggande som möter behov och efterfrågan i hela landet?	
2023/24:RFR10	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om finansiell stabilitet i en osäker omvärld – hur påverkas Sverige?	
2023/24: RFR11	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Utvärdering av förädlingsindustrin och detaljhandeln för livsmedel	
2023/24: RFR12	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om trafikens elektrifiering	
2023/24: RFR13	FINANSUTSKOTTET Riksbankens årsredovisning 2023 och den aktuella penningpolitiken	
2023/24: RFR14	SOCIALUTSKOTTET Offentligt sammanträde om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården	
2023/24:RFR15	FINANSUTSKOTTET Svensk penningpolitik 2023	
2023/24:RFR16	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om en forsknings- och innovationspolitik för ett konkurrenskraftigt näringsliv	
2023/24:RFR17	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om Finanspolitiska rådets rapport, Svensk finanspolitik 2024	

2023/24:RFR18	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Riksbankens direktion om penningpolitiken 2023
2023/24:RFR19	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde om överskuldsättning

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN		2024/25
2024/25:RFR1	SOCIALFÖRSÅKRINGSUTSKOTTET Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering	
2024/25:RFR2	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Riksbankens direktion om penningpolitiken 2024	
2024/25:RFR3	FÖRSVARSKOTTET Uppföljning av det civila försvaret – erfarenheter från tre beredskapssektorer	
2024/25:RFR4	FINANSUTSKOTTET Finansutskottets offentliga sammanträde om finansiering av ny kärnkraft	
2024/25:RFR5	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om företag som brottsverktyg	
2024/25:RFR6	CIVILUTSKOTTET Civilutskottets offentliga sammanträde om civilt försvar	
2024/25:RFR7	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Finansiella stabilitetsrådet	
2024/25:RFR8	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Arbetsmarknadsutskottets offentliga sammanträde om läget på arbetsmarknaden och arbetslösheten	
2024/25:RFR9	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om Riksbankens årsredovisning 2024 och den aktuella penningpolitiken	
2024/25:RFR10	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om det civila försvaret och transporter	
2024/25:RFR11	SOCIALUTSKOTTET En utvärdering av delar av beslutsprocessen för nationell hög-specialiserad vård	