

# Att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet

Resultat från en kartläggande litteraturöversikt om universella  
interventioner på arbetsplatsen



Folkhälsomyndigheten



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/). En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar från Folkhälsomyndighetens publikationsservice, [publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se](mailto:publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2021.

Artikelnummer: 21140

## Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget kan t.ex. omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap och stödja kunskapsspridning och uppföljning. Denna rapport ingår som en del av detta uppdrag.

Det finns ett stort behov av kunskap om möjliga insatser för att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. Psykisk ohälsa som ångest, depression, stress och utmattning har under senare år blivit den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro i Sverige och leder ofta till långa sjukskrivningar. Den psykiska ohälsan i arbetslivet innebär stora kostnader i form av utgifter för vård och de sociala trygghetssystemen, men också betydande produktionsbortfall. För individen är problemet mångfacetterat och kan bl.a. medföra nedsatt arbetsförmåga, isolering, stigmatisering och diskriminering.

Den här rapporten ger en övergripande bild av kunskapsläget om universella arbetsplatsbaserade interventioner för att förebygga psykisk ohälsa, och bygger på resultaten från en kartläggande litteraturöversikt. Målgruppen för rapporten är myndigheter med ansvar för arbetsmiljö, beslutsfattare, arbetsgivare, forskare och tjänstemän på nationell, regional och lokal nivå som arbetar med preventiva insatser inom arbetslivets arena.

Rapporten har tagits fram i ett samverkansprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Göteborgs universitet. Gunnel Hensing, professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet har varit ansvarig för projektet. Från Folkhälsomyndigheten har utredarna Marjan Vaez och Regina Winzer medverkat i arbetet med rapporten, och ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist, vid enheten för psykisk hälsa och suicidprevention.

Övriga som deltagit i arbetet anges i slutet av rapporten.

Folkhälsomyndigheten 2021

*Anna Bessö*

Avdelningschef

# Innehåll

Om publikationen .....	3
Begrepp och definitioner .....	6
Sammanfattning .....	8
Insatser på både organisationsnivå och individnivå har effekt .....	8
Flera positiva effekter på den psykiska hälsan .....	8
Gods möjligheter att förebygga – men mer kunskap om effekt i olika grupper behövs ....	9
Bakgrund .....	10
Vad menas med psykisk ohälsa? .....	11
Psykisk ohälsa – multifaktoriella orsaker .....	11
Prevention på olika nivåer och friskfaktorer .....	12
Arbetsrelaterade orsaker till psykisk ohälsa .....	13
Psykiatriska diagnoser och sjukskrivning .....	14
Syfte .....	15
Frågeställningar .....	15
Metod .....	16
Urvalskriterier .....	16
Litteratursökning .....	17
Relevansgranskning .....	19
Kvalitetsgranskning .....	20
Kartläggning och extrahering av relevanta data .....	20
Sammanställning och rapportering av resultat .....	21
Resultat .....	22
Övergripande sammanfattning och presentation av studierna .....	22
Arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå och effekter på psykisk ohälsa	23
Diskussion om psykosocial och/eller fysisk arbetsmiljö .....	23
Nya processer och strukturer .....	25
Förkortad arbetstid med bibehållen lön .....	26
Ökad delaktighet .....	26
Ökade ekonomiska anslag .....	27

Arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå och effekter på psykisk ohälsa .....	28
Stresshantering .....	28
Mindfulness, yoga och meditation .....	31
Fysiska och psykologiska insatser.....	34
Livsstilshantering.....	35
Ergonomiska insatser.....	36
Personlig utveckling.....	38
Hantering av konflikter mellan arbete och familjeliv .....	39
Karriärutveckling .....	40
Sammanställning av interventionernas effekter bland kvinnor och män och för olika grupper av yrkesverksamma.....	40
Behov av mer kunskap.....	40
Diskussion .....	42
Frågeställning 1.....	42
Interventioner på organisationsnivå .....	42
Interventioner på individnivå .....	43
Interventioner på organisations- och individnivå.....	45
Frågeställning 2.....	45
Frågeställning 3.....	45
Frågeställning 4.....	46
Metodöverväganden .....	47
Slutsatser .....	49
Slutord .....	50
Övriga medverkande.....	51
Referenser .....	52
Bilagor.....	57

# Begrepp och definitioner

Här listas några centrala begrepp som används i den här kartläggande litteraturöversikten.

Arbetsplatsbaserad intervention på organisationsnivå	Intervention som inriktas på att förändra arbetsplatsens organisation, processer eller strukturer
Arbetsplatsbaserad intervention på individnivå	Intervention som riktas till individer eller grupper av individer som arbetar på arbetsplatsen, med fokus på ökad kunskap, beteendeförändring och ändrat förhållningssätt
Compassion fatigue	”Medkänsletrötthet”, en sorts trötthet som inte går över och som påverkar förmågan till medkänsla och empati
Effekt	En interventions inverkan på ett givet utfallsmått
Fatigue	Ihållande trötthet som inte går att vila bort
Indikerad prevention	Förebyggande insatser som riktar sig till individer som löper uppenbar risk för att utveckla psykisk ohälsa, vanligen på grund av att de har förhöjd symtomnivå
Job strain	Arbetsrelaterade höga psykosociala krav i kombination med låg kontroll
Kartläggande litteraturöversikt	En kartläggande litteraturöversikt används för att beskriva ett forskningsområde (omfattning, karaktär, centrala teorier, nyckelbegrepp etc.) och värdera kunskapen om detta område (t.ex. ett visst samband eller fenomen). En sådan översikt bedöms normalt

beskriva bredden inom ett område, snarare än gå på djupet i en specifik frågeställning.

Multifaktoriell

Flera faktorer samverkar och bidrar gemensamt till en viss effekt

Psykisk ohälsa

Samlingsterm i den här rapporten för psykiska besvär (t.ex. oro, symtom på ångest, nedstämdhet, psykisk trötthet, sömnsvårigheter) som inte uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos samt för psykiatriska tillstånd, där diagnoskravet är uppfyllt.

Selektiv prevention

Förebyggande insatser som riktar sig till riskgrupper, exempelvis personer som arbetar med höga psykosociala krav och låg kontroll

Universell prevention

Förebyggande insatser som riktar sig till hela befolkningen eller en hel grupp i befolkningen. I denna rapport gäller det alla anställda på en arbetsplats oavsett om de har begynnande problem eller befinner sig i en risksituation.

# Sammanfattning

I den här kartläggande litteraturöversikten har vi sammanställt forskningen om universella arbetsplatsbaserade interventioner som syftar till att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. Översiktens ena fokus är att beskriva interventionens typ – på organisations- eller individnivå – och dess inriktning, alltså vilken åtgärd som har använts. Översiktens andra fokus är att bedöma om resultaten från studierna gäller för både kvinnor och män och för olika grupper av yrkesverksamma samt att identifiera områden där det saknas kunskap. I litteraturöversikten ingår 44 studier.

## Insatser på både organisationsnivå och individnivå har effekt

Totalt 8 av 11 arbetsplatsbaserade interventioner som genomfördes på organisationsnivå hade en förebyggande effekt på ett eller flera självrapporterade psykiska besvär. Interventionerna hade följande inriktningar:

- diskussion om psykosocial och/eller fysisk arbetsmiljö
- nya processer och strukturer
- förkortad arbetstid med bibehållen lön
- ökad delaktighet

När det gäller arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå hade 24 av 33 studier effekt på ett eller flera psykiska besvär. Av 33 studier som handlade om individuellt beteende var det 24 som visade effekt. Dessa interventioner hade följande inriktning:

- stresshantering
- mindfulness, yoga och meditation
- livsstilshantering
- personlig utveckling
- hantering av konflikter mellan arbete och familjeliv
- karriärutveckling
- fysiska och psykologiska insatser.

## Flera positiva effekter på den psykiska hälsan

Studierna visade på positiva effekter på flera olika aspekter av den psykiska hälsan, framförallt olika former av psykiska besvär. Studier som undersökt interventioner på organisationsnivå visade på positiva effekter på sömnproblem, stress och oro. En ökad medvetenhet om hur organisationen kan hantera psykosociala problem i arbetslivet var en annan positiv effekt liksom minskad risk för psykisk utmattning.



Interventioner på individnivå ledde till minskad stress och ångest, samt minskad risk för depression och utbrändhet. Interventionerna resulterade också i förbättrad sömn, mer energi och minskad trötthet.

## **Goda möjligheter att förebygga – men mer kunskap om effekt i olika grupper behövs**

Sammantaget tyder resultaten på att det finns goda möjligheter att få både kortsiktiga och mer långsiktiga effekter på olika former av psykiska besvär, genom arbetsplatsbaserade insatser på organisationsnivå och individnivå. Båda typerna av interventioner förekommer, men de flesta har fokus på de anställda, dvs. individnivån.

Litteraturöversikten visar att det behövs fler studier av hög kvalitet och med längre uppföljningstider som utvärderar arbetsplatsbaserade interventioner. Målet är att kunna dra säkrare slutsatser om vilka interventioner som effektivt förebygger psykisk ohälsa och att se om insatserna har effekt i olika typer av arbetsmiljöer och för olika grupper av yrkesverksamma. I de flesta studierna saknades redovisning av effekter för kvinnor och män och för olika grupper. Det behövs också mer kunskap om effektiva arbetsplatsbaserade interventioner inom mansdominerade branscher, och forskning som visar hur universella interventioner kan påverka olika yrkesgrupper i en population och vilka komponenter som är verksamma i komplexa interventioner. Slutligen saknas det studier som kombinerar interventioner på individnivå och organisationsnivå.

## Bakgrund

Psykisk ohälsa i form av depressioner, ångestsjukdomar och utmattningssyndrom är vanliga i den yrkesverksamma befolkningen. Under ett år uppger 27 procent av alla vuxna i åldrarna 18–65 år inom EU, på Island, i Norge och i Schweiz någon form av psykisk ohälsa, enligt Världshälsoorganisationen, WHO (1). Det motsvarar omkring 83 miljoner människor. Den psykiska hälsan har inte bara stor betydelse för den enskildes livskvalitet utan också för möjligheten att fungera socialt och i arbetslivet. Psykisk ohälsa påverkar familjer, vänner, arbetsplatser och samhället som helhet. Ett mått på negativa konsekvenser av sjukdom är YLD (Years Lived with Disability), det vill säga antalet år en person lever med sjukdom. Måttet anses spegla effekterna av att leva med kronisk sjukdom. I Europa är depression den ledande orsaken till YLD bland icke-smittsamma sjukdomar och svarar för 11 procent av alla YLD (1).

Folkhälsomyndigheten gör löpande en nationell undersökning om befolkningens hälsa, ”Hälsa på lika villkor”. Resultat från 2020 års undersökning, visade att 73 procent av befolkningen rapporterade ett gott eller mycket gott psykiskt välbefinnande. Andelen kvinnor som rapporterade psykisk påfrestning var högre än andelen män i alla åldersgrupper (16–84 år) (2). Sammantaget uppgav 41 procent av både kvinnor och män i åldrarna 16–84 år att de hade psykiska besvär såsom ångslan, oro och ångest. Andelen som rapporterade sådana besvär var 49 procent bland kvinnorna och 33 procent bland männen.

Ytterligare ett sätt att beskriva omfattningen av psykisk ohälsa bland personer i yrkesverksam ålder är genom att studera sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning. Psykiatriska diagnoser är, och har länge varit, den vanligaste orsaken till längre sjukfrånvaro bland personer under 40 år (3). Vidare är sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser vanligast under den period i livet då den totala belastningen från yrkesarbete och ansvar för familj och barn är som högst, vilket ofta inträffar från 35 års ålder och upp till 50-årsåldern.

Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser den vanligaste diagnosgruppen i Försäkringskassans sjukskrivningsstatistik (4). Enligt data från Försäkringskassan hade 1,7 procent av Sveriges befolkning i åldersgruppen 20–69 år minst ett sjukfall med psykiatrisk diagnos 2018. Sjukfallen med psykiatriska diagnoser utgör 45 procent av alla sjukfall bland kvinnor och 33 procent av alla sjukfall bland män. De vanligaste diagnosgrupperna är anpassningsstörningar och reaktion på svår stress och förstämningssyndrom (depressioner) (4). Bland både kvinnor och män är psykiatriska diagnoser en vanlig orsak till längre sjukfrånvaro, men andelen kvinnor som blir sjukskrivna är högre än andelen män (5). Det är också vanligare med återfall efter återgång i arbete bland personer som varit sjukskrivna i psykiatriska diagnoser (4). I 36 procent av alla sjukfall i psykiatriska diagnoser blir personen sjukskriven på nytt inom tre år. Det är vanligare med nya sjukfall inom tre år bland kvinnor (40 procent) än bland män (31 procent) (4).

## Vad menas med psykisk ohälsa?

Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande benämning som innefattar olika former av psykiska besvär men även kliniskt definierade sjukdomstillstånd. Psykiska besvär består i huvudsak av självrapporterade emotionella och kognitiva symtom. Emotionella symtom kan vara korta eller mer långvariga känslor såsom rädsla, ångest, nedstämdhet eller i vissa fall upprymdhet och svårighet att varva ner. Kognitiva symtom handlar om svårigheter att samla sina tankar, koncentrera sig, minnas eller fokusera. I vissa fall kan det handla om en extremt hög förmåga att ta in information och tänka klart, kopplat till svårigheter med att varva ner och ta en paus. Sömnstörningar är ett vanligt symtom som kan påverka andra symtom i negativ riktning. Utöver emotionella och kognitiva symtom kan man ha kroppsliga förnimmelser eller upplevelser såsom smärta, stickningar eller känslighet för ljus och ljud (6, 7).

Psykisk sjukdom är tillstånd där olika symtom tillsammans uppfyller kriterierna för en diagnos. Psykisk sjukdom avgränsas i dag utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem. Två diagnossystem som används för klassificering är WHO:s International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) och den amerikanska psykiatriska yrkesföreningen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Dessa system innehåller för varje diagnos ett antal kriterier som ska vara uppfyllda i viss omfattning för att diagnosen ska kunna ställas. Kriterierna används som stöd av läkare som dessutom gör en klinisk bedömning av patienten och dennes livssituation. Den sammantagna bedömningen leder sedan fram till diagnosen. Det är vanligt att ha psykiska symtom och besvär utan att man uppfyller kriterierna för en diagnos (8).

Ett vanligt sätt att dela in psykiska sjukdomar är i två grupper där den ena kallas ”vanliga psykiska sjukdomar”, vilket är en direktöversättning av engelskans ”Common Mental Disorders” (CMD). Den andra är ”svåra psykiska sjukdomar” som är en översättning av ”Severe Mental Disorders” (SMD). I SMD-gruppen ingår sjukdomar såsom schizofreni och andra psykosjukdomar och bipolär sjukdom. Detta är sjukdomar som har stora effekter på vardagslivet, men många lever ett bra liv med stöd av läkemedel och annan behandling. Andelen personer i befolkningen som drabbas är lägre än för CMD (1).

## Psykisk ohälsa – multifaktoriella orsaker

Psykisk ohälsa kan uppstå av många olika orsaker (9). Detta synsätt, alltså att flera faktorer av social, psykisk och biologisk karaktär samverkar på ett komplext sätt, brukar kallas multifaktoriellt. Det betyder att det mycket sällan är en enda faktor som leder fram till besvären. Det multifaktoriella synsättet uttrycks än tydligare i det som brukar kallas den biopsykosociala modellen. Den utvecklades för att ta hänsyn till det komplexa samspelet mellan människors biologiska, sociala och psykologiska liv och till att detta samspel antas ha betydelse för utvecklande av sjukdom (10). Den biopsykosociala modellen kontrasterar den biomedicinska

modellen där man ser på sjukdom som orsakad av ett smalare spektrum av orsaker såsom bakterier, virus, cellförändringar eller andra kroppsliga förändringar (11).

Med en biopsykosocial förståelse av hur psykisk ohälsa utvecklas är tankegången att de tre aspekterna i modellen samverkar i utvecklingen av ohälsa, men att olika aspekter kan vara mer eller mindre betydelsefulla i olika situationer eller för olika individer. Exempelvis kan två olika personer ha krävande arbetsbelastning men det är bara den ena som utvecklar psykisk ohälsa. Sådana skillnader mellan olika människor brukar man kalla individuell sårbarhet (8). Den individuella sårbarheten kan uppstå som en följd av skillnader i biologisk konstitution, men också som en följd av skillnader i uppväxtvillkor eller hur man hanterar påfrestningar. Det är också viktigt att förstå den biopsykosociala modellen dynamiskt eftersom biologiska, psykologiska och sociala faktorer ömsesidigt påverkar varandra över tid och i olika situationer.

En annan aspekt av den biopsykosociala modellen är den psykologiska. Grundläggande är den egna personligheten där faktorer såsom tillit till andra, nivå av inre oro och i vilken utsträckning man är extrovert eller inte kan påverka hur man hanterar belastningar som man möter i sitt liv. Personlighet samspelar förstås alltid med den sociala miljön som man befinner sig i så att personlighetsdrag kan förstärkas eller få mindre betydelse i olika sociala situationer, till exempel i arbetslivet. En annan aspekt av psykologiska faktorer är relaterad till hur man lärt sig att hantera svårigheter. Begreppet ”coping” handlar om hur man hanterar eller bemästrar en svår situation (12). Ytterligare en aspekt av psykologiska faktorer är relaterad till beteende. Beteende hänger samman med personlighet och förhållningssätt och handlar om hur man faktiskt gör för att till exempel hantera stressiga arbetsvillkor. En person kanske byter jobb. En annan går till chefen för att få en förändring till stånd. En tredje person hanterar stressen genom yoga, meditation eller fysisk aktivitet. Just fysisk aktivitet har visat sig vara ett effektivt sätt att förebygga psykisk ohälsa, i synnerhet depression (13). En systematisk litteraturoversikt fann att 25 av 30 välgjorda studier visade att fysisk aktivitet minskade risken för depression i icke-kliniska grupper med varierad ålder (13).

## Prevention på olika nivåer och friskfaktorer

I det förebyggande arbetet skiljer man mellan olika nivåer av prevention. Universell prevention riktar sig till alla i en grupp oavsett om de som ingår i gruppen har psykisk ohälsa eller inte. Universell prevention kan genomföras exempelvis i en kommun och bland dess invånare eller på en arbetsplats och bland de anställda. Andra typer av prevention är selektiv och indikerad. Selektiv prevention riktar sig till subgrupper som är i en risksituation. På en arbetsplats kan man exempelvis göra en inledande enkätundersökning för att se om vissa enheter är mer drabbade av stress än andra, och i så fall rikta de preventiva insatserna till just dessa enheter. Indikerad prevention riktar sig till högriskindivider, och på en arbetsplats kan det till exempel vara individer som har sökt företagshälsovården för att de har stressrelaterade besvär. Den preventiva insatsen kan bestå i att träna

avspänning eller förbättra sömnbeteendet. Några fördelar med universella insatser är att man, om de är effektiva, kan få hälsoförbättringar hos dem utan eller med endast måttliga psykiska besvär men också i gruppen med psykisk ohälsa (14). Preventionsparadoxen är ett sätt att uttrycka att insatser också mot dem med måttliga besvär ger större total effekt än insatser endast mot dem med svåra besvär. En del interventioner med universell preventiv ansats är likartade insatser som syftar till att främja hälsa (hälsopromotion) (14). En skillnad mellan preventiva och hälsofrämjande insatser är att preventiva insatser ofta fokuserar på en mer avgränsad eller specifik problembild eller sjukdom, medan hälsofrämjande insatser har som mål att stärka människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande till exempel genom ökad delaktighet och stärkt tilltro till sin egen förmåga. För att kunna utveckla hälsofrämjande insatser behövs kunskap om det som ibland kallas friskfaktorer (till skillnad från riskfaktorer för sjukdom).

Friskfaktorer i arbetslivet i relation till psykisk hälsa är bland annat ett bra ledarskap som innebär att ledaren är rättvis, inkluderande och stödjande (15). Andra friskfaktorer är en god kontroll i arbetet, en bra balans mellan arbete och fritid, tydliga mål och anställningstrygghet. Slutligen finns det studier som visar att ansträngningen i arbetet måste balanseras mot belöningar i form av lön, uppnådda mål, befordran eller liknande.

## Arbetsrelaterade orsaker till psykisk ohälsa

Arbetslivet är en viktig del av vuxnas vardagsliv och bidrar till att främja hälsa, men det finns också risker i arbetslivet (16). På en mer allmän nivå kan man konstatera att stress i arbetslivet – eller som resultat av den kombinerade belastningen i arbetet och livet utanför arbetet – är negativt för den psykiska hälsan och ökar risken för psykisk ohälsa.

I arbetslivslitteraturen framhålls betydelsen av insatser på organisationsnivå för att förbättra arbetsmiljön och personalens arbetshälsa (17). Sådana insatser förbättrar arbetssituationen för alla genom att förändra strukturer, processer eller andra faktorer i arbetsmiljön som belastar eller leder till ökad stress. En sådan ansats är i linje med de teoretiska utgångspunkterna för universell prevention d.v.s. en förväntan om att det är mer effektivt med interventioner som i grunden försöker förändra de strukturer i samhället, på arbetsplatser eller i skolan som ger upphov till ohälsa, jämfört med interventioner för att förändra individuellt beteende.

I en systematisk litteraturöversikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstateras att det finns vetenskapligt underlag för att vissa arbetsrelaterade faktorer ökar risken för att drabbas av symtom på depression och utmattningssyndrom (18). Det visar sig att forskningen om orsaker till symtom på depression respektive symtom på utmattningssyndrom främst varit inriktad på att studera organisatoriska och psykosociala faktorer i arbetslivet. Från dessa studier kan man enligt SBU-rapporten dra följande slutsatser om arbetsrelaterade risker på gruppnivå:

- Arbete i miljöer med små möjligheter att påverka, i kombination med höga krav, ökar risken för depressionssymtom.
- Arbete i miljöer med bristande medmänskligt stöd ökar risken för symtom på depression och utmattningssyndrom.
- Arbete i miljöer med mobbning eller konflikter ökar risken för depressionssymtom.
- Arbete i miljöer med hög press, i kombination med små möjligheter till belöning, ökar risken för symtom på depression och utmattningssyndrom.
- Arbete i osäkra anställningar ökar risken för symtom på depression och utmattningssyndrom.

I genomgången av forskningen fann SBU också att risken för att utveckla symtom på depression och utmattningssyndrom minskar i vissa miljöer, och det är på arbetsplatser där man har goda möjligheter till kontroll i arbetet och där man upplever sig rättvist behandlad. Litteraturöversikten visade också att kvinnor och män som befinner sig i liknande typ av arbetssituationer utvecklar symtom på depression och utmattningssyndrom i samma omfattning. Det betyder att litteraturöversikten stöder ett perspektiv där könsskillnaderna inte beror på ”kön” i sig utan på att kvinnor i högre utsträckning än män finns i arbetsmiljöer som kan öka risken för psykisk ohälsa. En liknande slutsats dras i en rapport från Arbetsmiljöverket där fokus specifikt var på kvinnors respektive mäns arbetsvillkor (19):

”De samband som ändå finns rapporterade för kvinnor respektive män tyder dock på att betydelsen av olika organisatoriska och psykosociala faktorer för olika utfall är jämförbar för kvinnor och män. Det relativt sett oklara kunskapsläget kan hänga samman med att separata analyser av samband för kvinnor respektive män försåras av att enskilda studier inte alltid analyserar samband separat för kvinnor och män.” (Kvinnors och mäns arbetsvillkor, 2016:2, sidan 7).

## Psykiatriska diagnoser och sjukskrivning

Som framgick tidigare är sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser vanligt (4). En tidigare litteraturöversikt om psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro visade att faktorer såsom psykiskt ansträngande arbete, höga krav och låg kontroll i arbetet, obalans mellan ansträngning och belöning i arbetet och rollkonflikter ökar risken för psykisk ohälsa (15), vilket är i linje med den tidigare nämnda litteraturöversikten från SBU (18). Det som dessutom framkom i denna översikt var att åtgärder för att stödja en person till att komma tillbaka i arbete efter sjukfrånvaro bör involvera arbetsplatsen för att vara effektiva (15).

## Syfte

Syftet med den här kartläggande litteraturöversikten är att beskriva kunskapsläget om universella arbetsplatsbaserade interventioner för att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. Ett specifikt fokus är att beskriva interventionens typ – på organisations- eller individnivå – och dess inriktning, alltså vilken åtgärd som har använts. Dessutom är ett fokus att bedöma om resultaten från studierna gäller för både kvinnor och män och för olika grupper av yrkesverksamma. Syftet är också att identifiera områden där det saknas kunskap.

## Frågeställningar

Framställningen bygger på följande frågeställningar:

1. Vilka universella arbetsplatsbaserade interventioner (typ och inriktning) har använts i studier där syftet varit att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet, med fokus på den yrkesverksamma befolkningen?
2. Har arbetsplatsbaserade interventioner samma inverkan på psykisk ohälsa hos kvinnor och män?
3. Har arbetsplatsbaserade interventioner samma inverkan på psykisk ohälsa i olika grupper av yrkesverksamma?
4. Inom vilka områden i arbetslivet, till exempel branscher och yrken, behövs det mer kunskap om effektiva interventioner för att förebygga psykisk ohälsa?

## Metod

För att nå syftet och besvara frågeställningarna genomfördes en omfattande kartläggande litteraturoversikt, en så kallad scoping review (20, 21). Denna typ av litteraturoversikt är passande när syfte och frågeställningar är breda och en del av syftet är att identifiera områden där det saknas kunskap (20).

Litteraturoversikten omfattade följande steg:

1. Litteratursökning i databaser utifrån identifierade sökord och formulerade sökblock (bilaga 1)
2. Relevansgranskning av lokaliserade publikationer utifrån urvalskriterier
3. Kvalitetsgranskning av publikationer utifrån granskningsprotokoll
4. Kartläggning och extrahering av relevanta data
5. Sammanställning och rapportering av resultat

## Urvalskriterier

Följande urvalskriterier användes i litteraturoversikten:

- Population: Yrkesverksamma individer i åldrarna 18–67 år. Om populationen även utgörs av en mindre grupp som är äldre än 67 år inkluderas den i studien.
- Intervention: Universell arbetsplatsbaserad intervention – på organisations- och/eller individnivå.
- Jämförelser: Ingen begränsning, inklusive studier utan jämförelsegrupp.
- Utfall: Självrapporterade mått på psykisk ohälsa. Minst ett av följande utfall ingår:
  - arbetsrelaterad psykisk ohälsa, stress, ångest och depression, sömnproblem, fatigue, utbrändhet, påverkan på koncentrationsförmåga eller välbefinnande.

Vissa engelska begrepp har varit svåra att hitta bra översättningar till, exempelvis ”compassion fatigue”, ”fatigue” och ”job strain”, varför vi har valt att använda dem på engelska och begreppen beskrivs i ordlistan i rapportens inledning.

Ytterligare urvalskrav för att ingå i översikten:

- Studier som är författade på engelska och svenska, och som förhandsgranskats av experter (”peer review”).
- Studier som genomförts i Skandinavien, Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, Kanada, USA, Australien eller Nya Zeeland. Länderna valdes för relativt hög jämförbarhet med avseende på arbetsliv och arbetsmiljö.
- Studier som publicerades under perioden 1 januari 2000–15 oktober 2019.



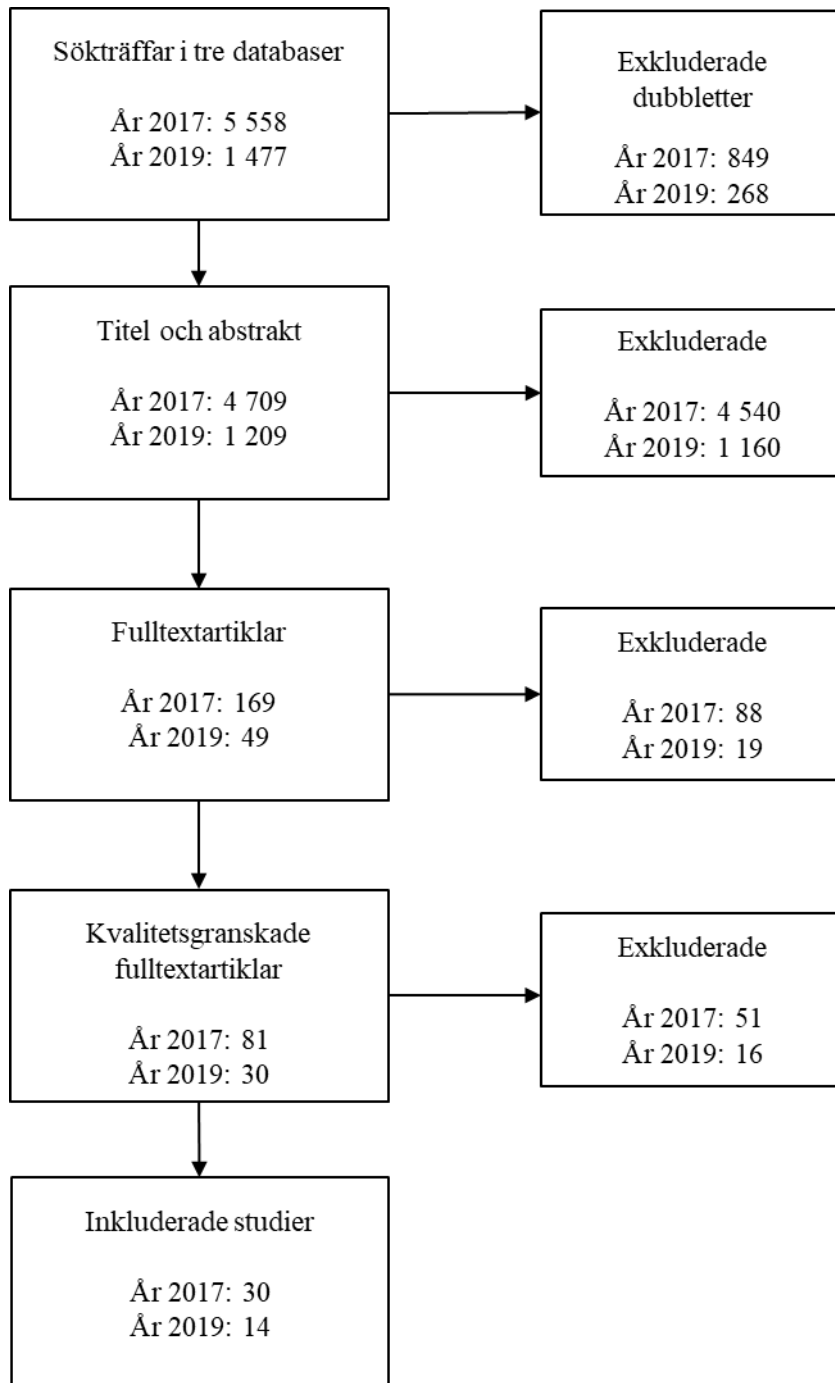
Översikten omfattar inte:

- pilotstudier eller test av genomförbarhet ("feasibility studies")
- studier som undersöker universella insatser på samhällsnivå, exempelvis social- eller arbetsmarknadspolitiska reformer.

## Litteratursökning

Litteratursökningen genomfördes i tre databaser (PubMed, PsycInfo och Cinahl) vid två tillfällen. Den första sökningen gjordes den 16 oktober 2017 med avgränsningen publikationsdatum 1 januari 2000 och fram till då sökningen genomfördes. Den andra sökningen genomfördes den 15 oktober 2019 med avgränsningen publikationsdatum 1 oktober 2017 och framåt. Sökningarna var identiska, inklusive sökord och sökblock, och samma databaser användes vid båda söktillfällena, se bilaga 1. År 2017 resulterade sökningarna i 5 558 publikationer, vilka efter genomförd dubblettkontroll i Zotero resulterade i 4 709 publikationer. År 2019 resulterade sökningarna i 1 477 publikationer, vilka efter dubblettkontroll resulterade i 1 209 publikationer. Utförligare urvalsprocess redovisas i figur 1.

**Figur 1.** Flödesschema över urvalsprocessen av publikationer. Med 2017 och 2019 avses åren då sökningarna genomfördes.



## Relevansgranskning

Vid relevansgranskningen användes Rayyan som är en webbaserad applikation avsedd för att underlätta samarbetet vid litteraturöversikter, framför allt i samband med relevansgranskningen av sökträffar. I Rayyan kunde relevansgranskningen göras ”blindat”, vilket innebar att granskarna inte kunde ta del av varandras bedömning förrän den individuella granskningen var avslutad (22).

De tre forskarna (MA, MB och GH) genomförde oberoende av varandra en relevansgranskning avseende titel och abstrakt för de 4 709 publikationerna från sökningen 2017 och för de 1 209 publikationerna från sökningen 2019. Deras utgångspunkt för granskningen var urvalskriterierna. År 2017 genomförde först två av forskarna (MA och MB) en relevansgranskning, och när denna granskning var klar granskade den tredje forskaren (GH) de publikationer som det inte rådde konsensus om. År 2019 genomförde två av forskarna (GH och MA) en relevansgranskning på titel- och abstraktsnivå. Den tredje forskaren (MB) var beredd att granska de publikationer som det inte rådde konsensus kring, vilket dock inte behövdes.

Efter relevansgranskningen på titel- och abstraktsnivå 2017 kvarstod 169 publikationer och 2019 kvarstod 49 publikationer som lästes i fulltext och granskades avseende relevans. Relevansgranskningen i fulltext genomfördes på samma sätt 2017 och 2019. Två av forskarna (MA och MB) utförde granskningen oberoende av varandra. Efter avslutad granskning gjordes en jämförelse och den tredje forskaren (GH) bedömde de publikationer det inte rådde konsensus om.

Vid relevansgranskningen i fulltext 2017 exkluderades 88 av de 169 publikationerna på grund av att fokus inte var universell prevention ( $n = 20$ ), utfallsmåttet inte motsvarade syftet i den aktuella litteraturöversikten ( $n = 8$ ), studien var utförd i ett land som inte motsvarade inklusionskriterierna ( $n = 15$ ), studien var en pilotstudie eller ett test av genomförbarhet (så kallad ”feasibility study”) ( $n = 39$ ) eller studiedesignen inte motsvarade inklusionskriterierna ( $n = 2$ ). Ytterligare 4 studier exkluderades på grund av att de inte var originalstudier utan andra publikationstyper, exempelvis studieprotokoll eller ”letters to the editor”.

Vid relevansgranskningen i fulltext 2019 exkluderades 19 av de 49 publikationerna på grund av att fokus inte var universell prevention ( $n = 5$ ), utfallsmåttet inte motsvarade syftet i den aktuella litteraturöversikten ( $n = 5$ ), studien var genomförd i ett land som inte motsvarade inklusionskriterierna ( $n = 4$ ), studien var en pilotstudie ( $n = 1$ ) eller ett studieprotokoll ( $n = 1$ ) eller studiepopulationen inte var baserad enbart på yrkesverksamma utan även patienter och närstående ingick ( $n = 3$ ).

Efter genomförd relevansgranskning kvarstod 81 publikationer från sökningarna 2017 och 30 från sökningarna 2019 till kvalitetsgranskningen (figur 1).

## Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning ingår inte nödvändigtvis vid omfattande och kartläggande litteraturöversikter ("scoping reviews") (20), men eftersom avsikten var att resultatet skulle kunna bilda beslutsunderlag och grund för framtida forskning genomfördes en kvalitetsgranskning (23). De totalt 111 publikationerna som bedömdes vara relevanta för rapportens syfte kvalitetsgranskades därför av forskarna, oberoende av varandra, utifrån kvalitetsgranskningsprotokollet Quality Assessment Tool For Quantitative Studies (24, 25). Denna granskning genomfördes på samma sätt för 2017 och 2019. Två av forskarna (MA och MB) granskade publikationerna oberoende av varandra. Efter avslutad granskning gjordes en jämförelse och den tredje forskaren (GH) bedömde de publikationer det inte rådde konsensus om.

Publikationerna kvalitetsbedömdes utifrån fem områden: urvalsprocess, studiedesign, förväxlingsfaktorer (confounders), datainsamling och bortfall. Bedömningspunkten avseende "blindning av forskningspersonerna", alltså om de som deltog i studien hade kännedom om huruvida de deltog i en intervention eller tillhörde en kontrollgrupp, ansågs inte möjlig att tillämpa i den typen av studier som granskades. Den bedömningen baserades på både vetenskapliga (hur universell prevention i arbetslivet kan genomföras) och forskningsetiska principer. Av dessa skäl exkluderades denna bedömningspunkt, som normalt ingår i protokollet, i granskningen. Därmed kvalitetsgranskades artiklarna utifrån de fem nämnda områdena på en tregradig skala: låg, medelhög och hög kvalitet. Artiklarna bedömdes ha hög kvalitet om ingen av bedömningspunkterna bedömdes ha låg kvalitet, medelhög kvalitet om en av bedömningspunkterna bedömdes ha låg kvalitet, och låg kvalitet om två eller fler av bedömningspunkterna bedömdes ha låg kvalitet. Kvalitetsgranskningen resulterade i 12 artiklar med hög kvalitet, 32 med medelhög kvalitet och 67 med låg kvalitet. Artiklarna med hög och medelhög kvalitet (n = 44) kom att bilda underlag för resultatet. Exkluderade artiklar med låg kvalitet redovisas endast som referenser (bilaga 2).

## Kartläggning och extrahering av relevanta data

I nästa steg kartlade och extraherade forskarna innehåll som var relevant för rapportens syfte och frågeställningar ur de studier som bedömdes ha hög och medelhög kvalitet (n = 44). Momentet föregicks av överläggningar i forskargruppen för att finna de mest relevanta uppgifterna ur vetenskapligt och informativt perspektiv. Två av forskarna (MA och MB) läste, oberoende av varandra, de studier som inkluderades 2017 (n = 30) i sin helhet. Samma forskare, också nu oberoende av varandra, extraherade det innehåll som de ansåg vara relevant för syfte och frågeställningar. Därefter sammanställde de extraherat innehåll i en gemensam översikt över samtliga inkluderade studier som kom att utgöra det vetenskapliga underlaget (se bilaga 3 och 4). Detta gjorde de båda forskarna (MA och MB) gemensamt, och vid oklarheter tillfrågades den tredje forskaren (GH). Studierna som inkluderades 2019 (n = 14) läste en av forskarna

(MB) initialt igenom, och extraherade data av relevans för syfte och frågeställningar, liksom tidigare. Därefter sammanställde forskare MB extraherat innehåll i den gemensamma översikten över samtliga inkluderade studier som kom att utgöra det vetenskapliga underlaget (se bilaga 3 och 4). Forskare MB diskuterade oklarheter med forskarna MA och GH under hela processen.

Det vetenskapliga underlaget i bilaga 3 och 4 innehåller information om studiernas kvalitet, författare, titlar och syften, sammanfattningar av genomförda arbetsplatsbaserade interventioner och deras effekter för att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet, beskrivning av studiepopulationerna som deltog i interventionerna och det land där studien genomfördes. Studiernas syften behölls på originalspråk för att undvika risk för feltolkningar medan det övriga vetenskapliga underlaget översattes till svenska för att kunna användas till resultatskrivningen.

## Sammanställning och rapportering av resultat

Med utgångspunkt i det vetenskapliga underlaget och i forskargruppens samtal om innehåll och resultat gjorde två av forskarna (MA och MB) initialt en sammanställning av vilka universella arbetsplatsbaserade interventioner som användes i studierna. Avsikten med den initiala sammanställningen var att beskriva inriktningen av universella arbetsplatsbaserade interventioner som används i arbetslivet för att förebygga psykisk ohälsa. Därefter gjorde forskarna, oberoende av varandra, en bedömning av om interventionerna hade genomförts på organisations- eller individnivå, alltså om arbetsplatsen hade varit föremål för interventionen (organisationsnivå) eller om föremålet för interventionerna var individerna som arbetade på arbetsplatsen (individnivå). Den tredje forskaren (GH) fungerade som bollplank och bedömde de publikationer som det inte rådde konsensus om. För att ge en samlad bild av vilka interventioner som var effektiva grupperade forskarna interventioner av liknande typ (organisations- eller individnivå) och beskrev om de olika interventionerna hade effekt eller inte. Effekt innebär en förändring i studiens utfallsmått i en positiv riktning (exempelvis bättre sömn eller lägre stress). I denna fas gick forskarna också igenom artiklarna för att se om de arbetsplatsbaserade interventionerna hade olika effekter på män och kvinnor eller på olika grupper. Eftersom litteraturöversikten är kartläggande, gjordes inte någon evidensgradering (21). Baserat på det samlade resultatet från dessa sammanställningar identifierade författarna behov av mer forskning inom olika branscher och yrkesgrupper.

# Resultat

Resultatet i denna kartläggande litteraturöversikt presenteras i följande ordning:

- Övergripande sammanfattning och presentation av studierna
- Arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå och effekter på psykisk ohälsa
- Arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå och effekter på psykisk ohälsa
- Sammanställning av interventionernas effekter bland kvinnor och män och för olika grupper av yrkesverksamma
- Behov av mer kunskap

## Övergripande sammanfattning och presentation av studierna

Av de 44 inkluderade studierna, redovisar 11 studier arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå (bilaga 3) och 33 på individnivå (bilaga 4). Totalt 12 studier har hög kvalitet och 32 medelhög kvalitet. De flesta är utförda med en interventionsgrupp och en kontrollgrupp, medan ett fåtal studier är utförda med en grupp där effekten mättes före och efter interventionen. I ett fall jämförs, vid en och samma tidpunkt, sjukhus som under ett antal år använt en modell för stödjande arbetsmiljö med sjukhus som inte använt den arbetsmodellen. Uppföljningstiden varierar mellan att effekten mäts direkt efter interventionen till en uppföljningstid på nio år. Totalt 16 av studierna gjordes i USA, 5 i Nederländerna, 4 i Australien, 4 i Tyskland, 3 i Storbritannien, 3 i Sverige, 2 i Kanada, 2 i Danmark, 2 i Finland, 1 i både USA och Kanada, 1 i både Sverige och Danmark och 1 är utförd i 16 olika länder med en majoritet av deltagarna från Australien, Tyskland, Storbritannien och USA. Totalt ingår 42 398 anställda som deltagit i arbetsplatsbaserade interventioner. En studie (26) inkluderar 26 276 anställda medan övriga studier har 33–1 524 deltagare. Studierna har genomförts på en rad olika arbetsplatser, merparten i offentlig och privat tjänste- och servicesektor samt inom hälso- och sjukvården. Ett fåtal interventioner har genomförts i tillverkningsindustrin.

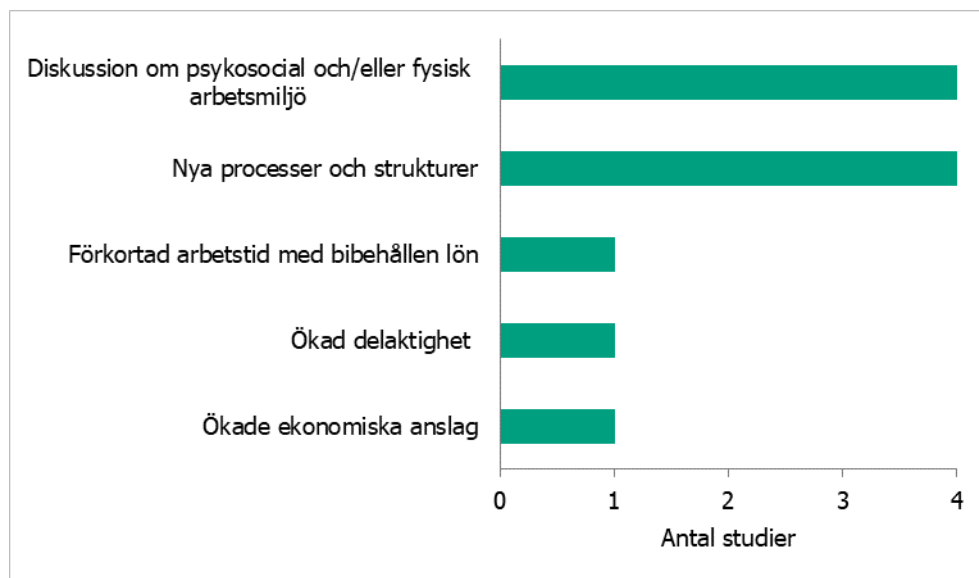
De arbetsplatsbaserade interventionerna på organisationsnivå är främst inriktade på att förändra arbetsplatsens organisation, processer eller strukturer. Interventionerna på individnivå är framför allt inriktade på stresshantering av olika slag, och både fysiska och psykologiska insatser förekom. Det övergripande utfallsmåttet i litteraturöversikten är ”psykisk ohälsa”. I studierna har detta operationaliserats på en rad olika sätt (bilaga 5). Vanliga utfallsmått är psykisk ohälsa mer allmänt, och mer specifikt sömnproblem, upplevd stress och symtom på utbrändhet. De här utfallen har mätts på en rad olika sätt, genom allt från enstaka frågor konstruerade av forskarna som gjort studien till väletablerade instrument med hög validitet och

reliabilitet. I 31 av studierna ses en effekt på det studerade utfallsmättet medan 12 studier inte visar någon effekt alls, och i 1 studie ses en försämrad psykisk hälsa efter interventionen.

## Arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå och effekter på psykisk ohälsa

I elva studier (26–36) genomförde forskarna arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå. I två av dessa (26, 35) presenterade forskarna resultat av interventionen i relation till hela gruppen anställda men också uppdelat på kvinnor och män och socioekonomisk status. I figur 2 finns en sammanställning av inriktningen av interventioner på organisationsnivå. Beskrivning av samtliga studier med arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå redovisas i texten och i bilaga 3.

**Figur 2.** Inriktning av arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå (n = 11)



### Diskussion om psykosocial och/eller fysisk arbetsmiljö

I fyra studier var interventionerna utformade som diskussioner om vad arbetsplatsen kan göra för att förbättra den psykosociala och/eller den fysiska arbetsmiljön. Psykosocial arbetsmiljö gäller organisatoriska och sociala faktorer, till exempel krav, kontroll, stöd och samarbete. Fysisk arbetsmiljö omfattar fysiska faktorer såsom ergonomi, utrustning, belysning, arbetsutrymme, buller, akustik, skyddsutrustning med flera faktorer som bidrar till omgivningsmiljön.

I en studie av Anderzén m.fl. (27) med medelhög kvalitet träffades chefer och medarbetare på en statlig myndighet och diskuterade den psykosociala arbetsmiljön minst två gånger per månad i tolv månader. Ämnen som togs upp var exempelvis ledarskap, delaktighet, medarbetarskap, återkoppling om ledarskap och arbetsrelaterad utmattnings. Medarbetarna och chefer utformade gemensamt

handlingsplaner. Cheferna fick träffa en medarbetare i forskargruppen tre till fyra gånger under interventionsperioden för att prata om hur interventionen utvecklades och diskutera konkreta problem utifrån handlingsplanerna. Direkt efter interventionen hade deltagarna förbättrat välbefinnande och minskad risk för arbetsrelaterad utmattning. Både välbefinnande och utmattning mättes med frågeformuläret Quality Work Competence (QWC). Studien använde en design med en mätning före och efter interventionen och ingen kontrollgrupp användes.

I två studier av Bourbonnais m.fl. (28, 29) med medelhög kvalitet följde forskarna en organisationsförändring på ett sjukhus i Kanada. Hur interventionen gick till beskrivs inte i studien men forskarna nämner att en speciell interventionsgrupp föreslog lösningar vilka infördes av sjukhuset. Förändringarna fokuserade på psykosociala krav, beslutsutrymme, socialt stöd och balansen mellan ansträngning och belöning för de anställda, och interventionen definierades som dessa förändringar. Efter ett år fann forskarna en skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i minskade sömnproblem (Nottingham Health Profile, NHP) och i minskad arbetsrelaterad utbrändhet (Copenhagen Burnout Inventory) (28). Några år senare jämfördes grupperna på nytt utan att någon ytterligare intervention genomförts (29). Forskarna fann att skillnaderna i minskade sömnproblem och minskad arbetsrelaterad utbrändhet (mätt med samma instrument) kvarstod. Dessutom såg de en minskning i personlig och klientrelaterad utbrändhet (mätt med samma instrument) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

I en studie av Gupta m.fl. (31) med hög kvalitet utvärderade forskarna en intervention vid en tillverkningsindustri i Danmark. Interventionen pågick i cirka fem månader och genomfördes på organisations-, ledar-, grupp- och individnivå. Forskarna granskade hur organisationen arbetade med medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö och hur detta kunde stödja interventionen. De genomförde två workshoppar för att öka chefernas möjlighet att stödja aktiviteterna i interventionen. Dessutom genomförde forskarna totalt tre workshoppar för grupper av anställda. Vid dessa träffar skapade deltagarna tankekartor (mindmap-teknik) med positiva och negativa erfarenheter av den fysiska och psykosociala arbetsmiljön och utvecklade handlingsplaner utifrån dessa. De anställda erbjöds även ett individuellt samtal med chefen för att diskutera tankekartorna, med syfte att skapa individuella handlingsplaner.

Forskarna analyserade resultatet av workshopparna och informerade ledningsgruppen om de ämnen på organisationsnivå som hade uppkommit. För att lösa svåra ergonomiska problem fick företaget hjälp av en ergonom i tre timmar per arbetsgrupp. Tolv månader efter interventionens start fann forskarna inga skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen i välbefinnande (WHO-5 Well-being index) eller psykisk hälsa (delskala i SF-36).



## Nya processer och strukturer

Fyra studier handlade om interventioner med syfte att utveckla arbetsplatsens organisation, processer och strukturer.

Crain m.fl. (30) utvärderade i en studie med medelhög kvalitet en intervention på ett stort företag inom informationsteknologi i USA. Interventionen varade i cirka två veckor, och inför den, intervjuade forskarna chefer och genomförde fokusgrupper med anställda som ett underlag för utformningen. Interventionen bestod av två delar: dels diskuterade medarbetare och chefer under en serie träffar (framgår inte hur många), nya sätt att arbeta för att medarbetarna skulle få en bättre kontroll över sitt arbetsschema, och dels gick cheferna en kurs som genomfördes vid två tillfällen (en timma varje gång) med en uppföljande timme via nätet. Kursen tog upp betydelsen av att minska medarbetares konflikt mellan arbete och familj, stödja medarbetarnas liv utanför arbetet och öka kunskapen om hur ett sådant stöd kan gynna både de anställda och organisationen.

Vid uppföljningar 6 och 18 månader efter interventionens start hade interventionsgruppen längre total sömntid och mindre vakentid under nattsömn (mätt med sömnklocka). Interventionsgruppen rapporterade också i mindre utsträckning otillräcklig sömn (mätt med en fråga, se bilaga 5) och färre insomningsproblem (Pittsburgh Sleep Quality Index) än kontrollgruppen.

Hung m.fl. (32) studerade en organisationsförändring som pågick i två år inom primärvården i USA. Studien har hög kvalitet och gällde förändrade arbetsroller, arbetsuppgifter och arbetsflöden. Interventionen innebar att alla undersökningsrum var utrustade med samma materiel, en förändring av receptionen, att arbetslaget med en läkare och en undersköterska eller vårdbiträde arbetade på samma plats, och att man förändrade arbetslagets interna roller och arbetsflöden. När förändringen var genomförd upplevde personalen mer stress (mätt med ett validerat instrument specifikt framtaget för primärvård) och högre grad av utbrändhet (Maslach Burnout Inventory, MBI, Human Services Version) än innan interventionen startade. Dessutom angav läkarna högre stress än övrig personal. Det framgår inte om läkarna upplevde mer stress än övrig personal redan före interventionen.

I en studie av Kelly m.fl. (26) med medelhög kvalitet studerade forskarna sjukhus i USA. Forskarna jämförde så kallade ”magnetsjukhus”, som är ackrediterade sjukhus för ”magnetmodellen”, med vanliga sjukhus. Magnetmodellen är en modell för ledarskap, med inriktning på anställda som vårdar människor, och syftet är att tillvarata och utveckla kompetensen hos sjuksköterskor. Dessutom ska ledarskapet vara stödjande. Jämförelsen visade att sjuksköterskor som arbetade på magnetsjukhus hade en minskad risk för utbrändhet (MBI Human Services Survey, MBI-HSS) jämfört med dem på vanliga sjukhus.

I en studie av Kossek m.fl. (33) med hög kvalitet genomförde och utvärderade forskarna en intervention bland sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden på 30 vårdhem för äldre i USA. Denna intervention hade samma innehåll som den

intervention som beskrivs ovan i studien av Crain m.fl (30). Det framgår inte om studien av Kossek m.fl. (33) omfattade fler träffar, men interventionen pågick i fyra månader jämfört med två veckor i studien av Crain m.fl (30). Vid uppföljningen 18 månader efter interventionens start fann forskarna inga skillnader i upplevd stress (Perceived Stress Scale) eller psykiska besvär (K-6 Mental Health Screening Questionnaire) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Forskarna analyserade även delgrupper och fann att personal som hade ansvar för äldre och/eller barn utanför arbetet upplevde minskad stress och minskade psykiska besvär jämfört med motsvarande grupper i kontrollgruppen.

### Förkortad arbetstid med bibehållen lön

I en studie av hög kvalitet, genomförd av Schiller m.fl. (35), fick heltidsanställda på 33 olika arbetsplatser inom offentlig sektor i Sverige förkortad arbetstid med 25 procent men med bibehållen heltidslön. De anställda arbetade inom social omsorg, teknisk service, vård och omsorg och teletjänster (callcenter). För att inte de anställda skulle få för hög arbetsbelastning fick arbetsplatsen bidrag för att anställa mer personal. Dessutom skrev deltagarna på bindande dokument om att de inte skulle lönearbeta med något annat under interventionsperioden det vill säga under den period då de hade minskad arbetstid. Vid uppföljningen efter 18 månader hade deltagarna bättre sömnkvalitet, längre sovtid och lägre nivåer av oro och stress i samband med sänggåendet (Karolinska Sleep Diary). Sömnighet och upplevd stress minskade också (Karolinska Sleepiness Scale, KSS, och ett ej namngivet stressindex som är validerat mot psykiska sömnparametrar och objektiva mått på sömnkontinuitet). Kvinnor, äldre och personer med barn hade inte bättre effekt av arbetstidsförkortningen än övriga.

### Ökad delaktighet

I två delstudier med medelhög kvalitet i Danmark och i Sverige, av von Thiele Schwarz m.fl. (36), använde man "kaizen" bland postanställda och sjukhusanställda. "Kaizen" är ett verktyg för att göra de anställda mer delaktiga i förändringsprocesser, med målet att skapa kontinuerliga förbättringar. Verktyget består av fem faser i en problemlösningscykel: förberedelse, undersökning, handlingsplan, implementering och utvärdering. Arbetslagen ansvarade för att gå igenom de olika faserna medan en ledningsgrupp övervakade processen. "Kaizen"-anslagstavlor användes av medarbetarna och ledare för att utvärdera förändringar. För de postanställda redovisas inte interventionens längd men för de sjukhusanställda blev det en rutin efter tre månader. Resultatet, mätt 12 och 24 månader efter interventionens start, visade att interventionsgruppen bland de postanställda blev bättre på att hantera psykosociala problem (sjugradig skala, ingen referens), vilket predicerade ökad psykisk hälsa (fem frågor från Ware och Gandek, 1998) jämfört med kontrollgruppen. I interventionsgruppen bland de sjukhusanställda ökade arbetstillfredsställelsen (en fråga från Wanous m.fl., 1997) jämfört med en kontrollgrupp, 12 respektive 24 månader efter att interventionen

startade. Forskarna använde arbetstillfredsställelse som en indikator på välbefinnande och mindre emotionell belastning (36).

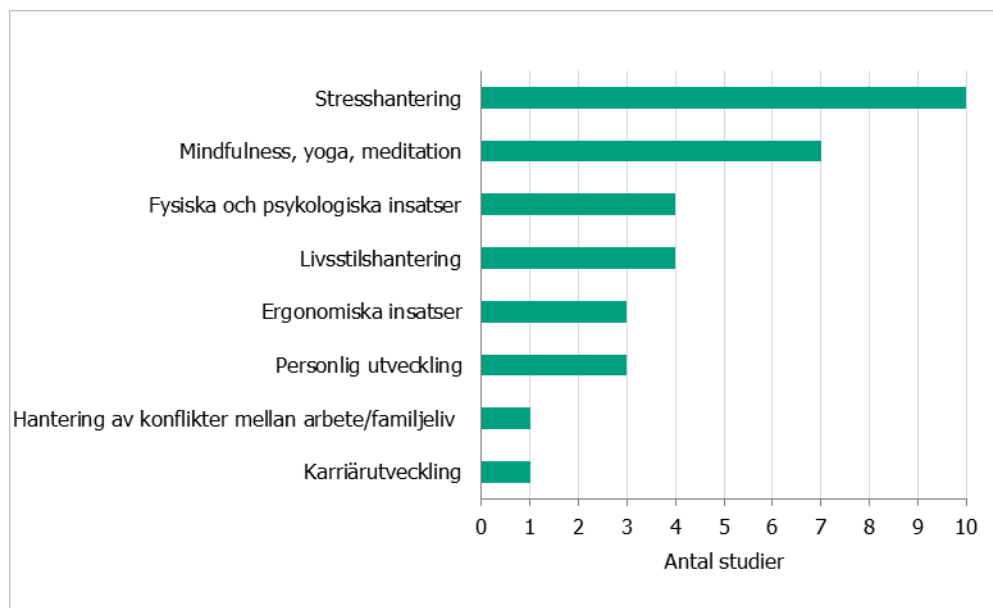
### Ökade ekonomiska anslag

Peikes m.fl. (34) utförde en studie med hög kvalitet, som undersökte en intervention under tre år bland primärvårdsläkare i USA. Interventionen innebar ökade ekonomiska anslag till verksamheten, möjligheter till fortbildning och återkoppling kring kostnader och vårdkvalitet. Detta omfattande primärvårdsinitiativ (The Comprehensive Primary Care Initiative, CPC) förutsatte att deltagande kliniker arbetade med utveckling av fem olika områden 1) tillgänglighet och kontinuitet, 2) program för vård vid kroniska tillstånd och förebyggande vård, 3) vårdplanering baserad på riskbedömning av patientens tillstånd och behov, 4) ökad samverkan mellan patient och vårdgivare och 5) samordning med patientens övriga vårdgivare. Vid uppföljningarna knappt ett år respektive 44 månader efter interventionens start (åtta månader efter slutförandet) såg forskarna ingen förändring i upplevelse av utbrändhet (MBI) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

## Arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå och effekter på psykisk ohälsa

I 33 studier genomförde forskarna arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå (37–69). I figur 3 finns en sammanställning av inriktning av interventioner på individnivå. Detaljerad beskrivning av samtliga studier med arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå redovisas i texten och i bilaga 4.

**Figur 3.** Inriktning av arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå (n = 33)



### Stresshantering

I totalt tio studier var den arbetsplatsbaserade interventionen stresshantering med olika inriktningar såsom utbildning om stress, kognitiv beteendeterapi (KBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och träning i avspänning. KBT är ett samlingsnamn för psykoterapier där man använder nya beteenden och tankemönster för att minska psykologiska besvär (70). ACT är exempel på ”tredje vågens” KBT och innehåller influenser från buddhistiskt tänkande för att bland annat uppnå medveten närvaro (eng. mindfulness) och acceptans (70). I alla studierna hade interventionen en positiv effekt d.v.s. den bidrog till att minska den psykiska ohälsan i form av minskad stress.

I en studie av Billings m.fl. (38) av medelhög kvalitet utvärderade forskarna en webbaserad metod för stresshantering bland anställda på teknikföretag i USA. Interventionen utgick från kognitiva beteendetekniker såsom målsättning, problemlösning, identifiering av negativa tankar och avkoppling. Den syftade till att hjälpa deltagarna att hantera stress och förändrad sinnesstämning och att tidigt kunna identifiera och söka behandling för depression och ångest. Deltagarna fick tillgång till den webbaserade metoden i tre månader och uppmanades att använda innehållet utifrån sitt eget behov och intresse. Effekten mättes genom att deltagarna besvarade frågorna i Symptoms of Distress Scale som mäter upplevda psykiska och

fysiska reaktioner på stress, Beck Anxiety Inventory som mäter ångest, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised som mäter depression, Positive and Negative Affect Schedule som mäter sinnesstämning och Attitude Toward Psychological Help Scale som mäter attityd till att söka professionell hjälp. Slutligen besvarades frågor om kunskap i en enkät som konstruerades för studien. Interventionsgruppen rapporterade minskad upplevelse av stress jämfört med kontrollgruppen direkt efter interventionen. Däremot fann forskarna ingen skillnad mellan grupperna när det gäller sinnesstämning, symtom på depression eller symtom på ångest.

I en studie av Kennedy m.fl. (49) av medelhög kvalitet bestod interventionsgruppen av anställda på ett callcenter vid ett försäkringsbolag i Australien. Interventionen bestod i att lyssna på avspänningsband via hörlurar i tio minuter, två gånger dagligen i fyra veckor. Innehållet på avspänningsbandet bestod av förslag på avslappning och uttalanden om att få tillbaka energi, inspelat mot en bakgrund av musik som var komponerad specifikt för interventionen. Kontrollgruppen erbjöds interventionen efter avslutad studie. Interventionen var utformad så att deltagarna kunde ta en kort paus medan de lyssnade, men endast i tio minuter för att minska risken att de skulle somna. Medan deltagarna i interventionen lyssnade på bandet drack personerna i kontrollgruppen te, kaffe eller andra drycker, pratade eller gick ut för att röka en cigarett. Interventionen utvärderades sex veckor efter start genom att deltagarna besvarade Profile of Mood States 37-item Short Version. Forskarna fann minskad trötthet och bättre humör hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Kersten m.fl. (50) undersökte i en studie av medelhög kvalitet dialyssjuksköterskor i Tyskland. De fick utbildning i stresshantering i form av tre gemensamma träffar och tolv timmars individuella träffar med en instruktör. Det ingick en teoretisk del om stress och varningssignaler för stress. Det fanns även en praktisk del där deltagarna diskuterade stressiga situationer i arbetslivet, sätt att hantera sådana situationer och vikten av återkoppling. Deltagarna utvecklade dessutom program för individuell stresshantering och fick avspänningsövningar av instruktören. Cheferna fick en halv dags träning i hälsofrämjande ledarskap och genomförde intervjuer med sina anställda. Dessutom utsågs en talesperson ur interventionsgruppen som kunde diskutera lösningar på problem med chefen. Interventionen pågick i fyra månader, och direkt efter fann forskarna att utbrändhet (mätt med Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ) hade minskat i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Efter ytterligare sex veckor fann forskarna ingen ytterligare förbättring i interventionsgruppen men inte heller någon återgång till startvärdena. Deltagarna i interventonsgruppen hade alltså fortsatt lägre grad av utbrändhet än kontrollgruppen vid uppföljningen. Forskarna fann ingen effekt på kognitiv stress (mätt med samma instrument).

I tre studier, Limm m.fl. (55), Herr m.fl. (48) och Li m.fl (53), utvärderade forskarna en arbetsplatsbaserad intervention bland manliga produktionschefer på låg nivå och mellannivå vid en internationell tillverkningsanläggning i Tyskland.

Interventionen bestod av utbildning i stresshantering med inriktning på ”modellen för balans mellan ansträngning- och belöning” (effort-reward-imbalance, ERI). ERI innebär obalans mellan upplevd ansträngning i arbetet och det man upplever sig få tillbaka i form av belöning (både materiellt och immateriellt, t.ex. lön och befordran). Produktionscheferna deltog i två dagars seminarier med åtta lektioner och därefter två halvdagar under de följande tre till sex månaderna. Syftet med interventionen var att göra deltagarna mer medvetna om vad som kan orsaka stress på arbetsplatsen och förbättra insikten om stressiga situationer. Deltagarna fick lära sig olika verktyg för att bättre hantera stressiga situationer. Forskarna uppmanade också deltagarna att identifiera och stärka individuella resurser såsom sociala nätverk och socialt stöd. I studien av Limm m.fl. (55), av hög kvalitet, fann forskarna vid den första uppföljningen tolv månader efter studiens start att interventionsgruppen rapporterade lägre stressreaktioner (Stress Reactivity Scale (SRS) än kontrollgruppen, men de såg ingen effekt på symtom på depression och ångest mätt med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Sju år senare gjorde Herr m.fl. en uppföljning i en studie av medelhög kvalitet. I den inkluderades den ursprungliga interventionsgruppen, men även kontrollgruppen som fick samma utbildning i stresshantering som interventionsgruppen, fast året efter. I studien inkluderades data som samlades in hos båda grupperna före interventionen och vid två tillfällen efteråt. Forskarna fann att interventionen hade minskat förekomsten av symtom på depression och ångest (HADS) respektive sömnproblem (två frågor som följer kriterier för sömnproblem i DSM-IV) i hela gruppen (48). Efter nio år gjorde Li m.fl. (53) ytterligare en uppföljningsstudie av medelhög kvalitet, och då utvärderade forskarna interventionen i förhållande till arbetsrelaterad stress. Forskarna använde ett frågeformulär som är baserat på ansträngnings- och belöningsmodellen (ERI-questionnaire). Interventionsgruppen hade lägre stressreaktioner än kontrollgruppen. Limm m.fl. hade direkt efter utbildningen sett en minskning av depressiva symtom (mätt med HADS) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, men den fanns inte kvar vid uppföljningen efter nio år. I stället hade de depressiva symtomen ökat i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen och var högre än när studien startade.

I en studie med medelhög kvalitet genomförde Lloyd m.fl. (56) en arbetsplatsbaserad intervention med ACT bland statligt anställda i Storbritannien. Interventionen pågick i två månader och innebar att varje deltagare deltog i tre terapiträffar à tre timmar, totalt nio timmar. De första två träffarna ordnades under två veckor och den tredje ägde rum två månader senare. Målet med träffarna var 1) att deltagarna skulle bli mer medvetna om nuet och inte undvika olika tankar och känslor i onödan, och 2) att deltagarna skulle lära sig acceptans och medveten närvaro som strategier för att hantera problematiska tankar och känslor. I utbildningen användes olika bilder eller liknelser (metaforer), mindfulness-tekniker och kognitiva tekniker. Vid uppföljningen sex månader efter interventionens slut fann forskarna en ökad psykologisk flexibilitet (Acceptance and Action

Questionnaire-II) och en minskad känslomässig utbrändhet (Maslach Burnout Inventory) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

I en senare studie av Lloyd m.fl. (57) undersöktes ett annat urval av statligt anställda i Storbritannien, i en studie av medelhög kvalitet. Interventionen var densamma som användes i studien från 2013 (som beskrivs i stycket ovan). Forskarna fann att denna typ av stresshantering gav en minskad psykologisk belastning (General Health Questionnaire, GHQ-12) och känslomässig utbrändhet (MBI-HSS) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen sex månader efter interventionens slut.

O'Brien m.fl. (60) inkluderade sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden anställda vid olika vårdhem och vårdinrättningar i USA, i en studie av hög kvalitet. De fick utbildning i stresshantering med inriktning på ACT, i totalt fem timmar vid två tillfällen med en veckas mellanrum. Forskarna hade modifierat interventionen utifrån tidigare fokusgrupper med sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Dessutom lade forskarna till bilder eller liknelser (metaforer) och experimentella övningar med fokus på saker som kan orsaka stress på arbetsplatsen och speciella utmaningar i yrkesgruppernas sammanhang. Forskarna fann en minskning av psykiska symtom (GHQ-12) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen en månad efter starten.

Den sista studien om stresshantering var av medelhög kvalitet och genomfördes av Rahe m.fl. (64), bland anställda inom dataindustri och hälso- och sjukvårdsadministration i USA. Forskarna använde tre studiegrupper: en grupp som fick en självhjälpsintervention, en grupp som fick en utökad intervention och en kontrollgrupp. Den mindre omfattande interventionen bestod av att deltagarna fyllde i ett 36-sidigt stress- och stresshanteringsformulär (Stress and Coping Inventory, SCI) som de fick individuell återkoppling på per e-post. Den utökade interventionen innebar att forskarna gav återkoppling på samma ifyllda formulär vid ett utbildningstillfälle i grupp, med diskussion utifrån individernas resultat. För denna grupp ingick även totalt sex utbildningstillfällen varannan vecka i tre månader, med fokus på personliga mål, stress, stressreaktioner och stresshantering. Forskarna fann en förbättring genom lägre nivå av upplevd stress (SCI) och färre symtom på ångest (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) både i interventionsgrupperna och i kontrollgruppen tolv månader efter att studien började. De som fick den mer omfattande interventionen fick gradvis färre negativa reaktioner på stress under året som studien pågick jämfört med dem som fick självhjälpsintervention eller deltog i kontrollgruppen.

### Mindfulness, yoga och meditation

I sju studier bestod de arbetsplatsbaserade interventionerna framför allt av teori om och praktisk träning i mindfulness, men även av yoga och meditation. Med mindfulness menas en medveten närvaro, vilket innebär att avsiktligt vara medveten om det som händer i nuet, men inte värdera och döma utan bara observera och beskriva sin upplevelse. Mindfulness används bland annat för att

hantera stress och ångest. I fem av de sju studierna hade interventionen en positiv effekt på att förebygga psykisk ohälsa.

Cheema m.fl. (40) genomförde en tio veckor lång intervention med hatha yoga bland universitetsanställda i Australien, i en studie med medelhög kvalitet. Interventionen bestod av tre lunchmöten per vecka på arbetsplatsen. Varje möte varade i 50 minuter och leddes av en yogainstruktör. Yogaprogrammet var anpassat för nybörjare men innehöll både enklare och mer utmanande ställningar och övningar, men deltagarna valde svårighetsgrad. Forskarna använde STAI för att mäta symtom på ångest och därigenom utvärdera effekten på psykisk hälsa. Studien visade ingen effekt på ångest mätt en vecka efter avslutad intervention för de som deltog i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Studien av Chin m.fl. (41), med medelhög kvalitet, omfattade personal på ett digitalt marknadsföringsföretag i USA. Interventionen innehöll både teori om och praktisk träning i mindfulness i sex veckor. Teorin bestod av information om vad medveten närvaro är och hur medveten närvaro kan påverka välbefinnandet. I teoridelen ingick också presentation av ett ramverk för hur en person kan klassificera känslomässiga erfarenheter. Den sista delen av teorin handlade om att lära deltagarna hur mindfulness kan användas praktiskt. Deltagarna fick handledning i övningar för att acceptera känslomässiga erfarenheter och skapa positiva känslor i olika situationer. Under interventionsperioden såg deltagarna på program via nätet som beskrev metodiken, och utifrån dessa tränade de mindfulness hemma varje vardag i sex veckor. Det ingick en gruppträff en gång per vecka för de som ville ha hjälp med frågor och instruktioner, och deltagarna hade även möjlighet till ett individuellt telefonmöte med instruktören. Vid utvärderingen direkt efter interventionen rapporterade interventionsgruppen en minskad upplevd stress, både flera gånger under dagen (sjugradig Likert Scale, fyra gånger per dag i tre dagar före respektive- efter interventionen) och generellt (Perceived Stress Scale, PSS) jämfört med kontrollgruppen.

En studie använde en intervention som kombinerade olika likartade metoder. I studien av Klatt m.fl. (51) med medelhög kvalitet genomförde forskarna en intervention som innehöll en kombination av yoga, mindfulness, avslappnande musik och meditation. Deltagarna var bankanställda i Danmark och interventionen varade i åtta veckor med gruppträffar en gång per vecka. Varje träff varade i 60 minuter då deltagarna fick instruktioner, tränade yoga, mindfulness och meditation och fick träna på individuellt reflexivt skrivande. Dessutom fick deltagarna en MP3-spelare med individuella inspelade instruktioner så att de kunde utföra övningarna hemma. Effekten mättes med PSS och med Pittsburgh Sleep Quality Index direkt efter interventionen och även åtta veckor därefter. Deltagarna i interventionsgruppen upplevde minskad stress och bättre kvalitet på sömnen jämfört med deltagarna i kontrollgruppen (51).

I en studie med medelhög kvalitet undersökte Lilly m.fl. (54) telefonoperatörer för akutsamtal till 911 (motsvarande 112 i Sverige) i USA och Kanada.



Telefonoperatörerna deltog i en sju veckors onlinekurs i mindfulness. Kursen bestod av sju moduler (en per vecka) som var och en innehöll en kort film som introducerade veckans tema, text som beskrev teman och aktiviteter, ljudguidade meditationsövningar, förslag på dagliga mindfulness-aktiviteter och ett diskussionsforum. Övningarna hade som syfte att öka deltagarnas grad av mindfulness under dagliga aktiviteter. Personalen som fått interventionen upplevde mindre stress (The Calgary Symptoms of Stress Inventory, C-SOSI) jämfört med kontrollgruppen, både direkt efter interventionen och tre månader senare.

I en studie med medelhög kvalitet från USA av Pipe m.fl. (63) erbjöd forskarna sjuksköterskor i ledande ställning en kurs i mindfulness-meditation. Interventionen pågick i fyra veckor och innehöll fem lektioner, två timmar per gång, med både teori och praktik. Deltagarna fick lära sig metoden generellt, men även i förhållande till situationer i sitt yrke. De skulle också själva träna en halvtimme dagligen. Forskarna fann att deltagarna i interventionsgruppen upplevde en förbättring genom att de hade färre symtom på depression, ångest och stress samt lägre nivå av psykologisk stress direkt efter interventionen (alla variabler mättes med Symptom Checklist 90-Revised, SCL-90-R) jämfört med kontrollgruppen.

I en studie av medelhög kvalitet undersökte Slatyer m.fl (65) sjuksköterskor vid ett sjukhus i Australien. Interventionsgruppen deltog i tre heldagar under tre veckor med utbildning och praktisk träning i mindfulness och kunskap om hur man kan motverka ”compassion fatigue”. Forskarna fann att interventionsgruppen hade lägre nivå av utbrändhet (Professional Quality of Life Scale version 5, ProQol5) och depressiva symtom (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS21) direkt efter interventionen och även efter ytterligare sex månader, jämfört med kontrollgruppen. Ingen effekt observerades på övriga utfallsmått (stress, traumatisk stress och ångest).

Slutligen, i en studie med medelhög kvalitet, utvärderade van Berkel m.fl. (68) mindfulness som intervention bland anställda på två forskningsinstitut i Nederländerna. Interventionen bestod av träning i mindfulness och handledning via nätet (e-coaching) i totalt sex månader. I åtta veckor tränade deltagarna i interventionsgruppen mindfulness i en och en halv timme per vecka på arbetsplatsen utifrån åtta teman: träning av medveten uppmärksamhet, fördelar med att stanna upp, förändra sig från att göra till att vara, energi och balans, inspiration för att arbeta och leva, bibehålla sitt jag i relationer, hantera vanor och ta hand om sig själv. Det ingick därefter handledning via nätet i ytterligare åtta veckor då deltagarna utförde meditation, andningsövningar och kognitiva övningar hemifrån, i 30 minuter fem dagar per vecka. Forskarna såg inga skillnader i självskattad psykisk hälsa mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen (Mental Health Scale från RAND-36) sex respektive tolv månader efter studiens start (68).

## Fysiska och psykologiska insatser

I fyra studier kombinerades olika fysiska och psykologiska insatser (42, 45, 66, 67), med varierade effekter.

I en studie med medelhög kvalitet av Coffeng m.fl. (42) undersökte forskarna effekten av en kombination av fysisk aktivitet och avspänning i tre och en halv månad bland anställda inom finanssektorn i Nederländerna. Forskarna använde fyra studiegrupper: en grupp fick både social och fysisk intervention, en grupp fick enbart social intervention, en grupp fick enbart fysisk intervention och en grupp fick ingen intervention och fungerade som kontrollgrupp. Den sociala arbetsmiljöinterventionen innehöll inledningsvis en tvådagars utbildning för teamledare i motiverande samtal (Group Motivational Interviewing, GMI). Motiverande samtal är en typ av rådgivning för att stimulera beteendeförändringar. I samtalen fokuserar deltagarna på att utforska och lösa svårigheter och att stärka förmågan och viljan att fatta beslut. Denna metod anpassades för att fungera i grupp, GMI, och skapa en stödjande miljö. Teamledarna genomförde fyra träffar à 90 minuter med syfte att stimulera fysisk aktivitet och avspänning hos de anställda. De anställda fick t.ex. fylla i arbetsblad med sina mål och efterföljande belöningar, för att öka sin fysiska aktivitet och sin förmåga till avspänning. En hemsida var ett stöd vid träffarna. Den fysiska arbetsmiljöinterventionen pågick i tolv månader och bestod av att skapa olika zoner för vitalitet (Vitality in Practice, VIP): en fikahörna med grön växt, barstolar och stor affisch med lugnade naturmotiv, träningsbollar och draperier mellan arbetsborden för att minska störande ljud, ståbord och affisch med lugnande motiv i konferensrum, och bordtennisbord och fåtöljer i öppna utrymmen för informella möten. Dessutom placerades fotstegssymboler ut på golvet i entrén för att stimulera till att ta trapporna i stället för hissen. Studien visade en minskad risk för utbrändhet efter både den sociala interventionen och den kombinerade sociala och fysiska interventionen i studiegrupperna jämfört med kontrollgruppen, sex och tolv månader efter studien började. Utbrändhet mättes med Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).

Interventionen i studien med hög kvalitet av Eklöf och Hagberg (45) utgjordes av återkoppling och diskussioner om ergonomi och psykosocial arbetsmiljö. Forskarna genomförde studien bland anställda i olika branscher såsom bank, transport, tillverkning, industri, mjukvaruutveckling, administration, teknik och grossister i Sverige. De anställda hade framför allt datorarbete framför bildskärm. Deltagarna delades in i tre olika interventionsgrupper: enskilda medarbetare, chefer och hela arbetsgruppen tillsammans med chef. Vid ett tillfälle diskuterade interventionsgrupperna ergonomi och psykosocial arbetsmiljö, i ungefär en timme, och fick återkoppling. Dessutom träffade de ergonomer som informerade om ergonomi och psykosociala faktorer vid bildskärmsarbete samt återkopplade observationer och självrapporterade data från arbetsplatserna. Det var ingen skillnad i känslomässig stress (mättes med Stress- och energiformuläret: Utveckling av en metod för skattning av sinnesstämning i arbetet) mellan de tre interventionsgrupperna och kontrollgruppen vid uppföljningen efter sex månader.

I studierna av Strijk m.fl. (66, 67) av medelhög kvalitet deltog sjukhusanställda som var 45 år eller äldre i Nederländerna i en intervention med fysisk träning och yoga i sex månader. Inledningsvis fick både interventionsgruppen och kontrollgruppen skriftlig information om en hälsosam livsstil. Interventionsgruppen fick därefter delta i ett fysiskt träningsprogram en gång per vecka à 45 minuter, med yoga och träningspass, vilket leddes av certifierade tränare för de olika träningsformerna. Under detta pass hade deltagarna fri tillgång till frukt. Utöver detta skulle de utöva pulshöjande träning på egen hand, t.ex. konditionsträning, löpning eller spinning, en gång per vecka à 45 minuter. De fick också tre individuella besök hos en personlig tränare, ett besök i början av interventionen, ett efter fyra till sex veckor och det sista tio till tolv veckor från interventionens start. Under dessa halvtimmesbesök diskuterade man målsättningar, självförtroende och hinder för att uppnå de formulerade målen. Det var ingen skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen mätt direkt efter interventionen i psykisk hälsa (Mental Health Scale i RAND-36 GHQ) eller vitalitet (mätt som syreupptagningsförmåga efter två kilometers gång) (66). En delgruppsanalys sex månader efter interventionens slut (67) visade ingen skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i arbetsrelaterad vitalitet (Utrecht Engagement Scale, UWES) eller generell vitalitet (RAND-36 Vitality Scale).

### Livsstilshantering

Fyra studier beskriver en intervention om att hantera olika delar av sin livsstil, t.ex. fysisk aktivitet, kost, sömn, alkohol och stress. Tre av studierna ledde till en minskad psykisk ohälsa, dock enbart på kort sikt i en av studierna.

I en studie av Brown m.fl. (39) med medelhög kvalitet jämförde forskarna lunchpromenad i naturmiljöer (träd, gräsmattor och gångstråk) med två kontrollgrupper: lunchpromenad på asfalterade ytor nära hus, gator och industrier respektive ingen intervention. Studiegruppen bestod av kontorsanställda i Storbritannien. Deltagarna i de båda promenadgrupperna gick en lunchpromenad på cirka två kilometer i 20 minuter, två gånger per vecka i åtta veckor. Deltagarna kunde välja om de ville gå tillsammans eller var för sig. Rekommendationen var 30 minuter om dagen, men det minskades för att interventionen inte skulle ta för mycket av deltagarnas lunchtid. Direkt efter åtta veckors intervention var den självskattade psykiska hälsan (SF-8 Health Questionnaire) förbättrad i interventionsgruppen, som hade promenerat i naturmiljö jämfört med de båda kontrollgrupperna där den ena promenerat i stadsmiljö utan natur och den andra inte fått någon intervention alls. Det som ledde till förbättrad självskattad psykisk hälsa var alltså promenader i naturmiljö.

I studien av Cook m.fl. (43) med medelhög kvalitet utvärderade forskarna ett webbaserat hälsoprogram för kontorsanställda i tre HR-företag i USA. En kontrollgrupp med anställda fick ett hälsoprogram med samma innehåll, men i pappersformat. Interventionen utgick från välkända modeller för att förändra livsstilen genom t.ex. stresshantering, hantering av vikt och kost samt fysisk aktivitet. Det webbaserade programmet togs fram i flera steg med fokusgrupper

och test på arbetsplatsen. Det tryckta materialet bestod av fem olika broschyrer som handlade om kost, vikt, stress, fysisk aktivitet och sambandet mellan alkohol, droger och en hälsosam livsstil. Interventionen pågick i tre månader men det framgår inte hur ofta deltagarna använde den webbaserade interventionen respektive den tryckta. Uppföljningen visade ingen skillnad i stress mellan interventions- och kontrollgrupp direkt efter interventionen. Forskarna utvärderade effekten på stress genom att deltagarna i både interventionsgruppen och kontrollgruppen skattade upplevd stress före och efter interventionen.

I en studie av Emerson (46) med medelhög kvalitet bland universitetsanställda i USA genomfördes en intervention med fysisk träning och kostråd (46). Deltagarna deltog i den fysiska träningen tre gånger per vecka i tre månader. Den fysiska träningen (workout) började med fem till tio minuters uppvärmning och därefter gjorde de olika fysiska övningar för att öka både kondition och styrka. Deltagarna fick också råd om kost av en dietist vid tre föreläsningar och nio webbseminarier. Forskarna mätte effekten av interventionen direkt efteråt genom att deltagarna besvarade Perceived Stress Scale-4 Item och delar av Medical Outcomes Trust Short-form 36 Health Status Questionnaire. Efter interventionen hade deltagarna minskad psykisk ohälsa (mätt med Medical Outcomes Trust Short-Form 36 Survey), minskad stress och ökad energi.

I studien av Kuehl m.fl. (52), av medelhög kvalitet, utvärderade forskarna effekterna av ett hälsoprogram som fokuserade på förbättrade kostvanor, ökad fysisk aktivitet, minskad kroppsvikt, förbättrad sömn samt minska effekterna av ohälsosam stress och tobaksbruk. Deltagarna var brottsbekämpande personal inom polis- och sheriffavdelningar i USA, och de deltog i tolv 30-minuters möten under sex månader. Inga ytterligare möten hölls efter den tiden. En teamledare planerade möten en gång i veckan och dessa hölls under arbetstid. Forskarna menade att teamträffarna skulle bidra till ökat socialt stöd och ansvarskännande. Varje medlem i teamet diskuterade mål och strategier för att nå målen, exempelvis att gå ett visst antal steg per dag, äta fem portioner frukt och grönsaker dagligen under veckan eller sova minst sju timmar varje dygn. Det var upp till varje deltagare att göra positiva förändringar och uppnå sina livsstils mål eller ändra sina ohälsosamma vanor. Forskarna fann lägre stress, bättre sömn och förbättrad allmän hälsa i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen direkt efter interventionens slut. Skillnaderna kvarstod dock inte vid långtidsuppföljningarna 12 och 24 månader efter studiens start. Forskarna mätte effekten genom att deltagarna besvarade ett frågeformulär som forskarna använt i tidigare studier.

### Ergonomiska insatser

Tre studier genomförde ergonomiska insatser på arbetsplatsen med syfte att påverka olika psykosociala faktorer och förebygga psykisk ohälsa. Ingen av de tre studierna visade dock någon effekt.

I en studie med hög kvalitet av Haukka m.fl. (47) genomförde forskarna deltagarstyrda ergonomiska förändringar för anställda i kommunala storkök i Finland med syfte att påverka den psykosociala arbetsmiljön. Interventionen pågick i 11–14 månader och innebar att de anställda var delaktiga i att planera och implementera ergonomiska förändringar för att minska fysisk och psykisk överbelastning. De anställda samarbetade nära teknisk personal och ledning medan forskarna fungerade som konsulter för att underlätta interventionsprocessen. Interventionen bestod av en 2 månaders förimplementering och därefter en 9–12 månader lång interventionsfas med åtta workshoppar som totalt uppgick till 28 timmar. Under förimplementeringen deltog interventionsgruppen i två workshoppar à 5 timmar där de fick lära sig grundläggande ergonomi och hur kroppen fungerar muskulärt. De fick träning i att analysera sina arbetsuppgifter för att upptäcka riskfaktorer och hitta lösningar för att minska fysisk och psykisk belastning. Under den andra workshoppen planerade deltagarna från varje kök hur interventionen skulle gå till utifrån sina förutsättningar. I implementeringsfasen deltog interventionsgruppen i sex 3-timmarsworkshoppar där varje hade ett ergonomiskt tema som diskuterades. Resultatet, mätt både direkt efter interventionen och efter ett år, visade dock ingen skillnad i psykisk stress (Occupational stress questionnaire) mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Den psykiska stressen ökade i båda grupperna, vilket forskarna förklarade med en parallellt pågående organisationsförändring.

I en studie av Oude Hengel m.fl. (61) med medelhög kvalitet undersökte forskarna en ergonomisk intervention bland manliga byggnadsarbetare i Nederländerna. Interventionen pågick i sex månader och innehöll förutom ergonomi även en mindre psykosocial del (inflytande på arbetsplatsen). Den ergonomiska delen innehöll två individuella tillfällen med en praktisk ergonomisk genomgång à 30 minuter, tillsammans med en fysioterapeut, för att minska den fysiska belastningen. Fysioterapeuten observerade individens arbete och gav rekommendationer om ergonomi, vilka senare utvärderades. De anställda fick också ett verktyg för att komma ihåg att ta paus och de noterade sitt pausmönster varje vecka och diskuterade det med chefen. Den psykosociala delen av interventionen bestod av två gemensamma interaktiva träningstillfällen, à en timme, med syfte att öka inflytandet på arbetsplatsen. Psykisk hälsa mättes under interventionen, när den var avslutad efter sex månader och även efter ytterligare sex månader. Det instrument som användes var SF-12 Health Questionnaire. Forskarna fann inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen.

Peterman m.fl. (62) studerade kontorsarbetare i Australien i en tre månader lång intervention i en studie av hög kvalitet. Syftet med interventionen, ”Stand Up, Sit Less, Move More”, var att minska den sittande tiden under hela dagen men med fokus på arbetsplatsen. Rekommendationen var att sitta i som mest 30 minuter i sträck. Forskarna informerade både ledning och teamledare och uppmuntrade dem att stödja interventionen. Efter installation av höj- och sänkbara skrivbord fick de anställda i interventionsgruppen individuell hälsohandledning på plats i tre dagar

och därefter per telefon efter två, fyra, åtta respektive tolv veckor. Efter tre månader fick de anställda behålla sina höj- och sänkbara skrivbord medan handledningen upphörde och arbetsplatsen fick fortsätta själva med interventionen. Man fann igen skillnad i upplevd stress (Health and Work Questionnaire, HWQ) mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen tolv månader efter interventionens start.

### Personlig utveckling

I tre studier hade interventionen en inriktning på en personlig utveckling hos de anställda, vilket hade en positiv effekt på att förebygga psykisk ohälsa i alla studierna.

Das m.fl. (44) undersökte i en studie med hög kvalitet anställda på tolv olika större företag inom olika branscher i USA. Interventionen bestod av beteendeorienterade workshoppar i två och en halv dag där deltagarna fick lära sig tekniker för att optimera sina dagliga energinivåer, skapa mål i livet och få återkoppling från viktiga personer i sitt liv. I interventionen ingick en blandning av KBT och ACT för att direkt kunna möta deltagarnas tankar, handlingar, känslomässiga processer och sociala interaktioner. Två modeller användes: en energihanteringsmodell (Energy management model) och en förändringsprocessmodell (Change process model). Den första modellen var designad för att utveckla attityder, kunskap, färdigheter och beteenden som ökade dagliga energinivåer i linje med deltagarnas livsmål och för att generellt förbättra hur de fungerade i och utanför arbetet. Den andra modellen vägledde deltagarna i att upprätta livsmål i relation till sitt nuvarande liv och göra en handlingsplan för att skapa och bibehålla en förändring. I parallella seminarier fick deltagarna göra individuella reflektioner, ha gruppdiskussioner, lyssna på föreläsningar och göra praktiska övningar. De som fullföljde hela workshoppen fick extra utbildningsmaterial, material med energigivande övningar och en uppföljande kurs på nätet. Resultatet efter sex månader blev högre vitalitet och bättre psykisk hälsa (Rand Medical Outcome Survey, MOS; 36-item Short-Form, SF-36), förbättrad sömn (RandMOS Sleep Scale), minskad fatigue och minskade depressiva symtom (Profile of Mood States, POMS, questionnaire) för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Dock fann forskarna ingen skillnad i risken att få en klinisk depression (Center for Epidemiologic Studies Depression, CESD).

I studien av Neumeier m.fl. (59) med medelhög kvalitet var syftet att utvärdera ett nytt program för att öka välbefinnandet hos anställda. Deltagarna var högutbildade från 16 olika länder med en majoritet från Australien (76 procent), Tyskland, Storbritannien och USA. En grupp fick det nya programmet, en grupp fick ett annat etablerat program för välbefinnande och en grupp var kontrollgrupp. Det nya programmet var webbaserat och bestod av sju olika övningar som skulle göras under de följande sju dagarna på arbetet. De anställda fick övningarna stegvis per e-post, så att nästa övning skickades när de hade utfört en övning. Övningarna baserades på en modell för välbefinnande utgående från Seligmans teori om positiv

psykologi (71). Modellen består av fem komponenter: positiva känslor, engagemang, relationer, känna mening och uppnå eller lyckas med något. Programmet bestod av sju övningar som syftade till att stärka dessa fem komponenter genom att praktisera tacksamhet, njuta av ögonblicket, identifiera personliga styrkor, göra slumpmässiga goda gärningar, visualisera målet att uppnå sitt bästa möjliga jag, le och ”spåna” meningsfullhet. I båda interventionsgrupperna ökade både generellt och arbetsrelaterat välbefinnande (mätt med General SWB, GSWB, och Work-related SWB, WSWB) under de sex arbetsdagarna efter interventionen jämfört med kontrollgruppen (59).

Wayment m.fl. (69) utförde en studie av medelhög kvalitet bland anställda vid ett sjukhus i USA. De anställda deltog i fyra workshoppar om en timme vardera, varannan vecka i sju veckor, för att utveckla färdigheter i en balanserad självidentitet kallad ”Tyst jag” (Quiet ego). Forskarna beskriver ”Quiet Ego Skills” som en workshop som ska förbättra återhämtningen för personal inom hälso- och sjukvården genom att anställda använder en ”medkännande självidentitet” och lär sig positiva copingstrategier. Metoden är designad för att hjälpa hälso- och sjukvårdspersonal att tänka, känna och agera enligt sina värderingar som grundar sig på medkänsla, medan de agerar som vårdgivare och kollega. Syftet med träningen i ”quiet ego” var att lära de anställda begreppet, visa hur de kunde använda strategin i olika sammanhang i och utanför arbetet, och slutligen träna på att använda strategierna praktiskt. Gruppen träffades tillsammans och hade lektioner i seminarieform, och de fick även diskutera med varandra. Före- och eftermätningen, sannolikt direkt efter interventionen, visade en minskning i ”compassion fatigue”, mätt med Professional Quality of Life Scale (ProQOL) för de anställda. Ingen kontrollgrupp användes.

### Hantering av konflikter mellan arbete och familjeliv

En studie av Marino m.fl. (58) med hög kvalitet utfördes i USA bland anställda eller chefer på äldreboenden. Forskarna undersökte en intervention som syftade till att minska konflikten mellan det betalda arbetet och familjelivet. Interventionen pågick i fyra månader och bestod av interaktiva möten för alla anställda och chefer vid fyra tillfällen och för chefer vid ytterligare tre tillfällen. Innehållet bestod av diskussioner, rollspel och spel som gick ut på att öka kontrollen över sin arbetstid och även sina arbetsprocesser. Cheferna fick också träning i nätbaserad familjeunderstödjande handledning. Forskarna mätte effekten av interventionen sex och tolv månader efter att den startade, med hjälp av ett armband som mätte deltagarnas sömn. Dessutom besvarade deltagarna frågor om sömn, bland annat från Pittsburgh Sleep Quality Index. Forskarna fann inga effekter i sömn hos vare sig de anställda eller cheferna i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Dock visade det sig att yngre deltagare, 18–34 år, fick fler timmars sömn per natt.

## Karriärutveckling

Forskarna i studien av Ahola m.fl. (37) med medelhög kvalitet utvärderade en intervention med fokus på bland annat förändringshantering, individuella styrkor och intressen, balans i livet, livs- och yrkesmål, livslångt lärande, sociala strukturer och stresshantering. Interventionen omfattade fyra halvdagar i en till två veckor och innehöll workshoppar, diskussioner och rollspel. I interventionen deltog anställda vid 17 olika typer av organisationer: forskningsinstitut, kontor, försäkringskontor, privata företag, banker, multiserviceföretag och hälso- och sjukvårdsorganisationer i Finland. Interventionen visade sig förebygga depression bland de som deltog i interventionen i förhållande till kontrollgruppen, som endast fick ett bokpaket med litteratur om karriärutveckling. Effekten av interventionen mättes efter sju månader med Beck Depression Inventory, där ett stort antal depressiva symtom används som indikator för depression.

## Sammanställning av interventionernas effekter bland kvinnor och män och för olika grupper av yrkesverksamma

I majoriteten av studierna gjordes inga separata analyser för kön, ålder eller socioekonomisk position. I flera studier består urvalet också av övervägande män eller kvinnor, och i dessa studier är det inte meningsfullt att göra separata analyser eftersom minoritetskönet omfattar för få personer. Detta gäller också i viss mån socioekonomiska faktorer eftersom flera studier fokuserar på vissa yrkesgrupper eller arbetsplatser med relativt homogena yrkesgrupper. Det är alltså svårt att dra några generella slutsatser om effekterna av de olika interventionerna på särskilda grupper.

I några studier utvärderas interventionen även i undergrupper av hela undersökningsgruppen. I studien av Kelly m.fl. (26) visade analyser av undergrupper att utbildningsnivån var högre bland dem som hade valt att arbeta på ett "magnetsjukhus" jämfört med dem som arbetade på vanliga sjukhus (26). I studien av Schiller m.fl. (35) fanns dock ingen könsskillnad i effekten av arbetstidsförkortning med bibehållen lön (35). I studien av Marino m.fl. (58) fann forskarna ingen effekt av interventionen i hela undersökningsgruppen, men en ökad sömnduration hos yngre deltagare 18–34 år. I studien av Kossek m.fl. (33) fann forskarna ingen effekt i hela undersökningsgruppen. Däremot resulterade interventionen i minskad stress och psykisk ohälsa för de personer som tog hand om äldre och/eller barn utanför arbetet.

## Behov av mer kunskap

Den här kartläggande litteraturöversikten har sammanställt 44 studier, varav 12 med hög och 32 med medelhög kvalitet. Totalt 11 gällde arbetsplatsbaserade interventioner på organisationsnivå, varav 1 fokuserade på minskad arbetstid och bibehållen lön medan resterande 10 redovisade komplexa insatser för att på olika sätt påverka arbetsorganisation och arbetsmiljö. Sett till de 33 studierna om arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå var det vanligast med



psykologiska interventioner (yoga, stresshantering, mindfulness, KBT och avspänning) och interventioner för att främja fysisk aktivitet eller förbättra ergonomin. Endast 1 studie fokuserade på konflikten mellan betalt arbete och arbete i hemmet och familjen.

Följande behov av ny kunskap har identifierats:

- Det saknas kunskap om *mekanismer*, det vill säga vilka faktorer som är de verksamma i komplexa interventioner.
- Det saknas kunskap om huruvida effekterna av olika interventioner är desamma för kvinnor och män, och det gäller interventioner på både individnivå och organisationsnivå.
- Det saknas kunskap om huruvida effekterna av olika interventioner är desamma för olika sociodemografiska kategorier utöver kön (ålder, socioekonomisk grupp, migrationserfarenhet m.fl.), och det gäller interventioner på både individnivå och organisationsnivå.
- Det saknas kunskap om betydelsen av universell prevention för att påverka sociala faktorer i arbetslivet, såsom relationen mellan medarbetare, relationen mellan medarbetare och chef, och relationen mellan medarbetare och tredje person (kund, patient eller klient).
- Det saknas kunskap om effekterna av att kombinera interventioner på olika strukturella nivåer, såsom att kombinera interventioner för att främja fysisk aktivitet på individnivå med interventioner som fokuserar på organisationsförändringar.
- Många studier baseras på enskilda arbetsplatser eller särskilda yrkesgrupper. Det saknas studier av arbetslivet generellt, det vill säga studier med ett befolkningsperspektiv snarare än fokus på särskilda grupper.

# Diskussion

Diskussionen inleds med korta sammanfattningar av resultaten, baserat på litteraturoversiktens frågeställningar. Varje fråga diskuteras kortfattat, och sedan följer några övergripande iakttagelser om resultaten. Därefter kommer en metoddiskussion och avslutningsvis slutsatser om forsknings- och kunskapsläget. Litteraturoversikten har genomförts i två steg, och sökningen som gjordes 2019 gav ytterligare 14 studier. Det berodde i huvudsak på att fler studier tillkommit under de senaste åren, vilket möjligen speglar ett ökat intresse för universella interventioner med syfte att förebygga psykisk ohälsa.

## Frågeställning 1

”Vilka universella arbetsplatsbaserade interventioner (typ och inriktning) har använts i studier där syftet varit att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet, med fokus på den yrkesverksamma befolkningen?”

Sammantaget tyder resultaten på att det finns goda möjligheter att få effekter på psykisk ohälsa genom arbetsplatsbaserade insatser på organisationsnivå och individnivå. Båda typerna av interventioner förekommer, men de flesta har fokus på de anställda, dvs. individnivån.

### Interventioner på organisationsnivå

Vi grupperade de 11 studierna på organisationsnivån i fem olika inriktningar baserat på typen av intervention man utvärderade:

- diskussion om psykosocial och/eller fysisk arbetsmiljö
- nya processer och strukturer
- förkortad arbetstid med bibehållen lön
- ökad delaktighet
- ökade ekonomiska anslag.

De två första inriktningarna var vanligast med fyra studier vardera. Av fyra studier med inriktningen *diskussion om psykosocial och/ eller fysisk arbetsmiljö* visade det sig att tre bidrog till att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet mätt med olika självskattningsinstrument (27-29) men det framgick inte i den fjärde (31). I två av fyra studier med inriktningen *nya processer och strukturer* fann man en förebyggande effekt av interventionen (26, 30) medan en studie inte fann någon sådan effekt i den totala undersökningsgruppen, men i en delgrupp (33). I den fjärde studien fann forskarna vid uppföljningen en ökad rapportering av psykisk ohälsa (32). En studie undersökte *förkortad arbetstid med bibehållen lön* (35) och en annan studie undersökte *ökad delaktighet* (36). De genomfördes i Sverige respektive Sverige och Danmark, och båda visade att dessa interventioner hade samband med minskad psykisk ohälsa (35, 36). En studie med inriktningen *ökade ekonomiska anslag* fann ingen effekt på psykisk ohälsa (34).

Av de 11 studierna på organisationsnivå handlar 4 om sömn och sömnproblem (liksom 4 på individnivå). Sömnstörningar av olika slag ökar risken för andra psykiska symtom men också för utfall såsom sjukfrånvaro och förtidspension (72, 73). Det finns olika anledningar till att arbetet ger upphov till sömnstörningar. Exempelvis kan det vara svårt att varva ner efter ett intensivt arbetspass, i synnerhet om personen ska upp tidigt dagen efter för nästa arbetspass. Det kan också av olika skäl vara svårt att koppla av tankarna på arbetet. Oavsett kan sömnproblem vara ett intressant fokus för systematiskt arbetsmiljöarbete som ett tidigt tecken på arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Interventionerna på organisationsnivå hade alltså olika inriktningar, men insatserna i de flesta studierna var komplexa och fokuserade på mer än en aspekt. Man arbetade exempelvis med chefernas kunskaper i stödjande ledarskap parallellt med att medarbetarna deltog i fokusgrupper för att identifiera och åtgärda brister i den psykosociala arbetsmiljön. Det är rimligt att ha en sådan ansats med tanke på att arbetsplatser är komplexa system med många typer av verksamheter, processer, kommunikation och samspel som pågår samtidigt. Komplexa interventioner gör det dock svårare att beskriva *vad* interventionen har bestått av, och framför allt är det svårt att dra slutsatser om *mekanismer*, alltså vad som är verksamt i de olika interventionerna. Studier som har flera armar, dvs. jämför flera olika interventionsinsatser med varandra och med en kontrollgrupp, kan komma lite närmare kunskap om vad som är verksamt. Å andra sidan är de mer komplexa och kostsamma.

### Interventioner på individnivå

Den här litteraturöversikten identifierade även en mångfald av arbetsplatsbaserade interventioner på individnivå. Vi grupperade de 33 interventionerna i åtta olika inriktningar:

- stresshantering
- mindfulness, yoga och meditation
- fysiska och psykologiska insatser
- livsstilshantering
- ergonomiska insatser
- personlig utveckling
- hantering av konflikter mellan arbete och familjeliv
- karriärutveckling.

Alla tio studier som undersökte *stresshantering* visade att sådana arbetsplatsbaserade interventioner kan förebygga psykisk ohälsa (38, 48-50, 53, 55-57, 60, 64). Fem av sju studier visade att även *mindfulness, yoga och meditation* kan göra det (41, 51, 54, 63, 65) medan två studier inte visade någon förebyggande effekt (40, 68). *Fysiska och psykologiska insatser* kan förebygga psykisk ohälsa

enligt en studie (42) men inte de tre andra (45, 66, 67). *Ergonomiska insatser* som undersöktes i tre studier visade sig inte förebygga psykisk ohälsa (47, 61, 62). *Personlig utveckling* kan förebygga psykisk ohälsa enligt alla de tre studier som undersökte denna inriktning på arbetsplatsbaserad intervention (44, 59, 69). *Hantering av konflikter mellan arbete och familjeliv* undersöktes i en studie. Insatsen förebyggde inte psykisk ohälsa i den totala undersökningsgruppen, men däremot i den yngre gruppen, 18–34 år (58). *Karriärutveckling* som undersöktes i en annan studie visade sig kunna förebygga psykisk ohälsa (37).

Dominerande typen av arbetsplatsbaserade insatser på individnivån var *stresshantering* och *mindfulness, yoga och meditation*. Insatser för att stärka personalens stresshantering hade positiv effekt i samtliga studier, men uppföljningstiden varierade vilket gör det svårt att dra några slutsatser om interventionernas effekter över tid. I studier med fokus på beteendeförändring ser man ofta en större följsamhet till insatsen inledningsvis, medan effekten avtar i takt med att individen själv ska upprätthålla den nya vanan (74). Det behövs fler studier som följer effekterna under lång tid och också undersöker behovet av understödjande insatser för att upprätthålla ett nytt beteende. Teoretiskt bygger många stresshanteringsprogram på olika varianter av kognitiva strategier med fokus på att förändra tankestrukturer. Program i gruppen *mindfulness, yoga och meditation* bygger också på kognitiva strategier men fokuserar även på övningar med mer fokus på kropp och känslor. Sammantaget hade dessa två strategier övervägande positiva effekter men det är oklart hur bestående förändringarna är.

Interventioner på individnivån med fokus på en kombination av fysiska och psykologiska insatser eller ergonomi hade ingen effekt på psykisk ohälsa, med ett undantag. Det är lite förvånande med tanke på att fysisk aktivitet har ett starkt positivt samband med minskad risk för depression (75). I två svenska tvärsnittsstudier var fysiskt belastande arbete den faktor som bäst förklarade socioekonomiska skillnader i *psykiskt* nedsatt arbetsförmåga (76, 77). En möjlig förklaring kan vara att ergonomin redan var relativt god i de arbetsmiljöer där interventionerna genomfördes och/eller att de anställda redan hade en god fysisk aktivitetsnivå.

Ett teoretiskt problem med flera av interventionerna på individnivå är att metoderna är utvecklade för att hantera befintlig psykisk ohälsa, till exempel att minska ångest, men i en universell intervention används metoden för alla anställda oavsett psykisk hälsa. En person med låg ångestnivå, inga symtom på depression och låg självskattad upplevelse av stress påverkas inte på samma sätt av till exempel yoga än en person med ett annat utgångsläge. Det är också troligt att motivationen att delta i en intervention är olika beroende på hur personen själv mår eller uppfattar sin arbetsplats.

## Interventioner på organisations- och individnivå

Resultatet är baserat på flera olika yrkesgrupper, olika interventioner och utfallsmått, vilket gör det svårt att dra några övergripande slutsatser om vilka typer av interventioner som kan vara mest effektiva för att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. Majoriteten av de 44 studierna var genomförda inom administrativa arbeten eller kontorsarbeten inom offentlig och privat sektor respektive i vårdmiljö. Interventionerna har dock olika fokus, så det är svårt att avgöra vilka som är mest effektiva för att förebygga psykisk ohälsa på olika arbetsplatser. Resultatet visar att 22 av 44 studier rapporterade förebyggande effekter på de undersökta utfallsmåtten för psykisk ohälsa (26-29, 35-37, 41, 42, 46, 48, 49, 51, 54-57, 59, 60, 63, 64, 69). Vidare visar 10 studier effekt på några utfallsmått eller på en delgrupp (30, 33, 38, 39, 44, 50, 52, 53, 58, 65), medan 12 studier inte visar någon effekt (31, 34, 40, 43, 45, 47, 61, 62, 66-68) eller till och med en försämring av den psykiska ohälsan (32). Sammantaget visar 27 procent av de arbetsplatsbaserade interventionerna ingen förebyggande effekt på psykisk ohälsa medan 73 procent visade effekt. Endast 9 av studierna som visade effekt hade mätt långsiktiga effekter efter 12 månader eller mer. Det behövs alltså fler studier med lång uppföljningstid, men arbetsmiljöarbete är dynamiskt och ständigt pågående, så det är viktigt med regelbunden uppföljning.

## Frågeställning 2

”Har arbetsplatsbaserade interventioner samma inverkan på psykisk ohälsa hos kvinnor och män?”

Denna fråga går inte att få ett entydigt svar på eftersom majoriteten av de inkluderade studierna inte redovisar separata analyser av effekter av interventionerna för kvinnor och män. En studie som undersökte *förkortad arbetstid med bibehållen lön* redovisade resultat för kvinnor respektive män och fann ingen skillnad (35). Kvinnor är dock i majoritet i de flesta inkluderade studierna: I 25 av 44 studier består urvalet av mer än 70 procent kvinnor (26-29, 32, 33, 35-38, 40, 43, 45, 47, 50, 51, 54, 56-58, 60, 63, 66, 67, 69). Endast 5 studier är baserade på övervägande manliga studiedeltagare (39, 48, 53, 55, 61). Det innebär att litteraturöversiktens resultat till största del bygger på yrkesarbetande kvinnor. I 15 av dessa studier visade det sig de arbetsplatsbaserade interventionerna kan förebygga psykisk ohälsa, baserat på något av de använda utfallsmåtten (26-29, 35-37, 50, 51, 54, 56, 57, 60, 63, 69). Av studierna med främst manliga deltagare omfattade 4 stycken arbetsplatsbaserade interventioner som kan förebygga psykisk ohälsa (39, 48, 53, 55).

## Frågeställning 3

”Har arbetsplatsbaserade interventioner samma inverkan på psykisk ohälsa i olika grupper av yrkesverksamma?”

Det går inte att få något entydigt svar på denna fråga eftersom endast ett fåtal studier redovisar resultatet uppdelat på olika grupper av yrkesverksamma. *Hantering av konflikter mellan arbete och familjeliv* som arbetsplatsbaserad intervention på individnivå visade sig dock förebygga psykisk ohälsa för deltagare i åldern 18–34 år (58). *Nya processer och strukturer* hade en förebyggande effekt för den del av personalen som tog hand om äldre och/eller barn utanför arbetet, men inte för undersökningsgruppen i stort (33).

## Frågeställning 4

”Inom vilka områden i arbetslivet, till exempel branscher och yrken, behövs det mer kunskap om effektiva interventioner för att förebygga psykisk ohälsa?”

Det behövs fler studier som undersöker arbetsplatsbaserade interventioner för psykisk ohälsa i branscher där majoriteten av de anställda är män. Det skulle öka kunskapen om möjliga likheter och skillnader mellan arbetsplatser med en majoritet kvinnor respektive män. Vi vet inte i dag om samma typ av intervention är det optimala eller om det är bättre med olika interventioner. Mellan kvinno- respektive mansdominerade branscher finns stora skillnader i arbetsuppgifternas inriktning, lön och andra arbetsvillkor och arbetsmiljön i stort. Två relativt nyligen genomförda litteraturöversikter (18, 19) visar liten skillnad i hur kvinnor och män påverkas av olika typer av arbetsuppgifter och arbetsmiljöer. Det är alltså inte könsskillnaderna i sig som är det intressanta, utan effekten av olika interventioner i olika branscher beroende på om de är kvinno- eller mansdominerade. Den här litteraturöversikten omfattar få studier i mansdominerade branscher. Det är en brist, men samtidigt är psykisk ohälsa vanligare bland kvinnor än män, vilket också ger ett stort behov av studier i kvinnodominerade branscher.

Det saknas även studier som undersöker arbetsplatsbaserade interventioner i olika yrkesgrupper i samhället. Denna översikt har en tydlig dominans av endast två branscher: administration eller kontorsarbeten inom offentlig och privat sektor respektive hälso- och sjukvård. Med dessa resultat går det alltså inte att avgöra vad som vore en verksam intervention för att förebygga psykisk ohälsa bland anställda inom till exempel skola och förskola, affärer, hotell och restaurang, kultur och nöje, handel, finans och försäkring.

Ytterligare en aspekt är om effekten av en intervention varierar mellan deltagarna utifrån deras psykiska hälsa vid baslinjemätningen. Vid universella interventioner är målgruppen alla, oavsett variationer i utfallsmåttet vid insatsens start, och oavsett om interventionerna görs på organisationsnivå eller individnivå. Det gäller för mycket av den svenska folkhälsopolitiken och arbetsmiljöpolitiken. Ur ett forskningsperspektiv kan det dock vara intressant att undersöka om en intervention har samma effekt på alla i ett urval eller inte. Utgångspunkten för en sådan frågeställning är begreppet proportionell universalism. Det innebär enkelt uttryckt att universella insatser kan kombineras med riktade åtgärder för grupper eller individer som har större behov av någon anledning. För att bättre förstå om en

sådan ansats är relevant i ett arbetsmiljöperspektiv kan det vara intressant att veta om en interventions effekter varierar mellan grupper som initialt har olika nivåer av psykisk ohälsa. Det finns dock etiska problem med att peka ut olika grupper av anställda utifrån ett hälsoperspektiv, och proportionell universalism utgår fortfarande från en universell ansats.

## Metodöverbäganden

Litteraturöversikten gjordes som en så kallad scoping review (20, 21), vilket är en strukturerad metod för att kartlägga ett forskningsområde och identifiera behov av mer forskning inom området. En nackdel kan vara att området ofta blir brett och svårare att avgränsa jämfört med en systematisk litteraturstudie med mer precisa syften och frågeställningar. En annan begränsning kan vara att översikten inte omfattar någon syntes eller evidensgradering. Den här översikten speglar många olika arbetsplatsbaserade interventioner, arbetsplatser och utfallsmått för psykisk ohälsa. Det kan därför bli svårt att dra slutsatser om vilka specifika arbetsplatsbaserade interventioner som är mest effektiva för att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. Samtidigt ger bredden en bild av olika typer av arbetsplatsinterventioner och deras effekter bland olika yrkesgrupper. En styrka med den här sammanställningen är att en uppdaterad litteratursökning genomfördes 2019. Resultatet baseras alltså på forskning hittills under 2000-talet, vilket anses ge en god inblick i forskningsområdet.

De arbetsplatsbaserade interventionerna utvärderades med en rad olika utfallsmått eller indikatorer för psykisk ohälsa. Författarna har grupperat utfallen i grupperna: symtom på depression, psykisk hälsa/ohälsa, upplevd stress, sömnproblem, utbrändhet, ångest eller välbefinnande. Dessa indikatorer mäts i kartläggningar med t.ex. folkhälsoenkäter eller i sjukfrånvaron, och grupperna visar bredden i det som ses som vanligt förekommande psykiska besvär eller mått på psykisk ohälsa eller hälsa.

I några studier förekom också utfallsmått såsom socialt stöd och sjukfrånvaro som inte överensstämde med syftet och litteratursökningarna i denna rapport. Resultat för dessa har därför inte redovisats. Däremot redovisas begreppet ”vitality” eftersom det ingår i vissa utfallsmått som mäter välbefinnande. Vissa engelska begrepp har varit svåra att hitta bra översättningar till, exempelvis ”compassion fatigue”, ”fatigue” och ”job strain”, och därför har vi valt att använda dem på engelska med en förklaring i ordlistan i rapportens inledning.

Några studier bygger på resultat från samma intervention i samma studiepopulation (28, 29), (56, 57), (66, 67), (48, 53, 55), men de ingår ändå eftersom studierna presenterar delvis olika utfallsmått och uppföljningstider.

Den här kartläggande litteraturöversikten avgränsades till studier som genomförts i Skandinavien, Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, Kanada, USA, Australien och Nya Zeeland, vilket innebär att det kan finnas studier från andra länder som beskriver arbetsplatsbaserade interventioner med god förebyggande effekt på

psykisk ohälsa. Fördelen med avgränsningen är att de studier som ingår har genomförts i länder med ett arbetsliv som i viss utsträckning liknar det svenska. Endast tre studier är genomförda i Sverige och en i Sverige och Danmark, medan sexton studier är genomförda i USA och en i USA och Kanada. Detta kan ha betydelse för tolkningen av resultatet eftersom hälso- och sjukvården kan vara organiserad och finansierad på olika sätt i olika länder. Dessutom kan anställningsförhållandena variera.



# Slutsatser

Några slutsatser som kan dras av kartläggningen:

- Av de elva studier som hade fokus på organisations- eller arbetsmiljöförändringar visade åtta en effekt på ett eller flera av de psykiska besvär som studerades.
- På organisationsnivå går det att förebygga olika former av psykisk ohälsa genom interventioner med fokus på diskussion om psykosocial och/eller fysisk arbetsmiljö, nya processer och strukturer, förkortad arbetstid med bibehållen lön och ökad delaktighet.
- Studierna som fokuserade på att förändra individers beteende visade överlag goda effekter av interventioner om stresshantering, mindfulness, yoga, meditation och personlig utveckling. Studier med fysiska och psykologiska insatser respektive ergonomiska insatser visade dock få positiva effekter när det gäller att förebygga olika former av psykisk ohälsa.
- Det finns förvånansvärt få studier av hög kvalitet, med tanke på hur vanligt det är med psykisk ohälsa i yrkesverksamma åldrar och de kostnader som är förknippade med sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.

## Slutord

Det finns goda möjligheter att få både kortsiktiga och mer långsiktiga effekter på psykisk ohälsa genom insatser på organisationsnivå och individnivå. På individnivå kan man uppnå kortsiktiga effekter genom program som fokuserar på stresshantering, mindfulness, yoga eller meditation. Det är dock oklart hur länge de positiva effekterna kvarstår. Framtida studier behöver omfatta längre uppföljningstider och en bedömning av om individuella insatser är lönsamma på längre sikt. Insatser på organisationsnivå kan innebära en mer varaktig förbättring, genom att organisation, rutiner och processer förändras så att de i mindre utsträckning (eller inte alls) leder till stress eller annan belastning. Insatsen kan också gå ut på att arbetsplatsen utvecklar mer delaktighet med utrymme för en kontinuerlig dialog om att förändra och anpassa arbetsituationen. Samtal om psykisk ohälsa på arbetsplatsen har också lyfts fram av forskare som ett sätt att minska stigma, dvs. negativa attityder, fördomar och diskriminerande behandling.

Arbetsplatsen är en mindre vanlig arena för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande folkhälsoarbetet jämfört med exempelvis skolan eller hälso- och sjukvården. Det beror bland annat på lagstiftning och arbetsplatsen som en miljö för produktion av varor och tjänster med krav på vinster och effektivitet. Men i en förändrad demografisk struktur och en mer globaliserad arbetsmarknad kan en god arbetsmiljö vara viktigt för att attrahera arbetskraft. Ur ett ekonomiskt perspektiv är det också viktigt att undvika sjukfrånvaro och rehabilitering, för både arbetsplatsen och samhället. Ett utökat samarbete mellan folkhälsovetenskapligt kunniga och professionella inom personalvårdande yrken kan på sikt leda till ett arbetsliv som inkluderar förebyggande och hälsofrämjande perspektiv och åtgärder som en naturlig del av sin verksamhet.

## Övriga medverkande

I det här arbetet har även Malin Axelsson, docent i vårdvetenskap vid Malmö universitet, och Maria Boström, forskare i socialmedicin vid Göteborgs universitet medverkat.

Från Folkhälsomyndigheten har utredaren Anna-Karin Eriksson, enheten för psykisk hälsa och suicidprevention, deltagit i arbetet med att färdigställa rapporten.

# Referenser

1. World Health Organization. Health-topics Noncommunicable-diseases Mental-health [Internet]. WHO; 2017 [citerad 22 januari 2021]. Hämtad från: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>.
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsodata 2020 [Internet]. [Citerad 2021-05-18]. Hämtad från: [http://fohmapp.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/B\\_HLV\\_dPsykhals/hlv1p\\_syaald.px/table/tableViewLayout1/](http://fohmapp.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_dPsykhals/hlv1p_syaald.px/table/tableViewLayout1/).
3. Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P. Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1995;30(1):39-43.
4. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år. Stockholm. 2020. Socialförsäkringsrapport 2020:8.
5. Hensing G. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. I: Wadensjö E SLG, red. Jämställdhet i socialförsäkringen? Forskningsrapport till jämställdhetsdelegationen. 2014:742014.
6. Bertilsson M. Work capacity and mental health - the phenomena and their importance in return to work. University of Gothenburg, Göteborg; 2013.
7. Danielsson L, Bertilsson M, Holmgren K, Hensing G. Working in dissonance: experiences of work instability in workers with common mental disorders. *BMC Public Health*. 2017;17(1).
8. Ottosson J-O. Psykiatri. Stockholm: Liber; 2015.
9. Tsuang MT, Tohen M, Jones PB. Textbook in psychiatric epidemiology. 3rd ed. ed. Chichester, West Sussex, Hoboken, NJ: Chichester, West Sussex, Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell; 2011.
10. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
11. Gifford F. The Biomedical Model and the Biopsychosocial Model in Medicine. In: Solomon M JR SJ, Kincaid H, editor. *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*: Routledge; 2016.
12. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
13. Mammen G, Faulkner G. Physical Activity and the Prevention of Depression A Systematic Review of Prospective Studies. *American Journal Of Preventive Medicine*. 2013;45(5):649-57.
14. Allebeck P, Burström B, Hensing G, Kristenson M. *Socialmedicin: individ, hälsa och samhälle*. 1. uppl. Lund. Studentlitteratur; 2015.
15. Vingård E. *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE); 2015.
16. Fagerlind Ståhl A-C. *Arbete och psykisk hälsa -viktigt vetande och vanliga myter*. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2021.
17. Eklöf M. *Psykosocial arbetsmiljö: begrepp, bedömning och utveckling*. 1 uppl. Lund. Studentlitteratur; 2017.
18. SBU. *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2014. Rapport: 918541364X;9789185413645.
19. Arbetsmiljöverket. *Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall*. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2016. Kunskapssammanställning 2016:2.
20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.

21. Folkhälsomyndigheten. Handledning för litteraturoversikter. Förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017.
22. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan--a web and mobile app for systematic reviews. Report. *Systematic Reviews*. 2016;5(1).
23. Daudt HML, Van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*. 2013;13(1).
24. Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG. Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18(1):12-8.
25. Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A Process for Systematically Reviewing the Literature: Providing the Research Evidence for Public Health Nursing Interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2004;1(3):176-84.
26. Kelly LA, McHugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*. 2011;41(10):428-33.
27. Anderzén BI, Arnetz BB. The Impact of a Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers, and Organizational Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47(7):671-82.
28. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*. 2006;63(5):335
29. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M. Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*. 2011;68(7):479.
30. Crain TL, Hammer LB, Bodner T, Olson R, Kossek EE, Moen P, et al. Sustaining sleep: Results from the randomized controlled work, family, and health study. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(1):180-97.
31. Gupta N, Wahlin-Jacobsen CD, Abildgaard JS, Henriksen LN, Nielsen K, Holtermann A. Effectiveness of a participatory physical and psychosocial intervention to balance the demands and resources of industrial workers: A cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 2018;44(1):58-68.
32. Hung DY, Harrison MI, Truong Q, Du X. Experiences of primary care physicians and staff following lean workflow redesign. *BMC health services research*. 2018;18(1):274-.
33. Kossek EE, Thompson RJ, Lawson KM, Bodner T, Perrigino MB, Hammer LB, et al. Caring for the elderly at work and home: Can a randomized organizational intervention improve psychological health? *Journal of Occupational Health Psychology*. 2019;24(1):36-54.
34. Peikes DN, Swankoski K, Hoag SD, Duda N, Coopersmith J, Taylor EF, et al. The Effects of a Primary Care Transformation Initiative on Primary Care Physician Burnout and Workplace Experience. *J Gen Intern Med*. 2019;34(1):49-57.
35. Schiller H, Lekander M, Rajaleid K, Hellgren C, Åkerstedt T, Barck-Holst P, et al. The impact of reduced worktime on sleep and perceived stress - a group randomized intervention study using diary data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2017;43(2):109-16.
36. Von Thiele Schwarz U, Nielsen KM, Stenfors-Hayes T, Hasson H. Using kaizen to improve employee well-being: Results from two organizational intervention studies. *Human relations (New York)*. 2017;70(8):966-93.

37. Ahola K, Vuori J, Toppinen-Tanner S, Mutanen P, Honkonen T. Resource-enhancing group intervention against depression at workplace: who benefits? A randomised controlled study with a 7-month follow-up. *Occup Environ Med.* 2012;69(12):870.
38. Billings DW, Cook R, Hendrickson A, Dove DC. A Web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *J Occup Environ Med.* 2008;50(8):960-68.
39. Brown DK, Barton J, Pretty J, Gladwell VF. Walks4Work: Assessing the role of the natural environment in a workplace physical activity intervention. *Scand J Work Environ Health.* 2014;40(4):390-99.
40. Cheema BS, Houridis A, Busch L, Raschke-Cheema V, Melville GW, Marshall PW, et al. Effect of an office worksite-based yoga program on heart rate variability: outcomes of a randomized controlled trial. *BMC Complement. Altern Med.* 2013;13:82.
41. Chin B, Slutsky J, Raye J, Creswell JD. Mindfulness Training Reduces Stress At Work: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness (N Y).* 2019;10(4):627-38.
42. Coffeng JK, Boot CRL, Duijts SFA, Twisk JWR, van Mechelen W, Hendriksen IJM. Effectiveness of a Worksite Social & Physical Environment Intervention on Need for Recovery, Physical Activity and Relaxation Results of a Randomized Controlled Trial. *PLoS one.* 2014;9(12):urn:issn:1932-6203.
43. Cook RF, Billings DW, Hersch RK, Back AS, Hendrickson A. A field test of a web-based workplace health promotion program to improve dietary practices, reduce stress, and increase physical activity: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research.* 2007;9(2):e17.
44. Das SK, Mason ST, Vail TA, Rogers GV, Livingston KA, Whelan JG, et al. Effectiveness of an Energy Management Training Course on Employee Well-Being: A Randomized Controlled Trial. *Am J Health Promot.* 2019;33(1):118-30.
45. Eklöf M, Hagberg M. Are simple feedback interventions involving workplace data associated with better working environment and health? A cluster randomized controlled study among Swedish VDU workers. *Applied Ergonomics.* 2006;37(2):201-10.
46. Emerson ND, Merrill DA, Shedd K, Bilder RM, Siddarth P. Effects of an employee exercise programme on mental health. *Occup Med (Lond)* 2017;67(2):128-34.
47. Haukka E PI, Leino-Arjas P, Viikari-Juntura E, Takala EP, Malmivaara A, et al. *Occup Environ Med.* Effect of a participatory ergonomics intervention on psychosocial factors at work in a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2010;67(3):170-77.
48. Herr RM, Barrech A, Riedel N, Gundel H, Angerer P, Li J. Long-Term Effectiveness of Stress Management at Work: Effects of the Changes in Perceived Stress Reactivity on Mental Health and Sleep Problems Seven Years Later. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(2).
49. Kennedy GA BH. Power break: A brief hypnorelaxation program to reduce work-related fatigue and improve work satisfaction, productivity, and well-being. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis.* 2007;35(2):169-93.
50. Kersten M, Vincent-Höper S, Krampitz H, Nienhaus A. Development and evaluation of a training program for dialysis nurses – an intervention study. *Journal of Occupational Medicine & Toxicology.* 2019;14(1):N.PAG-N.PAG.
51. Klatt M, Norre C, Reader B, Yodice L, White S. Mindfulness in Motion: a Mindfulness-Based Intervention to Reduce Stress and Enhance Quality of Sleep in Scandinavian Employees.(Report)(Author abstract). *Mindfulness.* 2017;8(2):481.
52. Kuehl KS ED, MacKinnon DP, O'Rourke HP, DeFrancesco C, Miocevic M, et al. The SHIELD (Safety & Health Improvement: Enhancing Law Enforcement Departments) Study: Mixed Methods Longitudinal Findings. *J Occup Environ Med.* 2016;58(5):492-98.
53. Li J, Riedel N, Barrech A, Herr RM, Aust B, Mörtl K, et al. Long-Term Effectiveness of a Stress Management Intervention at Work: A 9-Year Follow-Up Study Based on a Randomized Wait-List Controlled Trial in Male Managers. *BioMed Research International.* 2017;2017:1-11.


54. Lilly M, Calhoun R, Painter I, Beaton R, Stangenes S, Revere D, et al. Destress 9-1-1-an online mindfulness-based intervention in reducing stress among emergency medical dispatchers: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2019;76(10):705-11.
55. Limm H GH, Heinmüller M, Marten-Mittag B, Nater UM, Siegrist J, et al. Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2011;68(2):126.
56. Lloyd J BF, Flaxman PE. The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress.* 2013;72(2):181-99.
57. Lloyd J BF, Flaxman PE. Work-related self-efficacy as a moderator of the impact of a worksite stress management training intervention: Intrinsic work motivation as a higher order condition of effect. *J Occup Health Psychol.* 2017;22(1):115-27.
58. Marino M KM, Lee S, Klein LC, Moen P, Olson R, et al. The Effects of a Cluster Randomized Controlled Workplace Intervention on Sleep and Work-Family Conflict Outcomes in an Extended Care Setting. *Sleep Health.* 2016;2(4):297-308.
59. Neumeier LM, Brook L, Ditchburn G, Sckopke P. Delivering your daily dose of well-being to the workplace: a randomized controlled trial of an online well-being programme for employees. *European journal of work and organizational psychology.* 2017;26(4):555-73.
60. O'Brien WH, Singh R, Horan K, Moeller MT, Wasson R, Jex SM. Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Nurses and Nurse Aides Working in Long-Term Care Residential Settings. *Journal of Alternative & Complementary Medicine.* 2019;25(7):753-61.
61. Oude Hengel KM, Blatter BM, van der Molen HF, Bongers PM, van der Beek AJ. The effectiveness of a construction worksite prevention program on work ability, health, and sick leave: results from a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2013;39(5):456-67.
62. Peterman JE, Healy GN, Winkler EA, Moodie M, Eakin EG, Lawler SP, et al. A cluster randomized controlled trial to reduce office workers' sitting time: effect on productivity outcomes. *Scand J Work Environ Health.* 2019;45(5):483-92.
63. Pipe TB, Bortz JJ, Dueck A, Pendergast D, Buchda V, Summers J. Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *J Nurs Adm.* 2009; 39(3):130-7
64. Rahe RH, Taylor, BC, Tolles RL, Newhall LM, Veach TL, Bryson S. A novel stress and coping workplace program reduces illness and healthcare utilization. *Psychosom Med.* 2002;64(2):278-86.
65. Slatyer S, Craigie M, Heritage B, Davis S, Rees C. Evaluating the effectiveness of a brief mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses: A controlled trial. *Mindfulness.* 2018;9(2):534-46.
66. Strijk JE, Proper KI, van Der Beek AJ, van Mechelen W. A worksite vitality intervention to improve older workers' lifestyle and vitality-related outcomes: results of a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2012;66(11):1071.
67. Strijk JE, Proper KI, Van Mechelen W, Van Der Beek AJ. Effectiveness of a Worksite Lifestyle Intervention on Vitality, Work Engagement, Productivity, and Sick Leave: Results of a Randomized Controlled Trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health.* 2013;39(1):66-75.
68. van Berkel J, Boot CRL, Proper KI, Bongers PM, van der Beek AJ. Effectiveness of a Worksite Mindfulness-Related Multi-Component Health Promotion Intervention on Work Engagement and Mental Health: Results of a Randomized Controlled Trial. *PLoS one.* 2014;9(1):urn:issn:1932-6203.
69. Wayment HA, Huffman AH, Eiler BA. A brief "quiet ego" workplace intervention to reduce compassion fatigue and improve health in hospital healthcare workers. *Applied Nursing Research.* 2019;49:80-5.


70. Socialstyrelsen. Metodguiden. KBT Kognitiv beteendeterapi [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. [citerad 22 januari 2021]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/kbt-kognitiv-beteendeterapi/>
71. Seligman M. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being: Nicholas Brealey Publishing; 2011.
72. Lallukka T, Haaramo P, Rahkonen O, Sivertsen B. Joint associations of sleep duration and insomnia symptoms with subsequent sickness absence: the Helsinki Health Study. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(5):516-23.
73. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S, et al. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep*. 2008;31(6):875-80.
74. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. 1997;12(1):38-48.
75. Dinas P C, Koutedakis Y, FAD. Effects of exercise and physical activity on depression. *Ir J Med Sci*. 2011;180:319-25.
76. Löve J, Holmgren K, Torén K, Hensing G. Can work ability explain the social gradient in sickness absence: a study of a general population in Sweden. *BMC Public Health*. 2012;12:163.
77. Löve J, Hensing G, Holmgren K, Torén K. Explaining the social gradient in sickness absence: a study of a general working population in Sweden. *BMC Public Health*. 2013;13(1):545.





## Bilagor


För att läsa bilagorna rekommenderar vi att du först laddar ner filen och därefter dubbelklickar på gomet bredvid respektive bilaga för att öppna bilagan. Som ett alternativ kan du öppna menyn för bifogade filer i din pdf-app och sedan klicka på rätt bilaga i den menyn.

Bilaga 1. Litteratursökningar 

Bilaga 2. Referenslista över exkluderade artiklar 

Bilaga 3. Beskrivning av studier med interventioner på organisationsnivå 

Bilaga 4. Beskrivning av studier med interventioner på individnivå 

Bilaga 5. Översikt över hur studierna mätte utfall 

Den här rapporten ger en övergripande bild av kunskapsläget om universella arbetsplatsbaserade interventioner för att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. Resultaten bygger på en kartläggande litteraturöversikt och tyder på att det finns goda möjligheter att få både kortsiktiga och mer långsiktiga effekter på psykisk ohälsa genom insatser på organisationsnivå och individnivå.

Målgruppen för rapporten är myndigheter med ansvar för arbetsmiljö, beslutsfattare, arbetsgivare, forskare och tjänstemän på nationell, regional och lokal nivå som arbetar med preventiva insatser inom arbetslivets arena.

---

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

**Solna** Nobels väg 18, 171 82 Solna. **Östersund** Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)