

UDEN FOR TEMA

Hvordan håndterer danske arbejdspladser arbejdsrelateret sygdom?

Oplevelser fra medarbejdere med psykisk sygdom, rygsygdom eller hudsygdom

Yun Ladegaard, Cecilie Nørby Thisted, Ulrik Gensby, Janne Skakon & Bo Netterstrøm

I Danmark ses en stigning i antallet af medarbejdere, der får anmeldt en sygdom som arbejds-skade. Psykiske helbredsproblemer og muskel- og skeletbesvær vurderes at være de største udfordringer i arbejdsmiljøet i Danmark med omkostningerne på 60-80 mia. kr. årligt. Arbejdspladsens håndtering, herunder leders og kollegaers, er afgørende for, om medarbejderen vender tilbage til arbejdspladsen. I denne artikel undersøges, hvordan medarbejdere med arbejdsrelateret sygdom oplever arbejdspladsens håndtering, herunder hvorvidt forskellige aktører inddrages, hvilken indsats der ydes, og om der er forskel afhængig af, om det er en psykisk sygdom, rygsygdom eller hudsygdom.

Baggrund

I rapporten *Fremtidens arbejdsmiljø 2020* konkluderes det, at psykisk arbejdsmiljø og muskel- skeletbesvær er to af de arbejdsmiljøområder, som får størst betydning for medarbejders sundhed og arbejdskraft-udbud på det danske arbejdsmarked som helhed (Arbejdstilsynet 2010). Gennem en årrække har anmeldte arbejdsskader (erhvervssygdomme) været stigende, og f.eks. er anmeldelser af psykisk erhvervssygdom steget 51 % fra 2010 til 2016 (Arbejdsmarkeds Erhvervssikring 2017). Det estimeres, at dårligt arbejdsmiljø årligt koster det danske samfund 60-80 milliarder kroner (Løvgren

2015), og på europæisk plan koster arbejdsrelateret sygdom og ulykker årligt 476 milliarder euro (EU-OSHA 2017). Forebyggelse af arbejdsrelateret sygdom samt støtte til medarbejdere, der er blevet syge på grund af arbejdspladsen, er derfor centralt.

Den danske arbejdslivsforskning i arbejdsrelateret sygdom og tilbagevenden til arbejde har vist, at det er afgørende, at arbejdspladsen har et beredskab, når en medarbejder er sygemeldt eller kommer ud for en arbejdsskade (Andersen m.fl. 2012; Holt & Nilsson 2013; Gensby m.fl. 2014).

Det er essentielt at sikre relevant støtte og samarbejde omkring en medarbejders tilbagevenden til arbejde (Nielsen & Aust 2013). Nogle studier indikerer dog, at arbejdsrelateret sygdom håndteres forskelligt på arbejdspladser afhængig af, om det er fysisk eller psykisk sygdom (Munir m.fl. 2005; Mendel m.fl. 2015). Arbejdsgivere kan have en tendens til at være mere kritiske over for medarbejdere med psykisk sygdom og disse medarbejders arbejdsevne, end det er tilfældet over for medarbejdere med fysisk sygdom (Mendel m.fl. 2015). Derudover ser det ud til, at støtte og indsats på arbejdspladserne for medarbejdere med fysiske sygdomme er bedre sammenlignet med støtte og indsats for medarbejdere med psykisk sygdom (Munir m.fl. 2005). Dette kan skyldes, at det kan være mere udfordrende at udrede og tilpasse arbejdet til medarbejdere med arbejdsrelateret psykisk sygdom (Hjarsbech m.fl. 2015; Andersen m.fl. 2014).

I mange tilfælde er håndteringen af arbejdsrelateret sygdom afhængig af, at de involverede aktører er i stand til at koordinere indsats og udveksle vigtige oplysninger omkring tilpasning af arbejde og arbejdsvilkår for at sikre, at medarbejderen vender bæredygtigt tilbage (Thuesen & Gensby 2010). Indsatsen skal være gennemskelig både for medarbejderen og for de forskellige aktører på arbejdspladsen (Holt & Nilsson 2013), og centrale elementer for at kunne hjælpe en syg medarbejder tilbage til arbejde er dels, at arbejdsgiveren har viden om medarbejderens behov for ændringer i arbejdet, og dels at disse ændringer kan implementeres på den pågældende arbejdsplads (Bach 2008). Lederen spiller en central rolle både ved medarbejderfastholdelse i forbindelse med sygdom og i forbindelse med tilbagevenden til arbejdet efter en sygemelding (Stockendahl m.fl. 2015). Et kollegialt fokus er også væsentligt,

og her viser nyere studier, at arbejdspresset på kolleger og de sociale relationer mellem kolleger og den sygemeldte spiller en rolle (Larsen m.fl. 2015). Ligeledes har det gældende ledelsessystem for fastholdelse (Gensby m.fl. 2014) og de overenskomstmæssige rammevilkår (Holt & Nilsson 2013) betydning for arbejdspladsens håndtering af syge medarbejdere.

I praksis kan der derfor være stor forskel på, hvordan arbejdsrelateret sygdom håndteres på arbejdspladsen, herunder hvilke aktører der involveres i processen i forbindelse med tilbagevenden til arbejde, (Tjulin m.fl. 2010; Selander m.fl. 2015), samt hvilke arbejdsvilkår medarbejderen vender tilbage til (Seing m.fl. 2015). Undersøgelser på området viser, at mange indsats på arbejdspladserne synes at have størst fokus på den tidlige fase af den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde, hvorimod egentlige interventioner på arbejdspladsen, hvad angår tiltag i arbejdsmiljø og tilpasning af arbejdsvilkår, fremstår mindre formaliseret og koordineret (Tjulin m.fl. 2010; Gensby & Husted 2013). I en dansk kontekst findes kun få studier, der kortlægger arbejdspladsens håndtering af arbejdsrelateret sygdom og aktørinddragelse ved sygemeldtes tilbagevenden til arbejde (Borg m.fl. 2010). I den forbindelse er medarbejdernes oplevelser af arbejdspladsindsatsen underbelyst. I nærværende artikel undersøges derfor:

Hvordan oplever medarbejdere med en anmeldt arbejdsrelateret sygdom arbejdspladsens håndtering, og er der forskel på hvilke aktører, der inddrages og på indsatsen afhængig af typen af sygdom?

I studiet sammenlignes data fra medarbejdere, som har haft en anmeldt arbejdsskade (erhvervssygdom) i arbejdsskadesystemet fra 2010-2012, enten psykisk sygdom, ryg-sygdom eller hudsygdom. Oftest anmeldes

erhvervssygdomme af speciallæger, psykologer eller den praktiserende læge, dvs. der foreligger en faglig vurdering af, at sygdommen er relateret til arbejdet (Arbejdsskadestyrelsen 2012). Studiet bidrager med indsigt i en unik populations oplevelser på arbejdspladserne, herunder forskellige arbejdspladsaktørers inddragelse og betydning, og hvorvidt der bliver igangsat forebyggende tiltag på arbejdspladserne.

Design & Metode

Denne artikel bygger på spørgeskemaundersøgelser indsamlet i *Projekt Arbejdsskadesystem*. Projektets formål var at undersøge, hvordan medarbejdere med en anmeldt arbejdsskade (erhvervssygdom) oplever forløbet på arbejdspladsen og i det danske arbejdsskadesystem.

Spørgeskemaet blev udviklet på baggrund af en række medarbejder- og ekspertinterviews og blev pilot testet efter principper fra Boynton (2004). Pilottestningen bestod i, at fem medarbejdere med anmeldte arbejdsskader, rekrutteret gennem Arbejds- & miljømedicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital, fik tilsendt spørgeskemaet i papirform. Efter udfyldelse blev de interviewet om forståelsen af og baggrunden for deres svar på hvert enkelt spørgsmål. Spørgeske-

maet blev efterfølgende revideret og testet online på 13 personer, som kommenterede på spørgsmålsformulering, opsætning og brugervenlighed. Spørgeskemaet blev igen revideret på baggrund af kommentarerne.

I 2014 blev der udført et randomiseret udtræk fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings database (dengang Arbejdsskadestyrelsen) af 1521 personer, som mellem 2010-2012 havde anmeldt en psykisk sygdom, rygssygdom eller hudsygdom som erhvervssygdom og ikke tidligere havde haft anmeldte arbejdsskader. Da et af formålene ved undersøgelsen var at udforske forskelle mellem medarbejdere med anerkendte og afviste arbejdsskadeanmeldelser, var samplet ikke repræsentativt. (Se tabel 1). Anerkendelsesprocenten i 2016 var 4,1 % for psykiske sygdom, 13,8 % for rygssygdom og 58,4 % for hudsygdom.

Medarbejderne blev kontaktet i december 2014 via et brev, som indeholdt en beskrivelse af undersøgelsens formål og en personlig kode til spørgeskemaet online. Seks uger senere blev der udsendt et opfølgende brev inkl. returkonvolut og spørgeskemaet i papirform til personer, som ikke havde svaret i første runde.

I spørgeskemaet blev der spurgt ind til en række faktorer, som havde vist sig centrale i de indledende interviews, bl.a. arbejds-

Tabel 1. Randomiseret udtræk af personer med anmeldte erhvervssygdomme fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) database

Type anmeldt erhvervssygdom	Antal personer	Kriterier for udtræk
Psykisk sygdom	321	Anerkendt i AES
	400	Afvist i AES
Rygssygdom	200	Anerkendt i AES
	200	Afvist i AES
Hudsygdom	200	Anerkendt i AES
	200	Afvist i AES

Udtrækket blev gennemført i rækkefølgen angivet i tabellen, samme person kunne ikke udtrækkes flere gange)

pladsens håndtering af sygdomsforløbet, kendskab til anmeldelsen, ændringer i arbejdsmiljøet efter de var blevet syge, samt betydningen af en række aktører på arbejdspladserne (det komplette spørgeskema findes på www.arbejdsskadesystem.dk).

Ud af de 1521 personer besvarede 770

spørgeskemaet. 751 besvarede ikke spørgeskemaet. Blandt de, der svarede, var der signifikant flere kvinder, flere over 55 år, flere ansat inden for uddannelses- og sundhedssektoren og flere med arbejdsrelaterede belastningstilstande såsom angst og stress sammenlignet med ikke-svarende (dro-

Tabel 2: Baggrundsinformationer på 770 medarbejdere med anmeldte erhvervssygdomme som udfyldte spørgeskemaet i Projekt Arbejdsskadesystem

	Samlet (N=770)	Psyisk sygdom (N=436)	Rygssygdom (N=202)	Hudsygdom (N=132)	P
Kvinder	64,8	72,5	46,0	68,2	<0,001
Alder					
<40	20,9	20,0	8,4	43,2	<0,001
40-55	46,1	51,4	44,6	31,1	
>55	33,0	28,7	47,0	25,8	
Afgørelse – Anerkendt	52,1	46,8	55,0	62,2	0,001
Højeste færdiggjorte uddannelse					
Ingen videregående uddannelse	17,7	8,9	35,6	18,9	<0,001
Kortere videregående uddannelse	38,2	30,5	49,0	47,0	
Længere videregående uddannelse	44,2	60,6	15,3	34,1	
Branche					
Service	41,6	42,4	36,6	46,2	<0,001
Uddannelse/sundhedssektor/institution	33,1	39,2	23,8	27,3	
Produktion/håndværk/landbrug	16,6	6,0	35,6	22,7	
Politi/beredskab/forsvar/fængsel	7,0	10,8	2,5	1,5	
Uoplyst	1,7	1,6	1,5	2,3	
Type ansættelse					
Fastansat	78,1	92,2	57,9	62,1	<0,001
Timelønnet	17,5	5,0	40,1	24,2	
Andet	4,4	2,8	2,0	13,6	
Helbred dårligt i dag	48,2	47,5	69,7	18,2	<0,001
Langvarigt sygefravær >8 uger	55,3	70,2	55,4	6,1	<0,001
Ansæt på samme arbejdsplads i dag	27,4	23,2	28,7	39,4	0,001
Anciennitet på arbejdsplads ved sygemelding					
<1 år	7,7	5,8	3,6	21,1	<0,001
1-9 år	56,5	62,9	43,7	54,5	
>9 år	35,8	31,2	52,8	24,4	

poutanalyse fremgår i bilag 1, tabel 1 på www.arbejdsskadesystem.dk).

Analyser

Populationen (N=770) blev i første omgang opdelt i diagnose: *Psykiske sygdomme* udgjorde 56,7 % (8,2 % var posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), 12,5 % depression og 36,0 % andre psykiske lidelser som eksempelvis stressrelateret sygdom eller angst). *Ryg sygdomme* tegnede sig for 26,2 % (21,4 % var karakteriseret som rygmerter og 4,8 % ryghvirvelsygdomme), og *hudsygdomme* for 17,1 % (11,4 % var toksisk eksem, 3,5 % allergisk eksem og 2,2 % andre hudsygdomme). Sygdomskategorierne kom

fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings registrering af slutdiagnosen i forbindelse med arbejdsskadesagen.

De statistiske analyser er foretaget med chi²-tests til belysning af, om der var statistisk signifikant forskel på besvarelserne mellem sygdomsgrupperne. Der anvendtes endvidere chi²-tests for at teste forskellen mellem svarere og ikke-svarere i dropout-analysen, forskel i besvarelserne fordelt på branche (service, uddannelse/sundhedssektor/institution, produktion/håndværk/landbrug, politi/beredskab/forsvar/fængsel), selvrapporateret helbred på tidspunktet for besvarelsen (godt helbred; fremragende, vældig godt, godt, og dårligt helbred; mindre

Tabel 3. Medarbejdere med anmeldte erhvervssygdommes vurdering af deres daværende arbejdsplads, samt status for arbejdsmarkedstilknytning 2-4 år efter den anmeldte erhvervssygdom.

	Samlet (N=770)	Anmeldt psy- kisk- sygdom (N=436)	Anmeldt ryg- sygdom (N=202)	Anmeldt hud-sygdom (N=132)	P
A. Hvordan håndterede din arbejdsplads forløbet omkring din sygdom?					
Godt	36,2	26,6	42,1	59,1	<0,001
Dårligt	54,0	68,8	46,5	16,7	
Andet/ved ikke	9,7	4,6	11,4	24,2	
B. Blev der foretaget nogle ændringer i arbejdsmiljøet som følge af din sygdom?					
Ja	14,4	12,4	12,9	23,5	0,030
Til dels	16,6	17,9	13,4	17,4	
Nej	54,5	55,0	57,4	48,5	
Andet/ved ikke	14,4	14,7	16,3	10,6	
C. Vidste lederen på din daværende arbejdsplads, at du havde anmeldt sygdommen i Arbejdsskadestyrelsen?					
Ja	64,9	67,4	61,4	62,1	0,014
Nej	21,6	17,4	28,7	24,2	
Andet/ved ikke	13,5	15,1	9,9	13,6	
D. Hvilken betydning har følgende personer på din daværende arbejdsplads haft for dig i forløbet med din sygdom og arbejdsskadeanmeldelse?					
Øverste ledelse					
Positiv	14,4	12,2	16,8	18,2	<0,001
Neutral	18,3	16,7	19,8	21,2	
Negativ	32,3	46,6	19,8	4,5	
Ikke involveret/andet	35,0	24,5	43,6	56,0	

Nærmeste leder					
Positiv	22,2	18,8	26,2	27,3	<0,001
Neutral	18,1	15,1	20,8	23,5	
Negativ	36,9	52,3	21,3	9,8	
Ikke involveret/andet	22,8	13,8	31,7	39,4	
Tillidsrepræsentant					
Positiv	22,3	23,9	21,8	18,2	<0,001
Neutral	19,4	19,7	21,3	15,2	
Negativ	12,2	15,8	8,9	5,3	
Ikke involveret/andet	46,1	40,6	48,0	61,3	
Arbejdsmiljørepræsentant					
Positiv	14,7	12,4	17,8	17,4	<0,001
Neutral	20,3	19,5	23,8	17,4	
Negativ	12,7	17,4	6,9	6,1	
Ikke involveret/andet	52,3	50,7	51,5	59,1	
Kollegaer					
Positiv	42,5	44,5	41,6	37,1	<0,001
Neutral	21,0	22,0	21,3	17,4	
Negativ	12,2	17,2	5,4	6,1	
Ikke involveret/andet	24,3	16,2	31,7	39,4	
E. Har Arbejdstilsynet været på inspektion på din arbejdsplads som følge af din anmeldelse?					
Ja/til dels	6,3	8,3	4,5	3,0	0,085
Nej	64,3	60,1	69,8	69,7	
Ved ikke/andet	29,4	31,7	25,7	27,3	
F. Oplever du, at du startede for tidligt med at arbejde igen efter den anmeldte sygdom?					
Ja/ til dels	35,1	45,6	26,8	12,9	<0,001
Nej	33,8	26,8	39,8	47,7	
Andet /ved ikke	31,1	27,5	33,3	39,4	
G. Er du ansat på samme arbejdsplads i dag?					
Ja - ansat på samme arbejdsplads i dag	27,4	23,2	28,7	39,4	0,001
G,1, Hvorfor er du ikke længere ansat på den tidligere arbejdsplads? (N=412)					
Fyret	68,0	72,9	75,8	32,8	<0,001
Selv sagt op	27,7	23,9	17,2	62,1	
Ansættelse udløb/andet	4,4	3,1	7,1	5,2	
H. Nuværende beskæftigelse?					
Ansat i den private sektor	22,6	17,0	26,2	35,6	<0,001
Ansat i den offentlige sektor	34,5	40,1	24,3	31,8	
Under uddannelse	5,1	3,7	2,0	14,4	
Udenfor arbejdsmarkedet	37,8	39,2	47,5	18,2	

godt, dårligt), alder (<40 år, 40-55 år, >55 år), afgørelse af erhvervssygdoms anmeldelsen (anerkendt, afvist) og køn (kvinde, mand).

I resultatafsnittet sammenlignes spørgeskemabesvarelsenerne for de tre typer erhvervssygdomme. I Bilag 1 findes de resterende analyser. Udvalgte resultater inkluderes i teksten, når de kan belyse hovedanalyserne. I spørgeskemaet indgik også åbne svarfelter, hvor medarbejderne kunne beskrive deres oplevelser. Disse blev kategoriseret, og udvalgte fund, som bidrager med yderligere information til de kvantitative fund, præsenteres i resultatafsnittet. Der refereres løbende til Bilag 1 som ligger på www.arbejdsskadesystem.dk.

Resultater

Medarbejdere med anmeldte erhvervssygdommes vurdering af deres daværende arbejdsplads, samt status for arbejdsmarkedstilknytning to til fire år efter den anmeldte erhvervssygdom.

Håndtering og ændringer på arbejdspladserne

Der var signifikant flere medarbejdere med arbejdsrelateret psykisk sygdom ift. de andre grupper, som vurderede, at arbejdspladsen havde håndteret forløbet omkring sygdommen dårligt (Tabel 3, A). I analyserne viste det sig, at der var forskel, afhængig af hvilken branche medarbejderne var ansat i. Derudover viste det sig, at kvindelige medarbejdere, medarbejdere med dårligt selvrapporert helbred, eller medarbejdere med afvist arbejdsskadeanmeldelse vurderede, at arbejdspladsen havde håndteret forløbet dårligere sammenlignet med hhv. mandlige medarbejdere, medarbejdere med godt selvrapporert helbred og medarbejdere med anerkendt arbejdsskadeanmeldelse (Bilag 1, Tabel 2, A). Medarbejdere med hudsygdomme oplevede arbejdspladsens

håndtering mest positiv sammenlignet med medarbejdere med psykisk sygdom eller rygssygdom (Tabel 3, A).

På de fleste arbejdspladser kendte lederen til, at den pågældende medarbejder var syg, og at sygdommen var anmeldt som arbejdsrelateret sygdom (Tabel 3, C). På trods af dette blev der på over halvdelen af arbejdspladserne ikke foretaget ændringer i arbejdsmiljøet. I 16,6 % af tilfældene blev der foretaget mindre eller delvise ændringer (Tabel 3, B), men i spørgeskemaets åbne svarkategorier viste det sig, at der ofte var tale om ændringer i den enkeltes arbejdsopgaver, så som omplaceringer og lignende. Flere beskrev, at de ikke selv var blevet involveret i beslutningerne om ændringerne. Således havde flere medarbejdere oplevet ufrivillige omplaceringer, f.eks. i situationer, hvor de var blevet udsat for mobning, mens der ikke blev foretaget ændringer i forhold til dem, som mobbede. Andre medarbejdere med psykisk sygdom beskrev midlertidige ændringer i starten af forløbet, men hvor de efterfølgende vendte tilbage til samme arbejdsforhold. I beskrivelserne fra medarbejdere med anmeldte rygssygdomme handlede det primært om, hvorvidt der kunne tages individuelle hensyn, og om arbejdspladsen ville investere i ekstra hjælpemidler. I beskrivelserne fra medarbejdere med hudsygdomme var der beskrivelser vedrørende organisatoriske og individuelle hensyn f.eks. at skifte til parfumefri produkter, håndsprit samt værnemidler såsom handsker. Flere med hudsygdomme og flere som havde fået anerkendt sygdommen som arbejdsrelateret oplevede ændringer i arbejdsmiljøet sammenlignet med hhv. ryg og psykisk sygdom (Tabel 3, B; Bilag 1, Tabel 2, B).

Betydningen af aktører på arbejdspladserne

Der var store forskelle på medarbejderes oplevelse af de forskellige aktørers inddragelse og betydning på arbejdspladserne. Således blev øverste og nærmeste leder oplevet markant mere negativt af medarbejdere med anmeldt psykisk sygdom end medarbejdere med andre sygdomme (Tabel 3, D). Kvinder vurderede øverste og nærmeste ledelse mere negativt end mænd, og der var ligeledes forskel afhængig af branche (Bilag 1, Tabel 2, D).

Flere medarbejdere med anerkendte anmeldelser vurderede nærmeste leders betydning positiv sammenlignet med medarbejdere med afviste anmeldelser. Medarbejdere med dårligt helbred vurderede i højere grad øverste ledelse negativt. Det viste sig, at tillidsrepræsentanten oftere blev involveret, når en medarbejder var syg med en psykisk sygdom, men tillidsrepræsentantens involvering kunne både opleves positivt eller negativt (Tabel 3, D). Medarbejdere ansat inden for *politi/beredskab/forsvar/fængsel* og *uddannelse/sundhedssektor/institution* oplevede tillidsrepræsentanten mere positivt sammenlignet med øvrige brancher. Arbejdsmiljørepræsentanten blev vurderet mere negativt af medarbejdere med psykisk sygdom sammenlignet med medarbejdere med ryg- eller hudsygdom. Ofte var hverken arbejdsmiljørepræsentant eller tillidsrepræsentanten involveret i forløbet, når en medarbejder havde en arbejdsrelateret sygdom. Kollegaerne var oftere involveret i forbindelse med arbejdsrelateret psykisk sygdom, men det varierede, hvorvidt medarbejderne oplevede, at kollegaerne havde en positiv eller negativ betydning (Bilag 1, Tabel 2, D). På 6,4 % af arbejdspladserne havde medarbejderne kendskab til, at Arbejdstilsynet havde været på inspektion som følge af anmeldelsen, og

her blev ikke fundet forskel mellem grupperne (Tabel 3, E).

Hvordan gik det medarbejderne?

45,6 % af medarbejderne med psykiske lidelser vurderede, at de var startet for tidligt på arbejde igen, mens dette var gældende for 26,8 % af medarbejdere med rygsygdomme og 12,9 % af medarbejdere med hudsygdomme (Tabel 3, F). Medarbejdere med dårligt selv vurderet helbred svarede oftere, at de var startet for tidligt sammenlignet med medarbejdere med godt selv vurderet helbred. Flere kvinder end mænd vurderede, at de var startet for tidligt, og der var også forskel afhængig af branche, hvor medarbejdere inden for brancherne *uddannelse/sundhedssektor/institution* og *politi/beredskab/forsvar/fængsel* i højere grad oplevede at være startet for tidligt sammenlignet med medarbejdere indenfor de øvrige brancher (Bilag 1, Tabel 2, F). De fleste med rygsygdom og psykisk sygdom, som stoppede på den arbejdsplads, hvor de havde haft en arbejdsrelateret sygdom, blev opsagt, mens der var flere medarbejdere med hudsygdomme, som selv sagde op (Tabel 3, G). To til fire år efter sygdommen arbejdede blot 23,2 % med psykisk sygdom og 28,7 % med rygsygdom på samme arbejdsplads som før sygdommen, mens dette var gældende for 39,4 % med hudsygdom (Tabel 3, H). To til fire år efter den arbejdsrelaterede sygemelding var 47,5 % af deltagerne med rygsygdomme, 39,2 % med psykisk sygdom og 18,2 % med hudsygdom uden for arbejdsmarkedet (Tabel 3, H).

Diskussion

Håndtering af arbejdsrelateret sygdom

Undersøgelsen viste, at flere med psykisk sygdom i forhold til ryg- og hudsygdomme vurderede, at arbejdspladsen havde håndte-

ret forløbet omkring deres sygdom dårligt. I gennemsnit vurderede over halvdelen af alle deltagere, at arbejdspladsen havde håndteret forløbet omkring deres helbredssituation og tilbagevenden til arbejde dårligt. På trods af at en medarbejder var blevet sygemeldt med en arbejdsrelateret sygdom, blev der på mange arbejdspladser ikke foretaget ændringer i arbejdsmiljøet, og selv når det skete, var det ofte ændringer i den enkeltes arbejde og ikke generelle forbedringer i arbejdsmiljøet.

Undersøgelsen tegner således et billede af, at sygemeldte oplever, at danske arbejdspladser har en mangelfuld indsats, specielt hvad angår psykisk sygdom og rygsygdom, når en medarbejder bliver syg pga. arbejdet, både ift. håndteringen af den enkelte samt forbyggende og intervenserende arbejdsmiljøindsatser. Dette billede underbygges af forskning på området, som viser, at reintegration på arbejdspladsen efter langtids-sygemelding oftest håndteres med tiltag for den enkelte medarbejder, såsom reduceret arbejdstid og modificerede arbejdsopgaver (Larsen m.fl. 2015). Der ser ud til at mangle strukturelle tiltag og forebyggende indsatser, hvilket kan skyldes, at de involverede aktører ikke har de fornødne ressourcer hertil eller interesser heri.

Seing m.fl. (2015) har vist, at arbejdsgivere er udfordrede ift. at tage ansvar for medarbejderes tilbagevenden til arbejde, fordi de vægter arbejdspladsens økonomiske interesser højere end lovgivningsmæssige og etiske hensyn. Kortsigtede økonomiske hensyn kan derfor resultere i, at strukturelle indsatser på arbejdspladsen ikke iværksættes, fordi de umiddelbart kræver flere ressourcer end mindre ændringer i den enkelte medarbejders arbejde. Strukturelle ændringer på arbejdspladsen styrker imidlertid den interne koordinering og inddrager viden om arbejdsmiljøet, som den sygemeldte vender tilbage til, hvilket

kan understøtte holdbare tiltag på arbejdspladsen for et større antal medarbejdere og således forebygge arbejdsskader i fremtiden (Gensby & Husted 2013). Derudover peger en international forskningsoversigt om arbejdspladsers politikker og procedure for tilbagevenden til arbejde, på væsentlige potentialer, hvis virksomheder etablerer ledelsessystemer for tilbagevenden til arbejde (Gensby m.fl. 2014). Det danske samarbejdssystem indeholder i denne sammenhæng betydningsfulde ressourcer til at understøtte et sådant system.

Inddragelse af aktører på arbejdspladsen

Resultaterne viser også, at der var stor forskel på, hvilken betydning medarbejderne opfatter, at de forskellige aktører på arbejdspladsen havde for dem ift. håndteringen af deres situation på arbejdspladsen. Øverste ledelse, nærmeste leder samt arbejdsmiljørepræsentanten blev vurderet mere negativt af medarbejdere med psykisk sygdom, mens tillidsrepræsentanten oftere var involveret, men både blev oplevet positivt og negativt. Oftest var hverken arbejdsmiljørepræsentant eller tillidsrepræsentant dog involveret i forløbet, og på meget få arbejdspladser oplevede medarbejderen at Arbejdstilsynet havde været på inspektion.

Disse fund understøttes i både dansk og international litteratur, som bl.a. understreger lederes manglende viden og mangel på værktøjer ift. medarbejdere med mentale helbredsproblemer (ex. Coole m.fl. 2013, Tiedtke m.fl. 2014, Andersen m.fl. 2014), og at medarbejdere, som kommer tilbage på arbejdspladsen efter sygemeldinger, ofte oplever, at der er foretaget uønskede forandringer i deres arbejde, hvor de f.eks. får mindre ansvar og kontrol i deres arbejde. Derudover opleves problemer i forholdet til kollegerne (Mental Health Foundation 2006). Dette er problematisk, da forskning

gen har vist, at involvering af kollegerne i processen omkring sygemelding og tilbagevenden til arbejdet og fokus på generelle forebyggende tiltage i arbejdsmiljøet er vigtige parametre for, om en medarbejder kan vende tilbage til arbejdspladsen (Tjulin m.fl. 2010, Corbiere m.fl. 2014). Undersøgelsen peger således på vigtigheden af, at man på arbejdspladsen også fokuserer på kollegernes arbejdsmiljø, når en medarbejder er sygemeldt. 76,8 % af medarbejdere med psykisk sygdom vendte heller ikke tilbage til samme arbejdsplads, hvilket kan afspejle manglende ledelsesmæssig og kollegial støtte. Fremadrettet kan det derfor være hensigtsmæssigt på arbejdspladser at diskutere, hvordan kollegers behov afdækkes og understøttes i forhold til arbejdsrelateret sygdom både under en medarbejders sygemelding og i den efterfølgende periode.

Nærværende undersøgelse viste også, at arbejdsmiljørepræsentanten ofte ikke var involveret, selvom en medarbejder havde fået en arbejdsrelateret sygdom, og at 17,4 % med psykisk sygdom vurderede, at arbejdsmiljørepræsentanten havde haft en negativ betydning for dem i forløbet omkring deres sygdom og arbejdsskadeanmeldelse. I dansk kontekst viser forskning, at arbejdsmiljørepræsentanternes uddannelse muligvis ikke ruste dem til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø (Ladegaard m.fl. 2016b), og at arbejdsmiljørepræsentanten ofte ikke er involveret, når medarbejdere bliver sygemeldt med arbejdsrelateret stress. Dette skyldes, at det som regel forbliver en privat sag mellem leder og medarbejder, når en medarbejder er sygemeldt uanset årsag (Ladegaard m.fl. 2012). Denne tendens ses ligeledes i en større svensk tværsnitsundersøgelse (Selander m.fl. 2015), der undersøgte sammenhængen mellem sygemeldte medarbejders forventninger til deres tilbagevenden til arbejde, og kvaliteten af kontakt mellem medarbejder og arbejdsplads

ved sygemelding. Studiet viste, at kvaliteten af kontakten og de handlinger, der blev gennemført på arbejdspladsen, var vigtigere for sygemeldte medarbejdere end f.eks. antallet af gange, man blev kontaktet, og timing for tilbagevenden til arbejde. Studiet viste ligeledes, at tillidsrepræsentanter og arbejdsmiljørepræsentanter havde en meget begrænset rolle i planlægning og implementering af indsatsen i forbindelse med sygemeldinger. Dette kan undre, da disse aktører kan have relevant viden i forhold til at understøtte beslutninger og handlinger på arbejdspladsen.

To til fire år efter, at de anmeldte deres sygdom, var en stor del af medarbejderne uden for arbejdsmarkedet. Undersøgelser viser, at langvarige sygemeldinger er en vigtig risikofaktor for tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (Waddel 2004), og kun 50% af de, som er væk fra arbejdet i mere end seks måneder pga. eks. dårligt mentalt helbred, vender tilbage til arbejdsmarkedet (Blank m.fl. 2008). En tidlig indsats og fastholdelse er derfor afgørende. I nærværende undersøgelse endte de fleste medarbejdere med psykisk sygdom og rygsygdom med at blive fyret.

I kun få tilfælde oplevede medarbejdere, at Arbejdstilsynet var kommet på tilsyn, selvom de havde anmeldt en arbejdsskade. Hvis denne medarbejdervurdering er retvisende, kan det undre, da netop arbejdsskadeanmeldelser også skulle have en forebyggende funktion på danske arbejdspladser og registreres af Arbejdstilsynet (Arbejdstilsynet 2017), og regulering har vist sig at have effekt på arbejdsmiljø og arbejdsmiljøindsatser (Andersen 2017). Forskning på området understøtter dette fund og viser at Arbejdstilsynet i yderst begrænset omfang gør brug af erhvervssygdoms-anmeldelserne (Ladegaard m.fl. 2016a). Resultaterne kalder på initiativer som f.eks. en tilpasning af lovgivningen på området

og det danske samarbejdssystem, så der kan igangsættes en dialog om arbejdsrelateret sygdom på arbejdspladsen og så incitamentet for, at virksomheder arbejder endnu mere systematisk med forebyggelse af arbejdsrelateret sygdom på et organisatorisk plan, kan øges.

Hudsygdomme håndteres bedst

Generelt vurderede medarbejdere med hudsygdomme arbejdspladsens indsats og de forskellige aktører fra arbejdspladserne mere positivt og rapporterede også om forandringer i arbejdsmiljøet i højere grad end medarbejdere med ryggsygdom eller psykisk sygdom. Flere med hudsygdom blev også fastholdt på arbejdsmarkedet. Dette kan skyldes, at hudsygdomme ikke påvirker den samlede arbejdsevne i samme omfang som ryggsygdomme og psykiske sygdomme, og dermed kan være lettere at håndtere. Ofte findes en direkte årsag til sygdommen (Sigsgaard 2010), som så kan medføre ændring af arbejdsprocedure eller omplacering af den pågældende medarbejder. Interventioner på både individ og organisatorisk niveau kan være billigere og mere simple for hudsygdomme, såsom indkøb af værnemidler som handsker, creme og ændringer til f.eks. brug af parfumefri produkter og håndsprit. I tilfælde af sygemelding kan tilbagevenden til arbejde også være mindre krævende og derved et kortvarigt forløb sammenlignet med psykisk sygdom og ryggsygdom, hvor der kan være tvivl om, hvorvidt medarbejderen vil blive i stand til at varetage arbejdet igen, og hvor perioden med særbehov og omfanget af de særlige hensyn er større (Mental Health Foundation 2006).

Samlet set indikerer dette studie, at der er en række udfordringer på de danske arbejdspladser, i forbindelse med at en medarbejder får en arbejdsrelateret sygdom. Dette kan skyldes manglende viden og systematiske indsatser på arbejdspladsen.

Ifølge Arbejdsmiljøloven § 1.1. er danske arbejdsgivere forpligtede til at sikre et sundt og sikkert fysisk og psykisk arbejdsmiljø, og det kan undre, at intet i denne undersøgelse tyder på at der gennemføres en systematisk udredning eller kortlægning af arbejdsmiljøet, når en medarbejder bliver sygemeldt og det anmeldes som en arbejdsskade (erhvervssygdom). Der ligger oftest en faglig vurdering til grund for anmeldelsen (Arbejdsskadestyrelsen 2012), hvilket støtter op om, at sygdommen er forårsaget af arbejdet, at der derfor kan være vilkår på arbejdspladsen, som er belastende, og at der er behov for at undersøge potentielle problemer i arbejdsmiljøet. Nedsat arbejdsevne pga. dårligt helbred og sygdom er en stigende udfordring (World Health Organization 2011), som kan have væsentlige konsekvenser for både individet, f.eks. i form af nedsat livskvalitet (Fryers 2006), og for samfundet, f.eks. i form af øgede udgifter grundet tabt arbejdskraft (Sundhedsstyrelsen 2015, European Agency for Safety and Health at Work 2017). Derfor er der behov for indsatser, som kan støtte medarbejdere med arbejdsrelaterede sygdomme samt støtte danske arbejdspladser med henblik på at sikre et sundt og sikkert arbejdsmiljø.

Styrker & begrænsninger

Undersøgelsen er baseret på oplevelserne fra 770 medarbejdere med anmeldte erhvervssygdomme og giver derfor et unikt indblik i denne populations oplevelser på deres arbejdspladser, herunder hvordan danske arbejdspladser håndterer arbejdsrelateret sygdom. Medarbejdernes oplevelser blev undersøgt gennem en spørgeskemaundersøgelse udviklet på baggrund af en række medarbejder- og ekspertinterviews med henblik på at sikre, at relevante aspekter ved arbejdspladsers håndtering blev klarlagt og belyst. Resultaterne fra undersøgelsen er

selvrapporteret to til fire år efter anmeldelsen af en arbejdsrelateret sygdom (anmeldt i 2010-2012). Man kan således overveje, om arbejdspladserne siden da er blevet bedre til at håndtere arbejdsrelateret sygdom. Interviewdata fra 2014 i samme projekt (Ladegaard m.fl. 2016a) indikerer dog, at arbejdspladserne stadig har vanskeligt ved at håndtere arbejdsrelateret sygdom, og der er ikke fundet nyere dansk litteratur på området, som tegner et mere optimistisk billede. En anden udfordring er, at medarbejderne bedes huske tilbage på noget, som er sket i en tidligere periode, og således kan deres oplevelser i forhold til arbejdspladsernes håndtering af deres arbejdsrelaterede sygdom være præget af, hvordan det efterfølgende er gået dem, for eksempel om de er aktive på arbejdsmarkedet eller ej, deres aktuelle helbredstilstand, og hvordan afgørelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring faldt ud. For at imødekomme denne potentielle bias blev dette undersøgt særskilt (Bilag 1, tabel 2).

Forskelle i besvarelserne fundet mellem mænd og kvinder samt brancher kan afspejle, at der var flere kvinder med anmeldt psykisk sygdom, og at der også var flere med psykisk sygdom inden for branchegrupperne *uddannelse/sundhedssektor/institution samt politi/beredskab/forsvar/fængsel*. Det skal ligeledes bemærkes, at svarprocenten i de tre grupper varierede. Den højeste svarprocent var blandt medarbejdere med anmeldte psykiske sygdomme (60,5 %), i midten lå ryg sygdomme (50,5 %) mens den lavest svarprocent (33,0 %) var blandt medarbejdere med anmeldte hudsygdomme. Svarprocenten kan afspejle den enkeltes engagement i ft. situationen, hvor de har været sygemeldt med en arbejdsrelateret sygdom. Undersøgelsens fund kan derfor være mere markante i både positiv og negativ retning. Ligeledes var fordelingen af medarbejdere med anerkendt psykisk sygdom 46,8 % og ryg sygdom 55,0 % lang højere end den virkelige fordeling,

hvor kun 4,1 % med psykisk sygdom og 13,8 % for ryg sygdom fik anerkendelse i 2016 (Arbejdsmarkedets Erhvervssikring 2017). Da man bl.a. kunne se, at medarbejdere med anerkendte arbejds-skader i højere grad oplevede forandringer i arbejdsmiljøet, kan man forestille sig, at undersøgelsens resultater ville vise endnu færre arbejdsmiljøtiltag ved en repræsentativ sample. Undersøgelsen er finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden 2013-2018, og forfatterne har ingen interessekonflikter i forhold til artiklens resultater.

Konklusion

Undersøgelsen indikerer, at der er problemer med håndteringen og arbejdsmiljøindsatserne på de danske arbejdspladser, når en medarbejder bliver sygemeldt med en arbejdsrelateret sygdom. Flere medarbejdere med psykisk sygdom oplever, at arbejdspladsen håndterer forløbet omkring deres sygdom dårligt sammenlignet med medarbejdere med ryg- og hudsygdom. På trods af at arbejdspladsen har kendskab til, at en medarbejder er blevet syg grundet arbejdet, bliver der ifølge medarbejderne ikke foretaget ændringer i arbejdsmiljøet på mange arbejdspladser. Når der foretages ændringer, er det ofte ændringer i den enkelte medarbejders arbejde og ikke strukturelle forbedringer i arbejdsmiljøet. Medarbejdere med arbejdsrelateret psykisk sygdom vurderede øverste og nærmeste ledelse samt arbejdsmiljørepræsentantens betydning for forløbet omkring sygdommen mere negativt sammenlignet med medarbejdere med ryg- og hudsygdom. Ofte var hverken arbejdsmiljørepræsentant eller tillidsrepræsentant involveret i forløbet. Derudover oplevede medarbejderne sjældent inspektion fra Arbejdstilsynet, selvom de var blevet syge af arbejdet og i den forbindelse havde anmeldt en arbejds-skade.

Undersøgelsen viser desuden, at arbejds-

pladserne håndterer hudsygdommene bedst, hvilket kan skyldes, at hudsygdomme er lettere at håndtere og løsningerne simple og mindre omkostningstunge, sammenlignet med behovet når det drejer sig om rygsygdom eller psykisk sygdom. Medarbejdere med hudsygdomme blev i højere grad fastholdt på samme arbejdsplads, mens et stort antal medarbejdere med ryg- og psykiske sygdomme stod uden for arbejdsmarkedet 2-4 år efter de var blevet syge. Derudover oplevede mange med-

arbejdere at genoptage arbejdet for tidligt efter sygdommen.

Resultaterne kalder på initiativer som f.eks. en tilpasning af lovgivningen på området såvel som det danske samarbejdsystem, så man støtter dialog om arbejdsrelateret sygdom på arbejdspladsen yderligere og øger incitamentet for, at virksomheder arbejder mere systematisk med forebyggelse af arbejdsrelateret sygdom på et organisatorisk plan.

REFERENCELISTE

- Andersen, Malene F., Karina M. Nielsen & Svend Brinkmann (2014): How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study, i *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 4, s. 709–724.
- Andersen, Marlene L. B. (2017): *Psykiske arbejds-skader: Juridiske virkemidler i et forebyggelses-perspektiv med fokus på virksomhedens adfærd*. København, Det Juridiske Fakultet Københavns Universitet.
- Arbejdsskadestyrelsen (2012): Arbejdsgruppen om anmeldelse af arbejdsskader - Rapport fra arbejdsgruppen om anmeldelse af arbejdsskader (erhvervssygdomme), København, Arbejdsskade-styrelsen.
- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (2017): *Arbejdsskadestatistik 2016*, København, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.
- Arbejdstilsynet (2010): *Fremtidens Arbejds miljø 2020*, København, Arbejdstilsynet.
- Arbejdstilsynet (2017): *Læger og tandlæger har pligt til at anmelde erhvervssygdomme*, København, Arbejdstilsynet. Besøgt 05.05.2017: <https://arbejdstilsynet.dk/da/selvbetjening/anmeld-erhvervssygdomme/hvad-er-en-erhvervssygdom>.
- Bach, Henning (2008): *Livet efter en ulykke: Arbejdsliv og forsørgelse efter en ulykke som er vurderet i arbejdsskadestyrelsen*, København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Blank, Lindsay m.fl. (2008): Systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health, i *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, s. 27–34.
- Borg, Vilhelm m.fl. (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*, København, Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø.
- Boynton, Petra M. (2004): Hands-on guide to questionnaire research: administrating, analyzing and reporting your questionnaire, i *British Medical Journal*, 328, 7452, s. 1372-1375.
- Coole, Carol m.fl. (2013): Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23, 3, s. 406-418.
- Corbiere, Marc m.fl. (2014): Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25, s. 335-347.
- EU-OSHA (2017): *An international comparison of the cost of work-related accidents and illnesses*, European Agency for Safety and Health at Work: <http://osha.europa.eu>.
- Fryers, Tom. (2006): Work, identity and health, i *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 12.
- Gensby, Ulrik m.fl. 2014: A classification of components of workplace disability management programs: Results from a systematic review, i *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, s. 220-241.
- Gensby, Ulrik & Mia Husted (2013). Inclusion

- through action: A participatory approach to return-to-work policy change processes in organisations. *International Journal of Disability Management*, 8, s. 1-16.
- Hjarsbech, Pernille U. m.fl. (2015). Struggling at work: A qualitative study of working Danes with depressive symptoms. *Disability & Rehabilitation* 37, s. 1674-1682.
- Holt, Helle & Klara Nilsson (2013). *Arbejdsfasthøelse af skadelidte medarbejdere: Virksomheders rolle og erfaringer*. København. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Ladegaard, Yun, Bo Netterstrøm & Janne Skakon (2016a): Psykisk Arbejdsskade – Illusionen om den forebyggende indsats, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 18, 1, s. 107-123.
- Ladegaard, Yun, Bo Netterstrøm & Roy Langer (2012): *COPEWORK Copestress Workplace Study*. København, Bispebjerg Hospital Arbejds- & Miljømedicinsk Afdeling.
- Ladegaard, Yun m.fl. (2016b): Obligatorisk Arbejds miljøuddannelse svigter det psykiske arbejdsmiljø – kvalitetsløft efterlyses, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 18, 1, s. 124-130.
- Larsen, Eva Ladekjær m.fl. (2015): Betwixt and between: workplace perspectives on work reintegration in the eldercare sector in Denmark, i *Journal of Disability and Rehabilitation*, 37, s. 1839-1848.
- Løvgren, Mette (2015): Dårligt arbejdsmiljø koster samfundet over 60 mia. om året, København, FTF: <http://www.ftf.dk/aktuelt/ftf-nyhed/artikel/daarligt-arbejdsmiljoe-koster-samfundet-over-60-mia-om-aaret/>.
- Mendel, Rosmarie m.fl. (2015): Managers' reactions towards employees' disclosure of psychiatric or somatic diagnoses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, s. 146-149.
- Mental Health Foundation (2006): Returning to work: *The role of depression*, Loughborough University.
- Munir, Fehmidah m.fl. (2005): Work limitations and employer adjustments for employees with chronic illness, i *International Journal of Rehabilitation Research*, 28, s. 112-117.
- Nielsen, Maj-Britt Dahl & Birgit Aust (2013): Erfaringer fra det store Tilbage-Til-Arbejde (TTA) projekt, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 15, 2, s. 58-64.
- Seing, Ida m.fl. (2015): Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice, i *Journal of Disability and Rehabilitation*, 37, s. 1760-1769.
- Selander, John m.fl. (2015): Contact with the workplace during long-term sickness absence and worker expectations of return to work, i *International Journal of Disability Management*, 10, s. 1-13.
- Sigsgaard, Torben, Jens P. Bonde & Kurt Rasmussen (2010): *Miljø og Arbejdsmedicin*, København, FADL's Forlag
- Stockendahl, Mette m.fl. (2015). Manager experiences with the return to work process in a large, publicly funded, hospital setting: Walking a fine line. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 25, s. 752-762
- Sundhedsstyrelsen (2015): Sygdomsbyrden i Danmark, København, Sundhedsstyrelsen.
- Thuesen, Frederik & Ulrik Gensby (2010): På vej mod job efter en arbejdsskade: *En evaluering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelsescenter*, København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Tiedtke, Corine, Donceel de Rijk & Dierckx de Casterlé (2014): Return to work following breast cancer treatment: The Employers' Side, i *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 3, s. 399–409.
- Tjulin, Åsa, Ellen MacEachen & Kerstin Ekberg (2010): Exploring workplace actors' experiences of the social organization of return-to-work, i *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, s. 311-321.
- Waddel, Gordon (2004): *The Back-Pain Revolution*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- World Health Organization (2011): *World report on Disability*, World Health Organization & The World Bank.

Yun Ladegaard, cand.psych., projektleder, ph.d. studerende, Institut for Psykologi, Arbejds- & Organisationspsykologi, Københavns Universitet
e-mail: yun.ladegaard@psy.ku.dk

Cecilie Nørby Thisted, cand.scient.san.publ, ph.d. studerende, Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet
e-mail: cnth@ph.au.dk

Ulrik Gensby, cand.scient.adm, ph.d., forsker, Team Arbejdsliv Aps og Helix Competence Center, Lindköping Universitet
e-mail : uge@teamarbejdsliv.dk

Janne Skakon, cand.psych.aut., ph.d., ekstern lektor, Institut for Psykologi, Arbejds- & Organisationspsykologi, Københavns Universitet
e-mail: janne.skakon@psy.ku.dk

Bo Netterstrøm, dr.med.sci., seniorforsker
e-mail: bone@dadlnet.dk