



**Karolinska  
Institutet**

**Interventions- och implementeringsforskning  
inom området företagshälsovård.**

**Utveckling och utvärdering av  
kostnadseffektiva metoder för att främja  
arbetsförmåga, hälsa och produktivitet.**

Slutrapport PARABOLA programmet

Enheten för interventions och implementeringsforskning inom arbetshälsa.  
Institutet för miljömedicin.  
Karolinska Institutet

Stockholm Mars 2018

Enheten för interventions och implementeringsforskning inom arbetshälsa.  
Institutet för miljömedicin.  
Karolinska Institutet

Stockholm Mars 2018

## Innehåll

<b>Sammanfattning och reflektion.....</b>	<b>5</b>
<b>Del I. Beskrivning av programmets aktiviteter .....</b>	<b>9</b>
Inledning.....	11
Syftet och förväntat resultat av PARABOLA programmet.....	12
Projektets genomförande .....	14
Avvikelser från plan .....	14
Resultat.....	15
Partnerskapsmodellen.....	15
Nationella riktlinjer för företagshälsan .....	17
Meritering inom evidensbaserad praktik (EBP) och akademisk företagshälsa .....	21
Kommunikation.....	22
PARABOLA programmets bidrag till det internationella kunskapsläget. ....	23
Enskilda forskningsprojekt med huvudsäte på enheten för interventions- och implementeringsforskning.....	23
Systematiska kunskapsammansättningar under programtiden .....	31
Utbildning och undervisning .....	31
Exponering och spridning .....	33
Erfarenheter, möjligheter och utmaningar med partnerbaserad forskning.....	34
Referenser .....	37
<b>Del II: Uppföljning och utvärdering av programmet.....</b>	<b>39</b>
Inledning.....	41
System för sammanställning och översättning .....	42
Aktiviteter - riktlinjearbetet.....	42
Output från riktlinjearbetet.....	43
Intermediära utfall – spridning och användning av riktlinjer .....	44
Stödsystem .....	49
Aktiviteter – utbildning, webinars kurser och Akademisk Företagshälsa.....	49
Output – utbildning, webinars kurser och Akademisk Företagshälsa .....	49
Intermediära utfall – deltagande i utbildning och antal Akademiska Företagshälsor .....	50
System för spridning.....	52
Aktiviteter – hemsida, nyhetsbrev, rapporter och social media .....	52
Output – hemsida, nyhetsbrev och rapporter .....	52
Intermediära utfall – hemsida, nyhetsbrev och social media .....	53
Effekt-utfall - Evidensbaserad praktik inom företagshälsan .....	54
Referenser .....	56
Bilagor.....	57
Bilaga 1. Ingående partners i PARABOLA programmet med representanter (2016). ....	58
Occupational health services:.....	58
Bilaga 2. Process och checklista för riktlinjearbetet .....	59
Bilaga 3 Kriterier och ansökan Akademisk Företagshälsa.....	64

Bilaga 4. Kursinformation Evidensbaserad praktik .....	67
Bilaga 5. Kursinformation Problemlösningsbaserade samtal med inriktning mot stressrelaterad psykisk ohälsa i arbetslivet.....	68
Bilaga 6. Publikationer inom programmet .....	70

## Sammanfattning och reflektion

Arbetshälsoforskningen handlar om att ta fram kunskap om risker i arbetsmiljön såväl som effektiva metoder för att förebygga och åtgärda dessa risker. Arbetshälsoforskningen bidrar med underlag för att skapa goda, produktiva arbetsplatser. För att kunna göra detta behövs kunskaper om arbetsförhållandena ute i verksamheter och vi forskare är därmed beroende av att få kunskap och erfarenhet från fältet. Att ha nära samarbete med partners är därför mycket viktigt i denna typ av forskning. Partnermedverkan behövs bland annat för att identifiera problem tidigt och för att utforma insatser som faktiskt kan fungera i den dagliga verksamheten. Både internationellt och nationellt har forskningsråden insett vikten och nyttan med partnermedverkan eller ”brukar” medverkan – på engelska *practice based research*. Det finns dock en hel del utmaningar för både forskare och praktiker med att få till en dialog och engagerande samarbete som fungerar inte bara som en traditionell referensgrupp av praktiker utan som en aktivt deltagande part. I föreliggande rapport beskrivs resultaten från ett programstöd (2011-2016) för forskning inom företagshälsovård finansierat av FORTE samt ett stöd för en professur i forskning om metoder för företagshälsa. Denna finansiering kompletterades med ett treårigt programstöd från AFA försäkring rörande metoder för spridning av kunskap inom företagshälsovården (2013-2016). Detta har inneburit avgörande synergieffekter och en kraftig ökning av aktiviteter för utveckling av metoder och stöd för spridning.

### *Samverkan*

Föreliggande program har resulterat i utveckling och prövning av flera olika samverkansformer som har möjliggjort partnerskapsbaserade forskningsstudier samt spridning och användning av befintliga och nya kostnadseffektiva evidensbaserade metoder inom företagshälsovården. En partnerskapsmodell har utvecklats där samarbete sker i hela kedjan i forskningsprocessen. En organisationsmodell för att på ett systematiskt sätt kunna sammanställa befintlig evidens i användbara riktlinjer har utvecklats och resulterat i fem nationella riktlinjer för företagshälsovården och ett hälsoekonomiskt analysverktyg. En uppföljning av spridning och tillämpning av den första riktlinjen visade att ca. 50% av företagshälsovårdens praktiker kände till riktlinjen och av dessa tillämpade majoriteten riktlinjen i sin dagliga verksamhet. Andra aktiviteter som har använts för att stödja spridning och användning av evidensbaserade metoder inkluderar spridning genom hemsida, rapporter och social media, och stöd genom bl.a. utbildning i evidensbaserade metoder. Resultat visar att vi med programmet lyckats nå praktiker inom företagshälsovården. Det fortsatta arbetet behöver dock fokusera mer aktivt på den organisatoriska nivån för att skapa förutsättningar för att kunna arbeta på ett kostnadseffektivt sätt enligt evidensbaserad praktik i verksamheten. Dessutom behöver arbetsgivare involveras ännu mer för att även öka kunskapen och efterfrågan på evidensbaserad praktik för arbetshälsoinsatser.

### *Evidensbaserad praktik inom FHV*

Ett effektivt arbetsmiljö- och hälsoarbete leder till arbetsplatser där anställda trivs och presterar optimalt. På samma sätt kan ett ineffektivt eller obefintligt arbetsmiljö- och hälsoarbete leda till dysfunktionella arbetsplatser med vantrivsel och produktionsbortfall.

Därför är det avgörande att de specialister som stödjer arbetsgivare i detta arbete håller en hög kvalitet och arbetar enligt senaste forskning. I Sverige är det en självklarhet med statlig reglering inom vården för att garantera patientsäkerheten. Utifrån våra erfarenheter ser vi att företagshälsovården i Sverige behöver en liknande reglering för att garantera att arbetsgivare får tillgång till säkra metoder som främjar verksamheten. I Norge finns en statligt godkännande förordning för kvalitetssäkring av företagshälsa. I en utvärdering 2015 v förordningen visade resultaten att detta lett till en förbättrad kvalitet av den norska företagshälsovården (Lie A, Björnstad O. 2015). En liknande statlig kontroll skulle enligt vår åsikt även vara önskvärt i Sverige.

### *Forskningsöverbyggnad för samverkansprojekt och evidensutveckling om interventioner*

För att få tillstånd en kontinuerlig kvalitetsutveckling av företagshälsovården behövs även en varaktig forskningsöverbyggnad inom området. Interventionsstudier är resurskrävande då det alltid kräver ny longitudinell datainsamling under flera år. Datainsamling för interventionsstudier innefattar allt från att rekrytera och inkludera studiesubjekt (deltagare) till att utveckla och implementera den intervention som skall prövas samt dessutom behålla och följa deltagarna under den stipulerade uppföljningstiden. Till detta kommer sen databearbetning och rapportering till både forskarsamhället och omgivande samhället. För att kunna fortsätta med att utveckla en hög kvalitativ interventions- och implementeringsforskning med partnermedverkan behöver forskningsråden därför ge högre bidrag samt bidrag för infrastrukturstöd. Vi har i vår verksamhet kunnat se en dubbling av kostnaderna för forskningen under åren då vi utvecklat partnermedverkan (brukarmedverkan enligt FORTES terminologi) där kostnader för kommunikation och stöd för spridning och implementering står för den största ökningen. Från januari 2011 till dec 2017 har total **163** publikationer publicerats vid enheten med 120 internationella vetenskapliga artiklar, 3 doktors avhandlingar och en lic avhandling, 34 svenska rapporter samt 6 riktlinjer. Ett antal artiklar i svensk fackpress om verksamheten, forskningen och om riktlinjerna har publicerats under året. Verksamheten har haft en bra exponering både vid nationella (sedan 2014 ca 30 st) och internationella (sedan 2014 ca 13 st) konferenser och seminarier

I framtiden hoppas vi på en ökad förståelse för vilka förutsättningar som krävs och insikten om nyttan med partnermedverkan inte bara hos forskningsfinansiärerna utan i samhället i stort. Trots de utmaningar och svårigheter som finns är partnermedverkan väl värt då det ger mer vinster än problem, inte minst genom en ökad relevans men även genom att minska gapet mellan forskningsresultat och användning i praktiken. Detta är enligt vår uppfattning just vad excellent forskning bör innebära.

### *Slutsatser*

Sammanfattningsvis är målen med programmet som uppställts i projektansökan uppnådda. En fungerande modell för partnersamverkan och för produktion av nationella riktlinjer för företagshälsovården har byggts upp. Tillämpning av evidensbaserad kunskap (EBP) genom partnersamverkan och riktlinjer har förbättrats inom företagshälsovården. Dessutom programmet bidragit till kunskapsområdet genom att ett antal nya studier relevanta för

arbetshälsa har genomförts och ett stort antal publikationer som bidrar till evidensläget både svenska och internationella har publicerats.

För att förbättra effekterna av de prövade partnerskapsmodellerna bör man:

- Öka samverkan med reella arbetsgivare
- Arbeta mer mot företagens organisation och högsta ledning
- Identifiera effektiva implementeringsstrategier för ökat nyttiggörande
  - Behov av utbildning och stöd är större än förväntat
  - Överförandet av utarbetade spridningsmodeller (forskningsresultat) till förvaltare
  -

*Implikationer för att öka incitament och stöd för framtida partnerbaserad forskning:*

- För att stödja partner/brukardeltagande måste finansieringen för enskilda forskningsprojekt höjas samt att finansiering för infrastrukturstöd ges.
- Bedömningskriterier inom forskningen bör i högre grad inkludera kriterier för spridning och tillämpning i samhället
  - Inkludera svenska publikationer och annan spridning inom tredje uppgiften i de vetenskapliga bedömningsgrunderna
  - Öka kompetensen i vetenskapliga bedömningsgrupper kring partnerbaserad forskning
  - Öka kompetensen i forskarsamhället (doktorandutbildningar etc.) om partnerbaserad forskning och implementeringsforskning

Föreliggande rapport består av två delar. Del I består av en redogörelse av aktiviteter i programsatsningen. I Del II redovisas resultaten av uppföljning och utvärdering av programaktiviteterna enligt beskriven plan i projektansökan





## **Del I. Beskrivning av programmets aktiviteter**

Projektledare: Professor Irene Jensen, enheten för interventions- och implementeringsforskning, IMM, Karolinska Institutet

Bitr. projektledare: Docent Lydia Kwak (utvärderare)

**Styrgrupp för programmet:**

*Från enheten för interventions- och implementeringsforskning, IMM, Karolinska Institutet:*

Irene Jensen, professor, enhetschef

Lydia Kwak, docent, bitr enhetschef

Malin Lohela Karlsson, forskare

Charlotte Wåhlin, post doc (*samt Arbets- och miljömedicin, Region Östergötland*)

Hanna Bonnevier, kommunikatör och samordnare

*Från andra institutioner:*

Ulric Hermansson, med dr och universitetslektor, Inst. för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och Centrum för psykiatriforskning, SLL

Liselotte Schäfer Elinder, adjungerad professor, Inst. för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL.

## ***Inledning***

I föreliggande rapport beskrivs resultaten från ett FORTE finansierat programstöd (2011-2016) för forskningsprogrammet ”**Interventions- och implementeringsforskning inom området företagshälsovård. Utveckling och utvärdering av kostnadseffektiva metoder för att främja arbetsförmåga, hälsa och produktivitet**” (Diariernr: 2010-01572) samt ett stöd för en anställning professor i företagshälsovård (Diariernr: 2011-01743). Denna finansiering kompletterades med ett treårigt programstöd från AFA försäkring rörande metoder för spridning av kunskap inom företagshälsovården (2013-2016). Detta har inneburit avgörande synergieffekter och en kraftig ökning av aktiviteter för utveckling av metoder och stöd för spridning.

Programmet som döpts till PARABOLA har löpt enligt plan och genomförts parallellt med ett programstöd från AFA Försäkring (påbörjat 2013) inom samma område (att stärka metodutveckling inom företagshälsa). Synergieffekterna av detta är uppenbara då utvecklingen har kunnat ske snabbare och många parallella aktiviteter har kunnat genomföras. Båda programstöden är projekt för att stödja utvecklingen med att bygga upp en infrastruktur för ökad nyttiggörande av forskningsbaserad kunskap inom företagshälsa. Nedan följer en redogörelse av vad som sammantaget hänt under programtiden i relation till projektplanen. I rapportering redogörs även för aktiviteter som inte är direktfinansierade av föreliggande program utan mer konsekvenser av att arbeta inom den utvecklade infrastrukturen av partnerskapsmodellen för forskning.

En stor del av programaktiviteterna har handlat om spridning och användning av forskningsresultat s.k. evidensbaserad praktik (EBP). Detta som en konsekvens av att vi redan under programmets uppstart uppmärksammade att den evidensbaserade kunskap som fanns användes i alldeles för låg utsträckning inom svensk företagshälsa. Branschen kämpade för sin överlevnad med sjunkande efterfrågan och priskonkurrens där man utvecklat egna metoder som produkter för att profilera sig mot konkurrenter. Behovet av nya studier för att finna effektiva metoder för olika arbetshälsoproblem och framförallt förebyggandet av problem på arbetsplatser är stort men i ljuset av det låga användandet av EBP såg vi också behovet av att finna metoder för att öka nyttjandet av den kunskap som redan fanns tillgänglig. Resultat blev en utveckling av en partnerskapsmodell för forskning och spridning där vi i nära samverkan med arbetsmarknadens parter och företagshälsan i Sverige arbetar för kunskapsutveckling och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap inom området arbete och hälsa. Huvudfokus i programmet har varit metoder för företagshälsa. Följaktligen har det som utvecklats hög tillämpbarhet på arbetsplatser inom olika verksamheter. Därmed har nyttiggörandet av kunskap blivit lika tillämpbart för arbetsgivare som för företagshälsan i egenskap av leverantör till verksamheter.

Företagshälsan i Sverige står inför stora utmaningar med att anpassa och förändra verksamheten till det moderna arbetslivets förutsättningar och problem. Andra typer av arbetssjukdomar och arbetsmiljörisker dominerar och nya sätt att utforma arbetet såväl fysiskt som organisatorisk ställer krav på ny kompetens och kunnande som, för att vara en attraktiv partner, företagshälsan måste kunna leverera på ett kvalitetssäkrat sätt. En viktig faktor för att uppnå detta är att företagshälsan utvecklar verksamheten så att den stödjer kontinuerligt

lärande och förändring. Det är även avgörande att de utbildningar som är kompetensgivande för att arbeta inom företagshälsa inte endast erbjuder den allra senaste kunskapen utifrån dagens arbetsliv utan också lär ut rent praktiskt tillämpning av evidensbaserade metoder. Vi har i programmet strävat efter att stödja denna utveckling genom de olika aktiviteterna beskrivna i rapporten.

### ***Syftet och förväntat resultat av PARABOLA programmet***

Syftet beskrivet i programansökan var att utveckla och pröva arbetsformer som möjliggör spridning och användning av befintliga och nya kostnadseffektiva evidensbaserade metoder inom såväl inbyggda företagshälsovårder (FHV) med en mer enhetligt definierad problematik, som för externa FHV enheter med mer disparata problemområden.

Projektet förväntades resultera i en kunskaps- och kvalitetshöjning samt ett kostnadseffektivt arbete med arbetsmiljö och hälsa inom FHV och ute på arbetsplatserna.

I programansökan formulerades vision, mission och mål enligt:

#### *Vision*

The vision of this programme is to become a national as well as an international leading research centre in the field of intervention and implementation research within the occupational health field. The focus will be on methods for health promotion, prevention (early interventions) and rehabilitation.

#### *Mission*

The mission is to create a creative, innovative multidisciplinary research environment representing researchers from different disciplines such as behavioural sciences, health sciences, economics, social sciences, communication sciences and statistics/epidemiology. In this environment the involvement and cooperation with occupational health facilities, private enterprises and the public sector will be key factors. This multidisciplinary environment and cooperation assures that the research is relevant and applicable and that it contributes to bridging the gap between research and practice. High quality research will be provided, such as systematic reviews, guidelines, education, training and networking where research and practice can meet and jointly develop the area.

#### *Goals*

We have made an effort to provide goals that are measurable based upon the above.

Within the first 3 years we have:

- created a research environment within the field of occupational health services that is attractive for funders
- created a good contact and cooperation with external partners/stakeholders manifested by meetings and new studies based on joint ideas and efforts
- created a research environment within the field of occupational health services that have attracted young researchers,
- attracted PhD students from the occupational health service facilities
- conducted a national survey investigating the organizational investment and use of evidence based practices in OHS.
- conducted at least two new trials scheduled in the program application
- developed and conducted a graduate course within the Karolinska Institute in intervention and implementation research
- conducted training for practitioners in applying evidence based measures in occupational health settings

Within six years we have:

- further developed the goals achieved during the first three years.
- published research reports in international peer reviewed journals

- published applicable guidelines, decision support and reports directed towards the clinical work at the OHS
- established an implementation service of evidence based practices for the OHS
- organized an international conference in research in the field of occupational health
- developed the organization and established funding so that research program and can continue after the six year period

Samtliga av de mätbara målen är uppfyllda förutom de två sista punkterna. Se vidare om detta nedan under Avvikelser från plan. Vår forskargrupp har etablerats sig som en av de ledande inom området helt enligt den vision vi ställt upp med programmet. Detta manifesteras bl a genom att en ökande förfrågan om samverkan från andra nationella och internationella forskargrupper inom området, inbjudningar till nationella och internationella konferenser både vetenskapliga och riktade till användare (brukare). Programmet har varit mycket lyckosamt och resulterat i ett stort antal olika aktiviteter listade nedan i olika aktivitetskategorier.

Under programtiden 2011-2016 har följande aktiviteter genomförts:

Scientific achievements	<p>Our group has in total during the last six years, published about 163 publications -and one text book, together with an increasing number (2010; 12% - 2015; 40%) of Swedish popular science reports, guidelines and other material supporting the implementation of evidence-based practices.</p> <p>2 internationally published systematic reviews</p> <p>3 lic (1) and doctoral(2) thesis during the program period</p> <p>3 Swedish systematic reviews-</p> <p>We have participated in approx. 4 international conferences /year presenting our research network and our research findings</p> <p>We have attracted new research funding in competition of about 22 mil SEK during the program support.</p>
Integrated accreditation	<p>Established a well-functioning practice-based research network (PBR) with a mode 2* approach, thereby facilitating the translation of research into practice.</p> <p>Evidence based practice has been incorporated as a requirement into the branch** accreditation of OH-services.</p> <p>Establishing the <i>Academic Occupational Health service</i>, an organization that OH-services can apply for membership of, given that they fulfil certain criteria that support evidence-based practice and involvement in practice based research networks.</p>
National Guidelines	<p>Established a well-functioning organisation model to produce national evidence based guidelines for OH-services.</p> <p>Six national guidelines have been launched including a tool for calculating cost of illness and cost effectiveness of OSH-interventions on a firm level. The guidelines have in evaluations been shown to be widely accepted and applied.</p>
Competence development	<p>An increase knowledge and awareness of evidenced-based practices among practitioners in OH-services has been revealed in a national survey.</p> <p>Developed training and education for partners/practitioners in</p>

	<p>evidence based practice and OSH measures.</p> <p>Developed a PhD-course in intervention and implementation research ensuring the needs for future researchers' competency in facilitating the translation of research into practice.</p>
--	---

\*A mode-2 approach is a model on integrating research and practice involving end-user, in this case OH-services and parties of the labour market (see definition in text above).

\*\*Swedish association for occupational health services (Sveriges företagshälsor)

En organisatorisk partnerbaserad nätverksmodell har utprovats för att främja utveckling och tillämpning av nya effektiva metoder. Modellen bygger på att ett fungerande och accepterat partnerskap har utvecklats, där akademien, FHV och arbetsgivar-/arbetstagarparter samverkar för att vidareutveckla och implementera kunskapen om kostnadseffektivt arbetsmiljö- och hälsoarbete där bl a:

- ✓ en kommunikationsmodell har utprovats och implementerats där vetenskapliga rön görs tillgängliga på ett mer tillämpbart sätt både språkligt och spridningsmässigt.
- ✓ ett fungerande och accepterat riktlinjearbete för metoder inom FHV har skapats, där FHV branschen och deras kunder tillämpar de riktlinjer som produceras inom partnerskapet.

## ***Projektets genomförande***

### **Avvikelser från plan**

Samtliga av de mätbara målen är uppfyllda förutom de två sista punkterna. Punkten rörande internationell konferens gemensamt med de forskargrupper som erhållit stöd från FORTES FHV har inte kommit tillstånd. Däremot har vi under åren på ett antal olika internationella vetenskapliga konferenser presenterat från programmet och 2016 fick vi förmånen att anordna ett 1 timmes symposium i Aten vid European Academy of Occupational Health om ”practice based reserach (PBR)”.

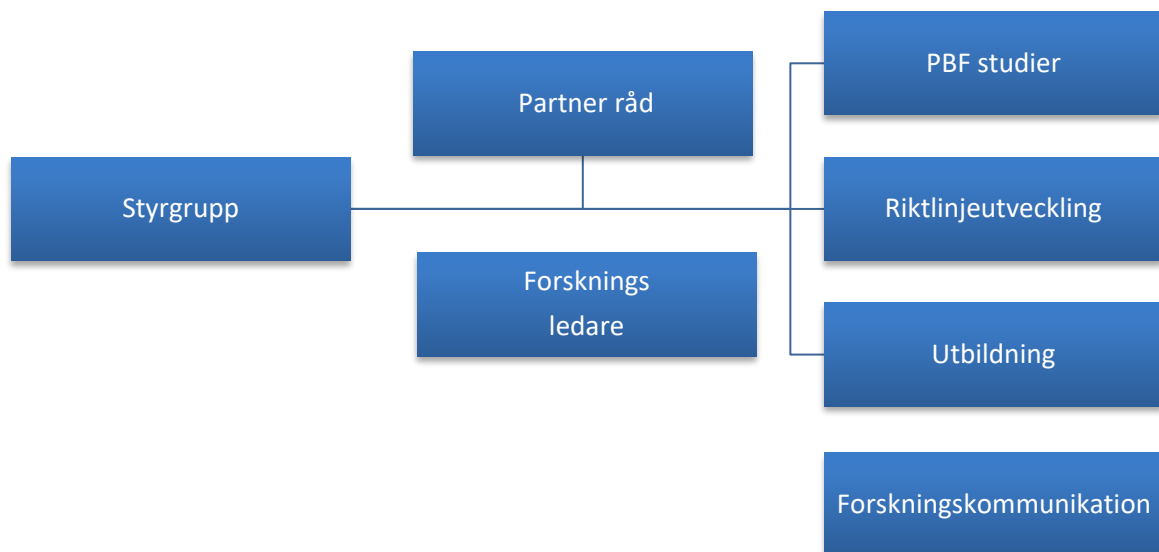
Den sista punkten rörande varaktighet så har forskningsbidrag för fortsatta olika studier inom området har erhållits men infrastrukturmedel för fortsatt stöd för att arbeta enligt den utvecklade modellen för utveckling och spridning av kunskap genom partnerskap (Practice based research) är ännu inte säkrad. Däremot har vårt utarbetade nationella riktlinjearbete för företagshälsovården inkorporerats i utredningen av ett nationellt centrum för kunskapsöverföring för arbetslivsforskning som ett förslag att integreras i centrumets verksamhet (se vidare under rubriken riktlinjer). Utredningen resulterade i att regering beslutade att skapa en ny myndighet för arbetsmiljökunskap med verksamhetsstart juni 2018. Vi har erhållit medel från FORTE för att vidmakthålla och fortsätta riktlinjeverksamheten under 2017 fram tills verksamheten flyttas över till den nya myndigheten.

## Resultat

### Partnerskapsmodellen

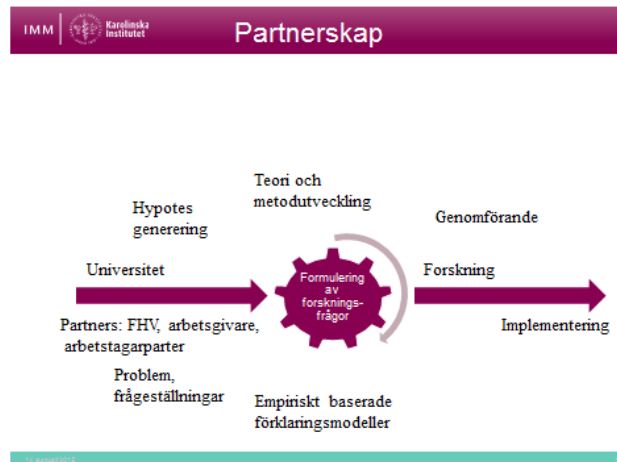
I internationella studier om partnersamverkan mellan akademi och praktik visas på nyckelfaktorer för att samverkan skall vara framgångsrik och leda till ökad användning av effektiva metoder [1-3]. Till skillnad från inomvetenskaplig forskning så bygger partnersamverkan på att forskningen skall vara relevant för partners samt att resultaten måste *a)* komma snabbare *b)* göras tillgängliga på ett enkelt och användarvänligt sätt *c)* vara klara, precisa och leda till tillämpbara slutsatser dvs. forskarna måste våga dra andra slutsatser än att ”mer forskning behövs” *d)* innehålla information rörande förutsättningar för implementering samt information och beräkningar av kostnadseffektivitet och *e)* spridas på andra vägar än de traditionella exempelvis i ”appar” och sociala medier.

I arbetet med att bygga upp partnerskapsmodellen inom arbetshälsa har vi utgått ifrån de ovan nämnda nyckelfaktorerna för att skapa en välfungerande samverkan med aktörer och representanter på olika nivåer i samhället (parter, branschföreningar, yrkesföreningar, ledningsgrupper på FHV och arbetsgivare mm). Vår modell som vi benämner partnerbaserat forskningsnätverk (PBF) har organiserats enligt fig. 1. med partnersamverkan i alla leden. I bilaga 1 finns en översikt över ingående partners



Figur 1. Organisationsstruktur och ingående aktiviteter i PARABOLA programmet.

Arbetet med att organisera och utveckla partnerskapsmodellen i forskningen enligt modellen (fig. 1) pågår kontinuerligt. PBF forskningen bygger på att forskare och partners samarbetar genom hela forskningsprocessen, från identifikation och formulering av problemställningar och genomförandet av studien till implementering av resultat (fig. 2).



Figur 2. PARABOLA forskningsmodell med partnerskap

Samverkan med branschföreningen Sveriges företagshälsor och yrkesföreningarna för FHV har etablerats och stärkts under programtiden. Samarbetet med Sveriges företagshälsor är omfattande där vi bl. a. samarbetar i utvecklingen av nya utbildningar, kriterier för ackreditering och metodutveckling. Regelbundna möten och medverkan från arbetsgivare i studier och andra aktiviteter har givit viktig input om behov ute på arbetsplatser och företagshälsans roll i det moderna arbetslivet. Ett antal nya forskningsstudier har startat med partners involverade. Partner är med från utformningen av studien med t ex hur rutinerna kan fungera när anställda skall inkluderas till att skriva rapporter och vetenskaplig artiklar.

Vi ser ett ökat intresse och faktiskt deltagande av FHV och arbetsplatser i studier och i andra aktiviteter. Kontakterna med verksamheter och enskilda praktiker har växt under åren. Arbetsgivare kontaktar oss också i högre utsträckning direkt för att få stöd i att utforma ett evidensbaserat effektivt strategiskt hälso- och arbetsmiljöarbete.

Vi har även noterat ett ökat intresse från nationella och internationella akademiska institutioner. Inbjudningar och förfrågningar från olika forskare och grupper om att få ta del i hur vi arbetar sker löpande.

Det ökade intresset och ökad direktkontakt från "folk på fältet" härleder vi till vår organisationsmodell med partnerskap och vårt arbete med kommunikation/information. Ett av våra mål för spridning och användning av bästa tillgängliga kunskap är just att tillgängliggöra forskning genom att omgivningen enkelt finner vilka forskare/grupper de skall kontakta och att de "vågar" ta kontakt.



Vår organisationsmodell med partnerskap ligger i framkanten av utvecklingen inom forskning. Både internationellt och nationellt ser vi hur forskningsinstitutioner driver på utvecklingen mot denna typ av forskningsmodell för ökad nyttiggörande av forskningsresultat. Utvecklingen har framförallt skett inom vårdforskning och i princip inte alls inom området arbetshälsa. National Institute of Health (NIH, USA) betonar nödvändigheten av Practice based research (PBR– det vi kallar partnerskap – och har tagit fram en modell för hur partnerskapet kommer in i den reguljära forskningsmodellen (fig. 3) (Westfall, Mold et al. 2007). FORTE har också betonat vikten av detta genom att bl. a. ta fram en skrift om User Participation in research (FORTE 2015).

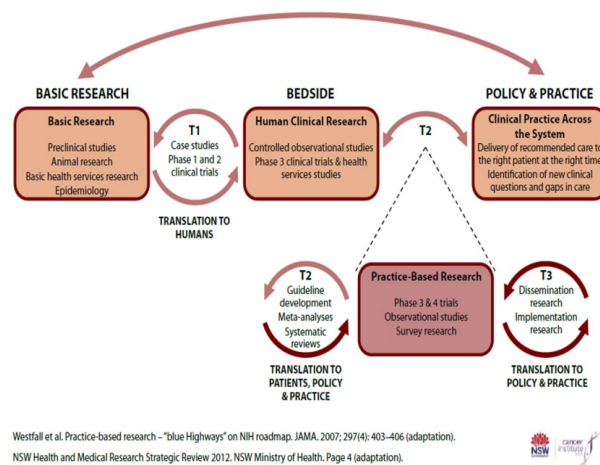
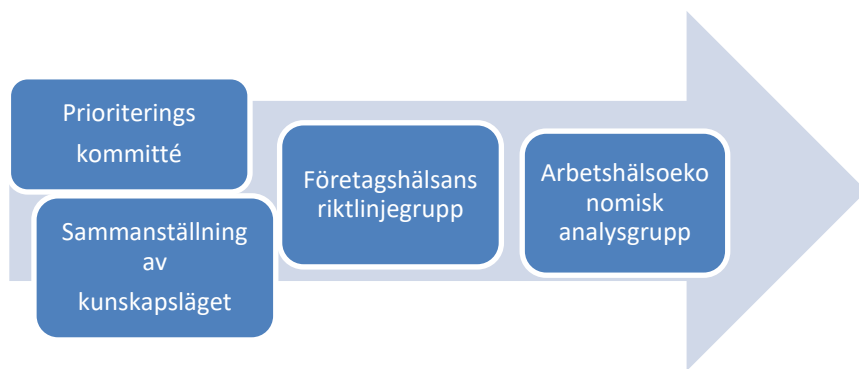


Fig. 3. NIH modell över forskningens olika komponenter och steg.

I forskargruppen ingår ett antal forskare som även är verksamma utanför forskarsamhället som arbetsmiljökonsult, kliniker inom företagshälsa eller andra vårdkliniker, praktiker på arbets- och miljömedicinsk klinik samt arbetsmiljöansvarig på ett fackligt förbund. Kombinationen av forskning och praktisk verksamhet är en av de styrkor forskargruppen har och som ytterligare stärkts av programsatsningen. Det en viktig hörnpelare inom partnerskapsmodellen då det ökar både kontakten och förståelsen mellan de olika fälten.

## Nationella riktlinjer för företagshälsan

I projektet har en organisationsmodell för evidensbaserade riktlinjer till företagshälsan utprovats. Som beskrivet i programansökan har vi med inspiration från Holland, UK (NICE) och Kanada skapat en nationell organisation för utarbetandet av evidensbaserade riktlinjer för att stödja användningen av kostnadseffektiva metoder i företagshälsans och arbetsgivares arbete med arbetsmiljö och hälsa. Den organisationsmodell som skissats på i ansökan är nu helt etablerat och utprövat med alla ingående delar (se fig. 4). Styrgruppen för riktlinjearbetet består av prof. Irene Jensen och forskare Lydia Kwak.



Figur 4. Organisationsmodell för riktlinjearbetet

Framställningen av evidensbaserade riktlinjer sker i fyra steg. Som ett första steg arbetar en prioriteringskommitté med att identifiera relevanta områden där behov av riktlinjer finns. I denna kommitté ingår representanter för arbetsgivare (parter/chefer), arbetstagare (parter). Prioriteringskommittén rekommenderar — utifrån deras kunskaper från olika verksamheter — vilka områden som bör prioriteras vid arbetet med riktlinjerna. Bedömning görs utifrån behov, nytta och användbarhet utifrån de olika perspektiven. Prioriteringsgruppen har tillsammans med forskarna regelbundna uppföljande möten där pågående arbeten med kunskaps-sammanställningarna och riktlinjearbetet presenterats och framtida prioriteringar av ämnen för riktlinjer görs. Prioriteringskommittén har inget ansvar för innehåll eller utformning av riktlinjerna.

I steg två genomförs en systematisk kartläggning av den internationella forskningen om effektiva metoder i arbetsmiljö- och hälsoarbetet för det prioriterade området. Sammanställningen presenteras på ett lättillgängligt sätt så att användare enkelt kan tillämpa den i arbetsmiljö- och hälsoarbetet ute på arbetsplatser.

I steg tre förs kommitténs prioriteringar och resultaten från kartläggningarna vidare till riktlinjegruppen som består av forskare och praktiker inom FHV samt representant från branschföreningen för företagshälsan. Två representanter för varje profession inom FHV arbetar tillsammans med forskarna med att utarbeta riktlinjer för införandet av prioriterade metoder i FHVs dagliga verksamhet. I detta arbete ingår att beakta behov av anpassningar för olika typer av verksamheter, kompetensbehov, resurser, organisatoriskt stöd etc. Alla typer av FHV skall vara representerade samt nationell representation för att få en bredd där det underlag som tas fram skall vara användbart oavsett organisatorisk grund.

I steg fyra analyserar en arbetshälsoekonomisk analysgrupp riktlinjen utifrån ett företags-ekonomiskt perspektiv. Den arbetshälsoekonomiska analysgruppen består av praktiker och forskare. I gruppen ingår representanter för fristående marknadsaktörer, företagshälsan, branschföreningen Sveriges Företagshälsor samt Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa vid Karolinska Institutet. Gruppen utarbetar arbetshälsoekonomiska analysverktyg som stöd till riktlinjerna, med utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet. De arbetshälsoekonomiska analysverktygen kan användas för att se

ekonomiska konsekvenser och ta reda på om olika insatser är kostnadseffektiva. De ekonomiska kalkylerna biläggs riktlinjerna.

Syftet med arbetshälsoekonomiska analysgruppens arbete är:

- Komplettera riktlinjerna med ett ekonomiskt underlag som kan nyttjas vid användandet av riktlinjen.
- Stärka användandet av insatser på arbetsplatsen för att förebygga ohälsa samt främja hälsa genom att ge stöd för de ekonomiska argument som ofta efterfrågas.
- Möjliggöra för ekonomiska uppföljningar av insatser på arbetsplatser som komplement till de hälsoeffekter som ofta mäts.

De första tre stegen i organisationsmodellen för riktlinjearbetet påbörjades hösten 2012 och har utvecklats till en väl fungerande modell (se Del II i rapporten). Den fjärde och avslutande delen i organisationsmodellen den arbetshälsoekonomiska analysgruppen har formerats och det första Arbetshälsoekonomiska analysverktyget lanserades den 9 december 2016.

Detta första analysverktyg är framtaget som ett komplement till Riktlinjen vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen men grundmodellen av verktyget kommer att anpassas och utvecklas inom alla områden av arbetshälsoekonomiska analyser. Planen är att för varje genomförd riktlinje kommer ett arbetshälsoekonomiskt analysverktyg att utarbetas.

Riktlinjearbetet och den arbetshälsoekonomiska analysgruppens arbete bygger på den partnerskapsmodell som utarbetats i programmet för att stödja användningen av forskningsresultat i arbetslivet och därmed bidra till ett hållbart arbetsliv. Då efterfrågan på nationella riktlinjer är stort utvecklades en arbetsmodell så att flera riktlinjer kunde utarbetas parallellt. Den etablerade och upptränade riktlinjegruppen delades upp i flera grupper. Syftet var att varje nyskapad riktlinjegrupp skall bestå av ca 50 % redan intränade och upplärda deltagare och 50 % nya deltagare. Detta för att skapa ett ”peer to peer” lärande samt att få ökad spridning på kompetens i evidensbaserad praktik inom företagshälsa. En checklista och lathund som kort beskriver processen i riktlinjearbetet för nya ordföranden och grupper har utarbetats (se bil. 2).

Riktlinjerna består nu av en serie publikationer varav den första publicerades i januari 2014. I serien finns för närvarande följande riktlinjer publicerade:

- ✓ Riktlinjer vid ländryggsbesvär (ordförande Irene Jensen)
- ✓ Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen (ordförande Irene Jensen)
- ✓ Riktlinjer för hälsoundersökning via arbetsplatsen (ordförande Lydia Kwak)
- ✓ Riktlinjer för tidiga insatser vid alkoholproblem på arbetsplatsen (ordförande Ulric Hermansson)
- ✓ Riktlinjer för exponeringsmätning av hörselskadligt buller (ordförande Peta Sjölander)
- ✓ Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen (ordförande Malin Lohela Karlsson)

### **Spridning av riktlinjer**

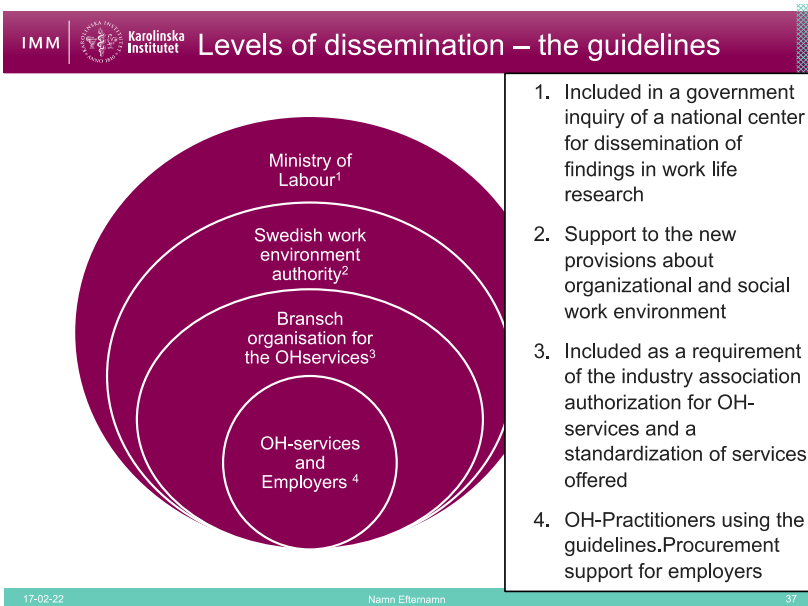
Lanseringen av de nya riktlinjerna sker via heldagsseminarier som filmas och läggs ut på kompetenscentrets hemsida. Samtliga producerade riktlinjer inklusive arbetsmaterial läggs ut att fritt laddas ned på hemsidan samt kan beställas i tryckt format till självkostnadspris. I figur 5 ges en illustration över de olika nivåerna vi lyckats sprida de nationella riktlinjerna.

En utbildning har utvecklats för att stödja rekommendationerna i riktlinjerna för psykisk ohälsa där problemlösningsbaserad samtalsmetodik rekommenderas men som ej fanns tillgänglig i Sverige. Utbildningar ges from våren 2016 vid Karolinska Institutet samt vid arbets- och miljömedicinska enheten vid Linköpings universitetssjukhus (bil.4).

Den första riktlinjen om ryggbesvär används nu i utbildningen på sjukgymnastprogram vid flera universitet i Sverige och from hösten 2015 används riktlinjerna inom magisterprogrammet i arbete och hälsa vid Karolinska Institutet. Den har även presenterats vid olika nationella möten och konferenser under året samt vid flera internationella konferenser.

Förfrågan har kommit från internationella aktörer om att översätta riktlinjerna till engelska för att möjliggöra internationell spridning. Vi har dock tagit beslut om att inte översätta riktlinjerna till engelska då riktlinjernas utformning är beroende av sin nationella kontext och kan därmed inte direkt översättas till andra nationella kontexter. Vår bedömning är att riktlinjerna möjligen kan anpassas och översättas inom de skandinaviska länderna men inte utanför det. Styrgruppen för riktlinjearbetet, Irene Jensen, Lydia Kwak samt Gunnar Bergström medverkar som experter i två grupper vid Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) med målet att utveckla danska evidensbaserade riktlinjer för arbetshälsoarbete för psykisk ohälsa samt besvär från rörelseapparaten.

För att skapa en varaktig verksamhet med Svenska nationella riktlinjer för FHV har forskargruppen arbetat för att finna en förvaltare för modellen som utanför forskargruppsammanhang kan överta och fortsätta arbetet. Den utvecklade modellen för nationella riktlinjer för företagshälsan har mottagits mycket positivt av nuvarande regering. Som inledningsvis nämnt skall nu modellen för att utarbeta nationella riktlinjer för företagshälsan föras över till den nya myndigheten för arbetsmiljökunskap. Myndigheten som lyder under arbetsmarknadsdepartementet har fått övergripande ansvar för frågor rörande företagshälsan i Sverige.



Figur 5. Illustration över spridningsnivåer av de nationella riktlinjerna

## Meritering inom evidensbaserad praktik (EBP) och akademisk företagshälsa

I ett internationellt konsensus dokument för framgångsrik implementering (Powell, Waltz et al. 2015) betonas vikten av att skapa en struktur/organisation som certifierar/licensierar mottagarna (i vårt fall företagshälsan). I linje med detta skapande vi tillsammans med branschföreningen Sveriges företagshälsors, *Akademisk företagshälsa* där leverantörer av insatser för arbetshälsa kan certifieras. Detta i syfte att fungera som en kvalitetsstämpel där företagshälsan uppfyller ett antal kriterier innefattande bl a användandet av riktlinjer och evidensbaserad praktik, kompetensutveckling samt forskningssamverkan (bil 3). Arbetet med Akademisk företagshälsa ligger i linje med den auktorisation av FHV som drivs av branschföreningen Sveriges Företagshälsor. Lanseringen av Akademisk företagshälsa gjordes i november 2015 och i dagsläget är 3 företagshälsor godkända. Spridningen av detta har dock satts på sparlåga då fortsatt finansiering av programmets spridningsaktiviteter ännu inte kunnat säkras. Vi har därför beslutat att inte rekrytera några nya företagshälsor innan vi kan garantera att det kan bli en fortsättning och uppföljning såsom utarbetats i kriterierna. I Norge finns fastställda kriterier och en godkännande struktur från staten om vad som är en godkänd företagshälsa. I en utvärdering av godkännande förordningen 2015 visade resultaten att detta lett till en förbättrad kvalitet av den norska företagshälsovården (Lie A, Björnstad O. 2015). En liknande statlig kontroll skulle enligt vår åsikt även vara önskvärt i Sverige.

## **Kommunikation**

Två forskningskommunikatörer har varit anställda i projektet under olika perioder sedan 2012 för att utveckla kommunikationen med omgivande samhället.

### **Nyhetsbrev från Kompetenscentret för företagshälsa**

En kartläggning med fokus på möjliga kommunikationskanaler genomfördes av oberoende kommunikationsexpert på uppdrag av kompetenscentret 2013-2014. Utifrån resultaten av denna rapport "Företagshälsa, forskning och kommunikation" (2014) startades ett webbaserat nyhetsbrev. I oktober 2014 gavs det första nyhetsbrevet ut och ges nu ut 3-6 gånger per termin. Nyhetsbrevets syfte är att öka kännedomen och spridning om den forskning som bedrivs inom Kompetenscentret för företagshälsa. Målgrupperna för nyhetsbrevet är bl.a. FHV-personal, arbetsmarknadens parter, forskare, studenter och andra med intresse för arbetshälsa.

### **Webb – fhvforskning.se**

Ett tidigt steg i uppbyggnaden av programmet var att skapa ett kompetenscentrum för FHV. Detta inrättades 2011 av de forskargrupper som ingår i FORTES satsning på FHV-forskning ([www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se)). Centrumet koordinerades av Irene Jensen, KI och Jörgen Eklund, Kungliga tekniska högskolan (KTH). Aktörerna består av forskare från KI, KTH, Uppsala universitet samt Svenska miljöinstitutet IVL. Syftet med kompetenscentret är bl. a. att göra nya vetenskapliga rön tillgängliga inom området "metoder för företagshälsövården".

En webbplats [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se) skapades för att stödja kunskapsspridning, synlighet och kommunikation. Under våren 2015 fick webbplatsen ett nytt utseende och plattform. Webbplatsen har nu ett lättnavigerat system med tydlig information och fler bilder och därmed mer användarvänlig än den gamla. Även administratörsfunktionen är förbättrad och därmed underlättas uppdateringar. Genom att nyhetsbrevet länkar till information som finns på webbsidan ökar även trafiken till sidan och därmed kännedom om vårt arbete.

### **Sociala medier**

Professornharordet är en blogg där projektledaren Irene Jensen bloggar om nyheter från programmet samt om annan relevant aktuell arbetshälsorforskning. Flertalet i forskargruppen har även Twitter konton där inlägg görs regelbundet och interaktion med andra sker för att öka både programmet och forskargruppen synlighet och tillgänglighet.

I ett välutvecklat samarbete med arbets- och miljömedicin i Linköping där bloggen arbets- och miljömedicinbloggen <http://arbetsochmiljomedicin.se/> etablerats får vi även stöd att sprida nyheter från programmet.

## ***PARABOLA programmets bidrag till det internationella kunskapsläget.***

Sammanfattningsvis har programmet bidragit med evidens inom följande områden för det internationella vetenskapliga kunskapsläget:

- Hur man kan bygga upp en fungerande partnerskapsbaserad organisation för produktion av riktlinjer
- Organisationsmodell för effektiv implementering/spridning av evidensbaserad praktik inom FHV
- Viktiga faktorer för ett fungerande teamarbete
- Att påvisa faktorer som påverkar implementering av nationella policies
- Betydelsen av tidiga arbetsplatsnära insatser för lyckad rehabilitering
- Kunskap om kostnads-effektiva tidiga insatser för ryggbesvär; yoga, funktionell träning, manipulation
- Att visa att rygg besvär är en kronisk åkomma med hänseende på att det oftast är återkommande under livet.
- Hur man kan mäta produktionsbortfall p.g.a. ohälsa och/eller arbetsmiljöproblem med självrapporterade mått
- Att arbetsmiljöproblem leder till ett högra produktionsbortfall än sjuknärvaro
- Geners betydelse för mental hälsa inkl. utmattningssyndrom
- Psykosocial arbetsmiljöns betydelse för mental hälsa
- Hur man på ett effektivt sätt stödjer hälsosamma levnadsvanor via arbetsplatsen (fysisk aktivitet, kost)
- Kunskap om tidiga signaler/riskmarkörer för att mobbningsproblem skall uppkomma
- Kunskap om att även chefer i hög grad är mobbade

Publikationer från forskargruppen under programtiden är listade i bilaga 6.

### **Enskilda forskningsprojekt med huvudsäte på enheten för interventions- och implementeringsforskning**

I det följande listas forskningsaktiviteter genomförda under programtiden med relevans för området. I programanslaget söktes inte för enskilda forskningsstudier vilket innebär att aktiviteterna listade nedan är i huvudsak finansierade av andra externa anslag men genomförda i partnersamverkan som utvecklats med hjälp av programanslaget.

#### **Psykisk ohälsa**

*Stressrelaterad psykisk ohälsa – förebyggande insatser på arbetsplatsen (SPA- projektet).*

Projektledare: Irene Jensen och Charlotte Wåhlin. Samarbetspartners: Företagshälsan region Örebro, primärvården i Örebro, ProMES international Sweden AB.

Stressrelaterad psykisk ohälsa är idag tillsammans med muskuloskeletala besvär den dominerande orsaken till produktionsbortfall och sjukfrånvaro. Riskerna för att utveckla

stressrelaterad psykisk ohälsa är väl kända. Det är däremot mindre utforskat hur detta framgångsrikt kan behandlas eller förebyggas på arbetsplatser genom interventioner. SPA-projektet avser att utvärdera metoden Productivity Measurement and Enhancement system (ProMES). Metoden är främst utvärderad för produktivitetsförbättring men det finns indikationer på att den även har stressreducerande effekt på arbetsgrupper. Syftet med studien är att pröva om insatser riktade mot organisation och arbetsmiljö kan minska stress (genom att öka känslan av kontroll och styrning över det egna arbetet), och därmed förebygga stressrelaterad ohälsa på arbetsplatsen.

*Johansson B. Wåhlin C., Hagberg J., Kwak L., Björklund C., Jensen I. Participatory work place intervention for stress prevention in primary health care. A randomised controlled trial. Accepted for publication.*

*Problemlösningsmetod vid stress och psykisk ohälsa i arbetslivet (PIA-studien). Utvärdering av en insats utförd vid företagshälsa. Projektledare: Gunnar Bergström, Samarbetspartners: Feelgood på olika platser i Sverige, Företagshälsan region Örebro, Företagshälsan region Gävleborg.*

Psykisk ohälsa är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Kunskapen är begränsad kring vilka interventioner som kan förbättra arbetsförmåga för anställda med arbetsrelaterad stress eller underlätta återgång i arbete bland anställda som är sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa. Forskningen visar att en koppling till arbetsplatsen behövs. Syftet med studien är att utvärdera en individ- och arbetsplatsinriktad intervention för anställda med arbetsrelaterad stressproblematik eller psykisk ohälsa avseende dess kostnadseffektivitet och effekt på sjukfrånvaro och hälsa. Ett ytterligare syfte är att utvärdera följsamheten till interventionen bland berörd FHV-personal. Metod: Klusterrandomiserad studie. Studiegruppen är anställda med lättare psykisk ohälsa eller stressproblematik. Effekter mäts på sjukfrånvaro och kostnadseffektivitet under en ett-årig uppföljningsperiod. Övriga utfall är psykisk ohälsa, stresssymptom och livskvalitet. Analys görs också av om insatsen ges som den är tänkt att ges, dvs. FHV-personalens följsamhet till metoden. Om effektivt innebära insatsen stora kostnadsbesparingar för samhället, minskat produktionsbortfall för arbetsgivare och ge möjlighet till minskad psykisk ohälsa och bättre livskvalitet för den anställda. Om interventionen är framgångsrik kan den användas i det vardagliga arbetet inom FHV. (pågående studie).

*Gunnar Bergström; Malin Lohela Karlsson; Lydia Kwak; Lennart Bodin; Irene Jensen; Margareta Torgén; Lotta Nybergh. Preventing sickness absenteeism among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: Design of a cluster randomized controlled trial of a problem-solving based intervention versus care-as-usual conducted at the Occupational Health Services. BMC Public Health, 2017; May 12; 17(1):436.*

*Att mäta stress med en enskild stressfråga via SMS. Projektledare: Bozana Johansson. Samarbetspartners: företagshälsan region Örebro län, Primärvården Örebro läns landsting* Stress på arbetet är en känd riskfaktor för psykisk ohälsa, och förebyggande insatser på arbetsplatsen viktiga ur både individ- och samhällssynpunkt. För att kunna förebygga stress måste den kunna mätas i preventivt syfte, på ett både tillförlitligt och ekonomiskt sätt. Långa och kostsamma screening procedurer riskerar att bli ett hinder för det arbetsmiljöförbättrande



arbetet. En kombination av en enskild validerad fråga och användning av ny teknik skulle kunna vara ett praktiskt genomförbart sätt att kontinuerligt följa upp stressnivåer i grupper och organisationer. Denna studie syftar till att undersöka validiteten, reliabiliteten och den prediktiva förmågan hos en enskild fråga om stress distribuerad veckovis via SMS. Dessutom avsåg vi att undersöka om svar på denna fråga har samband med objektiva mått på arbetsbördan. Hittills gjorda analyser visar att en enkel stressfråga via SMS kan predicera sjukskrivning, depression och utmattning 12 månader framåt.

*Arapovic-Johansson, B., Wählin C., Kwak, L., Björklund, C., Jensen, J. Work-related stress assessed by a text message single-item stress question. Occupational Medicine. Doi: 10.1093/occmed/kqx111.*

*Att förebygga psykisk ohälsa på arbetsplatsen: En implementeringsstudie på organisations-, chefs- och medarbetarnivå. Projektledare: Lydia Kwak. Samarbetspartners: Skolledarna, Lärarförbundet, kommuner.*

Förebyggande av psykosociala risker på arbetsplatsen är en viktig förutsättning för att anställda ska orka och klara av ett längre arbetsliv. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att aktivt inkludera den organisatoriska nivån på arbetsplatsen i det förebyggande arbetet med den psykosociala arbetsmiljön. Däremot görs detta sällan och istället är det vanligt att fokus ligger på individinsatser, utan att arbetsplatsen som helhet inkluderats. I september 2015 lanserade vi det första svenska evidensbaserade underlaget för att stödja ett strukturerat och systematiskt förebyggande arbete av psykosociala risker: Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Chefer har en central roll i det här förebyggande arbetet. Trots att riktlinjer är ett viktigt led i att uppnå hållbara arbetsmiljöer, har forskning visat att en passiv spridning sällan resulterar i att de används i praktiken. För att nyttiggöra dessa riktlinjer fokuserar föreliggande projekt på tillämpning av dem i praktiken. För att kunna tillämpa riktlinjerna och förebygga psykosociala risker behöver chefer effektiva strategier för att kunna överbrygga hinder och att skapa möjligheter för det förebyggande arbetet. Det huvudsakliga syftet är att utveckla och utvärdera implementeringsstrategier för att stödja chefer inom skolor att tillämpa Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Lärare och fritidspedagoger står för en hög andel av de långa sjukfallen pga. psykisk ohälsa. Projektet är ett 3-årigt projekt som är finansierat av AFA-försäkring och påbörjades i januari 2017.

## **Psykosocial arbetsmiljö**

*Chefer i skottlinjen! En studie om chefer som blivit utsatta för mobbning. Projektledare: Christina Björklund. Samarbetspartners: Ledarna, Vision*

Syftet med denna studie är att undersöka mobbning från chefsperspektiv. Den första delen av studien används redan befintligt registerdata ca 18000 chefer från olika sektorer för att ta fram uppgifter om chefer som blivit utsatta för mobbning. Vi kommer att studera vilka sektorer de finns inom, skillnader mellan män och kvinnor, var man befinner sig i hierarkin (högre resp. mellan och lägre chefer) samt hur dessa chefer mår jämfört med chefer som ej uppger att de utsatts för mobbning. I den andra delen av projektet kommer intervjuer att göras för att fördjupa kunskapen om hur chefer som själva blivit utsatta för mobbning eller som blivit anklagade och utredda för att ha utsatt en eller flera medarbetare för mobbning upplever och hanterar en sådan situation. Totalt var det 3,2 % av cheferna som är utsatta för mobbning dock

skiljer det sig mellan de olika sektorerna. Något fler kvinnliga chefer upplever sig utsatta för mobbning jämför med män. Den sektor där chefer i högre utsträckning är utsatta för mobbning är inom statlig sektor 6,9 % följt av kommun 3,5 %, landsting 2,5 % och privat sektor 2,3 %. Vi fann att mobbning ökar risken för att utveckla stress och psykisk ohälsa mellan 1,6 och 3 gånger. När det gäller del 2 har intervjuerna precis avslutats och materialet håller på att analyseras. (pågående studie)

*Tidiga indikatorer för mobbning inom akademisk och industriell miljö. En studie om samband mellan arbetsrelaterade faktorer och uppkomst av mobbning.* Projektledare: Christina Björklund, samarbetspartners: centrum för arbets- och miljömedicin, SLL.

Syfte med denna studie var att identifiera vilka arbetsrelaterade faktorer som ökar risken att bli utsatt för mobbning i en akademisk- eller industriell arbetsmiljö, studien var longitudinell. Ca 2 000 från akademisk miljö samt ca 2 000 från industrin deltog i studien. Ett stort antal arbetsrelaterade faktorer analyserades för att undersöka vilka som hade samband med framtida mobbning. De faktorer som i båda grupperna visade sig ha betydelse för framtida mobbningsproblematik var bristande stöd från arbetskamrater och chef, oförenliga rollkrav, låg kontroll över det egna arbetet, hög sjukfrånvaro, hög sjuknärvaro, dåligt ledarskap (icke uppmuntrade och orättvist), samt upplevelsen av dåligt organisationsklimat. De mest betydelsefulla faktorerna som indikerar framtida mobbningsproblematik bland anställda inom akademien var upplevelsen av dåligt organisationsklimat och hög sjuknärvaro. Inom industrin var bristande stöd från arbetskamrater, hög sjuknärvaro och oförenliga rollkrav som påverkade mest. Utifrån resultaten har en checklista utarbetats avsedd att vara ett stöd när det gäller kartläggning av tidiga indikationer för framtida mobbning i arbetsmiljön (systematiskt arbetsmiljöarbete).

*Björklund C., Vaez M., Stoetzer U. Tidiga indikationer för mobbning inom akademi och industri, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm 2015.*

## **Arbetshälsoekonomi**

*Att mäta produktionsbortfall på ett säkerställt sätt.* Projektledare: Malin Lohela Karlsson, Syftet med denna studie var att vetenskapligt kvalitetssäkra frågor för att mäta produktionsbortfall till följd av ohälsa och arbetsmiljöproblem. Resultaten från studien visar att instrumentet är ett tillförlitligt frågeformulär för att mäta produktionsförluster. Instrumentet kan användas för att stödja arbetsgivare att identifiera ekonomiska konsekvenser av bidragande faktor (dvs ohälsa och arbetsmiljöproblem) och användas för att motivera behovet av åtgärder i arbetsmiljön.

*Lohela Karlsson M, Bergström G, Björklund C, Hagberg J, Jensen I. Measuring production loss due to ill-health and work environment problems – construct validity and implications. JOEM 2013;55(12):1475-1483. PMID: 24270303.*

*Lohela Karlsson M, Busch H, Aboagye E, Jensen I. Validation of a measure of health-related production loss: construct validity and responsiveness – a cohort study. BMC Public Health.2015,15:1148. DOI: 10.1186/s12889-015-2449-z.*

*Aboagye E, Jensen I, Bergström G, Hagberg J, Axén I, Karlsson Lohela M. Validity and test-retest reliability of an at-work production loss instrument. Occupational Medicine 2016;66(5):377-82.*

*Vad påverkar arbetsgivare att investera i förebyggande arbetsmiljöåtgärder?* Projektledare: Camilla Martinsson

Allt fler studier visar att förebyggande arbetsmiljö- och hälsoinsatser är positivt för anställdas hälsa, bidrar till ökad produktivitet och är en ekonomisk investering för arbetsgivare. Detta ger förutsättningar för ett hållbart arbetsliv som möter de samhällsliga utmaningarna med ökad psykisk ohälsa. Även om evidensbaserade insatser finns, används de sällan av arbetsgivare. Syftet med projektet var därför att studera vilka incitament som styr när arbetsgivare fattar beslut om insatser. Resultatet visade att de identifierade incitamenten var lagar och föreskrifter, konsekvenser för arbetsplatsen, kunskap, insatsens egenskaper/karaktäristika samt kommunikation och samarbete med leverantören. Resultaten visar vidare att beslut om insatser påverkas av flera olika incitament samt att det sällan är ett incitament ensamt som ligger till grund för beslutet att genomföra, alternativt att avstå att genomföra, en insats. Incitamenten hade olika påverkan och betydelse för deltagarna. Beslutsfattare som saknade kunskap om konsekvenser av arbetsmiljöproblem och ohälsa hade inte lika genomtänkta beslut kring val av insats som beslutsfattare som besatt denna kunskap, de saknade även genomarbetade strategier för sitt arbetsmiljöarbete.

*Martinsson C, Lohela-Karlsson M, Kwak L, Bergström G, Hellman T. What incentives influence employers to engage in workplace health interventions? BMC Public Health. 2016 Aug 23;16(1):854.*

*Lohela-Karlsson M, Martinsson C, Kwak L, Bergström G, Hellman T. Viktiga incitament för svenska arbetsgivare vid genomförande av arbetsmiljöinsatser (eng. Important incentives for Swedish employers to implement work environmental interventions). Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2016*

*Stress och produktionsbortfall.* Projektledare: Malin Lohela Karlsson.

Tidigare forskning har visat att det finns ett samband mellan allmän stress och produktionsbortfall. Men mindre är känt om sambandet mellan arbetsrelaterad stress och produktionsbortfall på arbetsplatsen. Syftet med denna studie är att undersöka om det finns ett samband mellan arbetsrelaterad stress och produktionsbortfall på arbetsplatsen. Populationen är anställda i en medelstor kommun i Sverige. Deltagarna i studien har besvarat en enkät med frågor om psykosociala arbetsmiljöfaktorer, hälsotillstånd, livsstil och produktionsbortfall

*Martinsson C. Occupational health and safety interventions – incentives and economic consequences. Thesis Karolinska Institutet sept 2017.*

*En systematisk kunskapssammanställning om insatser för att främja hälsa kopplat till matvanor och fysisk aktivitet på arbetsplatser, samt dessa insatserns effekt på arbetsförmåga, prestation och produktivitet.* Projektledare: Lydia Kwak.

Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket har i uppdrag av regeringen att ta fram underlag till insatser för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Utgångspunkter för arbetet ska vara bättre användning av befintlig kunskap och resurser samt att identifiera och tydliggöra olika aktörers roller. I uppdraget ingår även att utreda förutsättningarna för utökad uppföljning av utvecklingen på området och uppföljning av insatser och dess effekter. Föreliggande kunskapssammanställning är ett underlag till insatser för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet via arbetsplatser. Arbetsplatsen är en viktig arena i det hälsofrämjande arbetet, bl.a. för att arbetsplatsen ge tillgång till ett stort antal individer

samtidigt, inklusive individer som ofta är svårt att nå utanför arbetsplatsen, såsom unga män och anställda med en lägre socioekonomisk status. Syftet med kunskapssammanställningen är att redovisa kunskapsläget avseende insatser för att främja hälsa kopplat till matvanor och fysisk aktivitet på arbetsplatser, samt dessa insatsers effekt på arbetsförmåga, prestation och produktivitet. Insatserna ska vara riktade till arbetsplatsens organisation (t.ex. policys, incitament) och/eller fysiska omgivning (t.ex. utbud av frukt, affischer som stimulera användning av trapporna, förändringar i den fysiska omgivningen). Projektet är ett uppdrag från Folkhälsomyndigheten och slutförts i början av 2017. Kwak L, Aboagye E, Grimani A. *Hälsofrämjande insatser riktade till arbetsplatsens fysiska miljö och organisationsstruktur: effekt på arbetsrelaterade utfall. Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2017.*

*Psykosociala arbetsmiljöns samband med arbetsmiljörelaterat produktionsbortfall*  
Projektledare: Malin Lohela Karlsson.

Arbetsmiljöproblem har visat sig påverka anställdas förmåga att prestera på arbetet. Kunskapen om vilka faktorer i arbetsmiljön som påverkar omfattningen av prestationsnedsättningen är begränsad. I denna studie undersöktes hur psykosociala faktorer i arbetsmiljön påverkar produktionsbortfall. Resultatet visar att rättvist ledarskap och bra socialt klimat är faktorer som har ett samband med lägre produktionsbortfall. Rolldydighet, det vill säga att de anställda vet vad som förväntas av dem, samt att kraven i arbetet uppfattas som rimliga var ytterligare faktorer som påverkade nivåerna på produktionsbortfallet.

Lohela Karlsson M, Hagberg J, Bergström G. *Production loss among employees perceiving work environment problems. International Archives of Occupational and Environmental Health: Volume 88, Issue 6 (2015), Page 769-777.*

### **Rörelseapparaters besvär**

*Fysisk aktivitet för att förebygga långvarigt funktionsnedsättande ryggbesvär.* Projektledare: Irene Jensen, samarbetspartner: Previa, Friskis och Svettis, Institutet för medicinsk yoga. Projektets syfte var att undersöka om yoga är effektiv för att förebygga ryggbesvär. Yoga jämfördes med två evidensbaserade insatser för ryggbesvär (funktionell träning på friskvårdsanläggning och evidensbaserade råd om fysisk aktivitet av ryggspecialist). Resultatet från studien visade att både medicinsk yoga och funktionell träning är samhällsekonomiskt kostnadseffektiva insatser för ryggbesvär som ger bättre effekt på hälsorelaterade livskvalitet och minska sjukfrånvaro jämfört med att endast ge råd om fysisk aktivitet. Aboagye E, Lohela Karlsson M, Hagberg J, Jensen I. *Cost Effectiveness of Early Interventions for Non-specific Low Back Pain: RCT Investigating Yoga, Exercise therapy and Self-care advice. Journal of Rehabilitation Medicine 2015; 47: 167-173.*

*Vilken typ av fysisk aktivitet lockar anställda med ryggbesvär.* Projektledare: Emmanuel Aboagye. Samarbetspartners: Previa; Umeå, Örebro, Kiropraktornätverket, naprapatnärverket. Kunskap om individens val av ett träningsprogram är viktigt för att fatta beslut om vilka insatser arbetsgivaren/samhället bör prioritera att satsa på utifrån perspektivet att anställda antar erbjudandet om träning och på så sätt förbättrar möjligheten till rygghälsa. Genom detta projekt utforskas vilken vikt en individ lägger vid olika egenskaper (typ av träning, plats,

tidpunkt, antal ggn/vecka mm) när han/hon beslutar sig för att engagera sig i ett träningsprogram för att förbättra ryggbesvär. Resultaten av projektet kan ge arbetsgivare stöd vid beslut om erbjudande av friskvårdsinsatser (*pågående projekt*)

*Förebyggande kiropraktorbehandling för återkommande och långvarig ryggsmärta.*

Projektledare: Iben Axen. Samarbetspartners: Kiropraktornätverket

I ett nordiskt samarbete har en randomiserad klinisk studie genomförts med syfte att undersöka effekt och kostnadseffektivitet av förebyggande kiropraktorbehandling (MC) för återkommande och långvarig ländryggssmärta (LBP). Trehundratjugoen patienter randomiserades (lottades) antingen till ”behandling vid behov” eller till ”förebyggande kiropraktorbehandling (MC)”. Patienterna som erhöll MC hade i genomsnitt 19.3 färre dagar (19%) med smärta under 12 månader. MC var i genomsnitt 164 Euro/år dyrare då det resulterade i fler behandlingstillfällen. När vi även tog hänsyn till produktionsbortfall som en konsekvens av smärtan kunde man däremot se en genomsnittlig kostnadsbesparing på 335 Euro/år. Studien ger ett visst vetenskapligt underlag som stödjer användandet av förebyggande kiropraktorbehandling inom primärvården och företagshälsovården för att minska förekomsten av återkommande och långvarig ryggsmärta. (*Eklund A. Recurrent and persistent low back pain – course and prevention. Avhandling Karolinska institutet 2016*)

*Sömnpblem som en följd av ryggsmärta, kan fysisk aktivitet motverka?* Projektledare: Iben Axen

I flera studier har sömnpblem i samband med smärta uppmärksammats, vilket leder till ytterligare negativa hälsoeffekter utöver de som själva smärtan åsamkat individen. I studien har 1821 industri-anställda följts genom 3 år, där man samlat information om hälsa, bl.a. om fysisk aktivitet, ryggsmärta och sömnpblem vid 3 mätningar. Detta var individer som överlag var friska, men en del hade ändå en risk för framtida sjukskrivning p.g.a. rygg- och nack-smärta. Resultaten visade att individer med en risk-profil för smärta hade signifikant större risk beroende på tidigare smärtprofil för framtida sömnpblem om de inte hade och bibehöll goda motionsvanor. Således kan fysisk aktivitet motverka sömnpblem i samband med rygg- och nack-smärta, vilket är viktigt för rådgivning av dessa individer, för att undvika ytterligare negativ påverkan på hälsan.

*Axen I., Kwak L., Hagberg J., Jensen I. Does physical activity buffer sleep problems due to back pain? The relationship between neck and low back pain, physical activity and sleep problems. Inskickat manus*

### **EBP inom företagshälsovården**

*Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. Nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning.* Projektledare Elisabeth Björk Brämberg. Samarbetspartners: branschföreningen Sveriges företagshälsoor

Evidensbaserad praktik (EBP) innebär att insatser ges utifrån bästa tillgängliga kunskap i kombination med klinisk kompetens och erfarenhet samt klientens förutsättningar. Under de senaste decennierna har det skett en successiv utveckling där vikten av och tillgängligheten till evidensbaserade metoder har ökat. Syftet var att kartlägga kunskap, attityder, hindrande

och stödjande faktorer för användandet av evidensbaserad praktik inom FHV i Sverige, samt undersöka om, och i så fall hur, detta har förändrats jämfört med år 2011. Resultatet visade att de FHV-anställdas tilltro till den egna kompetensen att kritiskt granska vetenskaplig litteratur har ökat och det fanns fortsatt ett stort intresse för att arbeta evidensbaserat. Däremot uppgav de FHV-anställda att det fanns mindre organisatoriskt stöd för evidensbaserad praktik, vilket tyder på en mindre lyckosam utveckling. Resultatet visade på minskade förutsättningar inom FHV-organisationerna för evidensbaserad praktik och minskat stöd från ledning för evidensbaserad praktik. Resultatet från intervjuer med FHV-chefer visade att det behövs tid och resurser för evidensbaserad praktik och att personalkontinuitet är viktigt för kunskapsutveckling.

*Björk Brämberg, E., Nyman, T., Hagberg, J., Bonnevier, H., Nilsson, E., Kwak, L., Bergström, G., Hermansson, U., Schäfer Elinder, L., Jensen, I.B. Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. Nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning. Rapport 2: 2015 Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet. Stockholm 2015.*

*Björk Brämberg, E., Nyman, T., Kwak, L., Alipour A., Bergström; G., Schäfer Elinder, L., Hermansson, U., Jensen, I. Development of evidence-based practice in occupational health services in Sweden. A three-year follow-up of attitudes, barriers and facilitators. International Archives of Occupational and Environmental Health (accepted January 2017).*

*Kwak, L., Wåhlin, C., Stigmar, K., Jensen, I. Developing a practice guideline for the occupational health services through a community of practice: description and evaluation of the guideline development process. BMC Public Health 2017:17:89*

## **Rehabilitering**

*Vad kostar alkohol rehabilitering.* Projektledare: Malin Lohela Karlsson. Samarbetspartners: branschförening Sveriges företagshälsor

En kostnadsjämförelse mellan tre rehabiliteringsprogram för anställda med alkoholproblem. Studien syftar till att utifrån ett arbetsgivarperspektiv jämföra kostnaden mellan tre program; totala rehabiliteringskostnaden (direkta) samt kostnaderna för frånvaro och andra relaterade produktivitetsförluster (indirekta kostnader). Slutsatsen är att utöver behandlingseffekten bör både direkta och indirekta kostnaderna vägas in vid val av insats.

*Aboagye E, Nordkvist P, Jensen I, Wåhlin C, Hermansson U, Lohela Karlsson M. Kostnadsjämförelse mellan tre alkoholrehabiliteringsprogram för anställda med alkoholproblem: ett arbetsgivarperspektiv. Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2016.*

*Utveckling och utvärdering av frågeformulär för att mäta graden av och kvaliteten på teamarbete.* Projektledare Therese Hellman.

Interprofessionellt samarbete kan förbättra vårdprocesser och resultat i vård och rehabilitering. Det finns dock idag ett begränsat antal instrument som mäter samarbete. The Assessment of Interprofessional Collaboration Scale (AITCS) är ett frågeformulär som syftar till att utvärdera samarbetet. Syftet med detta projekt var att översätta och anpassa AITCS för användning instrumentet i Sverige. Instrumentet har översatts enligt riktlinjer från Beaton och kollegor (2000). I studien ingick totalt 349 deltagare som arbetar i team-baserad

smärtrehabilitering. De ombads att fylla i den svenska versionen av AITCS (AITCS-S) och 73 deltagare fyllde också i AITCS-S två veckor senare. Resultaten visade att innehållvaliditeten var bra. Instrumentet visade sig också vara stabilt över tid. Denna studie drar slutsatsen att den svenska versionen av AITCS är ett tillförlitligt frågeformulär för att mäta teamarbetet.

*Hellman T, Jensen I, Orchard C, Bergström G. Preliminary testing of the Swedish version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-S). J Interprof Care. 2016 Jul;30(4):499-504.*

### **Systematiska kunskapssammanställningar under programtiden**

Kwak L, Hagströmer M, Jensen I, Lohela Karlsson M, Alipour A, Schäfer Elinder L. Metoder för företagshälsovården; Att arbeta med att främja goda matvanor och fysisk aktivitet på arbetsplatser. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm 2012.

Kwak L, Hagströmer M, Jensen I, Lohela Karlsson M, Alipour A, Schäfer Elinder L. Promoting physical activity and healthy dietary behaviour. The role of the occupational health services: a scoping review. JOEM 2014;56(1):35-46.

Grooten W, Kader M, bergström G, Hermansson U, Kwak L, Schäfer Elinder L, Wåhlin C, Jensen I. Effekter av hälso- och levnadsvaneundersökningar. Vad säger den vetenskapliga evidensen? Rapport, Karolinska Institutet, 2014.

Gunnarsson, L-G. Bodin, L. (2014) Systematiska kunskapsöversikter; 6. Epidemiologiskt påvisade samband mellan Parkinsons sjukdom och faktorer i arbetsmiljön. Report. Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet. ISBN: 978-91-85971-50-3. ISSN: 0346-7821.

Bergström G., Lundin A., Vaez M., Cederstrand E., Hillert L, Jensen I. Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm 2015.

Gunnarsson LG, Bodin L. Epidemiologiskt undersökta samband mellan Alzheimers sjukdom och faktorer i arbetsmiljön. Arbete och Hälsa, 2015;49(3)

SBU. Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke. SBU-rapport nr 245. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU); 2016. Bergström, G var sakkunnig i projektgruppen och medförfattare i rapporten.

Grimani A, Bergström G, Casallas MIR, Aboagye E, Jensen I, Lohela-Karlsson M. Economic evaluation of occupational safety and health interventions from the employer perspective: A systematic review. J Occup Environ Med. 2017 Nov 6. doi: 10.1097/JOM.0000000000001224.

### **Utbildning och undervisning**

En viktig del i partnerskapsmodellen är att erbjuda och medverka i utbildning och undervisning av professionen. Under programtiden har ett flertal dylika aktiviteter pågått och startas upp. Några utbildningar som delar av den akademiska utbildningen vid Karolinska

institutet andra som enskilda fortbildningsinsatser vid olika tillfällen och där behov uppmärksammats.

### **Magisterprogrammet Arbete och Hälsa vid Karolinska institutet**

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, utvecklades efter ett initiativ från Regeringen, med syfte att kompetensförsörja bland annat Företagshälsovården. Programmet, som ges på svenska, har ca 80 studenter fördelade på tre inriktningar: Beteendevetenskap, Ergonomi, och Företagssköterska. Studenternas bakgrunder är skilda (beroende på inriktning) och omfattar bland annat arbetsterapeuter, beteendevetare, psykologer, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Ansvarig för utbildningen är Teresia Nyman och sedan 2016 Jenny Selander. Enhetens medarbetare ansvarar för flera av delkurserna inom programmet samt deltar som föreläsare regelbundet inom olika delkurser. (<http://ki.se/imm/magisterprogrammet-i-arbete-och-halsa> )

### **Doktorandkurs i interventions- och implementeringsforskning inom folkhälsoområdet**

En doktorandkurs i interventions- och implementeringsforskning inom folkhälsoområdet, 7,5hp har utarbetats och genomförs vartannat år vid enheten sedan hösten 2011. Kursen ingår fr.o.m. 2012 i forskarutbildningsprogrammet i folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Doktorandkursen ser vi som en viktig förutsättning för att inspirera nya forskare att genomföra implementeringsforskning och öka deras kunskaper i att överföra vetenskapliga innovationer till det omgivande samhället så effektivt som möjligt. Ansvarig för utbildningen är Lydia Kwak (<http://kiwas.ki.se/katalog/kursplan/show/1620>).

### **Problemlösningsbaserade samtal med inriktning mot stressrelaterad psykisk ohälsa i arbetet**

Sedan hösten 2015 har en utbildning skapats i syfte att stödja de rekommendationer som ges i riktlinjen vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen. När riktlinjen färdigställdes konstaterades att den samtalsmetodik som hade starkast evidens inte erbjöds i Sverige därför skapades denna utbildning. Den ges regelbundet 1-2 gånger per år. Ansvarig för utbildning är Gunnar Bergström (<http://ki.se/utbildning/kursutbud-inom-uppdragsutbildning>).

### **Introduktion till evidensbaserad praktik i företagshälsovården**

Hösten 2012 organiserades en kurs i evidensbaserad praktik för medarbetare inom FHV med syfte att ge en introduktion till vad det innebär att arbeta enligt evidensbaserad praktik och hur det kan appliceras inom FHV. Den första erbjöds gratis och efterfrågan bland FHV-praktiker var stor. Därefter organiserades kursen via KI Uppdragsutbildningar, och en annons gick ut våren 2013 med ett pris på 5000 kr på en kurs om 2 hp. Efterfrågan från praktiker var fortsatt stor men betalningsviljan från FHV-verksamheter var låg. Kursen fick för få anmälningar för att kunna genomföras och har därefter inte erbjudits igen (bil. 5).

### **Utbildningar i evidensbaserad kort alkoholrehabilitering**

Under HT 2012 initierades riktade utbildningar i evidensbaserad kort alkoholrehabilitering som kan genomföras av FHV. Utbildningen genomförs i samarbete mellan Karolinska



Institutet, branschorganisationen och en specialistmottagning (Mottagningen för alkohol och hälsa) och riktar sig företagsläkare, företagssköterskor och beteendevetare/psykologer inom företagshälsovården. Sedan 2015 genomförs utbildningar riktat till arbetslivet (chefer, HR och fackligt förtroendevalda) i syfte att sprida kunskap om evidensbaserad kort alkoholrehabilitering <http://www.foretagshalsor.se/utbildning-kompetens/branschutbildningar/tidiga-insatser-i-arbetslivet-mot-alkoholberoende-0>.

### **Alkohol- och narkotikaproblem, möjliga åtgärder i praktiken**

Under HT 2012 initierades riktade utbildningar i evidensbaserad kort alkoholrehabilitering som kan genomföras av FHV. Utbildningen genomförs i samarbete mellan Karolinska Institutet, branschorganisationen och en specialistmottagning (Mottagningen för alkohol och hälsa) och riktar sig företagsläkare, företagssköterskor och beteendevetare/psykologer inom företagshälsovården. Uppdragsutbildning, 7,5hp i ämnet erbjuds till FHV under 2013 via Karolinska Institutet.

### **Företagsläkarutbildningen**

Flera av enhetens medarbetare har medverkat regelbundet i denna utbildning. Irene Jensen är medlem av den rådgivande gruppen för utformandet av utbildningen för specialisering i Arbetsmedicin. (<http://www.foretagshalsor.se/utbildning-kompetens/arbetsmedicinare-specialist-inom-foretagshalsovard> )

### **Fortbildning inom yrkesföreningar**

Flera av enhetens medarbetare medverkar regelbundet vid fortbildningsdagar för t ex företagssköterskor, personaldagar specifika FHV-verksamheter etc.

### **Exponering och spridning**

European Network for Work Health promotion (ENWHP) är en organisation som arbetar med att ta fram forskningsbaserat material för att praktiskt stötta arbetsgivare i länder inom EU att arbeta med att främja arbetshälsa. Vi är från 2014 Sveriges representant och kontakt inom organisationen. Vårt riktlinjearbete och den partnerbaserade forskningsorganisationen vi byggt upp har rönt intresse internationellt inom organisationen.

Från januari 2011 till dec 2017 har total 163 publikationer publicerats vid enheten med 120 internationella vetenskapliga artiklar, 3 doktors avhandlingar och en lic avhandling, 34 svenska rapporter samt 6 riktlinjer. Ett antal artiklar i svensk fackpress om verksamheten, forskningen och om riktlinjerna har publicerats under året. Verksamheten har haft en bra exponering både vid nationella (sedan 2014 ca 30 st) och internationella ( sedan 2014ca 13 st) konferenser och seminarier.

Vidare beskrivning av exponering och spridning ges i Del II Uppföljning och utvärdering.

## ***Erfarenheter, möjligheter och utmaningar med partnerbaserad forskning***

Att utveckla partnerbaserad forskning (PBF) innebär en hel del utmaningar och förändringar i sättet att bedriva forskning jämfört med traditionellt inomvetenskaplig forskning. Under programtiden har detta möjliggjorts med det finansiella stöd som erhållits både från AFA och FORTE. Primärfokus på vår enhet är interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa. Interventionsforskning besvarar frågan ”VAD gör vi åt problemet medan implementeringsforskningen” besvarar frågorna ”HUR man får mottagarna att använda nya metoder och OM resultaten är lika bra i vardaglig praxis”. Vi har en gedigen vetenskaplig kompetens inom området med de speciella vetenskapliga metoder och förhållningssätt som området innebär.

Både interventions- och implementeringsforskning innebär att forskning utförs ute på fältet, ute i verksamheter. Detta innebär dock inte att denna typ av forskning måste ske i partnerskap med aktivt medverkan av partnererna i utformning och genomförande av studierna utan sker vanligtvis i en mer klassisk samverkan där forskarna får tillstånd att genomföra studier ute i verksamheter. Varför det förhåller sig så kan förklaras dels av forskarsamhällets självvalda roll av oberoende där man i mödan om att undvika otillbörlig påverkan och att bevara forskningens oberoende, fjärrar sig från allt som skulle kunna riskera detta såsom t ex aktiv medverkan av partner som ej är oberoende forskare. Men det kan även förklaras med att partnerbaserad forskning (PBF) i sig är mer krävande att genomföra då det bl a innebär en mer omfattande förankring, utbildning och samverkan i allt från studieupplägg till anpassningar för verksamheten.

Det första steget i PBF efter att kontakt etablerats är att lära sig kommunicera med varandra. Praktiker såväl som forskare har egna ”fikonspråk” och uppfattningar om varandra som tar tid att överkomma. Att lyckas med en väl genomförd studie bygger på god förståelse och kommunikation mellan praktikerna och forskarna där man respekterar att båda parterna står för expertis och hög kompetens inom sina respektive områden. Resultaten från en sådan studie kommer att ha stora förutsättningar att tillämpas då den utvärderade interventionen redan från start prövats om den verkligen går att använda ute i verksamheter. Baserat på våra erfarenheter från programtiden är detta verkligen avgörande. Många gånger har vi t ex själva upplevt att vi som forskare lyckats kommunicera och förankra en studie väl för att sedan när studien startar upptäcker att det inte var tillräckligt, att missförstånd uppstått, att metoden som skulle användas var för svår att tillämpa etc.

Att förstå vardagsverkligheten ute i verksamheter kräver även det engagemang och respekt för kunnandet ute på fältet och vilja att anpassa studieupplägg utifrån verksamhetens möjligheter. Likaså krävs att praktiker möter och förstår forskarnas vardagsverklighet med höga krav på kvalitet och produktion av vetenskapligt hållbara studier som kan publiceras i

välrenommerade tidskrifter, tidspress, tuffa finansieringskrav etc etc. Våra erfarenheter visar att de stora utmaningarna i PBF studier ute på företagshälsor är svårigheter med att verksamheten satsar resurser (tid för personal ffa) och att "få" praktiker att verkligen genomföra det som skall genomföras. För att detta skall fungera krävs att organisationen och högsta ledningen verkligen stödjer projekten och praktikerna. Ledningen måste ge organisatoriska förutsättningar för praktikerna att genomföra det som överenskommit i PBF. Vid våra uppföljningar anges brister i genomförandet oftast som brister i stöd från ledning, tidsbrist, kompetensbrist, osäkerhet i ny metod, glömska eller motvilja att välja bort individer som ej passar in i studiens kriterier.

Fördelarna med PBF är tydliga och finns på olika nivåer. På samhällsnivå ger det en ökad samhällsrelevans genom att studierna adresserar i en högre grad aktuella samhällsproblem. På användarnivå (praktiker, verksamheter) leder det till en ökad upplevelse av delaktighet och uppskattning för deras kompetens och erfarenheter. Från ett vetenskapligt perspektiv hjälper det forskaren att identifiera och prioritera relevanta forskningsfrågor. Den ger även en ökad kvalitet på studiers genomförande via t ex högre svarsfrekvenser på frågeformulär och bättre följsamhet med metoden samt en redan anpassad och fungerande metod som gör det lättare att sprida och tillämpa inom verksamheter. PBF leder även till ett ökat nyttiggörande som inom arbetshälsoforskningen är en viktig faktor.

Det finns flera vetenskapliga utmaningar i PBF som måste hanteras. Selektionsbias dvs valet av vilka verksamheter som skall ingå är en av dessa utmaningar. En av riskerna är att man endast får verksamheter som redan är framgångsrika och engagerade i frågan eller att man tvärtom får verksamheter som egentligen inte är intresserade utan endast intresserade av att få en kostnadsfri hjälp med ett problem. Problemet är alltså att det finns en ökad risk att man endast lyckas få med en viss typ av verksamhet så att resultaten inte går att generalisera till flera verksamheter.

Det kan även vara svårt att få till den optimala vetenskapliga studiedesignen inom interventionsforskning utifrån ett naturvetenskapligt raster, med laboratoriemiljö som modell, nämligen en randomiserad, kontrollerad studie där såväl genomförare som deltagare är ovetandes om vilken intervention som prövas (dubbelblind studie). Enligt vår erfarenhet så finns ett antal högkvalitativa alternativa studiedesigner som är anpassade till att genomföras ute i pågående verksamheter, så som t ex arbetsplatser, men krocken med de etablerade bedömningskriterierna inom vetenskapen kan vara hård med konsekvenser för möjlighet att publicera resultat och att få forskningsfinansiering etc.

Den tredje utmaningen är mötet med vad forskarna vill pröva för metoder och vad som i verksamheten är möjlig eller relevant att pröva men även vad som är möjligt att mäta i uppföljningen med antal frågor/mätningar samt innehåll i frågorna/mätningarna. För att överhuvudtaget kunna engagera partners i PBF finns vissa grundförutsättningar såsom att forskningen måste vara; snabbare, mer relevant och mer tillgänglig än traditionell inomvetenskaplig forskning. Det ställer krav på att forskarna tänker utanför boxen och lägger

in i studiedesignen saker som är möjliga att uttala sig om redan efter kort tid av studien – en verksamhet kommer inte att engagera sig om den får reda på att det tar det flera år innan några fynd kan återrapporteras!

Slutligen behöver forskarna bli bra på att presentera forskningen på ett mer lätt tillgängligt sätt via korta svenska rapporter, seminarier som utbildningsmoment och spridas i sociala medier. Denna typ av spridning sker parallellt med den vetenskapliga spridningen (engelska artiklar, forskningskonferenser etc.). Även här sker en krock med de etablerade bedömningskriterierna inom vetenskapen där en forskares skicklighet och produktion bedöms utifrån hur många internationella artiklar i tidskrifter med hög status som publiceras. Detta minskar incitamenten för forskarna och riskerar därmed att minska engagemanget för forskare att engagera sig i spridning av forskningsrön.

Erfarenheterna från programtiden visar även att PBF är mer kostnadskrävande än traditionell inomvetenskaplig forskning. Vi har sedan ett antal år tillbaka en kontinuerlig uppföljning av produktiviteten inom enheten där vi ställer publikationer som är vetenskapssamhällets produktionsmått mot omsättningen i SEK på enheten. Resultaten visar tydligt att PBF ökar kostnaderna. Från början av programtiden när PBF började utvecklas till 2015 så fördubblas kostnaderna per publikation (se fig. 4). Vad detta beror då detta på?

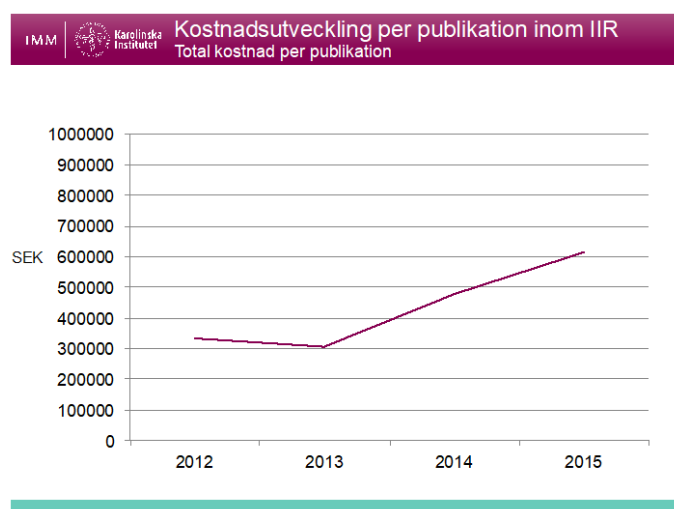
En förklaring är att forskningen/studierna är mer personal- och tidsintensiva vilket gör att man får ut färre vetenskapliga publikationer för samma kostnad som tidigare. Antal publikationer per heltidsforskare ligger på samma nivå över tid men i linje med PBF publiceras mer populärvetenskapligt svenska publikationer och därmed färre internationella vetenskapliga vilka har mer tyngd i det vetenskapliga uppföljningssystemet.

Att forska blir i sig alltså inte nödvändigtvis dyrare men forskningsproduktiviteten mät enligt de traditionella prestationsparametrarna för vetenskaplig prestation minskar.

Den andra förklaringen är att resurser har och måste satsas på samverkan och kommunikation med kostnader för kommunikatör, olika spridningsmedel (nyhetsbrev, tid för sociala medier, fysiska möten med partners etc.) samt engagemang i externa populärvetenskapliga seminarier och utbildningar.

Resultaten från vår uppföljning och utvärdering av programmet visar på många positiva effekter av PBF både ur vetenskapligt såväl som samhällsperspektiv (se Del II).

Sammanfattningsvis så visar våra erfarenheter att det krävs både ett stort engagemang från de ingående parterna i PBF med ökad resursförbrukning av olika slag men att det också ger goda effekter på ökad spridning och användning av forskningsresultat. Ökat nyttiggörande av forskningsresultat med en ökande användning och kunskap om evidensbaserad praktik ger ett effektivare arbetshälsoarbete ute i verksamheter med konsekvenser på hållbar arbetshälsa såväl som verksamheters produktivitet. Detta ger i sin tur återverkningar på samhällsnivå med ökat utfall av investeringar i forskning men också i fallet med vårt program en förbättrad folkhälsa och finansiellt utfall för landets företag.



Figur 4. Kostnadsutveckling under uppbyggnaden av partnerbaserat forskningsnätverk (PBF)

## Referenser

- Björk Brämberg E, et al. Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. Nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2015.
- FORTE (2015). User participation. Research with and about user participation. Stockholm, FORTE.
- Lie A., Bjørnstad O. Kvalitet i bedriftshelsetjenesten. Nr 1, 2015, årgång 16. Statens arbeidsmiljøinstitutt, Oslo.
- Linnan, L., & Steckler A.: Process evaluation for public health interventions and research: an overview. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002. p. 1-23.
- Powell, B. J., et al. (2015). "A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project." *Implementation Science*, 10.
- Westfall, J. M., J. Mold and L. Fagnan (2007). "Practice-based research - "Blue Highways" on the NIH roadmap." *Jama-Journal of the American Medical Association* 297(4): 403-406.



## **Del II: Uppföljning och utvärdering av programmet**

Projektledare: Fil. Dr. Lydia Kwak, forskare, enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet

Medverkande forskare:

Fil. Dr. Elisabeth Björk Brämberg, forskare, enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet



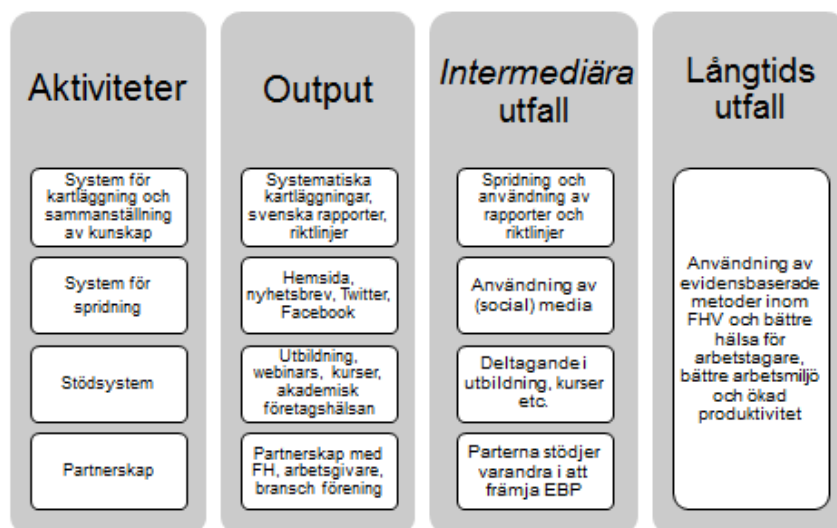
## ***Inledning***

Även om tillgängliggörande av forskningsbaserad kunskap har varit aktuell de senaste årtiondena, finns ännu idag ett ”glapp” mellan forskningsresultat och vad som faktiskt kommer till nytta i praktiken. Detta glapp är ett problem inom många områden, inklusive inom arbetshälsa och arbetsmiljö och vetenskaplig kunskap kommer därför sällan till användning inom företagshälsovården (FHV). Därmed ges arbetsgivare och anställda inte bästa möjliga stöd vad gäller metoder och insatser för att arbeta effektivt med arbetshälsa och arbetsmiljörelaterade frågor. Syftet med föreliggande program var därför att utveckla och pröva arbetsformer som möjliggör spridning och användning av befintliga och nya kostnadseffektiva evidensbaserade metoder inom såväl inbyggda FHV med en mer enhetligt definierad problematik, som för externa FHV enheter med mer disparata problemområden.

I detta kapitel beskrivs utvärderingen av programmet. För att strukturera de olika aktiviteterna som har genomförts inom programmet har vi använd oss av det teoretiska ramverket *Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation* (Wandersman m fl., 2008). Ramverket beskriver tre relevanta system för att överbrygga ”glappen” mellan forskning och praktiken (Wandersman m fl., 2008). I det första systemet sammanställs befintlig evidens och anpassas evidensbaserade metoder till att bli mer lättillgängliga och användbara för slutanvändare. I det andra systemet stöds implementeringen av evidensbaserade metoder genom utbildning, teknisk support, verktyg och kvalitetssäkring. I det tredje systemet genomförs aktiviteter för att implementera och sprida evidensbaserade metoder inom verksamheter. För att främja användning av evidensbaserade metoder inom FHV behövs ett samarbete mellan dessa tre system. Dessutom är partnerskap mellan forskare och FHV nödvändigt för att på ett effektivt sätt kunna främja användning av evidensbaserade metoder inom FHV (Bumbarger m fl., 2012; Carpenter m fl., 2012). Modellen nedan illustrerar hur de olika aktiviteterna inom programmet är uppbyggda och relaterade till de i projektansökan specificerade målen på kort och lång sikt.

***Syftet med*** utvärdering av programmet är:

1. Att kartlägga de olika aktiviteterna och deras output;
2. Att studera effekterna av de olika aktiviteterna.



Figur 1. Modellen som beskrivs utvärderingen av programmet

## ***System för sammanställning och översättning***

### **Aktiviteter - riktlinjearbetet**

Inom programmet har vi utvecklad en organisationsmodell för att på ett systematiskt sätt kunna sammanställa befintlig evidens i lättillgängliga och användbara riktlinjer. Modellen består av fyra steg. Som ett första steg arbetar en prioriteringskommitté med att identifiera relevanta områden där behov av riktlinjer finns. I denna kommitté ingår representanter för arbetsgivare (parter/chefer), arbetstagare (parter). Prioriteringskommittén rekommenderar — utifrån deras kunskaper från olika verksamheter — vilka områden som bör prioriteras vid arbetet med riktlinjerna. Bedömning görs utifrån behov, nytta och användbarhet utifrån de olika perspektiven. Prioriteringsgruppen har tillsammans med forskarna regelbundna uppföljande möten där pågående arbeten med kunskaps-sammanställningarna och riktlinjearbetet presenterats och framtida prioriteringar av ämnen för riktlinjer görs. I steg två genomförs en systematisk kartläggning av den internationella forskningen om effektiva metoder i arbetsmiljö- och hälsoarbetet för det prioriterade området. Sammanställningen presenteras på ett lättillgängligt sätt så att användare enkelt kan tillämpa den i arbetsmiljöarbetet ute på arbetsplatser. I steg tre förs kommitténs prioriteringar och resultaten från kartläggningarna vidare till riktlinjegruppen som består av praktiker inom FHV. Två representanter för varje profession inom FHV arbetar tillsammans med att utarbeta riktlinjer för införandet av prioriterade metoder i FHV:s dagliga verksamhet. I detta arbete ingår att beakta behov av anpassningar för olika typer av verksamheter, kompetensbehov, resurser, organisatoriskt stöd etc. Alla typer av FHV skall vara representerade samt nationell representation för att få en bredd där det underlag som tas fram skall vara användbart oavsett organisatorisk grund. Förutom FHV representanterna medverkar även forskare och representant från branschföreningen. I steg fyra analyserar en arbetshälsoekonomisk analysgrupp riktlinjen utifrån ett företags-ekonomiskt perspektiv där kostnadseffektivitet för

kund resp. resursåtgång/kostnader för FHV beräknas. I gruppen ingår representanter för fristående marknadsaktörer, FHV samt Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa vid Karolinska Institutet. De ekonomiska kalkylerna biläggs riktlinjerna.

Riktlinjearbetet påbörjades i juni 2012. Varje nyskapad riktlinjegrupp som startades efter detta bestod av ca 50% redan intränade och upplärda deltagare och 50% nya deltagare. Detta för att skapa ett ”peer to peer” lärande samt att få ökad spridning på kompetens inom evidensbaserad praktik inom FHV. För att kvalitetssäkra riktlinjearbetet utvärderades modellen 2012. Utvärderingen genomfördes av en extern forskare enligt Linnan och Stecklers (Linnan L. & Steckler, 2002) modell för process utvärdering. Forskaren följde och övervakade arbetsprocessen dels genom dokument som e-post, närvarolistor, minnesanteckningar från möten etc. samt via observation genom deltagande vid möten. En enkät riktad till medverkande i riktlinjegruppen besvarades av 80%. Resultaten visade att deltagande i riktlinjegruppen ökade kompetensen inom evidensbaserad praktik hos samtliga deltagare samt att riktlinjearbetet har hjälpt deltagarna att utveckla verksamheten inom den egna FHV. En av svårigheterna som framkom i resultaten var att arbetet i riktlinjegruppen inte stöddes av varken chef eller kollegor och majoriteten uppgav att de heller inte fått ta tid mellan mötena för att utföra uppgifter med riktlinjen (Kwak m fl., artikel inskickad till vetenskaplig tidskrift 2016).

Resultaten från uppföljningen användes till att förbättra arbetssättet i de följande riktlinjegrupperna. Följande förbättringar genomfördes:

- Skriftlig information och skriftligt avtal med ansvarig chef om att medarbetare medverkade i riktlinjegruppens arbete. Undertecknat avtal skickades till ordförande i gruppen innan deltagande i gruppen godkändes.
- Förtydligande skriftlig information om syftet samt om vad medverkan innebär till de som anmälde intresse för deltagande i riktlinjegruppen.
- Förändrade mötestider med tätare frekvens samt utökad tid/tillfälle.

## **Output från riktlinjearbetet**

Under programmets gång har modellen används för att utveckla fem nationella riktlinjer för FHV inom följande prioriterade områden som fastlagts av prioriteringsgruppen: ländryggsbesvär, psykisk ohälsa, hälsoundersökningar, alkoholproblem och exponeringsmätning av hörselskadligt buller. Det första arbetshälsoekonomiska analysverktyget. Detta första analysverktyg är framtaget som ett komplement till riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen och lanseras den 9 december 2016. Samtliga producerade riktlinjer inklusive arbetsmaterial läggs ut att fritt laddas ned på kompetenscentrums hemsida samt kan beställas i tryckt format till självkostnadspris. I enlighet med organisationsmodellen för riktlinjearbetet inleds arbetet med kunskapssammanställningar när sådana inte finns genomförda av det internationella forskarsamhället (se tabell 1).

**Tabell 1.** Output från riktlinjearbetet

---

**Kunskapssammanställningar av den nationella och internationella forskningen om effektiva metoder i arbetsmiljö- och hälsoarbetet**

- Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Vad säger den vetenskapliga evidensen? Rapport 1:2014, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet. Stockholm 2014.
- Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Rapport 1: 2015, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet. Stockholm 2015.

**Nationella riktlinjer (inkl. faktablad till arbetsgivare)**

- Riktlinjer vid ländryggsbesvär (lanserades 2014)
- Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen (lanserades 2015)
- Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen (lanserades 2015)
- Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen (lanserades 2016)
- Riktlinjer för exponeringsmätning av hörselskadligt buller (lanserades 2016)

**Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg**

- Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg för Riktlinjen för psykisk ohälsa på arbetsplatsen (lanseras december 2016)
- 

***Intermediära utfall – spridning och användning av riktlinjer***

Den huvudsakliga spridningen av riktlinjerna sker via den kostnadsfria nedladdningen från nätet. Vår hemsida är inte byggd så att antal nedladdningar av dokument kan följas, men vi kan följa antal besök. Av detta ser vi att antalet besök på hemsidan är 8514. Som ett alternativ erbjuds tryckta riktlinjer till självkostnadspris. Antal tryckta riktlinjer som har beställts anges i tabell 2.

**Tabell 2.** Beställning av tryckta riktlinjer (självkostnadspris)<sup>1</sup>

<b>Riktlinjer</b>	<b>Antal</b>
Riktlinjer vid ländryggsbesvär	233
Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen	1053
Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen	586
Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen	556
Riktlinjer för exponeringsmätning av hörselskadligt buller (lanseras november 2016)	51
Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg (lanseras december 2016)	171

---

<sup>1</sup> Detta är endast beställda tryckta exemplar. Majoriteten av riktlinjerna laddas fritt ned från vår hemsida

### Uppföljning av spridning och tillämpning av riktlinjer 2014

Spridning och tillämpning av riktlinjer har utvärderats vid två tillfällen. Första tillfället var under 2014, 10 månader efter lanseringen av riktlinjer vid ländryggsbesvär och genomfördes via en webenkät som skickades till ett slumpmässigt urval av 467 FHV praktiker från 71 olika FHV-enheter. Syftet med enkäten var att undersöka hur många av FHV praktikerna som kände till riktlinjen, tillämpade den, deras omdöme om den samt hindrande faktorer för att tillämpning. Sammanfattningsvis visade resultaten (tabell 3) att ca 50% av FHV praktikerna kände till riktlinjen och av de som kände till den så tillämpade majoriteten riktlinjen i sin dagliga verksamhet. Vi fann även att majoriteten av användarna instämde (delvis eller helt) i att riktlinjen är tydlig och begriplig, passar in i verksamhetens arbetsrutiner och att den är utformad så den möjliggör för praktikern att ta hänsyn till anställdas preferenser. Det mest rapporterade hindret för tillämpning var att det är mer tidskrävande att arbeta enligt riktlinjen (54 % instämde delvis eller helt i detta påstående) i övrigt upplevde majoriteten inga större hinder. Endast 12 % instämde i att brist på stöd från ledningen var ett hinder vilket annars brukar vara ett av de vanligaste hindren vid implementering av evidensbaserad praktik.

**Tabell 3.** Resultat från uppföljning av spridning och tillämpning av riktlinjen för ryggsbesvär.

<b>Kännedom om riktlinjen</b>	<b>n</b>	<b>Nej</b>	<b>Ja</b>	
	339	54.9 % (186)	45.1 % (153)	
<b>Tillämpar du riktlinjen</b>	<b>% (n)</b>	<b>Nej</b>	<b>Ja, delvis</b>	<b>Ja, helt</b>
	142	21.8 (31)	47.9 (68)	30.3 (43)
<b>Uppfattning om riktlinjen</b>	<b>% (n)</b>	<b>Instämmer inte</b>	<b>instämmer delvis</b>	<b>Instämmer</b>
Är tydlig och begriplig	109	6.4 (7)	33.9 (37)	59.6 (65)
Passar med vårt sätt att arbeta	108	13.0 (14)	50 (54)	37 (40)
Layouten gör den enkel att arbeta med	105	9.5 (10)	46.7 (49)	43.8 (46)
Anpassningsbar till vår egen verksamhet	108	13.9 (15)	48.1 (52)	38.0 (41)
Tar hänsyn till anställdas preferenser	106	9.4 (10)	56.6 (60)	34.0 (36)
<b>Hinder för tillämpning</b>	<b>% (n)</b>	<b>Instämmer inte</b>	<b>Instämmer delvis</b>	<b>Instämmer</b>
Jag har inte tillräcklig kunskap för att tillämpa den	114	60.5 (69)	27.2 (31)	12.3 (14)
Brist på stöd från ledning	112	69.6 (78)	17.9 (20)	12.5 (14)
Riktlinjen för svår och komplex	112	56.3 (63)	33.0 (37)	10.7 (12)
Tar för mycket tid	110	46.4 (51)	41.8 (46)	11.8 (13)
Svårt att ändra rutiner	111	61.3 (68)	36.0 (40)	2.7 (3)

### **Uppföljning av spridning och tillämpning av riktlinjer 2016**

Spridning och tillämpning av riktlinjer utvärderades även under 2016. Syftet med uppföljningen var att studera implementeringen av riktlinjerna och identifiera hindrande och möjliggörande faktorer för riktlinjeimplementering. Enkät och intervju användes för att samla in data från chefer och praktiker inom FHV. I augusti skickades en webenkät till 986 personer verksamma inom FHV. För att höja svarsfrekvensen skickades 2 påminnelser. Dessutom kontaktades verksamhetschefer, som ombads att informera sina medarbetare om vikten av att besvara webenkäten. Slutligen utlovades presenter till de två FHV med de högsta svarsfrekvenserna som tack för hjälpen. Dessvärre resulterade detta inte i en tillräcklig hög svarsfrekvens, endast 18% av de tillfrågade besvarade enkäten. Den låga svarsfrekvensen innebar att det inte var möjligt att få en bra och rättvisande bild av hur riktlinjerna används inom FHV. Resultaten presenterats därför inte i slutrapporten. Uppföljning av deltagare som hade påbörjat, men inte slutfört enkäten, kontaktades per telefon, för att få information om deras uppfattningar om enkäten. Uppföljningen visade att tidsbrist var den främsta orsaken till att enkäten inte slutfördes.

### **Semi-strukturerade individuella intervjuer**

Som ett led i uppföljningen av spridning och tillämpning av riktlinjerna genomfördes semi-strukturerade individuella intervjuer med 20 chefer inom FHV. Syftet var att studera chefers uppfattningar om implementeringen av riktlinjer inom FHV.

### **Datainsamling**

Förfrågan om att delta i en telefonintervju om implementering av riktlinjer skickades via e-post till 109 chefer i juni 2016. Tre påminnelser skickades ut med cirka tre veckors mellanrum, med ett längre uppehåll under juli månad på grund av semestrar. Initialt avsåg vi att ha ett strategiskt urval av chefer för att nå en god variation bland studiedeltagarna. Följande kriterier skulle guida urvalet: yrkestitel, antal års yrkeserfarenhet och vilka riktlinjer som används. På grund av den låga svarsfrekvensen på förfrågan fick urvalsstrategin ändras till ett konsekutivt inkluderande av de som anmälde intresse av att delta i en intervju, med kraven att deltagarna skulle vara chefer inom FHV och ha påbörjat implementering av en eller flera riktlinjer. På det utskick som gjordes per e-post till 109 chefer, tackade 12 chefer ja till att delta i studien. För att få kontakt med ytterligare intervjupersoner kontaktades 30 chefer som hade beställt riktlinjer från Företagshälsans riktlinjegrupp, via e-post eller telefon. Av dessa var det 8 som ville delta i en intervju. Totalt intervjuades 20 chefer. Intervjuguiden (se bilaga X) var semi-strukturerad och intervjufrågorna baserades på *Consolidated Framework for Implementation Research* (Damschroder m fl., 2009). Intervjufrågorna omfattade implementeringsprocessen, hindrande och möjliggörande faktorer vid implementering av riktlinjerna i den kliniska vardagen och hur det kliniska arbetet har ändrats till följd av införandet av riktlinjer. Samtliga intervjuer genomfördes via telefon och spelades in. Ljudupptagningarna transkriberades till löpande text.

## **Dataanalys**

Datamaterialet har analyserat med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen startade med att samtliga intervjuutskrifter lästes igenom. Därefter markerades meningsbärande enheter, dvs meningar och/eller stycken som svarade an mot studiens syfte och/eller frågeställningar. Varje intervju genomarbetades flera gånger för att allt relevant innehåll skulle identifieras. I nästa steg fick varje meningsbärande enhet en kod, som på ett kortfattat sätt beskrev innehållet i enheten. Därefter jämfördes koderna från de olika intervjuerna och de koder som hade ett liknande innehåll sammanfördes till en kategori. Under arbetet med analysen jämfördes kontinuerligt koder och kategorier med de utskrivna intervjuerna, så att det skulle finnas en överensstämmelse mellan data och den framväxande analysen. Analysen diskuterades i projektgruppen för att säkerställa resultatets tillförlitlighet.

## **Resultat**

Totalt intervjuades 20 chefer, varav 16 var kvinnor. Cheferna arbetade vid olika FHV-enheter (6 interna/14 externa FHV) och hade i medel 6.5 års (min 1 år – max 20) erfarenhet av arbete i ledande position inom företagshälsa. Intervjuerna varade i medel 29 minuter (min 16 – max 53). Resultatet visar att de intervjuade cheferna har en positiv attityd till evidensbaserat arbete och riktlinjerna. Av intervjuerna framgår att företagshälsorna har kommit olika långt i processen med att införa riktlinjerna. Utifrån chefernas beskrivningar kan vi utläsa att processen för implementeringen innehåller följande strategier: (1) att ha en plan för implementering, (2) att skapa en arbetsgrupp med ansvar för införandet av en eller flera riktlinjer, (3) att erbjuda utbildning och seminarier för kunskapsutveckling samt (4) ledarskapets betydelse för att stödja implementeringen.

### *Att ha en plan för implementering*

Bland de intervjuade cheferna var det variation i om de hade skriftliga eller muntliga planer för implementeringen av riktlinjerna. Enstaka chefer berättade om skriftliga planer, med fastställda tidpunkter för exempelvis utbildningsinsatser, uppföljning och återkoppling. Det var fler chefer som inte hade nedskrivna planer, de hade istället en muntlig överenskommelse med sina medarbetare om hur implementeringen skulle ske. Både skriftliga och muntliga planer tycktes ha kommunicerats inom ledningsgrupper, till medarbetare och ibland även till kundföretagen.

### *Att skapa en arbetsgrupp*

Vid enheterna hade cheferna tillsatt en eller flera arbetsgrupper, beroende på hur många av riktlinjerna som skulle implementeras. Arbetsgrupperna ansvarade för att granska riktlinjernas innehåll, kartlägga och göra en nulägesbeskrivning av FHV:s kliniska arbete inom området, jämföra med de metoder som rekommenderas av riktlinjerna och ge förslag till ledning och medarbetare för hur FHV:s tjänster och insatser skulle kunna anpassas utifrån riktlinjerna. Cheferna ansåg att någon av riktlinjerna passade väl in i det redan etablerade arbetet på enheten, varför några stora ändringar inte behövde göras.

Andra riktlinjer innebar ett mer övergripande förändringsarbete, där man vid enheterna exempelvis tog bort skattningsskalor och mätinstrument som hade använts tidigare, men som inte fanns angivna i riktlinjen, samt utvecklade samverkan med arbetsgivare och utvärdering av insatser på arbetsplatserna på ett annat sätt än vad som gjorts innan. Arbetsgruppernas yrkesmässiga sammansättning speglade den riktlinje som skulle implementeras; exempelvis arbetade hälsopedagoger och företagssköterskor med riktlinjen om hälsoundersökningar på arbetsplatsen. Flera av cheferna beskrev att arbetsgrupperna också fick ansvar för intern utbildning av enhetens medarbetare i riktlinjerna och hur de skulle tillämpas. För att arbetsgrupperna skulle få genomslag för sina insatser, menade cheferna att de medarbetare som ingick i respektive grupp behövde ha legitimitet bland de andra medarbetarna på enheten, att de ansågs allmänt som kunniga och trovärdiga av sina kollegor och att arbetsgruppen visade på produktivitet och driv i sitt arbete.

#### *Att erbjuda utbildning och seminarier för kunskapsutveckling*

Utbildning och seminarier, såväl externa som interna, var ett sätt att öka medarbetarnas kunskaper om olika områden relevanta för riktlinjerna, eller att medarbetarna deltog i utbildningar och seminarier direkt kopplade till implementering av riktlinjerna. Gällande utbildning så fanns huvudsakligen två policys som cheferna angav. En policy var att alla medarbetare fick utbildning inom ett visst område, ett vanligt exempel var psykisk ohälsa. Som anledning angavs att det var ett omfattande område, med behov hos kundföretagen samt att riktlinjen för psykisk ohälsa på arbetsplatsen omfattade flera professioner inom FHV. Den andra policyn innebar att cheferna gav en eller ett fåtal medarbetare möjlighet att få så kallad spetskompetens inom ett område. Denna/dessa medarbetare utbildades inom ett specifikt område, fick som uppgift att utbilda medarbetare vid enheten i området, sprida aktuell information och se till att hålla medarbetare uppdaterade.

Gemensamt för cheferna, oavsett vilken policy de tillämpade för utbildning, var att alla medarbetare skulle involveras i arbetet med att implementera riktlinjerna och de strävade efter att med hjälp av seminarier och workshops se till att alla medarbetare fick information om och möjlighet att diskutera riktlinjerna. Cheferna menade vidare att seminarier och nätverk med andra företagshälsor var ytterligare ett sätt att uppdatera sig inom området, få diskutera aktuell forskning inom området med medarbetare vid andra FHV och ta del av exempel på hur medarbetare vid andra företagshälsor har gjort för att införa riktlinjerna i sin verksamhet.

#### *Ledarskapets betydelse för att stödja implementeringen*

Cheferna berättade under intervjuerna om sitt ledarskap, hur de uppmuntrade sina medarbetare till att arbeta med riktlinjerna och ledarskapet som en strategi för att stödja implementeringen. En del av cheferna hade en klar och tydlig ”delegationsordning” i sin verksamhet, med utsedda personer som hade ansvarsområde och uppgifter relaterade till införandet av riktlinjerna. Dessa personer hade även mandat att ta beslut om exempelvis utbildningsbehov, vilka riktlinjer som ska införas respektive inte införas. Andra chefer hade ett ledarskap där medarbetare överlag hade inflytande och inte ett så tydligt ”uppifrånperspektiv”.



En chef hade ett delat ledarskap, något som chefen ansåg vara till god hjälp och stöd, framförallt kunde de två cheferna påminna varandra om arbetet med att implementera riktlinjerna och driva på införandet. En annan chef berättade om sin balansgång för att utöva sitt ledarskap; att även i tider när det var mycket att göra, att då ha förmågan som chef att vara tydlig och ge prioritet åt riktlinjeimplementeringen, men också att inse när medarbetarna tyckte att det blev för stressigt och för högt tryck och då ge tillåtelse till att pausa implementeringsarbetet.

## ***Stödsystem***

### **Aktiviteter – utbildning, webinarer kurser och Akademisk Företagshälsa**

Det finns olika aktiviteter som kan användas för att stödja implementeringen av evidensbaserade metoder. Inom programmet utvecklades aktiviteter som syftade till att skapa kunskap och kompetens inom evidensbaserade metoder och arbetssätt. Följande aktiviteter genomfördes: utbildning, webinarer och kurser. Dessutom utvecklades ett stödsystem som syftade till att säkerställa kvalitetssäkring inom FHV genom att ge FHV möjligheter att certifiera sig som Akademisk företagshälsa. Certifieringen är baserat på en nytt internationellt konsensus dokument för framgångsrik implementering (Powell, Waltz m fl., 2015) som betonar vikten av att skapa en struktur/organisation som certifierar/licensierar mottagarna (i detta fall företagshälsan) såsom skapandet av Akademisk företagshälsa och som stöds av branschföreningen Sveriges företagshälsor genom att -kravet på att använda evidensbaserade metoder inkluderas i deras ackreditering. Ackrediteringen och Akademisk företagshälsa utvecklades i samarbete mellan branschföreningen och företrädare från programmet.

### **Output – utbildning, webinarer kurser och Akademisk Företagshälsa**

#### **Utbildningar:**

- Kurs i evidensbaserad praktik - 1,5 dags introduktionskurs i EBP för FHV. Kursen har givits vid ett tillfälle som en gratis kurs och erbjöds därefter i form av en uppdragsutbildning vid Karolinska Institutet. Denna fick dock för få deltagare för att kunna ges.
- Under HT 2012 initierades riktade utbildningar i evidensbaserad kort alkoholrehabilitering som kan genomföras av FHV. Utbildningen genomförs i samarbete mellan Karolinska Institutet, branschorganisationen och en specialistmottagning (Mottagningen för alkohol och hälsa) och riktar sig företagsläkare, företagssköterskor och beteendevetare/psykologer inom företagshälsovården. Under perioden 2012 till november 2016 har 34 utbildningar genomförts med drygt 900 deltagare varav ca 20 % var företagsläkare, 70 % företagssköterskor och 10 % beteendevetare och viss annan personal.
- Tio workshops har även genomförts med fokus på implementering av metoderna samt arbetsrättsliga aspekter. Även en uppdragsutbildning, 7,5hp i ämnet ”alkohol- och

narkotikaproblem, möjliga åtgärder i praktiken erbjuds till FHV under 2013 via Karolinska Institutet.

- Lanseringen av riktlinjerna sker via heldagsseminarier. Som ett led i att stödja implementering och föra ut kunskapen från riktlinjen filmas varje lanseringsseminarium och läggs ut på kompetenscentrumets websidan.
- Under VT 2016 startade utbildning i problemlösningsbaserad samtals metodik som rekommenderas i en av riktlinjerna men som inte tidigare har funnits i Sverige. Utbildningen ges av Karolinska Institutet. För att utbildningen ska spridas geografiskt så kommer den att ges i samarbete med arbets- och miljömedicinska enheten vid Linköpings universitetssjukhus.
- Föreläsningar inom ämnet för personal inom FHV, arbetsgivare, myndigheter, departement samt andra aktörer av relevans. Dessa föreläsningar har dels varit inbjudna föreläsningar vid t ex nationella utbildningsdagar, nätverksträffar, yrkesföreningar, företagshälsovårdens kundträffar, personaldagar mm men också föreläsningar arrangerade av oss.

### **Akademisk företagshälsa**

Under programmet har kriterier för att bli meriterad som Akademisk företagshälsa fastställt. Styrelsen i branschföreningen Sveriges Företagshälsor stödjer meriteringen till Akademisk företagshälsa och ser det som ett komplement till deras egen ackreditering och något som ytterligare stärker kompetensen i branschen. I november 2015 lanserades akademisk företagshälsa.

### ***Intermediära utfall – deltagande i utbildning och antal Akademiska Företagshälsor***

I tabell 4 ges en översikt av antal tillfälle och deltagare av de olika kurser som har givits inom programmet. Introduktionskurs i evidensbaserad praktik (EBP) för FHV har givits vid ett tillfälle som en gratis kurs och erbjöds i 2013 i form av en uppdragsutbildning vid Karolinska Institutet. Intresset från anställda inom FHV har varit stort men stödet från respektive FHV ledning har varit betydligt lägre då dessa inte prioriterat att bekosta utbildningen. Kursen har därför inte erbjudits vid senare tillfällen.

Alla seminarier för lansering av riktlinjerna har varit mycket välbesökta (se tabell 4). Lanseringen av riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen och riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen hölls vid samma seminarium. På eftermiddagen anordnades separata workshops för varje riktlinje. På grund av det stora intresset för lanseringsseminariet av riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen, riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen och riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen hölls två seminarier.

**Tabell 4.** Deltagande i utbildningar och riktlinjer lanseringsseminarium

	<b>Datum</b>	<b>Antal deltagare</b>
Kurs i evidensbaserad praktik	HT 2012	15
	VT 2013	0
Utbildningar i evidensbaserad kort alkoholrehabilitering	2012-2016	900
Workshops med fokus på implementering av metoderna i evidensbaserad kort alkoholrehabilitering	2015-2016	400
Uppdragsutbildning ”alkohol- och narkotikaproblem, möjliga åtgärder i praktiken”	2013	30
Utbildningar i problemlösningsbaserad samtals metodik	VT 2016	18
	VT 2017#1	35
	VT 2017 #2	
	anmälda	20
<b>Lanseringsseminarium riktlinjer</b>		
Riktlinjer vid ländryggsbesvär	16-01-2014	88
Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen	14-09-2015	70
	6-11-2015	79
Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen	14-09-2015	37
	6-11-2015	60
Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen	18-01-2016	99
	15-02-2016	60
Riktlinjer för exponeringsmätning av hörselskadligt buller	09-11-2016	38
Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg för psykisk ohälsa	09-12-2016	80

### **Akademisk Företagshälsa**

I dagsläget har 3 FHV uppfyllt kriterier för att uppfylla kraven för Akademisk företagshälsa: Regionhälsan Örebro län (18 november 2015), Globenhälsan (15 februari 2016) och A-hälsan i Arvidsjaur (15 februari 2016). Rekryteringen till Akademisk företagshälsa har sedan våren 2016 inaktiverats p.g.a. osäkerhet med fortsatt finansiering av programmet. Detta för att undvika att bygga upp ett system som sen vid eventuell brist på finansiering inte kan fullföljas enligt plan. Diskussioner förs med olika parter om fortsättning samt ansökningar om finansiering har gjorts.

## ***System för spridning***

### **Aktiviteter – hemsida, nyhetsbrev, rapporter och social media**

Inom programmet valdes olika kanaler för spridning, såsom hemsida, nyhetsbrev, rapportserie och sociala medier. En kommunikatör tränad i att kommunicera enligt internationella riktlinjer har varit ansvarig för att på ett lättillgängligt sätt sprida nya evidensbaserade metoder via dessa kanaler. Som ett resultat från intervjuer med fokus på möjliga kommunikationskanaler som gjordes i rapporten "Företagshälsa, forskning och kommunikation" (2014) beslutades att starta ett webbaserat nyhetsbrev. Nyhetsbrevets syfte är att öka kännedomen om aktuell forskning som bedrivs inom Kompetenscentret för företagshälsa. Målgrupperna för nyhetsbrevet är bl.a. FHV medarbetare, arbetsmarknadens parter, fristående arbetsmiljö/hälsokonsulter, forskare, studenter och andra med intresse för arbetshälsa. Dessutom har det vid enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa skapats en ny rapportserie "Metoder för företagshälsovården" där forskare på ett lättillgängligt och tillämpligt sätt kommunicerar resultat från enskilda studier. Syftet med rapportserien är att praktiker skall kunna få guidning i att tillämpa forskningsbaserad kunskap. Rapporter i serien publiceras öppet via webben riktar sig till alla som bedriver arbetsmiljö- och hälsoarbete, såväl företagshälsovård som arbetsgivare samt andra typer av arbetshälsolleverantörer.

En annan viktig kommunikationskanal inom programmet är satsning inom sociala medier med Facebooksidor, blogg (*professorharordet.blogspot.com*) och Twitter (*@professorns*, samt *övriga medarbetare inom programmet*). FHV praktiker och andra intresserade kan ta del av information om våra studier och få nyheter inom området samt att man på ett enkelt sätt kan interagera med forskare vid enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa.

### **Output – hemsida, nyhetsbrev och rapporter**

Vid starten av FORTE-programmet 2011 skapades ett kompetenscentrum för företagshälsa med en egen hemsida [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se). Under våren 2015 fick webbplatsen ett nytt utseende och plattform. Webbplatsen har nu ett lättnavigerat system med tydlig information och fler bilder och därmed mer användarvänlig. I nuläget används webbplatsen för att sprida information om metoder och verktyg, forskningsprojekt, företagshälsans riktlinjer, utbildning, akademisk företagshälsa och publicerade rapporter. På webbplatsen finns även möjlighet att direkt kontakta vår forskningsenhet med frågor. I oktober 2014 gavs det första nyhetsbrevet ut. Nyhetsbreven har i genomsnitt bestått av sju notiser med länkar till vidare läsning på hemsidan ([www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se)). Första nyhetsbrevet skickades ut till 350 personer i partnernätverket.

1. Alipour et al. (2012). Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. En nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer.
2. Kwak et al. (2012). Metoder för företagshälsovården; Att arbeta med att främja goda matvanor och fysisk aktivitet på arbetsplatsen.
3. Björk Brämberg et al. (2015). Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. Nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning.
4. Aboagye et al. (2016). Kostnadsjämförelse mellan tre rehabiliteringsprogram för anställda med alkoholproblem: ett arbetsgivarperspektiv.
5. Lohela-Karlsson et al. (2016). Viktiga incitament för svenska arbetsgivare vid genomförande av arbetsmiljöinsatser.

### ***Intermediära utfall – hemsida, nyhetsbrev och social media***

Från 1 september 2014 till och med november 2016 har hemsidan [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se) haft ett ökande antal besökare med totalt 8514 besökare varav 67 % nya besökare och 33 % återkommande besökare, och 27203 sidvisningar. Det syns tydliga toppar över besöksantalet varje gång nyhetsbrevet skickas ut vilket stöder betydelsen av att ha ett nyhetsbrev via direktutskick. Då vi inte skapat Facebook och Twitter konton för programsatsningen utan har konton som vi skapats för våra forskarprofiler/grupp är det omöjligt att använda dessa för att utvärdera den föreliggande forskningssatsningen.

**Tabell 5.** Användning av nyhetsbrevet och social media

<b>Nyhetsbrev</b>	
Antal prenumeranter Nyhetsbrev dec 2016	950
<b>Sociala medier</b>	
Följare på Twitter (Irene Jensens)	460
Antal sid vyer på bloggen professornharordet	400-600/månad

## **Effekt-utfall - Evidensbaserad praktik inom företagshälsan**

För att följa utvecklingen av evidensbaserad praktik inom företagshälsan genomfördes en s.k. baslinjeundersökning 2011 för att via frågeformulär kartlägga kunskaper om, och attityder till, evidensbaserad praktik inom FHV i Sverige. Hösten 2014 genomfördes den första uppföljande enkätundersökningen (Björk Brämberg E. m fl. 2015). Syftet var att kartlägga kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer för användandet av evidensbaserad praktik inom FHV i Sverige, samt undersöka om, och i så fall hur, detta har förändrats jämfört med år 2011. Evidensbaserad praktik innebär att insatser ges utifrån bästa tillgängliga kunskap i kombination med klinisk kompetens och erfarenhet samt klientens förutsättningar.

I kartläggningen från 2011 tillämpades ett slumpmässigt urval av FHV-enheter, så att urvalet kunde anses representativt för samtliga FHV-enheter i Sverige. I urvalet 2011 tillfrågades 115 FHV-enheter om deltagande och 91 FHV-enheter tackade ja till att medverka. Av dessa besvarades enkäten av FHV-anställda vid 62 FHV-enheter. I kartläggningen 2014, inbjöds de FHV-enheter som tillfrågades om deltagande i den förra enkätstudien. Sedan den första enkätundersökningen genomfördes har det skett förändringar i företagshälsovårdsbranschen vilket medfört att vissa företag och/eller enheter har omorganiserats, köpts upp, lagts ned eller genomgått förändringar på annat sätt. Totalt 105 av 115 FHV-enheter fanns kvar i urvalet och tillfrågades om deltagande. Av dessa besvarades enkäten av FHV-anställda vid 71 FHV-enheter.

En reviderad version av enkäten som användes 2011 skickades ut till 795 personer och besvarades av 498 personer, vilket gav en svarsfrekvens på 63 %. I enkäten undersöktes följande områden: deltagarens intresse, behov och möjligheter för att arbeta evidensbaserat, hur deltagaren inhämtar ny kunskap inom sitt yrkesområde, hur den företagshälsovårdsenhet där deltagaren är anställd påverkar möjligheter att arbeta evidensbaserat samt möjliggörande och hindrande faktorer av betydelse för att arbeta evidensbaserat.

För att få fördjupad kunskap om organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik genomfördes intervjuer med chefer inom FHV. Deltagare till intervjuerna rekryterades via den e-postlista som användes för att få adressuppgifter till medarbetare vid FHV-enheterna. Samtliga chefer som hade tackat ja till att deras FHV-enhet kunde ingå i enkätstudien tillfrågades om deltagande i en intervju. Deltagarna inkluderades konsekutivt. Sammanlagt genomfördes 24 intervjuer. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med FHV-chefer. Intervjuerna genomfördes av studenter inom magisterprogrammet i arbete och hälsa vid Karolinska Institutet. Intervjuerna gjordes per telefon och spelades in. Studenterna hade vid tidpunkten för intervjuerna genomfört en kurs i vetenskaplig metodik. Innan intervjuerna fick studenterna en genomgång av kvalitativ intervjumetodik, de fick även lämna synpunkter på intervjufrågor och genomföra varsin pilotintervju. Syftet med pilotintervjun var att studenterna skulle få träna sig i intervjumetodik.

Resultatet från 2014 visade att de FHV-anställdas tilltro till den egna kompetensen har ökat och det fanns fortsatt ett stort intresse för att arbeta evidensbaserat. Däremot upplevde de FHV-anställda ett lägre organisatoriskt stöd och minskat stöd från ledning för att arbeta enligt evidensbaserad praktik. Resultaten visar vidare att betydelsen av evidensbaserad praktik fortfarande var oklar inom företagshälsan (både anställda och ledning). Det var inte ovanligt med kommentarer och frågor som visade på att evidensbaserad praktik misstolkades som:

- att man som praktiker bara ”skulle lyda” forskningen,
- att praktisk/klinisk erfarenhet inte är något värt
- att exakt samma åtgärder skall appliceras på alla klienter
- att evidensbaserad praktik innebär att söka och granska studier på internet.

Vid intervjuer med FHV-chefer framkom att man utgår ifrån att välutbildade anställda har en god kompetens och att det är en enskild angelägenhet för varje anställd att hålla sin kompetens uppdaterad. Intervjuer visade även att det är svårigheter att få den tid och de resurser som behövs för att arbeta enligt evidensbaserad praktik och att personalkontinuitet är viktigt för kunskapsutveckling. Kontakt med FoU-avdelning eller universitet var en möjliggörande faktor för evidensbaserad praktik.

Sammanfattningsvis gav undersökningen följande slutsatser:

- FHV-anställdas intresse och kompetens för att arbeta evidensbaserat har ökat under de senaste tre åren.
- FHV-anställda har ökat tilltro till sin egen förmåga att kritiskt granska vetenskaplig information.
- Andelen FHV-anställda som uppger att evidensbaserad praktik är viktigt för kundföretagen har minskat under de senaste tre åren.
  - FHV-ledningen uppger som orsak till att kunder inte efterfrågar evidensbaserad praktik är att de utgår från att FHV säljer tjänster utifrån bästa tillgängliga kunskap.
- Det organisatoriska stödet har minskat under samma period.
  - FHV-ledningen lägger ansvaret för kunskapsutvecklingen på individnivå och ser det inte som sin uppgift att stödja och utveckla ett organisatoriskt lärande.
  - FHV-ledningen och -anställda anger bristande ekonomiska resurser för att hinna med kompetensutveckling och implementering av nya metoder.
  - Stöd från organisation och ledning anges som viktiga möjliggörande faktorer för evidensbaserad praktik av FHV-anställda.

Resultaten från vår undersökning ger oss indikation på att vi i det fortsatta arbetet behöver fokusera mer på att tydliggöra utåt vad evidensbaserad praktik är samt att träna och stödja FHV-ledning i hur man på ett kostnadseffektivt sätt kan föra in evidensbaserad praktik i verksamheten. Dessutom behöver fokus vara på att informera arbetsgivare om vikten av att tydliggöra krav på FHV på evidensbaserade effektiva metoder för arbetshälsoinsatser.

## Referenser

- Björk Brämberg, E., et al. Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. Nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2015.
- Bumbarger, B.K., & Morey Campbell E. (2012). A State Agency–University Partnership for Translational Research and the Dissemination of Evidence-Based Prevention and Intervention. *Administration and Policy in Mental Health*, 39:268-277.
- Carpenter, W.R., et al. (2012). Translating research into practice: the role of provider-based research networks in the diffusion of an evidence-based colon cancer treatment innovation. *Medical Care*, Aug;50(8):737-48.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Kwak, L., Wåhlin, C., Stigmar, K. & Jensen, I. (insickat 2016). Developing a practice guideline for the occupational health services by using a community of practice approach: a process evaluation of the development process. *BMC Public Health*
- Linnan, L., & Steckler A.: Process evaluation for public health interventions and research: an overview. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002. p. 1-23.
- Powell, B. J., et al. (2015). "A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project." *Implementation Science*, 10.
- Wandersman, A., et al. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, Jun;41(3-4):171-81.



## ***Bilagor***

## Bilaga 1. Ingående partners i PARABOLA programmet med representanter (2016).

<b>Employer and employee representatives:</b>	
The Confederation of Swedish Enterprise, representing 60 000 companies with over 1.6 million employees	Bodil Melbom
The Swedish Agency for Government Employers, with 250 member agencies in the government sector covering about 250 000 employees	Tarja Nevala
The Swedish Trade Union Confederation, representing about 1.5 milj workers in the private and public sector	My Billstam
The Swedish Assoc of Local Authorities and Regions, employers' organisation representing all of Sweden's municipalities, county councils and regions	Mats Stenberg, Ned Carter
The Swedish Confederation of Professional, a trade union representing about 670,000 members	Karin Fristed
PTK a Swedish trade union association for 26 unions serving 830 000 white collar workers	Ann Lundberg Westmark
The Swedish Trade Federation, an employer organization serving the commercial trade and commerce sector with 13,000 companies covering about 300,000 employees	Katrin Dagergren
The Employers' Organization for the Swedish Service Sector*, representing 60 industries with about 11,000 enterprises with over 500 000 employees	Anders Karlsson
Ledarna*, a trade union for managers in all sectors and at all levels, with more than 90 000 members	Helena Hedlund
Vision*, a trade union with around 180,000 members representing a variety of professions	Jonas Karlsson
Engineering Industries, an employers' organizations with 3,800 member companies	Margareta Jernelöv
The Swedish branch assoc for professionals in human-resource*	Per-Olov Stålesjö
The Swedish Association of School Principals and Directors of Education*	Daniel Söderberg
<b>Employers:</b>	
Stockholm county council	Jannike Wenke
Örebro county council	Dennis Johansson
Krokum county*	Agneta Sunder
Växjö municipality *	Daniel Söderberg
Karlshamns municipality **	Marie Björnsson
<b>Occupational health services:</b>	
Försvarshälsan i Sverige	Rose-Marie Rundström
Globenhälsan	Susanne Nordqvist
Företagshälsan Falun Borlänge	Carin Wallner
Landstingshälsan i Västmanland	Kristina Sikström
FeelGood <sup>1</sup>	Joachim Morath
Previa <sup>1</sup>	Eva Borg
Företagshälsa region Gävleborg	Bo Wallbäck
Regionhälsan i Örebro län,	Johanna Tångring
The branch assoc for OH-service enterprises in Sweden	Peter Munch
Länshälsan i Västernorrland	Bertil Jonsson
Betania hälsan	Lisa Bond
<b>Other:</b>	
HR People Management AB* <sup>2</sup>	Kjell Svensson
ProActive Health Partner <sup>2</sup>	Johan Ruborg
Beteendeanalysgruppen <sup>2</sup>	Kenneth Nilsson
ProMES international Sweden AB	Kenneth Malm

## Bilaga 2. Process och checklista för riktlinjearbetet

### Arbetsprocessen för framtagande av riktlinjer från Företagshälsans riktlinjegrupp

Syftet med utvecklandet av riktlinjer är att stödja evidensbaserad praktik, EBP, inom företagshälsan. Arbetet med att ta fram evidensbaserade riktlinjer sker i ett unikt samarbete mellan olika professioner inom företagshälsan och verksamhetsnära forskare. Målsättningen är att utforma riktlinjer som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet samt har en hög grad av tillämpbarhet i det dagliga praktiska arbetet inom företagshälsan.

Arbetet med att utarbeta riktlinjer är en verksamhet inom Kompetenscentret för företagshälsa. Deltagare i Företagshälsans riktlinjegrupp varierar och sätts samman inför varje ny riktlinje. Utvecklingen och organisationen av riktlinjearbetet (fig. 1) leds av en styrgrupp där ansvariga är professor Irene Jensen och forskare Lydia Kwak, Enheten för interventions- och implementeringsforskning Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet.

Till Företagshälsans riktlinjegrupp finns en prioriteringskommitté kopplad som består av styrgruppen och representanter för arbetsgivare och arbetstagare. I prioriteringskommittén diskuteras förslag om vilka riktlinjer som ska tas fram. Förslagen kan komma från parterna inom arbetslivet, enskilda arbetsplatser, forskare och företagshälsor (klinker, ledningspersoner, etc.) Dessa förslag diskuteras och prioriteringsbeslut fattas i styrgruppen för riktlinjearbetet. Efter beslut tagits om vilken riktlinje som ska prioriteras gör styrgruppen, via kontakter med experter inom aktuellt ämnesområde, en bedömning om kunskapsläget är tillräckligt utifrån vetenskapligt underlag för att utarbeta en riktlinje. Finns aktuella vetenskapliga sammanställningar s.k. systematiska kunskapsöversikter används dessa. Finns inga aktuella översikter initierar styrgruppen ett arbete för att ta fram ett vetenskapligt underlag inom området.

En arbetshälsoekonomisk analysgrupp (fig 1) utarbetar ekonomiska underlag till de riktlinjer som arbetas fram av Företagshälsans riktlinjegrupp. Underlaget innehåller en sammanställning över ekonomiska effekter utifrån det nuvarande kunskapsläget samt ett ekonomiskt underlag för beräkning av kostnadseffektivitet vid användning av riktlinjen i arbete mot kundföretagen. Arbetet bedrivs av en multiprofessionell grupp bestående av ekonomer, hälsoekonomer, controllers och HR-personal från både företagshälsovården och dess kundföretag.



### 1. Planering inför arbetet

#### a) **Sammansättning av riktlinjegrupp**

Ordförande för riktlinjegruppen utses av styrgruppen för riktlinjearbetet. Ordförande, som bör vara forskare och expert inom aktuellt område, har som första uppgift att sätta samman en riktlinjegrupp. Gruppen ska bestå av ca 15 deltagare både praktiker inom företagshälsan och forskare inom aktuellt område. Ordförande ansvarar för att rekrytera deltagare till gruppen. Optimalt är att två personer från samma profession inom företagshälsan samt att minst två forskare ingår i gruppen. Det är även önskvärt att det är spridning av företagshälsorna som ingår, både vad gäller geografi och typ av hälsa (privat, kommunal/landsting, inbyggd).

#### b) **Informera gruppdeltagarna; omfattning av arbetet samt ekonomisk ersättning**

Kontakta gruppdeltagarna och informera om vad som förväntas av deras deltagande (t.ex. att det krävs visst arbete, såsom inläsning och skrivarbete mellan träffarna) samt informera om vilken ersättning som gäller (underlag finns). De gemensamma träffarna ersätts ekonomiskt som en 8-timmars arbetsdag. För arbetet mellan träffarna utgår ingen ekonomisk ersättning.

#### c) **Informera gruppdeltagarnas arbetsgivare**

Kontakta gruppdeltagarnas arbetsgivare och informera om vad det innebär att ha medarbetare som ingår i Företagshälsans riktlinjegrupp (underlag finns). I brevet till arbetsgivaren ska information om kostnadsersättning finnas med eftersom det kan underlätta rekryteringen och tydliggöra uppdraget.

#### d) **Tidsplanering och projektplan**

Ordförande gör en tidsplanering samt en projektplan med schema för de gemensamma träffarna med riktlinjegruppen. Ordförande bör ta fram ett diskussionsunderlag för möjliga avgränsningar av studieområdet. Planen ska vara tydlig; vad som ska diskuteras och när, vem som ska föreläsa, vilken litteratur som ska användas, grupparbeten, m.m. För detta moment kan det vara en fördel att knyta till gruppen en forskare som varit med att ta fram riktlinjer tidigare för använda som bollplank. Ca en heldagsträff per månad är att rekommendera. I genomsnitt tar det drygt ett år att färdigställa en riktlinje enligt föreliggande arbetsprocess.

#### e) **Involvera externa föreläsare**

Bjud in och involvera experter/forskare som dels kan föreläsa om speciella frågor inom området och som dels kan granska riktlinjen och/eller skriva vissa delar. Dessa kallas i riktlinjen för externa medverkande experter och externa granskare. Bland externa granskare ingår också Sveriges Företagshälsor, Svenska företagsläkarföreningen och andra yrkesförbund som är aktuella för den specifika riktlinjen. Även HR-föreningen kan vara aktuell för att granska riktlinjen.

## 2. Grundupplägg för riktlinjedokumentet

### a) Layout för riktlinjerna

Layouten för riktlinjerna är redan framtagen. Färgen på omslaget och accentfärgerna i själva skriften är det som skiljer riktlinjerna åt. Det ska framgå att det är en serie av riktlinjer som tagits fram på samma sätt.

### b) Mall för omslag samt loggor

Titeln på riktlinjen ska hållas så kort som möjligt för att passa in i mallen på omslaget. Kontakta **Styrgruppen** för att erhålla rätt serienummer på riktlinjen, t.ex. 3/2015, där 3 står för att det är den tredje riktlinjen från Företagshälsans riktlinjegrupp samt att den är publicerad år 2015. En not ska finnas på sid 2 i omslaget om hur skriften citeras. Den skall citeras enligt: Ordförandes namn och Företagshälsans riktlinjegrupp. Titel samt serienummer/årtal. T.ex: Jensen I. och Företagshälsans riktlinjegrupp. *Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015.

På sid 1 i inlagan ska följande loggor finnas med: Logga för det ställe där riktlinjen producerats samt Karolinska Institutets och Sveriges företagshälsors loggor.

På sid 4 i inlagan ska loggor för de yrkesföreningar som granskat riktlinjen finnas med.

### c) Mall för listning av deltagare, experter, granskare etc.

Ordförande och ev. biträdande ordförande skrivs överst under rubriken "Medverkande i riktlinjegruppen" därefter följer namnen på deltagarna i bokstavsordning. Avbryter någon sitt deltagande under arbetets gång ska notering göras vid det namnet (deltog t.o.m. xxxx). Se tidigare riktlinjer gällande hur övriga deltagare (experter/granskare) ska listas.

### d) Förord till riktlinjerna

Förordet om riktlinjearbetets utveckling från styrgruppen ska finnas med.

### e) Själva riktlinjerna

Efter förordet följer kapitel om den aktuella riktlinjen – kunskapsläget (kort) och vilka åtgärder som rekommenderas. Ett flödesschema över arbetsprocessen i det som rekommenderas bör finnas med.

### f) Implementering av riktlinjerna

Ett kapitel om implementering är viktigt och **skall alltid inkluderas**. Grundtexten som redan utarbetats i tidigare riktlinjer kan användas men anpassas till aktuellt ämne.

### g) Jävsdeklaration

En jävsdeklaration för alla deltagare och experter ska finnas med som bilaga (se exempel i tidigare riktlinjer).

### **3. Granskning, textredigering, grafisk form av riktlinjerna samt informationsblad till arbetsgivare (se separat tidsplan sid 7)**

#### **a) Granskningsprocessen**

När ordförande anser att riktlinjedokumentet är färdigskrivet skickas det ut på en remissrunda, dels till externa medverkande experter och dels till externa granskare, se punkt 1e ovan. Räkna med ca 3-4 veckor för denna process beroende på årstid och semestrar. Ordförande tar emot alla synpunkter och kommentarer och ändrar vid behov.

#### **b) Textredigering**

Kontakta **styrgruppen** för att få kontaktuppgifter till textredigerare. Tidsåtgång för textredigering är ca 2 veckor. Textredigeraren ska bokas in ca 2 månader innan arbetet påbörjas. Alla granskare ska ha hunnit inkomma med kommentarer och ordförande ska ha hunnit ändra i texten före texten skickas till textredigeraren. **Styrgruppen** skall läsa texten innan den skickas till textredigeraren.

#### **c) Layout**

Kontakta **styrgruppen** för att få kontaktuppgifter till layoutaren. Tidsåtgång för layout är 2-3 veckor. Layoutaren ska bokas in ca 2 månader innan arbetet påbörjas. **Styrgruppen** skall läsa texten innan den skickas till layoutaren. Endast ytterst små textkorrigeringar kan genomföras efter att layouten är klar.

#### **d) Faktablad till arbetsgivare**

Kontakta **styrgruppen** för att ta fram ett kortfattat faktablad om riktlinjen riktat till arbetsgivare. Vi samarbetar med journalist för att skriva det lättillgängligt och målgruppsanpassat. En mall för faktablad finns.

### **4. Lansering av riktlinjerna (se separat tidsplan, sid 7)**

#### **a) Lanseringsseminarium**

Kontakta **styrgruppen** för att boka in och planera lanseringsseminarium. Skicka ut inbjudan till seminariet i god tid. Tänk igenom målgrupper (FH-personal, HR, chefer, arbetsmarknadens parter, beslutsfattare). Sveriges företagshälsor har ett stort mailregister över personal inom företagshälsan. Även Kompetenscentrets nyhetsbrev har uppemot 1000 prenumeranter. Till seminariet ska färdigtryckta riktlinjer finnas för varje deltagare. Även faktabladet om riktlinjen till arbetsgivare ska finnas tillgängligt vid seminariet. Lägga upp ett program där det förslagsvis är en mer allmän genomgång av riktlinjen på förmiddagen riktad till olika målgruppen (arbetsgivare, parterna, företagshälsaledning etc.) och på eftermiddagen ett mer praktiskt inriktat seminarium kring hur företagshälsan ska arbeta med riktlinjen. Lanseringsseminarierna inleds med kort introduktion från representant från styrgrupp samt branschförening Sveriges företagshälsor.

**b) Dokumentation av seminariet**

Alla presentationer på lanseringsseminariet spelas in och filmerna finns sedan tillgängliga att titta på via [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se) Alla presentationsbilder läggs som PDF-filer för kostnadsfri nedladdning på samma webbsida.

**c) Publicering av riktlinjerna**

Publicering av riktlinjerna och eventuella tilläggsbilagor sker elektroniskt. Allt material läggs upp på Kompetenscentrets hemsida [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se) och är kostnadsfritt att ladda ned. Kontakta Hanna Bonnevier för tryckning av riktlinjerna. Många företagshälsor vill fortfarande ha tryckta versioner. De tryckta riktlinjerna säljs till självkostnadspris.

**Tidsplan – process från färdigt manus till lansering av riktlinjerna**

Antal veckor före lansering av riktlinjerna	Aktivitet	Avklarat
12	Färdigskrivet manus till riktlinjerna. Manus skickas på remissrunda till externa experter/granskare.	
12	Kontakta textredigerare och layoutare (styrgruppen har kontaktuppgifter).	
12	Kontakta journalist/informatör för framtagande av "arbetsgivarblad" om riktlinjerna (styrgruppen har kontaktuppgifter).	
12	Boka lokal för lanseringsseminarium och kontakta styrgruppen för kontaktuppgifter till filmare etc.	
9	Färdiggranskat manus av externa experter.	
8	Ev. ändringar i manus avklarade. Manus helt klart.	
8	Kontakta tryckeriet och boka in datum för tryck (styrgruppen har kontaktuppgifter till tryckeriet).	
7	Skicka ut inbjudningar till lanseringsseminariet.	
7	Skicka manuset till textredigeraren. OBS, <b>styrgruppen</b> ska läsa manuset innan det skickas till textredigeraren.	
6	Skicka det textgranskade manuset till layoutaren. OBS, <b>styrgruppen</b> ska läsa manuset innan det skickas till layoutaren.	
3	Skicka riktlinjerna till tryckeriet.	
0	Lägg ut PDF av riktlinjerna samt arbetsgivarblad på <a href="http://www.fhvforskning.se">www.fhvforskning.se</a> Dela ut varsitt tryckt ex till alla deltagare på seminariet.	

## Bilaga 3 Kriterier och ansökan Akademisk Företagshälsa



### **Ansökan om medlemskap i Akademisk företagshälsa hos Kompetenscentret för företagshälsa**

Syftet med **Akademisk företagshälsa** är att skapa en standardisering och struktur för kvalitetssäkrade arbetssätt för företagshälsor i Sverige som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet så kallad evidensbaserad praktik. Det syftar också till att underlätta kunskapsutbytet mellan forskning och praktik inom företagshälsan för att främja och stödja utvecklingen av hälsosamma arbetsplatser samt för att förebygga och åtgärda riskfyllda arbeten.

Medlemskap i Akademisk företagshälsa blir ett sätt att säkerställa att anställda och arbetsgivare nås av den senaste vetenskapen och att insatserna som görs blir evidensbaserade och kostnadseffektiva.

### **Medlem i Akademisk företagshälsa hos Kompetenscentret för företagshälsa**

De företagshälsor (enheter) som:

- använder sig av de riktlinjer som utarbetats för företagshälsan
- ger organisatoriska förutsättningar för anställda att tillägna sig och integrera nya kunskaper i enlighet med evidensbaserad praktik (EBP)
- Genomgår fortlöpande webbföreläsningar inom EBP och de riktlinjer som successivt erbjuds via Kompetenscentret för företagshälsa
- har en uttalad viljeinriktning att samarbeta i forskningsprojekt och/eller utbildning
- åtar sig att fortlöpande genomföra systematiska standardiserade utvärderingar av sina insatser och redovisa resultaten av dessa vid uppföljning av medlemskapet\*

kan ansöka om att bli medlem i Kompetenscentret för företagshälsa och får därmed ett intyg på att de är medlemmar (Akademisk företagshälsa).

\*stöd för utvärdering finns bland annat i de olika riktlinjerna från Företagshälsans riktlinjegrupp.





Fyll i uppgifterna nedan för att ansöka om medlemskapet Akademisk företagshälsa

Namn på bolaget:	
Organisationsnummer:	
Postadress:	
Telefon:	E-postadress:
Namn på VD/annan representant för ledningen:	
Tel, VD/annan representant för ledningen :	E-postadress, VD/annan representant för ledningen:
<b>1. Vi använder oss av de nationella riktlinjer som tagits fram av Företagshälsans riktlinjegrupp</b> Ja <input type="checkbox"/> Till viss del <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilka används:	
<b>2. Vi ger organisatoriska förutsättningar för anställda att tillägna sig och integrera nya kunskaper om evidens baserad praktik (EBP)</b> Ja <input type="checkbox"/> Till viss del <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, beskriv hur och ge några exempel:	
<b>3. Vi har en uttalad viljeinriktning att samarbeta i forskningsprojekt och/eller utbildning</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, nämn max tre områden där intresse för samarbete finns:	

4. Vi åtar oss att fortlöpande genomföra utvärderingar av våra kundinsatser

Ja  Till viss del  Nej

Om ja;  
Genomförs före- och eftermätning? Ja  Nej

Är det på förhand specificerat vad insatsen förväntas påverka sk effektparameter? Ja  Nej

Används vetenskapligt kvalitetssäkrade mätmetoder? Ja  Nej

Om ja, vilka mätmetoder används?

Ansökan är godkänd av högsta ledningen Ja  Datum:

Övriga kommentarer:

Medlemskapet följs upp vartannat år genom en uppföljning via frågeformulär likartat det vid ansökningstillfället.

Om du har frågor kring medlemskapet, vänligen kontakta professor Irene Jensen, Kompetenscentret för företagshälsa: [irene.jensen@ki.se](mailto:irene.jensen@ki.se)



Kompetenscentret för företagshälsa är ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Kungliga Tekniska högskolan, IVL Svenska Miljöinstitutet och Uppsala universitet. Syftet är att skapa en kunskapsplattform för företagshälsövården genom att sprida den kunskap som utvecklas inom Kompetenscentret.

Kursinformation

# Introduktion till Evidensbaserad praktik i företagshälsovården

---

2 hp, VT 2013

---

Intresset för evidensbaserad praktik (EBP) inom företagshälsovården (FHV) ökar. Nu ges tillfälle att gå en skräddarsydd introduktionskurs i EBP för aktörer inom FHV i Sverige.

#### Kursens syfte

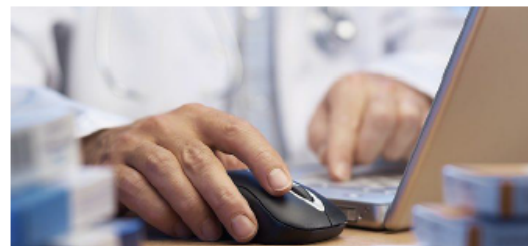
Att ge en introduktion till vad det innebär att arbeta enligt evidensbaserad praktik och hur det kan appliceras inom FHV.

#### Kursens mål

Att känna till de olika delarna inom EBP, hur man hittar och granskar ny information samt hur man applicerar det på ett systematiskt och ändamålsenligt sätt i sin dagliga verksamhet.

#### Kursupplägg

Kursen omfattar 1,5 dag med kortare föreläsningar och praktiska övningar. Innan första kursträffen inleds kursen med ett eget mindre arbete. Vi avslutar kursen med en uppföljningsdag med presentationer och återkoppling av det egna arbetet. Möjlighet finns att delta genom vår läroplattform på webben på uppföljningsdagen.



#### Ur kursinnehållet

- Evidensbaserad praktik
- Hur och var man hittar aktuell forskning och sammanställningar
- Kritisk granskning av vetenskaplig litteratur
- Att arbeta med systematisk uppföljning
- Hinder och förutsättningar med EBP i den egna verksamheten

# Bilaga 5. Kursinformation Problemlösningsbaserade samtal med inriktning mot stressrelaterad psykisk ohälsa i arbetslivet

## KAROLINSKA INSTITUTET UPPDRAGSUTBILDNING

Kursinformation

### Problemlösningsbaserade samtal med inriktning mot stressrelaterad psykisk ohälsa i arbetslivet

VT 2017

En kurs för dig som vill få praktiska färdigheter vid arbetsplatsnära insatser för utredning och åtgärder bland anställda med stressrelaterad psykisk ohälsa. Kursen ges i samarbete med Institutet för miljömedicin, Enheten för Interventions och Implementeringsforskning, Karolinska Institutet samt Arbets- och miljömedicin i Linköping, Region Östergötland.

#### Varför ska du gå kursen?

Detta är den enda kursen i sitt slag som lär ut denna metodik i Sverige. Kursen lär ut färdigheter i en metod som rekommenderas i riktlinjer både i Sverige och utomlands och som har stöd i forskningsresultat för att underlätta arbetsåtgång vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Deltagarna kommer att utveckla förmågan att

- via samtal guida till en effektiv problemlösningsprocess
- identifiera och lösa problem på ett systematiskt sätt
- identifiera hinder och möjligheter vid problemlösning
- analysera förutsättningar för den anställde att vidmakthålla arbetsförmågan respektive återgå i arbete

#### Kursupplägg

Föreläsning, övningar, och reflektioner utifrån kursdeltagarnas egna frågor och gestaltningar.

#### Målgrupp

Arbetsmiljökonsulter verksamma inom företagshälsovården samt rehabsamordnare m.m. Olika professioner är välkomna.

#### Kursansvarig

**Gunnar Bergström**, Forskare, docent, medicinsk psykologi, Karolinska Institutet, Institutet för Miljömedicin, Enheten för Interventions och Implementeringsforskning

**Charlotte Wåhlin**, forskare och ergonom/leg fysioterapeut, Arbets och miljömedicin i Linköping, Region Östergötland.

Citat från kursansvarig:

*"Kursen vässar dina samtalsfärdigheter och din förmåga att erbjuda en effektiv problemlösningssmiljö"*

#### Föreläsare

**Kenneth Nilsson**, leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare KBT är verksam sedan över tjugo år tillbaka inom klinisk psykologi med fokus på kognitiv beteendeterapi och arbetspsykologi med fokus på ledarutveckling och förändringsarbete i organisationer. Undervisar bland annat på psykologprogrammen vid Karolinska Institutet och Uppsala universitet.

#### Ansvarig institution

Institutet för miljömedicin, Enheten för Interventions och Implementeringsforskning, Karolinska Institutet.



---

## Kursinformation

### Problemlösningssamtal med inriktning mot stressrelaterad psykisk ohälsa i arbetslivet

---

#### Kursen syfte och mål

Syftet med kursen är att ge praktisk kunskap i de centrala ingredienserna i problemlösningssamtal (PLS).

Kursen mål:

- Att kunna tillämpa de centrala delarna i PLS i mötet med anställd och chef
- Att kunna avgöra när metodiken bör, eller inte bör, tillämpas
- Att kunna identifiera hinder respektive möjligheter för effektiv problemlösning

#### Ur kursinnehållet

- Grundläggande begrepp kring problemlösningssamtal introduceras.
- Exempel på problemlösning ges i interaktion med deltagarna
- Konkreta fall från arbetslivet presenteras
- Vanliga hinder vid problemlösning, och hur dessa kan hanteras, tas upp.

#### Behörighet

Utöver grundläggande yrkeskompetens inom resp. profession krävs utbildning och/eller erfarenhet inom arbetshälsa.

#### Tid och plats

Kursdagar under 2017:

- 6 februari, kl. 10:00-16:00.
- 7 februari, kl. 09:00-15:00
- 26 april, kl. 10:00-15:00

Undervisningen sker i kurslokaler i Linköping. Mer information gällande adress och vart vi kommer vara skickas ut i samband med kallelsen.

#### Mer information

Vid frågor om kursinnehåll:

Gunnar Bergström, kursansvarig  
Karolinska Institutet, Institutet för Miljömedicin  
E-post: [Gunnar.Bergstrom@ki.se](mailto:Gunnar.Bergstrom@ki.se)

Vid administrativa frågor:

Kristoffer Mörtsjö, projektkoordinator  
Karolinska Institutet Uppdragsutbildning  
E-post: [kristoffer.mortsjo@ki.se](mailto:kristoffer.mortsjo@ki.se)

#### Pris och anmälan

Kursavgiften är 10900 SEK, exkl. moms. Kursen faktureras i samband med kursstart.

Anmälan görs på

<http://ki.se/uppdragsutbildning>

#### Sista anmälningssdag är 2017-01-16

Karolinska Institutet förbehåller sig rätten att ställa in kursomgång vid för få sökande.

Karolinska Institutet är ett av världens ledande medicinska universitet. I Sverige står Karolinska Institutet för drygt 40 procent av den medicinska akademiska forskningen och har det största utbudet av medicinska utbildningar. Sedan 1901 utser Nobelpriset i fysiologi eller medicin. Karolinska Institutet mottagare av Nobelpriset i fysiologi eller medicin.

Karolinska Institutet levererar kompetensutveckling för landsting, kommun och företag – framför allt inom vård, omsorg och hälsa – och verkar för utveckling i hälso- och sjukvården samt för ett friskare samhälle.

## Bilaga 6. Publikationer inom programmet

2017

### Internationella artiklar

Axén I, Kwak L, Hagberg J, Jensen I (2017) Does physical activity buffer insomnia due to back and neck pain? PLoS ONE 12(9): e0184288. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184288>

Axén I, & Follin G: Medical yoga in the workplace setting—perceived stress and work ability –a feasibility study. *Complementary Therapies in Medicine* Volume 30, February 2017, Pages 61–66

Kwak, L., Wåhlin, C., Stigmar, K., Jensen, I. Developing a practice guideline for the occupational health services through a community of practice: description and evaluation of the guideline development process. *BMC Public Health*, 2017: 17:89.

Bramberg EB, Bergstrom G, Jensen I, Hagberg J, Kwak L. Effects of yoga, strength training and advice on back pain: a randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*. 2017 Mar 29;18(1):132.

Björk Brämberg, E., Nyman, T., Kwak, L., Alipour A., Bergström; G., Schäfer Elinder, L., Hermansson, U., Jensen, I. Development of evidence-based practice in occupational health services in Sweden. A three-year follow-up of attitudes, barriers and facilitators. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2017 90(4):335-348.

Busch H, Bjork Bramberg E, Hagberg J, Bodin L, Jensen I. The effects of multimodal rehabilitation on pain-related sickness absence - an observational study. *Disabil Rehabil*. 2017 Mar 27:1-8.

Strömberg C, Aboagye E, Hagberg J, Bergström G, Lohela-Karlsson M. Estimating the effect and economic impact of absenteeism, presenteeism and work environment problems on reductions in productivity from a managerial perspective. *Value Health* 2017. doi.org/10.1016/j.jval.2017.05.008

Aboagye E. Valuing individuals' preferences and health choices of physical exercise. *Pain Ther*. 2017 6(1): 85–91.doi:10.1007/s40122-017-0067-4.

Björk Brämberg, E., Bergström, G., Jensen, I., Hagberg, J. & Kwak, L. Effects of kundalini yoga, strength training and advice on back pain: A randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2017; 18:132.

Arapovic-Johansson, B., Wåhlin C., Kwak, L., Björklund, C., Jensen, J. Work-related stress assessed by a text message single-item stress question. *Occupational Medicine*. Doi: 10.1093/occmed/kqx111.

Gunnar Bergström; Malin Lohela Karlsson; Lydia Kwak; Lennart Bodin; Irene Jensen; Margareta Torgén; Lotta Nybergh. Preventing sickness absenteeism among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: Design of a cluster randomized controlled trial of a problem-solving based intervention versus care-as-usual conducted at the Occupational Health Services. *BMC Public Health*, 2017; May 12; 17(1):436.

Arapovic-Johansson, B., Wåhlin C., Hagberg J., Kwak, L., Björklund, C., Jensen, J. Participatory work place intervention for stress prevention in primary health care. A randomised controlled trial. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. (accepted December 2017)

Blom V, Svedberg P, Bergström G, Mather L, Lindfors P. Stress in paid and unpaid work as related to cortisol and subjective health complaints in women working in the public health care sector. *International Journal of Workplace Health Management*. 2017.

Svedberg P, Mather L, Bergstrom G, Lindfors P, Blom V. Work-Home Interference, Perceived Total Workload, and the Risk of Future Sickness Absence Due to Stress-Related Mental Diagnoses Among Women and Men: a Prospective Twin Study. *Int J Behav Med*. 2017.

Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P. & Rusner, M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*. 2017.

Grimani A, Bergström G, Casallas MIR, Aboagye E, Jensen I, Lohela-Karlsson M. Economic evaluation of occupational safety and health interventions from the employer perspective: A systematic review. *J Occup Environ Med.* 2017 Nov 6. doi: 10.1097/JOM.0000000000001224.

### **Svenska systematiska sammanställningar**

Kwak L, Aboagye E, Grimani A. *Hälsofrämjande insatser riktade till arbetsplatsens fysiska miljö och organisationsstruktur: effekt på arbetsrelaterade utfall.* Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2017.

Björk Brämberg, E, Axén, I, Strömberg, C, Bergström, G. Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa – En kartläggning av forskningen 2014- 2017- Uppdatering

### **Avhandlingar**

Martinsson C. Occupational health and safety interventions – incentives and economic consequences. Licentiate Thesis Karolinska Institutet sept 2017.

Aboagye E. From health outcomes to value assessments: preference-based evaluation of interventions & valuation of productivity cost among working adults. PhD thesis Karolinska Institutet sept 2017

## **2016**

### **Internationella artiklar**

Aboagye E, Jensen I, Bergström G, Hagberg J, Axén I, Lohela-Karlsson M. Validity and test-retest reliability of an at-work production loss instrument. *Occup Med (Lond).* 2016 Jul;66(5):377-82

Ahonen Guy, Pensola Tiina, Lohela-Karlsson Malin, Aasnaess Steinar. The cost of illness in the Nordic countries in 2012 – a comparison to 1991. *Työterveyslaitos – Finnish Institut of Occupational Health, Helsinki, 2016.* ISBN 978-952-261-641-8 (PDF). [http://urn.fi/URN:ISBN 978-952-261-641-8\(PDF\)](http://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-641-8(PDF)).

Amcoff K, Joossens M, Pierik MJ, Jonkers D, Bohr J, Joossens S, Romberg-Camps M, Nyhlin N, Wickbom A, Rutgeerts PJ, Tysk C, Bodin L, Colombel JF, Vermeire S, Halfvarson J. Concordance in Anti-OmpC and Anti-I2 Indicate the Influence of Genetic Predisposition: Results of a European Study of Twins with Crohn's Disease. *Journal of Crohn's & colitis* 2016 10;6 695-702  
doi:10.1093/ecco-jcc/jjw021

Axén I, Bodin L. Searching for the optimal measuring frequency in longitudinal studies -- an example utilizing short message service (SMS) to collect repeated measures among patients with low back pain. *BMC medical research methodology* 2016 16;1 119- doi:10.1186/s12874-016-0221-4

Blom V, Bodin L, Bergström G, Svedberg S. Applying the Demand-control-support model on burnout in managers and non-managers. *IJWHM.* 2016;9(1).

Eklund A, Jensen I, Lohela Karlsson M, Lebouf-Yde C, Axén I. Absence of low back pain in primary care patients monitored weekly with automated text messages for 6 months. *Chiropr Man Therap.* 2016 Feb 18;24:3

Eklund A, Bergström G, Bodin L, Axén I. Do psychological and behavioral factors classified by the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (Swedish version) predict the early clinical course of low bak pain in patients receiving chiropractic care? *BMC Musculoskelet Disord.* 2016 Feb 12;17:75

Hellman T, Jensen I, Orchard C, Bergström G. Preliminary testing of the Swedish version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-S). *J Interprof Care*. 2016 Jul;30(4):499-504.

Hellman T, Jensen I, Bergström G, Brämberg EB. Essential features influencing collaboration in team-based non-specific back pain rehabilitation: Findings from a mixed methods study. *J Interprof Care*. 2016 May 30(3):309-15.

Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016 May 21;17:220.

Kwak L, Berrigan D, Van Domelen D, Sjöström M, Hagströmer M. Examining differences in physical activity levels by employment status and/or job activity level: Gender-specific comparisons between the United States and Sweden. *J Sci Med Sport*. 2016 Jun;19(6):482-7.

Martinsson, C., Lohela Karlsson, M., Kwak, L., Bergström, G., Hellman, T. What incentives govern when employers make their decision about whether or not to engage in OHS interventions at the workplace? A qualitative study. *BMC Public Health BMC Public Health*. 2016 Aug 23;16(1):854. doi: 10.1186/s12889-016-3534-7.

Mather L, Blom V, Bergstrom G, Svedberg P. An Underlying Common Factor, Influenced by Genetics and Unique Environment, Explains the Covariation Between Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, and Burnout: A Swedish Twin Study. *Twin research and human genetics : the official journal of the International Society for Twin Studies*. 2016:1-9.

Rolander B, Wåhlin C, Johnston V, Wagman P, Lindmark U. Changes in division of labour and tasks within public dentistry: relationship to employees work demands, health and work ability. *Acta Odontol Scand*. 2016 Aug;74(6):471-9. doi: 10.1080/00016357.2016.1203023. Epub 2016 Jul 8.

Samano N, Bodin L, Karlsson J, Geijer H, Arbeus M, Souza D. Graft patency is associated with higher health-related quality of life after coronary artery bypass surgery. *Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery* 2016; doi: 10.1093/icvts/ivw372

Svedberg P, Hallsten L, Narusyte J, Bodin L, Blom V. Genetic and environmental influences on the association between performance-based self-esteem and exhaustion: A study of the self-worth notion of burnout. *Scandinavian journal of psychology* 2016 57;5 419-26 doi:10.1111/sjop.12309

Söderhjelm, T, Björklund, C, Sandahl, C & Bolinder-Lakov, K (2016). Academic leadership: management of groups or leadership of teams? A multiple-case study on designing and implementing a team-based development programme for academic leadership. *Studies in Higher Education*, 1-16.

Wagman P, Lindmark U, Rolander B, Wåhlin C, Håkansson C. Occupational balance in health professionals in Sweden. *Scand J Occup Ther*. 2016 Jul 6:1-6. [Epub ahead of print]

## Riktlinjer

Lohela Karlsson M., Strömberg C. och Arbetshälsoekonomiska analysgruppen. Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg – Ett komplement till Riktlinjen för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. En sammanställning från Arbetshälsoekonomiska analysgruppen 1/2016. Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2016.

Johansson B, Sjölander P, Eklund J och Företagshälsans riktlinjegrupp. Riktlinjer för mätning av bullerexponering. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 5/2016. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2016.

## Svenska Rapporter:

Arbetshälsorapport 2016. Stockholm: Centrum för Arbets och Miljömedicin (CAMM), Stockolms läns landsting. 2016. Bergström, G skrev kapitel om psykosociala faktorer tillsammans med ytterligare en författare

Aboagye E, Nordkvist P, Jensen I, Wåhlin C, Hermansson U, Lohela Karlsson M. Kostnadsjämförelse mellan tre alkoholrehabiliteringsprogram för anställda med alkoholproblem: ett arbetsgivarperspektiv.



Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2016.

Lohela-Karlsson M, Jensen I, Aboagye E, Strömberg C, Hagberg J, Bergström G. Att mäta effekter av preventiva insatser på arbetsplatser genomförda av FHV – Slutrapport. Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm. 2016.

Lohela Karlsson M, Martinsson C, Kwak L, Bergström G, Hellman T. Viktiga incitament för svenska arbetsgivare vid genomförande av arbetsmiljöinsatser. Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2016.

SBU. Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke. SBU-rapport nr 245. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU); 2016. Bergström, G var sakkunnig i projektgruppen och medförfattare i rapporten. Axén, I var extern granskare.

## Avhandlingar

Eklund A. Recurrent and persistent low back pain - course and prevention. PhD thesis Karolinska Institutet, October 2016

## 2015

### Internationella artiklar

Aboagye E, Lohela Karlsson M, Hagberg J, Jensen I. Cost Effectiveness of Early Interventions for Non-specific Low Back Pain: RCT Investigating Yoga, Exercise therapy and Self-care advice. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2015; 47: 167-173. PMID: 25403347.

Aili K, Nyman T, Hillert L, Svartengren M. Sleep disturbances predict future sickness absence among individuals with lower back or neck-shoulder pain: A 5-year prospective study. 2015. *Scandinavian Journal of Public health*, 1-9

Axén I. [Pain-related Sleep Disturbance - A Prospective Study with Repeated Measures.](#) *Clin J Pain*. 2015 May 8.

Björk Brämberg, E., Klinga, C., Jensen, I., Busch, H., Bergström, G., Brommels, M. & Hansson, J. Implementation of evidence-based rehabilitation for non-specific back pain and common mental health problems: A process evaluation of a nationwide initiative. *BMC Health Service Research*. 15(79).

Danielsson CB, **Bodin L**, Wulff C, Theorell T. The relation between office type and workplace conflict: A gender and noise perspective. *JOURNAL OF ENVIRONMENTAL PSYCHOLOGY* 2015 42; 161-171

Ekberg K, Wåhlin C, Persson J, Bernfort L, Öberg B. [Early and Late Return to Work After Sick Leave: Predictors in a Cohort of Sick-Listed Individuals with Common Mental Disorders.](#) *J Occup Rehabil*. 2015 Sep;25(3):627-37.

Andreas Eklund, Gunnar Bergström, Lennart Bodin and Iben Axén Psychological and behavioral differences between low back pain populations: a comparative analysis of chiropractic, primary and secondary care patients *BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS* 2015, 16:306

Hagströmer, M., Kwak, L., Oja, P. & Sjöström, M. A 6-year longitudinal study of accelerometer-measured physical activity and sedentary time in Swedish adults. *Journal of Science and Medicine in Sports and Exercise*, 2015;18(5); 553-557. PMID:25277849.

Hellman T, Jensen I, Bergstrom G, Busch H. Returning to work - a long-term process reaching beyond the time frames of multimodal non-specific back pain rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2015;37(6):499-505

JOHANSSON B, SAMANO N, SOUZA D, **BODIN L**, FILBEY D, MANNION JD, BOJO L. The no-touch vein graft for coronary artery bypass surgery preserves the left ventricular ejection fraction at 16 years postoperatively: long-term data from a longitudinal randomised trial. *Open heart* 2015 2;1

SAMANO N, GEIJER H, LIDEN M, FREMES S, **BODIN L**, SOUZA D. The no-touch saphenous vein for coronary artery bypass grafting maintains a patency, after 16 years, comparable to the left internal thoracic artery: A randomized trial. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2015;4 880-8

Kongsted A., Laura Davies, Iben Axen Low back pain patients in Sweden, Denmark and the UK share similar characteristics and outcomes. A cross-national comparison of cohorts. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2015, Nov 26;16(1) PMID: 6612459

Lidén, E., Björk Brämberg, E. & Svensson, S. The meaning of living with Medically Unexplained Symptoms as narrated by patients in primary care: A phenomenological - hermeneutic study. *International Journal of Studies on Health and Well-being*. 10.

Lohela Karlsson M, Busch H, Aboagye E, Jensen I. Validation of a measure of health-related production loss: construct validity and responsiveness – a cohort study. *BMC Public Health*. 2015;15:1148. DOI: 10.1186/s12889-015-2449-z.

Lohela Karlsson M, Hagberg J, Bergström G. Production loss among employees perceiving work environment problems. *International Archives of Occupational and Environmental Health: Volume 88, Issue 6 (2015), Page 769-777*.

Mather L, Bergstrom G, Blom V, Svedberg P. High Job Demands, Job Strain, and Iso-Strain Are Risk Factors for Sick Leave due to Mental Disorders: A Prospective Swedish Twin Study With a 5-Year Follow-Up. *J Occup Environ Med*. 2015;57(8):858-65

Persson J, Bernfort L, Wåhlin C, Öberg B, Ekberg K. [Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden](#). *Disabil Rehabil*. 2015;37(9):771-6.

### **Svenska vetenskapliga artiklar:**

Gunnarsson LG, Bodin L. Epidemiologiskt undersökta samband mellan Alzheimers sjukdom och faktorer i arbetsmiljön. *Arbete och Hälsa*, 2015;49(3)

### **Böcker, bokkapitel**

Holmgren K, Wåhlin C. Metoder för att bedöma arbetsplats och arbetsuppgifter i relation till personens förmåga, bokkapitel. Återgång i arbete. Processer, bedömningar, åtgärder. (Red.) Kerstin Ekberg, Mona Eklund, Gunnel Hensing, Lund, Studentlitteratur, 2015

### **Rapporter:**

Björk Brämberg E., Jensen I.B., Hagberg J., Bonnevier H., Kwak L. *En kartläggning av förutsättningar för arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015

Björk Brämberg, E., Nyman, T., Hagberg, J., Bonnevier, H., Nilsson, E., Kwak, L., Bergström, G., Hermansson, U., Schäfer Elinder, L., Jensen, I.B. *Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. Nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning*. Rapport 2: 2015. Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet. Stockholm 2015.

Bergström G., Lundin A., Vaez M., Cederstrand E., Hillert L, Jensen I. Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm 2015.

Björklund C., Vaez M., Stoetzer U. Tidiga indikationer för mobbning inom akademi och industri, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm 2015.

## Riktlinjer:

Kwak L. och Företagshälsans riktlinjegrupp *Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 3/2015* Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015.

Jensen I. och Företagshälsans riktlinjegrupp *Riktlinjer vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen. 2/2015* Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015.

Hermansson U. och Företagshälsans riktlinjegrupp *Riktlinjer vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen. 4/2016* Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015.

## 2014

Aboagye E, Agyemang OS, Sidney K. Socioeconomic factors and health outcome metrics in Africa: Cross-national comparisons from 1995-2011. *Popul Health Manag.* 2014,17 (5):318-319

Berg, L., Björk Brämberg, E., Carlström, E., Öhlén, J. (2014). Tensions during a process of change – implementation of the Bologna educational reform in Swedish specialist nursing programmes. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(5)p. 64-72.

Björk Brämberg, E., Sandman, L. (2014) . Suggestions for strategies when communicating via in-person interpreters: A qualitative study on communication within home care services in Sweden. *Clinical Nursing Studies*, 2(3), p. 34-44.

Bohman Tony, Alfredsson Lars, Jensen Irene, Hallqvist Johan, Vingård Eva, Skillgate Eva.(2014) Does a healthy lifestyle behaviour influence the prognosis of low back pain among men and women in a general population? A population-based cohort study. *BMJ open* 2014;4:

Brodin N, Lohela-Karlsson M, Swärdh E, Opava Christina O. Cost-effectiveness of a one-year coaching program for healthy physical activity in early rheumatoid arthritis. *Disability and Rehabilitation, Disabil Rehabil.* 2015;37(9):757-62

Eklund A, Axén I, Kongsted A, Lohela-Karlsson M, Leboeuf-Yde C, Jensen I. Prevention of low back pain: effect, cost-effectiveness, and cost-utility of maintenance care-study protocol for a randomized clinical trial. *Trials* 2014 Apr 2; 15(1): 102

Cook, T.L., De Bourdeaudhuij, I., Maes, L., Haerens, L., Grammatikaki, E., Widhalm, K., Kwak, L., Plada, M., Moreno, L.A., Tountas, Y., Zampelas, A. & Manios, Y. on behalf of the HELENA group. Psychosocial determinants and perceived environmental barriers as mediators of the effectiveness of a web-based tailored intervention promoting physical activity in adolescents: the HELENA Activ-O-Meter. *Journal of Physical Activity and Health*, 2014: 11(4) 741-751.

Cook, T.L., De Bourdeaudhuij, I., Maes, L., Haerens, L., Grammatikaki, E., Widhalm, K., Kersting, M., Kwak, L., Plada, M., Moreno, L.A. & Manios, Y. on behalf of the HELENA group. Moderators of the effectiveness of a web-based tailored intervention promoting physical activity in adolescents: the HELENA Activ-O-Meter. *Journal of School Health*, 2014: 84 (4); 256-266.

Fernando, M., Hellman, T. & Josephsson, S. (2014). A shared viewpoint but diverse focus – a case study about teamwork within geriatric home rehabilitation. *Health and Interprofessional Practice*. 2(2):eP1043;

Kwak L, Hagströmer M, Jensen I, Lohela Karlsson M, Alipour A, Schäfer Elinder L. Promoting physical activity and healthy dietary behaviour. The role of the occupational health services: a scoping review. *JOEM* 2014;56(1):35-46.

Lundin A, Stoetzer U, Modig K, Carlsson A, Wändell P, Theobald H. Personality measured as Murray's psychological needs and all-cause mortality: 41 years follow-up of a population-based sample. *Personality and Individual Differences* (2014) [in print]

Mather L, Bergström G, Blom V, Svedberg P. The covariation between burnout and sick leave due to mental disorders is explained by a shared genetic liability: a prospective Swedish twin study with a five-year follow-up. *Twin research and human genetics*. DOI:10.1017/thg.2014.46

Maun, A., Engström, M., Frantz, A., Björk Brämberg, E. & Thorn, J. Effective teamwork through a structured patient sorting system. A qualitative study on staff members' conceptions of a structured patient sorting system introduced at a Primary Health Care Centre in Western Sweden. *BMC Family Practice*. 15(1), 189

Millberg, L. G., Berg, L., Bramberg, E. B., Nordstrom, G., & Ohlen, J. (2014). Academic learning for specialist nurses: A grounded theory study. *Nurse Educ Pract*. doi: 10.1016/j.nepr.2014.08.008.

Persson J, Bernfort L, Wåhlin C, Öberg B, Ekberg K. Cost of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. *Disability and rehabilitation*.

Svedberg P, Blom V, Narusyte J, Bodin L, Bergstrom G, Hallsten L. Genetic and Environmental Influences on Performance-based Self-esteem in a Population-based Cohort of Swedish Twins. *Self and Identity* 2014 13;2 243-256 doi:10.1080/15298868.2013.823007

Blom V, Sverker M, Bodin L, Bergström G, Lindfors B, Svedber P. Work-home interference and burnout: a study based on Swedish twins. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 2014 56;4 361-6

### **Böcker, bokkapitel**

Schäfer Elinder L, Kwak L. Evidensbaserat folkhälsoarbete. Studentlitteratur, Lund 2014.

Jensen Irene B, Linton Steven J, Overmeer Thomas, Bergström Gunnar, Määttänen Hannu: Ryggboken, en bok till dig som har ont i ryggen.2014.

### **Riktlinjer**

Riktlinjer vid ländryggsbesvär. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 1/2014.

Jensen Irene B, Linton Steven J, Overmeer Thomas, Bergström Gunnar, Määttänen Hannu: Ryggboken, en bok till dig som har ont i ryggen.2014.

### **Svenska rapporter**

Grooten W, Kader M, bergström G, Hermansson U, Kwak L, Schäfer Elinder L, Wåhlin C, Jensen I. Effekter av hälso- och levnadsvaneundersökningar. Vad säger den vetenskapliga evidensen? Rapport, Karolinska Institutet, 2014.

Gunnarsson, L-G. Bodin, L. (2014) Systematiska kunskapsöversikter; 6. Epidemiologiskt påvisade samband mellan Parkinsons sjukdom och faktorer i arbetsmiljön. Report. Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet. ISBN: 978-91-85971-50-3. ISSN: 0346-7821.

Hellman T., Bonnevier H., Jensen I., Hagberg J., Busch H., Björk Brämberg E., Bergström G. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2014.

Nordlund Y. Företagshälsa, forskning och kommunikation. Karolinska institutet. Intern rapport, 2014.

Nordlund Y. Guidelines - hur man arbetar med planerad kommunikation. Karolinska Institutet, Intern rapport, 2014.

### **Populärvetenskapliga artiklar**

Wåhlin C, Ergonomisk utredning och åtgärder för ökad hälsa och bättre arbetsmiljö. – Forskningsbaserad metodutveckling. AVISEN 2014, mars, volym 3:1. Arbets- och miljömedicin, Linköping

- Aboagye E, Agyemang OS. Maternal Health-Seeking: The Role of Financing and Organization of Health Services in Ghana. *Global Journal of Health Science*. 2013, Vol 5(5); 67-79.
- Agyemang OS, Aboagye E, Ahali YF. Prospects and Challenges of Corporate Governance in Ghana. *International Journal of Scientific and Research Publikations* 2013, 3(5).
- Alipour A, Bodin L, Bergström G, Jensen I. The transitional pattern of pain and disability, from perceived pain to sick leave. Experience from a longitudinal study. *Journal of back and Musculoskeletal Rehabilitation* 26(2013) 411-419.
- Arvidsson B, Bodin L, Rask E, Schvarcz E, Möller M. Reference data for bone mineral density in Swedish women using digital x-ray radiometry. *J Clin Densitom*. 2013 Apr; 16(2):183-8. Doi: 10.1016/j.jocd.2012.03.002. Epub 2012 Jun 15.
- Axén I, Bodin L. The Nordic maintenance care program: the clinical use of identified indications for preventive care. *Chiropractic & Manual Therapies* 2013, 21:10.
- Axén I, Leboeuf-Yde C. Conducting practice-based projects among chiropractors: a manual. *Chiropractic & Manual Therapies* 2013, 21:8
- Axén I, Leboeuf-Yde C. Trajectories of LBP. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2013,
- Axén I, Bergström G, Bodin L. Using few and scattered time points for analysis of a variable course of pain can be misleading: an example using weekly text message data. *The Spine Journal*. 2013 Nov 4. pii: S1529-9430(13)01482-4. [Epub ahead of print]
- Bergström G, Hagberg J, Busch H, Jensen I, Björklund C. Prediction of sickness absenteeism, disability pension and sickness presenteeism among employees with back pain. *J Occup Rehabil* DOI 10.1007/s10926-013-9454-9
- Bergström H, Hagströmer M, Hagberg J, Schäfer Elinder L. A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: A cluster randomised controlled trial research in developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 2013; 34:3847-3857.
- Björklund C, Lohela-Karlsson M, Jensen I, Bergström G. Hierarchies of health: the health and work-related stress of managers in municipalities and county councils in Sweden. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2013; 55(7) 752-760.
- Björklund C, Jensen I, Lohela-Karlsson M. Is a change in work motivation related to a change in mental well-being? *Journal of Vocational Behavior* 2013; 83. 571-580.
- Blom V, Bodin L, Bergström G, Hallsten L, Svedberg P. The importance of genetic and shared environmental factors for the associations between job demands, control, support and burnout. *PLoS ONE* 2013; 8(9): e75387. doi:10.1371/journal.pone.0075387.
- Bryngelson A, Åsberg M, Nygren Å, Jensen I, Mittendorfer-Rutz E. All-cause and cause-specific mortality after long-term sickness absence for psychiatric disorders: a prospective cohort study. *PLOS ONE* 2013 Jun; 8(6)
- Demmelmaier I, Bergman P, Nordgren B, Jensen I, Opava CH. Current and maintained health-enhancing physical activity in rheumatoid arthritis – the PARA 2010 study. *Arthritis Care & Research*.
- Dreifaldt M, Mannion JD, Bodin L, Olsson H, Zagozdzon L, Souza D. The no-touch saphenous vein as the preferred second conduit for coronary artery bypass grafting. *The Annals of thoracic surgery* 2013 96;1. 105-11.
- Dreifaldt M, Souza D, Bodin L, Shi-Wen X, Dooley A, Muddle J, Loesch A, Dashwood MR. The vasa vasorum and associated endothelial nitric oxide synthase is more important for saphenous vein than arterial bypass grafts. *Angiology* 2013 64;4. 293-9.

Emdad R, Alipour A, Hagberg J, Jensen I. The impact of bystanding to workplace bullying on depression among women and men in industry in Sweden: An empirical and theoretical longitudinal study *Int Arch Occup Environ Health*. 2013 Aug;86(6):709-16

Fagerdahl AM, Boström L, Ulfvarson J, Bergström G, Ottosson C. Translation and validation of the wound-specific quality of life instrument cardiff wound impact schedule in a Swedish population. *Scand J Caring sci* 2013 May.

Friberg O, Bodin L. Collegen gentamicin for prevention of sternal wound infection: effective or not? *The Thoracic and cardiovascular surgeon* 2013;16;3 185-93

Lohela Karlsson M, Bergström G, Björklund C, Hagberg J, Jensen I. Measuring production loss due to health and work environment problems: Construct validity and implications. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2013; 55(12):1475-1483.

Magnée T, Burdorf A, Brug J, Kremers S.P, Oenema A, van Assema P, Ezendam N.P, van Genugten L, Hendriksen I.J, Hopman-Rock M, Jansen W, de Jong J, Kocken P.L, Kroeze W, Kwak L, Lechner L, de nooijer J, van Poppel M.N, Robroek S.J, Schreurs H, van Sluijs E.M, Steenhuis I.J, van Stralen M.M, Tak N.I, te Velde S.J, Vermeer W.M, Wammes B, van Wier M.F, van Lenthe F.J. Equity-specific effects on 26 Dutch obesity-related lifestyle interventions. *American Journal of Preventive Medicine* 2013 Jun (44) 6:e 57-66,

Magnusson M, Bergsten A, Ecke F, Bodin Ö, Bodin L, Hörnfeldt B. Predicting grey-sided vole occurrence in northern Sweden at multiple spatial scales. *Ecology and Evolution*. 2013 3;13 4356-4287.

Stigson H, Hagberg J, Kullgren A, Krafft M. A one year pay-as-you-speed trial with economic incentives for not speeding. *Traffic Injury Prevention* (2013)..

Svedberg P, Blom V, Narusyte J, Bodin L, Bergström G, Hallsten L. Genetic and environmental influences on performance-based self-esteem in a population-based cohort of Swedish twins. *Self and Identity*. 2013, accepted.

Westin D, Tandberg T, John C, Axén I. GPs opinions of chiropractic in Sweden and Norway: a descriptive survey. *Chiropractic & Manual Therapies* 2013, 21:29.

Zhulina Y, Hahn-Stromberg V, Shamikha A, Peterson CG, Gustavsson A, Nyhlin N, Wickbom A, Bohr J, Bodin L, Tysk C, Carlsson M, Halfvarson J. Subclinical inflammation with increased neutrophil activity in health twin siblings reflect environmental influence in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases* 2013; 19;8. 1725-31.

### **Svenska rapporter**

Nylund K, Hagberg J, Aboagye E, Lohela Karlsson M, Jensen I. Att förebygga funktionsnedsättande ryggsbesvär. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm. Rapport 2013.

Hellman T, Bergström G, Bonnevier H, Busch H, Jensen I. Fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin. Erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer – Delrapport. Enheten för Interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. 2013.

## **2012**

Alipour A, Nyman T, Hagberg J, Ekenryd C, Hermansson U, Lohela Karlsson M, Schäfer Elinder L, Jensen I. Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. En nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer. Enheten för interventions- och implementerings forskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm. Rapport 2012.

Axen I, Bodin L, Bergström G, Halasz L, Lange F, Lövgren PW, et al. The use of weekly text messaging over 6 months was a feasible method for monitoring the clinical course of low back pain in patients seeking chiropractic care. *Journal of Clinical Epidemiology*.2012;65:454-461.

Axén I, Bodin L, Kongstad A, Wedderkopp N, Jensen I, Bergström G. Analyzing repeated data collected by mobile phones and frequent text messages. An example of Low back pain measured weekly for 18 weeks. *BMC Med Res Methodol*. 2012 Jul 23;12(1):105

Bergström C, Jensen IB, Hagberg J, Busch H, Bergström G. Effectiveness of different interventions using a psychosocial subgroup assignment in chronic neck and back pain patients - a ten year follow-up. *Disability and rehabilitation*.2012;34(2):110-118.

Blom V, Bergstrom G, Hallsten L, Bodin L, Svedberg P. Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort. *European Journal of epidemiology* 2012 27;3 225-231

Bryngelson A, Mittendorfer-Rutz E, Jensen I, Lundberg U, Åsberg M, Nygren Å. Self-reported treatment, workplace-oriented rehabilitation, change of occupation and subsequent sickness absence and disability pension among employees long-term sick-listed for psychiatric disorders: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2012;2:e001704

Elinder SL, Heinemans N, Hagberg J, Quetel A-K, Hagströmer M. A participatory and capacity-building approach to healthy eating and physical activity – SCIP-school: a 2-year controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012, accepted.

Leboeuf-Yde C, Jensen RK, Axén I. Absence of low back pain in patients followed weekly over one year with automated text messages. *Chiropractic & manual therapies*.2012Mar 29;20:9

Leineweber C, Westerlund H, Hagberg J, Svedberg P, Alexanderson K. Sickness presenteeism is more than an alternative to sickness absence: results from the population-based SLOSH study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012 Nov;85(8):905-14.

Nordgren B, Fridén C, Demmelmaier I, Bergström G, Opava CH. Long-term health-enhancing physical activity in rheumatoid arthritis – the PARA 2010 study. *BMC Public health* 2012 Jun 1; 12(1): 397

### **Svenska rapporter**

Bergström G, Bergström C, Jensen I, Hagberg J, Busch H. Vilken patient behöver vilken behandling? En ekonomisk utvärdering 10 år efter rehabilitering vid kronisk ryggvärk. Rapport 2012.

Lohela Karlsson M., Bonnevier H., Busch H., Jensen I. Utvärdering av behandling för stressrelaterad psykisk ohälsa: Effekter på utveckling av hälsa, sjukfrånvaro, återgång i arbete samt kostnadseffektivitet. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet. Stockholm 2012.

Lohela Karlsson M, Björklund C, Jensen I. Sambandet mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer, anställdas hälsa och organisationers produktion. IFAU. Rapport 2012:2

Jensen I, Bergström G, Ljungquist T, Määttänen H, Busch H, Nygren Å. Manual för arbetslivsinriktad multimodal rehabilitering (MMR) vid icke-specifika rygg- och nackbesvär.

Kwak L, Hagströmer M, Jensen I, Lohela Karlsson M, Alipour A, Schäfer Elinder L. Metoder för företagshälsovården; Att arbeta med att främja goda matvanor och fysisk aktivitet på arbetsplatser. Rapport 2012.

### **Populärvetenskapliga artiklar.**

Grahn B, Stigmar K, Wåhlin C, Kjellberg K, Ljungquist T. Arbetsförmåga, bedömning och insatser. Del 1 och del 2. *Tidningen Fysioterapi* 2012 augusti och september. 2012. Rapport.

Axen I, Bodin L, Bergström G, Halasz L, Lange F, Lövgren PW, Lange F, Lovgren PW, Rosenbaum A. Clustering patients on the basis of their individual course of low back pain over a six month period. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12.

Bakshi A, Hansson JL, Brommels M, Klinga C, Bonnevier H, Jensen IB. En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport, del 2. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin samt Medical Management Centre, Institutionen för lärande, information, management och etik, Karolinska Institutet. 2011.

Bergstrom C, Hagberg J, Bodin L, Jensen I, Bergstrom G. Using a psychosocial subgroup assignment to predict sickness absence in a working population with neck and back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12.

Bostrom PK, Broberg M, Bodin L. Child's positive and negative impacts on parents – A person-oriented approach to understanding temperament in preschool children with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2011;32(5):1860-1871.

Busch H, Bodin L, Bergstrom G, Jensen IB. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain*. 2011;152(8):1727-1733.

Dreifaldt M, Souza DSR, Loesch A, Muddle JR, Karlsson MG, Filbey D, Bodin L, Norgren L, Dashwood MR. The "no-touch" harvesting technique for vein grafts in coronary artery bypass surgery preserves an intact vasa vasorum. *Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2011;141(1):145-150.

Hedbeck CJ, Tidermark J, Ponzer S, Blomfeldt R, Bergstrom G. Responsiveness of the Short Musculoskeletal Function Assessment (SMFA) in patients with femoral neck fractures. *Qual Life Res*. 2011 May;20(4):513-21.

Lemueunier N, Kongsted A, Axén I. Prevalence of pain-free weeks in chiropractic subjects with low back pain – a longitudinal study using data gathered with text messages. *BMC Chiropractic and Manual Therapies* 2011, 19:28

Mellstrand Navarro C, Ponzer S, Tornkvist H, Ahrengart L, Bergstrom G. Measuring outcome after wrist injury: translation and validation of the Swedish version of the patient-rated wrist evaluation (PRWE-Swe). *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:171.

Olerud P, Tidermark J, Ponzer S, Ahrengart L, Bergstrom G. Responsiveness of the EQ-5D in patients with proximal humeral fractures. *J Shoulder Elbow Surg*. 2011 Dec;20(8):1200-6.

Peterson U, Bergstrom G, Demerouti E, Gustavsson P, Asberg M, Nygren A. Burnout levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence: a study among female health professionals. *J occup environ med*. 2011 Jul;53(7):788-93.

Phrasisombath K, Thomsen S, Hagberg J, Sychareun V, Faxelid E. Knowledge About Sexually Transmitted Infections (STIs) and Attitudes Toward Female Sex Workers With STI Symptoms Among Health Care Providers in Laos. *Asia Pac J Public Health*. 2011 Jul 31.

Sjöquist ES, Brodin N, Jensen IB, Lampa J, Opava CH, group Ps. Maintenance of healthy physical activity behaviour in rheumatoid arthritis after a one-year coaching intervention: A long-term follow-up. *J Musculoskeletal Care*. 2011

Sjöquist E, Brodin N, Lampa J, Jensen I, Opava C. Physical activity coaching of patients with rheumatoid arthritis in everyday practice: A long term follow up. *Musculoskelet Care*. 2011juni;9(2):75-85.

Spitters H, Dorgelo A, Vervoordeldonk J, Bakshi A, Darias Curvo S, Kebza V, et al. Success factors and barriers influencing the effect of policies on the health gradient. 2011.

### **Svenska rapporter**

Lohela Karlsson M, Bonnevier H, Busch H, Jensen I. Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm åren 2008-2010. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm 2011.



Jensen I, Lohela Karlsson M, Busch H, Nylund K, Bonnevier H, Hagberg J. Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm 2009-2009 Slutrapport 2011.

Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela M, Bodin L, Norlund A, et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del 1. Stockholm 2011: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

Björklund C, Lohela Karlsson M, Jensen IB, Hagberg J, Bergström G. Hierarkier av hälsa - Chefers hälsa och psykosocial arbetsmiljö i kommuner och landsting. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin. Karolinska Institutet. 2011.

Bakshi A. Hälsöfrämjande primärvård. Uppföljning av avtalet om hälsöfrämjande primärvård 2008-2011 mellan HSN-f och sex vårdcentraler i Stockholms län. 2011.

