

NR 2008;42:I

Psykisk arbetsskada

Peter Westerholm (red.)

ARBETE OCH HÄLSA

|

VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 978-91-85971-01-5

ISSN 0346-7821



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Arbete och Hälsa

Skriftserien Arbete och Hälsa ges ut av Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet. I serien publiceras vetenskapliga originalarbeten, översiktsartiklar, kriteriedokument, och doktorsavhandlingar. Samtliga publikationer är ”referee”-granskade.

Arbete och Hälsa har en bred målgrupp och ser gärna artiklar inom skilda områden.

Instruktioner och mall för utformning av manus finns att hämta på <http://www.amm.se/aoh>

Där finns också sammanfattningar på svenska och engelska samt rapporter i fulltext tillgängliga från och med 1997 års utgivning.

Arbete och Hälsa

Chefredaktör: Kjell Torén
Redaktion: Maria Albin, Ewa Wigaeus
Tornqvist, Marianne Törner, Wijnand Eduard,
Lotta Dellve och Roger Persson
Teknisk redaktör: Gunilla Rydén
Redaktionsassistent: Anna-Lena Dahlgren

© Göteborgs universitet & författare 2008
Göteborgs universitet, 405 30 Göteborg

ISBN 978-91-85971-01-5
ISSN 0346-7821
<http://www.amm.se/aoh>
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Redaktionsråd:

Tor Aasen, Bergen
Berit Bakke, Oslo
Lars Barregård, Göteborg
Jens Peter Bonde, Århus
Jörgen Eklund, Linköping
Mats Eklöf, Göteborg
Mats Hagberg, Göteborg
Kari Heldal, Oslo
Kristina Jakobsson, Lund
Malin Josephson, Uppsala
Bengt Järvholm, Umeå
Anette Kærgaard, Herning
Ann Kryger, Köpenhamn
Svend Erik Mathiassen, Gävle
Sigurd Mikkelsen, Glostrup
Gunnar D. Nielsen, Köpenhamn
Catarina Nordander, Lund
Karin Ringsberg, Göteborg
Torben Sigsgaard, Århus
Staffan Skerfving, Lund
Kristin Svendsen, Trondheim
Gerd Sällsten, Göteborg
Allan Toomingas, Stockholm
Ewa Wikström, Göteborg
Eva Vingård, Uppsala

Förord

Denna skrift behandlar psykisk arbetsskada. Den utgör en utveckling och uppdatering av den skrift som tidigare getts ut om samma ämne i skriftserien *Arbete och Hälsa* som utgåva nr 1996:14, författad av Göran Struwe, AnneMarie Pettersson och Tore Hällström. Motivet för att revidera skriften var bl.a. behovet att beakta den förnyade lagstiftning om arbetsskadeförsäkring med delvis ändrade bevisregler som trädde i kraft från 1 juli 2002.

Arbetet initierades under år 2004 i dåvarande AFA Trygghetsförsäkrings Medicinska Råd. Det Medicinska Rådet avvecklades år 2005, men arbetet med denna skrift har fullföljts av Peter Westerholm i samarbete med Ingvar Lundberg, båda vid Arbets- och Miljömedicin, Uppsala Universitet, Peter Allebeck, Karolinska Institutet, Hans Ågren, Sahlgrenska Akademin, Göteborg och Lars Baltzari, AFA Försäkring.

Den uppgift vi tog på oss var att behandla frågor psykisk hälsostörning eller sjukdom och deras samband med psykiska belastningsfaktorer i arbetet. Genomgången av psykiska sjukdomar har utförts som en systematisk litteraturgenomgång inriktad mot tillstånd av depression och ångest. Ett kapitel om psykisk arbetsbelastning och nack- och skulderbesvär (Bo Melin, Karolinska Institutet, Stockholm) fanns initialt med i vårt koncept men har brutits ut och kommer att ges ut som separat skrift.

De förklarings- eller orsaksfaktorer som behandlas i skriften kan sammanfattas som kategorin ”psykisk belastning” i dess olika dimensioner. Inledningsvis introduceras problemområdet översiktligt med angivande av de avgränsningar vi valt att göra (kap. 1) följt av en genomgång av försäkringsmässiga beviskrav utgående från lagen om arbetsskadeförsäkring (kap.2). I ett tredje kapitel (kap.3) redovisas den systematiska litteraturgenomgången av frågor om samband mellan arbete och psykisk sjukdom (depression och ångesttillstånd). I kapitel 4 beskrivs sex domstolsärenden av psykisk arbetsskada som prövats i hög rättsinstans. Skriften avslutas med överväganden och sammanfattande bedömningar.

Skriftens författare står för de kapiteltexter de själva skrivit. För de överväganden som avslutar skriften står författarna Ingvar Lundberg, Hans Ågren och Peter Westerholm gemensamt.

Författarna har under skrivandet anordnat ett arbetsinternat i november 2004 och därutöver mötts vid upprepade tillfällen för att nå en samsyn på de frågor som behandlas i skriften.

Skriften har i konceptform genomgått granskning av sakkunniga vid två tillfällen. Den första granskningen ledde till en genomgripande ändring av metodansatsen beträffande psykisk sjukdom. En ytterligare granskning har föranstaltats av *Arbete & Hälsa*. Denna har ävenledes resulterat i en textrevision.

Vi framför ett varmt tack för de värdefulla och konstruktiva synpunkter och förslag till förbättringar av texten som kom fram i denna sakkunniga granskning. De har beaktats i stor utsträckning - dock inte fullt ut på några enstaka punkter.

Vi riktar ett postumt tack till Börje Tillbom, AFA Försäkring, för hjälp med att ta fram åskådliga domstolsfall ur AFA Försäkrings arkiv och även för de många goda råd han gav oss under vårt skrivarbete. Börje avled hastigt i januari 2008 på grund av sjukdom.

Vi vill rikta vårt tack till AFA Försäkring som med ett ekonomiskt bidrag gjort det möjligt för oss att sammanställa denna skrift. Vi vill också tacka Monica Söderholm, tidigare Arbetslivsinstitutet, för skicklig teknisk redigering och beredning av vårt manus för tryckning.

Det är vår förhoppning att skriften skall underlätta försäkringsmedicinska bedömningar i tillämpning av lagen om arbetsskadeförsäkring i frågor där psykisk belastning i arbetet åberopas som skadlig inverkan och orsaksfaktor. Vi ser gärna att skriften bidrar till diskussion om de vetenskapliga spörsmål som berörs och om de praktiska frågor av många slag som aktualiseras i sökande efter underlag för vetenskapligt baserade beslut i Försäkringskassan eller i rättsinstanser där detta slag av ärenden avgörs. Sådana diskussioner kan behöva föras både av de medicinska specialister som engageras i försäkringsmässiga bedömningar och av många andra som har att använda detta slag av material för praktiska beslut i enskilda försäkringsärenden.

För författargruppen

Peter Westerholm (red.)

Innehållsförteckning

Förord

Författarlista

Kapitel 1. Introduktion	1
<i>Peter Westerholm, Ingvar Lundberg och Hans Ågren</i>	
Kapitel 2. Lagen om arbetsskadeförsäkring med bevisregler	18
<i>Lars Baltzari</i>	
Kapitel 3. Depressions- och ångesttillstånd som arbetsskada. En systematisk översikt över den vetenskapliga litteraturen med relevans för bedömningen	24
<i>Ingvar Lundberg, Peter Allebeck, Peter Westerholm och Hans Ågren</i>	
Kapitel 4. Rättsfall - sex utvalda mål som prövats i kammarrätt	76
<i>Peter Westerholm</i>	
Kapitel 5. Överväganden	85
<i>Peter Westerholm, Ingvar Lundberg och Hans Ågren</i>	
Sammanfattning	90
Abstract	91

Författarlista

Peter Allebeck
Institutionen för folkhälsovetenskap
Karolinska institutet
171 76 STOCKHOLM
peter.allebeck@ki.se

Lars Baltzari
AFA Försäkringar
106 27 STOCKHOLM
lars.baltzari@afaforsakring.se

Ingvar Lundberg
Uppsala universitet
Institutionen för Medicinska Vetenskaper
Arbets- och Miljömedicin
Ulleråkersvägen 38-40
751 85 UPPSALA
ingvar.lundberg@medsci.uu.se

Peter Westerholm
Uppsala universitet
Institutionen för Medicinska Vetenskaper
Arbets- och Miljömedicin, Ulleråkersvägen 38-40
751 85 UPPSALA
peter.westerholm@medsci.uu.se

Hans Ågren
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Sektionen för psykiatri och neurokemi
Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra
416 85 GÖTEBORG
hans.agren@gu.se

Kapitel 1

Introduktion

Peter Westerholm, Ingvar Lundberg och Hans Ågren

Arbete kan vara främjande för hälsa i vid mening och också skydda mot ohälsa. Arbete kan också orsaka såväl fysisk som psykisk ohälsa. Sverige har ett internationellt sätt högt genomsnittligt arbetskraftsdeltagande. Vårt socialförsäkringssystem skall vid sjukdom kunna ge ersättning för inkomstbortfall. Därutöver finns en särskild lagstiftning om ersättning vid arbetsskada. Begreppet ”arbetsskada” är en försäkringsterm som avser skador till följd av olycksfall och annan skadlig inverkan i arbetet. Sjukdomar orsakade av arbetet, s.k. ”arbetsjukdomar” är en kategori som ingår i begreppet arbetsskada. I den ingår alla de olika sjukdomar som kan komma att bedömas som orsakade av arbete eller arbetsförhållanden. Särskilda regler finns för försäkringsmässig prövning av sådana skador och sjukdomar. Där prövningen resulterar i att en anmäld skada godkänns som arbetsskada utgår ekonomisk ersättning från arbetsskadeförsäkringen på en högre ekonomisk nivå än den som normalt utges från socialförsäkringarna vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom. Denna skrift behandlar förutsättningarna i prövning av om ett ohälsotillstånd eller sjukdom hos en enskild människa som hänförs till psykisk belastning i arbetet skall kunna ses som orsakat av arbetet och därmed försäkringsmässigt kunna bedömas som arbetsskada.

I hälso- och sjukvård, i företagshälsovård och i statistik från Försäkringskassan observeras en ökande frekvens av psykisk ohälsa som orsak till lång tids sjukfrånvaro och sjukbidrag. Således observerades i Riksförsäkringsverkets (från 2006 Försäkringskassans) statistik 2004 att gruppen psykiska sjukdomar som grund för utbetalning av förtidspension/sjukbidrag ökade med 55.000 personer vid jämförelse mellan åren 1991 och 2002. För män noterades i denna jämförelse en ökning med 55% och för kvinnor med 68%. När det gäller långvariga sjukskrivningar (90 dagar eller längre) har Lidwall, Marklund och Skogman Thoursie (2005) bland kvinnor observerat en ökning av andelen med långvariga sjukdomar med psykiatrisk diagnos från 17% under tidsperioden 1992-1994 till 28% under perioden 1999 - 2002. För män var motsvarande ökning under samma tid från 18 % till 23%. Det rör sig alltså om en ökning både av det absoluta antalet personer i denna diagnoskategori och en ökning av kategorins andel bland personer med lång tids sjukfrånvaro.

En statistikkälla som upplyser om omfattningen av just arbetsskador är Försäkringskassans statistikbas ”Ulla”. Från den har hämtats följande tabell utvisande antal prövade fall av psykisk arbetsskada och även antal godkända arbetsskador under år 2005 fördelad på kön och län.

Prövning och Godkännande år 2005 av psykiska sjukdomar och besvär (F00-F99) som arbetsskada

Tabell 1 A. Antal prövade ärenden (F00-F99):

Län	Kvinna	Man	Totalt
01 Stockholm	324	160	484
03 Uppsala	83	33	116
04 Södermanland	65	25	90
05 Östergötland	50	43	93
06 Jönköping	88	47	135
07 Kronoberg	18	8	26
08 Kalmar	25	14	39
09 Gotland	5	7	12
10 Blekinge	14	12	26
12 Skåne	228	112	340
13 Halland	39	21	60
14 Västra Götaland	345	193	538
17 Värmland	59	40	99
18 Örebro	63	22	85
19 Västmanland	40	22	62
20 Dalarna	50	18	68
21 Gävleborg	49	24	73
22 Västernorrland	27	16	43
23 Jämtland	31	10	41
24 Västerbotten	35	18	53
25 Norrbotten	15	20	35
26 Utlandskontoret	2	1	3
Totalt	1655	866	2521

Källa: Försäkringskassans statistiksystem ULLA februari 2007

I tabell 1A redovisas antalet under år 2005 med avseende på psykisk arbetsskada prövade ärenden och i tabell 1B den länsvis uppställda registrerade andelen av anmälda och prövade ärenden som Försäkringskassans godkänner som arbetsskada.

Vad gäller anmälningar till Försäkringskassan av psykisk arbetsskada finns regionala skillnader. Antal anmälda fall per 1 000 totalbefolkning (män + kvinnor) för hela riket år 2005 var 0,28. Högsta talen återfinns i Stockholms län (0,44) och Västra Götaland (0,35) medan Kronobergs län och Kalmar län visar de lägsta talen härvidlag - 0,15 respektive 0,17.

Av tabell 1 A framgår den kvinnliga övervikten när det gäller antal till försäkringskassan anmälda ärenden av psykisk arbetsskada. Den noteras i samtliga län undantagandes Gotlands och Norrbottens län. Tabell 1 B visar hur andelen godkännanden av prövade ärenden fördelar sig över landets län med ett genomsnitt (män och kvinnor) på 14 % med lägsta värde 2% (Jämtlands län) och högsta 31 % (Kronobergs län). Det finns också i frekvensen godkännanden en könsskillnad så till vida att i prövningen synes män ha en högre frekvens av godkännanden än kvinnor – undantagandes Kronobergs och Jönköping län där andelen godkännanden av kvinnors anmälda ärenden är större än hos länets män En vidare observation är de regionala variationerna i godkännandefrekvens, med yttervärdena för män

Tabell 1B. Beviljade arbetsskadelivräntor (F00-F99):

Län	Antal beviljade			Beviljandefrekvens		
	Kvinna	Man	Totalt	Kvinna	Man	Totalt
01 Stockholm	39	29	68	12%	18%	14%
03 Uppsala	11	5	16	13%	15%	14%
04 Södermanland	9	6	15	14%	24%	17%
05 Östergötland	5	11	16	10%	26%	17%
06 Jönköping	11	4	15	13%	9%	11%
07 Kronoberg	6	2	8	33%	25%	31%
09 Gotland	0	0	0	0%	0%	0%
08 Kalmar	4	3	7	16%	21%	18%
10 Blekinge	1	2	3	7%	17%	12%
12 Skåne	11	19	30	5%	17%	9%
13 Halland	7	6	13	18%	29%	22%
14 Västra Götaland	39	38	77	11%	20%	14%
17 Värmland	12	9	21	20%	23%	21%
18 Örebro	2	2	4	3%	9%	5%
19 Västmanland	3	5	8	8%	23%	13%
20 Dalarna	7	7	14	14%	39%	21%
21 Gävleborg	8	6	14	16%	25%	19%
22 Västernorrland	1	4	5	4%	25%	12%
23 Jämtland	1		1	3%	0%	2%
24 Västerbotten	1	2	3	3%	11%	6%
25 Norrbotten	1	8	9	7%	40%	26%
26 Utlandskontoret	0	0	0	0%	0%	0%
Totalt	179	168	347	11%	19%	14%

Källa: Försäkringskassans Statistiksystem "ULLA" 2007

och kvinnor sammantagna som lägst 2 % i Jämtlands län (Utlandskontorets 0 % ej medtagen) och 31 % som högsta notering (Kronobergs län). En administrativ statistik av detta slag upplyser inte om orsaker till de observerade variationerna mellan län och mellan män och kvinnor. Den kan bero på skillnader mellan län och mellan kön när det gäller typ av ärenden anmälda till FK. Den kan teoretiskt sett också bero på regionala och könsrelaterade skillnader när det gäller förekomst av arbeten medförande psykisk belastning i sådan grad att man kan se arbetet som en skadlig inverkan för den anmälda psykiska sjukdomen. Det är också fullt tänkbart att försäkringskassans beslut om samband mellan arbete (skadlig inverkan) och anmäld psykisk sjukdom kan variera mellan landets län på grund av olikheter i bedömningar av den psykiska belastningen respektive frågan om samband mellan arbetsfaktorer och sjukdomen.

Orsakerna till psykiska sjukdomar är endast delvis kända. Arvsfaktorer, sociala bakgrundsfaktorer och förhållanden i livsmiljön under barndom och uppväxttid har betydelse. Inverkan av arbete och arbetsförhållanden är ett i stor utsträckning okänt forskningsområde. De kan orsaka eller bidra till många slag av ohälsotillstånd eller sjuklighet. De kan också påverka både förlopp och utsikter till rehabilitering och läkning när hälsan – häri innefattat den psykiska hälsan - på något sätt kommit i obalans. Arbete kan också innehålla faktorer som främjar hälsa i olika avseenden. Socialt stöd är ett exempel på en miljöfaktor som kan ha en modifierande effekt när det gäller upplevd psykisk belastning. Sambanden mellan en enskild persons hälsa och förhållanden i personens livsmiljö, häri innefattat arbetsmiljö, är komplexa och mångfasetterade. Många faktorer i arbetet och i livsmiljön utanför arbetet kan,

enskilt eller i kombinationer, påverka ett hälsotillstånd. I grunden är det också en fråga om de berörda individernas personliga egenskaper. Man kan vara mer eller mindre mottaglig eller sårbar och på motsvarande sätt svårpåverkad när det gäller psykisk belastning. Enskilda individer kan drabbas och reagera på ett sätt som av både individen och omgivningen uppfattas som ett sjukdoms- eller ohälsotillstånd. Fråga kan då uppkomma om tillståndet är att uppfatta som en arbetsskada. Först som sist är det väsentligt att hålla i minnet att psykiska sjukdomar är något som förekommer i befolkningen helt oavsett psykisk belastning, stress och andra förhållanden i arbetet eller på en arbetsplats.

Psykisk belastning – stress

I detta och följande avsnitt behandlar vi begreppet ”Stress”. Motivet är den vanligt förekommande tankemodell som säger att psykisk belastning kan utlösa ett stresstillstånd som kan få lång varaktighet och yttra sig som en sjukdom. Enligt European Agency for Health and Safety at Work 2002 är begreppet arbetsrelaterad stress en samlingsbenämning på känslomässiga, kognitiva, beteendemässiga och fysiologiska reaktioner på negativa, obehagliga eller skadliga upplevelser hänförliga till arbetsinnehåll, arbetsorganisation eller arbetsmiljö. Sådan stress kan orsakas av en bristande anpassning mellan människan och arbetet, av konflikter mellan uppgifter och roll på arbetsplatsen och utanför arbetet och av upplevd avsaknad av egen rimlig kontroll över arbetsförhållanden och den egna livssituationen.

Med arbetsrelaterad psykisk belastning avses här förhållanden i arbetet eller på arbetsplatsen som kan ge upphov till upplevelser av stress. Belastningen kan då ses som en stressor i miljön som i princip uppträder som en exponeringsfaktor. Denna exponering kan, beroende på omständigheterna, utgöra den skadliga inverkan som orsakar en psykisk arbetsskada.

Människor varierar avsevärt i sina upplevelser och reaktioner på psykiska belastningsfaktorer. Stress är alltså i princip en svarsreaktion på inverkan av en stressor som utgörs av psykisk belastning. Den kan innefatta många olika slag av psykisk och även kroppslig reaktion såsom sänkt sinnesstämning, aggressivitet, psykiska och muskulära spänningstillstånd, blodtryckspåverkan m.m. En stressreaktion är i sig inte att se som något sjukligt. Det är en normal företeelse.

Stressorer på en arbetsplats kan t.ex. finnas i arbetets organisation och ledning vilka leder till krav som personen upplever som orimligt höga i den meningen att arbetet inte kan utföras på ett tillfredsställande sätt. Till upplevelsen av stress kan också bidra upplevd avsaknad av socialt stöd från arbetsledning och arbetskolleger på eller utanför arbetsplatsen och avsaknaden av belöningsfaktorer. Stressreaktioner är resultat av en komplex samverkan mellan yttre belastning, personlighet och modifierande faktorer.

I granskning av arbetsrelaterade belastningsfaktorer i förhållande till en upplevelse av psykisk belastning i arbetet kan inte nog framhållas de individuella variationernas betydelse. Det som person A upplever som en påtaglig belastning kan för person B te sig fullkomligt betydelselöst. Person C kan uppleva situationen som positiv och stimulerande. Den enskildes upplevelse avgör om belastningen är obetydlig eller betydande. Det har vi som yttre iakttagare inte några kriterier för att kunna avgöra. Detta gäller såväl arbetsfaktorer som faktorer i privatlivet som kan utgöra psykiska belastningsfaktorer och också utlösa tillstånd av stress. Stress är något som en enskild individ upplever och erfar.

Där ett psykiskt ohälsotillstånd uppkomst hänförs till faktorer i arbetet är det nödvändigt att i en bedömning beakta både individens egenskaper innefattande sårbarhet eller mottaglighet, alltså allt det som sammantaget kan ses som det ”befintliga skick” som den försäkrade individen befinner sig i sin sociala miljö. Därtill skall läggas eventuell inverkan av arbetsfaktorer innefattande arbetsorganisation och arbetsledning.

Arbetsorsakad Stress

Under den senare hälften av 1900-talet har utvecklats stressteoretiska modeller där psykisk belastning som orsak till s.k. stress i arbetet hänförs till en obalans mellan de krav som arbetet ställer på individen och de förutsättningar som individen har respektive ges för att kunna svara mot sådana krav. I de flesta modellerna beaktas också faktorer som kan skydda individen mot respektive motverka eller kompensera för belastningen, exempelvis socialt stöd av ledning, arbetskolleger och anhöriga. En ofta återopad stressmodell som lanserats av Karasek (1974) och som sedan utvecklats vidare av Karasek och Theorell (1990) grundas oftast på bedömningar av individens upplevda arbetskrav och på motsvarande sätt av dennes upplevda möjlighet till egen kontroll av förhållandena. Såväl höga arbetskrav som liten möjlighet att utöva egen kontroll utgör stressorer. Metoder har utarbetats för deras mätning eller skattning på individ- och gruppnivå. Modellen har under senare år kompletterats med faktorgruppen ”socialt stöd” från arbetsledning, arbetskamrater, närstående m.fl. som kan – där den finns och kan verka - utgöra en motbalanserande faktor med skyddseffekt i en obalans mellan krav och kontroll i arbetet, se Karasek och Theorell (1990) och Theorell (2006).

I en annan stressmodell som lanserats av Siegrist (1996) och som grundas på obalans mellan å ena sidan arbetsinsats, betingad av en kombination av yttre arbetskrav och inre ambition och drivkrafter sedda som belastningsfaktorer och å andra sidan personligt utbyte i form av det som kan innefattas i begreppet belöning. Dessa kan t.ex. vara en tillfredsställande lön, uppskattning av överordnade och arbetskolleger och trygghet i arbete eller anställning. Enligt modellen kan en obalans mellan insats och belöning leda till ett tillstånd av stress eller annan ohälsa.

Upplevelsen av rättvisa och rimlighet i arbetsorganisation och arbetsledning som en socialpsykologisk belastningsfaktor har lanserats av Thibaut & Walker (1975). Tankemodellen var att en arbetsledning som i organisation eller personligt uppträdande upplevs som orättvis kan utgöra orsak till tillstånd av stress. Kivimäki et al (2003) har observerat att avsaknaden av faktorn ”organizational justice” – i översättning svarande mot ”rättvis behandling av personal” – kan utgöra en riskfaktor för psykisk sjuklighet.

Samtidigt erinras att verksamt socialt stöd från arbetsledning och arbetskolleger har visats påverka upplevelse av psykisk belastning i arbetet. Upplevelsen av höga arbetskrav kan t.ex. lindras av sociala stödfaktorer - i arbetet eller i sociala nätverk utanför arbetet. Socialt stöd kan rent av verka som en skyddsfaktor. Se t.ex. översikt av Cooper (1998).

Vi går inte här in närmare på dessa teoretiska modeller för psykosocial belastning och därmed sammanhängande tillstånd av stress. De metoder som används i kartläggningar och andra undersökningar utgående från dem är enkäter och intervjuguidar inriktade mot stress. De inriktas som regel inte mot psykisk sjukdom. De har därför begränsad användbarhet då man söker redskap för att undersöka individärenden.

Hälsoeffekter av stress

Det är ett välkänt förhållande att psykisk belastning kan utlösa kraftiga eller till och med extrema reaktioner eller beteenden hos individen. Reaktionen är som regel inte specifik. Den kan utlösas av högst olikartade omständigheter i människans livsmiljö. Den kan kvalitativt vara av olika slag. Så t.ex. kan till krav från kunder i ett servicearbete läggas de krav som samma person upplever som riktade mot sig från t.ex. åldriga och vårdbehövande föräldrar i den egna närmiljön utanför arbetet.

I den vetenskapliga litteraturen finns beskrivningar av hur hög psykisk belastning, till vilken kan bidra faktorer såsom högt arbetstempo, miljömässig oklarhet och osäkerhet om arbetsuppgiften, monoton och dåligt inflytande m.fl. kan orsaka upplevelser av stress. I vetenskapsvärlden förs också diskussioner om huruvida de kan relateras till uppkomst av ohälsa såsom hjärt- och kärlsjukdomar, smärttillstånd i kroppens rörelseapparat, fetma och ämnesomsättningssjukdomar och mycket mer. Vi går i denna skrift inte in på dessa frågor.

De mentala hälsostörningar som kan sättas i samband med arbete eller livsmiljö i övrigt varierar kvalitativt och kvantitativt inom vida gränser och kan innefatta allt från upplevelser av lätta stressreaktioner till allvarlig och djupgående störning av den psykiska hälsan med psykotiska inslag. De kan på läkarintyg benämnas depression, Posttraumatiskt Stress-syndrom (PTSD), neurasteni, utmattningsdepression, ångestsymtom, sömnsvårigheter, kronisk trötthet och mycket mer. De kan också bli av sådan varaktighet att prövning av frågeställning om arbetskada aktualiseras. Se Kapitel 3 (Lundberg I, Allebeck P, Westerholm P och Ågren H).

Generellt gäller att det psykiatriska sjukdomsbegreppet är vidare och mer heterogent än det sedvanligt medicinska. Allvarliga tillstånd av psykisk störning kan utan svårighet betraktas som sjukdomar. För lindrigare psykiska symtom som har uppenbar förklaring i närmiljön kan avgränsningen från helt normala reaktionsmönster vara svår att ange på ett precist sätt. Av denna anledning har man inom hälso- och sjukvården i ökande utsträckning lämnat sjukdomsbenämningar och i stället alltmer övergått till att använda benämningen psykisk störning för tillstånd som tidigare benämndes med en psykiatrisk diagnos (Ottosson 2004).

I denna skrift har vi till utgångspunkt att en psykisk arbetskada låter sig definieras med en allmänt etablerad diagnos enligt den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD) eller det - för området psykiska sjukdomar – internationellt giltiga instrumentet Diagnostic and Statistical Manual för Mental Disorders (DSM). Det är ett väl bekant förhållande att avgränsningarna mellan psykisk sjukdom - psykisk ohälsa och hälsa eller frisktillstånd är av flytande slag och kan även uppvisa betydande variationer mellan olika observatörer och situationer. Detsamma kan sägas gälla avgränsningar mellan normala sätt att reagera på en påfrestning respektive nära nog patologiska eller klart patologiska reaktionsmönster. De tillstånd som avhandlas i denna skrift yttrar sig genom påtagliga sjukdomssymptom med viss varaktighet. De orsakar lidande och funktionsnedsättning. Tillstånden kan praktiskt taget alltid benämnas med de termer och begrepp som återfinns i ICD respektive DSM. Motivet för användning av vedertagna diagnosbegrepp i utredning och handläggning av psykisk arbetskada är behovet att tillgå aktuell kunskapsfront i den vetenskapliga litteraturen för att få fram uppgifter om förekomst och aktuell kunskap om orsaksfaktorer. Den diagnostiska benämningen utgör ingång i sökningar av aktuell litteratur med sökmotorer i bibliografiska databaser såsom MedLine m.fl. Sjukdomen måste kunna ges ett namn.

Faktorer som påverkar bedömning av psykisk sjukdom

Det är på sin plats att erinra om några generella förhållanden som behöver beaktas då de kan orsaka svårigheter i bedömning av en psykisk sjukdoms karaktär och av den roll arbetsfaktorer har eller haft i utlösandet av densamma:

- Psykiska sjukdomar förekommer i allmänbefolkningen helt oberoende av arbetsförhållanden
- sjukdomarna/ohälsotillstånden är svåra att definiera med vetenskapligt sett objektiva metoder då diagnoser ställs praktiskt taget helt genom den information som lämnas av personen i fråga
- Sjukdomarna är svårbedömda i fråga om symptoms eller besvärs intensitet
- Vad beträffar sjukdomarnas tänkbara orsaker och förhållanden som bidragit till deras uppkomst är den person som drabbats huvudsaklig informant. Den information som lämnas kan därmed vara subjektivt färgad och någon gång även missvisande
- Orsaksbakgrunden till psykiska sjukdomar är mångfasetterad. Till utlösandet av dem kan bidra arbetsförhållanden, familjeförhållanden och social närmiljö, samhället som livsmiljö och personens psykiska konstitution
- Den diagnostiska benämningen av psykiska sjukdomar påverkas av diagnostisk tradition, de engagerade läkarnas utbildning, av kulturella faktorer och personfaktorer hos berörd person

Bedömning av psykisk arbetsbelastning - stressorer

För karakterisering och bedömning av psykiska belastningsfaktorer (= stressorer) i arbete saknas heltäckande och normerande eller allmänt accepterade metodbeskrivningar. Nedan följer en förteckning av faktorer i arbete och arbetsorganisation som anses kunna orsaka psykisk belastning. De kan bidra till en situation som av individen upplevs som stress. Det finns dock inte vetenskaplig grund att se dem som generellt sjukdomsframkallande eller som skadlig inverkan i tillämpning av lagen om arbetsskadeförsäkring.

- Stor arbetsmängd - högt arbetstempo – tidspress
- Ensidigt, upprepat och monotont arbete
- Bristande kontroll över det egna arbetet
- Oklara förväntningar på arbetsinsats - oklara roller
- Bristande erkänsla
- Upplevelse av orättvisor
- Ständiga förändringar - otrygghet i anställningen
- Risker för hot och våld
- Skiftarbete - oregelbundna arbetstider
- Konflikter - kränkningar - trakasserier
- Svåra / komplexa uppgifter
- Sociala konflikter
- Ensamarbete

I den systematiska genomgången av litteratur som följer i kapitel 3 kommer några av de ovan nämnda faktorerna att diskuteras mera ingående.

Se vidare ”Psykosociala faktorer i arbetsmiljön” 2006 på Arbetsmiljöverkets Internetsida www.av.se

Vägledning om de faktorer och förhållanden som kan aktualiseras i utredningar om arbetsskada kan fås dels i praktiskt inriktade dokument såsom Arbetsmiljöverkets Allmänna Råd (1980). Andra länders erfarenheter och bedömningar kan på motsvarande sätt inhämtas via INTERNET, t.ex. Storbritanniens Health and Safety Executive, HSE (UK). I vetenskaplig litteratur finns information att få om psykosociala miljöns psykiska konsekvenser både inom och utanför arbetslivet, se t.ex. Theorell (2002).

Arbetsorsakad psykisk sjukdom - regelsystemet

Den nu gällande lagen om arbetsskadeförsäkring och dess förarbeten presenteras i Kapitel 2 i denna skrift av Lars Baltzari. För att en psykisk sjukdom skall komma i fråga för godkännande som arbetsskada i tillämpning av gällande lag om arbetsskadeförsäkring och därav följande praxis ställs vanligen krav på att hälso- eller ohälsotillståndet stabiliserats och att det haft en varaktighet på minst ett år.

Personlighet

Reaktioner på psykisk belastning och utlösande av stressreaktioner är bl.a. beroende av personliga egenskaper. Det är ett välkänt förhållande att personlighet, formad genom arv, levnadsomständigheter och erfarenheter kan ha stor inverkan på en persons anpassningsförmåga och beteenden i en psykiskt belastad livssituation.

Personlighet kan ses som en sammanfattning av observerad personlig läggning med viss stabilitet över tid och ett återkommande beteende- eller reaktionsmönster. Den kan också beskrivas t.ex. med användning av psykologisk terminologi och i personlighetspsykologin klassiska karakteristika som utåtvändhet, pålitlighet, nervositet, öppenhet och sociabilitet. I ICD-10 (10:e versionen av International Classification of Diseases = Världshälsoorganisationens Internationella sjukdomsklassifikation) ges exempel på ett antal personlighetstyper respektive personlighetsdrag vilkas bärare kan ha avvikande eller mindre vanliga reaktionsmönster i fråga om känsloreaktioner, självdisciplin, interpersonella relationer och förmåga till anpassning till förhållanden på en arbetsplats.

Personlighet och personlighetsdrag kan påverka en persons förmåga att hantera och bemästra ett ohälsotillstånd oavsett detta yttrar sig genom kroppssymtom, som funktionsstörningar eller som en psykisk störning. Frågor om personlighet, d.v.s. ”hur man är som person” ligger nära frågor om ”känslighet”, som är det begrepp som behandlas i förarbetena till från 1 juli 2002 gällande lag om arbetsskadeförsäkring. Personlighet och personlighetsdrag, innefattande egenskaper som sårbarhet och mottaglighet för skadefaktorer, utgör sammantagna det ”befintliga skick” i vilket alla som omfattas av arbetsskadeförsäkringen är försäkrade. Det är en viktig utgångspunkt i tillämpningen av denna försäkring. Se kapitel 2 (Lars Baltzari).

Samband arbete - arbetsskada. Vetenskaplig bevisning

Epidemiologiska studier

I lagen om arbetsskadeförsäkring fastställs (2 kap, 1 §) att ”Med arbetsskada förstås i denna lag skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet. En skada skall anses ha uppkommit av sådan orsak, om övervägande skäl talar för det”. Två observationer aktualiseras vid läsning av lagtexten. Den ena är av kvalitativt slag. Den gäller

orsakssambandets rimlighet eller trovärdighet. Den andra gäller en kvantitativ aspekt. Lagens krav på bevisning uttrycker som ett villkor för godkännande att ”övervägande skäl talar för ett samband”. Frågan gäller om tillgänglig bevisning är av sådant slag och bevisvärde att andra förklaringsgrunder än arbete och arbetsförhållanden skall kunna betraktas som mindre sannolika. Det räcker alltså i princip inte att identifiera arbetet som en tänkbar orsak till det tillstånd som iakttas. För att kravet på ”övervägande skäl” skall vara tillgodosett krävs ett underlag som medger bedömningen att arbete eller arbetsförhållanden är mer sannolika som orsaksfaktorer till sjukdomen än alternativa förklaringar. Detta är ett vetenskapligt sett högt ställt beviskrav. I grunden är det ett krav av kvantitativ karaktär. Man söker den faktor som med störst säkerhet förklarar den bedömda sjukdomens uppkomst.

Det vetenskapliga material som vanligen används i första hand vid bedömning av kvantitativa samband mellan en exponering eller belastningsfaktor och skada/sjukdom utgörs av publicerade epidemiologiska undersökningsrapporter. Epidemiologi är läran om förekomst och fördelning av sjukdomar och sjukdomsframkallande faktorer och sambanden dem emellan i grupper av befolkningen.

Många sjukdomar, innefattande psykiska sjukdomar, beror på mer än en orsaksfaktor. Eftersom därtill många sjukdomars orsaker är i stor utsträckning okända och även de mekanismer genom vilka de verkar är det en krävande uppgift att leda i bevis vilka faktorer som haft störst betydelse i uppkomsten av en sjukdom. Härvid skall beaktas att det även kan röra sig om samverkan mellan flera orsaksfaktorer.

I denna skrift behandlas inte närmare den arbetsmedicinska epidemiologins metodfrågor. Den intresserade läsaren hänvisas till texter som ingår i tidigare utgivna underlagsdokument i tidskriftserien ”Arbete och Hälsa”. Se t.ex. Järvholm (2002) och textböcker författade av bl.a. Hernberg (1997) och Rothman (1988).

Faktorerna utgör exponeringsvariabler eller oberoende variabler i förhållande till beroendevariablerna, ofta också benämnda utfallsvariabler, som består av psykisk sjukdom. Se vidare Kapitel 3 i denna skrift (Lundberg I, Allebeck P, Westerholm P och Ågren H).

Bevismaterial

Den första frågan att ställa sig i granskning av ett sakligt underlag för prövning av orsakssamband mellan arbete och ohälsa är vad som är att räkna som vetenskapligt godtagbar bevisning.

I denna skrift har vi valt att för kapitel tre ”Psykiska Sjukdomar” (Ingvar Lundberg, Peter Allebeck, Peter Westerholm och Hans Ågren) söka fram de epidemiologiska studier som har relevans i bedömning av samband mellan arbetsfaktorer och psykisk sjukdom som yttrat sig som tillstånd med symptom av depression och/eller ångest. Granskningen omfattar alltså främst studier utförda med kvantitativ metod. Detaljerad redovisning av tillvägagångssättet ges i Kapitel 3.

Det finns skäl att här erinra om några problem att hantera i användning av epidemiologiskt material som grund i kvantitativa bedömningar av samband miljö-ohälsa. Det första har redan nämnts. Den består i krav på kvalitet i publicerade studier och motsvarande krav i vetenskaplig bedömning av deras relevans.

Ett andra problem består i en knapphet, ibland till och med avsaknad, av vetenskapligt underlagsmaterial med godtagbar kvalitet. Detta är ett allvarligt problem och man nödgas konstatera att i ett betydande antal individärenden som prövas enligt lagen om

arbetskadeförsäkring är man hänvisad att ta beslut på grundval av endast svag vetenskaplig evidens. Det är därför av stor vikt att i granskning av tillgänglig evidens tillämpa metoder som på ett säkert sätt identifierar relevant vetenskaplig dokumentation av kunskapsfront och undersökningar av den kvalitet som krävs.

Ett tredje problem ligger i att epidemiologiska undersökningar belyser samband på kollektiv nivå där samband mellan en förklaringsfaktor och sjukdom eller annat hälsoutfall beskrivs och skattas med angivande av kvantitativa mått som ett gruppfenomen. Ett kvantitativt medelvärde för ett skattat sambandsförhållande i en undersökt grupp kan således maskera den avsevärda individuella variation som finns omkring detta medelvärde. I princip kan man därför förbise ett samband mellan förklaringsfaktor och utfallsvariabel som finns på individnivå men som inte kommer fram när sammanställning görs av resultaten från en grupp bestående av många individer. Det är viktigt att vara medveten om en sådan reservation. I undersökningar där antalet avvikande individer eller spridningen av individuella värden inom en undersökt grupp inte är alltför stort kan en väl upplagd och utförd epidemiologisk undersökning ge en god kvantitativ uppfattning om sambandets styrka som gruppforeteelse. I de bedömningar som görs på individnivå gäller den princip om ”försäkrad i befintligt skick” som tidigare nämnts.

I en bedömning av samband mellan arbetsförhållanden och psykisk sjukdom i ett individuellt fall gäller – i likhet med det som gäller för alla arbetsrelaterade sjukdomar – att utöver uppgifter om den sjukdom saken behövs uppgifter om arbetsförhållanden och om relevanta förklaringsfaktorer i eller utanför arbetet. Vilka skadefaktorer rör det sig om? Under hur lång tid har de verkat och med vilken intensitet?

När det gäller bedömningar av arbetsskada är grundregeln att tillgängligt och utvärderat vetenskapligt underlag skall ses mot bakgrund av de beviskrav som finns i förarbetena till lagen om arbetsskadeförsäkring. Det gäller att ta fram bästa möjliga upplysningar om såväl den åberopade skadliga inverkan som den sjukdom som frågan gäller.

Psykiska sjukdomar som inte behandlas i dokumentet

I detta dokument har behandlingen av psykiska sjukdomar inriktats mot området Depression och Ångestsyndrom. Andra kategorier av väldefinierade psykiska sjukdomar behandlas däremot inte. Det gäller s.k. substansrelaterade störningar, schizofreni och andra psykotiska syndrom, s.k. somatoforma syndrom, personlighetsstörningar, post-traumatiska syndrom, utmattningsdepression och, maladaptiva stressreaktioner. Skälen anges nedan.

Substansrelaterade störningar

Här ingår olika former av alkoholism och narkomani. Man kan föreställa sig att det finns arbetsplatser där alkoholförtäring i någon utsträckning ingår i arbetsvillkoren. Likväl måste man vara klar över att ett betydande element av ”frivillighet” ingår i arbetsrelaterad alkoholkonsumtion. Det är också svårt att göra gällande att alkoholism till övervägande del skulle bero på sådan yrkesmässig förtäring. Substansrelaterade störningar behandlas därför inte i detta dokument.

Schizofreni och andra psykotiska syndrom

Ett psykotisk sjukdomstillstånd definieras genom konstaterande av vanföreställningar eller hallucinationer eller formella tankestörningar. Sjukdomar som schizofreni har alltid någon gång präglats av närvaro något av dessa psykotiska symtom. Med korrekt behandling och

omvårdnad blir de flesta schizofrena individer icke-psykotiska. Det är ett välkänt förhållande att sjukdomssymtomen i allmänhet debuterar före eller kring tiden för första inträdet i arbetslivet. Det finns ringa kunskap kring på vad sätt miljöfaktorer bidrar till sjukdomsutbrottet, och vilka dessa faktorer i sådana fall kan vara. Dessa sjukdomar behandlas därför inte i detta dokument.

Somatoforma syndrom

Dessa diagnoser ges till personer med påtagliga men kliniskt svårgripbara kroppsliga symtom, t.ex. smärtor, symtom från mag-tarmkanalen eller försämringar av koordination och balans, som efter adekvat utredning inte kan förklaras av någon känd sjukdom. Eftersom dessa besvär definitionsmässigt har okänd orsak, kan arbetsförhållanden inte, liksom inte heller livsförhållanden i övrigt, i försäkringsmässig mening utgöra övervägande orsak till dessa tillstånd.

Personlighetsstörningar

Med personlighetsstörning ("personality disorder") avses "ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö". Mönstret ska vara "stabilt och varaktigt" och ska kunna "spåras tillbaka till övre tonåren eller tidig vuxen ålder". Eftersom dessa tillstånd vanligen har sina orsaksfaktorer och yttringar före inträde i arbetslivet behandlas de inte i detta dokument.

Posttraumatiska stressyndrom, utmattningssyndrom, maladaptiva stressreaktioner

Samtliga dessa tillstånd definieras av både en relativt distinkt symtombild och en orsak som förutsätts ha orsakat symtomatologin. I begreppet posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ingår i diagnosen uttryckligen att tillståndet orsakats av ett trauma. Orsakssambandet har sålunda fastställts då diagnosen används.

Utmattningssyndrom

Vad gäller utmattningssyndrom föreligger ett med PTSD – se ovan - analogt förhållande . Vanligen har personer som drabbats av ett s.k. utmattningssyndrom eller utmattningsdepression en klinisk depression svarande mot kriterier angivna i det internationella klassifikationssystemet DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual). Normal praxis är då att benämna tillstånden depression.

Diagnoskategorin utmattningssyndrom lanserades i Sverige 2003 av Åsberg et al (2003). I rapporten "Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa", utgiven i Socialstyrelsens publikationsserie "Underlag från Experter" angavs operationella kriterier för utmattning - som dock ej definieras närmare - och ett antal symtom kring depressivitet och ångest. Utgångspunkten var ett tillstånd som utmärks av en påtaglig brist på energi eller uthållighet. Tillståndet ska ha utvecklats som en följd av identifierbara stressfaktorer. Förslaget var att diagnosen "utmattningssyndrom" inte skulle noteras som självständig diagnos i fall där diagnoskriterierna för något av de tre tillstånden dystymi, egentlig depression, och generaliserat ångestsyndrom (GAD) var uppfyllda. I rapporten från SoS expertgrupp angavs uttryckligen att i sådana fall skall utmattningssyndrom enbart anges som kriteriebaserad tilläggs-specifikation med innebörden att det aktuella tillståndet har en orsak i identifierbara stressfaktorer. Det rör sig alltså om ett tydliggörande av ett sjukdomstillstånds bedömda orsakssamband med en yttre faktor snarare än en ny, oberoende diagnoskategori. Åsberg och medarbetare har som riktvärde och samtidigt kriterium för exponering angett psykisk

belastning under minst sex månader som orsak till utmattningssyndrom Socialstyrelsen (SoS) har sedermera fört in diagnosbegreppet ”utmattningssyndrom” med kodbeteckning F 43.8 A i den av SoS utgivna publikationen innehållande det officiellt gällande systemet för klassifikation av sjukdomar för användning i hälso- och sjukvården. Tillägget är giltigt från och med 1:a januari 2005.

På basis av de erfarenheter som finns i dag av kliniskt bedömda depressionstillstånd kan bedömas att endast ett fåtal individer kan påföras diagnosen utmattningssyndrom utan att det samtidigt föreligger ett tillstånd av klinisk depression.

I prövning av till försäkringskassa anmälda fall av ”Utmattningssyndrom” som arbetsskada avser den skadliga inverkan av lättförstådda skäl just förhållanden i arbetet. I fall där denna diagnos används etableras således redan vid skadans anmälan ett orsakssamband mellan arbete och depressionstillståndet. Orsaken är en del av diagnosen. Vi har därför inte sett det motiverat att i detta dokument gå in på det vetenskapliga underlaget vad gäller samband mellan arbetsförhållanden och den specifika diagnostiska benämningen utmattningssyndrom. Vi vill dock erinra om att internationellt har den vetenskapligt förda diskussionen kommit att inriktas mot begreppet ”Burnout” – svarande mot de svenska benämningarna ”Utbrändhet” respektive ”Utbränning”. Dessa förefaller vara med ”Utmattningssyndrom” nära besläktade begrepp. Vi stannar här vid att ange några referenser till det meningsutbyte som finns om ”Burnout”-fenomenet. Utöver Åsberg et al 2003 se Cox 2005 och Maslach & Leiter 2005. Cox och Tisserand erinrade 2005 i en ledande kommentar till en utgåva av den vetenskapliga tidskriften ”Work & Stress” innehållande fyra artiklar skrivna av Kristensen et al, Halbesleben & Demerouti, Bekker, Croon och Bressers respektive Tars, Le Blanc, Schaufeli och Scheurs om oklara punkter i begreppet ”Burnout”. Dessa är:

- Oklarhet i ”burnout”-begreppets definition och innehållsliga komponenter
- Burnoutföreteelsens beroende av sammanhang. Oklarhet om dess förekomst uteslutande i arbetssammanhang eller om den kan förekomma även utan samband med arbete
- Otydlighet i ”burnout”-företeelsens begreppsliga avgränsning från depression, ångest och andra stressrelaterade företeelser
- Frågan om ”burnout” som något som man antingen drabbats av eller inte och frågor om existensen av lindriga fall
- Cox, Tisserand och Tars efterlyste även en bättre definierad kunskapsfront vad avser orsaksfaktorer och de processer som lagts till grund för användning av det kliniska begreppet ”Burnout”.

Vi har inte anledning att här närmare diskutera huruvida dessa frågor även gäller även diagnosbegreppet ”Utmattningssyndrom” så som detta förklarats i Socialstyrelsens expertrapport av 2003. Vi föredrar en terminologi som ansluter sig till ICD och DSM-systemen. Till rådande begreppsliga oklarhet bidrar den ökande tendens som tycks finnas i användningen av den diagnostiska entiteten ”utmattningssyndrom” som en egen och fristående diagnoskategori lösgjord från synsättet att den utgör en precisering och kvalificering av diagnoserna ”egentlig depression”, ”dystymi” respektive ”generaliserat ångestsyndrom”. Vi avstår här också från att kommentera den debatt som under år 2002 förts i British Medical Journal av Wessely och andra i frågan om ”Chronic Fatigue Syndrome”, i svensk översättning ”Kroniskt utmattningssyndrom”, är att se som ”Disease” eller ”non-Disease”, alltså som en sjukdom eller inte. Det rör sig om ett begrepp som ligger nära

”Utmattningssyndrom” enligt Åsberg et al 2003. Se även Wessely 2001 i diskussion om kronisk utmattning som symptom respektive syndrom. Den vetenskapliga litteraturen om ”Burnout”-syndromet är numera omfattande och kommenteras inte vidare här.

Omgivning och psykisk sjukdom — orsakssamband och terminologi

Socialstyrelsen (SoS) har, som framgått ovan, tillagt diagnosbegreppet ”utmattningssyndrom” med kodbeteckning F 43.8 A i den av SoS utgivna publikationen innehållande det officiellt gällande systemet för klassifikation av sjukdomar för användning i hälso- och sjukvården. Tillägget är giltigt från och med 1:a januari 2005.

Vår föreliggande skrift har inriktats mot att granska vetenskapligt underlag vad gäller samband mellan arbetsrelaterad psykisk belastning och kliniskt signifikant depression. Granskningen har på denna punkt lett till den sammanfattande bedömningen att psykisk belastning, som kan vara sammansatt av faktorer av flera slag kan orsaka eller bidra till kliniskt signifikanta tillstånd av depression. Det är i sådana fall fråga om en psykisk sjukdom. Vi återkommer till detta i skriftens avslutande kapitel. Vad beträffar nomenklatur har vi hållit oss till ”Depression” enligt ICD respektive DSM som sökbegrepp i den internationella vetenskapliga litteraturen. Den sjukdomsentitet som kommit att benämnas utmattningssyndrom ser vi som en delkategori i den överordnade kategorin depression. Som ovan nämnts är det diagnostiska begreppet ”Utmattningssyndrom” så till vida specifikt att den innehåller inte enbart ett kliniskt uttryck utan även orsaken till detsamma.

Det finns skäl att erinra att den under senare tid förda diskussionen om psykiska utmattningssyndrom är en aktualisering av en gammal debatt kring orsakerna till psykisk sjukdom. Är det omgivningen, miljön, någon yttre traumatisk påverkan eller är det den inre sårbarheten, arvet, eller ödet/slumpen som avgör uppträdandet av dessa sjukdomar? Det har i alla historiska kulturer som besitter medicinsk yrkeskompetens varit uppenbart att omgivningstrauman kan utlösa psykisk sjukdom, medan andra personer blir sjuka ändå. I den europeiska psykiatrin kom under slutet av 1800-talet att utvecklas en terminologi med begrepp som ”endogen” sjuklighet, där man antog att den inre biologiska sårbarheten var den väsentliga faktorn, och de nära nog synonyma begreppen ”psykogen” och ”reaktiv” kom att stå för tillstånd där den yttre utlösande problematiken kunde ses som rimlig eller trovärdig. På detta sätt kom också en del enstaka patienter att ges en diagnos som i sin benämning inrymde sjukdomens förmodade orsak(er). Bruk av sådana kausala uttryck i en diagnostisk benämning innebär att man underförstått tagit ställning till orsaken till en patients sjukdom. Uttrycken levde kvar i WHO:s sjukdomsklassifikation ICD-9 (International Classification of Diseases, 9:e utgåvan) och det amerikanska DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual). De kom att leda till en utbredd uppfattning att den korrekta behandlingen av en endogen sjukdom är biologisk/farmakologisk, medan ett psykogent tillstånd skall behandlas med psykologiska metoder eller psykoterapi. Bedömningen av om en patients sjukdom är endogen eller psykogen tillmättes således en avgörande betydelse för beslut exempelvis om en deprimerad patient skulle behandlas med elektrisk chockterapi eller psykoanalys.

Med en ökande klinisk användning av antipsykotiska och antidepressiva läkemedel blev det under 1970-talet alltmer uppenbart att också ”psykogen” sjuka patienter kunde hjälpas med mediciner, och – på motsvarande sätt – endogena depressionstillstånd var tillgängliga för psykoterapi. Insikten blev akut inom amerikansk psykiatri, vilket ledde till en dramatisk

utveckling bort från ICD och mot den nya versionen av DSM-III som publicerades 1979 (Spitzer et al 1979ab). DSM-III är framför allt känd för fyra revolutionerande förändringar:

- 1 Samtliga psykiatriska sjukdomar (eng. 'disorder', svensk officiell översättning 'syndrom') ges en operationell definition som bl a innefattar ett kriterium om personligt lidande och/eller funktionsnedsättning,
- 2 ett multiaxialt diagnostiskt synsätt infördes,
- 3 begreppet 'neuros' avskaffas (medan 'psykos' ges en ny definition: hallucinationer och/eller vanföreställningar och/eller formella tankestörningar, och
- 4 diagnostiken gjordes akausal, d.v.s. förmodad "anledning" till en sjukdomsutveckling skall inte finnas med i diagnosnamnet.

Detta från orsaksfaktorer separerade synsätt innebar också att systemet inte bands till någon specifik psykologisk teoribildning, t ex behaviourism eller psykodynamik. Ord som endogen, psykogen och reaktiv rensades ut från diagnostiken. Man bör vara medveten om att avsikten alltid varit och är alltjämt att diskutera vilken aktuell balans som råder hos en enskild patient mellan t ex yttre påfrestningar och inre sjukdomsbenägenhet. För ett fullt utvecklat depressivt syndrom som uppfyller uppställda kriterier lanserades benämningen 'major depression' som spridit sig över hela världen (sv. egentlig depression).

DSM-III har därefter utvecklats, över DSM-III-R till den aktuella DSM-IV, och används nästan generellt inom internationell psykiatrisk forskning. DSM-V förväntas lanseras 2011-2012. De ovan nämnda DSM-principerna gäller i oförminskad grad. Ett i denna anda framväxande forskningsfält behandlar psykiatrisk epigenetik (d v s omgivningsfaktorers effekter på genuttryck) och mekanismer för hur gener samverkar med sin omgivning ("Gene × Environment [G×E] Interaction", (Moffitt et al 2005, Caspi & Moffitt 2006)). Stress-sårbarhetsmodellen från 1950-talet lever alltså alltjämt stark.

Begreppen utbrändhet, utmattning, utmattningssyndrom och utmattningsdepression grundas på idén om psykiatrisk reaktivitet. Reaktivitet får alltså en avgörande betydelse när det gäller att diskutera huruvida t ex utmattningssyndrom skall uppfattas som en psykiatrisk diagnos där orsakssambandet till arbetsförhållandena fastställts i och med att diagnosen ställts. Där så sker är diagnosens innebörd att den skadliga inverkan i arbetet bedömts som till övervägande del sannolik. En svårighet i sammanhanget utgörs av att en psykiskt sjuk person kan själv vara övertygad att en viss omgivningsfaktor, i detta fall arbetet, är en nödvändig eller tillräcklig orsak till sjukdomen. En balanserad diskussion om alternativa förklaringar kan under sådana omständigheter vara svår att föra.

Vi ser som viktigt att framhålla att vår uppgift inte innefattar att normativt tala om hur diagnostiska etiketter skall användas i hälso- och sjukvården. Grundregeln är självfallet att de benämningar som används och dokumenteras skall vara de som bäst tjänar vårdens ändamål för människor som söker råd och hjälp. Vi förhåller oss dock tills vidare avvaktande till den diagnostiska benämningen "utmattningssyndrom" som alternativ benämning för kliniskt manifest depression. Det föreligger enligt vår uppfattning behov att få den bättre validerad än vad som hittills skett.

Arbetsförhållanden som inte anses ersättningsberättigande enligt LAF

Ett antal arbetsförhållanden som förutsetts kunna utlösa psykisk ohälsa har uteslutits som ersättningsberättigade enligt LAF. Detta har beskrivits i Kapitel 2 (Lars Baltzari) Det gäller:

Företagsnedläggelser kan innebära hot om arbetslöshet, kraftigt försämrad ekonomi, krav på flyttning till annan ort etc. och dessa förhållanden kan också bli verklighet. Det är därmed sannolikt att osäkra anställningsförhållanden också vanligen ses som undantag. Det finns en omfattande litteratur kring arbetslöshetens och osäkra anställningsförhållandens psykiska hälsokonsekvenser som behandlats i stort antal publikationer (se Hallsten et al för en översikt). I detta dokument beskrivs inte hälsokonsekvenserna av arbetslöshet efter företagsnedläggelser eller effekterna av osäkra anställningsförhållanden.

Bristande uppskattning av den försäkrades arbetsinsatser. Det anges inte närmare vilken form av uppskattning man avser och inte heller något om förhållandet mellan arbetsinsats och uppskattning. Bristande uppskattning är ett centralt tema i en av de ledande, s.k. psykosociala, modellerna för hur ohälsa, och däribland psykisk ohälsa, skulle kunna framkallas av olämpliga arbetsförhållanden genom psykologiska mekanismer. Denna, den s.k. effort-reward-modellen (sv: Insats-Belöning), har till grundhypotes att arbeten där arbetsinsatsen är stor samtidigt som uppskattningen i olika avseenden (gäller lön, aktning, befördringsmöjligheter inklusive anställningstrygghet) är bristfällig, är ogynnsamma från hälsosynpunkt.

Vantrivsel med arbetsuppgifter och/eller arbetskamrater. Det är svårt att föreställa sig att förhållanden på arbetet som framkallar psykisk ohälsa inte också skulle kunna framkalla vantrivsel med arbetsuppgifterna och/eller arbetskamraterna. Man kan därmed inte tolka lagstiftningen utan att spekulera kring vad som avsetts. Vetenskapliga rapporter som anknyter till frågeställningen saknas.

Därmed jämförliga förhållanden. Förhållanden som är jämförliga med de ovan uppräknade undantas också från LAF. De uppräknade förhållandena har mycket olika karaktär och det är därför svårt att tolka den avsedda innebörden i hänvisningen till ”jämförliga förhållanden”. Ingen rättspraxis har utvecklats härvidlag.

Vi återkommer till några av de frågor som ovan berörts i en avslutande, sammanfattande kommentar – Kapitel 5.

Referenser

- Arbetsmiljöverket. (2005) *Allmänna råd beträffande psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön*, AFS 1980:14 Arbetslivsinstitutet och Arbetsmiljöverket. Liber Förlag. Se även Arbetsmiljöverket www.av.se
- Arbetsmiljöverket.(2006) *Psykosociala faktorer i arbetsmiljön*.
http://www.av.se/temasidor/stress/psykosociala_faktorer.htm
- Bekker MH, Croon MA, Bressers B (2005) *Child care involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence* 2005; 10, 221-237
- Caspi A, Moffitt TE.(2006) Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Rev Neurosci* 2006, 7:583-590.
- Cooper G L (1998) *Theories of organizational stress*. Oxford University Press. Oxford. New York.
- Cooper C.L. (Ed.) (2005) *Handbook of Stress Medicine* (2nd ed.) CRC Press. Rota Raton. London. New York. Washington DC 2005
- Cox T, Tisserand M (2005) The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions (Editorial) *Work & Stress*, July-September 2005, 19(3); 187-191
- EU Agency for Safety and Health at Work (2002). *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*. (Som tryckt publikation ISBN 92-9191-009-0)
http://agency.osha.eu.int/publications/reports/309/psychosocialissues_en.pdf
- Halbesleben JRB, Demerouti E (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout – investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress* 2005; 19, 208 - 220
- Health and Safety Executive (UK) Work-Related Stress (2005) www.hse.gov.uk/stress
- Hernberg S (1992) *Introduction to Occupational Epidemiology*. Lewis Publishers Inc. US 1992
- Järvholm B (2002) Utgångspunkter, arbetsmedicinsk epidemiologi. I: *Arbetsjukdom – skadlig inverkan – samband med arbete* (red. P. Westerholm) Arbete & Hälsa nr 2002:15 AFA och Arbetslivsinstitutet. Stockholm 2002
- Karasek, R ; Theorell T (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books. New York.
- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB (2005) The Copenhagen Burnout Inventory – A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005; 19; 192-207
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Stansfeld SA (2003) Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. *Psychological Medicine* 2003; 33 ; 319-326.
- Landin C. *Utmattningsdepression skall det heta*. Intervju med Marie Åsberg. Socialt Perspektiv – Stress och utbrändhet nr 1-2. 2002. ISSN 1102-2973.
- Leiter M., Maslach C (2005) Stress and Burnout – the Critical Research. In *Handbook of Stress Medicine and Health* (Ed. Cary L. Cooper) CRC Press.
- Lidwall U, Marklund S, Skogman Thoursie P (2004) Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. Kapitel 7 i *Arbetsliv och Hälsa 2004* (Red: Gustafsson och Lundberg), 173-193.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M (2005) Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 473-481.
- Ottosson, J-O (2004) *Psykiatri* (6:e uppl.) 639 s. Liber förlag, Stockholm.
- Riksförsäkringsverket (2004). *Sjukdomar som orsakat pensionering*. Statistikinformation Is-I 2004:3.
- Rothman KJ (1988) *Modern Epidemiology* (2nd ed). Little Brown and Company 1988. Boston/Toronto.
- Siegrist J (1996) Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996; 1 ;27-41.
- Socialstyrelsen (2003) – Serien “Underlag från experter”. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Ser.nr 2003-123-18.
- Spitzer RL, Forman JBW, Nee J (1979) DSM-III field trials: I. Initial inter-rater diagnostic reliability. *Am J Psychiat*. 136:815-817.
- Spitzer RL, Forman JB (1979) DSM-III field trials: II. Initial experience with the multiaxial system. *Am J Psychiat* 136:818-820.

- Taris TW, Le Blanc PM, Schaufeli TB, Schreurs PJG (2005) Are there causal relationships between the Maslach Burnout Inventory dimensions? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress* 2005; 19;238-255
- Thibault J, Walker L (1975) *Procedural justice – a psychological analysis*. Hillsdale. New Jersey.
- Theorell Töres (red.) (2002) *Psykosocial miljö och stress*. Studentlitteratur. Lund.
- Theorell Töres (2006) *I spåren av 90-talet*. Karolinska Institutet University Press, Stockholm
- Åsberg M et al (2003) *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Socialstyrelsens serie underlag från experter. Artikel nr: 2003-123-18, ISBN 91-7201-786-4.
- Wessely S (2001) Chronic Fatigue – *Symptom and Syndrome*. *Annals of Internal medicine* 134; 838-842
- Wessely S, Dunbar D, Shepherd C m.fl (2002). Letters to Editor of BMJ i frågan What do you think is a non-disease? *British Medical Journal*. Vol 324, ss.912-914.

Kapitel 2

Lagen om arbetsskadeförsäkring med bevisregler

Lars Baltzari

Begreppet arbetsskada avgränsas på olika sätt i ersättningssystemen i olika länder. Gemensamt för alla arbetsskadeförsäkringar är dock att skador till följd av olycksfall i arbetet täcks av försäkringsskydd. Vad som ryms inom begreppet "olycksfall" varierar dock, och likaså finns det olika sätt att avgränsa vad som ska anses ha hänt "i arbetet". De första arbets-/yrkesskadeförsäkringarna i vårt land avsåg just att ge ersättning vid olycksfall som inträffat i arbetet. År 1929 kom den första lagen om försäkring för vissa yrkessjukdomar. Därmed utvidgades försäkringsskyddet till att omfatta vissa arbetsrelaterade sjukdomar, främst sådana som orsakades genom inverkan av särskilda i lagen uppräknade ämnen. Även om lagen innebar en utvidgning utgjorde den också en begränsning. Anledningen till begränsningen kommenterades på detta sätt av John Nordin i boken "*Yrkessjukdomar*" (Uppsala 1943). "*I princip borde ju alla yrkessjukdomar ersättas likaväl som alla av arbetet beroende olycksfall. Begränsningarna hava huvudsakligen föranletts av svårigheten att i de särskilda fallen konstatera samband mellan sjukdomarna och arbetet.*"

Just denna svårighet har lett till att skyddet vid skador som uppkommit till följd av annat än olycksfall avgränsats i de flesta försäkringssystem. Vanliga metoder för en sådan avgränsning är att definiera arbetssjukdomsbegreppet genom en förteckning av skadlig påverkan (t.ex. ämnen, strålning, buller och vibrationer) och vissa sjukdomar som uppkommit till följd av viss skadlighet (t.ex. inflammationer till följd av överansträngning/överbelastning). Den svenska yrkesskadeförsäkringen från år 1955 byggde på denna princip.

Generell beskrivning

Genom lagen om arbetsskadeförsäkring (LAF), som kom år 1977, fick försäkringsskyddet i vårt land vid arbetsskada en generell utformning. Med arbetsskada avses i LAF, förutom skada till följd av olycksfall, även skada till följd av "annan skadlig inverkan i arbetet". Begreppet "annan skadlig inverkan" avser alltså att fånga in alla typer av hälsostörningar som har sitt ursprung i arbetet eller arbetsmiljön, och är därmed centralt vid bedömningar av arbetssjukdomar. Grundläggande är att som annan skadlig inverkan godtas i princip varje i arbetsmiljön förekommande faktor som kan påverka den fysiska eller psykiska hälsan ogynnsamt.

Begränsningar i den generella utformningen när det gäller psykiska och psykosomatiska sjukdomar

Beträffande skador av psykisk eller psykosomatisk natur finns dock vissa inskränkningar i det generella skadebegreppet. I förarbetena till det ursprungliga lagförslaget (prop. 1975/76:197) anförde det föredragande statsrådet följande: "*I fråga om de psykiska och psykosomatiska sjukdomarna har yrkesskadeförsäkringskommittén framhållit att vissa med arbetet eller*

arbetsförhållandena sammanhängande omständigheter som otvivelaktigt kan ge upphov till psykiska besvär hos arbetstagare inte är av den arten att den skadliga inverkan som de kan medföra bör falla in under bestämmelserna. Kommittén framhåller att det ligger i sakens natur att psykiska störningar till följd av företagsnedläggelse, arbetstvister, byte av arbetsuppgifter svikna befordringsförhoppningar, bristande uppskattning av arbetsinsatser och allmän vantrivsel med arbetsuppgifter eller arbetskamrater inte skall kunna föranleda ersättning från arbetsskadeförsäkringen. Jag ansluter mig till den bedömningen.”

Det är inte enkelt att i efterhand försöka förklara varför det, som det angavs i förarbetena, ”*ligger i sakens natur*” att psykisk skada som uppkommit till följd av viss typ av skadlighet inte ansågs grunda rätt till ersättning från LAF. Måhända ansågs de uppräknade slagen av psykiskt påfrestande inverkan vara av sådant slag att man normalt sett bör kunna kräva att en arbetstagare ska kunna hantera sådana ”motgångar” utan att sjukdomsbesvär uppkommer. Kanske var avgränsningen också avsedd att begränsa försäkringens omfattning, och därmed också dess kostnader.

År 1984 tillsattes en utredning för att göra en översyn av arbetsskadeförsäkringen. I sitt betänkande (SOU 1985:54) fann utredaren anledning att kritisera försäkringskassorna för att de i sina avslagsbeslut, i de fall de grundades på de i förarbetena angivna undantagen, inte klart angav vilket, eller i vissa fall vilka, av undantagen som beslutsfattaren funnit vara tillämpligt. Det kunde enligt utredaren inte anses tillräckligt att beslutsfattaren okommenterat återger samtliga angivna undantagna omständigheter. Den kritiken har i viss mån giltighet ännu idag.

I samband med en ändring av LAF:s bedömningsregler år 1993 fördes vissa av de undantag som tidigare endast funnits som uttalanden i förarbeten in i lagtexten. Numera anges i 2 kap. 1 § andra stycket LAF följande: ”*Som arbetsskada anses inte en skada av psykisk eller psykosomatisk natur som är en följd av en företagsnedläggelse, bristande uppskattning av den försäkrades arbetsinsatser, vantrivsel med arbetsuppgifter eller arbetskamrater eller därmed jämförliga förhållanden.*”

Föredragande statsrådet angav (prop. 1992/93:30) att ändringen var föranledd av ett förslag från Lagrådet och han påpekade att förslaget inte innebar någon ändrad syn på de psykiska och psykosomatiska sjukdomarna. Den som jämför lagtexten med de tidigare uttalandena i lagens förarbeten kan dock notera några förändringar. Vissa av de uppräknade förhållandena togs bort och istället avslutas lagregeln med ”*eller därmed jämförliga förhållanden*”. Det generellt utformade tillägget synes öppna möjligheter att avslå psykiska arbetsskador på fler grunder än de undantag som ursprungligen angavs.

Psykiska och psykosomatiska besvär och sjukdomar till följd av olycksfall

Även psykiska och psykosomatiska besvär eller sjukdomar som uppkommit till följd av olycksfall, och olycksfallsliknande händelser, kan godkännas som arbetsskada. Som exempel kan nämnas att en arbetstagare som genom sitt handlande fysiskt skadat andra på sin arbetsplats ansågs ha varit utsatt för ett olycksfall som kunnat ge upphov till psykiska besvär hos honom. Psykiska besvär till följd av andra traumatiska händelser t.ex. rån, allvarliga hot och överfall bedöms också som uppkomna genom olycksfall i arbete.

Vad är en arbetsskada/-sjukdom?

I praxis har det slagits fast en viktig princip när det gäller frågan om vad som ska avses med en arbetsskada/-sjukdom. För att få en försäkringsmässigt korrekt bedömning måste man skilja mellan skador eller sjukdomar som:

- – *primärt orsakats* av skadlig inverkan, dvs. där arbetet givit upphov till sjukdomen
- – *påskyndats* i sitt förlopp, dvs. där den skadliga inverkan påverkat utvecklingen av en i grunden icke arbetsrelaterad sjukdom och att symtom därmed ger sig till känna tidigare än vad som annars blivit fallet
- – *utlöst symtom*, där den skadliga inverkan enbart har utlöst symtom från en sjukdom som i grunden inte är arbetsrelaterad.

Vilken skadlighet krävs?

För att en faktor i arbetet ska kunna bedömas vara skadlig måste det finnas en viss kunskap om dess skadebringande effekt. Var kravet på kunskapsnivå ska läggas är helt och hållet en politisk/juridisk fråga. När LAF infördes år 1977 kom man i praxis att kräva att den skadebringande effekten hos en arbetsmiljöfaktor skulle vara sådan att den *sannolikt* kunde ge upphov till skada. År 1993 stramades regeln om annan skadlig inverkan upp. Kravet blev då att faktorn "*med hög grad av sannolikhet kan ge upphov till en sådan skada som den försäkrade har.*"

Den 1 juli 2002 infördes nya regler för bedömning av anmälda arbetsskador. Tidigare skulle man i en bedömning i två steg inledningsvis ta ställning till om den försäkrade varit utsatt för skadlig inverkan i arbetet, och där så bedömdes ha varit fallet skulle man i ett andra steg ta ställning till om det förelåg samband mellan skadligheten och den skada som uppkommit i det enskilda fallet. Numera ska man göra en sammanhållen helhetsbedömning av om arbetsskada föreligger. Samtidigt med denna förändring mildrades beviskraven i arbetsskadeförsäkringen. Aktuell paragraf (2 kap. 1 § lagen om arbetsskadeförsäkring) har följande lydelse: "*Med arbetsskada förstås i denna lag skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet. En skada skall anses ha uppkommit av sådan orsak, om övervägande skäl talar för det.*"

Lagregeln innebär ett det finns ett enhetligt beviskrav för hela arbetsskadeprövningen. För att en skada över huvud taget ska kunna anses ha uppkommit till följd arbetet måste det framstå som sannolikt att så är fallet. Beviskravet "*övervägande skäl*" innebär att om det i ett ärende finns skäl som talar såväl för som emot att en skada har uppkommit till följd av skadlig inverkan så måste det för ett godkännande framstå som mer sannolikt att skadan har uppkommit till följd av denna skadliga inverkan än att den inte har gjort det.

En utgångspunkt för en prövning som avser en anmäld arbetssjukdom är givetvis frågan om det i den försäkrades arbetsmiljö funnits någon faktor som kunnat ge upphov till en sådan skada han eller hon har. Det krav på kunskap om att en faktor (eller kombination av faktorer) har en sådan egenskap har av regeringen beskrivit på följande sätt i propositionen (prop. 2001/02:81 s. 42): "*Det skall som nämnts finnas en vetenskapligt förankrad medicinsk grund för bedömningen om skadlighet i arbetet. Det bör dock inte krävas 'full vetenskaplig bevisning' för att så är fallet. Syftet med lättningen i beviskraven är att även skador som på goda medicinska grunder kan antas ha sitt ursprung i faktorer i arbetsmiljön skall kunna omfattas av arbetsskadeförsäkringen. Resultat eller rön från omstridda eller allmänt ifrågasatta medicinska studier kan normalt inte anses med tillräcklig styrka visa att en arbetsmiljöfaktor är skadlig i arbetsskadeförsäkringens mening. En väl utbredd uppfattning*

bland läkare som har relevanta specialistkunskaper bör däremot kunna läggas till grund för att sådan skadlighet föreligger, även om det inte finns fullständig enighet inom läkarkåren som helhet."

Det är bland annat mot bakgrund av detta uttalade *kvalitativa* krav på kunskap som denna kunskapssammanställning tillkommit.

I regeringens proposition (prop. 1992/93:30) inför förändringen av bevisreglerna år 1993 betonades att man vid bedömningen av en arbetsmiljöfaktors skadlighet även måste väga in den *kvantitet* av skadlighet som den försäkrade varit utsatt för. Denna princip gäller fortfarande.

Försäkrad som man är

Vid bedömningen av om en faktor i arbetet ska anses vara skadlig skall man inte enbart utgå från vad som "normalt" kan anses vara skadligt. Enligt praxis har man även tagit hänsyn till den särskilda känslighet, sårbarhet eller svaghet som kan finnas hos en försäkrad. Sådan särskild känslighet för olika miljöfaktorer kan t.ex. bero på åldrande, tidigare skador eller sjukdomar. Detta innebär att var och en är försäkrad som hon eller han är, vilket ibland brukar uttryckas att man är "försäkrad i befintligt skick".

I lagens förarbeten har man angett att principen om "befintligt skick" rimligen måste tillämpas så att faktorer i arbetet som normalt inte kan anses som skadliga inte heller för en extremt känslig person ska kunna anses utgöra skadlig inverkan. Den som skadas i sitt arbete därför att han eller hon, på grund av sitt "befintliga skick", inte klarar vissa normalt förekommande fysiska eller psykiska påfrestningar ska alltså inte anses som arbetsskadad i försäkringens mening. Praxis kommer med tiden att klargöra hur principen skall tillämpas.

Konkurrerande skadeorsaker

Kravet på en positiv övervikt av skäl som talar för samband gör att man vid bedömningen av en anmälan även måste skärskåda olika förhållanden utanför arbetet. Beroende på vilken typ av skada som ska bedömas kan sådant som socialt, ekonomiskt eller psykiskt påfrestande förhållanden i privatlivet komma att påverka bedömningen. Alternativa sjukdomsorsaker måste alltså utredas och vägas in vid bedömningen.

Regeringen uttrycker det på följande sätt i sin proposition (prop. 2001/02:81 s. 104): "När faktorer i och utom arbetet samverkar till uppkomsten av en sjukdom skall arbetsskadebedömningen göras utifrån vilken faktor som kan anses vara den väsentligaste sjukdomsorsaken. Kan inte faktorerna i arbetet anses vara mer väsentliga för skadefallet än de utom arbetet, kan övervägande skäl inte anses tala för att skadan har uppkommit till följd av skadlig inverkan i arbetet. Det bör dock påpekas i sammanhanget att det måste föreligga en viss konkretion i vad som anses vara konkurrerande skadeorsaker. Det kan således inte innebära att vardagslivets normala påfrestningar i allmänhet skall kunna bedömas som sådana orsaker."

Konkurrerande skadeorsaker och principen om "försäkrad som man är"

Vid en bedömning av om arbetsskada föreligger ska man alltså även ta hänsyn till olika individfaktorer. Principen att man är "försäkrad som man är" gör det möjligt att godta att t.ex. tidigare sjukdomar eller åldrande kan leda till att läkningstiden blir längre än normalt eller att skadan blir svårare än vad som annars blivit fallet.

Det kan för en bedömare dock ibland vara något svårt att hålla isär vad som ska betraktas som konkurrerande sjukdomsorsaker och därmed tala mot ett samband, och vad som ska hänföras till "försäkrad som man är" och därmed tala för ett samband.

Recidiv – återfall i tidigare godkänd sjukdom

Frågan om försäkringsmässigt recidiv, dvs. återinsjuknande i tidigare godkänd skada, är en av många betydelsefulla frågor som ofta måste avgöras inom arbetsskadeförsäkringen. Detta gäller inte sällan även de psykiska och psykosomatiska sjukdomarna. En sådan bedömning tar bl.a. sin utgångspunkt i om arbetsskadan bedömts vara primärt orsakad av skadlig inverkan, t.ex. ett tillstånd av klinisk depression. Är så fallet godkänns sambandet vid ett återinsjuknande tämligen regelmässigt.

I det fall den godkända skadan avsett en försämring av en i grunden icke arbetsrelaterad sjukdom eller skada, är bedömningen betydligt svårare. Även här kan som exempel nämnas ett tillstånd av utdragen depression som - åtminstone inledningsvis - kan te sig som oberoende av arbete och arbetsförhållanden. Ett recidiv kan godkännas bl.a. om den initiala försämringen varit av betydande slag, om återinsjuknande inträffat kort tid efter återgång i arbetet samt om full besvärshälsa inte inträtt under den period den försäkrade varit tillbaka i arbete.

Även vid bedömningen av recidiv måste övervägande skäl tala för att de besvär som på nytt uppträder är orsakade av den tidigare godtagna skadliga inverkan.

Samband vid bestående nedsättning av arbetsförmågan

Den största ekonomiska betydelsen har arbetsskadeförsäkringen för dem som får en nedsättning av arbetsförmågan som blir varaktig eller som kan antas bestå under minst ett år. Leder denna nedsättning till ett behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, arbetsbyte, sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) kompenseras den skadades inkomstbortfall genom en livränta från LAF. I tidigare lagförarbeten (prop. 1992/93:30) har följande sagts om hur samband, och därmed också rätten till livränta, ska bedömas.

"...livränta kommer att utges endast i de fall där den skadliga inverkan har gett upphov till en bestående arbetsförmåga. Om det är fråga om en försämring av en icke arbetsrelaterad grundsjukdom gäller detta om försämringen lett till en bestående arbetsförmåga. Ifall där man har anledning att anta att grundsjukdomen efter en tid kommer att bli den helt dominerande förklaringen till arbetsförmågan bör livräntan tidsbegränsas.

Om livränteprovningen aktualiseras av omplacering eller arbetsbyte, föreligger rätt till livränta endast under den förutsättningen att det är försämringen i sig och inte förekomsten av grundsjukdomen som föranleder omplacering eller arbetsbytet. Det måste alltså vara fråga om en bestående försämring som omöjliggör att den försäkrade fortsätter i det tidigare arbetet. Ett fortsatt medicinskt samband med den skadliga inverkan i arbetet skall föreligga. Är det däremot den grundläggande icke arbetsrelaterade sjukdomen som föranleder arbetsbytet eller omplaceringen skall livränta inte utges. Om den försäkrade riskerar att försämrade en icke arbetsrelaterad grundsjukdom genom att fortsätta i ett olämpligt arbete skall det förhållandet att han eller hon byter till ett lämpligare men sämre betalt arbete inte i sig utgöra grund för livränta."

Denna princip kommer att gälla även fortsättningsvis. I prop. 2001/02:81 skriver regeringen: "En förutsättning för att en försämringsskada skall utgöra arbetsskada bör i allmänhet vara att

övervägande skäl talar för att arbetshindret kan hänföras till försämringen och inte till det bakomliggande tillståndet eller grundsjukdomen. Det får emellertid överlämnas till rättstillämpningen att närmare klargöra hur det enhetliga beviskravet kommer att påverka gränsdragningen mellan arbetsskador och icke arbetsrelaterade skador i fall av försämring. Motsvarande gäller vid påskyndande av förloppet för en icke arbetsrelaterad sjukdom eller skada."

Referenser:

Nordin J (1943) *Yrkessjukdomar*. Almqvist & Wiksell, Uppsala

SOU(1992:39) *Begreppet arbetsskada*. Delbetänkande av Arbetskadeförsäkringsutredningen. Allmänna Förlaget. Stockholm

Regeringens proposition (1992/93:30). *Om ändring av begreppet arbetsskada*

Regeringens proposition (2001/2002:81) *Vissa arbetsskadefrågor m.m.*

Socialförsäkringsutskottets betänkande (1992/93:SfU8) *Ändrat arbetsskadebegrepp*

Kapitel 3

Psyksociala arbetsvillkor som orsak till depressions- och ångesttillstånd. En systematisk litteraturöversikt med relevans för arbetsskadebedömning

Ingvar Lundberg, Peter Allebeck, Peter Westerholm, Hans Ågren

Depressions- och ångesttillstånd är vanliga. De är proportionellt betydligt vanligare bland människor som inte har arbete än bland dem som har. Eftersom det är många gånger fler i yrkesverksam ålder som har arbete än som inte har är det likväl troligen fler med arbete än utan som drabbas. Orsakerna till tillstånden är i stor utsträckning gemensamma för dem som har respektive saknar arbete. Genetiska förhållanden lämnar ett bidrag liksom ogynnsamma uppväxtvillkor. Senare i livet bidrar ensamhet, små ekonomiska resurser, arbetslöshet och många andra förhållanden. En viktig fråga är om också arbetsförhållanden i sig kan bidra. Det är allmänt känt att den kraftiga ökningen av långtidssjukskrivningen under andra halvan av 1990-talet och några år in på 2000-talet till stor del utgjordes av en kraftig ökning av sjukskrivningen med psykiatrisk diagnos. Sedan dess har sjukskrivningstalen åter minskat men den relativa ökningen av långtidssjukskrivningen med psykiatrisk diagnos består. Bland kvinnor är psykiatriska diagnoser nu den största enskilda sjukdomsgruppen bakom långtidssjukskrivningar. En sådan relativ ökning kan naturligtvis ha många förklaringar. Ökade prestationskrav och andra ändrade förhållanden i arbetslivet är omdiskuterade förklaringsfaktorer. Det är tänkbart att de bidragit till utvecklingen. Syftet med det här dokumentet är att presentera en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteratur som är relevant för bedömningen av samband mellan arbetsförhållanden och depressions- och/eller ångesttillstånd. Det är fullt tänkbart såväl att arbetsförhållanden kan orsaka sådana tillstånd som att sådana tillstånd kan orsaka ogynnsamma arbetsförhållanden som ett led i marginaliserings- och utslagningsprocesser. Vidare kan man tänka sig att de som lider av sådana tillstånd kan ha en tendens att uppleva sina arbetsförhållanden som mer stressfyllda än andra. För att finna bra svar på den övergripande frågan finns det alltså flera metodologiska problem som behöver diskuteras. Vår genomgång baseras på en systematisk litteratursökning i vetenskapliga litteraturlitdata.

Material och metod

Sökning av litteratur

Slutsatserna i detta dokument är baserade på en systematisk översikt av den vetenskapliga litteratur som kan ha betydelse för värderingen av psykisk arbetsskada. Vi avgränsade vårt intresse till artiklar publicerade på engelska i vetenskapliga tidskrifter med peer-review system. Härmed avses tidskrifter som underkastar alla manus insända för publicering en sakkunnig granskning för ställningstagande till vetenskaplig kvalitet innan de accepteras. Peer-review-system är ingen garanti för tillförlitlighet men avsaknad av peer-review system är det i ännu mindre grad. Innan arbetet började hade vi samlat litteratur genom kännedom om

författare aktiva på området, ett antal mindre systematiska litteratursökningar i olika databaser och genomgång av referenslistor för de artiklar som vi hade eller fick tillgång till. När vi slutligen genomförde systematiska sökningar under första halvåret 2006 gjorde vi sökningarna på följande sätt:

- 1 Vi valde ut ett 15-tal referenser som vi ansåg centrala för vår frågeställning. Vi ansåg att vår litteratursökning borde identifiera minst hälften av dessa referenser.
- 2 Vi eftersträvade en litteratursökning som inte skulle ge mer än 5000 sammanfattningar av artiklar (abstracts) att gå igenom.

Med dessa utgångspunkter genomfördes sökningarna av en bibliotekarie på Karolinska institutets bibliotek i samarbetet med en av författarna (IL). Sökningarna i databaserna MEDLINE och Psychinfo krävde c:a 15 timmars arbetstid eftersom det första kriteriet var svårt att uppfylla utan att erhålla mer än 10.000 referenser. Till slut nådde vi dock en sökväg som identifierade något fler än hälften av de referenser vi ansett centrala och som identifierade endast 1588 referenser mellan 1985 och 2005. Sökkriterierna var följande:

- 1 Depression/px, ep, et [Psychology, Epidemiology, Etiology] (17711)
- 2 exp Mood Disorders/px, ep, et [Psychology, Epidemiology, Etiology] (36154)
- 3 exp Behavioral Symptoms/px, ep, et [Psychology, Epidemiology, Etiology] (56717)
- 4 1 or 2 or 3 (87877)
- 5 (job: or work: or occupat:).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] (618662)
- 6 4 or psychiatric distress.mp. or psychological distress.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] (90636)
- 7 5 and 6 (8691)
- 8 exp epidemiological studies/ or exp case-control studies/ or exp cohort studies/ or exp longitudinal studies/ or exp follow-up studies/ or exp prospective studies (906222)
- 9 7 and 8 (1808)
- 10 limit 9 to (english language and yr="1985 - 2005") (1588)

Antalet erhållna referenser för varje enskild sökning anges inom parantes i slutet av varje sökväg. Tre av författarna (IL, PA, PW) delade de 1588 artikelsammanfattningarna mellan sig. I de fall abstract antydde att artikeln kunde vara relevant beställdes den för genomläsning. Med möjlig relevans i abstract avsågs att artikeln behandlade frågor om arbetsvillkor som orsak till psykisk ohälsa och att sammanfattningen (abstract) också visade att studien sannolikt hade longitudinella inslag. C:a 100 referenser bedömdes kunna vara relevanta och lästes igenom.

Inklusionskriterier

Vid läsningen av artiklarna inkluderades de i vår översikt om följande kriterier uppfylldes:

1. Artiklarna studerade effekten av arbetsvillkor på depressions- och/eller ångesttillstånd med relevant kontroll- eller jämförelsegrupp och med relevant statistisk metod. Studieuppläggningsen måste också ha en longitudinell ansats så att det kunde göras sannolikt att exponeringen, vid ett bestämt utgångsläge, förelåg utan att utfallet samtidigt förelåg.

Endast studier som använt sig av två eller flera datainsamlingar har alltså ingått i vår genomgång. Tiden mellan datainsamlingarna har angivits i alla inkluderade publikationer men ingen uppföljningstid har ansetts vara mer relevant än andra eftersom optimala uppföljningstider för psykosociala arbetsvillkor inte är kända. Det finns för närvarande ingen teoretiskt stabil modell för induktionstider, minimal duration/intensitet i exponering, varaktighet av effekt etc, när det gäller samband mellan arbetsvillkor och psykisk ohälsa. En undersökning som efter en engångsuppgift om psykosociala exponeringar i arbetet undersökt utfallet vid ett tillfälle efter 24 år har dock uteslutits eftersom exponeringsuppgiften måste vara föga relevant (Michélsen och Bildt 2003). En undersökning där en tvärsnittsstudie gjordes en månad efter det att man endast samlat in uppgifter om samma utfall som användes i tvärsnittstudien uteslöts också eftersom den studerade induktionstiden sannolikt var för kort för de utfall som var intressanta för oss (Daniels och Guppy 1999).

2. Utfallet skulle vara en diagnos av depressions- och/eller ångesttillstånd eller en skattningsskala validerad mot sådan diagnos. Skälen till detta var att tillstånd som ska bedömas enligt Lagen of arbets-skadeförsäkring sannolikt i huvudsak kommer att definieras med etablerade psykiatriska diagnoser. Den litteratur som finns om sambanden mellan arbetsförhållanden och psykisk ohälsa har dock oftast inte använt psykiatriska diagnoser utan olika självifyllda skattningsskalor för psykiska symtom. När sådana skattningsskalor är validerade mot psykiatrisk diagnos kan de komplettera den bild man får i undersökningar som faktiskt ställt psykiatriska diagnoser. De artiklar vi fann som hade sjukskrivning på grund av psykiska besvär som utfall har vi också inkluderat eftersom även sjukskrivning kan stödja en viss allvarlighetsgrad i besvären.

3. Slutligen inkluderades två artiklar citerade i en artikel av Stansfeld och Candy (2006). Dessa två artiklar uppfyllde våra inklusionskriterier men vi hade inte identifierat dem via våra sökvägar (Kivimäki et al 2003, Shields 1999).

Kvalitetskriterier

Förutom de artiklar som erhöles genom sökningar i databaserna hade vi också, sedan tidigare, tillgång till andra relevanta artiklar. Vidare beställde vi också möjligt relevanta referenser från alla artiklar som enligt kriterierna ovan borde inkluderas i vår översikt. Vår översikt kom därigenom till slut att omfatta 28 artiklar som listas i tabell 1. Endast ett mindre antal av dessa artiklar var inte kända för oss när vi började vår systematiska sökprocess. Samtliga artiklar lästes av författarna och kvalitetsbedömdes enligt följande

Precision i mätning av utfallet

Alla artiklar där utfallet var psykiatrisk diagnos etablerad genom intervju gavs 3 poäng. I de relativt få studier där psykiatrisk diagnos ställdes gällde det vanligen egentlig depression. Denna diagnos baseras på att personen haft minst fem av symtomen nedan under samma tvåveckorsperiod. Minst ett av de två första symtomen måste också föreligga för att diagnosen ska ställas. De flesta symtomen ska föreligga så gott som dagligen under större delen av dagen. Dessutom krävs att symtomen påverkar förmågan till arbete och/eller socialt liv.

- Nedstämdhet större delen av dagen så gott som dagligen
- Klart minskat intresse och glädje av alla eller nästan alla aktiviteter
- Psykomotorisk agitation eller hämning

- Viktändring (minst 5% ökad eller minskad vikt per månad)
- Sömnstörningar
- Svaghetskänsla eller brist på energi
- Känsla av att vara värdelös och/eller skuld känslor
- Minskad koncentrations- och tankeförmåga eller obeslutsamhet
- Återkommande tankar på döden.

Om utfallet istället var en självifylld skattningsskala som validerats mot psykiatrisk diagnos fick undersökningen 0 poäng. Artiklar som baserades på undersökningsdeltagares egen uppgift om psykiatrisk diagnos, eller på psykiatrisk diagnos ställd utan att klara kriterier tillämpades kunde få 1 eller 2 poäng.

Extern bedömning av arbetsvillkor

Personer med psykisk ohälsa kan tänkas överrapportera ogynnsamma arbetsvillkor. Detta kan kontrolleras genom att man inte litar enbart till självrapportering utan också inkluderar externa bedömningar genom yttre observatörer av arbetsmiljön, som t.ex. arbetsmiljöexperter eller chefer, eller genom intervjuer där arbetsmiljön värderas av intervjuaren enligt förutbestämda kriterier. Undersökningar som kontrollerat för överrapportering har fått 3 poäng, de som inte alls berört frågan har fått 0 poäng, medan försök till extern bedömning erhållit poängtal däremellan.

Omvänd kausalitet

Samband mellan arbetsvillkor och psykisk ohälsa i en population undersökt vid ett och samma tillfälle kan tänkas bero både på att arbetsvillkoren orsakat den psykiska ohälsan och att den psykiska ohälsan orsakat de ogynnsamma arbetsvillkoren genom marginaliserings- och utstöttningsprocesser. Därför är det viktigt att kontrollera sambanden för tidigare psykisk ohälsa (oftast mätt vid ett första undersökningstillfälle). Ett alternativ är att utesluta dem med tidigare psykisk ohälsa från undersökningen eller att studera en förändring i utfallet mellan det tillfälle då exponeringen studerades och två eller fler senare uppföljningar.

Undersökningar som på de olika angivna sätten väl kontrollerat för tidigare psykisk ohälsa har fått 3 poäng, de som inte alls gjort det har fått 0 poäng medan de som kontrollerat för tidigare psykisk ohälsa på mindre optimalt sätt fått 1 eller 2 poäng.

Hänsyn tagen till confoundingfaktorer

Med en confoundingfaktor avses här en faktor som kan orsaka utfallet och har samband med exponeringen. Confoundingfaktorer kan finnas såväl i arbetet som i andra livsvillkor. Studier som tagit rimlig hänsyn till confoundingfaktorer i och utanför arbetet och därvid inkluderat åtminstone en socioekonomisk indikator har fått 3 poäng. De som inte alls kontrollerat för confoundingfaktorer utanför arbetet har fått 0 poäng. Artiklar som kontrollerat för confounding men inte på fullgott sätt har fått 1 eller 2 poäng.

Bortfall

Bortfallet kan ibland vara stort i de granskade undersökningarna. Bortfallets storlek har bedömts, det har bedömts om bortfallet diskuterats, om det analyserats på adekvat sätt och i vilken grad det kunnat påverka resultaten. Om bortfallet är litet och har värderats och diskuterats väl har undersökningen fått 3 poäng, om bortfallet är stort och inte diskuterats så

att dess betydelse kan värderas har undersökningen fått 0 poäng. Hantering av bortfall däremellan gav 1 eller 2 poäng.

Exponering följd och beskriven över en tidsperiod

Den stora majoriteten av de longitudinella undersökningar som gjorts har arbetat med två datainsamlingar. Vissa av dessa studier analyserar utfallet vid andra undersökningstillfället i relation till exponeringen vid det första undersökningstillfället, oftast med hänsyn tagen till psykisk ohälsa vid första undersökningstillfället. Detta innebär att den effekt som man iakttar som en effekt av exponering vid första tillfället i själva verket kan bero på korrelationen mellan exponeringen vid första och andra tillfället och en samvariation mellan exponering och utfall vid andra tillfället. Studier som redovisar effekten av exponeringen vid båda tillfällena i kombination är alltså bättre än studier som inte gör det och dessa har fått 3 poäng. Studier som bara redovisar effekten av exponeringen vid första tillfället har fått 0 poäng. Studier där exponeringen relateras till sjukdomsincidens under en tidsperiod efter den första uppgivna exponeringen har fått 3 poäng eftersom exponeringen i detta fall knappast kan beskrivas på annat sätt och dessutom under en rimligt kort tidsperiod kan antas var direkt relevant för utfallet. Andra studier har kunnat få 1 eller 2 poäng.

Felklassning av exponeringen

I några studier kan finnas påtagliga felklassningsproblem av exponeringen i så måtto att det är mycket osäkert om man faktiskt mätt det man avsåg att mäta. Sådana studier har fått 0 poäng medan studier som tydligt mäter den exponering man avsett att mäta har fått 3 poäng. Studier med karaktäristika däremellan har fått 1 eller 2 poäng.

Studiens storlek

Små studier publiceras ofta bara om de är positiva eftersom ett negativt resultat i en sådan studie är svårt att tolka. Stora studier med fler än 2000 deltagare har fått 3 poäng. Studier med 500-2000 deltagare har fått 2 poäng, studier med 200-500 deltagare har fått 1 poäng och studier med mindre än 200 deltagare har fått 0 poäng. Endast en fall-kontrollstudie ingick i materialet och fick 1 poäng på detta kriterium. I den ingick de 15 fall av egentlig depression som inträffat under studieperioden och 75 kontroller från en ursprunglig studiegrupp av mer än 2000 personer.

Evidens

Tjugoåtta artiklar ingick i materialet. Varje bedömare räknade samman poängen för varje artikel. Summan varierade mellan 8 och 20 poäng. Tolv artiklar hörde enligt alla bedömare till den hälften (fjorton) av artiklarna som givits högst sammanlagd kvalitetspoäng. Dessa artiklar ansågs ha ”högre” kvalitet medan de övriga 16 ansågs ha ”lägre” kvalitet. För att avgöra evidensen för samband mellan ett arbetsvillkor och psykisk ohälsa använde vi oss av följande regler:

- För att en exponering skulle bedömas krävdes tillgång till minst tre studier
- Med tanke på att alla studier hade påtagliga kvalitetsbrister ansåg vi att starkt vetenskapligt stöd inte förelåg för något samband.
- Måttligt vetenskapligt stöd ansåg vi föreligga när
 - a. minst två studier med högre kvalitet hade visat samband samtidigt som inga studier klart talade mot sambandet
 - b. dessa studier hade sitt ursprung i mer än en forskargrupp

- Begränsat vetenskapligt stöd ansåg vi föreligga om minst två studier med högre kvalitet från samma forskargrupp, eller en studie med högre kvalitet och två med lägre kvalitet, visade samband samtidigt som inga studier klart talade mot sambandet.

Resultat

De 28 utvalda studierna återfinns i tabell 1. De tolv artiklar som ansågs högre kvalitet än övriga är markerade med fetstil i tabellen. Alla arbetsvillkor som studerats i mer än en artikel redovisas i tabeller i slutet av dokumentet. De flesta artiklarna har studerat flera exponeringar och återfinns alltså i flera tabeller.

Psykiska krav

De flesta studierna har undersökt psykiska krav genom frågeformulär. De frågor som användes ingick i allmänhet i Job Contents Questionnaire (JCQ) (Karasek och Theorell 1990). Den svenska versionen av JCQ innehåller följande frågor om psykiska krav: Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort? Kräver ditt arbete att du arbetar mycket hårt? Kräver ditt arbete en för stor arbetsinsats? Har du tillräcklig med tid för att hinna med arbetsuppgifterna? Förekommer det ofta motstridiga krav i ditt arbete? Det finns fyra svarsalternativ på varje fråga: Ja ofta, ja ibland, nej sällan, nej så gott som aldrig.

Tabell 2 visar resultaten för höga psykiska krav i arbetet. Femton studier redovisade resultat för psykiska krav i arbetet som enskild dimension. Av dessa visade 14 att psykiska krav medförde ökad risk för det undersökta utfallet. Fem av studierna med högre kvalitet hade undersökt sambandet, en av dem visade dock inget samband.

Stimulans

Stimulans, på engelska skill discretion, är en av två komponenter i begreppet kontroll. Den svenska versionen av JCQ-formuläret innehåller fyra frågor om stimulans: Får du lära dig nya saker i ditt arbete? Kräver ditt arbete skicklighet? Kräver ditt arbete påhittighet? Innebär ditt arbete att man gör samma saker om och om igen? Det finns fyra svarsalternativ på varje fråga: Ja ofta, ja ibland, nej sällan, nej så gott som aldrig.

Fyra studier redovisade resultat för stimulans (tabell 3) varav två hörde till studierna som bedömdes ha högre kvalitet. En av studierna med högre kvalitet visade ett statistiskt signifikant samband med egentlig depression, den andra visade inget samband med psykisk ohälsa som det mättes med en skattningsskala. Av de två studierna med lägre kvalitet visade en samband med utfallet medan den andra inte visade samband med en skattningsskala men däremot med sjukskrivning på grund av psykiska besvär.

Beslutsutrymme

Beslutsutrymme, på engelska decision authority, är den andra komponenten i begreppet kontroll. Den svenska versionen av JCQ-formuläret innehåller två frågor om beslutsutrymme: Har du frihet att bestämma *hur* ditt arbete ska utföras? Har du frihet att bestämma *vad* som ska utföras i ditt arbete? Det finns fyra svarsalternativ på båda frågorna: Ja ofta, ja ibland, nej sällan, nej så gott som aldrig.

Nio studier redovisade resultat för beslutsutrymme, varav två med högre kvalitet (tabell 4). En av studierna med högre kvalitet visade statistiskt signifikant samband med utfallet men riskestimatet var lågt. Den andra studien med högre kvalitet visade inget samband med egentlig depression. Bland de sju studierna med lägre kvalitet visade fyra inget samband med

utfallet. En visade ett samband mellan beslutsutrymme, mätt med JCQ-formuläret, och utfallet. En fann samband mellan bristande inflytande över arbetstakten (endast män undersöktes) och utfallet och den tredje studien visade effekt av lågt inflytande över arbetstiden bland kvinnor men inte bland män.

Kontroll

Effekter av kontroll i arbetet, det vill säga kombinationen av stimulans och beslutsutrymme, redovisades i fem studier, varav två med högre kvalitet (tabell 5). Den ena av studierna med högre kvalitet visade ingen effekt på utfallet medan den andra visade effekt av låg kontroll bland män men inte bland kvinnor. Bland de övriga studierna fanns i en studie en effekt av kontroll bland män men inte bland kvinnor. En studie visade effekt både bland män och kvinnor och en visade ingen effekt på depressionssymtom i något av könen men en effekt på ångestsymtom endast hos män.

Job strain

Fyra studier redovisar resultat för job strain, det vill säga kombinationer av höga psykiska krav och låg kontroll i arbetet (tabell 6). Denna kombination skulle enligt Karaseks och Theorells stressteoretiska modell kunna vara mer hälsovådlig än summan av de enskilda komponenterna (Karasek och Theorell 1990). Exponeringen för job strain beskrevs i alla studierna som en kvot mellan exponeringen för krav och exponeringen för kontroll men kvoten kunde vara konstruerad på olika sätt. Tre av studierna ingick i gruppen med högre kvalitet. Två av dessa visade påtagliga statistiskt signifikanta samband mellan job strain och egentlig depression respektive depressiva symtom. Den tredje studien med högre kvalitet visade inget samband mellan job strain och incidens av depression. Den fjärde studien, med lägre kvalitet, visade att personer som inte exponerats för job strain eller bara exponerats vid ett första av två tillfällen med 1,5 års mellanrum inte hade någon ökad risk för psykisk ohälsa medan de som exponerats vid tillfälle två, oavsett om de exponerats vid tillfälle ett eller inte, hade ökad risk för psykisk ohälsa.

Socialt stöd

Den svenska versionen av JCQ-formuläret innehåller sex påståenden om socialt stöd i arbetet: Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats, Det är god sammanhållning, Mina arbetskamrater ställer upp för mig, Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag, Jag kommer bra överens med mina överordnade, Jag trivs bra med mina arbetskamrater. Sjutton studier undersökte effekterna av socialt stöd på arbetet i någon form (tabell 7). I socialt stöd har då även ingått såväl instrumentellt stöd som kvaliteten i de mänskliga relationerna på arbetsplatsen. Sju av studierna hade högre kvalitet. Av dessa visade fyra en statistiskt säkerställd effekt på utfallet. Bland de tio studierna med lägre kvalitet fanns samband mellan lågt socialt stöd och utfallet i åtta medan två inte visade något samband mellan olika mått på socialt stöd och psykisk ohälsa.

Interaktioner mellan krav-kontroll-stöd-modellens variabler

Fyra studier redovisar analyser av sådana interaktioner (tabell 8), därav två med högre kvalitet. Av de sistnämnda fann en att psykiska krav var relaterat till depression bland dem med lågt men inte högt beslutsutrymme medan den andra fann att en interaktion som kraftigt ökade risken för depression förelåg för kombinationen av höga psykiska krav i arbetet och lågt stöd från arbetskamraterna. Av de övriga två studierna undersökte den ena alla tänkbara

interaktioner mellan modellens variabler utan att finna några och den andra alla tvåvägsinteraktioner mellan modellens variabler utan att finna några.

Arbetshändelser

Fyra studier har undersökt livshändelser på arbetet, arbetshändelser (tabell 9). Av dessa ingick en i gruppen med högre kvalitet. I denna undersökning efterfrågades fyra specificerade arbetshändelser och att ha varit utsatt för minst en innebar att arbetshändelser hade inträffat. Bland dem som varit utsatta för arbetshändelser var depressiva symtom vanligare i båda könen. I de övriga tre studierna var arbetshändelser också relaterade till depressiva symtom eller symtom på depression och ångest.

Relational justice (svensk översättning saknas)

Relational justice mäter i vilken mån överordnade behandlar underordnade rättvist, med respekt och ger relevant information (Kawachi 2006). Tre studier, varav två hör till gruppen med högre kvalitet, har undersökt relational justice (tabell 10). I en av studierna med högre kvalitet fanns inget samband mellan relational justice och självrapporterad ”klinisk depression eller någon annan psykisk sjukdom” vare sig om resultaten baserades på egen självrapport, eller genomsnittet av självrapporter, från arbetsplatsen. I den andra studien med högre kvalitet fanns samband mellan låg relational justice och självrapporterad läkardiagnostiserad ”klinisk depression” men om man både uteslöt personer med sådan depression vid första undersökningstillfället och personer med psykisk ohälsa enligt skattningsskala vid detta tillfälle försvann sambandet. I studien med lägre kvalitet fanns samband mellan relational justice och självrapporterad ”klinisk depression” eller någon annan psykisk sjukdom i båda könen.

Procedural justice (svensk översättning saknas)

Procedural justice mäter i vilken mån beslutsprocesser kring arbetet inbegriper de berörda, är rättvisa och konsekventa och ger meningsfull återkoppling liksom möjligheter att ifrågasätta beslut (Kawachi 2006). Tre undersökningar har studerat procedural justice (tabell 11). Två tillhör gruppen med högre kvalitet. I en av dessa fann man att procedural justice var statistiskt signifikant relaterat till självrapporterad läkardiagnostiserad ”klinisk depression eller någon annan psykisk sjukdom” oavsett om exponeringen var självrapporterad eller sattes lika med genomsnittsvärdet för arbetsstället. I den andra var procedural justice också signifikant relaterat till självrapporterad läkardiagnostiserad ”klinisk depression” men om man förutom övriga confoundingfaktorer också tog hänsyn till självrapporterade psykiska symtom vid den första undersökningen kvarstod inte längre denna signifikans. I studien med lägre kvalitet var var procedural justice också signifikant relaterat till utfallet.

Bristande balans mellan psykiska krav i arbetet och individens kunskaper och färdigheter

Sådana förhållanden har undersökts i två studier där den ena tillhörde gruppen med högre kvalitet (tabell 12). Denna visade samband mellan sådan bristande balans och depressionsdiagnos. I en enkätbaserad undersökning med lägre kvalitet fann man samma samband.

Fysiska krav

Fysiska krav i arbetet har undersökts i tre studier (tabell 13) där två tillhörde gruppen med högre kvalitet. I den ena av dessa undersökningar undersöktes könen tillsammans och man

fann ingen effekt av fysiska krav. I den andra fann man att högre fysisk belastning var förenat med fler depressiva symtom bland kvinnor men inte bland män. Den tredje studien, med lägre kvalitet, visade inga samband mellan fysiska arbetskrav och symtom på psykisk ohälsa.

Determinanter som studerats i bara en undersökning

Team climate undersöktes i studien av Ylipaavalniemi et al (2005). Med team climate avsågs frågor kring stödjande arbetsgrupper, positiv syn på nya idéer etc. Team climate var signifikant relaterat till självrapporterad läkardiagnostiserad klinisk depression vid ett andra undersökningstillfälle med kontroll för relevanta förhållanden inklusive symtom på psykisk ohälsa vid första undersökningstillfället.

Ansträngning-belöningsmodellen (effort-reward imbalance) undersöktes i en studie av Godin et al (2005). Hypotesen är att hög ansträngning i arbetet, innefattande krav på den egna prestationen, i kombination med låg belöning, innefattande lön, erkännande av chef och karriärutsikter, är särskilt skadlig för hälsan. Modellen har utvecklats av Siegrist och medarbetare och har använts i ett stort antal studier men endast denna är longitudinell och har psykisk ohälsa som utfall. Studien var en tvärsnittundersökning med uppföljning efter ett år. Personer med symtom på psykisk ohälsa enligt skattningsskalan SCL90:s avsnitt för depression, ångest och somatiseringstendens vid första tillfället uteslöts från analysen. Man studerade effekten av exponering för effort-reward imbalance vid första och andra tillfället i de tänkbara kombinationerna på de tre olika grupperna av symtom på psykisk ohälsa (ångest, depression och somatiseringstendens) var för sig vid andra tillfället. Exponering enbart vid första undersökningstillfället var inte förenad med ökad risk för något utfall. Exponering enbart vid andra tillfället var förenat med ökad risk för samtliga utfall. Exponering både vid första och andra tillfället var inte förenad med högre risk än exponering vid bara andra tillfället. Resultaten var i samtliga fall mycket liknande för män och kvinnor.

I en studie av Stansfeld et al (1999) användes tävlingsinställning, egna prestationer och fientlighet som mått på ansträngning och små möjligheter till befordran eller stängda karriärmöjligheter som mått på belöning. Vi betraktar måtten på ansträngning som så lite knutna till verkliga arbetsvillkor att vi inte tagit med denna studie som en studie av ansträngning-belöningsmodellen.

Mobbning på arbetet har undersökts i endast en studie (Kivimäki, Virtanen et al 2003). Det var en ursprunglig tvärsnittundersökning med uppföljning två år senare. Utfallet var självrapporterad läkardiagnostiserad depression enligt andra enkäten. De med depression vid första enkäten uteslöts från undersökningen. Mobbning definierades i frågeformuläret och definitionen avslutades med frågan: Har du blivit utsatt för sådan mobbning? De som utsatts för mobbning enligt båda enkäterna hade fem gånger ökad risk för depression medan de som varit utsatt bara vid en av enkäterna hade 2,5 gånger ökad risk. Hänsyn togs till andra relevanta faktorer.

Ett *kombinationsmått på arbetsstress* vid ett första undersökningstillfälle relaterades av Wang (2005) till incidensen av egentlig depression vid något av tre senare undersökningstillfällen. Undersökningen utnyttjade den kanadensiska populationsstudie som tidigare redovisats (Wang 2004). Svaren på samtliga 12 frågor i kortversionen av Job Contents Questionnaire summerades. Frågorna täckte beslutsutrymme, stimulans, psykiska krav, osäker anställning, fysiskt tröttande arbete samt socialt stöd från kolleger och arbetskamrater. Summamåttet

delades i kvartiler och de tre nedre kvartilerna av arbetsstress visade ungefär samma risk för egentlig depression. I den högsta kvartilen var risken för egentlig depression ökad med hänsyn tagen till relevanta störfaktorer.

Diskussion

Alla undersökningar som redovisats har brister. Ingen studie fick mer än 20 poäng av möjliga 24 poäng i kvalitetsbedömningen. Här kommer vi att diskutera ett antal problem kring de undersökningar vi gått igenom.

Kvalitetskriterier, kvalitet och evidens

Vi använde oss av åtta kvalitetskriterier och inom varje kvalitetskriterium kunde en artikel få 0-3 poäng. Det är givetvis tveksamt att alla kvalitetskriterier på detta sätt får lika vikt. Å andra sidan skulle det vara mycket svårt att avgöra hur kvalitetskriterierna skulle värderas mot varandra. Vi bestämde oss för att inte göra någon fingradering av poängsättningen och att använda poängsättningen endast för att dela in studierna i två grupper med högre respektive lägre kvalitet baserat på den sammanlagda kvalitetspoängen. De artiklar som är klassificerade som att de har högre kvalitet bör i genomsnitt ha klart högre kvalitet än de som klassificerats som att de har lägre kvalitet.

Några exponeringar hade endast undersökts av en forskargrupp. Vi ansåg inte att dessa exponeringar skulle kunna motivera ”måttligt vetenskapligt stöd” även om kvalitetskriterierna var uppfyllda. Vi vill invänta studier från andra forskargrupper i andra länder och som gärna undersöker fler yrkesgrupper.

I vilken riktning går orsakssambandet?

Ett speciellt problem är svårigheten att bestämma under vilken tidsperiod den psykiska ohälsan föreligger. I definitionen av depression ligger att tillståndet inte behöver vara mer än under 14 dagar för att diagnosen ska sättas. En person kan därför, åtminstone i studier med längre uppföljningstider, tänkas uppfylla respektive inte uppfylla kriterierna ett antal gånger under en uppföljningsperiod av ett till flera år. Även arbetsvillkoren kan förändras över tiden. För en individ kan man därmed inte säkert veta i vilken grad exponeringen påverkar utfallet och i vilken grad utfallet påverkar exponeringen. Men i en studie som löper över flera år kan man öka sannolikheten för att exponeringen föreligger före utfallet genom att man vid det första undersökningstillfället använder endast dem som vid detta tillfälle inte lider av psykisk ohälsa, eller alternativt kontrollera för psykisk ohälsa vid detta tillfälle. Detta har varit ett viktigt kvalitetskriterium i vår översikt.

Vilka exponeringar har studerats?

Nästan alla exponeringar vi redovisat resultat för är psykosociala. Våra sökkriterier uteslöt inte andra exponeringar än psykosociala och vi fann artiklar som också studerade effekten av fysiska krav i arbetet. Samtidigt är vi medvetna om att det kan finnas artiklar som studerar andra exponeringar i arbetet, som t.ex. buller (Melamed et al 1992), i relation till psykisk ohälsa. För att finna fler sådana artiklar skulle man uppenbarligen behöva använda andra sökkriterier än de vi använt.

Hur mäta exponeringen över tid?

En viktig fråga är hur determinanterna ska värderas i studierna av psykosociala arbetsvillkor. Det uppfattas inte som möjligt att fråga om exponeringen för psykosociala arbetsvillkor över

längre tid, t.ex. hur de är nu, hur de var för några år sedan och om förändringen däremellan. Det vanliga sättet är alltså att fråga om determinanterna vid varje frågetillfälle. De flesta studier frågar vid två tillfällen. Man kan då mäta exponeringen på ett antal olika sätt.

För det första kan man använda exponeringsdata endast vid det första tillfället och utfallsdata vid det andra tillfället. Om uppföljningstiden är kort kan detta vara ett rimligt sätt men vid längre uppföljningstider måste man räkna med betydande felklassningar av exponeringen på grund av att människor byter arbeten och arbetsuppgifter. Det man noterar som en effekt av exponeringen vid den första tidpunkten kan i det fallet endast avspegla det sannolika sambandet mellan exponeringen vid de båda tillfällena. I ogynnsamma fall kan det som man noterar som en effekt av exponeringen vid den första tidpunkten alltså bara vara uttryck för en samvariation av exponering och utfall vid den andra tidpunkten, ett tvärsnittssamband där man inte vet i vilken riktning orsakssambanden går.

Man kan också använda exponeringsdata från båda tillfällena och utfallsdata från det andra tillfället. I det senare fallet kan man analysera data så att man studerar kombinationer av exponeringen vid första och andra tidpunkten. Om risken för utfallet är högre i kategorin som endast var exponerad vid första tillfället än i kategorin som varit oexponerad vid båda tillfällena, liksom om risken för utfallet i kategorin som exponerats vid båda tillfällena är högre än i kategorin som exponerats endast vid det andra tillfället, talar detta för ett orsaksmässigt samband mellan exponeringen och utfallet över tiden.

En variant av detta sätt att analysera exponeringsdata är att jämföra personer exponerade vid båda tillfällena och personer exponerade vid bara ett av tillfällena med personer som varit oexponerade vid båda tillfällena. Detta sätt att analysera innebär att man förlorar värdefull information. Eftersom man inte utnyttjar alla kombinationer av exponeringsdata över de två datainsamlingarna och att man inte längre kan avgöra vad som är tvärsnittssamband. I de studerade artiklarna används alla dessa former av analyser. De artiklar som analyserar exponeringsdata på det ovan rekommenderade sättet finner ofta endast tvärsnittssamband vilket saknar bevisvärde när det gäller att fastställa ett orsakssambands riktning.

I studier som utnyttjar uppgifter om psykiatrisk diagnos vid någon tidpunkt under perioden efter en första undersökning finns förstås ingen annan möjlig analysmetod än att relatera exponeringen vid den första undersökningen till senare diagnos och detta bör snarast ge en viss underskattning av sambanden.

Validitet i bedömningen av arbetsvillkor

Samtliga studier har undersökt de studerade arbetsvillkoren genom deltagarnas svar på frågor i frågeformulär, i allmänhet i enkätform. Det är rimligt att ifrågasätta om dessa självrapporterade data, ofta inhämtade med få frågor för att täcka komplicerade exponeringar, verkligen ger en rimlig bild av den verkliga exponeringen. Om exponeringsvariablerna inte är relaterade till utfallet kan det ju bero på att exponeringsvariabeln är otillfredsställande mätt. I den svenska versionen av JCQ-formuläret är beslutsutrymme endast mätt med två frågor och de psykiska kraven med fler frågor men med en stark betoning på kvantitet. I en svensk studie ställde man sedvanliga frågor enligt det svenska JCQ-formuläret samtidigt som expertbedömningar av arbetsmiljön gjordes. Resultaten visade i allmänhet god överensstämmelse mellan självrapport och expertbedömning (Waldenström och Härenstam, in press). Ahlberg-Hulten har, också i studier på MOA-materialet, visat att distinktionen mellan kvalitativa och kvantitativa krav är svår att upprätthålla, kvalitativa krav blir svåra att uppfylla p.g.a. höga kvantitativa krav (Ahlberg-Hulten 1999). Ingen studie som ingår i vårt

material har använt det svenska JCQ-formuläret, eftersom ingen svensk studie ingår. Bland de formulär som använts finns såväl de som har mycket få frågor som de som har många frågor för att täcka de psykosociala exponeringar. Trots detta visar resultaten beträffande t.ex. psykiska krav betydande samstämmighet.

Endast en studie har försökt hantera problemet med att personer med psykisk ohälsa kan överrapportera bristande arbetsvillkor på grund av sin ohälsa (Stanfeld et al 1999). I den studien lät man också deltagarnas chefer bedöma arbetsvillkoren. Medan man baserat på självrapport fann samband mellan psykiska krav och socialt stöd och psykisk ohälsa fann man inget samband mellan chefers bedömning av arbetsvillkoren och utfallet. Detta kan ha berott på tendens till överrapportering bland dem som skulle komma att få psykisk ohälsa eller på att cheferna hade svårt att bedöma medarbetarnas arbetsvillkor. Det behövs fler studier som undersöker externt värderade arbetsvillkor (Stansfeld och Candy 2006). Vi har själva gjort en undersökning där arbetsvillkoren värderades externt, i denna undersökning fanns ett starkt samband mellan externt värderat socialt stöd på arbetet och depression som psykiatrisk diagnos (Waldenström et al, in press).

Validitet i bedömningen av utfallet

Endast fyra studier (Kawakami et al 1990, Wang 2004, Wang 2005, Bromet et al 1988) använde psykiatriska diagnoser ställda genom intervju som utfall. I ytterligare tre studier användes självrapporterad läkardiagnostiserad depression som utfall (Ylipaavalniemi et al 2005, Kiivimäki et al 2003b, Kivimäki et al 2003c). Detta är en betydande brist för diskussionen av vad som kan utgöra psykisk arbetsskada. Utöver de studier som nämnts finns ett antal tvärsnittsstudier som undersökt sambanden mellan arbetsvillkor och psykiatrisk diagnos ställd vid intervju. I en av dessa, genomförd på ett stort företag i USA, framträdde arbetshändelser och särskilt starkt ökad arbetsbelastning och problem med chefen som associerade med depression (Phelan et al 1991). Chevalier och medarbetare fann bland anställda i det franska gas- och elverket särskilt starkt samband mellan större omorganisationer och psykisk ohälsa i form av depression och ett antal andra diagnoser (Chevalier et al 1996). En undersökning inom den s.k ECA-studien i USA visade att lågt beslutsutrymme, höga psykiska krav, höga fysiska krav och små möjligheter till lärande alla var relaterade till egentlig depression (Mausner-Dorsch och Eaton 2000). Tvärsnittsstudierna stöder alltså att samband mellan arbetsvillkor och depressions- och ångesttillstånd finns men bidrar inte till att avgöra sambandens riktning. Det behövs fler longitudinella studier av sambanden mellan arbetsvillkor och psykiatrisk diagnos.

Studier som inte använde psykiatrisk diagnos som utfall använde psykiatriska skattningsskalor som validerats mot psykiatrisk diagnos. Detta kriterium var rimligt med tanke på att vi ville undersöka psykisk ohälsa av allvarigare natur än tillfälligt lågt välbefinnande. Samtidigt kan dock studier som innehöll väsentlig information ha uteslutits. T.ex. har inte studier av utbrändhet inkluderats. Vi tror dock inte att bilden på något väsentligt sätt skulle ha förändrats om studier som använde andra skattningsskalor hade inkluderats. Diagnosen utmattningssyndrom har vi inte kunnat studera. Det beror i huvudsak på att diagnosen innefattar sin egen orsak. Trots detta kan man tänka sig studier av sambandet mellan arbetslivsförhållanden och andra livsvillkor och symtomkomponenten i denna diagnos. Sådana studier saknas dock helt men skulle i högsta grad behövas.

Effektens storlek

I vår text har vi i allmänhet inte angivit storleken på effektmåtten. Det föreligger avsevärda metodmässiga skillnader mellan de studier som vi granskat och sätten att ange resultaten har också varierat. Effektmåtten har i allmänhet uttryckts som regressionskoefficienter eller oddskvoter. Olika skalor har använts för att mäta exponeringarna och när oddskvoter använts har exponeringarna indelats på olika sätt i olika studier. Effektmåtten är alltså inte jämförbara mellan olika studier och vi har därför ansett det tillräckligt att ange om resultaten varit statistiskt signifikanta ($p < 0,05$) eller inte. Detta är naturligtvis inte idealiskt eftersom statistiskt signifikanta resultat lättare uppnås vid lägre oddskvoter, eller motsvarande, i stora studier än i små.

Relevant litteratur

Gav våra sökningar oss tillgång till all relevant litteratur? Det förefaller klart att enbart sökning i databaserna inte hade gett oss tillgång till relevant litteratur i samma utsträckning som att söka litteraturen genom kännedom om författare aktiva på området och genom att beställa litteratur från referenslistor i relevanta publikationer. Å andra sidan gav den systematiska sökningen ett antal relevanta referenser som vi inte hade fått tillgång till på annat sätt. Genom att söka litteratur på flera sätt fick vi alltså en mer fullständig bild än genom att bara använda den systematiska sökningen eller mer traditionella metoder.

Jämförelse med tidigare undersökning

Vi känner bara till en tidigare undersökning med ett syfte liknande vårt, att efter en systematisk insamling av relevanta artiklar dra slutsatser om psykosociala arbetsvillkors betydelse för psykisk ohälsa (Stansfeld och Candy 2006). Denna undersökning var huvudsakligen baserad på en så kallad metaanalys av 11 artiklar där data från de studier som undersökt samma exponering vägdes samman i ett gemensamt riskmått. Samtliga 11 studier i metaanalysen ingår också i vår undersökning.

Stansfeld och Candy drar slutsatsen att det finns robust och konsistent stöd för att kombinationen av höga psykiska krav och låg kontroll, samt kombinationen av hög ansträngning i och låg belöning, i arbetet är riskfaktorer för "common mental disorder". När det gäller job strain baserades metaanalysen på studierna av Shields (1999) och Ylipavalniemi et al (2005). Studien av Ylipavalniemi et al dikotomiserade krav och kontroll vid medianen och job strain förelåg hos dem som hade krav över medianen och kontroll under medianen medan alla övriga inte hade job strain. Shields dividerade krav med kontroll för varje individ. Den fjärdedel som hade den högsta kvoten hade job strain och övriga inte. Oddskvoten för depression i studien av Ylipavalniemi et al var 1,3 (95% KI 0,9-1,8) och i studien av Shields 3,3 (95% KI 1,3-8,4) bland män och 2,1 (95% KI 1,1-4,0) bland kvinnor. Båda studierna hade depressionsdiagnos som utfall. I vår analys ingick förutom de två studierna i metaanalysen studierna av Bourbonnais et al (1999) och av de Lange et al (2002). Båda dessa studier visade signifikanta effekter av job strain. Baserat på tillgängliga data verkar en effekt av job strain, som den mäts i dessa studier, inte osannolik.

När det gäller hög ansträngning och låg belöning baseras Stansfeld och Candys slutsats också på två studier. I den ena av dessa Stansfeld et al (1999) hade konventionella frågor enligt ansträngning-belöningsmodellen om ansträngning i arbetet inte inkluderats i frågeformuläret. Man använde istället tävlingsinställning (competitiveness), egna prestationskrav (work-related overcommitment) och fientlighet (hostility) som mått på

ansträngning. Vi anser inte att detta är rimliga mått på grad av ansträngning i arbetet. Om man instämmer med detta finns longitudinella resultat för ansträngning-belöningsmodellen endast från en artikel.

I metaanalysen fanns också resultat för beslutsutrymme där man baserat på tre studier fann en gemensam oddskvot på 1,2 (95 % konfidensintervall 1,1-1,4). Vår värdering av beslutsutrymme är baserad på nio artiklar, däribland de tre som ingick i metaanalysen. Fem av studierna, varav en med högre kvalitet, visade samband, fyra inte. Vårt resultat, såväl som Stansfelds och Candys, är förenligt med en effekt av bristande beslutsutrymme som det beskrivs i de artiklar vi baserar oss på.

Metaanalysen av kontroll i arbetet (kombinationen av stimulans och beslutsutrymme) visade en gemensam oddskvot 1,2 (95% konfidensintervall 1,1-1,4) baserat på tre studier. Våra resultat baseras på samma tre studier och ytterligare två. Två studier ansåg vi ha högre kvalitet, av dessa visade en ingen effekt i något av könen och den andra effekt enbart bland män. Av de tre studierna med lägre kvalitet visade en ingen effekt, en effekt endast bland män och en effekt i båda könen. Vårt resultat, såväl som Stansfelds och Candys, är förenligt med en viss effekt av bristande kontroll i arbetet som det beskrivs i de artiklar vi baserar oss på. Metaanalysen av psykiska krav i arbetet baserades på fem studier där man fann en gemensam oddskvot på 1,4 (95% konfidensintervall 1,2-1,7). Vår analys baserades på 15 artiklar, fem av dessa ansågs ha högre kvalitet. Av dessa visade fyra en effekt av exponeringen. Av de tio artiklarna med lägre kvalitet visade nio en effekt av exponeringen.

Metaanalysen för socialt stöd baserades på fem studier där man fann en gemensam oddskvot på 1,3 (95% konfidensintervall 1,2-1,4). Vår analys baserades på 17 studier varav sju med högre kvalitet. Fyra av studierna med högre kvalitet visade effekter av socialt stöd medan tre inte gjorde det. Av de tio studierna med lägre kvalitet visade sex effekter, två effekter i vissa grupper och två ingen effekt. Våra resultat är alltså förenliga med resultaten av metaanalysen.

Forskningsbehov

I de studier som undersökt effekter av socialt stöd i arbetet kan det finnas en tendens till att effekten av instrumentellt stöd på depressions- och ångesttillstånd är mer påtaglig än effekten av den allmänna kvaliteten i de mänskliga relationerna. Fler studier behövs där man undersöker olika former av socialt stöd i relation till psykisk ohälsa i ett sammanhang. Mycket få studier har undersökt dos-responssamband över fler än två eller tre exponeringskategorier.

Alla delar av krav-kontroll-stödmodellen är inte väl undersökta. Effekterna av bristande stimulans skulle behöva klargöras i fler studier. Kombinationen av högra krav och låg kontroll skulle i högre grad behöva undersökas som en interaktion mellan de ingående komponenterna än som en kvot mellan dem.

Fler studier behövs av andra psykosociala förhållanden än krav-kontroll-stödmodellens. Fler studier behövs som gör externa värderingar av psykosociala förhållanden och studerar sambanden mellan dessa och depressions- och ångesttillstånd.

Slutsatser

I de studerade artiklarna finns ett stort antal statistiskt signifikanta samband belagda mellan å ena sidan arbetsvillkor och å andra sidan depressions- och ångestsymtom eller -diagnoser. Vissa arbetsvillkor är mindre väldefinierade än andra. I begreppet psykiska krav ingår till exempel i olika studier såväl emotionella krav som tidspress och andra förhållanden. Socialt

stöd kan innebära såväl instrumentellt stöd från arbetskamrater och chefer som frågor om mänskliga relationers kvalitet utan hänvisning till någon arbetsprocess. Olika skattningsskalor används också för att studera utfallen i majoriteten av studierna. Alla studier i vårt material har brister i uppläggningsen och ibland även i dataanalysen som diskuterats ovan.

Enligt de definitioner och kriterier vi har ställt upp har vi sammanfattningsvis funnit följande:

- Det finns *måttligt vetenskapligt stöd* för att höga *psykiska krav* i arbetet kan depressions- och ångesttillstånd. Vårt resultat överensstämmer med resultaten från Stansfeld och Candys metaanalys (Stansfeld och Candy 2006). Både bland de artiklar som ingick och inte ingick i metaanalysen förefaller effekterna av psykiska krav starkare än effekterna förenade med beslutsutrymme och kontroll. I dataanalyserna behandlades exponeringsvariablerna på liknande sätt i de studier som undersökte beslutsutrymme, kontroll och psykiska krav.
- Det finns *måttligt vetenskapligt stöd* för att *bristande socialt stöd* i arbetet kan bidra till depressions- och ångesttillstånd. Resultaten överensstämmer med de hos Stansfeld och Candy (2006).
- Det finns *måttligt vetenskapligt stöd* för att *job strain (kombinationen av bristande beslutsutrymme och höga psykiska krav)* kan bidra till depressions- och ångesttillstånd. Resultaten överensstämmer med resultaten hos Stansfeld och Candy (2006)
- Det finns *begränsat vetenskapligt stöd* för att *bristande beslutsutrymme* kan bidra till depressions- och ångesttillstånd. Resultatet kan innebära en mer konservativ värdering än hos Stansfeld och Candy (2006)
- Det finns *begränsat vetenskapligt stöd* för att *bristande stimulans* i arbetet kan bidra till depressions- och ångesttillstånd. Denna exponering ingick inte i Stansfeld och Candys metaanalys (2006)
- Det finns *begränsat vetenskapligt stöd* för att *låg kontroll* i arbetet (kombinationen av bristande stimulans och bristande beslutsutrymme) kan bidra till depressions- och ångesttillstånd. Resultatet kan innebära en mer konservativ värdering än hos Stansfeld och Candy (2006)
- Det finns *det begränsat vetenskapligt stöd*, för att negativa livshändelser på arbetet, *arbetshändelser*, kan framkalla, framför allt, depressiva symtom. Livshändelser är dock kända riskfaktorer för depression och ångesttillstånd, särskilt livshändelser som innebär allvarlig kränkning av individen eller omöjliggör en förbättring av individens situation (Brown 1972, Brown et al 1987). Den omfattande kunskap som finns om livshändelser i etiologin till psykisk ohälsa bör också vägas in i bedömningen av om arbetshändelser kan bidra till depressions- och ångesttillstånd. Denna exponering ingick inte i Stansfeld och Candys metaanalys (2006)
- Det finns *begränsat vetenskapligt stöd* för att *låg "procedural justice"* kan bidra till depressions- och ångesttillstånd bland sjukhusanställda. Denna exponering ingick inte i Stansfeld och Candys metaanalys (2006)
- Det finns *begränsat vetenskapligt stöd* för att *låg "relational justice"* kan bidra till depressions- och ångesttillstånd bland sjukhusanställda. Denna exponering ingick inte i Stansfeld och Candys metaanalys (2006)
- Det *saknas vetenskapligt stöd* för att olika *kombinationer av psykiska krav, kontroll och stöd* skulle innebära större risk för de studerade utfallen än summan av effekten av de enskilda variablerna baserat på sju studier. Denna exponering ingick inte i Stansfeld och Candys metaanalys (2006)

- Det *saknas vetenskapligt stöd* för att *höga fysiska krav* i arbetet skulle öka risken för depressions- och ångesttillstånd baserat på tre studier. Denna exponering ingick inte i Stansfeld och Candys metaanalys (2006)

Övriga arbetsvillkor har bara undersökts i högst två undersökningar och det är därför omöjligt att uttala sig om i vilken utsträckning dessa förhållanden skulle kunna ge upphov till depressions- och ångesttillstånd.

Detta dokument behandlar endast frågan om arbetsvillkor *kan* orsaka psykisk ohälsa i form av depressions- och ångesttillstånd. En bedömning av om övervägande skäl talar för samband i ett enskilt fall kräver också en diskussion av hur utsatt personen varit för de arbetsvillkor som bidragit till tillståndet.

Det finns anledning att uppdatera detta dokument med regelbundna intervaller eftersom ny kunskap hela tiden tillkommer.

Referenser

- Ahlberg-Hulten G (1999) *Psychological demands and decision latitude within health care work. Relation to health and significance*. Akademisk avhandling. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Ala-Mursula L, Vahtera J, Pennti J, Kivimäki M (2004) Effect of employee worktime control on health: a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 61:254-261.
- Babazono A, Mino Y, Nagano J, Tsuda T, Araki T (2005) A prospective study of the influences of workplace stress on mental health. *J Occup Health* 47:490-495.
- Barnett R, Brennan R (1997) Change in job conditions, change in psychological distress, and gender: a longitudinal study of dual-earner couples. *J Organizat Behav* 18:253-274.
- Bourbonnais R, Comeau M, Vezina M (1999) Job strain and evolution of mental health among nurses. *J Occup Health Psychol* 4:95-107.
- Bromet EJ, Amanda Dew M, Parkinson DK, Schulberg HC (1988) Predictive effects of occupational and marital stress on the mental health of a male workforce. *J Organizat Behav* 9:1-13.
- Brown GW (1972) Life-events and psychiatric illness: some thoughts on methodology and causality. *J Psychosom Res* 16:311-320.
- Brown GW, Bifulco A, Harris TO (1987) Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *Br J Psychiatry* 150:30-42.
- Bültmann U, Kant IJ, Van den Brandt PA, Kasl SV (2002) Psychosocial work characteristics as risk factors for the onset of fatigue and psychological distress: prospective results from the Maastricht Cohort Study. *Psychol Med* 32:333-345.
- Chevalier A, Bonenfant S, Picot MC, Chastang JF, Luce D (1996) Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company. The Anxiety-Depression Group. *J Occup Environ Med* 38:1098-1107.
- Cropley M, Steptoe A, Joekes K (1999) Job strain and psychiatric morbidity. *Psychol Med* 29:1411-1416.
- Daniels K, Guppy A (1994) Occupational stress, social support, job control, and psychological well-being. *Human Relations* 47:1523-1544.
- Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J (2005) A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health* 5:67.
- Griffin J, Fuhrer R, Stanfeld S, Marmot M (2002) The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med* 54:783-798.
- Johnson JV, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, Klag MJ (1995) The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *J Occup Environ Med* 37:1151-1159.
- Karasek RA, Theorell T (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kawachi I. (2006) Injustice at work and health: causation or correlation. *Occup Environ Med* 63:578-579.
- Kawakami N, Araki S, Kawashima M (1990) Effects of job stress on occurrence of major depression in Japanese industry: a case-control study nested in a cohort study. *J Occup Med* 32:722-725.
- Kawakami N, Haratani T, Araki S (1992) Effects of perceived job stress on depressive symptoms in blue-collar workers of an electrical factory in Japan. *Scand J Work Environ Health* 18:195-200.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie J (2003a) Organisational justice and health of employees: a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 60:27-34.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Stanfeld SA (2003b) Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. *Psychol Med* 33:319-326.
- Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L (2003c) Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 60:779-783.
- de Lange A, Taris T, Kompier M, Houtman I, Bongers P (2002) Effects of stable and changing demand-control histories on worker health. *Scand J Work Environ Health* 28:94-108.

- Marchand A, Demers A, Durand P (2005) Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociology Health Illness* 27:602-627.
- Mausner-Dorsch H, Eaton WW (2000) Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health* 90:1765-1770.
- Melamed S, Luz J, Green MS (1992) Noise exposure, noise annoyance and their relation to psychological distress, accident and sickness absence among blue-collar workers--the Cordis Study. *Israel J Med Sci* 28:629-35.
- Michélsen H, Bildt C (2003) Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. *Occup Environ Med* 60:489-496.
- Mino Y, Shigemi J, Tsuda T, Yasuda N, Bebbington P (1999) Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: a 2 year cohort study. *Occup Environ Med* 56:41-45.
- Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S (1998) Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 24:197-205.
- Noor N (1995) Work and family roles in relation to women's well-being: A longitudinal study. *Br J Soc Psychol* 34:87-106.
- Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM (2002): Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 181:111-117.
- Phelan J, Schwartz JE, Bromet EJ, Dew MA, Parkinson DK, Schulberg HC, Dunn LO, Blane H, Curtis EC (1991) Work, family stress and depression in professional and managerial employees. *Psychol Med* 21:999-1012.
- Revicki DA, Gershon RR (1996) Work-related stress and psychological distress in emergency medical technicians. *J Occup Health Psychol* 1:391-396.
- Schonfeld IS (1992) A longitudinal study of occupational stressors and depressive symptoms in first-year female teachers. *Teaching & Teacher Education* 8:151-158.
- Shields M (1999) Long working hours and health. *Health Reports* 11:33-47
- Stansfeld SA, Candy B (2006) Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32(6, special issue):443-462.
- Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, Ferrie J, Shipley M (1997a) Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *J Psychosom Res* 43:73-81.
- Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG (1999) Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 56:302-307.
- Stansfeld SA, Rael E, Head J, Shipley M, Marmot M (1997b) Social support and sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol Med* 27:35-48.
- Waldenström K, Ahlberg G, Bergman P, Forsell Y, Stoetzer U, Waldenström M, Lundberg I. Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. *Occup Environ Med*, in press
- Waldenström K, Härenstam A. Does the job demand-control model correspond to externally assessed demands and control for both women and men? *Scand J Publ Health*, in press.
- Wang J (2004) Perceived work stress and major depressive episodes in a population of employed Canadians over 18 years old. *J Nervous Mental Dis* 192:160-163.
- Wang J (2005) Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med* 35:865-871.
- Wang J, Patten S (2001) Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population 20-49 years old. *J Occup Health Psychol* 6:283-289.
- Weinberg A, Creed F (2000) Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 355:533-537.
- Ylipaavalniemi J, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltikangas-Järvinen L, Vahtera J (2005) Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Soc Sci Med* 61:111-122.

Tabell 1. Artiklar som ingår i översikten. Artiklar som bedömts ha högre kvalitet än övriga anges i fetstil

Ala Mursula et al 2004
Babazono et al 2005
Barnett och Brennan 1997
Bourbonnais et al 1999
Bromet et al 1988
Bültmann et al 2002
Godin et al 2005
Griffin et al 2002
Johnson et al 1995
Kawakami et al 1990
Kawakami et al 1992
Kivimäki, Elovvanio, Vahtera, Ferrie 2003 (Kivimäki et al 2003a)
Kivimäki, Elovaino, Vahtera, Virtanen, Stansfeld 2003 (Kivimäki et al 2003b)
Kivimäki, Virtanen, Vartia, Elovainio, Vahtera, Keltikangas-Järvinen 2003 (Kivimäki et al 2003c)
de Lange et al 2002
Marchand et al 2005
Mino et al 1999
Niedhammer et al 1998
Noor 1995
Paterniti et al 2002
Shields 1999
Schonfeld 1992
Stansfeld, Fuhrer et al 1997 (Stansfeld et al 1997a)
Stansfeld, Rael et al 1997 (Stansfeld et al 1997b)
Stansfeld et al 1999
Wang 2004
Wang 2005
Ylipaavalniemi et al 2005

Tabell 2. Effekter av psykiska krav i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings-mått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Babazono et al 2005	705 personer anställda i ett tillverkningsföretag i Japan	Enkätdata från två undersökningstillfällen med två års mellanrum	Tretton arbetsvillkor, i huvudsak olika psykiska krav	GHQ 60 (träskel 16/17)	Bland arbetare var "för mycket tävlande", "tidspress" och "kan inte följa med i den tekniska utvecklingen" enligt första enkäten relaterat till GHQ över cut off enligt andra enkäten. Bland tjänstemän var "för mycket problem på arbetet" och "tidspress" relaterat till GHQ över cut off.
Barnett och Brennan 1997	402 personer, i gifta par, som arbetade heltid, slumpmässigt valda ur populationen i Massachusetts	Intervjudata med ett års mellanrum vid tre tillfällen	Psykiska krav mättes med tre items, för mycket att göra, motstridiga krav och för stora krav	PSI (Psychiatric symptom index) med 29 items	Starkt signifikanta negativa effekter av höga psykiska krav både vad gällde genomsnittsvärden och negativ förändring över tid. Män och kvinnor analyserades tillsammans men effekten fanns i båda könen.
Bromet et al 1988	325 manliga fackföreningsmedlemmar i icke arbetsledande positioner i 4 kraftverk i Pennsylvania	Enkät- och intervjudata från två undersökningstillfällen med ett års mellanrum	Occupational stress scale enligt House et al enligt enkät	Egentlig depression, minor och/eller generell ångestsyndrom enligt intervju	Höga psykiska krav i arbetet vid första tillfället var starkt relaterat till affektiv sjukdom vid andra tillfället (log odds 0,851). Det fanns också en interaktion mellan höga psykiska krav och lågt socialt stöd som starkt ökade risken för utfallet

Tabell 2 (fortsättning). Effekter av psykiska krav i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings-mått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Bülfmann et al 2002	C:a 8800 personer i Holland med anställning	Enkätdata från två datainsamlingar med ett års mellanrum	Psykiska krav enligt Job contents questionnaire (5 items). Emotionella psykiska krav mättes med 5 items (t.ex. hot och våld)	GHQ12 (tröskel 3/4) samt som kontinuerlig skala	Bland män men inte bland kvinnor var höga psykiska krav och höga emotionella krav vid första datainsamlingen signifikant relaterat till kontinuerligt GHQ12 vid andra datainsamlingen.. Höga psykiska krav (i tertiler) var signifikant relaterade till dikotomt GHQ12 bland män (OR=1,5) och kvinnor (OR1,4). Höga emotionella krav var signifikant relaterade till dikotomt GHQ12 bland både män (OR=1,7) och kvinnor (OR=1,4)
Johnson et al 1975	581 läkare som studerat i Baltimore, USA	Enkätdata från två datainsamlingar med två års mellanrum. Data om utfallet fanns inte tillgängligt vid första tidpunkten.	Psykiska krav (9 items bl.a. JCQ-frågor). Psykiska krav förknippade med patienter (4 items)	GHQ 20 användes som kontinuerlig skala	Psykiska krav i arbetet och krav förknippade med patienter var signifikant relaterade till utfallet på förväntat sätt. Undersökning studerade inte könen separat
Kawakami et al 1992	468 män som arbetade i en elektronikfabrik i Japan.	Enkätdata från tre datainsamlingar årligen under två år. Arbetsvillkor mättes vid första tillfället och relaterades till utfallet vid något av de senare tillfällena	För hög arbetsbelastning (4 items)	Zung self-rating depressive scale, dikotomiserad så att 10% var "deprimerade"	För hög arbetsbelastning var inte relaterat till utfallet

Tabell 2 (fortsättning). Effekter av psykiska krav i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnig (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Marchand et al 2005	C:a 6500 personer under 60 år som arbetade minst 15 timmar per vecka och som deltog i en populationsstudie i Kanada	Intervjudata från fyra undersökningstillfällen med två års mellanrum. Undersökningen gjordes bland dem som var fria från psykisk ohälsa vid första datainsamlingen. Insjuknanden kunde ske i någon av de senare datainsamlingarna	Psykiska krav mättes med två items, arbetet mycket jäkligt och motstridiga krav	Sex items för att mäta psykisk ohälsa (psychological distress) med CIDI-intervju	Psykiska krav vid första tillfället var signifikant relaterat till utfallet vid något senare tillfälle. Män och kvinnor analyserades tillsammans
Mino et al 1999	310 arbetare i en maskinproducerande industri i Japan	Enkätdata från fyra datainsamlingar med sex månaders mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till utfall vid något av de senare tillfällena	Tretton arbetsvillkor, i huvudsak olika psykiska krav	GHQ30 (tröskel 7/8)	Signifikanta samband (i fallande ordning) fanns för "too much trouble at work", "too much responsibility", "not allowed to make mistakes", "cannot keep up with new technology", "schedule is too tight", "pressed to work too hard" i båda könen. OR var som högst 1,6.
Niedhamer et al 1998	C:a 11500 anställda i EDF-GDF (franska el- och gasverket)	Enkätdata från två datainsamlingar med ett år emellan. Exponering vid första tillfället relaterades till utfall vid det andra. Mycket dåliga data om utfallet vid tidpunkt I	Psykiska krav (5 items) mätta med JCQ	CES-D (depression= minst 17 för män och minst 23 för kvinnor)	Höga psykiska krav var signifikant relaterade till depressiva symtom bland män, OR 1,8 och kvinnor OR 1,4

Tabell 2 (fortsättning). Effekter av psykiska krav i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfalls-mätt	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Noor et al 1995	180 kvinnor i England som arbetade som sekreterare eller akademiker	Enkätdata från två datainsamlingar med 8 månaders mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till utfall vid det andra	Psykologisk överbelastning i arbetet mättes med 4 items	GHQ12 använt som kontinuerlig skala	För hög arbetsbelastning vid första tidpunkten var signifikant relaterat till GHQ12 vid andra tidpunkten
Paterniti et al 2002	C:a 10 000 anställda i det franska el- och gasverket	Enkätdata från två undersökningstillfällen med tre års mellanrum	Frågor från Karasek 1979 och Johnson och hall 1988. 5 items	CES-D med 20 frågor	Höga psykiska krav vid första undersökningstillfället var relaterat till ökad depressivitet mellan de två undersökningstillfällena i båda könen.
Stansfeld, Fuhrer et al 1997	7372 deltagare i Whitehall fas 1, 2 och 3.	a. Enkätdata om arbetsförhållanden i fas 1 och 1 GHQ30 i fas 3, i genomsnitt c:a 5,3 år senare. b. Enkätdata om arbetsförhållanden i fas 1 relaterades till registerdata om kort sjukskrivning p.g.a. självuppgivna psykiska besvär under i genomsnitt 4 år därefter	Psykiska krav mättes med JCQ (antal items okänt)	a. GHQ30 (tröskel 4/5). b. Sjukskrivning högst 7 dagar p.g.a. självrapporterade psykiska besvär	Höga psykiska krav var signifikant relaterade till hög GHQ-poäng (RR 1,4 för män Och 1,5 för kvinnor. Det fanns inget samband mellan höga psykiska krav och sjukskrivning bland män. Bland kvinnor var höga psykiska krav förenade med signifikant ökad risk för sjukskrivning, (RR 1,6) .

Tabell 2 (fortsättning). Effekter av psykiska krav i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings- mått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Stansfeld et al 1999	C:a 9000 anställda i de brittiska regeringkanslierna	Enkätdata från tre undersökningstillfällen med c:a tre års mellanrum	Psykiska krav i arbetet enligt JCQ	GHQ30 (träskel 4/5)	Höga psykiska krav var signifikant relaterade till psykisk ohälsa vid senare undersökning ((OR för män 1,4, för kvinnor 1,3) och ökande psykiska krav över tid relaterade till ökande psykisk ohälsa över tid, i båda könen
Wang et al 2004	C:a 7000 personer minst 18 år gamla med arbete i kanadensisk populationsstudie	Intervjudata från 4 undersökningstillfällen med 2 års mellanrum.	Kortversion av JCQ	Egentlig depression diagnostiserad i CIDI-intervju	Höga psykiska krav vid första tillfället var signifikant relaterade till egentlig depression vid något av de senare tillfällena bland dem med låg DA (OR 1,8 men inte bland dem med hög DA (OR 1,1. Könen undersöktes tillsammans
Ylipaaval niemi et al 2005	C:a 4800 anställda på finländska sjukhus	Enkätdata från två undersökningstillfällen med två års mellanrum	Job contents questionnaire, 4 items för psykiska krav	Självrapporterad läkar diagnos: "klinisk depression"	Det fanns inget samband mellan höga psykiska krav i arbetet och utfallet

Tabell 3. Effekter av bristande stimulans (skill discretion) i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Barnett och Brennan 1997	402 personer, i gifta par, som arbetade heltid, slumpmässigt utvalda ur populationen i Massachusetts	Intervjuedata med ett års mellanrum vid tre tillfällen	Stimulans mättes med fem items i eget frågeformulär	PSI (Psychiatric symptom index) med 29 items	Det fanns starka effekter av låg stimulans på både genomsnittsvärden och negativ förändring över tid. Män och kvinnor analyserades tillsammans
Stansfeld et al 1997a	7372 deltagare i Whitehall fas 1,2 och 3	a. Enkätdata om arbetsförhållanden i fas 1 och 1 GHQ30 i fas 3, i genomsnitt c:a 5,3 år senare. b. Enkätdata om arbetsförhållanden i fas 1 relaterades till registerdata om kort sjukskrivning p.g.a. självuppgivna psykiska besvär under i genomsnitt 4 år därefter	Stimulans mättes med JCQ. Ej känt hur många items. Delades i låg, mellan och hög	a. GHQ30 (tröskel 4/5). b. Sjukskrivning högst 7 dagar p.g.a. självrapporterade psykiska besvär	Låg stimulans var inte relaterat till GHQ30. Både bland kvinnor och män var hög stimulans jämfört med låg signifikant relaterat till sjukskrivning p.g.a. psykiska besvär (RR 0,7 respektive 0,5)
Stanfeld et al 1999	C:a 9000 anställda i de brittiska regeringkanslierna	Enkätdata från tre undersökningstillfällen med c:a tre års mellanrum	Stimulans mättes med JCQ (antal items okänt)	GHQ 30 (tröskel 4/5)	Låg Stimulans var inte signifikant relaterat till utfallet vare sig bland kvinnor eller män (OR 1,1 respektive 1,0)

Tabell 3 (fortsättning). Effekter av bristande stimulans (skill discretion) i arbetet

Wang et al 2004	C:a 7000 personer minst 18 år gamla med arbete i kanadensisk populationsstudie	Intervjudata från 4 undersökningstillfällen med 2 års mellanrum.	Kortversion av JCQ (12 items totalt- ej känt hur många för stimulans). Deltagarna delades vid medianen för stimulans	Egentlig depression diagnostiserad i CIDI-intervju	Låg stimulans vid första tillfället var signifikant relaterad till egentlig depression vid något av de senare tillfällena(OR 1,2). Könen undersöktes tillsammans.
-----------------	--	--	--	--	---

Tabell 4. Effekter av bristande beslutsutrymme (decision authority) i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnig (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Ala-Mursula et al 2004	C:a 4200 heltidsanställda personer i åtta finska kommuner	Enkätdata insamlades vid två tillfällen med tre års mellanrum.	Sex items rörande kontroll över arbetstiden. Låg kontroll över arbetstiden innebar lägsta tertilen vid båda tillfällena, hög högsta tertilen vid båda tillfällena och mellan alla övriga kombinationer	GHQ12 (tröskel 4/5)	Kvinnor med låg kontroll över arbetstiden hade signifikant ökad OR 1,4 för utfallet Bland män fanns inget samband mellan kontroll över arbetstiden och utfallet
Barnett och Brennan 1997	402 personer, i gifta par, som arbetade heltid, slumpmässigt utvalda ur populationen i Massachusetts	Intervjudata insamlades med ett års mellanrum vid tre tillfällen	Beslutsutrymme mättes med fyra items i eget frågeformulär	PSI (Psychiatric symptom index) med 29 items	Det fanns inga signifikanta effekter av beslutsutrymme vare sig vad gällde genomsnittsvärden eller negativ förändring över tid. Män och kvinnor analyserades tillsammans

Tabell 4 (fortsättning). Effekter av bristande beslutsutrymme (decision authority) i arbetet

Johnson et al 1975	581 läkare som studerat i Baltimore, USA och som följts regelbundet under många år	Enkätdata insamlades vid två tillfällen med ett års mellanrum. Data om utfallet fanns inte tillgängligt vid första tidpunkten.	8 items (bl.a. JCQ-frågor). Kallas för kontroll men verkar bara innefatta beslutsutrymme	GHQ 20 användes som kontinuerlig skala	Beslutsutrymme vid första tillfället var signifikant relaterat till utfallet på vid andra tillfället. Undersökning studerade inte könen separat
Kawakami et al 1992	468 män som arbetade i en elektronikfabrik i Japan.	Enkätdata insamlades årligen under tre år. Arbetsvillkor mättes vid första tillfället och relaterades till utfallet vid något av de senare tillfällena	En fråga om kontroll över arbetstakten. Dikotomiserades vid 75:e percentilen	Zung self-rating depressive scale, dikotomiserad så att 10% var "deprimerade"	Bristande kontroll över arbetstakten var signifikant relaterat till depressiva symptom efter ett år men inte senare, RR=1,7
Kivimäki et al 2003a	C:a 3800 anställda vid 10 sjukhus i Finland	Två datansamlingar med enkät med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfallet vid det andra tillfället	Beslutsutrymme mättes med 3 items från JCQ. Låg exponering (-1 standarddeviation och lägre) jämfördes med hög (+1 standarddeviation och högre)	GHQ 12 (tröskel 4/5)	Lågt beslutsutrymme var signifikant relaterat till utfallet (RR 1,2)

Tabell 4 (fortsättning). Effekter av bristande beslutsutrymme (decision authority) i arbetet

	Intervjudata från fyra undersökningstillfällen med två års mellanrum. Undersökningen gjordes bland dem som var fria från psykisk ohälsavid första datainsamlingen. Insjuknanden kunde ske i någon av de senare datainsamlingarna	Sex items för att mäta psykisk ohälsa (psychological distress) med CIDI-intervju	Sex items för att mäta beslutsutrymme var inte relaterat till utfallet.
Marchand et al 2005	C:a 6500 personer under 60 år som arbetade minst 15 timmar per vecka och som deltog i en populationsstudie i Kanada	Intervjudata från fyra undersökningstillfällen med två års mellanrum. Undersökningen gjordes bland dem som var fria från psykisk ohälsavid första datainsamlingen. Insjuknanden kunde ske i någon av de senare datainsamlingarna	Sex items för att mäta psykisk ohälsa (psychological distress) med CIDI-intervju
Stansfeld et al 1997a	7372 deltagare i Whitehall fas 1,2 och 3.	a. Enkätdata om arbetsförhållanden i fas 1 och 1 GHQ30 i fas 3, i genomsnitt c:a 5,3 år senare. b. Enkätdata om arbetsförhållanden i fas 1 relaterades till registerdata om kort sjukskrivning p.g.a. självuppgivna psykiska besvär under i genomsnitt 4 år därefter	Delades i lågt, mellan och högt beslutsutrymme
		a. GHQ30 (tröskel 4/5). b. Sjukskrivning högst 7 dagar p.g.a. självrapporterade psykiska besvär	Lågt beslutsutrymme var inte relaterat vare sig till GHQ30 eller sjukskrivning p.g.a. psykiska besvär i något av könen..

Tabell 4. (fortsättning). Effekter av bristande beslutsutrymme (decision authority) i arbetet

Stanfeld et al 1999	C:a 9000 anställda i de brittiska regeringkanslierna	Enkätdata från tre undersökningstillfällen med c:a tre års mellanrum	Beslutsutrymme mättes med JCQ (antal items okänt) och delades i tertiler	GHQ 30 (tröskel 4/5)	Lågt beslutsutrymme jämfört med högt var signifikant relaterat till utfallet både bland män och kvinnor (OR 1,2 respektive 1,2)
Wang et al 2004	C:a 7000 personer minst 18 år gamla med arbete i kanadensisk populationsstudie	Intervjudata från 4 undersökningstillfällen med 2 års mellanrum	Kortversion av JCQ (12 items totalt- ej känt hur många för beslutsutrymme). Deltagarna delades vid medianen för beslutsutrymme	Egentlig depression diagnostiserad i CIDI-intervju	Lågt beslutsutrymme vid första tillfället var inte signifikant relaterat till till egentlig depression vid något av de senare tillfällena. (OR 1,0). Könen undersöktes tillsammans.

Tabell 5. Effekter av bristande kontroll (kombinationen av stimulansen och beslutsutrymme) i arbetet.

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings- mått	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Bültmann et al 2002	C:a 8800 personer i Holland med anställning	Enkätdata från två datainsamlingar med ett års mellanrum	Job control enligt JCQ (9 items). Användes som kontinuerlig skala och delad i tertiler	GHQ12 (träskel 3/4) samt som kontinuerligskala	Bland män var låg kontroll vid första tillfället signifikant relaterat till kontinuerligt GHQ12 vid andra tillfället. Inga samband fanns för kvinnor. Kontroll var inte relaterat till dikotomt GHQ12 vare sig bland män eller kvinnor.
Griffin et al 2002	C:a 8000 personer anställda i de brittiska regeringkanslierna (Whitehall)	Två datainsamlingar enkät med sex års mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till utfallet vid andra tillfället.	JCQ, 15 items. Delades vid medianen	Fyra items för depressiva symptom och fem för ångest från GHQ30. Kvartilen med de högsta värdena betraktades som fall	Kontroll var inte relaterat till depression vare sig bland män eller kvinnor. Kontroll var signifikant relaterat till ångest bland män, OR 1,4, men inte bland kvinnor
Niedhammer et al 1998	C:a 11500 anställda i EDF-GDF (franska el- och gasverket)	Enkätdata från två datainsamlingar med ett år emellan. Exponering vid första tillfället relaterades till utfall vid det andra tillfället. Mycket dåliga data om utfallet vid tidpunkt I	Job control (6 items) mätt med JCQ och enligt Johnson och Hall. Delades vid medianen	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (depression= minst 17 för män och minst 23 för kvinnor)	Låg kontroll var signifikant relaterat till depressiva symtom hos både män, OR 1,4, och kvinnor, OR 1,4

Tabell 5 (fortsättning). Effekter av bristande kontroll (kombinationen av stimulansen och beslutsutrymme) i arbetet.

Paterniti et al 2002	C:a 10.000 anställda i det franska el- och gasverket	Enkätdata från två undersökningstillfällen med tre års mellanrum	Elva items från frågan Karasek 1979 och Johnson och Hall 1988. Användes som kontinuerlig skala	CES-D med 20 frågor	Låg kontroll i arbetet vid första tillfället var relaterat till ökning av poängen i CES-D mellan första och andra tillfället bland män. Bland kvinnor var effekten av kontroll inte var signifikant.
Ylipaaval niemi et al 2005	C:a 4800 anställda på finländska sjukhus	Två datainsamlingar med enkät med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfallet vid andra tillfället.	JCQ, 8 items, delades i tertiler	Självrapporterad läkar diagnos: "Klimisk depression"	Låg kontroll i arbetet var inte relaterad till utfallet

Tabell 6. Effekter av job strain - exponering för höga psykiska krav och låg kontroll i kombination

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings-undersökningarna (tid mellan undersökningarna)	Exponerings-mått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Bourbonnais et al 1999	C:a 1400 fast anställda sjuksköterskor på akutsjukhus i Quebec	Två datainsamlingar med enkät med 1,5 års mellanrum. Exponering vid första tillfället och andra tillfället kombinerades och relaterades till utfället vid andra tillfället	Psykiska krav och kontroll enligt JCQ (tillsammans 18 items). Job strain hade de med krav över medianen och kontroll under medianen. Övriga hade inte job strain	Psychiatric Symptom index (PSI) (29 frågor) användes som kontinuerlig skala	De som exponerats för job strain vid båda tillfällena eller bara vid andra tillfället hade signifikant fler symptom än de som aldrig exponerats eller bara exponerats vid första tillfället.
De Lange et al 2002	C:a 1500 anställda i 34 företag i Holland	Fyra datainsamlingar med enkät med ett års mellanrum. Job-strain-historier skapades genom att kombinera exponeringarna över tiden	Psykiska krav (5 items) och kontroll (8 items) enligt JCQ. Skalorna dikotomiserades vid medianen	CES-D med 11 items som kontinuerlig skala	I gruppen som upplevde stabil high strain rapporterades mest depressiva symptom över tid, i gruppen med stabil low strain gällde motsatsen. Övriga stabila kategorier visade resultat däremellan. Att gå från high strain till low strain gav ingen förbättring av depressiva symptom. Depressiva symptom blev vanligare vid förändring från low strain till high strain. Att gå från aktivt eller passivt arbete till low strain ledde till minskning av depressiva symptom medan ändring från low strain till aktivt eller passivt arbete ledde till ökning av depressiva symptom. Alla nämnda skillnader var statistiskt signifikanta

Tabell 6 (fortsättning). Effekter av job strain - exponering för höga psykiska krav och låg kontroll i kombination

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings- mått	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Shields 1999	C:a 3800 personer, 25-54 år gamla som arbetade minst 35 timmar per vecka och som deltog i populationsundersökning i Kanada	Två datainsamlingar med intervju med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfället vid det andra tillfället. De med en episod av egentlig depression under de 12 månader före första tillfället uteslöts från undersökningen	Två frågor för att mäta psykiska krav och fem frågor för att mäta kontroll från JCQ. Kravpoängen delades med kontrollpoängen för mått på job strain	Ny episod av egentlig depression under de 12 månaderna före andra intervjun	De med job strain i högsta kvartilen hade signifikant ökad risk för egentlig depression (OR 3,3 för män och 2,1 för kvinnor).
Ylipaaval niemi et al 2005	C:a 4800 anställda på finländska sjukhus	Två datainsamlingar med enkät med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfället vid andra tillfället.	JCQ med 8 items, för kontroll. Finsk validerad skala för psykiska krav, 4 items. Kombinerades på tre olika sätt	Självrapporterad läkar diagnos: "Klinisk depression"	Job strain var inte relaterat till ökad depressionsincidens oavsett definitionen av job strain

Tabell 7. Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnig (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfalls-mätt	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Barnett och Brennan 1997	402 personer, i gifta par, som arbetade heltid, slumpmässigt valda ur populationen i Massachusetts	Intervjudata med ett års mellanrum vid tre tillfällen Medelvärden för och förändring av exponeringen över de tre tillfällena relaterades till förändring i utfället över de tre åren	Relationer med chefer mättes med 5 items. Refererar till tidigare studie av Barnett och Brennan	PSI (Psychiatric symptom index) med 29 items	Inga effekter på utfallet av relationer med chefer vare sig det gällde medelvärdet av exponeringen över de tre åren eller förändringen över tid av exponeringen. Män och kvinnor analyserades tillsammans men det fanns ingen effekt i något av könen.
Bourbonnais et al 1999	C:a 1400 fast anställda sjuksköterskor på akutsjukhus i Quebec	Två datainsamlingar med enkät med 1,5 års mellanrum.	8 items från JCQ om socialt stöd från arbetskamrater och chefer. Delades vid medianen	Psychiatric Symptom index (PSI) (29 frågor) med användes som kontinuerlig skala	Lågt socialt stöd vid första tillfället var signifikant relaterat till mer symptom i PSI vid andra tillfället.
Bromet et al 1988	325 manliga fackförenings medlemmar i icke arbetsledande positioner i 4 kraftverk i Pennsylvania	Enkät- och intervjudata från två tillfällen med ett års mellanrum	Stöd från arbetskamrater (4 items) enligt Moos Work environment scale i enkät	Egentlig depression, minor depression och/eller generellt ångestsyndrom enligt SADS-L intervju	Lågt stöd från arbetskamrater vid första tillfället var inte relaterat till affektiv sjukdom vid andra tillfället.. Det fanns en signifikant interaktion mellan höga psykiska krav och lågt stöd från arbetskamrater som starkt ökade risken för utfallet

Tabell 7 (fortsättning). Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnig (tid mellan undersökningarna)	Exponerings-mått	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Bültmann et al 2002	C:a 8800 personer i Holland med anställning	Enkätdata från två datainsamlingar med ett års mellanrum. De med högt GHQ12 vid baseline uteslöts från analyserna med diktomt utfall.	Stöd från chefer (4 items) respektive arbetskamrater (4 items). Ingen referens anges. I logistiska regressioner dikotomiserades båda skalorna vid medianen.	GHQ12 (tröskel 3/4) samt som kontinuerlig skala	Bland både män och kvinnor, var stöd från både chefer och arbetskamrater vid första tillfället signifikant relaterat till dikotomt GHQ12 (OR 1,3-1,4) vid andra tillfället Bland män, men ej bland kvinnor, var socialt stöd signifikant relaterat till GHQ som kontinuerlig skala. .
Johnson et al 1995	581 läkare som studerat i Baltimore, USA och som följts regelbundet under många år	Enkätundersökning med uppföljning efter ett år. Exponering vid första tillfället relaterades till utfallet vid andra tillfället. Data om utfallet fanns inte tillgängligt vid första tidpunkten.	Socialt stöd mättes med 7 items från JCQ och en skala av Lichtenstein.	GHQ 20 användes som kontinuerlig skala	Socialt stöd i arbetet var signifikant relaterat till utfallet på förväntat sätt. Undersökning studerade inte könen separat

Tabell 7 (fortsättning). Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Kawakami et al 1990	C:a 3000 heltidsanställda män i ett japanskt elföretag som inte hade tecken på psykisk sjukdom och som svarade på ett frågeformulär.	Deltagarna följdes årligen under tre år med enkätformulär. 35 män utvecklade nya psykiatriska sjukdomar, under observationstiden, sökte företagshälsovården, fick behandling och intervjuades. 15 diagnostiserades med egentlig depression, och debutdatum fastställdes. Fem kontroller utan psykisk sjukdom per fall valdes, matchade på ålder, civilstånd, fabrik och yrkesgrupp.	En fråga vardera om problem med arbetskamrater respektive chefer. Svaret hämtades från det frågeformulär som fyllts i närmast före depressionsdebuten	Diagnos av egentlig depression enligt kriterierna för DSM-III	Stress p.g.a.problem med mänskliga relationer var förenat med en ökad risk för egentlig depression i univariat analys. Överrisken försvann i multivariat analys. (Resultaten av den univariata analysen nämns därför att de gäller egentlig depression och därför att studien är så liten)
Kawakami et al 1992	468 män som arbetade i en elektronikfabrik i Japan.	Tre datainsamlingar med enkät årligen under två år. Arbetsvillkor mättes vid första tillfället och relaterades till utfallet vid något av de senare tillfällena	Dåliga mänskliga relationer (3 items). Inget sägs om innehållet i frågorna.	Zung self-rating depressive scale, dikotomiserad så att 10% var "deprimerade"	Dåliga mänskliga relationer var signifikant relaterat till utfallet efter två, men inte ett eller tre, år (RR=1,9)

Tabell 7 (fortsättning). Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Kivimäki et al 2003a	C:a 3800 anställda vid 10 sjukhus i Finland	Två datainsamlingar med enkät med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfallet vid det andra tillfället	Socialt stöd mättes med 6 items enligt Sarason. Låg exponering (-1 standarddeviation och lägre) jämfördes med hög (+1 standarddeviation och högre)	GHQ12 (träskel 4/5)	Socialt stöd var inte relaterat till utfallet.
Marchand et al 2005	C:a 6500 personer under 60 år som arbetade minst 15 timmar per vecka och deltog i en populationsstudie i Kanada	Intervjudata från fyra undersökningstillfällen med två års mellanrum. Undersökningen gjordes bland dem som var fria från psykisk ohälsa vid första datainsamlingen. Insjuknanden kunde ske i någon av de senare datainsamlingarna	Socialt stöd mättes med tre items från JCQ om hjälp från chefer respektive arbetskamrater, fiendlighet och konflikter från de man arbetar med.	Sex items för att mäta psykisk ohälsa (psychological distress) med CIDI-intervju	Lågt socialt stöd i arbetet var signifikant relaterat till psykisk ohälsa. Män och kvinnor analyserades tillsammans

Tabell 7 (fortsättning). Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnig (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmätt	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Mino et al 1999	310 arbetare i en maskinproducerande industri i Japan	Fyra datainsamlingar med enkät med sex månaders mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till utfall vid något av de senare tillfällena	Tretton frågor om i huvudsak olika psykiska krav. En fråga handlade om relationen med chefer	GHQ30 (träskel 8/9)	Dåliga relationer med chefer var signifikant relaterat till utfallet bland kvinnor (OR 3,8) men inte bland män.
Niedhamer et al 1998	C:a 11500 anställda i EDF-GDF (franska el- och gasverket)	Enkätdata från två datainsamlingar med ett år emellan. Exponering vid första tillfället relaterades till utfall vid det andra. Mycket dåliga data om utfallet vid första tillfället	Socialt stöd enligt JCQ och Johnson och Hall (5 items). Mätte kontakten med arbetskamrater under arbete och fritid. Dikotomiseras vid medianen.	CES-D (depression= minst 17 för män och minst 23 för kvinnor)	Lågt socialt stöd i arbetet var signifikant relaterat till depressiva symtom bland män OR 1,6 och kvinnor OR 1,3.

Tabell 7 (fortsättning). Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings- mått	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Paterniti et al 2002	C:a 10.000 anställda i det franska el- och gasverket	Enkätdata från två undersökningstillfällen med tre års mellanrum	Fem frågor från enligt JCQ och Johnson och Hall om stöd från arbetskamrater. Användes som kontinuerlig skala	CES-D med 20 frågor användes som kontinuerlig skala	Lågt stöd från arbetskamrater var signifikant relaterat till ökning av poängen i CES-D i båda könen.
Shields 1999	C:a 3800 personer, 25-54 år gamla som arbetade minst 35 timmar per vecka i populationsundersökning i Kanada	Två datainsamlingar med intervju med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfallet vid det andra tillfället. De med en episod av egentlig depression under de 12 månaderna före första tillfället uteslöts från undersökningen	En fråga om chefen var till hjälp för att få arbetet gjort.	Ny episod av egentlig depression under de 12 månaderna före andra intervjun	Frågan om stöd från chef var inte relaterad till egentlig depression vare sig bland män eller kvinnor

Tabell 7 (fortsättning). Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings- mått	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Stansfeld et al 1997a	7372 anställda i de brittiska regeringskanslierna.	a. Enkätdata om arbetsförhållanden vid ett första tillfälle och om utfall c:a 5 år senare b. Enkätdata om arbetsförhållanden vid första tillfället relaterades till registerdata om kort sjukskrivning med självuppgivna psykiska besvär under i genomsnitt 4 år därefter	Socialt stöd från arbetskamrater och chefer mättes med JCQ (antalet items anges ej)	a. GHQ30 (threshold 4/5). b. Sjukskrivning högst 7 dagar p.g.a. självrapporterade psykiska besvär	Lågt socialt stöd vid första tillfället var signifikant relaterat till GHQ vid andra tillfället både bland män och kvinnor (OR 1,3 och OR 1,4). Lågt socialt stöd från såväl arbetskamrater som chefer vid första tillfället var relaterat till ökad sjukskrivning bland män. Bland kvinnor var endast lågt stöd från chefer relaterat till ökad sjukskrivning..
Stansfeld et al 1997b	9564 anställda i de brittiska regeringskanslierna	Enkätdata om arbetsförhållanden vid ett första tillfälle och registerdata om utfallet under 5 år därefter	Socialt stöd på arbetet mättes med 6 frågor enligt Marmot et al 1991	Kort (högst 7 dagar) respektive lång (minst 8 dagar) sjukskrivning p.g.a. psykiska besvär enligt register	Lågt socialt stöd i arbetet var inte relaterat till ökad risk för korta eller längre sjukskrivningar p.g.a. psykiska besvär vare sig bland kvinnor eller män.

Tabell 7 (fortsättning). Effekter av bristande socialt stöd i arbetet

Stansfeld et al 1999	C:a 9000 anställda i de brittiska regeringkanslierna	Enkätdata från tre undersökningstillfällen med c:a tre års mellanrum	Socialt stöd mättes med JCQ (antal items okänt) och delades i tertiler	GHQ 30 (tröskel 4/5)	Lågt socialt stöd jämfört med högt var signifikant relaterat till utfallet både bland män och kvinnor (OR 1,3 respektive 1,2)
Wang et al 2004	C:a 7000 personer minst 18 år gamla med arbete i kanadensisk populationsstudie	Intervjudata från 4 datainsamlingstillfällen med 2 års mellanrum.	Kortversion av JCQ. Socialt stöd delades vid medianen (3 items)	Egentlig depression diagnostiserad i CIDI-intervju	Lågt socialt stöd vid första tillfället var signifikant relaterat till egentlig depression vid något av de senare tillfällena (OR 1,3) . Könen undersöktes tillsammans

Tabell 8. Effekter av interaktioner mellan krav-kontroll-stöd-modellens variabler

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings-mått	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Bromet et al 1988	325 manliga fackföreningsmedlemmar i icke arbetsledande positioner i 4 kraftverk i Pennsylvania	Enkätdata om exponering och intervjudata om utfallet från två tillfällen med ett års mellanrum	Beslutsutrymme (13 items), psykiska krav (8 items), stöd från arbetskamrater(4 items) enligt enkät	Egentlig depression, minor depression och/eller generellt ångestsyndrom enligt SADS-L intervju	Alla tvåvägsinteraktioner testades. Det fanns en interaktion mellan höga psykiska krav och lågt stöd från arbetskamrater som starkt ökade risken för utfallet men inga andra signifikanta interaktioner.
Johnson et al 1995	581 läkare som studerat i Baltimore, USA och som följts regelbundet under många år	Enkätundersökning med uppföljning efter ett år. Data om utfallet fanns inte tillgängligt vid första tidpunkten. Exponering vid första tillfället relaterades till utfallet vid andra tillfället.	Beslutsutrymme (8 items), psykiska krav (9 items), socialt stöd (7 items)	GHQ 20 användes som kontinuerlig skala	Alla tvåvägsinteraktioner testades. Det fanns inga interaktioner som signifikant ökade risken för utfallet. Undersökning studerade inte könen separat

Tabell 8 (fortsättning). Effekter av interaktioner mellan krav-kontroll-stöd-modellens variabler

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings-mått	Utfalls-mått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Niedhammer et al 1998	C:a 11500 anställda i EDF-GDF (franska el- och gasverket)	Två datainsamlingar med enkät med ett år emellan. Exponering vid första tillfället relaterades till utfallet vid det andra. Mycket dåliga data om utfallet vid första datainsamlingen	Kontroll (6 items), psykiska krav (5 items) och socialt stöd på arbetet (5 items) mätta med JCQ och enligt Johnson och Hall	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (depression= minst 17 för män och minst 23 för kvinnor)	Alla tänkbara interaktioner, såväl två- som trevägs, mellan krav-kontroll-stöd-modellens variabler testades men inga signifikanta interaktioner kunde påvisas.
Wang et al 2004	C:a 7000 personer minst 18 år gamla med arbete i kanadensisk populationsstudie	Intervjudata från 4 datainsamlingstillfällen med 2 års mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till egentlig depression vid något av de senare tillfallen. Könen undersöktes tillsammans	Kortversion av JCQ (12 items totalt)-. Deltagarna delades vid medianen för beslutsutrymme respektive psykiska krav	Egentlig depression diagnostiserad i CIDI-intervju	Psykiska krav var inte relaterat till depression bland de med högt beslutsutrymme. Bland de med lågt beslutsutrymme var psykiska krav signifikant relaterade till depression, OR 1,8.

Tabell 9. Effekter av arbetshändelser (livshändelser på arbetet)

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings- mått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Bültmann et al 2002	C:a 8800 personer i Holland med anställning	Två datainsamlingar med enkät med ett års mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till utfallet vid andra tillfället. Personer med utfallet vid första tillfället uteslöts från undersökningen	En fråga vardera ställdes om konflikt med arbetskamrater eller med chefer	GHQ12 (träskel 3/4) samt som kontinuerligskala	Bland män, men inte bland kvinnor, var konflikter med arbetskamrater (OR 1,5) och chefer (OR 1,9) signifikant relaterat till dikotomt såväl som kontinuerligt GHQ12 .
Niedhamer et al 1998	C:a 11500 anställda i EDF-GDF (franska el- och gasverket)	Två datainsamlingar med enkät med ett år emellan. Exponering vid första tillfället relaterades till utfallet vid den andra tillfället	Fyra livshändelser på arbetet summerades till ett index (arbetsbyte, förflyttning, omställning, omorganisering)	CES-D med 20 frågor (depression= minst 17 för män och minst 23 för kvinnor)	Ju fler livshändelser på arbetet desto oftare förelåg depressiva symtom bland män och kvinnor. Vid minst 2 händelser var OR signifikant ökad för män, 1,7, och för kvinnor, 2,0.

Tabell 9 (fortsättning). Effekter av arbetshändelser (livshändelser på arbetet)

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings- (tid mellan undersökningarna)	Exponerings- mått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Paterniti et al 2002	C:a 10.500 anställda i det franska el- och gasverket	Two datainsamlingar med enkät med tre års mellanrum.	Fyra livshändelser på arbetet summerades till ett index (arbetsbyte, förflyttning, omställning, omorganisation) och användes som dikotom variabel (0 eller minst 1 händelse)	CES-D med 20 frågor. Skalan användes som kontinuerligskala	Depressiva symtom ökade signifikant vid exponering för livshändelser på arbetet i båda könen
Schonfeld 1992	255 kvinnliga lärare i New York.	Deltagarna rekryterades på lärarhögskolor i New York. Kvinnorna besvarade frågeformulär sista terminen (våren) på lärarhögskolan, den första hösten i arbetet och den påföljande våren	Episodiska stressorer som hot om våld, konfrontation med elev, och skala över påfrestningar som överfulla klassrum och omotiverade elever.	CES-D (Center for epidemiological studies depression scale) användes som kontinuerlig skala.	Studiedeltagarna delades i tredjedelar med låga, medelhöga och höga episodiska stressorer. De skilde sig inte i CES-D innan de började som lärare men gjorde det starkt signifikant i förväntad riktning första terminen. Andra terminen fanns signifikanta skillnader kvar men hade nu minskat. Bara CES-D före anställningen och episodiska stressorer var relaterade till utfallet, I LISREL-analyser visade man att vägen från skolproblem till depression var mkt starkare än den motsatta vägen

Tabell 10. Effekter av bristande ”relational justice”

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Kivimäki et al 2003a	C:a 3800 anställda vid 10 sjukhus i Finland	Två datainsamlingar med enkät med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfället vid det andra tillfället	Relational justice mättes med 4 items, t.ex. att chefen kan undertrycka egna förutfattade meningar, och behandlar medarbetarna vänligt och förstående) Individider som hade procedural justice under -1 standarddeviation respektive över +1 standarddeviation jämfördes	GHQ 12 (tröskel 3/4)	Låg relational justice var signifikant relaterad till utfället bland kvinnor (OR 1,2) men inte bland män (OR 1,2)
Kivimäki et al 2003b	C:a 1800 kvinnliga sjukhusanställda i Finland	Två datainsamlingar med enkät med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfället vid andra tillfället.	Relational justice mättes med 6 items. (t.ex. att chefen kan undertrycka egna förutfattade meningar och behandlar medarbetarna vänligt och förstående)	Självrapporterad läkardiagnostiserad psykisk sjukdom (clinical depression or some other mental illness) under de två åren mellan undersökningarna.	Låg relational justice baserad på självrapport såväl som genomsnittsvärdet för arbetsstället var inte förenad med ökad risk för psykisk sjukdom.

Tabell 10 (fortsättning). Effekter av bristande "relational justice"

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggning (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Ylipaaval niemi et al 2005	4815 anställda vid 12 sjukhus i Finland	Två undersökningar med enkät med två års mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till självrapporterad nytillkommen depression vid andra tillfället. De som led av depression vid första undersökningen uteslöts från analysen	Relational justice mättes med 6 items. Refererar till Moorman 1991	Läkardiagnostise-rad "clinical depression" enligt självrapport i frågeformuläret vid andra tillfället	Low relational justice vid första tillfället var signifikant relaterat till utfället vid andra tillfället (OR 1,4). Om man exkluderade också fall med minst fyra symtom i GHQ12 (men ej depression) vid första tillfället var resultatet inte längre signifikant.

Tabell 11. Effekter av bristande procedural justice.

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Kivimäki et al 2003a	C:a 3800 anställda vid 10 sjukhus i Finland	Två datainsamlingar med enkät med två års mellanrum. Exponeringen vid första tillfället relaterades till utfallet vid det andra tillfället	Procedural justice mättes med 4 items, t.ex. samlar man in nödvändig information för beslut, finns det möjlighet att invända mot beslut. Individer som hade procedural justice under -1 standarddeviation respektive över +1 standarddeviation jämfördes	GHQ12 (träskel 3/4)	Låg procedural justice var signifikant relaterat till utfallet för bland både män (OR 1,6) och kvinnor (OR 1,4)
Kivimäki et al 2003b	C:a 1800 kvinnliga sjukhusanställda i Finland	Två datainsamlingstillfällen en med enkät med två års mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till utfall under de följande två åren	Procedural justice mättes med 7 items. (t.ex. samlar man in nödvändig information för beslut, finns det möjlighet att invända mot beslut, hörs alla som berörs om beslut etc)	Självrapporterad läkardiagnostiserad psykisk sjukdom (clinical depression or some other mental illness) under två års uppföljning som den uppgavs vid den andra enkätundersökningen.	Låg ”procedural justice” var förenad med signifikant ökad risk för utfallet (OR 1,9). Om låg procedural justice istället bedömdes från genomsnittsvärdet för arbetsstället var OR också signifikant förhöjd (OR 1,7)

Tabell 11 (fortsättning). Effekter av bristande procedural justice.

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Ylipaaval niemi et al 2005	4815 anställda vid 12 sjukhus i Finland.	Två datainsamlingsstillfällen med enkät med två års mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till nytillkommen depression vid andra tillfället. De som led av depression vid första undersökningen uteslöts från analysen	Procedural justice mättes med 7 items. (t.ex. samlar man in nödvändig information för beslut, finns det möjlighet att invända mot beslut, hörs alla som berörs om beslut etc)	Läkardiagnostiserad "klinisk depression" enligt självrapport i frågeformuläret vid andra tillfället.	Låg "procedural justice" 1,5 var signifikant relaterat till utfallet, OR 1,5. Om man tog bort också fall med minst fyra symptom i GHQ12 (men ej depression) vid första tillfället var sambandet inte längre signifikant.

Tabell 12. Effekter av obalans mellan arbetets psykiska krav och individens kunskaper och färdigheter (demand-skill imbalance)

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnings (tid mellan undersökningarna)	Exponeringsmått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Kawakami et al 1990	C:a 3000 heltidsanställda män i ett japanskt elföretag som inte hade tecken på psykisk sjukdom och som svarade på ett frågeformulär.	Deltagarna följdes årligen under tre år med enkätformulär. 35 män utvecklade nya psykiatriska sjukdomar, under observationsti-delen, sökte företagshälsovården, fick behandling och intervjuades. 15 diagnostiserades med egentlig depression, och debutdatum fastställdes.. Fem kontroller utan psykisk sjukdom per fall valdes, matchade på ålder, civilstånd, fabrik och yrkesgrupp.	Balansen mellan arbetets psykiska krav och individens färdigheter utvärderades med en fråga: Tycker du att ditt nuvarande arbete passar dina kunskaper och färdigheter. Svaret hämtades från det frågeformulär som fylldes i närmast före depressionsdebuten	Diagnos av egentlig depression ställdes enligt kriterierna för DSM-III	Bristande balans mellan arbetets psykiska krav och individens kunskaper och färdigheter var förenat med en signifikant ökad risk för egentlig depression
Kawakami et al 1992	468 män som arbetade i en elektronikfabrik i Japan.	Tre datainsamlingar med enkät årligen under två år. Arbetsvillkor vid första tillfället och relaterades till utfallet vid något av de senare tillfällena	Demand-skill imbalance utvärderades med en fråga: Tycker du att ditt nuvarande arbete passar dina kunskaper och färdigheter.	Zung self-rating depressive scale, dikotomiserad så att 10% var "deprimerade"	Demand-skill imbalance var signifikant relaterad till depressiva symtom efter två, OR 1,9 respektive tre år, OR 1,9.

Tabell 13. Effekter av fysiska krav i arbetet

Artikel	Undersökt yrkesgrupp (antal personer)	Uppläggnig (tid mellan undersökningarna)	Exponerings-mått	Utfallsmått	Resultat (med justering för confoundingfaktorer inklusive psykisk ohälsa vid tidigare undersökningstillfälle)
Bültmann et al 2002	C:a 8800 personer i Holland med anställning	Två datainsamlingar med enkät med ett års mellanrum. Exponering vid första tillfället relaterades till utfallet vid andra tillfället. Personer med utfallet vid första tillfället uteslöts från undersökningen	En fråga med ja/nej-svar ställdes om arbetet var fysiskt ansträngande	GHQ12 (fröskeel 3/4) samt som kontinuerligskala	Fysiskt ansträngande arbetskrav var relaterat till GHQ som kontinuerlig skala bland män men inte bland kvinnor. Fysiska arbetskrav var inte relaterade till dikotomt GHQ12 i något av könen
Paterniti et al 2002	C:a 10 500 anställda i det franska el- och gasverket	Två datainsamlingar med enkät med tre års mellanrum	Fysisk belastning i arbetet mättes med sex frågor.	CES-D med 20 frågor användes som kontinuerligskala	Högre fysisk belastning i arbetet vid första undersökningstillfället var relaterat till signifikant ökning av depressiva symptom mellan undersökningstillfällena bland kvinnor men inte bland män.
Wang et al 2004	C:a 7000 personer minst 18 år gamla med arbete i kanadensisk populationsstudie	Intervjudata från 4 datainsamlingsstillfällen med 2 års mellanrum.	En fråga om fysiskt ansträngande arbete från JCQ	Egentlig depression diagnostiserad i CIDI-intervju	Hög fysisk ansträngning i arbetet vid första tillfället var inte relaterat till egentlig depression vid något av de senare tillfällena. Könen undersöktes tillsammans

Kapitel 4

Rättsfall - sex utvalda mål som prövats i kammarrätt

Peter Westerholm

I det följande relateras kortfattat sex fall av anmäld psykisk arbetsskada som prövats i kammarrätt. Fallen redovisas utan angivande av målens beteckning eller andra upplysningar som kan underlätta identifiering av berörda personer. Dokumentation av domstolsutslag av föreliggande slag utgör allmän handling som därmed är i princip tillgänglig för allmänheten. Av utrymmesskäl beskrivs här kortfattat sex utvalda exempel. Det görs för att åskådliggöra de slag av överväganden som görs i hög rättsinstans i prövning av det aktuella slaget av ärenden.

Fall 1. Kammarrätt 1998

Frågan gällde en kvinnlig tjänsteman X och frågan gällde hennes rätt till livränta på grund av psykiska besvär (depression). X ansåg att hon på arbetet varit utsatt för ärekränkning, ständiga trakasserier, infrysning och klander. Hon fick ingen uppskattning eller känsla av gemenskap trots att hon var flitig och engagerad i arbetet. I samband med datorisering skulle en halv tjänst försvinna och X förman sökte övertala henne till att ta en annan tjänst vilket av X upplevdes som jobbigt och nedsättande. Hon hade även fått en offentlig utskällning för sitt sätt att tala i telefon och kritik för sitt sätt att laga kaffe. Anmärkningar gjordes om att det var rörigt på hennes arbetsbord. Sjukskrivning förekom periodvis efter sådana incidenter. Vid ett möte med arbetsgivaren fick X veta att hon inte skulle få arbeta kvar i organisationen utom möjligen som lokalvårdare. Arbetsgivaren uppgav att det inte förekommit några trakasserier och att X tidvis uppfattats som svår att ha att göra med och att hon inte klarade av sina arbetsuppgifter efter en genomförd datorisering. Av denna anledning sökte man möjligheter till en omplacering.

Kammarrätten fann att det förekommit motsättningar mellan X och övrig personal men fann att inget stöd framkommit för att hon utsatts för kränkande särbehandling eller på annat sätt blivit osakligt behandlad i sitt arbete eller i samband med förslag om omplacering och arbetsbyte. X kunde således inte anses ha varit utsatt för skadlig inverkan i sitt arbete och besvären kunde därför inte godkännas som arbetsskada.

Fall 2. Kammarrätt 2000

Kvinnlig tjänsteman Y vid inspektionsmyndighet. Frågan gällde om den psykosociala arbetsmiljön kunnat ge upphov till kroppsskador och andra skador. Följande diagnoser förekom i journalhandlingarna: *Hypertoni, hyperlipidemi, magkatarrbesvär, reaktiv psykisk insufficiens, utbrändhet, utbrändhetssyndrom och tendens till depressioner*.

Y hade under sju års tid haft en mycket hög arbetsbelastning i sin befattning i en tungrodd organisation med otydligt ledarskap och tillämpning av ett utbrett gunstlingssystem. Detta hade för Y vidkommande lett till ett fientligt arbetsklimat, utebliven befordran och löneförhöjning, försämring och framtagna av arbetsuppgifter, obefogad kritik och förtal med mobbning från arbetsledningens sida. Tillståndet ledde till sjukfrånvaro på grund av ”utbrändhet”. De av Y lämnade beskrivningen av arbetsituation och arbetsorganisation vitsordades av huvudskyddsombudet vid Y arbetsplats. Y valde förtidspension av medicinska skäl för att undvika att helt ”gå under”. FK konsultläkare AA, specialist i yrkesmedicin bedömde att Y drabbats av en psykisk arbetsskada.

En av kammarrätten konsulterad specialist i allmän psykiatri BB avgav yttrande med framhållande att det medicinska underlaget inte kunde styrka att de påfrestande arbetsplatsförhållandena har ett orsakssamband med Y besvär.

En ytterligare konsulterad specialist i invärtes medicin CC bedömde att Y sjukdomstillstånd hade klart samband med hennes tidigare arbete och arbetssituation.

Kammarrätten bedömde att Y:s arbetsförhållanden tidvis varit sådana att de kunnat medföra olika fysiska och psykiska symtom likartade dem hon beskrivit enligt ovan. I en samlad bedömning och i beaktande av den osäkerhet som ännu finns om begreppet utbrändhet ansåg kammarrätten att övervägande skäl talade emot farlighetsfaktorer i hennes arbete som orsak till hennes sänkta arbetsförmåga. De kunde därför inte godtas som orsak till nedsättningen av arbetsförmågan. Y var följaktligen inte berättigad till livränta för arbetsskada.

Fall 3. Kammarrätt 2001

Frågan som prövades var om Z, en manlig egen företagare i åkerinäringen, hade rätt till livränta på grund av depression. Orsaken till besvären bedömde Z vara mångårig stress, ackordshets och hårdnande konkurrensförhållanden. Z hade arbetat från tidiga morgnar till sena kvällar med raster när arbetet så tillåtit. Länsrätten hade inhämtat ett sakkunnigutlåtande av specialisten A som bedömde att av utredningen i målet framgick att Z led av en depression av exogen typ och att den mest sannolika orsaken till depressionen var att finna i de pressande arbetsförhållanden som Z arbetat under. Försäkringskassan överklagade beslutet och åberopade specialistutlåtande avgivet av specialisten B där specialisten A:s utlåtande ifrågasattes avseende de fakta som åberopats i bedömningen av arbetsförhållanden som orsak till depressionen. B hävdade att depression är en s.k.

stämningssjukdom med multifaktoriell etiologi och att det inte var möjligt att peka ut den exogena påverkan som förekommit som orsak till depressionen.

Kammarrätten bedömde, följande ovan nämnda sakkunnigutlåtande avgivet av A, att X varit utsatt för skadlig inverkan i arbetet vilket med hög grad av sannolikhet kunnat ge upphov till Z sjukdom. Övervägande skäl ansågs föreligga för ett orsakssamband mellan arbetsförhållandena och Z sjukdomsbesvär. Kammarrätten hänvisade i sina domskäl även till de omständigheter som framkommit om Z uppväxtförhållanden. Dessa kunde ses som individfaktorer som gett upphov till en ökad känslighet för den skadliga inverkan som förekommit. Den grundläggande principen i tillämpning av lagen om arbetsskadeförsäkring att försäkringen innefattar de försäkrade i ”befintligt skick” utgjorde för kammarrätten skäl att tillmäta dessa individfaktorer en avgörande betydelse.

Fall 4. Kammarrätt 2003

Kvinnlig tjänsteman H i N kommun med uppgift att stå till tjänst för budgetrådgivning åt kommunens invånare får 1990 och 1991 besvär av långvarigt smärttillstånd i nacke och axlar och trötthet med symtom av ”utbrändhet” i slutet av 1993. Under början av 1990-talet präglades samhällssituationen av hög arbetslöshet, svårt ränteläge och ekonomiska problem. H hade i sin tjänst att under betydande tidspress bistå ett betydande antal kommuninvånare med rådgivning om ibland svåra ekonomiska problem. Detta utlöste upplevelse av otillräcklighet, stark trötthet och frustration i upplevelsen av avsaknad av möjlighet att påverka arbetssituationen.

I samband med omorganisation på arbetsplatsen tillkom konflikt med såväl arbetsledning som arbetskamrater. Hos H tillstötte känslor att vara under stark stress, trötthet, nedstämdhet och hjälplöshet. Vidare tillkom sömnsvårigheter och svårigheter att koncentrera sig i arbetet. Muskelspänningarna i nack- och axelregionen kom tillbaka och utvecklades till ett smärttillstånd. Anmälan om arbetsskada gjordes till Försäkringskassan under våren 1994.

Försäkringskassan avlog i sin prövning anhållan att få tillståndet (nack- och skuldersmärter + utmattningssyndrom) godkänt som arbetsskada. Försäkringskassans beslut överklagades och ärendet prövades härnäst av länsrätten. Länsrätten anförde i sin prövning av fallet ett resonemang där rätten sökte skilja mellan psykiska påfrestningar i arbetet som var att härleda till arbetsförhållanden och andra förhållanden på arbetsplatsen med en mera indirekt anknytning till arbetet, såsom t.ex. företagsnedläggelse, arbetstvist och meningsmotsättningar, bristande uppskattning från överordnad eller arbetskolleger, upplevd utanförskap, vantrivsel med arbetsuppgifter m.fl. Länsrätten åberopade härvid 2 kap. 1 § andra stycket i lagen om arbetsskadeförsäkring om undantag från det generella arbetsskadebegreppet innebärande att ”som arbetsskada anses inte skada av psykisk eller psykosomatisk natur som är en följd av en företagsnedläggelse, en arbetstvist, bristande uppskattning av den försäkrades arbetsinsatser, vantrivsel med arbetsuppgifter eller arbetskamrater eller därmed jämförliga förhållanden.”

Däremot bedömdes den psykiska pressen orsakad av de påfrestande arbetsuppgifterna av länsrätten kunna utgöra skadlig inverkan. Länsrätten bedömde dock att exponeringen, innebärande den skadliga inverkan i arbetet inte kunde betraktas som svarande mot kravet på ”övervägande skäl” talande för samband med smärtbesvären och även med stressymtomen (utbrändhet). Det är av intresse att notera att länsrätten fattade sitt beslut på basis av den lag om arbetsskadeförsäkring som gällde 1992, således före den ändring som infördes i lagen år 1993. Som motiv angav länsrätten att uppgifter om de besvär av stress/utbrändhetssymptom och smärtor från nacke/axlar återfunnits dokumenterade i företagshälsovårdens journalhandlingar redan under åren 1991 och 1992.

Ärendet fullföljdes av H genom överklagande till kammarrätten i Stockholm som avgjorde ärendet på basis av ett nytt läkarintyg. I detta nya intyg konstaterades att H varit utsatt för överbelastning i sitt arbete och att denna psykiska belastning resulterat i psykiska symtom såsom trötthet, nedstämdhet och s.k. ”utbrändhet”. Kammarrätten fann i en samlad bedömning av den i målet utförda utredningen i målet och med särskilt beaktande av det senast tillkomna läkarintyget att övervägande skäl talade för ett samband mellan den skadliga inverkan som H varit utsatt för i arbetet och hennes aktuella besvär. Kammarrätten upphävde underrätternas beslut och hänvisade målet åter till försäkringskassan för prövning av frågan om livränta.

Fall 5. Kammarrätt 2005

Kvinnlig tjänsteman, akademiker W, med arbetsuppgifter som konsult i hälsovård och personaladministration (personalkonsulent). Anställd för nämnda uppgifter under våren 1995. Sjukpenning från våren 1999 och sjukersättning från juli 2002 på grund av ”Utmattningsyndrom”.

I ärendet hade framkommit en arbetssituationen för W innebärande långvarig stress med överbelastning i arbetet. Detta vitsordades av arbetsplatsens skyddsombud. Arbetet utfördes under stor tidspress och utan egentlig handledning. Få möjligheter till samverkan mellan arbetskollegor hade getts. Höga prestationskrav ställdes på all personal vilket parades med bristande förståelse för arbetssituationen från arbetsledningens sida. Företagsledningens uppfattning om prestationsmål kunde sammanfattas som krav på hög kvalitet parat med höga krav på lönsamhet - det sistnämnda uttryckt som krav på debiterbarhet till kunder för 80% av arbetstiden. Regelmässigt hade för W vidkommande uttaget av övertid uppgått till 10 - 12 timmar per vecka under lång tid. Företagsledningen och W förman i tjänsten hade inte förmått ge stöd till W i arbetets utförande på grund av avsaknad av kunskaper inom W arbetsområde. Arbetssituationen hade under flera år kännetecknats som osedvanligt pressande på grund av mycket stor arbetsmängd i kombination med obetydlig egen kontroll över arbetet.

Den beskrivna arbetssituationen ledde till lång tids sjukskrivning under våren 1999.

FK godtog i sin bedömning att skadlig inverkan förelegat i form av psykiskt påfrestande arbetsförhållanden. Däremot bedömde FK att övervägande skäl inte förelåg för samband mellan arbetsförhållandena och W sjukdomstillstånd (utmattningssyndrom). FK stödde sin bedömning på yttranden från en försäkringsläkare och en vetenskapsspecialist inom området psykiatri. Avslaget motiverades av FK med att det vid sidan av den skadliga inverkan i W arbetssituation förelegat starkt bidragande konkurrerande psykologiska och sociala faktorer som lett till en överreaktion på arbetssituationen och därmed insjuknandet i utmattningsdepression.

W överklagade FK beslut till länsrätten som i sitt beslut såg det som ställt utom allt tvivel att hennes arbetssituation varit osedvanlig pressande och att skadlig inverkan förelegat. I sambandsfrågan fann länsrätten inget stöd för uppfattningen att W lidit av det aktuella slaget av besvär tidigare och inte heller för att besvären uppkommit på grund av sociala eller psykiska orsaker oberoende av arbetet. Länsrätten konstaterade att övervägande skäl förelåg för att besvären orsakats av den skadliga inverkan och upphävde därför FK beslut. Länsrätten stödde sitt beslut på tidigare avgivna yttranden av sakkunniga och därtill yttranden av inhämtade från en sakkunnig psykiater och en sakkunnig medicinsk psykolog.

Länsrättens bedömning överklagades av FK och ärendet hänsköts till Kammarrätten. Kammarrätten fastställde Länsrättens beslut avseende såväl den skadliga inverkan i det arbete som W haft och de övervägande skälen för samband mellan den skadliga inverkan och de besvär som hon drabbats av. I domskälen hänvisades bl.a. till yttrande av en sakkunnig medicinsk psykolog - samma specialist som tidigare anlitats av länsrätten i detta fall - och även till ett av Socialstyrelsen (SoS) utgivet dokument "Utmattningssyndrom - stressrelaterad psykisk ohälsa" i dokumentserien med beteckning "Underlag från experter" 2003 med serienr 2003-123-18.

Fall 6. Kammarrätt 2003

En manlig tjänsteman, sedan början av 1980-talet anställd för uppgifter med datorservice i en skolorganisation. Från 1990-talets mitt inleddes en explosionsartad teknikutveckling med kommunikation via Internet och stor anskaffning av datorutrustning med installationer, ökade krav på service och felsökningar under alla tider på dygnet. Samtidigt noterades en stor volymökning i allt datorarbete. Stort övertidsuttag permanentades och några åtgärder för personell resursförstärkning vidtog inte.

Arbetet utvecklades till ett utdraget stresstillstånd och symptom av sömnsvårigheter, minnesproblem och blodtryckssvängningar kunde observeras. Försök gjordes med arbetsanpassning men symptomen avtog inte. Lång tids sjukskrivning inleddes 1998 under diagnoserna "maladaptiv stressreaktion med både ångest och nedstämdhet". Anmälan gjordes till Försäkringskassan om arbetsskada. FK prövning av ärendet utmynnade i ett avslag på begärd livränta för arbetsskada. En av FK anlita specialist i psykiatri och försäkringsläkare BB anförde att "Diagnosen utbrändhet är i dagens läge inte någon vedertagen diagnos

inom psykiatrin. Det saknas helt enkelt konsensus om vilka kriterier som man skall tillämpa för att kunna ställa denna diagnos”. Det medicinska underlaget styrker att den försäkrade lider av en s.k. maladaptativ stressreaktion med både ångest och nedstämdhet som är kronisk. Det finns inte väsentlig kunskap inom medicinsk vetenskap om att en sådan beskriven arbetssituation kan orsaka maladaptiv reaktion. Tillståndet har beskrivits hos arbetslösa och det finns forskningsresultat, inte minst från Sverige, som tyder på att varken mycket arbete eller övertidsarbete i sig ger ohälsa. Den medicinska utredningen i målet visar inte med hög grad av sannolikhet att hög arbetsbelastning och stress kan orsaka maladaptiv reaktion eller utbrändhet.

Försäkringskassan beslutade att avslå begäran om livränta. Beslutet överklagades till länsrätt för en ny domstolsprövning. Länsrätten inhämtade nytt yttrande av tidigare konsulterad psykiater och försäkringsläkare BB som anförde i huvudsak: ”Det medicinska underlaget styrker att den försäkrade lider av en maladaptiv stressreaktion med både ångest och nedstämdhet, kronisk. Tillståndet kodas i DSM IV under numret 309.28 och i ICD-10 som F 43.22. Det medicinska underlaget styrker inte andra diagnoser. Det finns inte väsentlig kunskap inom medicinsk vetenskap om att sådan beskriven arbetssituation kan orsaka maladaptiv reaktion.” Dr BB vidhöll att ” det inte föreligger hög grad av sannolikhet att den beskrivna skada inverkan kan ge upphov till den försäkrade har och att övervägande skäl inte talar för att den försäkrades sjukdom uppkommit på grund av beskriven arbetssituation.

Länsrätten fastställde i ett beslut som inte var enigt att ”den försäkrades arbetssituation under flera års tid enligt rättens bedömning orsakat de sjukdomsbesvär som uppkommit. Den orimligt höga arbetsbelastningen med mycket stress och ansvar får anses vara en faktor som med hög grad av sannolikhet gett upphov till den försäkrades skada.”

Länsrättens beslut överklagades till kammarrätt av FK. Kammarrätten konsulterade återigen dr BB och en specialist i allmän psykiatri dr CC. Den sistnämnde anförde i sitt yttrande bl.a. att ”Denna (ovan beskrivna) arbetssituation har tveklöst utgjort en kraftig stressfaktor. Av utredningen framkommer inga stressutlösande faktorer utanför den försäkrades arbetsliv. Den beskrivna symtombilden med bl.a. sömnlöshet, minnesstörningar, affektlabilitet, huvudvärk, muskelvärk och labilt blodtryck är väl förenliga med ett stressutlöst sjukdomstillstånd.

Sammanfattningsvis finner jag att den försäkrade utsatts för skadlig inverkan genom en ovanligt hög arbetsbelastning som med mycket hög grad av sannolikhet gett upphov till den skada och sjukdomsbild han lider av.”

Kammarrätten fann att NN arbetsförhållanden hade under lång tid och i stegrad omfattning varit sådana att de hade utgjort en skadlig inverkan vilken med hög grad av sannolikhet kan ge upphov till sådan skada som med hög grad av sannolikhet kan ge upphov till en sådan skada som NN har. Kammarrätten finner vidare att övervägande skäl talar för att det är denna skadliga inverkan som

orsakat hans skada i form av kronisk maladaptiv reaktion för vilket han erhållit hel förtidspension från och med augusti 1999. Överklagandet skall därför avslås.

Kommentar

Dessa sex fall redovisas här då de åskådliggör kammarrätters beslutsgrunder och bedömningar. Det rör sig i samtliga fall om ställningstaganden i kvalificerad regional domstolsinstans med en överprövning av tidigare avgöranden enligt försäkringskassans respektive länsrätters beslut. I dessa rättsfalls akter finns yttranden av sakkunniga och annat underlagsmaterial som dock inte medtagits här.

Fallen åskådliggör kammarrätternas prövning av den redovisning av arbetsförhållanden och inlämnade expertutlåtanden i dessa sex mål. Det gäller alltså beskrivningar av orsaksfaktorer och förhållanden på berörda arbetsplatser, sjukdomsyttningar och övriga omständigheter. I kammarrätternas prövningar har gjorts de ställningstaganden som juridiskt sett bedömts som rimliga med utgångspunkt i lagen om arbetsskadeförsäkring med tillhörande förarbeten. Många av de psykiska belastningsfaktorer som granskats i dessa prövningar har refererats på flera ställen i texten i kapitlen 2 och 3.

Det förtjänar att här poängteras att de refererade domsluten avser juridiska ställningstaganden till samband mellan arbetsförhållanden och sjukdom i tillämpning av lagen om arbetsskadeförsäkring. Sådana ställningstaganden kan sammanfalla – men gör det inte alltid – med medicinska bedömningar av kliniskt förlopp, diagnostik baserad på observationer över tid och sannolika eller möjliga förklaringar till de sjukdomar frågan gäller.

De sjukdomsbenämningar som förekommit i dessa sex fall är:

Fall 1: Psykiska besvär, depression

Fall 2: Hypertoni, hyperlipidemi, magkatarrbesvär, reaktiv psykisk insufficiens, utbrändhetssyndrom, utmattningssyndrom och tendens till depressioner

Fall 3: Depression av exogen typ. Neurasteniska symtom.

Fall 4: Utbrändhet + smärttillstånd i skuldra-nackregion. Neurasteniska symtom. Stressutlösta besvär.

Fall 5: Utmattningssyndrom

Fall 6: Stressutlöst sjukdomsbild, kronisk maladaptiv reaktion, maladaptiv stressreaktion, utbrändhet.

Det finns ett stort antal olika typer av fall med rättsutslag i kammarrätter och regeringsrätt. Här refereras översiktligt endast dessa utvalda ärenden där domslutet i fyra av fallen innebar ett fastställande av orsakssambandet och godkännande av skadan som arbetsskada. I de andra två fallen innebar domslutet avslag på anspråk att få skadan godkänd som arbetsskada. I det ena av dessa två ärenden motiverades avslaget med bedömningen att skadlig inverkan inte förelegat. I det andra avslagsärendet bedömde kammarrätten att skadlig inverkan

förelegat men däremot inte ”övervägande skäl” för att godta den skadliga inverkan som orsak till besvären.

För Fall 1 blev kammarrättens dom ett avslag på grund av ”avsaknad av skadlig inverkan”. I domskälen preciseras dock inte om denna avsaknad hänfördes till ”skada som uppkommit till följd av företagsnedläggelse, bristande uppskattning av arbetsinsatser, vantrivsel med arbetsuppgifter eller arbetskamrater eller därmed jämförliga förhållanden” som inte godtas som arbetsskada. Se kapitel 2 (Lars Baltzari).

För Fall 2 blev utslaget i kammarrätten ett beslut om avslag. Motiveringen var den rådande oklarheten i begreppet ”utbrändhet” och dettas samband med arbetsförhållandena i detta fall.

Kammarrätten fann inte att arbetsförhållandena varit av sådant slag att de kunde anges som orsak till den angivna sjukdomsbilden.

För Fall 3 blev utslaget i kammarrätten en dom om godkänt samband arbetspsykisk sjukdom. Mångårig psykisk belastning godtogs som skadlig inverkan med hög grad av sannolikhet. Till beslutet bidrog också hänsyn till den försäkrades upplevelser i unga år med följder för hans ”befintliga skick”.

Fall 4 resulterade i kammarrättens prövning i ett godkännande av arbetsorsakad psykisk sjukdom. Det är värt att notera att symtomen anges med olika benämningar under sjukdomsförloppet. Stressutlösta besvär, neurasteniska symtom förekommer vid sidan av utbrändhet.

För Fall nr 5 blev kammarrättens domslut ett godkännande av arbetsorsakad ”Utmattningssyndrom”. Dock framgår inte av domens referat om diagnosen ”Utmattningsdepression” använts som en kvalificering av tillstånd som depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom eller som en egen, fristående sjukdomsbenämning (Socialstyrelsens expertgrupp 2003).

De sex fallen belyser även den varierande användning av diagnostisk nomenklatur som förekommit i beredningen av domstolarnas prövningar. Denna kan variera över tid. Vidare kan konsulterade specialister använda olika benämningar. Det är värt att notera att i dessa fall förekommer – liksom även i läkarintyg som används i hälso- och sjukvårdens vardag – användning av benämningen ”Utmattningssyndrom” som en helt fristående diagnostisk entitet. Där så sker utgör detta en avvikelse från den av Åsberg och medarbetare givna rekommendationen (Socialstyrelsen 2003) att använda den som en kvalificering av en grundläggande psykisk sjukdom såsom egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom eller dystymi. Kvalificeringen uttrycker då att orsaken är att finna i psykisk yttre belastning. När frågan gäller arbetsskada avses naturligt nog arbetsförhållanden. Höga arbetskrav intar därvid en central plats som orsaksfaktor.

Avsikten har här inte varit att recensera träffade domslut. Fallbeskrivningarna belyser de mångfasetterade överväganden som aktualiseras i en rättslig prövning av arbetsskadeärenden. Läsaren känner igen de faktorer eller omständigheter som bedömts vara avgörande domskäl. De flesta av dem återfinns bland de

sjukdomsdeterminanter som innefattats i den litteratursökning som vi utfört. Faktorerna ”Höga psykologiska och emotionella krav i arbetet” respektive ”Bristande socialt stöd i arbetet” återkommer i flera av studierna. I fyra av de här ovan refererade fallen har kammarrätten haft att fatta beslut på underlag där motstridiga utlåtanden om skadlig inverkan respektive sambandsbedömningar ingetts av anlitate sakkunniga specialister (läkare, psykologer). I andra fall har dömande rättsinstans haft att hantera motstridiga uppgifter lämnade av den försäkrade respektive arbetsgivarsidan.

Peter Westerholm

Källa: AFA försäkring, Stockholm. Arkivering av rättsfall.

Kapitel 5

Överväganden

Peter Westerholm, Ingvar Lundberg och Hans Ågren

Under senaste decenniet har frågor om psykiska effekter av arbetsförhållanden kommit att inta en central plats i såväl vetenskaplig som offentlig debatt. Av resultat från regelbundet återkommande populationsundersökningar kan utläsas att symtom på ”stress” upplevda som arbetsrelaterade är vanliga och ökar i befolkningen. I denna skrift behandlas frågor om psykisk sjukdom eller störning orsakad av arbetet. En viktig precisering av vårt uppdrag har varit att på basis av en litteraturgenomgång granska psykiska hälsostörningar av en grad och varaktighet som innebär att prövning av frågan om arbetsskada aktualiseras.

För många sjukdomstillstånd som prövas enligt lagen om arbetsskadeförsäkring grundas diagnostiken på kliniska observationer, funktionsundersökningar och olika slag av test. När det gäller psykiska störningar föreligger avsaknad av praktiskt användbara undersökningsmetoder grundade på biologiska mätvärden såsom blodtryck, resultat av blodanalyser eller röntgenundersökningar. Diagnostiska kriterier bygger så gott som helt på bedömares observationer och på information erhållen från den försäkrade själv.

Många psykiska sjukdomstillstånd som anmäls för prövning enligt lagen om arbetsskadeförsäkring är vanligt förekommande i befolkningen även oberoende av arbete och arbetsförhållanden. Till deras uppkomst kan också bidra många olika faktorer såsom personliga egenskaper och anlag, tidigare genomgångna sjukdomar och tidigare livserfarenheter. Till dessa hör upplevelser och erfarenheter både inom och utanför de ramar som definieras som arbetsförhållanden respektive individens sociala relationer och miljö.

Även om för vissa psykiska ohälsotillstånd finns epidemiologiskt underlag som tyder på att samband kan föreligga med arbetsförhållanden är bedömningen av samband i ett enskilt individärende mycket svår på grund av den stora individuella variationen i människors egenskaper och särdrag. Detta gäller även bedömningar av samband mellan psykisk belastning och sjukdom eller hälsostörning. Variationer kan finnas i ärftlig eller förvärvad kapacitet och motståndskraft att hantera en psykiskt belastande arbets- eller livssituation. Som grundprincip i arbetsskadeförsäkringen gäller att alla är försäkrade i befintligt skick, d.v.s. med de medfödda eller förvärvade egenskaper de har med sig i det ögonblick då skadan eller sjukdomen inträffar.

En grundläggande svårighet i bedömning av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är att skilja normala reaktioner på psykiskt påfrestande situationer från psykiska ohälsotillstånd. Det är ett välkänt förhållande att en reaktion på en psykiskt

påfrestande situation kan innefatta upplevelser av ångslan, trötthet eller utmattning, koncentrationssvårigheter, sömnproblem och sänkt sinnesstämning. De behöver inte bli av varaktig karaktär och leder som regel inte heller till någon funktionsnedsättning

Det samlade vetenskapliga materialet av kompetent utförda epidemiologiska studier på området arbetsrelaterad psykisk sjukdom är knapphändigt. Detta kan aktualisera utnyttjande av t.ex. erfarenheter från livshändelser som orsak till psykisk belastning även om de inträffat utan samband med arbete.

En sammantagen bedömning av de studier som utvalts och granskats på basis av kvalitetskriterier, här ovan beskrivna i kapitel 3, tyder på att höga psykiska krav – varmed avses höga psykologiska och emotionella krav - i arbetet medför ökad risk att drabbas av depressions- eller ångesttillstånd. En annan observation är indikationer på att bristande socialt stöd i arbetet kan leda till samma effekt.

Posttraumatiskt syndrom (PTSD) är en diagnostisk entitet som införts i det internationella klassifikationssystemet DSM redan år 1980 och som fått internationell spridning. Den återfinns också i den Internationella Klassifikationen av Sjukdomar, ICD-10. PTSD har beskrivits i anslutning till djupt skakande livshändelser i arbetet. PTSD innehåller som benämning för en sjukdomsdiagnos både sjukdomsyttningen och dess orsak, som alltså kan vara arbetsrelaterad. PTSD kan därmed orsakas av skadlig inverkan i arbetet. I regel uppstår detta till följd av en akut eller inom kort tidsrymd inträffande händelse som upplevs som våldsam eller på det psykiska planet djupt omvälvande. Vi påbörjade en litteraturgenomgång av den stora mängd kliniska studier, väsentligen fallrapporter, som finns angående PTSD och arbetsförhållanden, men ingen av dessa hade till syfte att diskutera samband mellan arbetsförhållanden och PTSD, då detta redan var implicit i diagnosen. Vi avstod därför att närmare analysera PTSD inom ramen för detta arbete. Vi kan dock konstatera på ett allmänt plan att denna diagnos som regel ställs i samband med akuta traumata i arbetet, såsom olycksfall, allvarliga incidenter, mm, och inte efter mer långvarig påverkan av t.ex. arbetsförhållanden.

Samband mellan psykiskt belastande arbetsförhållanden och den psykiska symtombild som går under benämningar som utbrändhet, utmattningssyndrom, utmattningsdepression m.m. har beskrivits i många undersökningar. Höga arbetskrav och bristande socialt stöd i eller utanför arbetet förefaller kunna bidra till utveckling av depression. Det finns i psykiatriketsar en diskussion om benämning av de psykiska besvär som anges som typiska vid s.k. ”utbrändhet”. Utmattningssyndrom har föreslagits som diagnostisk benämning och också införts i Socialstyrelsens reviderade klassifikation av sjukdomar med diagnosnummer F 43.8 A. För vår del förhåller vi oss avvaktande till att förespråka användning av benämningen ”utmattningssyndrom” intill dess att diagnosen kunnat valideras bättre än vad som för närvarande är fallet. En vetenskaplig ansats till analys av samband mellan arbetsförhållanden och diagnosen ”utmattningsdepression” tappar sin mening då den antagna orsaksfaktorn eller exponeringen ingår i utfallets benämning. Sambandet har ju då godtagits.

Vi förnekar inte förekomsten av det kliniska tillstånd som kommit att benämnas utmattningssyndrom. Det finns förvisso. I försäkringsmässiga bedömningar av arbetsskada föredrar vi tills vidare den övergripande diagnostiska benämningen ”depression” baserad på kriterier i WHO:s klassifikationssystem ICD eller enligt DSM. Det är ett heltäckande och väl användbart begrepp för benämning av ett emotionellt tillstånd som kan utlösas av yttre psykosocial press. Detta har varit vår grundsyn i redigering av denna skrift.

Avslutningsord

I denna skrift har vi behandlat frågan om psykisk belastning i arbetslivet som orsak till psykisk sjukdom eller hälsostörning. Området innehåller många redan tidigare kända svårigheter och utmaningar. Den uppgift vi tagit på oss är att belysa det vetenskapliga underlaget för tillämpning av lagen om arbetsskadeförsäkring i prövningar och avgöranden som berör medborgarnas rättighet att bli ekonomiskt ersatt då man drabbats av skada eller sjukdom orsakad av arbetet.

Lagstiftarens intention är att arbetsskador skall ersättas av vårt socialförsäkringssystem. Lagen är därtill i sin tillämpning en social konstruktion så till vida att dess tillämpning utformas och utvecklas i de många beslut och avgöranden som berör enskilda individer och som träffas i försäkringskassan som förvaltningsorgan. Till denna process tillförs även bidrag från de domslut som resulterar av prövning av ärenden i rättsinstanser. Lagen har härigenom en dubbel direkt kontakt med medborgarna dels genom prövningarna i försäkringskassans beslutsorgan, dels genom domstolars prövning av individärenden. Denna utveckling av tillämpning och praxis kan och behöver också självfallet undersökas empiriskt.

Detta har emellertid inte varit vårt fokus. Författarna företräder främst de utgångspunkter som erbjuds av vetenskapligt dokumenterad kunskap och material inom vetenskapsområdena arbetsmedicin och psykiatri. Vi har utgått från de krav på vetenskaplig bevisning som uttrycks i lagens om arbetsskadeförsäkring förarbeten om bedömningar av när skador på basis av övervägande skäl kan ses som orsakade av arbete eller arbetsförhållanden. Vår uppgift har varit att belysa den vetenskapliga innebörden i sådana krav. Den konkreta fråga som följer gäller i vilken utsträckning och med vilka reservationer den vetenskapligt dokumenterade kunskapsfronten kan överföras till beslut i enskilda skadeärenden.

Som framgår av skriften finns i tillgängligt vetenskapligt material på många punkter en knapphet som i själva verket är överraskande. Det finns endast få longitudinella studier och den vetenskapliga evidensstyrkan (bevisstyrkan) i tillgängligt material når som bäst evidensgrad 2 (”måttligt starkt vetenskapligt stöd”). I fråga om ”psykisk sjukdom” har huvuddelen av materialet klassificerats som tillhörande kategorin med evidensgrad 3 (”begränsat vetenskapligt stöd”). Detta innebär att beslutsunderlaget i ett strikt vetenskapligt synsätt kan vara behäftat med till och med betydande grad av osäkerhet. Det innebär också att om kravet på vetenskaplig evidens (bevisning) ställs utgående från strikta

vetenskapliga krav har man att hantera bristen på dokumenterade och gedigna arbeten med högt bevisvärde svarande mot evidensstyrka grad ett ("Starkt vetenskapligt stöd"). Detta kan i sin tur leda till att endast få anmälda skador godkänns som arbetsskada. Detta har sannolikt inte varit lagstiftarens avsikt.

Det finns därför fog att erinra om de förarbeten till nu gällande lag om arbetsskadeförsäkring där föredragande statsrådet framhållit att kravet på vetenskaplig medicinsk grund för skadlighet i arbete inte skall tolkas som krav på "full vetenskaplig bevisning". Avsikten med den lättnad i beviskraven som infördes den 1:a juli 2002 var att öppna möjligheten att innefatta i arbetsskadeförsäkringens tillämpning även skador som på goda medicinska grunder kan antas ha sitt ursprung i arbetsmiljön. Detta kan ses som en avsikt att se även vetenskapligt bevismaterial av kategorin evidensstyrka grad två ("Måttligt starkt vetenskapligt stöd") och i vissa fall även evidensstyrka tre ("Begränsat vetenskapligt stöd") som godtagbar grund för försäkringsmässigt godkännande av ett orsakssamband mellan en skadlig inverkan och anmäld skada. Under alla omständigheter kan förarbetena ses som en signal om behov att se över tillämpningen av kravet på vetenskaplig bevisning och att närmare granska innebörden i hittills använt bevisbegrepp. Detta är för oss inte i första hand en fråga av vetenskapligt slag och vi kommenterar den därför inte närmare här.

Det är emellertid viktigt att vara medveten om att perfekt upplagda vetenskapliga studier som entydigt och på övertygande sätt påvisar ett orsakssamband mellan miljö och ohälsotillstånd knappast finns publicerade. Detta beror, som nämnts ovan, på områdets komplexitet. Man är i praktiken hänvisad till att ta del av den samlade kunskapsbasen med systematiska kunskapsöversikter där man kan tillvarata bevisvärdet i även andra studier än det fåtal som kan karakteriseras som högkvalitativa. Vi nödgas också konstatera att vi på området psykisk arbetsskada sannolikt har att under den tid vi överblickar leva med det slag av vetenskapliga underlag som vi för närvarande har. Kontrollerade och randomiserade studier av stora undersökta populationer kommer helt enkelt inte att utföras. Var och en som ger sig in på sådana projekt har att hantera avsevärda praktiska, innefattande etiska svårigheter. Med detta sagt skall samtidigt understrykas att på detta område finns enligt vår uppfattning stor brist på vetenskapligt grundade ansatser. Det gäller hela området arbetsfaktors samband med psykiska hälsostörningar innefattande förekomst, orsaksfaktorer, orsaksmekanismer, naturförlopp, effekter och effektivitet i arbetsplatsbaserade förebyggande eller kurativa insatser m.m.

Det är uppenbart att utgående från aktuellt arbetsvetenskapligt kunskapsläge kan det ofta vara svårt att förete vetenskapligt grundad bevisning som skiljer mellan enskilda människors besvär som arbetsorsakade respektive uppkomna av annan orsak. Det framstår därför som väsentligt att systematiska ansatser sätts in för att fylla ut kunskapsluckor genom forskning och utvecklingsarbete (FoU). Vi har valt att inte närmare utveckla denna principiella ståndpunkt här.

Vi har för vår del inte sett som vår uppgift att närmare precisera kvalitetskriterier för de försäkringsmässiga bedömningarna i prövning av enskilda

skadeärenden. Skriften har inriktats mot att beskriva den vetenskapliga kunskapsfronten som den framträder i vetenskapligt kvalitetsgranskad och publicerad medicinsk och beteendevetenskaplig litteratur. Vi har under arbetets gång insett de betydande svårigheter som finns att överföra graden av medicinsk evidens till juridiska bevis. I likhet med den bedömning som gjordes av Hansson, Vingård och Styf i en skrift utgiven i tidskriftserien "Arbete & Hälsa" om arbete och besvär från rörelseorganen 2001 avstår vi från försök att transformera vetenskaplig evidens till juridiska begrepp.

Denna skrift behandlar ett område som gäller tillämpning av en av våra socialförsäkringar, ersättning vid fastställd arbetsskada. Det innehåller många utmaningar och svårigheter. Först som sist är det ett område där vetenskap - i första hand arbetsvetenskap - , juridik och de sociala intentioner som ligger till grund för försäkringen möts. Det är inte möjligt i denna skrift utveckla i detalj de avvägningar som aktualiseras i beslutsfattandet om enskilda skadeärenden. Vår avsikt har varit att ge läsaren en bild av aktuell kunskapsfront och de många principiella och praktiska frågor som aktualiseras i bedömningar av de psykiska störningar och sjukdomar till vilkas uppkomst arbete och arbetsförhållanden kunnat bidra. Skriften är att se som en del av den fortsatta debatt om dessa frågor som vi känner behövs. Många behöver delta i ett sådant samtal. Helst skulle vi se att det bidrar till en medvetenhet om vikten av att kunskaper och insikter utnyttjas så att skador av detta slag förebyggs. Det känns för oss avslutningsvis angeläget att påminna om denna viktiga aspekt.

Referens:

Hansson T, Vingård E, Styf J (2001) Inledningskapitlet i "*Arbete och besvär i rörelseorganen*" (red: Hansson T. och Westerholm P) *Arbete och Hälsa* nr 2001:12 Vetenskaplig skriftserie. Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Sammanfattning

Westerholm P (red.). (2008) *Psykisk arbetsskada*. Arbeta och Hälsa 2008;42:1.

Denna rapport tar upp till granskning den vetenskapliga kunskapsfronten i frågor om psykisk sjukdom orsakad av psykisk belastning som skadlig inverkan. Skriften syftar till att beskriva och diskutera de vetenskapliga underlag som utgör grunder för försäkringskassors beslut om godkännande av anmälda ärenden som arbetsskada enligt lagen om arbetsskadeförsäkring. De psykiska sjukdomar som behandlas är depression och ångesttillstånd. I Kapitel 1 (Peter Westerholm, Ingvar Lundberg och Hans Ågren) ges en introduktion till området med förklaring av begrepp och principer för bedömning av arbetsskada enligt villkor ställda i lagen om arbetsskadeförsäkring. I Kapitel 2 (Lars Baltzari) refereras lagen om arbetsskadeförsäkring med förarbeten och bevisregler – med särskild inriktning mot psykiska sjukdomar - och kommenteras också begrepp av central betydelse som ”Försäkrad som man är” och ”Konkurrerande skadeorsaker” m.fl.

I Kapitel 3 (Ingvar Lundberg, Peter Allebeck, Peter Westerholm och Hans Ågren) redovisas redovisas en systematisk litteraturgenomgång inriktad mot depression och ångesttillstånd. Faktorerna höga krav i arbetet och brist på socialt stöd som skadliga inverkansfaktorer har ett måttligt starkt stöd som verksamma skadefaktorer i de 26 kvalitetsgranskade studier som valts ut för särskild granskning och kvalitetsgradering. I Kapitel 4 (Peter Westerholm) refereras i korthet rättsfall prövade i kammarrätt om bedömning av arbetsorsakad psykisk sjukdom. I skriften behandlas inte bevisfrågor avseende Posttraumatiskt Stress Syndrom och inte heller avseende sjukdomsentiteten Utmattningssyndrom. Skriften avslutas med en reflektion och övergripande slutsatser.

Abstract

Westerholm P (ed.). (2008) *Psykisk arbetsskada*. Arbete och Hälsa 2008;42:1.

The present report aims at describing the scientific basis for assessments of work-related disease with regard to psychiatric disease - in specific clinical states of mental disorders depression or anxiety. It is written with an ambition to have its contents considered in assessments of work-relatedness of mental disorders and pain syndromes of the shoulder –neck region in the context of implementing the Swedish Law on Work Injury Insurance.

Chapter 1 (Peter Westerholm, Ingvar Lundberg och Hans Ågren) introduces the subject matter and the issues involved in assessing work-relatedness of psychiatric disorders. In Chapter 2 (Lars Baltzari) the legislation on Occupational Injury Insurance is explained including the qualifying statements of intention underlying the Law and also the rules of evidence to implement in assessments of work-relatedness and causality. Chapter 3 (Ingvar Lundberg, Peter Allebeck, Peter Westerholm and Hans Ågren) present the results of a systematic review of Depression and Anxiety disease states associated with mental strain at work. High work demands and low social support at work emerge as causative agents (factors) based on an assessed moderate strength of evidence. The evidence as regards exposure variables “low control”, “low stimulation”, “adverse life events”, “low procedural justice” and “low relational justice” was assessed to be of limited strength. In this report the evidence base for entities Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome has not been reviewed.

In Chapter 4 ((Peter Westerholm) six verdicts of Chamber Courts on mental disorders as assessed by the courts to be caused by work are briefly described. Authors concluding comments in chapter 5.