

Interventioner för god psykosocial hälsa inom hälso- och sjukvården

Interventioner för god psykosocial hälsa inom hälso- och sjukvården
Kunskapssammanställning 2023:7
ISBN 978-91-89747-12-8
Publicerad år 2023

Myndigheten för arbetsmiljökunskap
Telefon: 026-14 84 00, E-post: info@mynak.se
www.mynak.se

Interventioner för god psykosocial hälsa inom hälso- och sjukvården

Förord

Denna kunskapssammanställning utgör en del i avrapporteringen av regeringsuppdraget ”Att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal” (dnr. S2021/06572 (delvis). Inom hälso- och sjukvården arbetar olika yrkeskategorier i varierande kontexter och med olika grad av exponering för arbetsmiljörisker och möjlighet till friskfaktorer, vilka har en stor påverkan på personalens hälsa och välmående. Pågående och tilltagande demografiska förändringar i det svenska samhället gör att hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar inte minst med avseende på högre krav på kompetensförsörjning, personalens arbetsmiljö och deras kompetensutveckling.

En av grundbultarna för ett hälsosamt och hållbart arbetsliv är den goda psykosociala arbetsmiljön där samspelet mellan den sociala arbetsmiljön och individen sker på ett meningsfullt och tryggt sätt. Hur kan man påverka den psykosociala arbetsmiljön, alltså vilka interventioner, insatser, åtgärder och program kan användas för att skapa välmående arbetsplatser och vilka effekter kan dessa interventioner ha? I denna kunskapssammanställning har forskarna gjort en systematisk litteraturoversikt för att öka kunskapen om effekter av interventioner som syftar till att åstadkomma förbättrad psykosocial arbetsmiljö. Sammanställningen bygger huvudsakligen på vad översikter i området har presenterat avseende interventioner och vilka resultat dessa har medfört. Med detta hoppas vi att måla en bild av hur området ser ut och bidra till kunskapsläget inom arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdspersonal som en del av regeringsuppdraget.

Författarna till kunskapssammanställningen är Per Nilsen, professor i folkhälsovetenskap, särskilt implementeringsvetenskap, vid Linköpings universitet, Hanna Fernemark, läkare i allmänmedicin, Region Östergötland, Ida Seing, filosofie doktor i medicinsk vetenskap vid Linköpings universitet, Janna Skagerström, medicine doktor i folkhälsovetenskap, Region Östergötland.

Medicine doktor Fredrik Båathe har på myndighetens uppdrag kvalitetsgranskat kunskapssammanställningen. Ansvarig processledare vid Myndigheten för arbetsmiljökunskap har varit filosofie doktor Thomas Nessen.

Författarna till kunskapssammanställningarna har själva valt sina teoretiska och metodologiska utgångspunkter och är ansvariga för resultaten och slutsatserna som presenteras i kunskapssammanställningen.

Jag riktar ett stort tack till såväl våra externa forskare och kvalitetsgranskare som medarbetare på myndigheten som bidragit till att ta fram denna värdefulla kunskapssammanställning. Kunskapssammanställningen publiceras på myndighetens webbplats och i serien Kunskapssammanställningar.

Gävle, januari 2023



Nader Ahmadi, Generaldirektör

Kunskapssammanställningen är författad av:

Per Nilsen, professor Linköpings universitet

Hanna Fernemark, läkare Region Östergötland

Ida Seing, filosofie doktor Linköpings universitet

Janna Skagerström, medicine doktor Region Östergötland

Sammanfattning

Regeringen har gett Myndigheten för arbetsmiljökunskap i uppdrag att inhämta och sammanställa kunskap om faktorer som har betydelse för att skapa friska och välmående arbetsplatser inom hälso- och sjukvården. En sammanställning av olika interventioner och deras effekter gör det möjligt att få kunskap om hur friska och välmående arbetsplatser kan skapas inom hälso- och sjukvården. I denna rapport definieras interventioner som medvetna ansträngningar för att åstadkomma en önskad förändring. Interventioner kallas även insatser, initiativ, åtgärder eller program.

Denna rapport sammanställer forskning i form av litteraturöversikter om arbetsplatsnära interventioner som syftar till att åstadkomma förbättrad psykosocial arbetsmiljö i hälso- och sjukvården. Totalt 35 översikter inkluderas i rapporten. Interventionerna som undersöks i översikterna har i rapporten indelats i individinriktade och organisationsinriktade interventioner. Populationerna som undersöks varierar och har delats in i tre kategorier: sjuksköterskor (9 översikter), läkare (8 översikter) och blandad hälso- och sjukvårdspersonal (18 översikter).

Utöver resultat från dessa översikter redovisar rapporten också resultat från sex svenska originalstudier som var inkluderade i översikterna. Därtill redovisas resultat från tre svenska originalstudier som inte återfanns i översikterna samt en rapport från den gråa litteraturen som identifierades vid en extra sökning i databaser och på webbsidor.

Individinriktade interventioner

Individinriktade interventioner redovisades i 31 översikter. I dessa interventioner står individer i fokus för insatser, företrädesvis för att främja hälsa och välbefinnande men också för att åstadkomma ökad arbetstillfredsställelse och förbättrade arbetsprestationer.

Vanligt förekommande individinriktade interventioner var:

- Mindfulness
- Stresshanteringskurser
- Avslappningsövningar
- Coping-strategier
- Kognitiv beteendeterapi

Olika former av mentala och psykologiska övningar, ofta i grupp, var vanliga. Dessa interventioner gav enligt flera översikter vissa positiva resultat för medarbetares hälsa och välbefinnande: minskade stressnivåer, ökad empati, ökad förståelse för en själv och andra, samt ökad tillfredsställelse med arbetsplatsen. Många studier som ingick i översikterna saknar dock jämförelsegrupper och deltagarantalet var många gånger lågt. Dessutom påpekades i flera översikter att korta uppföljningsperioder försvårar slutsatser angående interventionernas långtidseffekter.

Organisationsinriktade interventioner

Organisationsinriktade interventioner behandlades i åtta översikter. Dessa interventioner hade fokus på organisatoriska och sociala arbetsmiljöaspekter. Interventionerna hade liknande syften som de individinriktade och de flesta eftersträvade framförallt förbättrad hälsa och välbefinnande.

De organisationsinriktade interventionerna bestod exempelvis av:

- Förändrade arbetstider och scheman
- Minskad arbetsbelastning
- Förbättrat teamarbete och kommunikation

Resultat som påvisades i översikterna var bland annat lägre nivåer av upplevd utbrändhet, förbättrad arbetstillfredsställelse, samt reducerade stressnivåer. Författarna till översikterna var dock överlag försiktiga i sina slutsatser på grund av metodologiska brister i de primärstudier som ingick i översikterna. Flera översikter innehöll därtill relativt få organisationsinriktade interventioner, vilket också gör det svårare att dra slutsatser om effekter.

Slutsatser

Resultaten visar att såväl individinriktade som organisationsinriktade interventioner kan främja vårdpersonalens hälsa och välbefinnande. Generellt sett var effekterna små, av såväl individ- som organisationsinriktade interventioner. Det utfall som dominerade i översikterna var interventionernas effekter på vårdpersonalens hälsa och välbefinnande. Många av översiktsförfattarna poängterar behovet av fler välgjorda studier.

Andra typer av utfall, såsom konsekvenser på kollektiv nivå (till exempel sjukfrånvaro och personalomsättning) och konsekvenser för patienter (till exempel patientnöjdhet och frekvensen av vårdskador) var mer sällsynta i de inkluderade översikterna. Även här behövs mer kunskap om vilka interventioner som kan vara effektiva.

English summary

The government has given the Swedish Agency for Work Environment Expertise the task of gathering and compiling knowledge about factors that are important for creating healthy and prosperous workplaces in the healthcare sector. Compiling a review of various interventions and their effects makes it possible to obtain knowledge about how healthy and prosperous workplaces can be created in the healthcare sector. In this report, interventions are defined as conscious efforts to bring about a desired change. Interventions are also called efforts, initiatives, measures, or programs.

The report compiles research in the form of literature reviews of workplace-based interventions aimed at improving the psychosocial work environment in the healthcare sector. A total of 35 reviews were included in the report. The interventions examined in the reviews included both organizationally and individually oriented initiatives. The populations studied varied and were divided into three categories: nurses (9 reviews), physicians (8 reviews) and mixed health professionals (18 reviews).

In addition to the results from these reviews, the report also presents results from six original Swedish studies that were covered in the reviews. In addition, results are reported from three other Swedish studies not included in the reviews and from one report from the grey literature. These were identified during an extra search in databases and on websites.

Individual-oriented interventions

Individual-oriented interventions were reported in 31 reviews. These interventions were characterized by a focus on individuals, with interventions aimed primarily at promoting employee health and well-being but also at increasing job satisfaction and improving job performance. Commonly used interventions targeting individuals were various forms of mental and psychological exercises, often carried out in a group. These interventions produced some positive outcomes with regard to employee health and well-being, such as reduced stress levels, increased empathy, increased understanding of self and others, and increased satisfaction with the workplace. However, many of the individual-oriented studies included in the reviews lacked comparison groups and the number of participants was often low. In addition, several reviews pointed out that short follow-up periods made it difficult to draw conclusions about the long-term effects of the interventions.

Commonly evaluated individual-oriented interventions were:

- Mindfulness
- Stress management courses
- Relaxation exercises
- Coping strategies
- Cognitive behavioral therapy

Organization-oriented interventions

Organization-oriented interventions were addressed in eight reviews. These interventions focused on the organizational and social aspects of the workplace, with similar aims as the individual interventions, primarily focusing on improving employee health and well-being. Outcomes demonstrated in the reviews included reduced levels of perceived burnout, improved job satisfaction, and reduced stress levels. However, the authors of the reviews were generally cautious in their conclusions due to methodological flaws in the included studies. In addition, several reviews included relatively few organizational interventions, which also restricted the ability to draw conclusions about effects.

Common organizational interventions were:

- Changes in working hours and work schedules
- Workload reduction
- Improved teamwork and communication

Conclusions

The results in this report show that both individual and organizational interventions can promote the health and well-being of healthcare workers. However, the effects of both individual and organizational interventions tended to be small. The predominant outcome covered by the reviews was the impact in terms of the health and well-being of healthcare workers. Many of the review authors stressed the need for more well-designed studies. Other types of outcomes, such as impact at the collective level (e.g. on absenteeism and staff turnover) and impact on patients (e.g. on patient satisfaction or patient harm), were uncommon in the included reviews.

Innehåll

Sammanfattning	6
English summary	8
1. Introduktion	12
2. Grundläggande begrepp	13
3. En modell för hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö.....	15
4. Vad vet vi om hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö?.....	16
Psykosocial arbetsmiljö (A): riskfaktorer	16
Psykosocial arbetsmiljö (A): friskfaktorer.....	17
Effekter på individers hälsa och välbefinnande (B)	17
Arbetsrelaterade konsekvenser på individnivå (C)	18
Konsekvenser på kollektiv nivå (D)	18
Konsekvenser för patienter (E)	18
5. Metod	19
Sökstrategier och avgränsningar	19
Ytterligare avgränsningar	20
Litteratursökningar	21
Urval, relevansbedömning och kvalitetsbedömning.....	21
6. Resultat	24
Fakta om översikterna	24
Populationer i översikterna	24
Interventioner i översikterna	25
Individeriktade interventioner	25
Organisationsinriktade interventioner	26
Övriga interventioner	27
Kategorisering av interventionerna	27
Utfall i översikterna	28
Översikternas resultat av individeriktade interventioner	30
Interventioner riktade mot läkare	30
Interventioner riktade mot sjuksköterskor	32
Interventioner riktade mot blandad hälso- och sjukvårdspersonal.....	33
Översikternas resultat av organisationsinriktade interventioner	34
Interventioner riktade mot läkare	34
Interventioner riktade mot sjuksköterskor	35
Interventioner riktade mot blandad hälso- och sjukvårdspersonal.....	36
Översikternas resultat av övriga interventioner	37
Översikternas resultat av svenska interventioner	38
Resultat från andra svenska originalstudier och rapporter.....	40
7. Diskussion	42
Sammanfattning av huvudsakliga resultat	42
Kunskapsbehov.....	44
Metoddiskussion	45
Rekommendationer	46
Slutsatser	47
8. Referenser	48

Bilagor

Bilaga 1 Sökprotokoll

Bilaga 2 Sökningar svenska studier

Bilaga 3 Sökningar av grålitteratur

Bilagor finns att hämta på myndighetens webbplats mynak.se.

1. Introduktion

Regeringen har gett Myndigheten för arbetsmiljökunskap i uppdrag att inhämta och sammanställa kunskap om faktorer som har betydelse för att skapa friska och välmående arbetsplatser inom hälso- och sjukvården. En sammanställning av olika interventioner och deras effekter gör det möjligt att få kunskap om hur friska och välmående arbetsplatser kan skapas inom hälso- och sjukvården. I denna rapport definieras interventioner som medvetna ansträngningar för att åstadkomma en önskad förändring. Interventioner kallas även insatser, initiativ, åtgärder eller program.

Denna rapport redovisar en systematisk litteraturöversikt för att sammanställa kunskap om effekter av arbetsplatsnära interventioner som syftar till att åstadkomma förbättrad psykosocial arbetsmiljö (begreppet förklaras i avsnitt 2) i hälso- och sjukvården. En sammanfattning görs av effekterna av dessa interventioner. Kunskapssammanställningen bygger på en analys av systematiska översikter (termen ”översikter” används fortsättningsvis). Denna typ av studie anses vara effektiv när man vill sammanfatta kunskapsläget och få en överblick över ett visst område eller en specifik forskningsfråga.

Sammanställningen bygger på översikter som har bedömts vara väl utförda och relevanta med avseende på följande frågeställningar:

- Vilka översikter har undersökt arbetsplatsnära interventioner för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön i hälso- och sjukvården? Redovisas i avsnitt 6.1–6.4 samt appendix.
- Vilka resultat har dessa interventioner enligt dessa översikter? Redovisas i avsnitt 6.5–6.7.

Intresse riktas också mot svenska originalstudier ingående i inkluderade översikter eller identifierade i extra sökningar med fokus på svensk kontext:

- Vilka resultat redovisas beträffande svenska originalstudier som har undersökt arbetsplatsnära interventioner för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön i hälso- och sjukvården? Redovisas i avsnitt 6.8.
- Vilka resultat redovisas i andra studier och rapporter, i en svensk kontext, som har undersökt arbetsplatsnära interventioner för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön i hälso- och sjukvården? Redovisas i avsnitt 6.9.

Kunskapssammanställningen inleds med en redovisning av centrala begrepp. Därefter presenteras en modell som åskådliggör sambandet mellan den psykosociala arbetsmiljön och olika effekter och konsekvenser som denna arbetsmiljö kan ge upphov till. Modellen är utgångspunkt för en sammanfattning av forskningsresultat beträffande hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö. Detta följs av ett metodavsnitt som beskriver tillvägagångssättet i undersökningen av olika interventioner för förbättrad psykosocial arbetsmiljö i hälso- och sjukvården. Därefter redovisas resultaten i förhållande till frågeställningarna. Kunskapssammanställningen avslutas med en diskussion av resultaten.

2. Grundläggande begrepp

Kunskapssammanställningen fokuserar på arbetsplatsnära interventioner för att reducera psykosociala arbetsmiljöproblem i hälso- och sjukvården. Syftet med dessa interventioner är att förbättra hälsa och välbefinnande samt förebygga icke-önskvärda konsekvenser, till exempel i form av låg arbetstillfredsställelse eller bristande patientsäkerhet. Flera begrepp är viktiga att klargöra i detta sammanhang, bland annat psykosocial arbetsmiljö och risk- och friskfaktorer beträffande psykosocial arbetsmiljö och arbetsplatsnära interventioner.

Begreppet **psykosocial** innebär ett förhållningssätt där individer förstås både ur ett psykologiskt och ett socialt perspektiv. Ordet ”psykosocial” används om samspelet mellan människors sociala omvärld och deras sätt att reagera på den. Psykosociala faktorer avser således individen i relation till sitt sociala sammanhang.

Samspelet mellan den sociala arbetsmiljön och individen skapar det som kallas för **psykosocial arbetsmiljö**. Den psykosociala arbetsmiljön är den miljö i vilken individen verkar och utför sina arbetsuppgifter. Begreppet tolkas vanligen brett, så att den psykosociala arbetsmiljön innefattar sådant som har att göra med vår psykiska hälsa på arbetsplatsen, till exempel trivsel med arbetet och kollegor, hur meningsfullt vi upplever vårt arbete vara, vårt inflytande över vår arbetssituation och vilka möjligheter som finns till personlig utveckling (1).

Det finns olika **risk- och friskfaktorer** som har betydelse för den psykosociala arbetsmiljön på olika arbetsplatser och i olika verksamheter, inklusive hälso- och sjukvården. Riskfaktorer är förhållanden som ökar risken för uppkomst av ohälsa, medan friskfaktorer (även benämnda skyddande faktorer) är förhållanden som främjar hälsa. En riskfaktor för ohälsa för vårdpersonal kan till exempel vara hög arbetsbelastning, medan en friskfaktor är stöd från ledning och kollegor. Modeller som Job Demand Control Support (2) och Effort-Reward Imbalance (3) beskriver negativa effekter på hälsa och välbefinnande som ett resultat av en ogynnsam balans mellan olika risk- och friskfaktorer i en verksamhet. Kunskapssammanställningens fokus är på interventioner som ytterst syftar till att reducera inverkan av riskfaktorer och/eller förstärka påverkan från friskfaktorer.

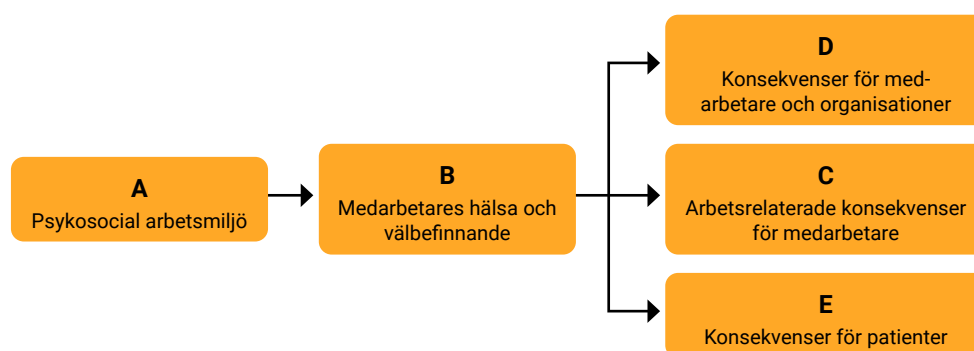
Interventioner är medvetna ansträngningar för att förändra ett förutsägbart förlopp och/eller önskat tillstånd (4). Begreppet kan förstås med hänvisning till ordets latinska ursprung: *inter* betyder ”mellan” och *venire* ”komma”, det vill säga en intervention är något som ”kommer emellan” och förändrar ett skeende. Interventioner benämns även insatser, initiativ, åtgärder eller program. Interventionsstudier kan utföras som experiment, vilket innebär att forskaren manipulerar eller påverkar det som studeras, till exempel ett utbildningsprogram för att förbättra ledarskapet inom primärvården i en region.

Inre validitet eftersträvas, det vill säga möjligheten att dra slutsatser om att interventionen (den oberoende variabeln) orsakade de förändringar som uppstod (beroende variabler).

Psykosociala arbetsmiljöinterventioner syftar till att påverka den psykosociala arbetsmiljön, det vill säga de olika risk- och friskfaktorerna. Kunskaps-sammanställningen fokuserar på arbetsplatsnära interventioner, det vill säga interventioner som har genomförts på eller i nära anslutning till arbetsplatsen. Interventionen ska ha initierats av eller involverat arbetsgivare. Forskning om insatser via företagshälsovården har endast inkluderats om dessa bedömts utgöra en intervention enligt denna definition.

3. En modell för hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö

Figur 1 åskådliggör sambandet mellan den psykosociala arbetsmiljön (A) och effekter på individers hälsa och välbefinnande (B) samt arbetsrelaterade konsekvenser för dessa individer (C), konsekvenser på kollektiv nivå, det vill säga för medarbetare och organisationen i stort (D), och konsekvenser för patienter (E). Modellen har använts för att skapa en struktur för redovisning av de olika utfall som beskrivs i de olika översikterna.



Figur 1: Modell som beskriver sambanden mellan psykosocial arbetsmiljö och medarbetare, organisation och patienter

Figuren illustrerar att aspekter av den psykosociala arbetsmiljön (A), exempelvis hög arbetsbelastning, begränsat handlingsutrymme eller gott stöd i arbetet, kan påverka individers hälsa och välbefinnande (B), till exempel i form av utmattning och förändrad livskvalitet, vilket i sin tur kan ge upphov till olika konsekvenser när det gäller arbetstillfredsställelse (C), organisationsklimat och produktivitet (D) samt kvaliteten på patientvården (E).

Sambanden mellan modellens komponenter har huvudsakligen studerats i form av tvärsnittsstudier, vilket utesluter möjligheter att fastställa kausala samband. Pilarna i figuren visar de förmodade kausala relationer som brukar beskrivas i arbetslivsforskning. Översikter som undersöker risk- och/eller friskfaktorer (A), effekter på hälsa och välbefinnande (B) och arbetsrelaterade konsekvenser (C) har i allmänhet fokus på individnivå, vilket innebär att de inte fångar modellens två ”kollektiva” komponenter (D, E).

Det som undersöks i kunskapssammanställningen är arbetsplatsnära interventioner som syftar till att främja hälsa och välbefinnande hos personalen och reducera eller eliminera brister i hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö (A) så att negativa effekter (B) och oönskade konsekvenser (C, D, E) kan undvikas och positiva effekter kan förstärkas.

4. Vad vet vi om hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö?

Detta avsnitt syftar till att översiktligt sammanfatta forskning kring hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö. Många olika men delvis överlappande begrepp förekommer i denna forskning. Därtill används många olika instrument och metoder för att studera arbetsmiljön. Dessa omständigheter gör det svårt att sammanfatta viktiga fynd i denna forskning annat än på en förhållandevis generell nivå. Den intresserade rekommenderas att läsa de enskilda översikterna och/eller de specifika originalstudierna.

Psykosocial arbetsmiljö (A): riskfaktorer

Forskningen har identifierat många brister i hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö. I viss omfattning återfinns samma problem som i andra verksamheter och sektorer, men det finns också problem som förefaller vara särskilt påtagliga i denna miljö (5-7). Följande risker är särskilt ofta återkommande i studier av hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö:

- Hög arbetsbelastning
- Tidspressat arbete
- Begränsad handlingsfrihet/autonomi
- Konflikt mellan arbete och fritid
- Rollkonflikt mellan patientrelaterat och administrativt arbete
- Höga krav från personen själv, ledning, kollegor och patienter
- Moralisk stress (upplevelsen av att inte kunna agera på det sätt man själv uppfattar som det moraliskt rätta)
- Bristfälligt arbetsklimat
- Bristfälligt socialt stöd från ledning och kollegor

Ovan redovisade riskfaktorer bör inte betraktas isolerat från varandra. Snarare finns det ett ömsesidigt beroende mellan många olika faktorer. Det är till exempel uppenbart att arbetsklimatet påverkas av den grad av socialt stöd som medarbetare upplever. På motsvarande sätt kan administrativt arbete för en kliniker i vården (något som vissa studier beskriver som "illegitimt arbete") resultera i högre arbetsbelastning samtidigt som denna arbetsbelastning förstärker rollkonflikten mellan patientrelaterat och administrativt arbete (8–10).

Psykosocial arbetsmiljö (A): friskfaktorer

Friskfaktorer, även benämnda skyddande faktorer, är förhållanden som påverkar den psykosociala arbetsmiljön på ett gynnsamt sätt, så att negativ arbetsrelaterad stress kan undvikas, vilket är av godo för medarbetares hälsa och välbefinnande. Friskfaktorer har inte studerats i samma omfattning som riskfaktorer (11). Det innebär att kunskapen om hur dessa faktorer korrelerar med olika effekter och konsekvenser är mer begränsad. För att kunna bekräfta kausala samband mellan å ena sidan frisk- eller riskfaktorer och å andra sidan olika utfall krävs interventionsstudier. Flertalet friskfaktorer är ”spegelbilder” av riskfaktorer.

Resultat beträffande friskfaktorer kan summeras enligt följande (12):

- Lagom arbetsbelastning
- Tillräckligt med tid
- Handlingsfrihet/autonomi
- Lagom krav från personen själv, ledning, kollegor och patienter
- Bra arbetsinnehåll (variation, stimulans, meningsfullhet, tydlighet, etc.)
- Erkännande för ens arbete och prestationer
- Positivt arbetsklimat
- Socialt stöd från ledning och kollegor

Det finns ett ömsesidigt beroende mellan olika friskfaktorer så att de påverkar varandra, på motsvarande sätt som gäller riskfaktorerna (2, 13). Således har förmodligen socialt stöd från ledning och kollegor, liksom erkännande för goda prestationer, stor betydelse för att arbetsklimatet ska upplevas som positivt.

Effekter på individers hälsa och välbefinnande (B)

Forskning om hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö har kopplat samman många av de ovan nämnda faktorerna med medarbetares hälsa och välbefinnande. Många överlappande begrepp och olika mätinstrument förekommer i denna forskning, men fynden kan generaliseras och summeras i form av fem återkommande typer av negativa effekter:

- Arbetsrelaterad stress
- Utbrändhet
- Depression
- Självmodstankar
- Dålig livskvalitet

Utbrändhet har tre komponenter enligt en vedertagen definition av Maslach et al. (14): emotionell utmattning, upplevelse av överklighet och främmandeskap inför en själv; samt en känsla av minskad professionell prestation (”emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment”).

Arbetsrelaterade konsekvenser på individnivå (C)

Många tvärsnittsstudier har konstaterat samband mellan den psykosociala arbetsmiljön, dess effekter på medarbetares hälsa och välbefinnande och dess arbetsrelaterade konsekvenser. Följande är vanligt förekommande konsekvenser som har identifierats i forskning om hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö (15-18):

- Ökad intention att sluta arbetet ("turnover intentions")
- I förtid avslutad anställning
- Minskad arbetstillfredsställelse
- Minskat engagemang i arbetet
- Försämrade arbetsprestation
- Ökad sjukfrånvaro

Konsekvenser på kollektiv nivå (D)

Konsekvenser har också studerats och identifierats på olika kollektiva nivåer även om denna forskning är betydligt mindre omfattande än den med ett individfokus. Återkommande konsekvenser som framkommit i tvärsnittsbaserad forskning om hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö är följande (19, 20):

- Försämrade teamsamarbete
- Försämrade arbetsklimate
- Ökade kostnader för verksamheten
- Minskad produktivitet

Konsekvenser för patienter (E)

Avslutningsvis kan den psykosociala arbetsmiljöns effekter på medarbetares hälsa och välbefinnande få konsekvenser för hälso- och sjukvårdens patienter. Forskning som bygger på tvärsnittsstudier har identifierat tre huvudsakliga konsekvenser (17):

- Försämrade vårdkvalitet
- Försämrade patientnöjdhet
- Försämrade patientsäkerhet

5. Metod

Kunskapssammanställningen är baserad på systematiska sökningar efter systematiska litteraturöversikter (benämns ”översikter” i kunskapssammanställningen). Dessa översikter sammanställer originalstudier med fokus på arbetsplatsnära interventioner som syftar till att åstadkomma förbättrad psykosocial arbetsmiljö i hälso- och sjukvården. Genom att summera information från flera översiktsartiklar erhåller man en översikt av den forskning som finns inom fältet.

Utöver internationella litteraturöversikter gjordes sökningar med en avgränsning till en svensk kontext för att identifiera originalstudier, avhandlingar samt grå litteratur som redovisar resultat från interventioner som syftar till att åstadkomma förbättrad psykosocial arbetsmiljö i hälso- och sjukvården i Sverige. Databassökningarna kompletterades med sökningar efter relevanta publikationer på organisationers och myndigheters webbplatser (Afa Försäkring, Arbetsmiljöverket, Landsorganisationen i Sverige (LO), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Sveriges Läkarförbund). På webbsidorna söktes brett på ämnet arbetsmiljö.

Sökstrategier och avgränsningar

De sökstrategier som har använts är utformade i samråd med en informations-specialist. Den information som söks utgår från den så kallade PICO-strukturen (population-intervention-kontroll-utfall):

- **Populationen** utgörs av medarbetare inom hälso- och sjukvården.
- **Interventionerna** är arbetsplatsnära och har fokus på psykosocial arbetsmiljö i hälso- och sjukvården. Interventionerna kan vara riktade mot individer, grupper, chefer eller hela organisationen.
- En eller flera **kontrollgrupper** krävs vanligen för att man ska kunna uttala sig om hur pass effektiv en intervention är. Eftersom sökningen begränsas till översikter som bygger på originalstudier utifrån specifika sökstrategier, ställs inga krav på kontrollgrupp i översikterna. Inte heller i sökningarna i svensk kontext ingick kontrollgrupp i sökstrategin.
- **Utfallen** i de inkluderade översikterna är en eller flera av de komponenter vi beskriver i ABCDE-modellen, det vill säga utfall i form av påverkan på individers hälsa och välbefinnande (B), arbetsrelaterade konsekvenser för dessa individer (C), konsekvenser på kollektiv nivå, det vill säga för medarbetare och organisationen i stort (D) samt konsekvenser för patienter (E).

Hälso- och sjukvård och medarbetare i denna sektor har definierats brett. Det innebär att även vård och omsorg i kommuners regi och motsvarigheter i andra länder ingår. Samtliga personalkategorier ingår, oavsett om det handlar om legitimerade hälso- och sjukvårdsyrken eller icke-legitimerad personal.

Ytterligare avgränsningar

Vid gallring och relevansbedömning har ytterligare avgränsningskriterier fastställts. För studier i en internationell kontext har avgränsning gjorts till studietypen systematiska litteraturöversikter och Health Technology Assessment-rapporter som är skrivna på engelska, svenska, norska eller danska och har analyserat kvantitativa data avseende arbetsplatsnära interventioner (det vill säga interventionen har genomförts på eller i nära anslutning till arbetsplatsen).

Följande översikter har exkluderats:

- Översikter där man inte har studerat en population som är verksam i hälso- och sjukvården.
- Översikter där man enbart undersöker effekten av rehabilitering, med det huvudsakliga syftet att förbättra hälsan och/eller stimulera återgång i arbete hos de medverkande.
- Översikter där populationen endast utgörs av personer med ett specifikt hälsotillstånd, till exempel cancer, HIV eller hjärnskada.
- Översikter där man undersöker effekter av företagshälsovård, såvida denna inte ges inom ramen för en i övrigt definierad arbetsplatsnära intervention för att påverka den psykosociala arbetsmiljön.
- Översikter av interventioner som är initierade av enskilda individer eller externa aktörer som till exempel företagshälsovård eller försäkringsbolag, det vill säga interventioner som inte kan karaktäriseras som arbetsplatsinterventioner.
- Översikter av effekter av ledarskap och/eller organisationsförändringar.
- Översikter där man enbart undersöker interventioners effekt på följande utfall: surrogatmått som biologiska eller immunologiska markörer; läkemedelsanvändning; matvanor; dryckesvanor; drogvänor; arbetsskador; våld och brott; säkerhet eller motsvarande.
- Översikter där frågeställningen enbart avser implementering eller genomförbarhet av interventioner.
- Översikter där majoriteten av studierna (och/eller populationerna) kommer från icke-västerländska länder, eftersom de sannolikt har mer begränsad giltighet för svenska och västerländska förhållanden.
- Översikter som begränsat sin sökning till studier från endast ett land eller en region.

För studier och rapporter (i form av originalstudier, avhandlingar och grå litteratur) i svensk kontext har följande litteratur exkluderats:

- Studier/rapporter som inte gäller en population som är verksam i hälso- och sjukvården.
- Studier/rapporter där man enbart undersöker effekten av rehabilitering, med det huvudsakliga syftet att förbättra hälsan och/eller stimulera återgång i arbete hos de medverkande.

- Studier/rapporter där populationen endast utgörs av personer med ett specifikt hälsotillstånd, till exempel cancer, HIV eller hjärnskada.
- Studier/rapporter där man undersöker effekter av företagshälsovård, såvida denna inte ges inom ramen för en i övrigt definierad arbetsplatsnära intervention för att påverka den psykosociala arbetsmiljön.
- Studier/rapporter som beskriver interventioner som är initierade av enskilda individer eller externa aktörer som till exempel företagshälsovård eller försäkringsbolag, det vill säga interventioner som inte kan karaktäriseras som arbetsplatsinterventioner.
- Studier/rapporter som beskriver effekter av ledarskap och/eller organisationsförändringar.
- Studier/rapporter där man enbart undersöker interventioners effekt på följande utfall: surrogatmått som biologiska eller immunologiska markörer; läkemedelsanvändning; matvanor; dryckesvanor; drogvanor; arbetsskador; våld och brott; säkerhet eller motsvarande.
- Studier/rapporter där frågeställningen enbart avser implementering eller genomförbarhet av interventioner.

Litteratursökningar

Litteratursökningarna har genomförts i databaserna Pubmed, PsycINFO och Cinahl. För internationella studier har inga tidsbegränsningar använts. En första sökning efter internationella studier gjordes 11 juni 2019. Denna sökning gjordes ursprungligen till en av Myndigheten för arbetsmiljökunskaps kunskapssammanställningar, Psykosocial arbetsmiljö – hälsa och välbefinnande (Kunskapssammanställning 2020:5). Studier som avsåg hälso- och sjukvården identifierades och valdes ut. En andra sökning genomfördes 21 januari 2022 för att fånga upp referenser som hade tillkommit sedan 2019. Denna sökning byggde på samma söktermer som sökningen från 2019 men med avgränsning till hälso- och sjukvården.

Sökningen efter svenska studier och rapporter genomfördes den 18 oktober 2022. Sökningen tidsbegränsades till 2013–2022. Tio år bedömdes vara en relevant avgränsning för att undvika alltför ålderstigna studier. För svenska originalstudier gjordes en avgränsning till studier publicerade 2022.

För mer information om sökningarna och sökprotokoll, se bilagor.

Urval, relevansbedömning och kvalitetsbedömning

Titlar och sammanfattningar (*abstracts*) till de referenser som identifierades i litteratursökningen granskades av samtliga i forskargruppen (fyra personer). Om gruppen bedömde att något borde läsas i fulltext, beställdes denna hem och lästes av gruppen. Referenser där vi gjorde olika bedömningar lästes av samtliga i gruppen, varvid konsensusbeslut togs huruvida översikten skulle inkluderas eller ej.

Vi bedömde därefter, oberoende av varandra, fulltextartiklarnas relevans utifrån projektets frågeställningar, avgränsningar och kriterier för inkludering och exkludering. Meningsskiljaktigheter löstes alltid genom diskussioner som involverade hela forskargruppen.

Vi har bedömt kvaliteten på översikterna med stöd av de frågor som finns beskrivna i granskningsmallen AMSTAR i den anpassade version som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) använt (21).

Vid bedömning av kvalitet lades tonvikt på följande aspekter:

- Översikten skulle ha en tydligt redovisad frågeställning som var relevant för kunskapssammanställningens frågeställning.
- Översikten skulle ha en förbestämd och redovisad metod: en litteratursökning som bedömdes adekvat (sökning i minst två databaser, flera relevanta sökord och begrepp, dokumenterad sökstrategi).
- Översikten skulle redovisa att screening och gallring av titlar och sammanfattningar hade genomförts av minst två personer oberoende av varandra samt att relevans, kvalitetsbedömning och dataextraktion genomförts av minst två oberoende personer.
- Författarna till översikten ska på något sätt ha utvärderat, dokumenterat och bedömt den vetenskapliga kvaliteten på de studier de inkluderat samt ha beaktat denna information vid formuleringen av sina slutsatser.

Om ovanstående kriterier var uppfyllda, bedömdes en översikt vara av minst måttlig kvalitet.

Ytterligare aspekter har beaktats: 1) huruvida översikten har redovisat inkluderade studiers karaktäristika och resultat; 2) om den använt lämpliga metoder för sammanvägning av resultaten; 3) om den bedömt risken för publikationsbias; samt 4) om den tagit hänsyn till eventuella intressekonflikter. Om samtliga dessa kriterier har varit uppfyllda, har översikten bedömts vara av hög kvalitet. Översikter av hög eller måttlig kvalitet har inkluderats och utgör underlaget för denna kunskapssammanställning.

Svenska originalstudier som inkluderats i någon av de ingående översikterna redovisas i denna rapport. Dessutom redovisas svenska studier och rapporter från sökningen i svensk kontext. Dessa publikationer har inte kvalitetsgranskats eftersom det inte rör sig om översiktsstudier som övriga studier inkluderade i rapporten.

Figur 2 visar kunskapssammanställningens flödesschema över urvals- och granskningsprocessen.



Figur 2: Flödesschema. Asterisken (*) avser 18 översikter från sökningen 2019 som redan var kvalitetsgranskade.

Databassökningen som avgränsades till svensk kontext identifierade 84 referenser till originalartiklar. Dessutom identifierades 56 avhandlingar och 20 rapporter i Swepub när engelska söktermer användes samt 27 avhandlingar och 96 rapporter när svenska termer användes. Sökningar på webbsidor genererade ytterligare 78 träffar. Efter granskning av abstrakt och därefter fulltexter, inkluderades 2 interventionsstudier samt 1 avhandling och 1 rapport från den gråa litteraturen som beskrev interventionsstudier.

6. Resultat

Resultatredovisningen inleds med ett avsnitt som beskriver ”basfakta” om de översikter som identifierades. Redovisningen fortsätter med avsnitt som beskriver och kategoriserar översikternas populationer, interventioner och utfall. Detta följs av avsnitt om resultat angående interventionernas effekter: individinriktade interventioner och organisationsinriktade interventioner som beskrivs i översikterna samt svenska interventioner som redovisas i originalstudier (ingående i översikterna). Slutligen finns ett avsnitt som redovisar sammanfattningar av de studier som identifierades vid sökningar i svensk kontext och som inte ingår i litteraturoversikterna.

Fakta om översikterna

De litteratursökningar som genomfördes och efterföljande urvals- och relevansbedömningar ledde till att 35 översikter identifierades (18 översikter i sökningen fram till juni 2019 och 17 översikter i sökningen som avsåg tiden därefter, fram till januari 2022).

Populationer i översikterna

Alla översikter utgick från hälso- och sjukvården som arbetsplats. Med utgångspunkt i de identifierade och granskade översikterna delades studierna in i tre kategorier utifrån vilken population som studerades:

- 1) Sjuksköterskor
- 2) Läkare
- 3) Blandad hälso- och sjukvårdspersonal

Översikter som tillhör kategori 3 undersöker blandade studiepopulationer, med deltagare från olika yrken i hälso- och sjukvården. Tabell 1 redovisar vilka studiepopulationer som undersöktes i de 35 inkluderade översikterna.

Tabell 1: Studiepopulation i de granskade översikterna.

Kategori	Antal översikter	Översikter (och kommentarer)
Sjuksköterskor	9 översikter	Sjuksköterskor generellt sett om ej annat anges inom parentes. Chen & Lou (30) (nyregistrerade sjuksköterskor); Zhang et al. (31) (nyutexaminerade sjuksköterskor); Lee et al. (42); Guillaumi et al. (40); Häggman-Laitila & Romppanen (43) (sjuksköterskor i ledande position); Niskala et al. (45); Paguio et al. (35) (sjuksköterskor på sjukhus); Stanulewicz et al. (44); Jung et al. (41) (sjuksköterskor på sjukhus).
Läkare	8 översikter	Läkare generellt sett om ej annat anges inom parentes. Murray et al. (25) (allmänläkare); West et al. (28); Clough et al. (24); Fox et al. (37); DeChant et al. (27); Petrie et al. (39); Venegas et al. (38); Scheepers et al. (36).
Blandad hälso- och sjukvårdspersonal	18 översikter	Eventuella preciseringar anges inom parentes. Ruotsalainen et al. (22); Buchberger et al. (23); Ruotsalainen et al. (34); Hill et al. (53) (personal i palliativ vård på hospices, sjukhus och i "community settings"); Brand et al. (29) (personal på sjukhus och i "community healthcare"); Gilmartin et al. (47) (personal på sjukhus); Lamothe et al. (46); Panagioti et al. (57) (70 % läkare); Williams et al. (32); Lomas et al. (48); Spinelli et al. (49); Melnyk et al. (50) (läkare och sjuksköterskor); Imbulana et al. (55) (personal i intensivsjukvård); Kletter et al. (54); Kriakous et al. (52); Morley et al. (33); Salvado et al. (51) (personal i primärvård); Stuber et al. (56).

Av tabell 1 framgår att drygt hälften (n=18) av de identifierade översikterna hade ett brett fokus på hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett i vilken miljö de är verksamma. Nio översikter hade fokus på sjuksköterskor, medan åtta översikter avsåg läkare.

Interventioner i översikterna

De arbetsplatsnära interventioner för förbättrad psykosocial arbetsmiljö i hälso- och sjukvården som beskrivs i de granskade översikterna, kan grovt indelas i individinriktade och organisationsinriktade interventioner. Därtill förekommer interventioner som inte enkelt kan klassificeras som individ- eller organisationsinriktade, vilka vi har valt att hänföra till en övrig-kategori.

Individeriktade interventioner

[illegible]

Gemensamt för de allra flesta individinriktade interventionerna är att de primärt syftar till att främja medarbetares mentala hälsa och välbefinnande genom olika typer av träning, till exempel i mindfulness för att hantera arbetsrelaterad stress. Även insatser inriktade mot fysisk hälsa kan förekomma, till exempel fysiska träningsprogram och kostrådgivning. Individinriktade interventioner genomförs vanligen i grupp. Noterbart är dock att många beskrivningar av individinriktade interventioner inte definierar själva innebörden i begreppet, utan i stället redovisar olika exempel på denna typ av interventioner.

Organisationsinriktade interventioner

På motsvarande sätt får de organisationsinriktade interventionerna olika benämningar, men "organisation-directed interventions" (26, 27) och "organizational interventions" (22) förefaller vara de vanligaste termerna. Det saknas en enhetlig beskrivning av innebörden i organisationsinriktade interventioner. I de flesta översikter definieras denna typ av intervention med hjälp av exemplifieringar. Det finns emellertid vissa gemensamma drag i dessa beskrivningar. Det handlar om interventioner som fokuserar på arbetssituationen och/eller organisationen, i syfte att på det sättet reducera arbetsrelaterad stress och förbättra medarbetares hälsa och välbefinnande. Om individinriktade interventioner kan sägas försöka förändra medarbetarna, eftersträvar organisationsinriktade interventioner att förändra medarbetarnas arbetsrelaterade förutsättningar.

Ruotsalainen et al. (22) beskriver organisationsinriktade interventioner som att de "är inriktade på organisatoriska eller sociala miljöer", vilket exemplifieras med "organisatorisk omstrukturering, träning och förändrad jobbdesign". West et al. (28) menar att dessa interventioner utgörs av "förändrade arbetspasstider, olika modifieringar av kliniska arbetsprocesser och kortare arbetspass". Panagioti et al. (26) anser att denna typ av intervention kan inbegripa såväl "enkla förändringar i arbetsscheman och reducering av arbetsbelastning" som "mer ambitiösa förändringar av processer och hela hälso- och sjukvårdsorganisationer". De exemplifierar detta med "förbättrat teamarbete, förändringar i utvärdering av arbete, övervakning för att reducera kraven från arbetet och stärka kontrollen över arbetet samt öka nivån av inflytande i beslutsfattande".

I stället för organisationsinriktade interventioner använder Brand et al. (29) begreppet "whole-system approaches", med vilket de avser interventioner som riktas mot samtlig personal i en hälso- och sjukvårdsmiljö. Ruotsalainen et al. (22) använder begreppet "person-work interface interventions" för interventioner som syftar till att förbättra anpassningen mellan personen och organisationen (till exempel rollkonflikt/otydlighet, relationer, medarbetarengagemang i beslutsfattande)".

DeChant et al. (27) gör en uppdelning av organisationsinriktade interventioner i fyra kategorier:

- Teamarbete: till exempel initiativ för att öka ansvaret för ett team, förbättra kommunikationen mellan medarbetare
- Tid: initiativ för att förändra arbetsscheman, arbetstider och liknande
- Övergångar ("transitions"): initiativ för att förändra arbetsprocesser och genomföra policyförändringar
- Teknologi: implementering eller förbättringar av elektroniska hälsoregister

Övriga interventioner

En övrig-kategori bedömdes vara relevant för att fånga upp arbetsplatsnära interventioner som varken är utpräglad individ- eller organisationsinriktade. Exempel på dylika interventioner som förekom i två översikter är mentorsprogram (30, 31). Dessa interventioner är förvisso individfokuserade, men de syftar inte primärt till förbättrad stresshantering eller till att främja hälsa och välbefinnande (det vill säga komponent B i modellen i figur 1) även om sådana effekter kan uppnås. Syftet är snarare att åstadkomma gynnsamma resultat relaterade till arbetsplatsen (komponent C i modellen i figur 1), bland annat ökad arbetstillfredsställelse och att medarbetare inte slutar sin anställning i förtid (30).

Till övrig-kategorin hänförs även så kallade multimodala interventioner (32), även benämnda multikomponentinterventioner (22) och "bundle of interventions" (33). Dessa innebär att flera olika interventioner genomförs parallellt.

Kategorisering av interventionerna

Med vägledning av ovanstående har vi gjort följande kategorisering av arbetsplatsnära interventioner avsedda att främja en god psykosocial arbetsmiljö inom hälso- och sjukvården.

- Individinriktade interventioner. Dessa syftar till att förbättra medarbetares förmåga att hantera arbetsrelaterad stress och andra konsekvenser av brister i den psykosociala arbetsmiljön genom olika former av träning och därigenom främja hälsa och välbefinnande bland de medarbetare som deltar i denna träning.
- Organisationsinriktade interventioner. Dessa syftar till att förändra medarbetares arbetssituation och/eller organisationen som sådan, för att reducera arbetsrelaterad stress och därigenom främja samtliga berörda medarbetares hälsa och välbefinnande.
- Övriga interventioner. Dessa omfattar multimodala interventioner (som utgörs av två eller flera samtidiga interventioner) och interventioner som är svåra att beskriva som individ- eller organisationsinriktade.

I tabell 2 sammanställs information om vilka typer av interventioner som var i fokus i de granskade översikterna. Totalantalet översikter överstiger 35, eftersom flera översikter inkluderade mer än en typ av intervention.

Tabell 2: Interventioner i de granskade översikterna.

Kategori	Antal	Översikter
Individeriktade interventioner	31 översikter	Samtliga förutom 4 översikter: Chen & Lou (30); Zhang et al. (31); Brand et al. (29); DeChant et al. (27).
Organisationsinriktade interventioner	8 översikter	Ruotsalainen et al. (22); Ruotsalainen et al. (34); West et al. (28); Brand et al. (29); Panagioti et al. (26); Williams et al. (32); DeChant et al. (27); Paguio et al. (35)
Övriga interventioner	6 översikter	Ruotsalainen et al. (22); Chen & Lou (30); Ruotsalainen et al. (34); Zhang et al. (31); Williams et al. (32); Morley et al. (33).

Tabell 2 visar på en stor övervikt av översikter som undersökte individeriktade interventioner (n=31). Samtliga översikter utom fyra inbegrep individeriktade arbetsplatsnära interventioner. Två av undantagen var översikter (30, 31) som undersökte mentorsprogram för sjuksköterskor. Åtta översikter redovisade organisationsinriktade interventioner av olika slag (22, 26–29, 32, 34, 35).

Utfall i översikterna

En stor mängd olika utfall ("outcomes") rapporterades i de granskade översikterna. De allra flesta har dock varit möjliga att kategorisera med vägledning av figur 1. Kategoriseringen av olika utfall försvåras emellertid av de många olika begrepp som förekommer i översikterna. Vissa utfall anges på olika abstraktionsnivå. Således undersöker vissa översikter till exempel mental ohälsa, medan andra översikter specificerar komponenter i detta breda begrepp. Det motsvarande gäller bland annat begrepp som "burnout" och "stress". En annan utmaning är att många begrepp i grunden är identiska eller överlappar varandra trots att olika termer används, till exempel "absenteeism", "sickness absence" och "sick leave" eller "job satisfaction" och "work satisfaction". Tabell 3 bör betraktas som en sammanställning av exempel på studerade utfall.

Tabell 3: Utfall i de granskade översikterna.

Kategori (hänvisning till figur 1)	Antal	Översikter	Undersökta utfall (engelska termer)
Hälsa och välbefinnande (B)	33 över- sikter	Samtliga översikter förutom: Chen & Lou (30); Zhang et al. (31).	Quality of life; Stress; Psycholo- gical strain; Burnout; Depersona- lization; Emotional exhaustion; Emotional health; General health; Psychologi-cal distress; Moral distress; Fatigue; Anxiety; Depres- sion; Satisfaction with life; Spir- itual well-being; Spir-itual integrity; Empathy; Emotional competence; Resilience; Mindful-ness; Relax- ation; Serenity; Self-compassion acceptance; Compassion fatigue; Suicidal ideation; Insomnia; Diver- se fysiologiska utfall (bland annat Body Mass Index (BMI), weight, physical activity, blood pres-sure, heart rate variability och in-take of medicine).
Arbetsrelaterade konsekvenser på individnivå (C)	14 över- sikter	Buchberger et al. (23); Chen & Lou (30); Zhang et al. (31); Guillaumie et al. (40); Gilmartin et al. (47); Häggman- Laitila & Romppanen (43); DeChant et al. (27); Melnyk et al. (50); Niskala et al. (45); Paguio et al. (35); Scheepers et al. (36); Stanulewicz et al. (44); Kletter et al. (54); Stuber et al. (56).	Turnover intentions; Turnover rate (på individnivå); Job satisfaction; Work satisfaction; Motivation; Organizational commitment; Work engagement; Work performance; Competence; Work self-efficacy; Caring efficacy; Communication skills; Work energy; Coping with workload; Role overload; Role boundary; Autonomy; Academic performance; Performance on tasks of attention; Analysis of complex situations; Adherence to evidence-based practice; Sensitivi- ty to patients' experiences; Percep- tion of leadership; Capabilities for transformational leadership.
Konsekvenser på kollektiv nivå (D)	7 över- sikter	Chen & Lou (30); Häggman-Romppanen (43); DeChant et al. (27); Niskala et al. (45); Paguio et al. (35); Stanulewicz et al. (44); Kletter et al. (54).	Teamwork; Sickness absence; Absenteeism; Sick leave; Staff retention; Staff turnover rates; Productivity; Cost-effectiveness; Quality of care.
Konsekvenser för patienter (E)	5 över- sikter	Gilmartin et al. (47); DeChant et al. (27); Paguio et al. (35); Stanulewicz et al. (44); Jung et al. (41).	Patient satisfaction; Diagnostic errors; Adverse events; Errors; Medical negligence; Patient falls.

Det fanns även några rapporterade utfall som inte bedömdes vara egentliga utfall, till exempel hur länge en intervention i form av mentorskap pågick ("Duration of mentoring"), vilket bör ses som ett processmått.

Som framgår av tabell 3 finns det en stor betoning på att undersöka de arbetsplatsnära interventionernas effekter på hälsa och välbefinnande hos hälso- och sjukvårdens medarbetare (komponent B i figur 1). Över 20 olika typer av utfall undersöktes i de 33 översikter som hade fokus på interventioner som syftar till att främja medarbetares hälsa och välbefinnande. Det finns emellertid stor överlappning mellan olika typer av hälso- och välbefinnandeutfall och många olika termer för i grunden samma typ av utfall. Fokus i de flesta översikter var på mental hälsa, men det fanns även översikter som redovisade interventioner inriktade mot fysisk hälsa.

Interventioner med fokus på arbetsrelaterade konsekvenser på individnivå (komponent C i figur 1) undersöktes i 14 översikter. Flera olika typer av utfall rapporterades, men något färre än för hälsa och välbefinnande. Även här finns många snarlika och/eller överlappande utfall.

Sju översikter redovisade interventioner där utfall på kollektiv nivå (komponent D i figur 1) undersöktes medan endast fem översikter berörde interventioner där utfall på patientnivå (komponent E i figur 1) förekom.

Översikternas resultat av individinriktade interventioner

Litteratursökningen identifierade totalt 31 översikter som undersökt effekterna av individinriktade interventioner. Sex av dessa översikter studerade även organisationsinriktade interventioner, varför de beskrivs i nästa avsnitt tillsammans med övriga översikter av organisationsinriktade interventioner. Av de 25 översikterna som redovisas här avsåg 6 översikter läkare, medan 6 översikter fokuserade på sjuksköterskor och 13 studerade blandade grupper av hälso- och sjukvårdspersonal. Redovisningen nedan särskiljer översikter som behandlar interventioner riktade mot läkare, mot sjuksköterskor och mot blandade grupper av hälso- och sjukvårdspersonal.

Interventioner riktade mot läkare

De sex översikter som utvärderade individbaserade interventioner riktade mot läkare behandlade effekter av mindfulnessbaserade interventioner för läkares välbefinnande och prestation, interventioner för att öka läkares resiliens, interventioner för hantering av arbetsrelaterad stress och utbrändhet, interventioner för att förbättra psykiskt välbefinnande samt interventioner för att minska självmordstankar och symptom på vanliga psykiska besvär (framför allt ångest och depression) bland läkare. De sex översikterna beskrivs i följande avsnitt.

Scheepers et al. (36) undersökte hur mindfulnessbaserade interventioner påverkar läkares välbefinnande och arbetsrelaterade prestationer. I studiepopulationen ingick både ST-läkare och specialister från olika specialiteter. I översikten ingick 24 originalstudier som identifierades genom en systematisk litteraturgenomgång. De inkluderade originalstudierna var av måttlig vetenskaplig kvalitet på grund av flera metodmässiga brister, bland annat små popu-

lationer, kort tid för uppföljning av de olika interventionerna och brist på randomiserade, kontrollerade studier. I de flesta studierna saknades data för att kunna beräkna effektstorlek eller utföra meta-analyser. Resultaten visade att läkare upplevde vissa positiva effekter av mindfulnessbaserade interventioner, till exempel ökad förståelse för sig själv och andra samt ökat välbefinnande. En nackdel med interventionen var att det kunde vara svårt att få tid att utföra de mindfulnessbaserade övningarna. På grund av de inkluderade studiernas bristande kvalitet kunde man inte dra några slutsatser kring standardiserat införande av mindfulnessbaserade övningar i hälso- och sjukvården. Däremot föreslog författarna att denna intervention skulle kunna erbjudas medarbetare som har ett personligt behov av det.

Två översikter (37, 38) utvärderade effekten av interventioner för att förbättra läkares resiliens. Dessa inkluderade 22 respektive 17 originalstudier. Fox et al. (37) rapporterade bland annat om psykosocial färdighetsträning ("psycho-social skill training intervention"), mindfulnessbaserade interventioner och avslappningsinterventioner. Författarna hade svårt att uttala sig om resultaten på grund av metodmässiga brister i studierna samt oklarheter beträffande hur dessa definierade resiliensbegreppet. Interventionerna i den översikt som sammanstälts av Venegas et al. (38) var snarlika, bland annat stresshanteringskurser, resiliensträning, diskussionsgrupper med inslag av avslappningsövningar och mindfulnessbaserade övningar. Författarna konstaterade att det finns svag evidens för att någon specifik intervention är bättre än någon annan avseende förbättrad resiliens hos läkare. De noterade måttliga förbättringar avseende utbrändhet i observationsstudier, men detta kunde inte styrkas i randomiserade kontrollerade studier där man inte såg denna förbättring.

En annan översikt, Clough et al. (24), utvärderade interventioner för förbättrad hantering av arbetsrelaterad stress och utbrändhet bland läkare. Populationen innefattade ett brett spektrum av läkare från både öppen- och slutenvård. Majoriteten av deltagarna i de inkluderade studierna utgjordes dock av allmänläkare. Totalt inkluderades 23 studier i översikten och man kunde konstatera en minskning av framför allt stressnivåer men också till viss del utbrändhet. Författarna påpekade att de inkluderade studierna är av låg kvalitet och att det finns ett stort behov av randomiserade studier inom området.

I en av översikterna, Murray et al. (25), studerade författarna allmänläkare med fokus på interventioner för att förbättra generellt psykiskt välmående i denna grupp. Interventionerna innefattade bland annat sådana som var KBT-inriktade, fokuserade på stresshanteringsutbildning eller mindfulnessbaserade. På kort sikt såg man en förbättring av generellt psykiskt välmående, till exempel lägre nivåer av psykisk stress eller utbrändhet, och ökad empati, men det fanns inga studier som undersökte hur denna förbättring vidmakthölls. Författarnas bedömning av de inkluderade studierna var att de överlag höll låg kvalitet. De underströk vikten av mer forskning av hög kvalitet inom detta betydelsefulla område.

Petrie et al. (39) undersökte interventioner för att minska självmordstankar och symptom på vanligt förekommande psykiska sjukdomar, framför allt ångest och depression, bland läkare. Dessa interventioner bestod av kognitiv beteendeterapi (KBT) och mindfulness både i grupp och individuellt. Som utfallsmått undersöktes förekomst av depression, ångest, generell psykologisk distress och självmordstankar. Resultatet visar att interventionerna var associerade med en liten minskning av symptom på vanliga psykiska sjukdomar bland läkare. Författarna konstaterar i sin slutsats att det saknas forskning som fokuserar på organisationsinriktade interventioner med fokus på att förbättra läkares psykiska hälsa genom förändringar i den psykosociala arbetsmiljön.

Interventioner riktade mot sjuksköterskor

Av de sex översikter som undersökte interventioner riktade mot sjuksköterskor handlade två om mindfulnessbaserade kropp-och-själ-interventioner; en översikt avsåg interventioner i form av coping-strategier för att reducera utbrändhet bland sjuksköterskor; en undersökte vilka effekter interventioner riktade mot sjuksköterskor i arbetsledande position hade; en undersökte effektiviteten hos livsstilsinterventioner, medan slutligen en avsåg interventioner vars syfte var att öka sjuksköterskors arbetstillfredsställelse. De sex översikterna beskrivs nedan.

De två översikter (40, 41) som undersökte mindfulnessbaserade interventioner, såsom avslappning och meditation, visade något olika resultat och effekter av interventionerna. Jung et al. (41) rapporterade att det inte fanns signifikanta resultat som påvisade att dessa interventioner skulle minska utbrändhet bland sjuksköterskor. En av de inkluderade originalstudierna i översikten visade dock, med statistisk signifikans, att yoga kunde minska förekomsten av vissa av de kriterier som ingår i tillståndet utbrändhet, nämligen avpersonalisering (känsla av överklighet och osäkerhet om den egna identiteten) och emotionell utmattning. I den översikt som genomfördes av Guillaumie et al. (40) kunde man å andra sidan konstatera en viss effekt av mindfulnessbaserade interventioner i form av minskning av ångest och depression. Författarna konstaterade att mindfulnessinterventioner skulle kunna vara en del av arbetsplatsens hälsoprogram.

Lee et al. (42) studerade hur coping-strategier kan minska utbrändhet bland sjuksköterskor. De rapporterade att interventioner i form av coping-strategier (bland annat stresshantering, teambaserat stöd och träning av coping-förmåga) resulterade i minskad utbrändhet bland sjuksköterskor. Effekten höll i sig 6–12 månader post-intervention.

Översikten av Häggman-Laitila och Rompanen (43) studerade effekter av interventioner (stresshantering, ledarskapsutveckling) riktade mot sjuksköterskor i ledande positioner. De inkluderade originalstudierna undersökte en mängd olika utfallsmått, till exempel utbrändhet, stress, ångest och graden av arbetstillfredsställelse. Man såg en viss effekt i form av minskad upplevd stress. Det fanns ingen effekt avseende arbetstillfredsställelse. Författarna drog slutsatsen att interventioner avseende stresshantering var mest framgångsrika

men dessvärre var uppföljningsperioderna korta, varför man inte kunde säga något om effekten på längre sikt. Författarna önskade fler studier av högre kvalitet.

Stanulewicz et al. (44) undersökte hur effektiva livsstilsinterventioner, exempelvis utbildning i stresshantering och känsloreglering samt interventioner för att öka fysisk aktivitet, mindfulness och avslappning, är för sjuksköterskor. De observerade att bäst effekt uppnåddes med avseende på sjuksköterskors välmående, grad av fysiska aktivitet och stressnivå. Beträffande arbetsrelaterade utfallsmått, såsom arbetstillfredsställelse, var effekterna låga till obefintliga.

Niskala et al. (45) undersökte interventioner för att förbättra arbetstillfredsställelsen bland sjuksköterskor. Författarna konkluderade att endast två olika interventioner förbättrade sjuksköterskors arbetstillfredsställelse, nämligen ett program för professionell identitetsutveckling och ett program med själslig inriktning, där deltagarna fick utbildning bland annat i att ta upp etiska frågor, samt att praktisera ett empatiskt förhållningssätt och flexibilitet i vardagen.

Interventioner riktade mot blandad hälso- och sjukvårdspersonal

Totalt 13 översikter identifierades där interventionerna var riktade mot hälso- och sjukvårdspersonal utan fokus på en specifik yrkesgrupp. Majoriteten av dessa översikter, åtta stycken, handlade om mindfulnessbaserade och psykosociala interventioner. Resterande översikter undersökte interventioner för att minska moralisk stress (stress som uppstår i situationer där man förhindras att följa sin moraliska kompass), ledarskapsinterventioner för att förbättra medarbetares psykiska hälsa, interventioner för att förbättra läkares och sjuksköterskors psykiska och fysiska hälsa och livsstil, samt hälsofrämjande interventioner på arbetsplatsen. De 13 översikterna beskrivs nedan.

Sex av de översikter som undersökte mindfulnessbaserade interventioner (46–51) rapporterade positiva effekter av interventionerna i form av sänkta nivåer av bland annat utbrändhet, ångest och depression. Samtidigt kommenterade dessa författare originalstudiernas bristande kvalitet, bland annat avseende lågt deltagarantal. En översikt av Kriakous et al. (52) rapporterade sådana positiva effekter på ångest och depression, men mindfulness var inte lika effektivt med avseende på minskning av utbrändhet eller ökning av resiliens. Övriga interventioner (till exempel positiv psykologi, det vill säga vetenskapen om människans inneboende resurser och hur dessa kan utvecklas) visade viss positiv effekt på hälso- och sjukvårdspersonals välmående men de inkluderade originalstudierna var av bristande kvalitet. Hill et al. (53) och Kletter et al. (54) efterfrågade ytterligare forskning inom området för att kunna säkerställa effekterna av denna typ av interventioner.

De översikter som utfördes av Morley et al. (33) och Imbulana et al. (55) undersökte interventioner som syftar till att minska moralisk stress hos hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel självreflektion, reflektion/debriefing i grupp och narrativt skrivande. Imbulana et al. (55) fokuserade specifikt på

medarbetare inom intensivvården, medan Morley et al. (33) undersökte effekten på hälso- och sjukvårdspersonal generellt. Resultaten visade på en viss minskning av moralisk stress hos medarbetarna, men det fanns även originalstudier i översikten som inte kunde påvisa någon effekt överhuvudtaget.

Buchberger et al. (23) undersökte studier med interventioner i form av bland annat stresshanteringskurser, konflikthanteringsprogram och erfarenhetsutbyte mellan kollegor. Resultaten visade bland annat att medarbetare upplevde mer positiva känslor avseende kollegor, patienter men också sig själva. Medarbetare hanterade också arbetsbelastning på ett bättre sätt efter interventionerna.

Den återstående översiktsartikeln, Stuber et al. (56), undersökte interventioner för ledare/chefer inom hälso- och sjukvården och vilka effekter dessa har på medarbetares psykiska välmående. Interventionerna kunde till exempel bestå av mentorsprogram eller utbildningsprogram kring positiv feedback och dess relation till medarbetares psykiska välmående. I fyra av de sju inkluderade studierna sågs positiva effekter på medarbetares psykiska hälsa (till exempel graden av tillfredsställelse med arbetsplatsen, arbetsrelaterad stress, självrapporterad psykisk stress).

Översikternas resultat av organisationsinriktade interventioner

Organisationsinriktade interventionsstudier ingår i 8 av de 35 översikterna. Två av de identifierade översikterna undersökte enbart studier med organisationsinriktade interventioner (27, 29), medan övriga sex översikter omfattade studier med både organisations- och individinriktade interventioner (22, 26, 28, 32, 34, 35).

Fyra av översikterna undersökte hälso- och sjukvårdspersonal generellt sett och i olika vårdssammanhang (22, 26, 32, 34). Två av översikterna hade fokus på läkare (27, 28) och en översikt studerade endast sjuksköterskor (35). I samtliga översikter undersöktes resultat i form av påverkan på hälso- och sjukvårdspersonalens hälsa och välbefinnande (komponent B i modellen). I två översikter (27, 35) studerades även arbetsrelaterade konsekvenser (komponent C) samt konsekvenser på kollektiv nivå (komponent D) och patientkonsekvenser.

Interventioner riktade mot läkare

West et al. (28) undersökte i sin översikt effekter av interventioner för att förebygga och minska utbrändhet bland läkare. Översikten omfattar 15 randomiserade kontrollerade prövningar och 37 observationsstudier (kohortstudier). Av dessa var totalt 20 studier organisationsinriktade (3 randomiserade studier och 17 observationsstudier). Organisationsinriktade arbetsplatsnära interventioner (benämnda strukturella interventioner i översikten) utgjordes exempelvis av förkortade arbetspass för läkare och/eller modifiering av läkares arbetsprocesser. Enligt översikten kan både individ- och organisationsinriktade interventioner reducera utbrändhet bland läkare. Författarna menar att inga

studier har undersökt effekter av kombinationer av individ- och organisationsinriktade interventioner. De bedömer att kombinationer kan vara mest effektiva då de anser att båda typerna av interventioner krävs för att reducera utbrändhet. Samtidigt påpekar de att randomiserade studier med fokus på organisationsinriktade interventioner är ovanliga och de efterfrågar sådana studier. Därtill behövs enligt författarna såväl bedömningar av interventioners genomförbarhet som kostnadsberäkningar.

Panagioti et al. (26) studerade effekter av interventioner för att minska utbrändhet hos läkare. Man undersökte i vilken utsträckning olika typer av interventioner (riktade mot läkare eller organisationsinriktade), läkares egenskaper (yrkeserfarenhet) och vårdmiljöer (primär eller sekundär hälso- och sjukvård) var associerade med förbättringar beträffande utbrändhet. Urvalet av studier utgjordes av randomiserade prövningar och kontrollerade före/efter-studier av interventioner riktade mot läkares utbrändhet. Nitton studier inkluderades. Översikten konkluderade att organisationsinriktade interventioner var förknippade med medelstora, signifikanta minskningar av utbrändhet. Dessa interventioner berörde bland annat arbetsbelastning, schemaläggning, kommunikation, teamarbete, kvalitetsarbete samt diskussionsgrupper. En slutsats är att de organisationsinriktade interventionerna kan vara effektiva och ha många fördelar för att minska utbrändhet bland läkare. Dock kommer denna evidens från studier i olika läkargrupper och sjukvårdsmiljöer; vidare var organisationsinriktade interventioner få/sällsynta. Författarna menar att detta understryker behovet av organisationsinriktade interventioner eftersom utbrändhet är ett problem för hela hälso- och sjukvårdsorganisationen, snarare än för individer.

I den översikt som utförts av DeChant et al. (27) var syftet att bedöma effekten av organisationsinriktade arbetsplatsinterventioner på utbrändhet, stress och arbetstillfredsställelse. Fokus var på läkare i olika hälso- och sjukvårdsmiljöer. Översikten inkluderade totalt 50 studier. Enligt författarna var de flesta studierna av dålig kvalitet. De efterlyste fler randomiserade kontrollerade studier för att man på ett adekvat sätt ska kunna testa effekter av organisationsinriktade interventioner på läkares utbrändhet. Författarna pekade dock på viss evidens från organisationsinriktade interventionsstudier av hög kvalitet rörande minskning av utbrändhet bland läkare. I dessa studier bestod interventionerna av att förbättra arbetsplatsprocesser, främja teambaserad vård och minska den administrativa börda som elektroniska hälsojournaler kunde ge upphov till. Vidare visades att interventioner som handlade om förändringar av arbetsscheman avsevärt minskade utbrändhet hos läkare.

Interventioner riktade mot sjuksköterskor

Den översikt som gjordes av Paguio et al. (35) syftade till att utvärdera aktuell evidens om effekter av interventioner riktade mot sjuksköterskor. De identifierade 14 studier. Översikten visade på organisationsinriktade interventioner som förbättrade sjuksköterskors arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse, autonomi och ledarskap i arbetet. Kännetecknen på effektiva interventioner var fokus på arbetsmiljöns processförbättringar, användning av en ”participatory approach”

som interventionsstrategi, samt involvering av både sjuksköterskor på frontlinjenivå och chefssjuksköterskor, liksom att implementeringen ska äga rum på enhetsnivå. Översikten observerade en påtaglig blandning av studier, vilket gjorde det svårare att dra generella slutsatser om vilka organisationsinriktade interventioner som enligt evidensen är bäst lämpade att förbättra sjuksköterskors arbetsmiljö. Författarna pekar på att det finns stora forskningsluckor på området organisationsinriktade interventioner.

Interventioner riktade mot blandad hälso- och sjukvårdspersonal

Ruotsalainen et al. (22) utvärderade effekten av olika interventioner, däribland organisationsinriktade, för att minska arbetsrelaterad stress bland hälso- och sjukvårdspersonal. En systematisk litteratursökning gjordes för att identifiera litteratur som hade fokus på att minska stress och utbrändhet bland vårdpersonal. Översikten inkluderar 19 studier där de organisationsinriktade interventionerna kategoriserades som organisatoriska och relaterade till "person-work interface". Dessa interventioner fokuserade på förändringar i den organisatoriska och sociala miljön på arbetsplatsen, t.ex. i form av delaktighet i beslutsfattandet, organisatorisk omstrukturering och utbildning. Slutsatsen drogs att det föreligger begränsad evidens för en liten, men troligen relevant minskning av stressnivåer som följd av de organisationsinriktade interventionerna bland hälso- och sjukvårdspersonal.

I en senare översikt utvärderade Ruotsalainen et al. (34) olika interventioner med avseende på deras förmåga att förebygga stress i arbetet för hälso- och sjukvårdspersonal. Översikten identifierade 58 studier, varav 21 undersökte organisationsinriktade interventioner. De organisationsinriktade interventionerna bestod av förändringar i arbetsförhållanden, organisering av stöd, ökade kommunikationsfärdigheter och förändringar i arbetsscheman. Resultatet visade på låg evidens för att förändringar i arbetsscheman kan leda till minskad stress. Andra organisationsinriktade interventioner hade ingen påtaglig effekt på stressnivåer. Författarna påpekar att deras slutsatser är baserade på ett relativt litet antal studier.

En översikt utförd av Brand et al. (29) syftade till att identifiera "whole-system healthy" arbetsplatsinterventioner i hälso- och sjukvårdsmiljöer för att avgöra om de förbättrar vårdpersonalens hälsa och välbefinnande. Studier inkluderades om de rapporterade resultat av interventioner som inkluderade all vårdpersonal inom en specifik vårdmiljö (till exempel ett sjukhus eller en avdelning) i kollektiva aktiviteter för att förbättra fysisk eller psykisk hälsa och/eller främja hälsosamt beteende. Översikten identifierade elva studier. Forskarna ansåg att studierna gav evidens för att interventioner i "hela systemet" kan förbättra hälsa och välbefinnande samt främja hälsosammare beteenden hos vårdpersonal.

I en översikt sammanställd av Williams et al. (32) var syftet att systematiskt granska litteraturen om interventioner för hälsa och välmående bland hälso- och sjukvårdspersonal för att bedöma deras effektivitet. Totalt identifierades 41 studier. Av dessa omfattade endast fem studier organisationsinriktade interventioner, vilka avsåg förändrade arbetssätt. De organisationsinriktade interventio-

nerna gav upphov till mätbara förbättringar av hälsa och välbefinnande, exempelvis minskning av emotionell utmattning och arbetsrelaterad utmattning, men samtidigt betonar författarna att studierna hade metodologiska brister.

Översikternas resultat av övriga interventioner

Sex översikter behandlade interventioner som tillhörde övrig-kategorin, det vill säga de var varken specifikt individ- eller organisationsinriktade. Ruotsalainen et al. (22, 34) och Williams et al. (32) studerade multimodala interventioner tillsammans med olika individ- och organisationsinriktade interventioner. Dessa översikter har inkluderats bland de organisationsinriktade interventionerna. Även Morley et al. (33) undersökte multimodala interventioner, men studerade även individinriktade interventioner, varför denna översikt behandlas bland de individinriktade interventionerna.

Två översikter (30, 31) undersökte mentorsprogram för sjuksköterskor. De studerade uteslutande nyutexaminerade eller nyblivna sjuksköterskor. Författarna till båda dessa studier kommenterade att det saknas studier med kontrollgrupper där man jämför effektiviteten av mentorsprogram för nyutexaminerade sjuksköterskor med en annan grupp som inte har tillgång till mentorsprogram.

Chen och Lou (30) studerade ett mentorsprogram som bland annat innehöll feedback och reflektionstillfällen samt utveckling av problemlösningsförmåga. De utfallsmått som användes var till exempel personalomsättning, kompetens, arbetstillfredsställelse och kommunikativa färdigheter. Resultaten visade på minskad personalomsättning, minskade kostnader för personalomsättning liksom minskade medicinska misstag. Vidare sågs förbättrad arbetstillfredsställelse, kommunikationsförmåga och kompetens bland sjuksköterskorna liksom förbättrade interpersonella relationer. Författarna drog slutsatsen att mentorsprogram för nyligen registrerade sjuksköterskor kan vara fördelaktiga för både sjuksköterskorna och deras mentorer. Zhang et al. (31) redovisade liknande resultat i form av positiva effekter av mentorsprogram (inkluderande både teknisk och emotionell support) för både sjuksköterskor och mentorer och för organisationen som helhet genom minskad personalomsättning.

Översikternas resultat av svenska interventioner

Relativt få svenska interventionsstudier ingår i de identifierade översikterna. Sju originalstudier identifierades på basis av översikternas redovisning av ingående studier. En (58) av dessa befanns dock inte vara en interventionsstudie eftersom den avsåg hur hälso- och sjukvårdens förändringar har påverkat vårdens kvalitet, personalens förmågor och organisatorisk effektivitet, enligt en enkät till läkare och sjuksköterskor i en region. Det var således ingen medveten, planerad intervention som studerades, varför den exkluderas i denna redovisning. Således redovisas här endast sex svenska originalstudier.

Tre av de sex inkluderade interventionsstudierna studerade hälso- och sjukvårdspersonal generellt sett, medan två studier hade fokus på sjuksköterskor (59, 60) och en studie på läkare (61). Tre av studierna redovisade individinriktade interventioner, medan tre studier kan klassificeras som övrig-kategori-interventioner (59, 62). Samtliga studier utom Öhrling och Hallberg (60) fångade utfall i form av hälsa och välbefinnande (komponent B i modellen). Petterson et al. (59, 63) studerade även arbetsrelaterade konsekvenser (komponent C). Även Öhrling och Hallberg (60) studerade arbetsrelaterade konsekvenser. Så gjorde även Petterson och Arnetz (62) och Bergman et al. (61) som därtill undersökte vissa konsekvenser på kollektiv nivå (komponent D).

Originalstudie: Löck och Arnetz (64)

Löck och Arnetz (64) undersökte hur personalen på en geriatrisk klinik på ett sjukhus påverkades av en organisatorisk förändring. Interventionen beskrivs som ett "empowerment-program" och innebar att 14 personer vid interventionskliniken gruppvis träffade en erfaren legitimerad psykolog regelbundet med start 10 veckor innan den organisatoriska förändringen skulle äga rum och avslutning 10 veckor efter. På grund av schemamässiga svårigheter deltog personalen på dessa gruppmöten varannan vecka. Själva interventionen bestod av två moment. I det första momentet undervisade psykologen om olika typer av stressreaktioner. I det andra momentet uppmuntrades deltagarna till samtal och diskussioner varvid psykologen hade en mer faciliterande roll. När deltagarna träffade psykologen för en avslutande session sammanfattade deltagarna vad de lärt sig och vilka strategier för problemlösning de tyckte var hjälpsamma. Tolv personer på en kontrollklinik på samma sjukhus hade inte tillgång till psykolog på samma sätt som interventionsgruppen. I kontrollgruppen medverkade samma psykolog som i interventionsgruppen endast som observatör vid klinikkens personalmöten. Som utfall studerades olika stressrelaterade biomarkörer. Slutsatsen var att "psykosociala empowerment-program är gynnsamma när organisatoriska förändringar genomförs i hälso- och sjukvårdsmiljöer".

Originalstudie: Petterson och Arnetz (62)

Petterson och Arnetz (62) studerade olika avdelningar på ett större, regionalt sjukhus som arbetade med olika interventioner för att förbättra arbetsmiljön och personalens hälsa. Själva interventionerna beskrivs inte i detalj i artikeln. Personalen på varje avdelning fick fylla i ett frågeformulär för att skapa ett utgångsvärde (en baslinjemätning) beträffande medarbetarnas upplevelse av följande områden: arbetets kvalitet (kompetens och kompetensutveckling, arbetsrelaterade krav, arbetsbelastning, organisatoriskt klimat och tydlighet avseende målbild); stöd i arbetet (socialt klimat, kontroll i arbetet, "coping"); och hälsa (psykosomatiska symptom, utmattning). Dessa områden följdes sedermera upp med ett nytt frågeformulär ett år efter interventionernas genomförande och varje avdelnings resultat jämfördes med de egna tidigare värdena. Varje avdelning fick välja vilka förbättringsmål de ville fokusera på med utgångspunkt i vad baslinjemätningen visat för respektive avdelning. En lokal projektgrupp säkerställde arbetets kontinuitet. Avdelningar med hög aktivitet i förbättringsarbetet jämfördes med avdelningar som utmärktes av låg

aktivitet. Studien visade enligt upphovsmännen att positiva effekter av interventioner på organisatorisk nivå kan uppnås genom en kombination av olika nyckelfaktorer, nämligen förankring i verksamheten innan genomförandet tillsammans med positiv attityd hos medarbetare och engagerade chefer.

Originalstudie: Öhrling och Hallberg (60)

Öhrling och Hallberg (60) studerade olika aspekter av handledning av sjuksköterskor i en kvalitativ intervjustudie. Interventionen bestod av handledning vid sjuksköterskornas kliniska tjänstgöring under det tredje året av deras utbildning. Fokus i studien var på handledarnas erfarenheter. Slutsatsen var att denna handledning kan underlätta sjuksköterskestudenternas lärande och kan utgöra ett slags skydd under deras lärandetid ("sheltering the students when learning").

Originalstudie: Petterson et al. (59)

Petterson et al. (59) undersökte interventioner riktade mot medarbetarna, arbetsplatsen och organisationsnivån i 12 äldreboenden. Syftet med interventionerna var att stärka ("empower") undersköterskor och vårdbiträden för att främja deras hälsa, välbefinnande och arbetsförhållanden samt vårdens kvalitet. Mätningar gjordes genom en enkät före och efter en 18-månaders interventionsperiod. Förändringar i de studerade utfallen var små och inte statistiskt signifikativa. En slutsats vara att mellanchefer bör involveras i projektplanering och beslut.

Originalstudie: Bergman et al. (61)

Bergman et al. (61) studerade hur åtta dialoggrupper, totalt omfattande 60 läkare vid en barnklinik på ett sjukhus, påverkade olika psykosociala arbetsmiljöutfall. Grupperna syftade till att förstärka kommunikationen, skapa konsensus och lösa problem genom att läkare fick möjlighet att "tänka tillsammans". Detta undersöktes genom en enkät före och efter genomförandet av dialoggrupperna. Flera olika utfall studerades, bland annat deltagarnas uppfattningar om det sociala klimatet, ledarskapet, organisatorisk effektivitet, arbetsrelaterad utmattning, mental energi och arbetsbörda. Slutsatsen var att "dialoggrupper kan vara ett sätt att förbättra läkares psykosociala arbetsmiljö".

Originalstudie: Peterson et al. (63)

Peterson et al. (63) undersökte effekter av medverkan i en "reflecting peer-support"-grupp, med avseende på hälsa, utbrändhet och upplevda förändringar i arbetsförutsättningar. Gruppen erbjöd möjligheter till diskussioner och reflektion med kollegor, med ett fokus på arbetsrelaterad stress och utbrändhet. Interventionen erbjöds till 660 personer med olika hälso- och sjukvårdsyrken. Av dessa medverkade 51 personer i interventionsgruppen och 80 i en kontrollgrupp som inte deltog i dessa träffar. Möten hölls under 10 veckor, med ett tvåtimmarsmöte varje vecka samt ett uppföljande möte fyra veckor senare. Flera gynnsamma utfall noterades, med förbättringar i interventionsdeltagarnas hälsa, kvantitativa arbetskrav samt möjligheter till delaktighet och stöd i arbetet.

Resultat från andra svenska originalstudier och rapporter

Utöver de svenska studier som var inkluderade i översikterna identifierades tre svenska originalstudier, varav en identifierades genom sökning efter avhandlingar, och en rapport återfanns i den gråa litteraturen från sökningarna efter interventioner genomförda i svensk kontext. I två av studierna utgjordes studiepopulationen av sjuksköterskor (65, 66), och i en studie av en blandad hälso- och sjukvårdspersonal (67). I en av studierna undersöktes individinriktade interventioner (65) och i två undersöktes effekter av interventioner som klassificerades som övriga (66–67). I två av studierna (65,67) redovisades utfall i form av hälsa och välbefinnande (komponent B). Jochim och Rosengren (66) fångade utfall i form av konsekvenser på kollektiv nivå (komponent D) och konsekvenser för patienter (komponent E).

Rapporten (68) var utförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och avsåg sjuksköterskor och undersköterskor. Fokus var på individuell schemaplanering, vilket kan ses både som en individinriktad intervention (eftersom medarbetares scheman kan bli olika) och som en organisationsinriktad intervention (eftersom den syftar till att förändra medarbetarnas arbetssituation). Utfallet utgjordes bl.a. av arbetstillfredsställelse och minskad personalomsättning (komponent C och D).

Originalstudie: Dahlgren et al. (65)

Dahlgren et al. (65) genomförde en randomiserad kontrollerad studie för att undersöka effekterna av en ”proaktiv intervention” som syftade till att förbättra legitimerade sjuksköterskors återhämtning från stress. Studien omfattade 99 sjuksköterskor i interventionsgruppen och 108 i kontrollgruppen. Interventionen utgjordes av grupputbildning, omfattande tre sessioner (2,5 timmar) inom loppet av en månad. Interventionen byggde på tekniker från kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal. Studiens primära utfall var påverkan på sömn, utbrändhet, utmattning (”fatigue”), kognitiv trötthet, arbetsorsakad utmattning (”work-induced fatigue”) och somatiska symptom. Sekundära utfallsmått avsåg upplevd stress, spänning och håglöshet, samt dysfunktionella tankar och attityder beträffande sömn. Resultaten var blandade. Gynnsamma effekter noterades för somatiska symptom, utbrändhet och utmattningssymptom efter de tre genomförda kurstillfällena. Inga statistiskt säkerställda förbättringar framkom beträffande övriga utfall.

Originalstudie: Jochim och Rosengren (66)

Jochim och Rosengren (66) studerade effekter av mentorskap (”preceptorship”) bland legitimerade sjuksköterskor. Projektet undersökte effekter av att två rutinerade sjuksköterskor anställdes under ett år på en internmedicinsk avdelning på ett sjukhus i Sverige med 167 bäddar. Både kvalitativ och kvantitativ metod användes. Sex mått på arbetsmiljön hämtades från sjukhusets årliga survey: professionell utveckling, arbetsbörda, stöd i arbetet, kunskap, stöd från medarbetare och samarbete. Uppgifter om personalomsättning och

korttidssjukfrånvaro bland sjuksköterskorna inhämtades. Fyra indikatorer studerades med avseende på patienternas vårdkvalitet. Två fokusgruppintervjuer genomfördes med sjuksköterskor för fördjupad förståelse av mentorskapets betydelse för arbetsmiljön. Förbättringarna i arbetsmiljön och vårdkvaliteten var begränsade. Däremot sjönk både personalomsättningen och sjukfrånvaron markant. Fokusgruppintervjuerna pekade på många styrkor hos mentorskapsmodellen.

Originalstudie: Holmberg (67)

I en av de ingående studierna i Holmbergs (67) avhandling utvärderades effekten av en intervention inriktad på träning av kommunikationsförmåga, vilken syftade till att förbättra den psykologiska hälsan hos all personal på en anestesiavdelning (inklusive intensivvårdsavdelning, kirurgi och anestesiologi). Studien hade en före/efter-design men saknade kontrollgrupp. I studien deltog 100 medarbetare på en intensivvårdsavdelning. Interventionen bestod av en dags utbildning i storgrupp samt tre gruppträffar på vardera två timmar. Gruppträffarna leddes av en psykolog och medarbetarna kunde då dela med sig av och diskutera svåra situationer i arbetet. De tränade att lyssna, be om hjälp, visa uppskattning, att säga "nej" och att dela med sig av misstag i arbetet. Medarbetarna besvarade en enkät med frågor om olika aspekter av psykologisk hälsa före, under och efter interventionen. Resultaten visade signifikanta skillnader i stress och generell psykologisk hälsa. Inga signifikanta skillnader uppmättes gällande psykologisk flexibilitet och arbetsengagemang. Författaren konkluderade att fynden stöder användning av interventionen men att den behöver studeras ytterligare i större studier med förbättrad design.

Rapport: SBU (68)

Rapporten summerade resultat från fyra litteraturöversikter, varav två var systematiska litteraturöversikter och två var integrativa översikter som innehöll både kvantitativa och kvalitativa studier. Författarna till översikterna bedömde att individuell schemaplanering stödjer mer flexibla arbetsscheman och kan gagna vårdpersonalen och organisationen, men att det kan vara utmanande att implementera och bibehålla dylika system. Två av översikterna rapporterade att personalomsättningen minskade vid individuell schemaläggning.

7. Diskussion

Denna kunskapssammanställning handlar om vad som bidrar till att skapa friska och välmående arbetsplatser inom hälso- och sjukvården. En systematisk litteratursökning av översikter på området genomfördes för att sammanställa kunskap om effekter av arbetsplatsnära interventioner som syftar till att åstadkomma förbättrad psykosocial arbetsmiljö inom hälso- och sjukvården. Översikterna innehöll sex svenska originalstudier som också granskades. Därtill undersökte vi tre svenska originalstudier som inte återfanns i översikterna samt en rapport från den gråa litteraturen som identifierades vid en extra sökning i databaser och på webbsidor.

I detta kapitel sammanfattas och diskuteras huvudresultaten från de granskade översikterna. Därefter redogörs för kunskapsluckor som vi har identifierat på grundval av litteraturöversikten samt råd kopplade till dessa kunskapsbehov. En metoddiskussion följer, varefter kapitlet avslutas med slutsatser.

Sammanfattning av huvudsakliga resultat

Den systematiska litteraturöversikten är baserad på två olika litteratursökningar. Den första sökningen utfördes 2019 och den andra 2021 i syfte att uppdatera den första och fånga upp översikter som har publicerats efter 2019. Totalt identifierades 35 relevanta översikter. I dessa ingick endast sex svenska originalstudier, utförda mellan 1997 och 2008, vilket är något ålderstiget med tanke på de alltmer uppmärksammade psykosociala arbetsmiljöproblemen i hälso- och sjukvården. Utöver de svenska studier som ingick i översikterna identifierades tre svenska originalstudier som inte ingick i översikterna samt en rapport i den gråa litteraturen.

Samtliga 35 översikter avser hälso- och sjukvården. Trots detta fanns en påtaglig heterogenitet beträffande yrkesgrupper, interventioner och utfall, vilket försvårar entydiga slutsatser om vilka arbetsplatsnära interventioner som är mest effektiva. Det fanns ett utpräglat fokus på individinriktade interventioner. Trettioen översikter redovisade individinriktade interventioner. Endast åtta översikter behandlade organisationsinriktade interventioner, det vill säga interventioner som fokuserar på att förändra organisationen snarare än individer. Av de åtta identifierade översikter som innehöll organisationsinriktade interventioner var det bara två översikter (27, 29) som endast hade fokus på organisationsinriktade insatser. De andra översikterna studerade både individ- och organisationsinriktade insatser. Bristen på organisationsinriktade interventioner framhölls av författarna bakom många av översikterna.

De individinriktade interventionerna kännetecknades av ett fokus på insatser för att företrädesvis främja hälsa och välbefinnande (komponent B i Figur 1) och åstadkomma ökad arbetstillfredsställelse och förbättrade arbetsprestationer

(komponent C). Lösningarna på de psykosociala arbetsmiljöproblemen förmodas således i de flesta fall återfinnas på individnivå. Vanligt förekommande individinriktade interventioner var olika former av mentala och psykologiska övningar, ofta i grupp, till exempel mindfulness, stresshanteringskurser, avslappningsövningar, coping-strategier och kognitiv beteendeterapi. Dessa interventioner gav enligt flera översikter vissa positiva resultat för medarbetares hälsa och välbefinnande. Många studier saknar dock jämförelsegrupper och deltagarantalet var många gånger lågt. Dessutom påpekades i flera översikter att korta uppföljningsperioder försvårar slutsatser angående interventionernas långtidseffekter.

De organisationsinriktade interventionerna hade fokus på arbetsplatsens organisatoriska och sociala aspekter. De kunde exempelvis bestå av initiativ för förändrade arbetstider och scheman, minskad arbetsbelastning samt förbättrat teamarbete och kommunikation. De flesta organisationsinriktade interventioner eftersträvade framförallt förbättrad hälsa och välbefinnande (komponent B). Dessa interventioner kan enligt många översikter förbättra hälsa och välbefinnande, men få generella slutsatser drogs på grund av att primärstudierna som ingick i översikterna ofta var behäftade med metodologiska brister. Flera översikter innehöll därtill relativt få organisationsinriktade interventioner, vilket också gör det svårare att dra slutsatser om deras effektivitet.

Generellt sett var effekterna små, både av individ- och organisationsinriktade interventioner. I flera översikter konkluderade författarna att det var svårt att skönja tydliga mönster utifrån studierna och att dra entydiga slutsatser om vad som är mest effektivt. Många översikter beklagade att primärstudierna var för små och för få till antalet. Vi kan därför inte peka ut vissa interventioner som varande mest effektiva i alla situationer eller identifiera särskilda ”framgångsfaktorer” för hur hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö kan förbättras.

De fyra översikter som undersökte effekter av multimodala interventioner konstaterade en minskning av moralisk stress liksom av generell stress, ångest och allmänna symptom. Författarna av dessa översikter påpekade att originalstudierna var behäftade med en del metodologiska brister som försvårar generaliserbarhet. Författarna konstaterade att mer forskning behövs (9, 19-21).

En mångfald av utfall förekom i översikterna. Figur 1 möjliggjorde en grov indelning av utfallen, men forskning om psykosocial arbetsmiljö framstår som tämligen heterogen med avseende på utfall. Det dominerande utfallet var hälsa och välbefinnande (komponent B i Figur 1), bland annat stress, utbrändhet, depression och livskvalitet. Detta studerades i 33 av de 35 översikterna. Betydligt färre, 14 översikter, studerade olika arbetsrelaterade utfall på individnivå (komponent C), bland annat interventioners effekt på arbetstillfredsställelse, arbetsprestation, organisatoriskt engagemang och överväganden att lämna yrket. Konsekvenser på kollektiv nivå (komponent D) förekom i sju översikter, till exempel sjukfrånvaro, personalomsättning och vårdens kvalitet. Konsekvenser för patienter (komponent E) studerades i fem översikter, bland annat patientnöjdhet och risken för vårdskador.

Kunskapsbehov

Problem med hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö är inte ett nytt fenomen, men kunskapssammanställningen pekar på att ämnet har ökat i aktualitet. Den första sökningen utfördes 2019 och identifierade 18 relevanta översikter publicerade mellan 2008 och 2018, medan den andra resulterade i 17 översikter publicerade mellan 2019 och 2021, vilket tyder på ett markant ökat forskningsfokus på hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö. Pandemin har ytterligare understrukt behovet av insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö. Läkarförbundets ordförande har tillsammans med ordföranden i Vårdförbundet uppmanat regeringen att skapa en kriskommitté för utredning av arbetsmiljön i vården (53).

Frågan är då vilken slags forskning som behövs mot bakgrund av dessa kända problem och den kunskap som sammanställts och analyserats i denna kunskapssammanställning? Flera översikter pekade på viktiga kunskapsluckor beträffande arbetsplatsnära interventioner och deras effekter på den psykosociala arbetsmiljön i hälso- och sjukvården. I flera översikter efterfrågades randomiserade kontrollerade studier, vilket är den studiedesign som skapar bäst förutsättningar för att etablera inre validitet, det vill säga säkerställa att uppnådda effekter verkligen beror på den genomförda interventionen. Vidare efterfrågades studier av interventionernas långsiktiga effekter och deras kostnadseffektivitet.

Det behövs mer forskning kring organisationsinriktade interventioner då dessa är en "bristvara" samtidigt som de kan förmodas vara mer effektiva och ge mer långsiktiga effekter än individinriktade interventioner, vars syfte är att stärka individens mentala förmåga att hantera krav och stress i sin arbetsmiljö. Individinriktade interventioner fokuserar främst på olika former av tanke- och beteendeförändringar hos individen i syfte att påverka hälsa och välbefinnande.

Vid sidan om interventionsstudier, bedömer vi att det skulle finnas ett stort värde i att identifiera framgångsrika arbetsplatser (och andra enheter) i hälso- och sjukvården, där lovande resultat uppnåtts med avseende på arbetsrelaterade utfall på individnivå, såsom arbetstillfredsställelse, engagemang i arbetet och arbetsprestation, samt utfall på kollektiv nivå i form av till exempel bättre arbetsklimat och minskad sjukfrånvaro. Syftet skulle alltså vara att studera framgångsrika fall, för att identifiera vad det är som får medarbetare att stanna, må bra och trivas på en arbetsplats. Forskning skulle då behövas för systematisk identifiering av potentiellt framgångsrika fall, varefter fallstudier genomförs för att beskriva och analysera hur dessa arbetsplatser har arbetat med den psykosociala arbetsmiljön samt för att utvärdera relevanta utfall. Komparativ fallstudieforskning skulle kunna möjliggöra identifiering av framgångsfaktorer för att åstadkomma förbättrad psykosocial arbetsmiljö. Detta vore alltså en ansats som kan vara ett alternativ till studier som bygger på forskarleda interventioner. Vi bedömer att båda alternativen är värdefulla.

Metoddiskussion

Kunskapssammanställningen har genomförts i enlighet med den vedertagna principen för genomförande av systematiska litteraturöversikter, till exempel den internationella standard som används av bland annat Cochrane Database of Systematic Reviews. Metoden följer en stringent process för definition och avgränsning av en frågeställning, systematiska sökningar av referenser i flera elektroniska databaser, gallring av referenser samt relevans- och kvalitetsgranskning av fulltextartiklar som kan bidra till att besvara frågeställningen. Processen är transparent såtillvida att läsare ska kunna tolka resultaten utifrån undersökningens frågeställning, inklusions- och exklusionskriterier samt andra avgränsningar som har tillämpats. Urvalsprocessen och dataextraktionen ska även, i möjligaste mån, genomföras av minst två oberoende granskare, vilket minskar risken för att resultat inkluderas som snedvrider den totala kunskapsbilden. Inom ramen för denna kunskapssammanställning har fyra personer varit med och granskat alla aspekter av denna process.

Litteratursökningarna som denna kunskapssammanställning bygger på har gjorts i tre digitala databaser: PubMed (Medline), Cinahl och PsycINFO. Sökningarna har genomförts i samarbete med experter på litteratursökningar vid Lunds universitet. Sökningarna har avgränsats till studier som i sig är systematiska översikter. Därmed begränsas vår kartläggning av de frågeställningar som andra forskare har valt att studera. Vi valde att även beakta och granska alla svenska primärstudier som återfanns i dessa översikter.

Kvaliteten på de systematiska översikterna som inkluderats i denna kunskapssammanställning har bedömts med instrumentet AMSTAR. Däremot har vi inte gjort någon kvalitetsbedömning av de primärstudier som författarna till varje inkluderad studie i sin tur inkluderat. Ett av kriterierna för en åtminstone måttligt välgjord systematisk översikt är att författarna bedömt kvaliteten på de primärstudier som de inkluderat. Vi har dock inte gjort någon bedömning av om författarnas bedömningar är korrekta eller ej. Vi har heller inte bedömt tillförlitligheten av (det vill säga evidensgraderat) författarnas slutsatser eller bedömt om dessa är relevanta och överförbara till svenska förhållanden.

Begreppsdefinitioner kan utgöra en utmaning vid sammanställande av kunskap om interventioner för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön i hälso- och sjukvården. Begreppet psykosocial arbetsmiljö kan tolkas lite olika inom olika specialist- och ämnesområden och forskardiscipliner. Utgångspunkten har varit en bred tolkning av begreppet som fångar både det psykologiska individ- och grupperspektivet såväl som det sociala samspel som sker mellan individer och inom grupper. Andra tolkningar, sökstrategier och avgränsningar skulle givetvis påverka resultaten.

Vi har valt att inte inkludera systematiska översikter om interventioner som enbart inkluderat studier om yoga eller annan fysisk aktivitet. Däremot ingår översikter om mindfulness och andra stressreducerande interventioner om de har utförts i en arbetsplatskontext. En vidare definition av typer av interven-

tioner som kan tänkas påverka den psykosociala arbetsmiljön hade sannolikt lett till fler inkluderade studier.

Rekommendationer

Det är svårt att redovisa rekommendationer på basis av resultaten av de översikter vi har studerat eftersom resultaten varken är övertygande eller entydiga. Vi bedömer dock att organisationsinriktade interventioner har störst potential att bidra till att skapa en god och hållbar psykosocial arbetsmiljö i hälso- och sjukvården. Tyvärr är antalet studier med fokus på preventiva interventioner för förbättrad arbetsmiljö begränsat. De flesta studier avser interventioner som syftar till att bota och lindra symptom på individnivå i stället för att påverka den psykosociala arbetsmiljön, till exempel genom förändrad schemaläggning eller förändrat arbetsinnehåll (68).

Individinriktade interventioner innebär att ansvaret för hälsa och välbefinnande läggs på den enskilda individen snarare än på arbetsmiljön, arbetsorganisationen och arbetsgivaren. Vi bedömer att det finns ett stort värde i så kallade primära interventioner, det vill säga interventioner vars syfte är att åtgärda grundorsaker till arbetsrelaterad stress och andra problem relaterade till personalens hälsa och välbefinnande (69,70). Primära interventioner kan exempelvis bestå av förändringar beträffande arbetsuppgifter och förbättrat socialt stöd och ledarskap.

Arbetsplatsinriktade interventioner som kombinerar organisations-, grupp- och individnivå anses ge bäst effekt genom att vara mest hållbara och långsiktiga för såväl individ som organisation (69,70). Samtidigt föreligger sannolikt större metodologiska utmaningar beträffande organisationsinriktade interventioner eftersom det blir svårare att kontrollera för kontextuella och andra faktorer som kan tänkas påverka interventionernas genomförande och utfall.

Slutsatser

Kunskapssammanställningen syftade till att kartlägga vilka systematiska litteraturöversikter som har undersökt arbetsplatsnära interventioner för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön i hälso- och sjukvården samt granska vilka resultat dessa interventioner hade. Vi identifierade 35 översikter som var tämligen heterogena med avseende på studerade yrkesgrupper, interventioner och utfall. Detta gör det vanskligt att dra enkla, tydliga slutsatser om vilka arbetsplatsnära interventioner som är mest effektiva för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön i hälso- och sjukvården.

Av de 35 översikterna redovisade 31 individinriktade interventioner medan organisationsinriktade interventioner ingick i 8 översikter. Flera författare framhöll att forskningen kring organisationsinriktade interventioner är alltför begränsad. Generellt sett var effekterna små, av såväl individ- som organisationsinriktade interventioner. Det dominerande utfallet i översikterna var

interventionernas effekter på vårdpersonalens hälsa och välbefinnande. Andra utfall var mer sällsynta: arbetsrelaterade utfall på individnivå (till exempel effekt på arbetstillfredsställelse och arbetsprestation), konsekvenser på kollektiv nivå (till exempel sjukfrånvaro och personalomsättning) samt konsekvenser för patienter (till exempel patientnöjdhet och frekvens av vårdskador) var mer sällsynta.

Kunskapssammanställningen syftade också till att undersöka svenska originalstudier som förekom i dessa litteraturöversikter. Vi fann endast sex svenska studier, publicerade mellan 1997 och 2008, samtliga med fokus på individinriktade interventioner. Därtill granskades tre svenska originalstudier som inte återfanns i översikterna samt en rapport från den gråa litteraturen som identifierades vid en extra sökning i databaser och på webbsidor. Dessa var dock sinsemellan mycket olika studier, vilket utesluter slutsatser om vilka interventioner som är mest effektiva.

8. Referenser

1. Arbetsgivarverket. Psykosocial arbetsmiljö; 2022. Hämtad från: <https://www.arbetsgivarverket.se/ledare-i-staten/arbetsgivarguiden/arbetsmiljo/psykosocial-arbetsmiljo/?acceptCookies=true>.
2. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
3. Siegrist J, Li J, Montano D. Psychometric properties of the effort-reward imbalance questionnaire. Department of Medical Sociology, Faculty of Medicine, Duesseldorf University, Germany; 2014. Hämtad från: https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institut/Institut_fuer_Medizinische_Soziologie/Dateien/ERI/ERI_Psychometric-New.pdf
4. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*. 2009;100(1):18–114.
5. Lundström U, Parding K. Teachers' experiences with school choice: Clashing logics in the Swedish education system. *Education Research International*. 2011;2011:1-10.
6. Martin K. Medscape family medicine physician lifestyle, happiness & burnout report 2020. Hämtad från: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-family-medicine-6012495>.
7. McKinley N, McCain RS, Convie L, Clarke M, Dempster M, Campbell WJ, et al. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(1):e031765.
8. Anskär E, Lindberg M, Falk M, Andersson A. Legitimacy of work tasks, psychosocial work environment, and time utilization among primary care staff in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2019;37(4):476–483.
9. Anskär E, Lindberg M, Falk M, Andersson A. Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1).
10. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLOS ONE*. 2021;16(6):e0253447.
11. Areskoug Josefsson K, Avby G, Andersson Bäck M, Kjellström S. Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2018;36(4):406–414.
12. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Family Practice*. 2019;20(1).
13. Nilsen P, Fernemark H, Seing I, Schildmeijer K, Ericsson C, Skagerström J. Working conditions in primary care: A qualitative interview study with physicians in Sweden informed by the Effort-Reward-Imbalance model. *BMC Family Practice*. 2021;22(1).
14. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*: MBI. Consulting Psychologists Press; 1996.
15. Kuusio H, Heponiemi T, Sinervo T, Elovainio M. Organizational commitment among general practitioners: A cross-sectional study of the role of psychosocial factors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010;28(2):108–114.
16. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*. 2017;7(7).

17. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*. 2010;251(6):995–1000.
18. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clinic Proceedings*. 2019;94(9):1681–1694.
19. Thun S, Halsteinli V, Løvseth L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: An everyday struggle? *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):407.
20. Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2011;41(1):41–47.
21. SBU. AMSTAR 2012. Hämtad från <https://www.sbu.se/contentassets/601-fb156be5046c59035084c7ff5554c/amstar-svenska-121001.pdf>.
22. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2008;169–178.
23. Buchberger B, Heymann R, Huppertz H, Friepörtner K, Pomorin N, Wasem J. The effectiveness of interventions in workplace health promotion as to maintain the working capacity of health care personal. *GMS Health Technology Assessment*. 2011;7:Doc06.
24. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: A systematic review. *Systematic Reviews*. 2017;6(1).
25. Murray M, Murray L, Donnelly M. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. *BMC Family Practice*. 2016;17(1).
26. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians. *JAMA Internal Medicine*. 2017;177(2):195.
27. DeChant PF, Acs A, Rhee KB, Boulanger TS, Snowdon JL, Tutty MA, et al. Effect of organization-directed workplace interventions on physician burnout: A systematic review. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*. 2019;3(4):384–408.
28. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;388(10057):2272–81.
29. Brand SL, Thompson Coon J, Fleming LE, Carroll L, Bethel A, Wyatt K. Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLOS ONE*. 2017;12(12):e0188418.
30. Chen CM, Lou MF. The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(4):433–442.
31. Zhang Y, Qian Y, Wu J, Wen F, Zhang Y. The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2016;37:136–144.
32. Williams SP, Malik HT, Nicolay CR, Chaturvedi S, Darzi A, Purkayastha S. Interventions to improve employee health and well-being within health care organizations: A systematic review. *Journal of Healthcare Risk Management*. 2018;37(4):25–51.
33. Morley G, Field R, Horsburgh CC, Burchill C. Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;121:103984.
34. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015.
35. Paguio JT, Yu DSF, Su JJ. Systematic review of interventions to improve nurses' work environments. *Journal of Advanced Nursing*. 2020;76(10):2471–2493.

36. Scheepers RA, Emke H, Epstein RM, Lombarts K. The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review. *Medical Education*. 2020;54(2):138–149.
37. Fox S, Lydon S, Byrne D, Madden C, Connolly F, O'Connor P. A systematic review of interventions to foster physician resilience. *Postgraduate Medical Journal*. 2018;94(1109):162–170.
38. Venegas CL, Nkangu MN, Duffy MC, Fergusson DA, Spilg EG. Interventions to improve resilience in physicians who have completed training: A systematic review. *PLOS ONE*. 2019;14(1):e0210512.
39. Petrie K, Crawford J, Baker STE, Dean K, Robinson J, Veness BG, et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):225–234.
40. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(5):1017–1034.
41. Jung SE, Ha DJ, Park JH, Lee B, Kim MS, Sim KL, et al. The effectiveness and safety of mind-body modalities for mental health of nurses in hospital setting: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(16).
42. Lee H-F, Kuo C-C, Chien T-W, Wang Y-R. A meta-analysis of the effects of coping strategies on reducing nurse burnout. *Applied Nursing Research*. 2016;31:100–110.
43. Häggman-Laitila A, Romppanen J. Outcomes of interventions for nurse leaders' well-being at work: A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(1):34–44.
44. Stanulewicz N, Knox E, Narayanasamy M, Shivji N, Khunti K, Blake H. Effectiveness of lifestyle health promotion interventions for nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;17(1).
45. Niskala J, Kanste O, Tomietto M, Miettunen J, Tuomikoski AM, Kyngas H, et al. Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2020;76(7):1498–1508.
46. Lamothe M, Rondeau É, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*. 2016;24:19–28.
47. Gilmartin H, Goyal A, Hamati MC, Mann J, Saint S, Chopra V. Brief mindfulness practices for healthcare providers: A systematic literature review. *The American Journal of Medicine*. 2017;130(10):1219.e1.
48. Lomas T, Medina JC, Iltzan I, Rupprecht S, Eiroa-Orosa FJ. A systematic review and meta-analysis of the impact of mindfulness-based interventions on the well-being of healthcare professionals. *Mindfulness*. 2018;10(7):1193–1216.
49. Spinelli C, Wisener M, Khoury B. Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*. 2019;120:29–38.
50. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S, et al. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*. 2020;34(8):929–941.
51. Salvado M, Marques DL, Pires IM, Silva NM. Mindfulness-based interventions to reduce burnout in primary healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(10).
52. Kriakous SA, Elliott KA, Lamers C, Owen R. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness (NY)*. 2021;12(1):1–28.
53. Hill RC, Dempster M, Donnelly M, McCorry NK. Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliative Medicine*. 2016;30(9):825–833.
54. Kletter M, Harris B, Brown C. Outcomes, mechanisms and contextual factors of positive psychology interventions for health workers: A systematic review of global evidence. *Human Resources for Health*. 2021;19(1):24.

55. Imbulana DI, Davis PG, Prentice TM. Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021;66:103092.
56. Stuber F, Seifried-Dubon T, Rieger MA, Gundel H, Ruhle S, Zipfel S, et al. The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2021;94(2):203–220.
57. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction. *JAMA Internal Medicine*. 2018;178(10):1317.
58. Arnetz B. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999;11(4):345–351.
59. Petterson IL, Donnersvård HÅ, Lagerström M, Toomingas A. Evaluation of an intervention programme based on empowerment for eldercare nursing staff. *Work & Stress*. 2006;20(4):353-369.
60. Öhrling K, Hallberg IR. The meaning of preceptorship: Nurses' lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(4):530–540.
61. Bergman D, Arnetz B, Wahlstrom R, Sandahl C. Effects of dialogue groups on physicians' work environment. *Journal of Health Organisation and Management*. 2007;21(1):27–38.
62. Petterson I-L, Arnetz BB. Psychosocial stressors and well-being in health care workers: The impact of an intervention program. *Social Science & Medicine*. 1998;47(11):1763–1772.
63. Peterson U, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(5):506–516.
64. Lökk J, Arnetz B. Psychophysiological concomitants of organizational change in health care personnel: Effects of a controlled intervention study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1997;66(2):74–77.
65. Dahlgren A, Tucker P, Epstein M, Gustavsson P, Söderström M. Randomised control trial of a proactive intervention supporting recovery in relation to stress and irregular work hours: Effects on sleep, burn-out, fatigue and somatic symptoms. *Occupational & Environmental Medicine*. 2022;79(76)
66. Jochim V, Rosengren K. Nursing preceptorship, a supportive and reflective approach for promoting a healthy working environment: A multi-methods design. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2022;42(3):147–157
67. Holmberg J. *Psychological factors and communication skills training in intensive care medical staff*. Diss. Karolinska Institutet. 2022. ISBN: 9789180166300
- 68 SBU. *Individuell schemaplanering. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. 2018-02-01.
69. Fagerlind Ståhl A. *Arbete och psykisk hälsa: Viktigt vetande och vanliga myter*: Lund: Studentlitteratur; 2021
70. Gjerde M. *Arbetsmiljöinterventioner med fokus på organisation, stress och ohälsa*. KTH Skolan för teknik och hälsa. Enheten för ergonomi; 2014.



Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

www.mynak.se

ISBN 978-91-89747-12-8