



Riktlinjer för **psykisk ohälsa** **på arbetsplatsen**

En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015



Enheten för interventions- och implementeringsforskning
Institutet för miljömedicin (IMM)
Karolinska Institutet
www.ki.se/imm/iir

Denna skrift refereras till enligt: Jensen I. och Företagshälsans riktlinjegrupp. *Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015.

Grafisk form: Petra Fagerlind
Textredigering: Michael Nyhaga
Tryck: Taberg Media Group
Utgåva 1.1, 2016

En sammanställning från företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015

Psykisk ohälsa på arbetsplatsen

Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk
ohälsa på arbetsplatsen

Riktlinjegruppen

Riktlinjegruppen består av praktiker och forskare. I gruppen ingår representanter från flertalet professioner på olika företagshälsor i Sverige, branschföreningen Sveriges Företagshälsor, representanter från Svenska företagsläkarföreningen samt forskare från Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM) vid Karolinska Institutet. Riktlinjegruppen ingår som en part i Kompetenscentret för företagshälsa.



**Karolinska
Institutet**

**sveriges
företags
hälsor**

Innehåll

Förord	5	Arbetsmedicinsk utredning	27
Inledning	7	Utredning av arbetsförmåga	29
Mål/Syfte	8	Problemlösning baserad samtalsteknik	29
Avgränsningar	8	Skriftlig åtgärdsplan	31
Målgrupp	10	Evidensbaserad information	31
Effekter av insatser	10	Åtgärder	31
		Problemlösning fokuserade arbetsplatsnära insatser	31
Kapitel 1		Psykoterapi	32
Att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa	13	Stresshantering	32
Ekonomiska effekter av förebyggande arbete	13	Levnadsvanor	32
Företagshälsans roll i det förebyggande arbetet	14	Medicinering	33
Flödesschema: Främjande av psykisk hälsa – arbetsplats/organisation	15	Multimodal rehabilitering	33
Regler, policyer och riktlinjer i det förebyggande arbetet	16	Rehabiliteringskoordinator	33
Undersök hinder för implementering av policy/riktlinjer	16	Sjukskrivning	33
Kunskap om relationen arbetsförhållanden och psykisk ohälsa genom chefsleden	16	Uppföljning	35
Kartläggning och analys av psykosocial arbetsmiljö, stress och psykisk hälsa i verksamheten	17	Riskscreening av arbetsplatsen med utgångspunkt i en enskild anställds psykiska ohälsa	35
Frågeformulär som kartläggningsredskap i det förebyggande arbetet	19		
Arbetsplatsrelaterade riskfaktorer och faktorer som främjar psykisk hälsa	19	Kapitel 3	
Återkoppling av resultat	19	Implementeringsstöd för att införa riktlinjerna inom företagshälsans verksamhet	37
Åtgärder på organisationsnivå/arbetsplatsen	20	Varför ändra nuvarande arbetssätt?	37
Åtgärder på medarbetarnivå	21	Vad är det som ska införas?	38
Uppföljning av åtgärder	21	Vad behöver vara på plats inom företagshälsans organisation?	40
Uppföljande kartläggning	22	Vad behöver göras inom företagshälsans organisation?	40
		När ska implementeringen ske?	41
Kapitel 2		Vem ska arbeta enligt det nya arbetssättet?	41
Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa	25	Vem gör vad?	41
Flödesschema: Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa – individnivå	26	Verktyg för implementeringsstöd	41
Tidig utredning och diagnostik som inkluderar arbetsförhållandena	27		
		Bilagor	45
		Bilaga 1. Deklaration om särintressen eller andra jävsförhållanden angående de metoder som rekommenderas i riktlinjen	46

Bilaga 2. Prioriteringsgruppen inom organisationen av riktlinjearbetet	47
Bilaga 3: Signaler på arbetsrelaterad psykisk ohälsa	48
Bilaga 4. Riskfaktorer och främjande faktorer	49
Bilaga 5. Tabell över riskfaktorer och främjande faktorer i arbetet för psykisk hälsa	51
Bilaga 6. Metoder för att kartlägga psykosocial arbetsmiljö och hälsa	54
Bilaga 7. Sammanställning av frågeformulär för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatsen	56
Bilaga 8. Att skapa egna frågeformulär för kartläggning i det förebyggande arbetet	60
Bilaga 9. Exempel på underlag enligt survey feedback-metodiken	61
Bilaga 10. Sammanställning av diagnostiska instrument	64
Bilaga 11. KOF- och ADA-metodiken	68
Bilaga 12. Checklista för implementeringsstöd	69
Bilaga 13. Vägledning för chefer vid implementering	71
Referenser	78

Riktlinjer vid psykisk ohälsa

Medverkande i Riktlinjegruppen

Irene Jensen, ordförande, professor, Karolinska Institutet.

Christina Björklund, biträdande ordförande, docent, Karolinska Institutet.

Helena Börjesson, chef arbetsmiljö och hälsa, Betania.

Bodil Carlstedt-Duke, företagsläkare, med. dr, Avonova.

Emma Cedstrand, leg psykolog, forskningsassistent, Karolinska Institutet.

Marie Dahlgren, kommunikatör, Sveriges Företagshälsor.

David Isaksson, arbetsmiljöingenjör, Företagshälsan FHC AB.

Lydia Kwak, forskare, Karolinska Institutet.

Annelie Mattelin, företagssköterska, arbetsmiljöenheten Höglandssjukhuset, Eksjö.

Carl Molander, rehabiliteringsmedicin, Betania företags-hälsovård, docent, Karolinska Institutet.

Ebba Nordrup, beteendevetare, Landstingshälsan i Örebro.

Bo Renström, företagsläkare, Globenhälsan.

Jessica Wendel, hälso pedagog, Järnhälsan företags-hälsovård.

Charlotte Wählin, forskare, Karolinska Institutet samt ergonom Arbets- och miljömedicin, Region Östergötland.

Externa medverkande experter

Gunnar Bergström, docent, Centrum för Arbets- och miljömedicin, SLL, samt forskare, Karolinska Institutet.

Therese Hellman, forskare, leg. arbetsterapeut, Karolinska Institutet.

Göran Kecklund, docent, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet.

Peter Munck af Rosenschöld, vd, Sveriges Företagshälsor.

Roger Person, docent, avdelningen för arbets- och organisationspsykologi, Institutionen för Psykologi, samt META-Lund, Lunds Universitet, Lund.

Artur Tenenbaum, enhetschef och företagsläkare, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborgs Sjukhus, Skövde, Hälsan och Stressmedicin i Västra Götalands Regionen.

Eva Vingård, professor emeritus, Arbets- och miljömedicin, Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet.

Externa granskare

Kristina Andersson, ordförande Sveriges företagssköterskor

Lisa Ekselius, professor, överläkare psykiatri, Institutionen för neurovetenskap, psykiatri Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Claes-Gunnar Ericsson, företagsläkare, Previa.

Eva Eriksson Regberg, ordförande Ergonomisektionen, Förbundet Fysioterapeuterna.

Kristina Glise, med dr, överläkare, enhetschef Institutet för Stressmedicin, Göteborg.

Lena Haglund, ordförande Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).

Ingibjörg Jonsdottir, professor, Verksamhetschef Institutet för stressmedicin, Göteborg.

Åke Nygren, senior professor, Karolinska institutet.

Patrik Nyström, ordförande för Sveriges förening för Arbets- och organisationspsykologer, Psykologförbundet Gabriel Oxenstierna, docent, KTH, Skolan för teknik och hälsa, Enheten för ergonomi.

Jan Rosen, ordförande, Svenska företagsläkarföreningen

Camilla Backlund, ordförande, FTF Arbetsmiljö.

Marie Åsberg, senior professor, Karolinska institutet.

Deklaration om särintressen eller andra jävsförhållanden till de metoder som rekommenderas i riktlinjen, se bilaga 1.



Förord

Dessa riktlinjer är framtagna av Företagshälsans riktlinjegrupp, som är en verksamhet inom programmet för forskning om metoder för företagshälsa vid Karolinska Institutet samt Kompetenscentret för företagshälsa (www.fhvforskning.se).

Syftet med riktlinjearbetet är att stödja evidensbaserad praktik, EBP, inom företags-hälsa. EBP är tillämpningen av den bästa tillgängliga kunskapen i kombination med klinisk erfarenhet och klientens förutsättningar. Att arbeta enligt EBP har visat sig ge effektivare insatser.

Dessa riktlinjer ingår i en serie av publikationer där den första som publicerades januari 2014 presenterade riktlinjer rörande Ländryggsbesvär. Riktlinjegruppen har för närvarande delats upp i tre arbetsgrupper som arbetat parallellt med Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen (ordförande I. Jensen), Riktlinjer för hälsoundersökning via arbetsplatsen (ordförande L. Kwak) samt Riktlinjer för tidiga insatser vid alkoholproblem på arbetsplatsen (lanseras januari 2016, ordförande U. Hermansson).

Till riktlinjegruppen finns en prioriteringskommitté kopplad som består av representanter för arbetsgivare och arbetstagare (se bil 2). Prioriteringskommitténs uppgift är att – utifrån kunskaper från olika verksamheter – ta fram vilka områden som bör prioriteras vid arbetet med riktlinjerna. Dessa riktlinjer samt riktlinjer för hälsoundersökningar blev högst prioriterade av kommittén. Prioriterade områden för kommande riktlinjer är att mäta buller samt belysningsergonomi.

Verksamheten i riktlinjegruppen finansieras via anslag från forskningsrådet FORTE och AFA försäkring. Dessutom finansieras verksamheten via resurser (arbetstid, lokaler etcetera) från Sveriges företagshälsor och de företagshälsor som är representerade i gruppen.

Arbetet med att ta fram evidensbaserade riktlinjer sker i ett unikt samarbete mellan yrkesverksamma i olika professioner inom företagshälsan, FH, samt verksamhetsnära forskare. Målsättningen är att utforma praktiska riktlinjer som bygger på bästa tillgängliga evidens, men också har en hög grad av tillämpbarhet i det dagliga praktiska FH-arbetet. Vidare har också hänsyn tagits till vad som bedömts möjligt att implementera i den mångskiftande verksamhet som FH är.

Vill du veta mer är du välkommen att läsa vidare på hemsidan för Kompetenscentret för företagshälsa (www.fhvforskning.se) eller Karolinska Institutets hemsida www.ki.se/imm/iir

Syftet med evidensbaserad praktik är att öka möjligheterna att hjälpa. I evidensbaserad praktik strävar man efter att utredning och insatser ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, som hämtas från forskning, från den enskilde och från praktiken. Socialstyrelsen 2015

Irene Jensen
Professor och programansvarig

Inledning

Det finns ett antal publicerade nationella och internationella översiktsartiklar och evidensbaserade riktlinjer för hur psykisk ohälsa på arbetsplatsen ska utredas och åtgärdas. Under 2015 har två svenska översikter inom området publicerats (Vingård m fl 2015, Aronsson m fl 2015). Inför arbetet med dessa riktlinjer genomfördes en kompletterande systematisk kartläggning av det internationella kunskapsläget. Den fokuserade på vetenskapliga studier om effekterna av arbetsplatsinriktade metoder för företagshälsovården i arbetet med psykisk ohälsa (Bergström G. m fl 2015). Föreliggande riktlinjer är baserade på de aktuella internationella och nationella publicerade översikterna, originalartiklar samt publicerade internationella riktlinjer om vanlig psykisk ohälsa på arbetsplatsen.

Riktlinjerna är utarbetade utifrån företagshälsovårdens speciella förutsättningar att arbeta med att främja friska arbetsplatser och arbetsrelaterad hälsa. Det som skiljer företagshälsovården från hälso- och sjukvården är:

- kunskap om arbetets påverkan på hälsan,
- kunskap om arbetsplatsen,
- kunskap om effektiva åtgärder på arbetsplatsen,
- möjligheterna att arbeta i nära kontakt med/på uppdrag av arbetsgivaren samt,
- möjligheterna att arbeta med åtgärder direkt på/med arbetsplatsen.

Psykisk ohälsa kan orsakas av faktorer både i och utanför arbetet. Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för ett samband mellan faktorer i arbetsmiljön och psykisk ohälsa.

Det är dock ofta svårt eller till och med omöjligt att särskilja olika faktorer i inverkan. Olika faktorer kan ge upphov till samma typ av besvär – till exempel depression. Samma faktor kan också ge upphov till olika slags besvär – såsom ångest hos vissa och depression eller stressreaktion hos andra. Dessutom

Det kan konstateras att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet. Vingård m fl 2015.

påverkar problem i arbetet funktionen i privatlivet och vice versa. Detta komplexa samspel visar att insatser för psykisk ohälsa måste ha ett brett spektrum vid problemformulering och åtgärder och inkludera båda huvudarenorna i livet (arbetet och privatlivet). Dessa riktlinjer fokuserar på arbetsplatsen, men både i det främjande, säkerhetsförebyggande och efterhjälpande arbetet kan det bredare livsperspektivet anläggas.

Riktlinjerna är en sammanställning av de åtgärder som rekommenderas för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Vi har byggt upp rekommendationerna enligt flödesscheman över arbetsprocesser för att underlätta implementeringen av åtgärderna. Flödesschemat för det förebyggande arbetet (Kap 1, sid 15) kan även användas som en hjälp att bedöma var verksamheten befinner sig och var åtgärder behövs. Flödesschemat för efter-

hjälpande (kap 2, sid 26) används som ett stöd i de utrednings- och åtgärdsprocesser som rekommenderas för anställda som drabbats av psykisk ohälsa. Rekommendationerna skall inte användas så att ”allt skall tillämpas på alla” utan det är viktigt att komma ihåg att det är de initiala utredningarna/kartläggningarna och målen med åtgärderna som avgör insatsernas omfattning.

Arbetet för psykisk hälsa på arbetsplatsen kan delas in i de tre huvudkategorier som beskrivs i EU Guidance document. Promotion of mental Health at the work place, 2014 (enligt figur 1):

- Det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM, med fokus på säkerhet, kontroll och undanröjande av risker i arbetet. SAM är lagstiftat och reglerat i Sverige. Här innebär det insatser för att kontrollera och undanröja risker för psykisk ohälsa.
- Främjande av psykisk hälsa fokuserar på att identifiera behov, oberoende av orsak (arbete/privatliv), som gynnar psykisk hälsa. Behoven kan exempelvis vara att öka den anställdes kontroll över egna arbetet eller att stödja fysisk aktivitet och förmåga till stresshantering.
- Rehabilitering och återgång i arbete fokuserar på att stärka en anställd som drabbats av ohälsa och arbetsgivarens ansvar är i Sverige reglerat via lagstiftning.

Det första kapitlet i dessa riktlinjer beskriver arbetet inom de två första kategorierna och andra kapitlet beskriver den tredje kategorin.

Den första och andra kategorin utgår från ett organisationsperspektiv medan den tredje kategorin har ett individperspektiv.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för vikten av att involvera arbetsplatsen tidigt i processen. Personer med sviktande arbetsförmåga till följd av psykisk ohälsa som kan kopplas till en stressande arbetssituation beskriver ofta att den ökade stressbelastningen och de stressrelaterade symtomen funnits under lång tid innan – ofta flera år. Under denna tid förekommer oftast symtom på stressbelastning som inte innebär direkt sjukdom, men som är tecken på en skadlig process. Om processen upptäcks tidigt kan ohälsa ofta förebyggas. I dessa riktlinjer utgår det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på arbetsplats/organisationsnivå från hur FH kan stödja

arbetsgivarna i arbetet mot psykisk ohälsa. Det kapitlet av riktlinjerna är inriktad på hur företagshälsan, FH kan stödja implementeringen av rekommendationerna för att förebygga psykisk ohälsa på arbetsplatsen.

När psykisk ohälsa uppstår beror vägen till den initiala kontakten med FH på avtalsformen. Den kan ske på flera vis: via chefen, via den drabbade själv eller att den psykiska ohälsan uppdagas i samband med en skyddsron eller en hälsoundersökning hos FH. Arbetsprocessen som beskrivs här är utarbetad så att den kan anpassas till de rutiner och avtalsformer som finns inom olika FH och med olika arbetsgivare.

Mål/Syfte

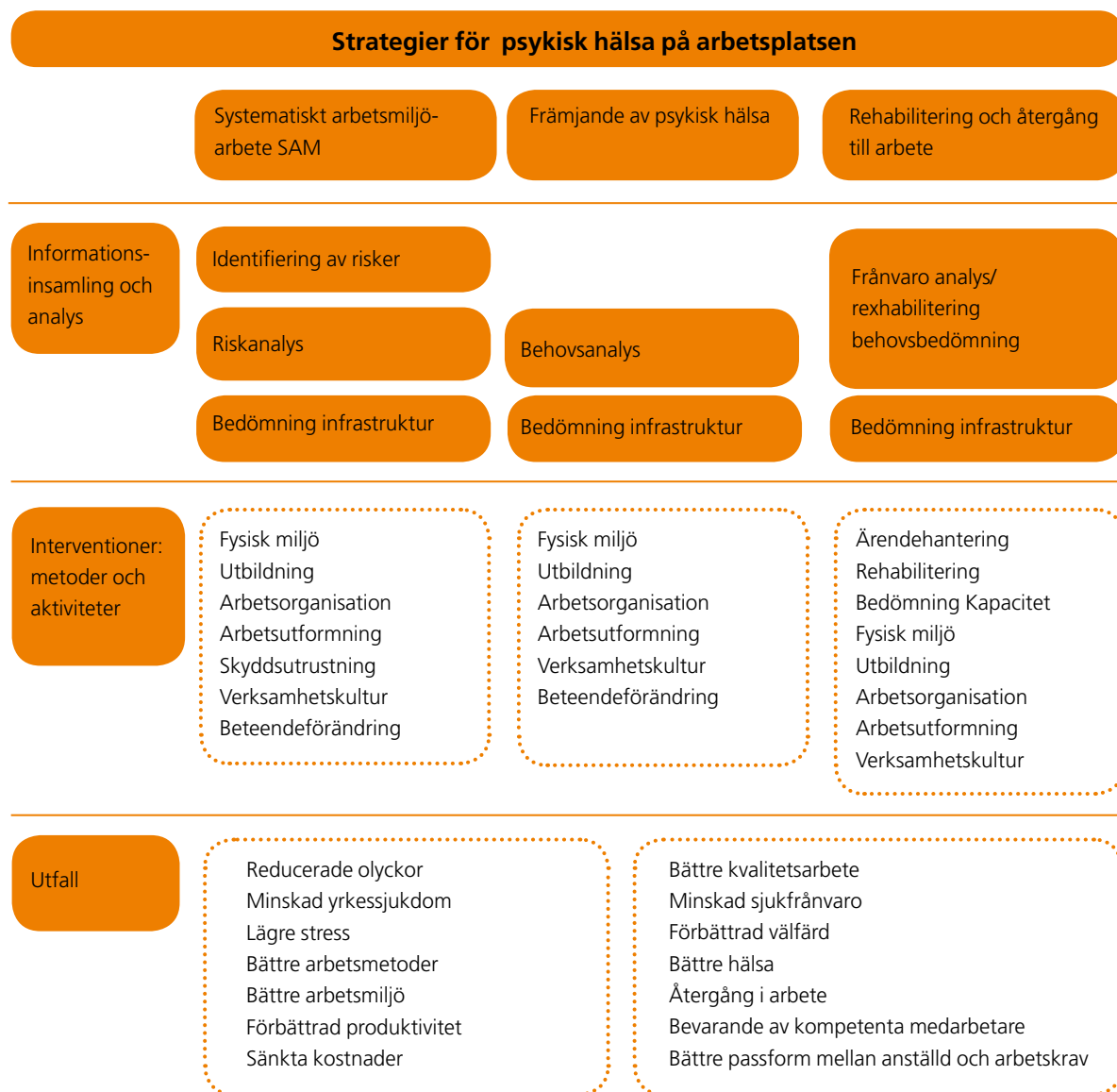
Syfte med riktlinjerna är att ge ett evidensbaserat underlag till företagshälsan för att stödja arbetsgivares förebyggande arbete mot arbetsrelaterad psykisk ohälsa och – när ohälsa uppkommit – till att utreda och åtgärda arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Målet har varit att skapa tillämpbara rekommendationer som tar tillvara de förutsättningar som finns inom FH, med deras kompetens inom arbetshälsa och nära koppling till arbetsplatsen. Riktlinjerna innehåller därför även stöd för implementering av arbetsmetodiken inom FH:s verksamheter.

Avgränsningar

Riktlinjerna fokuserar enbart på arbetsrelaterad psykisk ohälsa, APO. APO omfattar här det som i Sverige ofta benämns som lättare eller vanlig psykisk ohälsa och internationellt för common mental disorders, CMD. I APO/CMD ingår depression, ångest, utmattningssyndrom samt andra stressrelaterade diagnoser. Benämningen lättare psykisk ohälsa är olycklig eftersom den antyder att besvären är av lättare art, vilket kan vara missvisande. Vi har därför valt att benämna den gruppen diagnoser med en term som antyder handlingsinriktning, i detta fall med koppling till arbetet.

Begreppet arbetsrelaterad implicerar inte ett ensidigt orsakssamband utan innefattar såväl att arbetet kan orsaka och påverka psykisk ohälsa som att psykisk ohälsa kan påverka arbetsförmåga och arbetsförhållandena. Det är mer ett förtydligande av att det enbart är de så kallade lättare diagnoserna och att – oberoende av orsak – arbetssituationen



Figur 1. Modell över strategier för att arbeta med psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Översatt från Wynne, 2014.

alltid bör tas med i utredningar och åtgärder för en god effekt på både arbetsförmåga och hälsa. Studier har visat att det ofta är en kombination av stressorer från arbete och privatliv som gör att den anställde hamnar i utmattningssyndrom, men att det oavsett orsak är avgörande för en lyckosam arbetsåtergång att inkludera arbetsplatsnära insatser.

Kunskapsområdet är ännu i stort behov av ny forskning som studerar åtgärder för att förebygga

och åtgärda psykisk ohälsa på arbetsplatsen. De metoder som beskrivs här baseras på systematiska sammanställningar av den internationella vetenskapligt belagda kunskapen om psykisk ohälsa, internationella riktlinjer samt nyare enskilda studier inom området. De internationella rekommendationerna har värderats utifrån hur företagshälsa, arbetsgivaransvar och lagstiftning är utformade i Sverige. För att underlätta läsning och tillämp-

ning har inte referenser (förutom i undantagsfall) inkluderats i den löpande texten. Samtliga referenser som ligger till grund för rekommendationerna finns istället i referenslistan längst bak i skriften.

Målgrupp

Riktlinjerna är primärt utformade för att tillämpas inom företagshälsa. För att kunna samverka med företagshälsan i arbetsplatsnära insatser kan dock riktlinjerna även användas som stöd för arbetsgivare, personal som är verksamma inom primärvården, berörda sjukhusspecialistområden samt personal inom Försäkringskassan som aktivt arbetar med rehabilitering.

Effekter av insatser

De effekter som riktlinjerna fokuserar på är relaterade till möjligheten att utföra arbete, det vill säga arbetsförmåga. Det kan vara faktorer på individnivå, såsom sjukfrånvaro, symtom och välbefinnande, eller på organisationsnivå, såsom arbetskrav och kontroll, ledarskap och socialt klimat.

Att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa

I detta avsnitt beskrivs åtgärder för att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa, APO. Eftersom många arbetsbelastningar som medför risk för psykisk ohälsa inte enkelt kan undanröjas eller organiseras bort (till exempel otrevliga klienter och kunder eller våld och överfall inom polis och hemtjänst) så omfattar det förebyggande arbetet inte bara åtgärder för att hindra att APO uppstår utan även efterhjälpande åtgärder. Att skiljelinjen mellan arbete och privatliv dessutom blir allt otydligare gör att orsakerna till APO ofta är mångfacetterade och komplexa och inte alltid uppenbart arbetsplatsrelaterade. Dock kan insatser på arbetsplatserna vara verksamma mot psykisk ohälsa oavsett vad som orsakat den.

Enligt arbetsmiljölagen förväntas förebyggande av APO utgöra en del av den dagliga verksamheten. Alla arbetsorganiserande processer inom en organisation kan betraktas som en del av det förebyggande arbetet. I alla projektfaser (förberedelse, kartläggning, planering, genomförande och utvärdering) tas hänsyn till hur insatsen kan anpassas till verksamheten, hur man involverar medarbetarna, samt hur man kommunicerar klart och tydligt.

Ekonomiska effekter av förebyggande arbete

Enligt en internationell genomgång av kunskapsläget kring de ekonomiska effekterna av förebyggande insatser ger sådana investeringar upp till två gånger pengarna tillbaka (Kohstall 2011). En studie på svenska arbetsplatser gav ett likartat resultat (Roos P. et al. 2005, Ødegaard F. et al. 2014). Genom ett långsiktigt, systematiskt och evidensbaserat förebyggande arbete som inkluderade åtgärder både på arbetsplatsen och för den enskilde anställda ökade produktiviteten med upp till fem procent. Arbetsgivarens sammanlagda investeringskostnad

för detta var inhämtad (return of investment) på kortare tid än åtta månader. Omfattande forskning finns också om negativa effekter av sjuknärvaro på anställdas prestation och produktivitet. Mindre finns om arbetsmiljöns betydelse på prestation och produktivitet. Karlsson et al. (2013) har i studier på svenska arbetsplatser visat att anställda som upplevde arbetsmiljöproblem uppskattade sin prestationsförsämring till i genomsnitt 38 procent. Enligt studien orsakade arbetsmiljöproblem högre prestationsnedsättning än hälsoproblem. Dåligt ledarskap och socialt klimat var de faktorer som påverkade prestationen mest.

Riktlinjerna fokuserar enbart på arbetsrelaterad psykisk ohälsa, APO. APO omfattar det som i Sverige ofta benämns som lättare eller vanlig psykisk ohälsa och internationellt för common mental disorders (CMD). I APO/CMD ingår depression, ångest, utmattningssyndrom samt andra stressrelaterade diagnoser.

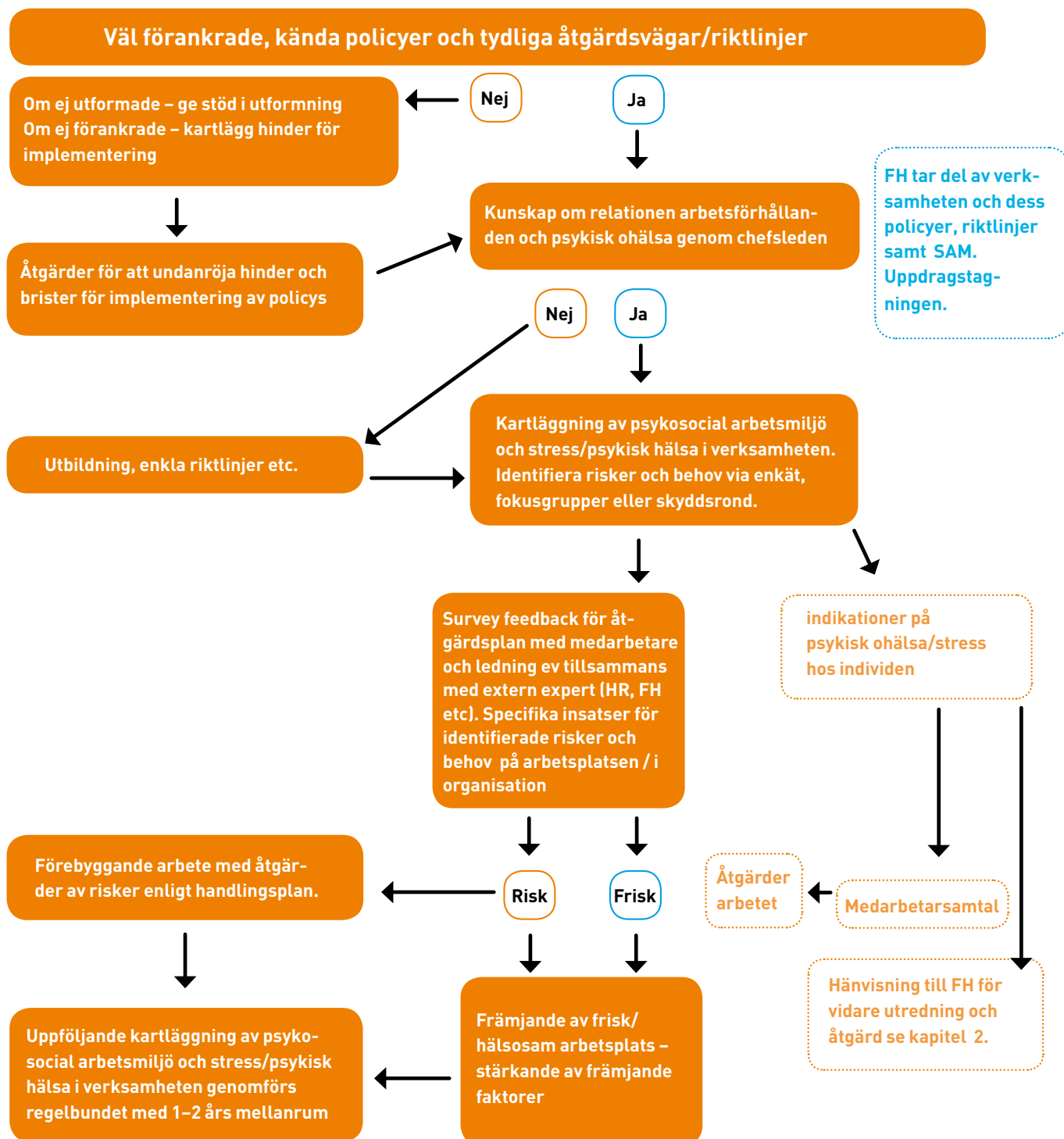
Företagshälsans roll i det förebyggande arbetet

I det förebyggande arbetet är arbetsgivaren, enligt arbetsmiljölagen, formellt ansvarig och den centrala aktören. Arbetsgivaren förväntas skapa förutsättningar och en organisation som främjar chefers och anställdas möjligheter till god psykisk och fysisk hälsa. Samtidigt har de anställda ett ansvar att efter bästa förmåga medverka i den processen och vara goda kollegor och följa de regler som åligger dem. Företagshälsans överordnade roll i detta sammanhang är att verka som en extern arbetsmiljöspecialist. I egenskap av extern arbetsmiljöspecialist kan företagshälsan, FH ha flera roller och funktioner:

- Som processkonsulenter för att stötta arbetsgivare och anställda i det interna arbetet med att utforma och implementera policy och riktlinjer för en god arbetsorganisation,
- fungera som utbildare för chefer och anställda om relationen mellan arbetsmiljö och psykisk ohälsa,
- kartlägga den psykosociala arbetsmiljön och göra riskbedömningar kring psykisk ohälsa,
- genomföra åtgärder på arbetsplatsen som syftar till att minimera eller undanröja risker i arbetet eller identifiera hinder för implementering av åtgärder och policy,
- genomföra andra hälsofrämjande insatser och åtgärder (till exempel rådgivning och stöd för goda levnadsvanor).

Företagshälsans styrka är teamsamverkan mellan olika kompetenser för att tillsammans med arbetsgivaren och medarbetare belysa arbetsplatsens problem och möjligheter ur olika aspekter. Ett företags produktionssystem omfattar både människor, teknik och organisation. Konceptet Människa-Teknik-Organisation, MTO, är användbart för att analysera hur mänskliga, tekniska och organisatoriska faktorer påverkar varandra i ett arbetssystem. Centralt är just analysen av samspelet mellan dessa faktorer och att planera åtgärder utifrån dem. Det handlar om att skapa en bra säkerhetskultur inom varje bransch med de förutsättningar som finns – oavsett om det gäller vård och omsorg eller teknikföretag.

Flödesschema: Främjande av psykisk hälsa – arbetsplats/organisation



Regler, policyer och riktlinjer i det förebyggande arbetet

Arbetsgivare förväntas enligt arbetsmiljölagen i stor grad själva ansvara för det egna arbetsmiljöarbetet. Ett viktigt hjälpmedel är systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM. SAM är en metod som ger arbetsgivaren möjlighet att arbeta strukturerat med riskbedömningar och riskhantering även när det gäller psykisk hälsa.

En riskfaktor för APO är att verksamheten saknar tydliga policyer och riktlinjer och/eller att dessa inte förs ut till organisationens alla delar eller inte inkorporeras i den dagliga driften. Eftersom policyer och riktlinjer utgör den grund som resterande del av arbetsmiljöinsatsen vilar på är det viktigt att tidigt klarlägga hur väl verksamheten följer gällande regler och riktlinjer. Ett effektivt förebyggande arbete kräver att verksamheten utarbetat tydliga och praktiskt tillämpbara policyer och riktlinjer för att förebygga APO. Speciellt små företag kan behöva hjälp och stöd med detta. Arbetsgivaren behöver dessutom arbeta aktivt med att föra ut policyerna och riktlinjerna i hela organisationen så att de är välkända och tillämpas i den dagliga verksamheten.

Det finns ett flertal allmänna föreskrifter, AFS, till stöd i SAM-arbetet. Riskbedömningar av arbetsplatsen ska enligt SAM (AFS 2001:01) ske kontinuerligt, vilket är arbetsgivarens ansvar. De AFS som är relevanta för riskbedömning och psykisk ohälsa finns presenterade på Arbetsmiljöverkets hemsida www.av.se. Arbetsmiljöverkets hemsida uppdateras kontinuerligt utifrån de lagändringar som genomförs. En viktig kommande föreskrift inom det psykosociala

området är en som handlar om organisatorisk och social arbetsmiljö (beräknad publicering sept 2015).

Undersök hinder för implementering av policy/riktlinjer

Om en chef saknar kunskap om gällande policy/riktlinjer eller om de inte är utformade så att de går att tillämpa behövs det undersökas på ett neutralt och icke-dömande sätt varför implementeringen inte fungerar. Den undersökningen kan genomföras antingen via intervjuer med cheferna eller med hjälp av en enkät. Fördelen med intervjuer är att de ger större förutsättningar för ny och djupare kunskap om olika förhållanden. Fördelen med enkäter är att man kan få information från en större grupp och att svaren blir mer allmängiltiga. Vid undersökningen av hinder är det viktigt att det klart framgår att cheferna inte brustit i sina skyldigheter utan att det är organisationen som inte lyckats utarbeta och förmedla policy och riktlinjer som är möjliga att tillämpa.

Kunskap om relationen arbetsförhållanden och psykisk ohälsa genom chefsleden

Chefens roll i det förebyggande arbetet

Bland det viktigaste i det förebyggande arbetet är att säkerställa att cheferna har de organisatoriska förutsättningar och kunskaper som krävs för att bedriva ett förebyggande arbetsmiljöarbete samt kunskaper för att kunna agera snabbt vid tecken på APO. Det är därför viktigt att chefer har kunskap om de riskfaktorer och främjande faktorer i arbetet

En verksamhets policy för att främja psykisk hälsa bör innehålla:

- Mål och övergripande strategier för hälsa och säkerhet,
- information om verksamheten har hög risk för psykisk ohälsa (exempelvis så kallade kontaktyrken),
- riktlinjer för risk- och behovsanalys som innehåller information om belagda riskfaktorer och främjande faktorer (arbete/privatliv) samt hur man kan förebygga eller åtgärda riskerna på arbetsplatsen,
- vad chefer skall kunna och hur man utbildar dem,
- rehabiliteringsrutiner och arbetssätt inklusive vilken slags kompetens, vilka utredningar och insatser som bör sättas in och när de bör sättas in,
- hur kontakten mellan arbetsplatsen och den sjukskrivne anställda ska ske,
- att arbetsanpassning och uppträning av arbetsförmåga ska ske och hur detta bör göras,
- chefernas roll och ansvar,
- medarbetarnas roll och ansvar samt,
- företagshälsans roll och medverkan i arbetet inklusive vilka kompetenser och tjänster som ska utnyttjas,
- rutiner för företag med inhyrd personal samt företag med personal som reser mycket i arbetet.

som kan orsaka APO, såväl som insatser för att åtgärda riskerna. Den kunskapen omfattar inte bara den egna verksamheten utan även en bredare förståelse av att olika verksamheter har olika riskprofil. Aktuell statistik finns på AFA Försäkrings hemsida i rapporten Arbetsolyckor och långvarig sjukfrånvaro (www.afaforsakring.se).

Chefen behöver också god kunskap om vad företagshälsan kan erbjuda för att veta när den bör anlitas. Sammantaget kan dessa kunskaper hjälpa chefen att upptäcka tidiga signaler och symtom på psykisk ohälsa i organisationen och på individnivå samt öka sannolikheten att chefen agerar tidigt med en adekvat insats.

Grunden för att implementera hälso- och säkerhetsstrategier är organisatoriskt stöd, engagemang för arbetsmiljön och ett aktivt deltagande. Därför är både utbildningsinsatser och motivationshöjande insatser på chefsnivå viktiga. En chef som kan motivera sina medarbetare och ge dem det stöd de behöver främjar hälsan på arbetsplatsen och är betydelsefull för det förebyggande arbetet.

Vad chefen behöver ha kunskaper om

- Tidiga signaler och symptom på APO hos enskilda anställda (bilaga 3).
- Tidiga signaler på risk för APO i arbetsmiljön/organisationen (bilaga 3).
- Företagets policy och riktlinjer för psykisk ohälsa och rehabilitering.
- Vad det finns för redskap att ta hjälp av.
- Hur man konkret ska agera.
- Vikten av att agera snabbt.

Hur kan chefen lära sig detta?

Det rekommenderas att chefen tillägnar sig denna kunskap genom att arbetsgivaren har obligatorisk utbildning, ger kontinuerligt stöd och även följer upp och säkerställer att chefen har nödvändiga kunskaper om företagets policyer och riktlinjer. Att ha en stående punkt på agendan om arbetsmiljö och hälsa i ledningsgruppen är en annan viktig del som rekommenderas. Andra rekommendationer är att arbeta med dessa frågor i arbetsgrupper, via coaching och genom information till personalen.

Närmaste chefen behöver också stärkas i sin roll som ansvarig för hälsa och säkerhet för att kunna arbeta aktivt med ett stödjande ledarskap. Chefen

bör stödjas i att tillämpa ett ledarskap som bygger på delaktighet, delegering, konstruktiv feedback, mentorskap och coaching. Det bör framgå tydligt i rutiner och policy för rekrytering, utveckling och utbildning av chefer. Chefen bör ha en god kunskap om vilka roller FH, HR samt skyddsombud har och hur de kan stödja chefen och medarbetaren i förebyggande, främjande och rehabiliterande arbete. Chefen bör ha god kännedom om sitt ansvar rörande arbetsmiljö, hälsa och säkerhet samt om att APO ingår i det ansvaret.

Kartläggning och analys av psykosocial arbetsmiljö, stress och psykisk hälsa i verksamheten

Kartläggningen kan göras med enkäter, samtal, observationer eller intervjuer. Den kan inkludera både anställda och chefer. Resultaten av kartläggningen kan analyseras på individ-, grupp- eller verksamhetsnivå.

En kartläggning kan initieras av flera olika skäl, till exempel som en del av det årliga arbetsmiljöarbetet, som respons på ett uppfattat problem, eller för att utvärdera en åtgärd. Flera olika metoder kan användas och kombineras för att genomföra kartläggningar (till exempel skyddsronder, intervjuer med nyckelpersoner, fokusgrupper, frågeformulär och registerdata). Det är ytterst problemets natur och målsättning som avgör vilken metod eller vilka metoder som är lämpliga.

I det praktiska kartläggningsarbetet är det angeläget att redan i planeringsfasen klargöra varför kartläggningen ska göras, vilka som ska kartläggas, hur kartläggningen ska genomföras, vad som ska kartläggas samt till vem och på vilket sätt återkopplingen av resultaten ska ske. Det är också centralt att det finns en tydlig struktur och planering genom hela processen samt att ledning och mellanchefer stöttar och medverkar i genomförandet.

För att finna lämpliga kartläggningsområden kan man utgå från de senaste decenniernas arbetsmiljöforskning som tagit fram både risk- och friskfaktorer för APO. En sammanställning av risk- och frisk/främjande faktorer finns i bilaga 4 samt 5.

Oavsett metoder, fokus och insatsområden är några punkter viktiga att ta ställning till innan arbetet påbörjas med att kartlägga arbetsmiljön och APO. Några av dessa punkter är:

- **Bestäm först syfte och mål – vad vill vi med kartläggningen?** Ge exempel på syfte och mål: en specifik målinriktad insats för att komma tillrätta med något problem, minimera eller eliminera risker, uppfylla lagen i föreskrifter, allmänt förebyggande arbete etcetera.
- **Inkludera endast frågor som hjälper till att uppfylla syfte och mål.** Att ta med frågor om sådant som inte är relaterat till syfte och mål kan vara kontraproduktivt eftersom det är oetiskt att begära att individer satsar tid och engagemang på att besvara frågor utan att svaren kommer att behandlas och kan uppfattas som falska förespeglningar och ge upphov till frustration.
- **Finns det tillräckligt med resurser och kompetens för att genomföra arbetet?** Ekonomiska och personalmässiga resurser bör inventeras och värderas innan arbetet påbörjas. Oberoende av vilka redskap, verktyg och konsulter som används är det avgörande att högsta ledningen tydligt prioriterar och kommunicerar att arbetet inriktas mot de mål som satts upp. Tillräckliga resurser måste avsättas för genomförandet innan arbetet påbörjas.
- **Vem berörs av kartläggningen?** Kartlägg tidigt i processen vilka som berörs av kartläggningen. Inte bara vilka som ska svara utan även andra: chefer som ska redovisa resultaten, skyddsombud som kan få frågor om kartläggningen, personer inom HR som skall ge stöd till cheferna och personer inom FH. Gör även en bedömning av hur de påverkas av genomförandet samt hur viktiga de är för projektets genomförande.
- **Vilka skall ansvara och medverka i genomförandet av kartläggningen?** Rollfördelning, ansvarsområden och kompetensprofiler bör vara tydligt uttryckta och dokumenterade innan arbetet påbörjas.
- **Hur skall kommunikationen ske inåt, utåt, uppåt och nedåt?** Kommunikationsvägar och former för kommunikation mellan projektets alla intressenter bör förredas och klargöras.
- **Hur skall chefer och medarbetarna engageras?** Det är viktigt att skapa och vidmakthålla motivation hos de anställda för arbetet. Ur praktisk synvinkel är det därför ofta effektivt att arbeta fokuserat med relativt få avgränsade områden och problem. Ju fler områden och problem man arbetar med desto större risk för att insatserna blir diffusa och svårhanterliga – vilket kan minska motivationen hos deltagarna och påverka projektet negativt.
- **Hur skall resultaten sammanställas och presenteras?** Förbered för analys, tolkning och presentation av resultaten redan innan kartläggning. Undersök när frågeformulär väljs om det finns pedagogiskt utarbetade underlag för resultatåterkoppling som korresponderar mot frågeformuläret. Ta hänsyn till antalet anställda som svarat på frågorna när resultaten tolkas.
- **Vilka insikter och handlingsmöjligheter ska kartläggningen generera?** Kartläggningar följer principen ”som man frågar får man svar”. Ett viktigt ställningstagande är om kartläggningen ska vara direkt handlingsanvisande i relation till ett specifikt problem eller syftar till att monitorera och dokumentera de anställdas hälsa, motivation och prestation. Avsikten påverkar valet av frågor. I planeringsarbetet är det också viktigt att medvetandegöra i vilken grad kartläggningen syftar till att utgöra ett underlag för bedömning av den organisatoriska nivån, (till exempel verksamhetens organisering, kompetensstrategier, belöningsformer och mål), interpersonell nivå (samarbete, kommunikation, roller, ledarskap etcetera) och individuell nivå, (till exempel kompetens och arbetsförmåga, stresshantering, målpuppfyllelse, hälsa samt levnadsvanor).
- **Identifiera resurser.** Det kan handla om specialistutbildad personal, utrustning, lokaler eller material som behövs för att genomföra kartläggningen/ åtgärderna.
- **Specificera budget.**
- **Vilka hinder finns det för implementeringen av kartläggningen och de förebyggande åtgärderna?** Det kan finnas flera omständigheter som kan påverka möjligheterna att agera inom en organisation.

Exempel på hinder för effektivt förebyggande arbete:

- Dålig förankring hos berörda chefer och medarbetare.
- Brist på organisatoriska eller kompetensmässiga förutsättningar hos chefer.
- Brist på motivation för att investera i förebyggande insatser.
- Brist på kompetensmässiga förutsättningar inom FH.

I ovanstående ställningstaganden och i det praktiska arbetet måste hänsyn tas till den verksamhet man arbetar gentemot och de resurser som finns till förfogande. I bilaga 6 finns fördjupad beskrivning och stöd för planeringen inför kartläggning.

Frågeformulär som kartläggningsredskap i det förebyggande arbetet

Ett kostnadseffektivt sätt att samla in information och stora grupperns uppfattningar är frågeformulär. Det finns ett stort antal frågeformulär ute på marknaden.

När det gäller frågeformulär i verksamheter så finns det dock flera överväganden att ta ställning till. För det första om det överhuvudtaget är rimligt att använda sig av frågeformulär som metod. Alla fenomen är inte lämpliga att bedöma utifrån frågor och svar i ett formulär och alla kan inte läsa och skriva obehindrat.

Vilka frågeformulär kan jag använda?

Använd frågor som är vetenskapligt kvalitetssäkrade, så kallade reliabla och validerade frågor. Självkonstruerade frågor och svarsalternativ rekommenderas ej. I bilaga 7 finns en sammanställning över frågeformulär på svenska som prövats i svenska förhållanden och utvärderats vetenskapligt.

Det är inte ovanligt att skilda verksamheter skapar sina egna frågeformulär. Men det är viktigt att förstå att osäkerheten blir stor kring vad man faktiskt mäter och får svar på om inte frågorna utvärderats för sina mättekniska kvaliteter. Det är till exempel avgörande att frågorna mäter det som de ska mäta och att man får samma svar om man ställer frågan igen. Ibland kan det vara så att verksamheten vill undersöka något område där det inte finns vetenskapligt kvalitetssäkrade frågor. Vi ger därför i bilaga 8 en kort vägledning i vad man bör tänka på om man skapar egna frågor och frågeformulär.

När det gäller det förebyggande arbetet och mätning av den psykosociala arbetsmiljön förtjänar i ett svenskt sammanhang ett formulär särskild uppmärksamhet: Nordiska ministerrådets formulär QPS Nordic. Det är i dagsläget det mest omfattande och sannolikt mest utvärderade formuläret för svenska förhållanden. Detta multidimensionella frågeformulär är avsett att användas för bedömning ett antal grundläggande psykologiska och sociala förhållan-

den som är relevanta för arbete, hälsa, motivation och prestation.

En av de mest beforskade dimensionerna av den psykosociala arbetsmiljön är krav och kontroll i arbetet. Ursprungsenkäten är här Job Content Questionnaire, JCQ (se bilaga 7). QPS Nordic innehåller också dimensionen krav och kontroll i arbetet. I sin fullständiga version består QPS Nordic av 13 skalor samt ett antal enskilda frågor (totalt 123 frågor). En kortare variant består av 37 frågor och heter QPS Nordic 34+. QPS Nordic utvecklades för cirka 15 år sedan, men det innehåller frågor om dimensioner som belagts vara viktiga för psykisk hälsa i arbetslivet. Det finns idag flera frågeformulär som i olika grad bygger på frågorna i QPS Nordic, men som också inkluderat andra och nya områden (bilaga 7).

Arbetsplatsrelaterade riskfaktorer och faktorer som främjar psykisk hälsa

Traditionellt har fokus legat på olika arbetsmiljörisker och deras påverkan på hälsan. Under senare år har även studier gjorts där fokus är främjande faktorer eller så kallade friskfaktorer i arbetsmiljön. Vi har i bilaga 5 delat upp arbetsmiljöfaktorerna i riskfaktorer och främjande/friskfaktorer och sammanställt deras koppling till psykisk ohälsa i tabellform.

Olika verksamheter har olika riskprofiler. Svensk statistik visar att risken för sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa är störst inom vissa typer av verksamheter och yrken. Det ska chefer känna till och det bör vägas in när riskanalyser genomförs. Aktuell statistik finns att tillgå på AFA Försäkrings hemsida i rapporten Arbetsolyckor och långvarig sjukfrånvaro.

Återkoppling av resultat

Survey feedback: återkoppling av kartläggningsresultat och det vidare arbetet

Enkätundersökning med återkoppling eller ”survey feedback” är en metod för organisationsutveckling som poängterar värdet av att systematiskt återkoppla resultat från en kartläggning till samtliga deltagare i undersökningen. Förändringsarbetet börjar med att resultaten från en kartläggning återkopplas på arbetsgruppsnivå. Medarbetarna får där tillsammans med chefen en möjlighet att analysera, tolka och förstå resultaten. Enligt modellen ska det

leda till en handlingsplan som chef och medarbetare är överens om. Handlingsplanen ska bestå av vilka aktiviteter som ska vidtas, när de ska vara klara, vilka som är ansvariga och hur uppföljningen ska göras. Efter återkopplingsmötet är det viktigt att de tillsatta arbetsgrupperna lägger upp en konkret plan för fortsatt arbete. Arbetet bör komma igång så fort som möjligt och följas upp regelbundet för kontinuitet i förändringsarbetet. Det är viktigt att tydliggöra att den ansvarige chefen tillsammans med medarbetarna har huvudansvaret för att arbeta vidare med resultaten.

Återkopplingsmötet bör ha en klar struktur där chefen rekommenderas att hålla i mötet med eller utan en extern/intern konsult. Att skapa ett kreativt forum för diskussion är av stor vikt. Under exempelvis arbetsplatsmöten bör fokus ligga på de förändringar som gruppen själv kan påverka och följa upp. Studier har visat att ett välstrukturerat återkopplingsmöte enligt survey feedback-tekniken med en handlingsplan och åtgärder som medarbetarna själv kommit fram till som sedan kontinuerligt följs upp påverkar både ledarskap och organisationsklimat positivt. Survey feedback-metoden har använts som en del av AHA-metoden, en metod som utvecklats av forskare på Karolinska Institutet. I bilaga 9 finns exempel på upplägg och genomförande av ett återkopplingsmöte som utprovats vetenskapligt under svenska förhållanden.

För ett effektivt förändringsarbete är det avgörande att berörda anställda aktivt medverkar. Utomstående specialister (konsulter, HR, FH) bör endast fungera som konsulter i problemlösningen och stödja i problemformulering och förändringsarbete (så kallad participativ metodik). Metodiken bygger på synsättet att den som äger problemet har en stor kunskap både om vad som orsakar det och hur man utifrån gruppens erfarenheter och förutsättningar kan lösa det.

Återkoppling av indikationer på stress/ohälsa på individnivå

Individuell återkoppling av resultaten kan ges vid kartläggningar. Då måste det kommuniceras tydligt innan kartläggningen börjar och sekretessen gentemot arbetsgivare och arbetskamrater måste tydligt beskrivas och garanteras. Det måste även finnas på förhand tydligt beskrivna åtgärdsplaner för

anställda som får indikation på risk för ohälsa. De bör i återkopplingen uppmuntras att ta kontakt med närmaste chef och/eller företagshälsan för fortsatt utredning och åtgärd (se kap 2).

Åtgärder på organisationsnivå /arbetsplatsen

En generell framgångsfaktor för att interventioner på organisationsnivå ska ha effekt är att förändringsarbetet integreras i organisationen och inte stannar vid en punktinsats med helt andra förutsättningar än vad vardagen erbjuder. Forskningen inom området är samstämmig och tyder på att en sådan integrering är en viktig faktor för att förbättra medarbetarnas hälsa. Forskningen har också visat att insatser för att förändra måste bygga på att de som har problemet (arbetsgruppen) också finner sina egna lösningar, så kallad participativ metodik.

Det finns idag endast ett fåtal studier av generella interventioner för att förebygga och främja psykisk ohälsa. Det finns dock stöd för att interventioner som ökar medarbetarnas upplevelse av kontroll i arbetet har en positiv effekt på hälsa och välbefinnande – till exempel genom flexibla arbetsförhållanden (tider och plats) och ökat inflytande över arbetsprocessen.

Det finns också stöd för att ändrade arbets-scheman kan minska upplevelsen av stress. Studier på skiftarbetare visar att trötthet och sömnbesvär minskar om arbetsschemat konstrueras så att det minimerar störningar av dygnsrytmen och ackumulerad sömnbrist undviks. Ett schema som innebär få arbetsdagar i följd, alltid minst 11 timmars vila mellan arbetspassen, arbetspass som inte överskrider 12 timmar och möjlighet till regelbundna raster

Positiva effekter på anställdas hälsa ses vid följande förändringar av skiftarbete

- Införande av en komprimerad arbetsvecka.
- Byte från långsamma rotationer till snabba (långsam rotation innebär 6–7 på varandra följande skift av samma typ, snabb rotation är 3–4 på varandra följande skift av samma typ).
- Förändring från motursskift (natt, eftermiddag, morgon) till medursskift (morgon, eftermiddag, natt).
- Att medarbetarna schemalägger sitt eget skift.

och pauser under arbetet minskar sannolikt risken för att utveckla APO.

Visst stöd finns även för att arbete med flera organisatoriska dimensioner samtidigt ger bättre effekt jämfört med att endast försöka förändra en dimension.

När det gäller förebyggande åtgärder där interventionen är individfokuserad – till skillnad från organisationsfokuserad – finns fler studier med påvisad positiv effekt på arbetsrelaterad stress, psykisk ohälsa samt sjukfrånvaro (se kap 2).

Åtgärder på medarbetarnivå

Vid kartläggningen kan det visa sig att hela grupper av medarbetare uppvisar risksignaler eller symtom på psykisk ohälsa. Om resultaten av kartläggningen återkopplas direkt till svarspersonerna bör förberedelser ha gjorts så att medarbetare kan ta kontakt direkt med verksamhetens företagshälsa för vidare utredning och åtgärd. Det är extra viktigt om hälso- och levnadsvanefrågor ingått i kartläggningen. Det kan även vara så att enskilda medarbetare kommer till närmaste chefen och berättar om sina svårigheter och problem. Chefen bör då ha ett medarbetarsamtal där hon eller han diskuterar medarbetarens arbetsförhållanden, inklusive arbetets krav i relation till dennes förmåga att uppfylla kraven. Under samtalet bör även vikten av balans mellan arbete och fritid och den anställdes möjlighet till en bra balans tas upp. Om det framkommer att det finns problem i arbetssituationen under samtalet bör chefen och medarbetaren, som avslutning på samtalet, komma överens om en temporär eller varaktig förändring av det som orsakar problemen. I det samtalet kan FH vara ett bra stöd. FH kan även erbjuda utbildning och stödmaterial för denna typ av samtal. Om samtalet mellan chef och medarbetare inte leder till någon handlingsplan eller åtgärd bör det övervägas en kontakt med FH för vidare utredning enligt kap 2 i dessa riktlinjer.

Uppföljning av åtgärder

En viktig del i arbetet med åtgärder enligt handlingsplanen är att följa upp vad som gjorts och utvärdera resultatet. Det kan ske på olika sätt, till exempel genom att göra kontinuerliga kartläggningar, intervjuer eller genom att ha uppföljning som en återkommande punkt på regelbundna ordinarie

arbetsmöten. Oftast sker små förbättringar över tid och därför är det centralt att visa vilka förändringar som skett – annars är det lätt att glömma bort att de skett. Relevanta utfallsmått bör diskuteras och tas fram inför varje åtgärd. De ska ställas i relation till målsättningen med åtgärden.

För en effektiv utvärdering rekommenderas följande steg:

- 1. Definiera åtgärderna tillräckligt detaljerat** för att avgöra vad som ska utvärderas samt för att bestämma effekten och om insatser kan fortsätta i nuvarande form eller behöver anpassas.
 - Vilka aspekter av utvärderingen är intressanta, till exempel genomförandet av insatserna, uppnådda resultat etcetera?
 - När betraktas insatserna som framgångsrika?
 - Hur kommer resultaten av utvärderingen att användas, till exempel för att bidra till att förbättra insatserna eller för att fatta beslut om huruvida de ska fortsätta?

- 2. Utvärdera genomförandet av åtgärderna.** Med hjälp av en processutvärdering undersöks de steg och aktiviteter som vidtagits. Processutvärderingen används för att säkerställa att insatserna genomfördes som planerat. Om insatserna inte får förväntat resultat så bör det fastläggas om strategin var felaktig eller insatsen inte genomfördes på rätt sätt. Dessutom ger en processutvärdering information om vad som påverkat resultatet.

En rad frågor kan ställas i samband med utvärderingen av åtgärderna:

- Vilka komponenter av insatserna ska utvärderas?
- Vad kan ha påverkat effekten av insatserna, till exempel bristande stöd från ledningen, bristande intresse/engagemang från de anställda, svårt att genomföra insatserna som beskrivits i handlingsplan på grund av brist på resurser etcetera?
- Vilka resurser har använts under genomförandet?
- Hur många anställda nåddes med insatserna?
- Vad tyckte de anställda och andra inom verksamheten om insatserna? Motsvarade de deras förväntningar?

- 3. Utvärdera åtgärdernas effektivitet.** En effektutvärdering undersöker åtgärdernas effekter utifrån

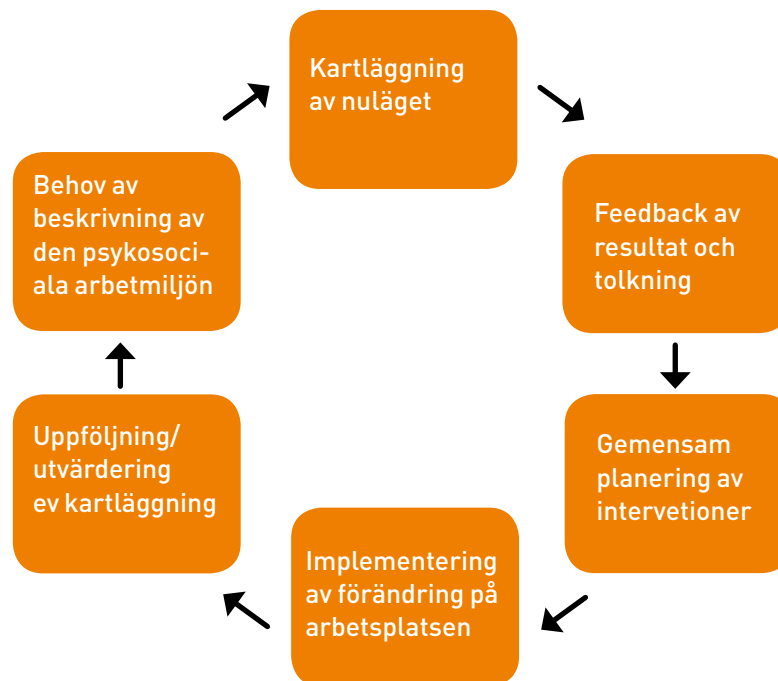
de mål (utfall) som bestämts (till exempel minskad stress, ökad egenkontroll och/eller minskad andel anställda med symtom på APO)

Frågor som kan ställas under effektutvärderingen:

- När kan insatserna betraktas som framgångsrika?
- Vid vilka tidpunkter genomförs utvärdering av insatserna, till exempel efter 6 månader och även 12 och/eller 18 månader?
- Hur påverkade åtgärden det specificerade utfallet?
- Finns några andra effekter (positiva/negativa) som inte förutsågs?

Uppföljande kartläggning

För att få till stånd ett effektivt riskförebyggande arbete rekommenderas att en kartläggning enligt figur 2 regelbundet upprepas. Verksamheten kan varva med till exempel en större kartläggning år 1, en mindre uppföljande för att kartlägga utveckling/förändring år 2, en större år 3 etcetera. För att kunna följa förändring och utveckling över tid bör några frågor återkomma vid alla kartläggningar.



Figur 2. De cykliska faserna av en så kallad survey feedback-kartläggning och dess uppföljning (från Dallner m fl 2000)

Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa

Detta kapitel fokuserar på och lyfter fram nyheter och det aktuella kunskapsläget när det gäller utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa. Vid utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa utgår professionerna från sina grundläggande kunskaper. Därför nämns exempelvis diagnostik och symtombehandlingar för de olika diagnoserna endast kort med en hänvisning vidare.

Den övergripande slutsatsen utifrån nuvarande kunskapsläge är att åtgärder som stödjer individens möjlighet att återfå kontroll över sin livssituation är effektiva när det gäller att lindra symtom och vidmakthålla arbetsförmåga. Arbetsplatsnära insatser har visat sig vara avgörande. Flera studier har visat att rehab-/vårdpersonal inte tar med patientens arbetssituation i rehabiliteringen på grund av att de tror att det belastar patienten ytterligare.

Man uttrycker ett dikotomt synsätt på vad hälsa är – först frisk sen arbete – vilket inte är relevant för arbetsrelaterad psykisk ohälsa, APO, framförallt inte när arbetet orsakat tillståndet eller arbetsförmågan är nedsatt. Därför är det viktigt att man i företagshälsoteamet har en samsyn på APO som utgår från nuvarande kunskapsläge – det vill säga att det är viktigt att tidigt stötta den anställda i att planera för arbetsåtergång. Studier visar att prognosen är god vid stressrelaterad psykisk ohälsa eftersom majoriteten blir bättre inom tre månader.

En orsak till fördröjd förbättring för personer med utmattningssyndrom, UMS, är lång tid mellan att personen först upplevt symtom och denne sökt hjälp. Andra orsaker till fördröjd förbättring kan vara samsjuklighet eller olösta problem på arbetsplatsen. Det är därför viktigt att företagshälsan, FH tillsammans med arbetsgivaren skapar en struktur som uppmuntrar anställda med symtom på APO att tidigt i förloppet prata med närmaste chef eller

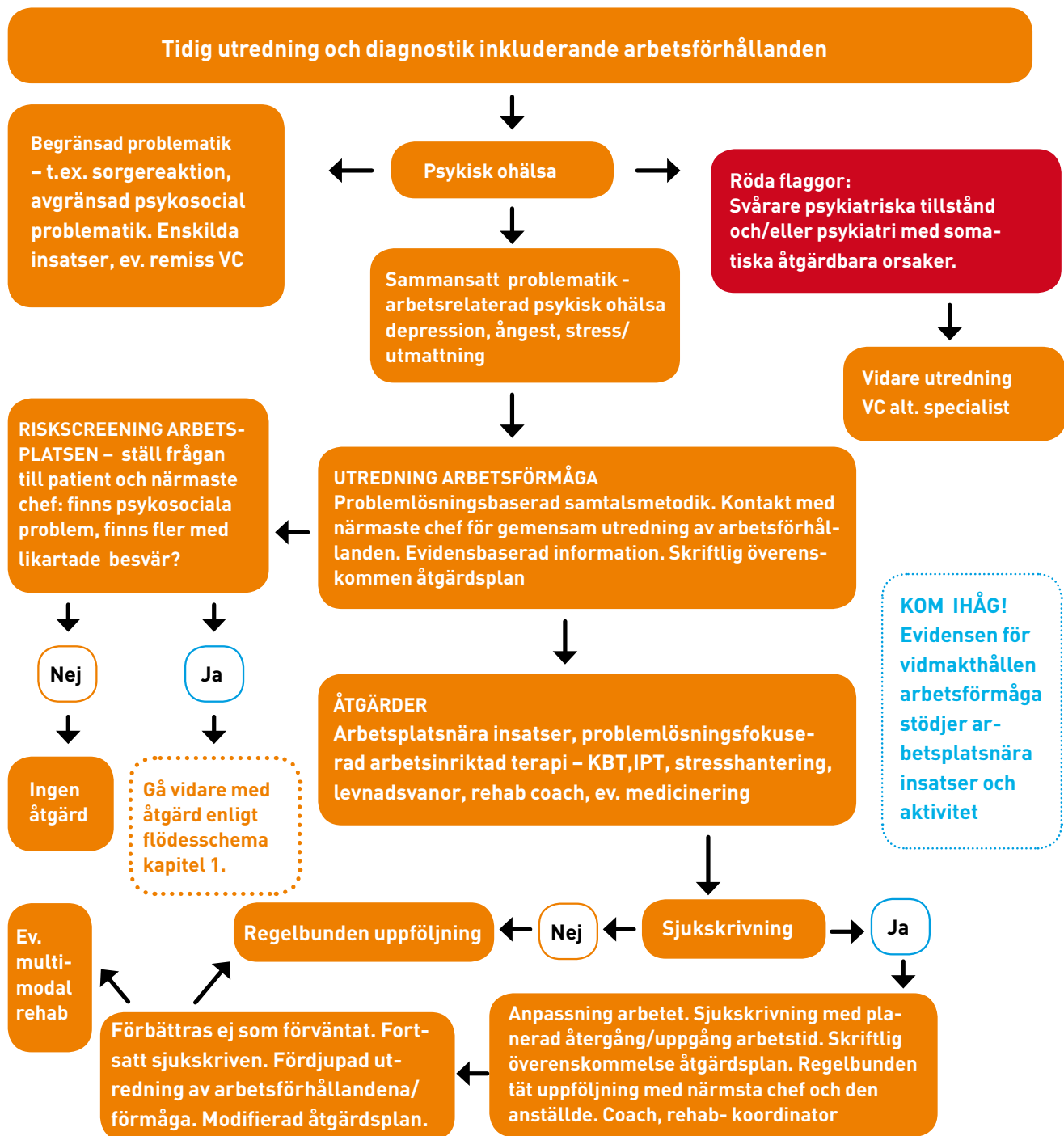
någon annan arbetsgivarrepresentant och när det behövs även konsultera företagshälsan.

Flera internationella riktlinjer för stressrelaterad psykisk ohälsa bygger på att patientens tillstånd delas in i tre faser. Den indelningen kan tillämpas om inte tidiga signaler på APO uppmärksammas och åtgärdats. Den första fasen i de fall patienten söker hjälp först efter att situationen upplevs ohållbar präglas av kraftiga symptom, kognitiva störningar, sömnbrist och dålig sömnkvalitet, ihållande trötthet och många gånger är patienten oförstående inför vad som egentligen hänt. I den fasen är det viktigt att hjälpa patienten få kontroll genom att komma till insikt i vad som hänt och att lära sig hantera denna insikt och de känslor som följer på ett adekvat sätt.

Den andra fasen präglas av att patienten tar kontroll genom ökad förståelse för de stressorer i vardagen som bidragit till ohälsan, utarbetar möjliga lösningar samt tränar nödvändiga färdigheter

Riktlinjerna fokuserar enbart på arbetsrelaterad psykisk ohälsa, APO. APO omfattar det som i Sverige ofta benämns som lättare eller vanlig psykisk ohälsa och internationellt för common mental disorders (CMD). I APO/CMD ingår depression, ångest, utmattningssyndrom samt andra stressrelaterade diagnoser.

Flödesschema: Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa – individnivå



En bra balans mellan möjlighet till återhämtning och aktivitet för ökad kontroll är viktig!

Studier har visat att brist på tydlig anknytning till arbetsplatsåtgärder och för ensidigt betonande av arbetsåtergång utan hänsyn till besvär kan påverka sjukskrivning negativt.

(till exempel stresshantering och planeringsförmåga) för att få kontroll över tillvaron och återgå i arbete. Den tredje fasen innebär fortsatt ökad träning och tillämpning av vunna färdigheter från fas två. För att undvika att individen passiviseras och fråntas känslan av kontroll beskrivs dessa faser för patienten utifrån ett aktivitetsperspektiv där patienten i varje fas behöver utföra och få kontroll över särskilda uppgifter.

De efterhjälpande åtgärderna inleds med en utredning där fokus är samspelet mellan individens fysiska och psykiska hälsa, arbetsförhållanden och arbetsförmåga. Resultaten av utredningen används som underlag vid val av åtgärder. Företagshälsans roll är där att bidra med kunskap och stöd till arbetsgivaren att leva upp till sitt rehabiliteringsansvar.

Vid utredning, behandling och rehabilitering för en anställd med psykisk ohälsa framkommer ofta komplexa orsakssamband som kan handla om både individen själv och den psykosociala miljön, både om privatlivet och arbetet. Särskilt i ärenden med komplex medicinsk, psykologisk och social problematik är det förutom grundkompetenserna därför en fördel att inom FH kunna erbjuda den breda kompetens som finns i ett tvärprofessionellt team. Studier har visat att det kan vara kostnadseffektivt att låta komplexa ärenden drivas av en rehabiliteringskoordinator/case manager och att ge teamet möjlighet till återkommande diskussioner för att kunna få en samlad bedömning, utvärdera insatserna och vid behov justera delmål och strategier.

Tidig utredning och diagnostik som inkluderar arbetsförhållandena

Arbetsmedicinsk utredning

Den medicinska utredningen inriktas inledningsvis på symtombilden för en preliminär diagnos och ett

beslut om företagshälsan kan ge fortsatt stöd eller om personen behöver remitteras till annan vård. Undersökningen innefattar allmän medicinsk undersökning inklusive ställningstagande till andra medicinska förklaringar till psykisk ohälsa. I detta skede är det viktigt att utesluta diagnoser med liknande symtom, som KOL, diabetes, B12-brist, malignitet och hypothyreos. Studier har även visat att det hos personer med psykisk ohälsa ofta förekommer samsjuklighet och att psykisk ohälsa ökar risken för att drabbas av andra sjukdomar, som exempelvis hjärt-kärlsjukdomar.

Därefter genomförs en fördjupad utredning som kan innefatta utökad psykiatrisk diagnostik, inklusive ärftlighet och suicidalitet. Den bör också innehålla en utredning av samsjuklighet samt levnadsvanor inklusive sömnvanor, aktivitetsmönster, aktivitetsbalans samt arbetsuppgifter och arbetsförhållanden.

Vid misstanke om komplicerande psykiatrisk problematik är det viktigt med psykiatrisk/psykologisk kompetens för bedömning och behandling – speciellt vid långa sjukdomsfall. Komplicerande psykiatrisk/neuropsykiatrisk problematik (bipolaritet, ADHD, ADD med flera) kan ibland vara en bakomliggande orsak till att personen inte blir frisk av den behandling som erbjudits. I den fördjupade utredningen/diagnostiken kan med fördel flera professioner inom teamet involveras.

Kognitiva störningar är vanliga vid depressioner och ångestsyndrom. Även vid utmattningssyndrom rapporterar den drabbade ofta kognitiva störningar (något som också belagts vetenskapligt med objektiva testmetoder för kognitiv funktion och som visat sig ha ett objektivt underlag i hjärnabbildningsstudier). De kognitiva problemen är ofta tillfälliga och uppträder framför allt vid stressbelastning. Studier visar dock att de subjektivt upplevda besvären inte motsvarar de objektivt testade kognitiva funktionsnedsättningarna särskilt väl. Det nuvarande kunskapsläget talar för att de kognitiva symtomen förbättras med adekvata insatser. Tillgänglig forskning ger dock inte svar på om de kognitiva störningarna uppkommer på grund av långvarig stress eller om funktionen kan återställas fullständigt hos dem som har de svåraste utmattningstillstånden. Relationen mellan graden eller typen av kognitiva störningar och sjukfrånvaro är inte heller fastlagd. Sannolikt

Vanliga kroppssymptom vid stressreaktion och utmattning

- Värk
- Huvudvärk
- Hjärtklappning
- Tryck över bröstet/upplever svårigheter att andas
- Bröstsmärtor
- Mag-/tarmbesvär
- Yrsel
- Ljud- och ljuskänslighet

Vanliga känslomässiga/kognitiva symptom vid stressreaktion och utmattning

- Nedsatta energiresurser
- Sömnstörning (svårigheter somna, uppvaknanden med oro och svårigheter somna om, minskad eller ökad total sömntid)
- Trötthet
- Uttrötthet
- Oro och rastlöshet
- Nedstämdhet
- Känslomässig labilitet, irritabilitet
- Nedsatt koncentrationsförmåga
- Minnespåverkan
- Påverkad simultankapacitet
- Påverkad initiativförmåga
- Påverkad exekutiv förmåga
- Påverkad organisationsförmåga

har möjligheterna att erbjuda anpassade arbetsuppgifter och ett gott stöd av arbetsledningen stor betydelse, vilket understryker vikten av tidig planering tillsammans med arbetsgivaren. Efter tillfrisknande kvarstår ofta en ökad känslighet för stress som man kan behöva ta hänsyn till i rehabiliteringen samt vid utformning och anpassning av arbetsuppgifter. Sömnstörningar samvarierar ofta med psykisk ohälsa och upp till 80 procent av patienterna med klinisk depression har också kroniska sömnbesvär, insomni.

Den personcentrerade konsultationen är huvudverktyget för diagnostik, bedömning av symtomdjup, funktioner och behandlingseffekter. Som grund i diagnostiken används ICD 10 och/eller DSM

5 och vid utmattningssyndrom används Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom. Forskning visar att det kliniska samtalet inte är tillräckligt. Ungefär hälften av alla depressioner missas om enbart kliniska samtal används. Som ett stöd rekommenderas därför även vetenskapligt utprovade instrument för strukturerade intervjuer och självskattningsformulär. Genom att använda dem kan säkerheten (sensitiviteten och specificiteten) i diagnostiken ökas. De hjälper även till med att systematiskt avgöra hur svåra besvärerna är. De diagnostiska instrumenten kan användas som stöd i differentialdiagnostik samt för att mer strukturerat klargöra svårighetsgraden av symtomen. I bedömningen av rekommendationer av instrument har vetenskaplig kvalitet, tillämpbarhet samt tillgänglighet vägts in (se vidare bilaga 10).

Följande instrument rekommenderas som stöd vid diagnostik och skattning av symtomdjup vid lättare psykiska ohälsa inom företagshälsan:

- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Bedömningsinstrument för depression. Stöd för diagnostik. Gränsvärden finns.
- MADRS (Montgomery Asberg depression rating scale). Stöd för bedömning av svårighetsgrad och symtomdjup.
- KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale) eller S-UMS (Självskattat utmattningssyndrom). Instrument för utmattningssyndrom. Stöd för diagnostik, symtomdjup och uppföljning. S-UMS har visat sig kunna förutsäga framtida sjukfrånvaro.
- KSQ (Karolinska Sleep Questionnaire) mäter förekomsten av olika sömnbesvär. Stöd för kartläggning av arbetsrelaterade sömnbesvär, diagnostik och för uppföljning av åtgärder och förändringar över tid.
- ISI (Insomnia Severity Index) stöd för bedömning av svårighetsgrad av sömnbesvär.

Utöver dessa instrument kan AUDIT och DUDIT användas som stöd för alkohol- och droganamnes. Det finns även en rad andra välkända formulär som kan övervägas som alternativ eller vid fördjupad diagnostik, inklusive MINI, SCID, SMBQ, (se lista över formulär i bilaga 10).

Även om fokus är arbetsplatsnära insatser och arbetsförmåga så är kartläggningen av levnadsvanor

Studier har visat att arbetsplatsnära utredning och insatser är avgörande för att förebygga och åtgärda arbetsoförmåga

Forskning visar att det är avgörande att tidigt påbörja ett samtal om förmåga i relation till nuvarande arbete samt att inkludera den anställdes egen uppfattning om sina besvär och sin möjlighet att klara av arbetet.

och sociala förhållanden också ett viktigt kompletterande underlag inför val av åtgärder. Den bör innefatta kartläggning av fysisk aktivitet, matvanor, alkoholbruk, tobaksbruk, socialt nätverk för stöd, eventuell social belastning (till exempel svår sjukdom och missbruk hos närstående eller misshandel), vanor för återhämtning och vila samt sömn. Vetenskapligt kvalitetssäkrade instrument för att kartlägga detta finns detaljerat beskrivet i Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen.

Utredning av arbetsförmåga

Den medicinska diagnostiken kopplas till en funktionsbedömning med fokus på arbetet. Vid det första individuella besöket ställs därför frågor om vilka arbetsuppgifter den som drabbats av APO tror sig klara eller inte klara trots sin ohälsa, om orsakerna till den eventuella oförmågan, om vad han eller hon tror om förutsättningarna för att eliminera de orsakerna samt hur länge han/hon tror oförmågan består. I praktiken blir den initiala bedömningen av arbetsförmågan till slut en samlad bedömning med stöd av medicinsk utredning, strukturerade intervjuer, självskattningsformulär och vad som framkommit i samtal med arbetsgivaren. Tillämpning av den så kallade DFA-kedjan (diagnos-funktion-aktivitet/arbetsförmåga) under utredningen har fördelen att den kan användas vid sjukskrivningsbedömning.

Följande instrument rekommenderas som stöd vid den samlade bedömningen av funktionstillståndet och vilka faktorer som påverkar arbetsförmågan (se vidare bilaga 10):

- WAI, Work Ability Index, utvärderar individers arbetsförmåga och resurser i förhållande till arbetskrav. Det innehåller även frågor om sjukdomars inverkan på arbetet, eventuell sjukfrånvaro och den egna tilltron till att arbeta i samma typ av yrke om två år. Instrumentet kan identifiera personer med risk för framtida nedsatt arbetsförmåga.
- WRFQ, Work Role Functioning Questionnaire,

mäter de svårigheter som individer upplever av de krav som arbetet ställer på dem med tanke på deras fysiska hälsa och/eller känslomässiga problem.

Utöver dessa instrument kan man vid fördjupad utredning överväga WRI, Working Role Interview, WEIS, Work Environment Impact Scale, samt AWP, Assessment of Work Performance. Se bilaga 10 för mer information om dessa instrument.

Att utreda aktivitetsbalans vid APO samt genomföra åtgärder för att stödja individen och/eller gruppen att göra de förändringar som behövs är högst aktuellt både ur arbets- och hälsoperspektiv. I många fall är orsaken till problemen belastningar både i privatlivet och i arbetet. Det är därför viktigt att inkludera hela livssituationen i analysen. Många arbeten erbjuder idag en stor flexibilitet där de anställda kan sköta delar av sitt arbete hemifrån. Det flexibla arbetet ställer höga krav på den enskilde individen att skapa balans mellan alla aktiviteter i sin vardag: arbete, fritid och hem- och familjesysslor. Occupational Balance Questionnaire, OBQ, är ett instrument som utvecklats för att utreda aktivitetsbalans (bil. 10). Forskning har visat att konflikter mellan upplevda krav på arbetet och i familjelivet påverkar arbetsförmågan och sjukfrånvaron negativt. Personer som är sjukskrivna anpassar sig lätt till de rutiner som för tillfället finns i vardagen och engagerar sig i aktiviteter som blir mer betydelsefulla än arbetet. En sådan omprioritering kan försvåra återgång i arbete och då är det viktigt att chefen tillsammans med FH i ett tidigt skede tar upp frågor om aktivitetsbalans och den sjukskrivnes hela vardagssituation för att förebygga sjukskrivning och främja en hållbar arbetsåtergång.

Problemlösningbaserad samtalsteknik

Vid utredning av funktion och arbetsförmåga bör problemlösningbaserad samtalsmetodik användas. Strukturerat stöd för denna metodik ges vid tillämp-

ning av metoderna Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång, ADA och Krav och funktionsschema, KOF (se bilaga 11). ADA är utvecklad och utprövad för anställda med psykisk ohälsa medan KOF är utprövad som metod vid muskuloskeletala besvär. KOF kan dock användas som stöd i metodiken och anpassas för psykisk hälsa där frågor om arbetsrelaterade förhållanden och risker kan inkluderas. Metodstöden ADA och KOF bygger på att den anställde och dennes närmaste chef bedömer arbetets krav i förhållande till den anställdes förmåga. Utöver dessa metoder kan QPS-mismatch rekommenderas som stöd i analysen av arbetssituationen (bil.10).

Syftet med problemlösningsbaserad samtalsteknik är huvudsakligen att den anställde ska delta och själv komma fram till förslag på lösningar. Målet är att personen även i framtiden ska kunna tillämpa tekniken för att lösa problem på ett bättre sätt. Tekniken bygger på fem steg. Den första fasen består av problemorientering. Den anställde inriktar sig på vad i arbetssituationen som är problematiskt. Uppmärksamheten riktas omväxlande på emotionella reaktioner och kognitiv bearbetning av situationen.

Den andra fasen består av problemdefinition och en kartläggning av faktiska förhållanden som är förenade med problemet. Ett viktigt moment som den anställde tränas i är att dela upp problemet i delproblem. Till delproblemen formuleras mål.

Den tredje fasen är sökande efter alternativa lösningar. För att uttömma alla tänkbara lösningsförslag ägnas tid åt att till exempel "brainstorma" alternativa förslag på lösningar.

Den fjärde fasen består av beslutsfattande och den femte är verkställandet av den plan som definierats samt utvärdering av dess hållbarhet.

Utbildningar i denna metodik ges vid Karolinska Institutet och Arbets- och miljömedicin i Linköping. Mer information om dem finns på www.fhvforskning.se.

Efter den initiala utredningen genomförs ett planeringssamtal så snart som möjligt där den anställde, närmaste chef och ansvariga på FH deltar. Mötena hålls med inriktningen problemlösningsbaserad samtalsmetodik, vilket innebär att den anställde är aktiv i problemformulering och åtgärdsförslag och företagshälsans roll är att fungera mer som samtalsledare och rådgivande expert till den anställde och chefen. Mötena kan initialt ske separat

till exempel enligt ADA-metoden eller så samlas alla parter direkt enligt KOF-metoden. Viktigt är att de separata mötena följs upp med ett gemensamt möte där man samtalar utifrån det underlag som skapades vid de enskilda mötena. Det mötet är i första hand till för att skapa en gemensam bild av vad den anställde klarar och inte klarar i nuläget, behandlingsmöjligheter, förhållanden på arbetet, prognos samt för att underlätta fortsatta kontakter och samarbete mellan arbetstagare, arbetsgivare och företagshälsa. Målet är att skapa förutsättningar för en hållbar arbetsförmåga. En första diskussion hålls om förutsättningar för arbetsanpassningar och när fortsatt sjukskrivning behövs, om lämpliga åtgärder och val av ungefärlig tidpunkt för arbetsåtergång/ökning av arbetstiden med hållbar arbetsförmåga.

Ett arbetsplatsbesök och ett samtal med närmaste chef kan ge avgörande information om samband mellan arbetsmiljö och individens förmåga. Inte bara individens egen förmåga utan även individens upplevelse av relationer till arbetskamrater, arbetsmiljö samt arbetsgivarens vilja och förmåga att ha en person med nedsatt arbetskapacitet på arbetsplatsen är information som kan ha stor betydelse för val av åtgärder.

Företagshälsans kanske viktigaste och ibland svåraste uppgift i detta skede är att ge goda förutsättningar för dialog mellan arbetstagare och arbetsgivare i syfte att upprätta en gemensam samordnad plan med väl valda åtgärder. Därför är det viktigt att inte låsa den långsiktiga bedömningen och planeringen innan tillfälle getts för en samlad planering med arbetsgivaren.

Om utredningen av arbetsförmågan leder till att läkaren överväger sjukskrivning ska den del av en nedsatt arbetsförmåga som beror på sjukdom särskiljas från nedsättning på grund av andra orsaker, till exempel belastning i privatlivet och/eller brister i arbetsmiljön (se vidare avsnittet sjukskrivning). Sjukskrivning får inte vara ett sätt att lösa till exempel en betungande privatsituation, missnöje med arbetsuppgifter eller konflikter på arbetsplatsen. Detta kan vålla frustration hos både anställd och chef och därmed än mer ökad psykisk belastning, vilket därför kan motivera att extra tid läggs på information om det regelverk som gäller. Till hjälp i detta arbete används med fördel skriftlig evidensbaserad information till den anställde och dennes chef

alternativt att försäkringskassan medverkar med information under mötet.

Under utredningstiden bör frågan om det är fler på den aktuella arbetsplatsen som har liknande besvär tas upp. Sådana uppgifter kan ge underlag för insatser på grupp- eller organisationsnivå.

Skriftlig åtgärdsplan

Problemlösningensbaserade samtal skall resultera i en skriftligen överenskommen åtgärdsplan där alla parter är överens om vilka funktionsnedsättningar och åtgärder som ingår. Planeringen som man kommit överens om dokumenteras med fördelning av uppgifter och plan för uppföljning och ansvarsfördelning mellan den anställde, närmaste chef samt FH.

Evidensbaserad information

Avsätt gott om tid att förklara för den som drabbats av APO om besvärerna. Ge information om kopplingen mellan psykisk ohälsa, arbete och privatliv utifrån både risk- och friskfaktorer. Förklara betydelsen av att ha balans och kontroll över sin livssituation, inklusive arbete och privatliv. Berätta att prognosen är god eftersom de flesta blir bättre inom tre månader och att de upplevda kognitiva störningarna minskar när situationen förbättrats. Förklara betydelsen av att hålla sig aktiv både fysiskt och psykiskt. Ta upp varför längre inaktivitet och heltidssjukskrivning bör undvikas eftersom ett aktivt förhållningssätt för att ta kontroll över sin situation är viktigt enligt forskningen. Det finns inget stöd i den vetenskapliga litteraturen för att symtomen förbättras vid sjukfrånvaro eller försämrar vid vidmakthållande av arbete. Tvärtom finns stöd bland annat vid sömnstörning att vidmakthållande av vardagsaktivitet inklusive arbete hjälper individen och att avbrutna vardagsrutiner försämrar besvärerna. Det avgörande är att insatser på individnivå och arbetsplats sätts in. En svensk studie har också visat att personer som genomgått rehabilitering för APO upplevde att de saknade konkret hjälp och

- Ge en förklaring utifrån balans och kontroll till varför symtomen uppstår
- Förklara betydelsen av att ta återta kontrollen genom att hålla sig aktiv både fysiskt och psykiskt.

stöd för att kunna återgå i arbete.

Lämna eventuell skriftlig evidensbaserad information och informationsblad. Avsluta med att försäkra dig om att han eller hon förstått informationen.

Åtgärder

Insatserna har primärt två huvudinriktningar och är delvis beroende av när i sjukprocessen den anställde kommer till FH: dels insatser för att stärka individens återhämtning inklusive medicinsk behandling, psykologiska interventioner kopplade till arbetsplatsen och stöd för att navigera under återhämtningsprocessen, dels anpassning av arbetsförhållandena för att underlätta återgången till arbetet. I ett senare skede genomförs insatser för att förhindra återfall.

Råd för medicinsk behandling vid depression och ångestsyndrom finns beskrivna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2010). Lättare och medelsvåra tillstånd inom dessa diagnosgrupper kan med fördel behandlas inom företagshälsan som har den arbetsmedicinska kompetensen och kan kombinera medicinska insatser med anpassning av arbetsförhållanden. Detta förutsätter dock att det finns adekvat kompetens och att arbetsgivarens resurser medger åtgärder av god kvalitet och adekvat uppföljning.

I mera symtomrika fall med helt nedsatt arbetsförmåga inriktar sig de första åtgärderna på avlastning genom sjukskrivning samt på basala funktioner som sömn, dygnsrytm, fysisk aktivitet och förhållningssätt till närmaste omgivningen. Det är dock viktigt att undvika längre heltidssjukskrivning och inaktivitet eftersom sjukskrivning/inaktivitet i sig kan öka risken för störning av vardagslivets aktiviteter och basala funktioner (se mer under avsnittet sjukskrivning).

Problemlösningensfokuserade arbetsplatsnära insatser.

Åtgärder vid psykisk ohälsa som syftar till att enbart minska symptomen är inte effektivt för arbetsåtergång. Två framgångsfaktorer för arbetsåtergång efter sjukskrivning på grund av APO som fastställts är att arbetsplatsen är involverad samt att åtgärderna innehåller lösningar på arbetsrelaterade problem. Det finns endast begränsat vetenskapligt underlag för vilka specifika arbetsförändringar på individnivå

som är effektiva. Den starkaste evidensen finns för att via problemlösningssbaserade samtal göra en individuell analys och åtgärdsplan för varje klient med hinder och möjligheter för att klara vardagslivet, inklusive arbetet och balansen mellan krav och förmåga. Som betonats tidigare innefattar psykisk ohälsa oftast hela livssituationen i relation till den enskildes förmåga och förutsättningar att hantera den. Arbetsplatsnära insatser handlar alltså inte bara om att göra förändringar på arbetsplatsen utan även om att identifiera de resurser och förmågor som den anställde behöver stärka och träna för att hantera det aktuella arbetet och privatlivet. Här ger KOF- och ADA-underlaget från utredningsskedet en mycket god hjälp. Ett exempel på en problemlösningssbaserad åtgärd är KBT med inriktning på arbetssituationen.

Om analysen av arbetets krav och den anställdes arbetsförmåga visar att återgång till nuvarande arbete inte är möjligt bör den anställde stödjas i att söka arbetsträning och andra alternativ.

Det är effektivt att förändra arbetstider och arbetsuppgifter. Långa arbetstider (> 40 tim/vecka) har visat sig vara en stark riskfaktor för att utveckla sömnstörning och medföljande psykisk ohälsa. Effekterna blir särskilt påtagliga om veckoarbetstiden överstiger 50–55 timmar. Att förändra arbetstider och arbetsuppgifter kan också ses som en tillfällig åtgärd i kombination med arbetsträning och en successiv minskning av sjukskrivningen.

Anpassningar av arbetet kan vara temporära eller varaktiga och bedöms utifrån dels den problemanalys (riskanalys) som genomförts, men också den anställdes behov och förutsättningar för att klara av arbetet. Anpassningar av arbetet kan tillämpas i tre situationer:

- 1.** När den anställde fortsätter arbeta trots APO. I den situationen kan anpassningar av arbetet bidra till att undvika sjukfrånvaro.
- 2.** När den anställde återvänder till arbetet efter en kort period av sjukfrånvaro. Då kan anpassningar av arbetet främja återgång i arbete och bidra till att förhindra upprepade sjukfrånvaro.
- 3.** När den anställde återgått i arbete efter långvarig sjukskrivning. Här kan anpassningar av arbetet bidra till att stärka och främja en varaktig arbetsförmåga.

Psykoterapi

KBT, psykodynamisk kortidsterapi samt interpersonell psykoterapi (IPT) är terapimetoder som är effektiva framförallt för symtomlindring. Se vidare Socialstyrelsens (www.sos.se) rekommendationer och SBU:s sammanfattningar (www.sbu.se) för symtomlindring. Det finns få behandlingsstudier vid psykisk ohälsa som undersökt effekten av KBT i allmänhet på sjukfrånvaro och arbetsåtergång. Det finns dock stöd för att KBT med tydlig arbetsfokus har en positiv effekt på arbetsåtergång.

Stresshantering

Det är viktigt att träna individens förmåga att hantera och klara stress. Inte sällan har den som drabbats av utmattningssyndrom haft en ökad stresskänslighet under en längre tid.

”Stressvaccinering”, SIT, innebär att man tränas i att hantera stress (både att dämpa den och hantera den) samt klara stressfyllda situationer utan ohanterligt stresspåslag. Studier har påvisat positiva effekter vid APO. Exempel på insatser som kan inkludera SIT är tillämpad avspänning (TA), KBT, ACT samt Mindfulness. Mindfulness i kombination med KBT (MBCBT) är en metod som har stöd för en positiv effekt på APO. Studier visar också att det är viktigt att mindfulnessbaserade insatser utförs med välutbildad terapeut/instruktör. Det finns ännu ingen legitimering eller licensiering i mindfulness som kan hjälpa vid bedömning av kompetens, men det finns väletablerade utbildningar som baseras på grundarens (Jon Kabat-Zinn) metodik.

Levnadsvanor

Sömn

Långvarig arbetsrelaterad psykosocial stress och långa arbetstider har visat sig vara en stark riskfaktor för sömnstörning och medföljande psykisk ohälsa. Det finns så kallade sömnhygienråd för att förebygga sömnbesvär. Råden bygger på evidensbaserade rekommendationer och minskar risken för att utveckla sömnbesvär. Rekommendationerna handlar bland annat om att inte dricka kaffe under kvällstid, att träna regelbundet och vistas ute i dagsljus, att varva ned 1–2 timmar före sänggåendet, att ha regelbundna sovtider med mera. Dessa åtgärder är vanligen inte särskilt effektiva för personer som redan drabbats av kroniska besvär med sömnen, så

kallad insomni. För denna grupp är behandlingar baserade på KBT den mest lämpliga åtgärden. Om insomnibesvärerna är milda eller måttliga kan KBT-behandlingen användas som en självhjälpsåtgärd, till exempel via internet eller med en självhjälpsbok. Ett visst stöd, exempelvis 15–20 minuters stöd från en sjuksköterska eller psykolog per vecka, kan förstärka behandlingseffekten. Det finns också vetenskapligt stöd för att KBT-behandling är effektiv även i gruppform, till exempel i form av en ”sömnskola”. En sömnskola är en kostnadseffektiv behandlingsform som bygger på 5–6 sessioner som leds av en terapeut. Vid allvarig insomni kan det till en början behövas en kortvarig farmakologisk behandling som efterföljs av individuell KBT. Om den anställde har ett arbete där fel och misstag kan få allvarliga konsekvenser kan det vara aktuellt med omplacering.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har en positiv effekt på depression, ångest samt stressrelaterade tillstånd. Att erbjuda fysisk aktivitet (styrketräning, dans, yoga, aerobic/gymnastik med mera) är effektivt för att minska psykiska besvär. Forskningen har ännu inte säkert kunna belägga att fysisk aktivitet kan ersätta andra typer av evidensbaserade behandlingar (läkemedel, psykoterapi), men det finns stöd för att den kan användas som komplement och förstärkning.

Ett sätt att stötta fysisk aktivitet är att använda fysisk aktivitet på recept, FAR. Träning med stöd från träningsledare (exempelvis fysioterapeut) är att rekommendera. En ny svensk studie visar att träningen bör genomföras regelbundet (minst 2 gånger/vecka) och träningen ska anpassas utifrån personens behov, förväntningar och tidigare erfarenheter för att få effekt.

Alkoholbruk

Riskbruk och beroende av alkohol bör utredas vid psykisk ohälsa. Studier har visat att det inte är ovanligt att alkoholproblem finns med som en samsjuklighet vid dessa tillstånd. Hög alkoholkonsumtion kan både vara en konsekvens av att försöka hantera besvärerna eller det som orsakar dem. Att erbjuda alkoholscreening med kort rådgivning, (se Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen) har visat sig vara en effektiv metod för att minska riskkonsumtion.

Medicinering

Se socialstyrelsen rekommendationer för de olika diagnoserna.

Multimodal rehabilitering

I fall med mycket komplex problematik, svårhanterlig psykisk eller somatisk samsjuklighet eller där orsakerna till ohälsan till stor del ligger utanför arbetet bör remiss till en specialiserad stressenhet för teambaserad multimodal rehabilitering redan tidigt övervägas. Insatserna i multimodal rehabilitering bör bestå av de åtgärdskomponenter som beskrivs ovan. Skillnaden är att den bedrivs med specialister inom rehabilitering samt mer intensivt under en avgränsad period. Företagshälsans roll blir då mycket viktig för att samordna sådana insatser med fortsatta åtgärder för arbetsåtergång i nära samarbete med den anställde, rehabiliteringsklinik och närmaste chef/arbetsgivaren.

Rehabiliteringskoordinator

En person som stöttar den anställde i samordning och genomförande av åtgärder har visat sig minska sjukfrånvaron och förkorta tiden till arbetsåtergång.

Sjukskrivning

Arbetsförmåga kopplad till sjukdom bör ses som en sammanvägd produkt av graden av sjukdomsrelaterad oförmåga, individens resurser att hantera besvärerna och graden av anpassning av arbetsuppgifter. Kan lämpliga arbetsuppgifter och god arbetsmiljö på arbetet ordnas så kan ofta även anställda med kvarstående symtom/oförmåga klara sitt arbete, särskilt om de lärt sig hanteringsstrategier. Den relativt vanliga föreställningen bland sjuka individer och arbetsgivare att arbetsförmåga förutsätter full symtomfrihet/tillfrisknande behöver ofta diskuteras och korrigeras. Omvänt, om ofördelaktiga arbetsförhållanden bidragit till symtomens uppkomst och arbetsförhållandena inte kan förbättras, kan det vara mycket svårt för individen att varaktigt återgå i arbete med acceptabel prestation, även om symtomen har minskat genom behandling, hanteringsstrategier lärts in och sjukskrivningsgraden reducerats. Risken för återfall/försämring ökar i dessa fall.

Processen mot arbetsåtergång handlar om att sammanställa och leda en genomtänkt och samordnad plan för behandling, personlig träning för

hanteringsstrategier och åtgärder för att anpassa arbetsförhållandena till individens förutsättningar.

Följande åtgärder kan övervägas:

- Avlastning genom en inledande kort heltids-sjukskrivning tillsammans med åtgärder för att återställa basala funktioner kan medföra en påtaglig symtomminskning på kort tid (även om den underliggande stresskänsligheten kvarstår) och motivera individen för arbetsinriktade åtgärder.
- Heltidssjukskrivning utan en preliminär planering för fortsatta åtgärder som syftar till arbetsåtergång är oftast olämpligt. Evidensen pekar på att en i förväg planerad aktivitetsökning och minskning av sjukskrivningen är viktigt för att återgå i arbete. Förutsättningar för att arbeta och arbetsåtergång bör alltid regelbundet diskuteras även vid väldigt svår funktionsnedsättning. Om arbetet anpassats kan ofta fortsatt sjukskrivning ske på deltid, parallellt med behandling och träning.
- Om arbetsförmågan bedöms vara helt nedsatt (heltidssjukskrivning) under en längre period bör det under sjukskrivningsperioden ingå planerad kontakt med arbetsplatsen, som schemalagd arbetsträning eller annan regelbunden lättare aktivitet på arbetsplatsen. Planeringsmöten kan till exempel genomföras på arbetsplatsen för att insatserna ska vara arbetsplatsnära. Vid sjukskrivning är det viktigt att den anställde inte släpper kontakten med arbetsplatsen.
- En rehabiliteringskoordinator bör tillsättas som följer och stöttar den anställde till att återgå i arbete.
- Det är av yttersta vikt att verksamheten har en tydlig policy som fastslår att arbetsanpassning ska ske vid behov – som ett led i att förebygga sjukfrånvaro och möjliggöra för återgång i arbete. Det är också viktigt att den närmaste chefen och arbetskamraterna kan verksamhetens policy och stöttar arbetsanpassningen. Det är viktigt att arbetsledningen är införstådd med att den sjukskrivne anställde kan behöva tid för att fungera fullt ut på sitt arbete och att det i vissa fall inte är möjligt att helt återställa arbetsförmågan.
- Arbetsanpassningar görs utifrån den inledande planeringen med chef och anställd. Eftersom initiala kognitiva störningar och en ökad stresskänslighet är vanliga kan lämpliga arbetsanpass-

ningar till exempel vara mer avgränsade/mindre komplexa arbetsuppgifter, regelbundet stöd av chef för prioritering och reglering av arbetsmängd med uppföljning och möjligheter att kunna arbeta ostört delar av dagen.

- Återbesök eller telefonuppföljningar bör göras under hela processen. När en förändring skett, som en uppgång i arbetstid, bör den följas upp efter cirka en vecka för att underlätta utvärderingen, gärna med hjälp av lämpligt skattningsinstrument. Studier har visat att bäst effekt uppnås med regelbunden uppföljningskontakt mellan den anställde och arbetsplatsen under processen. Uppföljningar bör ske mellan två och fem gånger under en tre-månadersperiod.
- En anställd som varit sjukskriven kan behöva extra stöd från arbetsledning och arbetskamrater för att sätta gränser samt återfå kontroll och en realistisk tro på den egna förmågan. Det kan vara svårt i hårt slimmade organisationer och om den sociala arbetsmiljön är problematisk. Företagshälsans roll är i dessa att fall stödja arbetsgivaren i lämpligt förhållningssätt och ge råd för att skapa bättre förutsättningar. I vissa fall kan omplacering eller arbetsbyte vara den enda rimliga lösningen. Insatserna underlättas om chefen har fått adekvat utbildning inom arbetsrelaterad psykisk ohälsa/hälsa.
- Fråga den sjukskrivne regelbundet om hans eller hennes inställning och tro på återgång i arbete. Här kan man även använda instrumenten WEIS och WRI (bilaga 10) som hjälp. Vid låg tilltro, ge stöd i form av problemlösningsfokuserad samtalsmetodik, arbetsinriktad KBT och/eller vardagsrevidering (OBQ bilaga 10).

Åtgärderna följs upp efter hand genom återkommande kontakter mellan den anställde och närmaste chef för eventuell justering av mål och strategier. Åtgärdsplanen behöver vara upplagd och dokumen-

För att förebygga återfall av sjukfrånvaro bör uppföljning med problemlösningsbaserad samtalsmetodik ske två till fem gånger under en tre månaders period. Återgång i arbete underlättas om chefen har fått adekvat utbildning inom arbetsrelaterad psykisk ohälsa/hälsa.

terad så att det är tydligt för alla parter vad/vilka arbetsuppgifter som skall genomföras – så att inte anpassningen av arbetet endast innebär minskad arbetstid med samma mängd arbete och krav på arbetsinsats.

Uppföljning

Vid alla insatser ska den som drabbats av APO följas upp som stöd för en utveckling mot optimal funktion. Det görs på ett strukturerat sätt med regelbundna intervall som kan planas ut alltefterstom personen hanterar sina besvär. Uppföljningen bör ske av den vid FH som är huvudansvarig för åtgärderna. Vid hög riskprofil är det viktigt med täta uppföljningar. Forskningen ger ännu inga klara svar på hur ofta eller hur länge uppföljningar bör ske – mer än att det är viktigt att regelbundet följa upp så länge arbetsoförmåga kvarstår och för att förebygga återfall en tid efter återgång i arbete.

Vid uppföljning rekommenderas att utöver samtal även använda standardiserade frågeformulär (se bilaga 10) för att få en god bild av utvecklingen och om målet med åtgärderna uppfyllts. Uppföljningsmätningar bör minst ske när åtgärden påbörjas och när den avslutas. Uppföljningarna tar upp de mål som arbetsgivaren och den anställde gemensamt kommit överens om: återgång i arbete, minskade symtom, förbättrad fysisk funktion etcetera.

Riskscreening av arbetsplatsen med utgångspunkt i en enskild anställds psykiska ohälsa

En anställds signaler om psykisk ohälsa kopplat till sin arbetssituation kan vara en viktig ingång till preventiva insatser för hela arbetsgruppen. FH och arbetsgivare bör tidigt fråga om fler på samma arbetsplats har likartade besvär. Om svaret är ja, bör en riskbedömning av arbetsplatsen göras med utgångspunkt i systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM.

Riskbedömningar av arbetsplatsen enligt SAM (AFS 2001:01) ska ske kontinuerligt och faller under arbetsgivarens ansvar. Arbetsgivaren har också ansvar för individuella anpassningar (Arbetsmiljölagen, 2011; AFS 2012:2 Belastningsergonomi, AFS 1994:01 Arbetsanpassning och rehabilitering). Företagshälsan är här en viktig expertkompetens. Se vidare om förebyggande i kapitel 1.

Implementeringsstöd för att införa riktlinjerna inom företagshälsans verksamhet

Att införa förändringar i verksamheter är inte en enstaka åtgärd utan innebär en välplanerad stegvis process, inklusive en kombination av strategier kopplade till de specifika förutsättningar som finns. I detta kapitel ges vägledning vid planering och implementering av riktlinjer inom företagshälsans rutinverksamhet och här tas aspekter upp som man bör tänka på i implementeringsprocessen.

Varför ändra nuvarande arbetssätt?

Varför skall vi ändra arbetssätt och införa nya metoder? Det är den avgörande fråga som redan från början måste ställas och besvaras. Syfte med att förändra och målet med förändringen formuleras utifrån enhetens behov och mål. Innan förändringarna görs måste alla berörda vara överens om och ställa upp på de formulerade målen. Forskning har visat att annars är risken stor att förändringen misslyckas eftersom personal som skall använda de nya metoderna och arbetssätten istället fortsätter att arbeta enligt det gamla invanda sättet.

Några av de viktigaste hindren på individnivå är att de praktiker som ska förändra sitt arbetssätt håller kvar vid det gamla på grund av att de:

- känner sig mer trygga och säkra med det gamla invanda arbetssättet och därför väljer, om möjligt, att fortsätta som vanligt,
- får skuld känslor för att ha använt ineffektiva eller olämpliga metoder,
- känner en ovilja att överge metoder som kan ha krävt investeringar i energi, pengar, tid och utbildning,
- gör ekonomiska överväganden, dvs upplever t ex

att det är mer ekonomiskt fördelaktigt att fortsätta som tidigare samt

- känner att det är svårt att förändra kanske sig själv, kollegor eller utifrån klienternas preferenser.

Det absolut avgörande är att syfte och mål är verksamhetsnära och att de är väl förankrade i högsta ledningen och hos berörda medarbetare.

Dessa riktlinjer är ett stöd för att hjälpa företagshälsa och arbetsgivare att på ett optimalt sätt förebygga och åtgärda arbetsrelaterad psykisk ohälsa och därmed skapa förutsättningar för hållbar arbetshälsa och prestation över tid. För att motivera företagshälsan, FH och arbetsgivare att arbeta enligt rekommendationerna kan följande argument ges:

- Det är metoder som kan förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa.
- Det är metoder som bevisat ger minskad sjukfrånvaro och ökad hälsa.
- Det ger möjlighet att arbeta mer förebyggande och främjande genom att involvera arbetsplatsen.
- Det ger möjlighet att arbeta mer förebyggande och främjande genom att öka individens ansvar och delaktighet.

- Det innebär kvalitetssäkring med evidensbaserade metoder.
- Det ger ökad klientsäkerhet genom ett strukturerat evidensbaserat arbetssätt.
- Det ger vägledning i hur man använder sig av företagshälsans unika möjlighet till arbetsplatsnära insatser.
- Det ger företagshälsan struktur och metoder för att stödja arbetsgivare i det systematiska arbetsmiljöarbetet med att förebygga APO.

Vad är det som ska införas?

Det första steget vid implementering av en innovation (ny metod, nytt arbetssätt etcetera) är att tydligt beskriva vad som ska införas. I beskrivningen bör ingå vilken kunskapsgrund och vilket förhållningssätt som det nya baseras på. Dels för att ge en grund och hjälp i de kliniska besluten om utredningar och åtgärder, men också för att ge stöd till samsyn och teamarbete inom organisationen.

”Dessa riktlinjer omfattar flera olika rekommendationer. Beslut om vilka som ska tillämpas baseras utifrån FH-enhetens målsättning, behov och möjligheter.

Sannolikheten för en framgångsrik implementering ökar om det finns stark evidens för det som ska införas. Dessa riktlinjer för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad psykisk ohälsa, APO baseras på den bästa tillgängliga kunskapen från den internationella forskningen. Evidensen stöder ett förhållningssätt som utgår ifrån att APO är ett multidimensionellt fenomen som innefattar den anställdes hela livssituation och att arbetsplatsen är viktig, oberoende av orsak till ohälsan, både i det förebyggande och efterhjälpande arbetet.

Aktivitet och stärkande av självhjälp/kontroll är avgörande budskap där det är viktigt att få den som drabbats trygg med att fortsatt arbete eller återgång till arbete inte är skadligt om arbetsplatsnära åtgärder genomförs. En samsyn i FH-teamet och med arbetsgivaren är avgörande. Saknas den

kan den drabbades (den anställdes) osäkerhet och rädsla stiga, vilket också ökar risken för långvarig funktionsnedsättning. Dessutom visar forskning hur viktigt det är att tillämpa ett brett perspektiv både när det gäller kartläggning och insatser, det vill säga ta hänsyn till såväl individer som organisationen och arbetsmiljön inom en verksamhet.

Ett bra sätt att överblicka hela förändringsprocessen är med hjälp av en så kallad logisk modell som beskriver händelsekedjan i förändringen. I figur 3 finns exempel på hur man kan använda denna modell för att visa flödet i de två olika huvuddelarna i riktlinjerna utifrån resurser (vad behövs) över vad som måste vara på plats innan intervention och fram till vilka förväntade resultat på som kan uppnås enligt evidensen. Mediatorer är de faktorer som måste till för att insatserna skall ha effekt. När exempelvis en chefbildning genomförs så behöver cheferna både tillägna sig och tillämpa kunskapen (mediatorerna är då tillägnar och tillämpar) för att

det förväntade resultatet ska uppnås. Man behöver mediatorer i modellen för att tydligt kunna beskriva vad som krävs för att uppnå förväntade effekter, men också för att säkerställa att allt är på plats. Resultat A är de första indikationerna på att interventionen ger ef-

fekt och resultat B är de som följer när man uppnår resultaten A. Modellen kan även användas som underlag till arbetsgivare vid beskrivning av den tjänst som FH vill/kan leverera.

Förebyggande insatser för arbetsrelaterad psykisk ohälsa (APO)

Vad behövs inom företagshälsan	Åtgärder i verksamheten	Mediatorer	Resultat A	Resultat B
Kompetens inom: Lagar och regelverk inom arbetsmiljö, psykosocial arbetsmiljö och hälsa Survey feedback-metodik Organisationspsykologi	Policys Chefs-utbildning Kartläggning Återkoppling Åtgärder Uppföljning	Chefer tillämpar policys, riktlinjer och ökar sin kunskap om APO	Minskad stress Ökad arbetstrivsel Ökad kontroll och engagemang i arbetet Ökat engagemang och ansvar från medarbetare och chef i den egna arbetsmiljön Minskade/undvikande av konflikter på arbetsplatsen Ökad kunskap om APO hos chefer och anställd	Minskad psykisk ohälsa Minskad sjukfrånvaro Ökad "frisknärvaro" Vidmakthållen/förbättrad fysisk och psykisk hälsa

Åtgärder vid etablerad arbetsrelaterad psykisk ohälsa (APO)

Vad behövs	Insatser	Mediatorer	Resultat A	Resultat B
Kompetens inom: KOF ADA Problembaserad samtalsmetodik KBT Användning och tolkning av rekommenderade diagnostiska instrument	Medicinsk utredning Utredning och bedömning arbetsförhållande/förmåga treparts-samtal Individåtgärder Uppföljning	Arbetsgivaren stöttar den anställde att ta tidig kontakt med FH och har avsatt resurser för detta. Närmsta chef positiv till att medverka i samtal och göra överenskomna nödvändiga förändringar på arbetet. Den anställda är motiverad att återgå i arbete hos nuvarande arbetsgivare.	Förbättrad APO. Förbättrade levnadsvanor. Ökat engagemang och ansvar från medarbetare och närmsta chef i arbetsmiljön. Ökad kunskap om APO hos chefer och anställd.	Minskad sjukfrånvaro Ökad arbetsförmåga Minskad stress Ökad arbetstrivsel Ökad kontroll och engagemang i arbetet

Figur 3. Exempel på hur en logisk modell kan användas utifrån rekommendationerna i riktlinjen. Innehållet i modellerna ovan är endast exempel utifrån rekommendationerna. Modellerna är inte kompletta utan kan användas och anpassas utifrån aktuella verksamhetens behov och inriktning.

Vad behöver vara på plats inom företagshälsans organisation?

Stöd från ledningen

För att lyckas med en större förändring krävs att ledningen – på alla nivåer – aktivt stöder den. Att aktivt stödja innebär bland annat att ledningen informerar, förmedlar målen och är tydliga med att detta är något de vill samt ser till att nödvändiga resurser finns avsatta. Var tydlig med vem som äger frågan. Även om högsta ledningen delegerat själva genomförandet är det ytterst viktigt att ledningen konkret visar att de följer och uppskattar förändringen. Bilaga 13 innehåller ett faktablad baserat på aktuell forskning kring ledarbeteenden som är viktiga för framgångsrik implementering av nya metoder. Detta kan användas som ett stöd för att vägleda chefer i planeringen av att leda en implementeringsprocess.

Resurser

Resurser för implementering av nya arbetssätt handlar inte enbart om mer pengar utan framförallt om hur resurser används. Det handlar om att man inom en verksamhet vill göra annorlunda och att den personal som finns ska förändra sitt arbetssätt. Det krävs tid för att förankra och planera förändringen, genomföra den samt för utbildning. Det kan också krävas nyrekrytering, uppstå kostnader för nya verktyg eller instrument samt bli en tillfällig minskning av debiteringsgrad när det nya arbetssättet lärs in.

Exempel på resurser som behövs för att införa arbetssättet i dessa riktlinjer:

Förebyggande organisatorisk insats

- Förankring och planering av införandet – tid för ledning och personal
- Säkerställ kompetens inom organisation och psykosocial arbetsmiljö

- Planering av administration av kartläggningsmetoder: intervjuer/formulär – IT-baserat verktyg, personal för hantering av pappersversion alternativt svar från webb, intervjukompetens etcetera
- Säkerställa kompetens i utrednings- och åtgärds-metoder enligt rekommendationerna

Individ

- Förankring och planering av införandet – tid för ledning och personal
- Planering av administration av frågeformulär/utredningsinstrument – IT-baserade verktyg, personal för hantering av pappersversion alternativt svar från webb
- Säkerställa kompetens i utrednings- och åtgärds-metoder enligt rekommendationerna

Implementeringsgrupp

En projektgrupp för att utarbeta plan, informera och stödja genomförandet behövs. Gruppen bör bestå av personer som

- har goda kunskaper om enhetens verksamhet,
- har trovärdighet i organisationen,
- har intresse av att föra in metoder som vilar på evidensbaserad praktik (EBP)
- har tillägnat sig kunskaper och förståelse om det nya arbetssättet samt
- representerar yrkeskategorier som är berörda av det nya arbetssättet.

Det behövs för att information och planering skall kunna göras på ett initierat och realistiskt sätt.

Vad behöver göras inom företagshälsans organisation?

Information om nya arbetssätt

Information är viktigt när riktlinjerna förankras inom företagshälsan men än viktigare är hur informationen ges, hur den sprids samt om det går att tillgodogöra sig den (så att den kan användas). Innan

För en lyckad implementering krävs att

- Ledningen stöder och engagerar sig i införandet.
- Det finns tillräckligt med resurser avsatt.
- Det finns en implementeringsgrupp som ansvarar för införandet.
- Implementeringsgruppen består av yrkeskategorier som är berörda.
- Det finns bärare av förändringar ute på varje enhet som kan stödja, inspirera och lobba för genomförandet.

informationskanaler väljs tänk noga igenom vilka kanaler som är etablerade inom enheten och upplevs fungera (Utifrån dig själv: Var hittar du info? Var hör du kollegor hitta info? etcetera.).

I informationen bör ingå vilken nytta det nya arbetssättet har för företagshälsan, klinikern och kunden (den anställde och arbetsgivaren).

När ska implementeringen ske?

När information ges bör också en tidsplan presenteras för när det nya ska vara på plats och användas fullt ut. I planen är det viktigt, för att lyckas med genomförandet, att realistisk hänsyn tas till den dagliga verksamhet som skall skötas parallellt med att det nya införs. En fullt detaljerad tidsplan utarbetas innan implementeringen påbörjas så att den enkelt kan följas och förberedas av samtliga berörda medarbetare. Tidsplanen bör också ha ett uppföljningssystem där man kan pricka av allteftersom planen genomförs. Se exempelvis checklistan i bilaga 12.

Vem ska arbeta enligt det nya arbetssättet?

Vilka inom enheten berörs och ska arbeta enligt det nya sättet? Den frågan ställs ganska omgående öppet eller dolt inom organisationen så det är viktigt att från början vara tydlig med vilka som berörs. Om utbildning och kompetensutveckling behövs, vilken typ av kompetens, vilken/vilka utbildningar kommer att krävas och av vem/vilka inom personalen? Behövs nyrekrytering är det lika viktigt där att vara tydlig med vilken kompetens som behövs och hur nyrekryteringen bidrar till enhetens övergripande mål.

Utöver grundläggande kompetens för FH-personal inom området arbete och hälsa kräver dessa riktlinjer också kompetens inom:

- organisationspsykologi och psykosocial arbetsmiljö,
- kunskap om hur mänskliga, tekniska och organisatoriska faktorer påverkar varandra i ett arbetsystem (MTO),
- planering, genomförandet och utvärdering av omfattande arbetsplatsinsatser,
- hälsofrämjande arbetssätt som tillämpas i ett brett perspektiv som inkluderar olika nivåer av påverkan såsom organisationsstruktur och arbetsmiljö,
- att genomföra kartläggning och återkoppling

av psykosocial arbetsmiljö via enkät, intervjuer etcetera,

- participativ metodik i arbetsgrupper enligt exempelvis Survey feedback-tekniken,
- administration av frågeformulär,
- problemlösningsbaserad samtalsmetodik,
- användning och tolkning av de diagnostiska instrument som rekommenderas: KEDS, S-UMS, PHQ-9, KSQ med flera,
- metoder för bedömning av arbetsförmåga i relation till arbetets krav och vardagsbalans som rekommenderas– KOE, ADA, QPS-mismatch, OBQ,
- arbetsinriktad KBT alternativt lösningsfokuserad korttidsterapi samt
- team- och rehabiliteringssamordning.

Vem gör vad?

Gör upp en struktur utifrån enhetens förutsättningar för vem som skall göra vad och när det ska göras. Planeringen av flödet bör göras så konkret som möjligt utifrån rekommendationerna i kap. 1 och 2. Vid exempelvis efterhjälpande åtgärder planeras utifrån frågorna om vem som tar emot individen först och vem som följer upp individen. Administrativa rutiner som vem som ser till att frågeformulären blir besvarade och analyserade och hur vi ska administrera frågeformulär på vår enhet bör på samma vis planeras konkret. Det kan vara en fördel att administrationen av utredningsinstrument/formulär sköts av en samordnande funktion. Frågeformulären som används i utredningen bör besvaras innan den anställde träffar berörd FH-praktiker så att resultaten kan användas effektivt.

Dessa riktlinjer har ett flödesschema till stöd över de komponenter som enligt evidensen behövs i det förebyggande och efterhjälpande arbetet för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Flödesschemat kan med fördel användas vid planering av enhetens arbetsfördelning och egna flödesbeskrivning.

Verktyg för implementeringsstöd

Ett bra planerings- och uppföljningssystem är en stor hjälp vid en implementering. Det hjälper till att tidigt kunna identifiera både hinder och faktorer som underlättar och möjliggör den. I boken Evidensbaserat folkhälsoarbete (Schäfer, Elinder m fl 2014) och i skriften Om implementering (Socialstyrelsen 2012) ges stöd för att föra in nya arbetssätt

och rutiner i verksamheten. Att tidigt identifiera hinder och möjliggörare hjälper planeringen för att lösa hindren, men också för att använda möjligheterna på ett effektivt sätt. Två saker som kan ge stöd vid implementeringen är struktur i form av en lathund – såsom exempelvis Guldbrandssons verktygslåda för implementering, bil. 12 – och ett strukturerat uppföljningssystem för feedback under införandet. Detta uppföljningssystem kan till exempel vara gruppmöten med dem som ska använda det nya arbetssättet där man diskuterar hur och om det fungerar, svårigheter, nödvändiga förändringar/ anpassningar med mera. Det kan även vara bra att pröva det nya arbetssättet i en mindre skala först i ett så kallat pilottest, för att bland annat upptäcka verksamhetsbetingade anpassningsbehov.

Kom ihåg:

- Definiera noggrant vad som skall införas.
- Definiera resursåtgång och vilka resurser som tillsätts.
- Formulera mål och syfte tydligt och enhetligt.
- Ta fram informationsmaterial om riktlinjernas innehåll.
- Påvisa nyttan med att införa nya arbetssätt.
- Gör en tidsplan för full implementering, det vill säga när allt ska vara på plats.
- Gör en utbildningsplan.
- Ha en uppföljningsstruktur/feedbacksystem, till exempel gruppmöten med öppna diskussioner.
- Använd verktygslåda för implementering, till exempel bilaga 12 och 13.
- Genomför ett pilottest för att testa införandet.

Bilagor

Bilaga 1. Deklaration om särintressen eller andra jävsförhållanden angående de metoder som rekommenderas i riktlinjen

Bilaga 2. Prioriteringsgruppen inom organisationen av riktlinjearbetet

Bilaga 3. Signaler på arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Bilaga 4. Riskfaktorer och främjande faktorer

Bilaga 5. Tabell över riskfaktorer och främjande faktorer i arbetet för psykisk hälsa

Bilaga 6. Metoder för att kartlägga psykosocial arbetsmiljö och hälsa

Bilaga 7. Sammanställning av frågeformulär för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatsen

Bilaga 8. Att skapa egna frågeformulär för kartläggning i det förebyggande arbetet

Bilaga 9. Exempel på underlag enligt survey feedback-metodiken

Bilaga 10. Sammanställning av diagnostiska instrument

Bilaga 11. KOF- och ADA-metoderna

Bilaga 12. Checklista för implementeringsstöd

Bilaga 13. Vägledning för chefer vid implementering

Bilaga 1

Deklaration om särintressen eller andra jävsförhållanden angående de metoder som rekommenderas i riktlinjen

Riktlinjegruppen

Irene Jensen: Utvecklat AHA-metoden

Christina Björklund: Utvecklar och driver konsultverksamhet med AHA-metoden

Externa medverkande experter

Göran Kecklund: Utvecklare av KSQ

Eva Vingård: Utvecklare av HAKuL-enkäten

Externa granskare

Marie Åsberg: Utvecklare av MADRS samt KEDS

Gabriel Oxenstierna: Utvecklar och driver konsultverksamhet med metoden "Det nya arbetslivet"

Bilaga 2

Prioriteringsgruppen inom organisationen av riktlinjearbetet

Deltagare i prioriteringsgruppen för framtagande av Riktlinjer för FHV:

My Billstam, LO

Ann Lundberg Westermarck, PTK

Bodil Mellblom, Svenskt Näringsliv

Mats Stenberg, SKL

Gunnar Sundqvist, Arbetsgivarverket

Karin Fristedt, SACO

Christina Pettersson, OFR

Bilaga 3

Signaler på arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Signaler i arbetssituationen på psykisk ohälsa på individnivå.

Innehållet i denna lista är utarbetad utifrån kliniska observationer och erfarenheter samt diagnostiska indikationer på psykisk ohälsa. Beskrivningarna i nedanstående lista skall förstås så att man som chef eller arbetskamrat ser förändringar inom dessa områden hos en anställd, till exempel att den anställda går från att ha varit engagerad i sitt arbete/arbetsplats till att bli mindre engagerad eller till och med oengagerad.

Tidiga signaler:

- ständigt arbetar övertid
- inte har tid att delta i möten och diskussioner
- kommer inte på fikaraster
- fastnar i problem som denna inte kan lösa
- är ofta upprörd
- börjar tappa engagemanget i sina arbetsuppgifter
- inte orkar med sina arbetsuppgifter som tidigare
- säger sig vara helt slut efter arbetsdagen och inte orkar med några fritidssysslor
- säger sig ha sömnbesvär
- börjar uttala tvivel på sin egen kompetens/bristande självförtroende
- nedprioriterar återhämtning och avkoppling
- sjuknärvaro
- korttidsfrånvaro (ofta borta vissa dagar)
- börjar få svårigheter att passa arbetstider
- börjar utnyttja alla tillfällen till ledighet

Sena signaler:

- yttrar sig negativt och cyniskt om de arbetsuppgifter som man tidigare brunnit för
- osakliga klagomål på arbetskamrater och arbetsledning
- sitter ofta ensam i fikarummet och arbetskamraterna drar sig undan
- kan ägna sig åt trakasserier och mobbning av arbetskamrater
- drar sig undan, är tyst och inåtvänd
- gör oförklarliga misstag, slarvar, visar bristande noggrannhet och ofta dåligt arbetsresultat
- skjuter ifrån sig jobb, skyller på andra
- uttrycker känsla av att inte vara utvilad trots en normal (7 timmar eller mer) sömnlängd
- Visar irritation, aggressivitet, kort stubin, samarbetssvårigheter, allmänt missnöje

Vanliga kroppssymptom vid stressreaktion och utmattning

- Värk
- Huvudvärk
- Hjärtklappning
- Tryck över bröstet/upplever svårigheter att andas
- Bröstsmärtor
- Mag/tarm besvär
- Yrsel
- Ljud och ljuskänslighet

Vanliga känslomässiga/kognitiva symptom vid stressreaktion och utmattning

- Nedsatta energiresurser
- Sömnstörning (insomniorelaterade besvär, dålig sömnkvalitet)
- Trötthet
- Uttrötthet
- Oro och rastlöshet
- Nedstämdhet
- Känslomässig labilitet, irritabilitet
- Koncentrations nedsättning
- Minnespåverkan
- Påverkad simultankapacitet
- Påverkad initiativförmåga
- Påverkad exekutiv förmåga
- Påverkad organisationsförmåga

Bilaga 4

Riskfaktorer och främjande faktorer

Riskfaktorer i arbetet

Det finns en lagstadgad skyldighet att kartlägga och åtgärda risker i arbetsmiljön. Det sker också via det systematiska arbetsmiljöarbetet. Främjandet av faktorer i arbetet som påverkar hälsa och arbetsförmåga positivt ingår i det hälsopromotiva arbetet (work place health promotion) som allt fler verksamheter ägnar sig åt. En god arbetsmiljö kan främja människors hälsa. Idag diskuteras oftast både risk- och friskfaktorer på arbetsplatser. De faktorer som kallas friskfaktorer är förhållanden i arbetet som främjar psykisk hälsa och välbefinnande samt förebygger ohälsa. Nedan beskrivs lite kort några av de mest studerade riskfaktorerna och främjande faktorerna. I bilaga 5 ger vi en sammanställning och en övergripande bild av vetenskapligt belagda faktorer, som fastställts i systematiska genomgångar av det internationella kunskapsläget.

En arbetsmiljörisk som är ständigt återkommande inom forskningen är en arbetssituation med små möjligheter att påverka/ha kontroll över sin situation i kombination med alltför höga krav, det vill säga spänt arbete. Denna modell kallas krav- och kontrollmodellen. Att befinna sig i en sådan arbetssituation är starkt kopplat till en ökad risk för depression. Spänt arbete är också relaterat till andra typer av stressrelaterade besvär och mer ospecifik psykisk ohälsa. Studier har också visat att höga krav ökar risken för att utveckla utmattningssyndrom och att låg kontroll ökar risken för depression och utmattning. En annan faktor som visat sig öka risken både för depression och utmattning är bristande socialt stöd från närmaste chef och/eller arbetskamrater.

Pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen (ansträngnings-belöningsmodellen) ökar risken för depression, men också annan vanlig psykisk ohälsa. Personer som upplever rollkonflikter har också en ökad risk för depressionssymtom.

När det gäller arbetstider finns det fastlagda samband mellan långa arbetstider och psykisk ohälsa, som t ex en högre risk att drabbas av depression. Det råder viss osäkerhet om var gränsen går för hur

mycket man kan arbeta utan att drabbas av psykisk ohälsa. Flera studier visar att 55–60 timmars arbetsvecka innebär ökade risker, men det kan inte helt uteslutas att även en kortare (41–54 timmar) veckoarbetstid innebär en högre risk för depression och andra psykiska besvär. Det finns också studier som visar att hög egenkontroll över sin arbetstid, till exempel att själv bestämma när arbetsdagen startar och slutar, är en positiv faktor som minskar risken att drabbas av psykisk ohälsa och långtidssjukskrivning. Det behövs dock fler studier innan det går att dra några säkra slutsatser om inflytande över arbetstiden och psykisk ohälsa.

Ledarskapets betydelse för en god arbetsmiljö har framkommit i ett flertal studier. Ledarskap som präglas av rättvisa och uppmuntran har en positiv effekt på anställdas välbefinnande. De som upplever goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet och att de behandlas rättvist av chefen har mindre risk för depression och utmattningssyndrom.

Mobbning är en risk som ofta lyfts fram i den offentliga debatten, eftersom det är ett allvarligt arbetsmiljöproblem och i förlängningen ett samhällsproblem. Ett stort antal studier har undersökt mobbning på arbetsplatser, och i Sverige upplever cirka åtta procent av den arbetande befolkningen att de är mobbade. Där mobbning förekommer drabbas inte enbart individen med personligt lidande och långvarig sjukfrånvaro utan även arbetsgruppen och slutligen hela organisationen. Ett flertal studier har dokumenterat de negativa effekterna av långvarig exponering för mobbning på individers hälsa där både fysisk och mental ohälsa rapporterats. Mobbning orsakar stress som kan leda till sömnproblem och humörsvängningar och depression. Eftersom mobbning har stora konsekvenser är det viktigt att tidigt identifiera dess riskfaktorer i arbetsmiljön. En ny svensk studie visade att orättvist ledarskap, bristande inflytande, hög sjukfrånvaro, hög sjuknärvaro, otydliga roller, bristande stöd från kollegor och chef samt dåligt organisationsklimat var riskfaktorer för mobbning i arbetsgruppen (Björklund et al., 2014). I studien utvecklades en checklista för att hjälpa och stödja arbetsplatser

att tidigt identifiera riskfaktorer på arbetsplatsen (checklistan finns att ladda hem på www.fhvforskning.se).

Främjande faktorer i arbetet

För att uppnå god arbetsmiljö bör arbetsgivaren organisera arbetet så att det stödjer hälsa och välbefinnande, men det åligger även var och en av medarbetarna att vara engagerade i den gemensamma arbetsplatsen.

En förutsättning för en förbättrad psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande är att medarbetarna upplever att de har kontroll över sitt arbete. Kontroll i arbetet skyddar mot stress när individer upplever höga krav. Psykisk hälsa och välbefinnande gynnas av en rimlig arbetsbelastning, balans mellan arbetsinsats och belöning, positivt socialt klimat, möjlighet till inflytande och kompetensutveckling, att det finns tydliga mål för organisationen, anställningstrygghet samt en bra fysisk arbetsmiljö. Stöd från chef och medarbetare ökar psykiskt välbefinnande. Utvecklingsmöjligheter och anställningstrygghet samt att de anställda upplever att de är tillfredsställda med sitt arbete är också faktorer som främjar psykisk hälsa. För vidare läsning se de nyutgivna svenska kunskapsöversikterna om psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro (Vingård m fl, 2015, Aronsson m fl 2015).

I bilaga 5 ges i tabellform en sammanställning av riskfaktorer och främjande faktorer.

Bilaga 5

Tabell över riskfaktorer och främjande faktorer i arbetet för psykisk hälsa

Kategorier	Riskkällor	Konsekvens	Främjande	Referenser
Arbets-situationen	Låg kontroll eller inflytande kombination med höga krav.	Ökad risk för depression/ utmattning/ stress-relaterad ohälsa/ mental ohälsa.		SBU rapport 2014, Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Bonde 2008, Stansfeld, et.al., 2006). Vingård, E et al., 2015, Nieuwenhuijsen, et.al., 2010
	Spänt arbete (höga krav och låg kontroll).			
		Minskad risk för depression/ utmattning.	Upplever goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet.	SBU rapport, 2014, Vingård mfl 2015
	Höga arbetskrav	Ökad risk för utmattning och stress-relaterad ohälsa		Seidler et.al., 2014, Nieuwenhuijsen, et.al., 2010
		Ökad psykisk hälsa/ välbefinnande	Rimlig arbetsbelastning	Tuomi et.al., 2004
	Låg kontroll i arbetet	Ökad risk Stress-relaterad ohälsa		Nieuwenhuijsen, et.al., 2010
	Obalans mellan ansträngning och belöning	Ökad risk depression/ utmattning/ stress-relaterad ohälsa		SBU rapport 2014, Nieuwenhuijsen, et.al., 2010, Stansfeld, et.al., 2006, Vingård mfl 2015
		Minskad stress	Balans mellan arbetskrav och belöning	Buddeberg-Fischer, 2008

Bilaga 5 forts.

Tabell över riskfaktorer och främjande faktorer i arbetet för psykisk hälsa

Kategorier	Riskkällor	Konsekvens	Främjande	Referenser
	Rollkonflikter	Ökad risk för psyko-logiska besvär		Johannesen et al., 2013
	Orättvisa	Ökad risk för stress och psykisk ohälsa		Robbins et al., 2012
		Minskad risk för depression och sjuk-frånvaro	Generell rättvisa på arbetsplatsen	Ybema m fl., 2010
	Osäkerhet i anställning	Ökad risk för depres-sion och utmattning		SBU, 2014
		Ökat psykiskt välmå-ende	Anställnings-trygghet	Toumi m fl, 2004
Arbetstider	Långa arbetstider (>40 tim/v) med markant ökad risk när veckoarbetstiden överstiger 50-55 tim/v	Ökad risk för depres-sion/ ångestsyndrom/ sömnstörning		Bannai 2014
		Minskad risk för stress samt mindre risk för sömnbesvär och mental ohälsa	Möjligheter att på-verka sina arbetstider	Moen m fl, 2013, Ala Mursula m fl, 2004; Salo m fl, 2014
Relationer				
	Bristande stöd i ar-betsmiljön från chef och kollegor	Ökad risk för depression/ utmattning		SBU, 2014, Nieuwenhuijsen, m fl., 2010

Kategorier	Riskkällor	Konsekvens	Främjande	Referenser
		Minskad risk för depression/ utmattning	Upplever sig rättvist behandlade av chef	SBU, 2014
	Förekomst av mobbning och trakasserier på arbetsplatsen	Ökad risk för depression/ utmattning		SBU, 2014
		Ökar psykologiskt välbefinnande	Inkluderande ledarskap	Bond m fl, 2006
Organisation				
		Minskad risk för depression/ utmattning	Rättvist organisations-klimat	Nieuwenhuijsen, m fl., 2010
		Ökad psykisk hälsa och välbefinnande	Positivt arbetsklimat	Arnetz m fl., 2007
		Ökad psykisk hälsa och välbefinnande	Tydliga organisations-mål	Arnetz m fl., 2007

Bilaga 6

Metoder för att kartlägga psykosocial arbetsmiljö och hälsa

Det finns några enkla förhållningsregler som minskar risken för missvisande resultat vid kartläggningar:

- Ställ endast frågor om det som du vill ta reda på och har hjälp av för att uppfylla syfte och mål. Att ställa frågor om sådant man ändå inte avser att bearbeta kan vara kontraproduktivt och oetiskt eftersom människor satsar sin tid och sitt engagemang på att besvara frågorna. Det finns en risk att frågor som uppfattas som onödiga skapar falska förespeglningar och ger upphov till frustration. Därför är det viktigt att kunna motivera och förklara varför man ställer en viss mängd frågor och varför de ställs.
- Välj ett tillförlitligt och välkänt formulär och/eller enstaka frågor med god dokumentation. Tänk på att om verksamheten vill jämföra sin arbetsplats med andra verksamheter måste man ha samma formulär och frågor som använts i andra verksamheter. Ta också ställning till hur väl jämförelsegrupperna matchar den egna verksamheten/arbetsplatsen.
- Förankra och förbered kartläggningen ut i verksamheten innan mätningen. Syfte och mål bör vara tydligt kommunicerade och antagna av berörda medarbetare. Det bör även finnas en tydlig kommunikation om högsta ledningens engagemang och avsiktsförklaring. I förankringen bör det tydligt framgå hur kartläggningen ska genomföras, vilket stöd och vilka insatser samt resurser som finns. Det behöver också finnas en tydlig tidsplan där hela arbetsprocessen från mätning till resultatåterkoppling tydligt framgår samt information om hur och när uppföljning av insatser och resultat genomförs.
- Använd frågor som är vetenskapligt kvalitetssäkrade och beprövade. (Bilaga 7).
- Vilka svarsmöjligheter ska de som svarar ha – öppna eller slutna svarsalternativ? Öppna svarsalternativ är sådana där den svarande skriver fritext och slutna är på förhand givna svarsalternativ, till exempel kryssalternativ. Öppna svarsalternativ är svårare att hantera men kan ge en rikare palett av svar än slutna svarsalternativ, som per definition begränsar antalet möjliga svar och innehållet i dem.
- Ska svaren användas för att få information om uppfattningar eller faktiska förhållanden? Med faktiska förhållanden menas information om den objektiva arbetsmiljön och då ska frågorna, idealt sett, inte återspegla individers värderingar. Med värderingsfrågor avses information som skall återspegla individens subjektiva bedömning av arbetsmiljön. Ett exempel på en fråga om faktiska förhållanden är: "Hur många kilo väger de lådor som du lyfter i arbetet?" Ett exempel på en värderingsfråga: "Är lådorna du lyfter i arbetet tunga?"
- Syftar svaren till att användas för att bedöma (a) exponering (b) utfall eller (c) mellanliggande faktorer? Med exponering kan avses arbetsvillkor som arbetstider, organisering av arbetet, hot och arbetskrav. Med utfall avses det förväntade resultatet effekten av en exponering, till exempel grad av depression, ångest, utmattning och sömnproblem. Mellanliggande faktorer är faktorer och omständigheter som kan tänkas påverka sambandet mellan exponering och utfall, till exempel pauser, möjlighet till avlastning och ledarskap.
- I vilken grad skall svaren vara handlingsanvisande? Det är ofta en god ide att formulera frågor och svarsalternativ så att de kan styra efterföljande åtgärder. Men ibland vill man bara dokumentera till exempel symptombelastning eller förekomsten av något fenomen.

Är självrapporterade enkätfrågor bara en upplevelsemätning och inte en bild av sanna förhållanden?

Vad gäller självrapporterade frågor, det vill säga frågor som den som svarar själv skall ge sin uppfattning om så kommer ibland kritiken att det endast visar vad individen upplever och inte är en objektiv beskrivning av "sanna" förhållandena. Det kan tyckas bekymmersamt och speciellt i forskningssammanhang är det en väsentlig kritik. Ur ett verksamhetsperspektiv, där man vill kartlägga risker för att inom verksamheten arbeta med dem i ett förebyggande eller efterhjälpande perspektiv, är det inte lika avgörande om svaren handlar om individuella

upplevelser eller objektiva förhållanden. Via resultaten får arbetsgivaren en bild av hur de anställda upplever sin arbetssituation och miljö, vilket i en stor mängd forskning visat sig ha samband med olika hälsorisker.

Enligt arbetsmiljölagen är arbetsgivaren skyldig att anpassa arbetet efter individens förmåga. Arbetsförmågan är, som ett flertal utredningar om att mäta arbetsförmåga konstaterat, svår att mäta objektivt eftersom många mer subjektiva faktorer – som individens förmåga att hantera olika situationer och besvär – påverkar dennes möjlighet att utföra ett visst arbete. De upplevelsebaserade resultaten behöver kompletteras för att visa vilka efterföljande åtgärder som är lämpliga. Det krävs mer information från andra källor. Därför är det viktigt att följa upp resultaten med diskussioner enligt survey feedback-metodiken, så som vi rekommenderat i dessa riktlinjer, för att få en bredare bild av resultaten och finna rätt slags åtgärder.

The Job Content Questionnaire, JCQ, och dess förelöpare är sannolikt det mest använda formuläret för att mäta psykosociala exponeringar i Sverige och övriga Skandinavien. De cirka 25 frågorna som mäter krav, kontroll och stöd används särskilt flitigt (även om JCQ-formuläret i sin helhet består av 49 delar). Den underliggande modellen gör två huvudsakliga förutsägelser. För det första antar den att psykologiska reaktioner som ångest, trötthet, depression, och utmattning inträffar när arbetskraven är höga och beslutsutrymmet är litet (spänt arbete). För det andra antar den att lärande och utveckling sker när arbetskraven är höga och beslutsutrymmet är stort (active learning-hypotesen). JCQ inkluderar dock inte frågor om personlighet eller stressorer som finns utanför arbetet eller följer av livsstilen. Krav-kontroll-stödmodellen, vars utveckling påbörjades i mitten av 1970-talet, har under åren granskats i ett antal systematiska sammanställningar av det vetenskapliga kunskapsläget i relation till flera olika utfall som till exempel hjärt-kärlsjukdom, muskuloskeletala problem och mental ohälsa. Resultaten från dessa granskningar är inte entydiga och de enskilda dimensionerna tycks oftare ha samband med olika utfall, snarare än den antagna interaktionen mellan

krav och kontroll. Två nyare vetenskapliga sammanställningar har påvisat samband mellan spänt arbete och en viss ökad risk för ischemisk hjärtsjukdom (Kivimäki et al., 2012; Steptoe and Kivimäki, 2013). I en annan nyligen genomförd systematisk översikt som fokuserade på sambandet mellan arbetsvillkor och depressionstillstånd drogs slutsatsen, med vissa reservationer, att det finns ett stöd för att höga psykiska jobbkrav kan leda till depression (Lundberg, Allebeck, Forsell och Westerholm, 2012).

En efterföljare till JCQ och det i dagsläget mest omfångsrika och utvärderade formuläret för svenska förhållanden är Nordiska ministerrådets formulär QPS Nordic. Detta multidimensionella frågeformulär bedömer ett antal grundläggande psykologiska och sociala förhållanden och faktorer som anses relevanta för arbete, hälsa, motivation och prestation. I sin fullständiga version består formuläret av 13 skalor samt ett antal enskilda frågor (totalt 123 frågor). En kortare variant består av 37 frågor och heter QPS-Nordic 34+. Urvalet av frågor till QPS Nordic bygger bland annat på en genomgång av 19 vanligt förekommande formulär samt flera efterföljande valideringsstudier med egna datainsamlingar. Det finns idag flera andra frågeformulär som i olika grad bygger på frågorna i QPS Nordic.

Bilaga 7

Sammanställning av frågeformulär för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatsen

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
Psykosociala arbetsmiljö-faktorer	QPS Nordic	Undersöker psykologiska, sociala och organisatoriska arbetsförhållanden. Kan användas vid organisationsutveckling och interventioner, för dokumentation av förändringar i arbetsförhållanden och vid forskning om samband mellan arbete och hälsa.	Finns i två versioner. Den långa versionen består av 129 frågor. En kortare version QPSNordic 34+. Framtaget av forskare från fyra nordiska länder som ett uppdrag för Nordiska ministerrådet. Formuläret är en sammansättning av etablerade skalor och är utarbetad för att kunna tillämpas inom olika typer av verksamheter. Inkluderar Job Content Questionnaire (JCQ) . Ger resultatåterkoppling på gruppnivå. Till kartläggningen finns en dokumenterad och utprövad utarbetad arbetsmodell för resultatåterkoppling och åtgärder.	Referensvärden finns från ca 2000 anställda inom blandade verksamheter i Norden, inkl Sverige.	Gratis i pappersformat, avgiftsbelagd som webbversion. Manual för tolkning finns. http://snd.gu.se/sv/catalogue/study/SND0837#description
	COPSOQ II Copenhagen Psychosocial Questionnaire	Undersöker psykologiska, sociala och organisatoriska arbetsförhållanden. Enkäten syftar till att identifiera risker för ohälsa innan ohälsan uppstår samt att ge en grund för interventioner på arbetsplatsen och möjlighet till uppföljning efter interventioner.	Bygger primärt på QPS Nordic med vissa anpassningar och tillägg. Instrumentet finns i tre olika versioner, lång, medium och kort. Ger resultatåterkoppling på gruppnivå. Svensk manual för användning och återkoppling är under arbete.	Referensvärden finns från ca 3500 anställda men ännu ej från svenska arbetsplatser	Gratis i pappersformat. Avgiftsbelagd via webb. Manual för tolkning finns https://www.mah.se/copsoq Framtida riktlinjer och ny normdata: http://www.copsoq.se/

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
Psykosociala arbetsmiljö-faktorer, stress, hälsa och levnadsvanor	AHA-metoden	Kartlägger medarbetares psykosociala arbetsmiljö, hälsa, arbetsförmåga och levnadsvanor. Ger även underlag för produktions-bortfall och produktivitets beräkningar. Utprövad för olika typer av verksamheter inom privat och offentlig sektor. Enkäten syftar till att ge en bild av den psykosociala arbetsmiljön, identifiera risker för ohälsa samt att ge en grund för interventioner på arbetsplatsen.	Bygger bland annat på QPS Nordic med vissa anpassningar och tillägg. Ger resultatåterkoppling både på grupp- och individnivå. Till kartläggningen finns en dokumenterad och utprövad utarbetad arbetsmodell för resultatåterkoppling och åtgärder	Referensvärden finns från ca 200 000 anställda inom privat och offentlig sektor i Sverige	Gratis i pappersformat. www.fhvforskning.se Avgiftsbelagd via webb http://www.ahametoden.se/FixedDynamic/Blank.aspx?Start
	HaKUL baslinje-enkäten	Kartlägger medarbetares psykosociala arbetsmiljö, hälsa, arbetsförmåga och levnadsvanor. Är anpassat för kommuner och landsting. Enkäten syftar till att identifiera risker för ohälsa samt att ge en grund för interventioner på arbetsplatsen.	Bygger primärt på QPS Nordic och Music Norrtälje studien med vissa anpassningar och tillägg. Manual för sammanställning och tolkning av resultat finns ej.	Referensvärden finns från ca 7 000 anställda inom offentlig sektor i Sverige	Gratis finns endast i pappersformat http://ammupp-sala.se/projekt/hakul
	Det nya arbetslivet	Enkäten undersöker både den psykosociala arbetsmiljön, stress och hälsa. Enkäten syftar till att identifiera risker för ohälsa innan ohälsan uppstår samt att ge en grund för interventioner på arbetsplatsen.	Bygger delvis på etablerade frågor från bla JCD. Ca hälften av frågorna är nya täcker in nya faktorer i arbetslivet. Ger resultatåterkoppling både på grupp- och individnivå. Till kartläggningen finns en dokumenterad och utprövad utarbetad arbetsmodell för resultatåterkoppling och åtgärder	Referensvärden finns från 20 – 25000 anställda inom blandade verksamheter.	Avgiftsbelagd http://www.metodicum.se/medarbetarundersokningar/detnya-arbetslivet/

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
	Springlife Prestations-analys	Kartlägger medarbetarens nivå av stress/utmattning samt psykosociala arbetsmiljö.	Enkäten täcker elva områden, där två berör medarbetarnas hälsa, ett mäter medarbetarnas engagemang och åtta mäter processerna på arbetsplatsen (såsom ledarskap, effektivitet och medarbetarskap) och den effekt det har på medarbetarnas hälsa, engagemang och prestationsförmåga. Ger resultatåterkoppling på gruppnivå. Till kartläggningen finns en dokumenterad och utprövad utarbetad arbetsmodell för resultatåterkoppling och åtgärder.	Referensvärden finns från ca 700000 anställda inom blandade verksamheter.	Avgiftsbelagd http://www.springlife.se/
	SMC	Verktyg för att identifiera och analysera individens, gruppens och organisationens upplevda stress och orsaker.	Enkäten täcker 7 huvudområdena; Yttre orsaker till stress, Inre orsaker till stress, Stresshantering, Stressreaktioner, Utmattnings-process, Buffert mot stress samt Återhämtning. Ger resultatåterkoppling både på grupp- och individnivå. Till kartläggningen finns en dokumenterad och utprövad utarbetad arbetsmodell för resultatåterkoppling och åtgärder.	Referensvärden finns från ca 50000 anställda inom blandade verksamheter.	Avgiftsbelagd http://www.winmar.se/?p=produkter&u=stressprofil

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
Psykosocial arbetsmiljö	JCQ Job Content Questionnaire	Kartlägger delar av medarbetarnas psykosociala arbetsmiljö.	Täcker områdena Krav, Kontroll, Stöd och Jobbosäkerhet. Flera i tabellen beskriver formulär innehåller någon variant av JCQ. Beräkningsgrund för balansen mellan krav och kontroll det sk Spänt arbete (job strain) en av de mest etablerade riskfaktorerna .	Referensvärden finns från 4500 anställda inom blandade verksamheter i USA.	Avgiftsbelagd http://www.jcqcenter.org/
Psykosociala och fysiska arbetsmiljö-faktorer	SMC Arbetsmiljö-Profil	Verktyg för att genomföra och följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet.	Beskriver fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Ger resultatåterkoppling på gruppnivå. Till kartläggningen finns en dokumenterad och utprövad utarbetad arbetsmodell för resultatåterkoppling och åtgärder.	Referensvärden finns från ca 23000 anställda.	Avgiftsbelagd http://www.winmar.se/?p=produkter&u=arbetsmiljoprofil

Bilaga 8

Att skapa egna frågeformulär för kartläggning i det förebyggande arbetet

Det är inte ovanligt att företagshälsan och andra leverantörer av arbetsmiljökartläggningar skapar egna frågeformulär. Det rekommenderas att använda redan beprövade frågor som fått åtminstone en grundläggande vetenskaplig prövning, men ibland finns inte sådana frågor om det som man vill kartlägga. I denna bilaga ger vi därför en kort vägledning för att undvika de vanligaste misstagen. Det finns många felkällor som kan leda till systematiskt missvisande resultat. Sådana felkällor kan hänföras till tre huvudkategorier: (a) frågedesign, (b) formulärdesign, och (c) administration av formulär. För att öka möjligheten att tolka svaren rätt bör man undvika några av de vanligaste felen när egna frågor och svarsalternativ konstrueras. Det därför en god idé att:

a. Undvika diffust formulerade frågor eller två frågor i en fråga. Detta kan leda till att man egentligen inte vet vad individerna har svarat på.

b. Använda flera frågor som belyser och täcker in samma område från flera olika aspekter och som därefter ställs samman i ett index för att få en bredare bild av fenomenet.

c. Svarsalternativen skall vara adekvata, heltäckande och ömsesidigt uteslutande. Ett exempel på felaktig konstruktion av svarsalternativ:

Fråga: Använder du cykelhjälm? Svarsalternativ: Ja, Nej, Vet ej.

Resultat: 12 procent svarade vet ej – Hur tolkar man det?

d. Tänka på att ordningen på frågorna och svaren har betydelse för hur de tolkas. Ett exempel på en uppställning som gav fel svar är där vi ville veta ålder (ej personnummer) och därefter längd och vikt för att kunna räkna ut BMI på den anställda. Så här såg frågorna och det svar vi fick ut:

- i. Födelseår: _____ Svar: 1978
- ii. Vikt _____ Svar: 3150
- iii. Längd _____ Svar: 52

Den som svarade tolkade alltså vikt och längd utifrån första frågan födelsevikt och trodde därmed att det var vikt och längd vid födelsen vi ville veta.

b) Om egna frågor måste konstrueras så bör de förtestas (pilottestas) på mindre grupper av dem som frågorna är avsedda för. Detta för att undersöka om frågorna är möjliga att svara på, om de förstås rätt (mäter det som de ska mäta) och om man kan använda svaren såsom planerat.

Bilaga 9

Exempel på underlag enligt survey feedback-metodiken

AHA-metoden. Referens: Fritt efter Björklund m fl. 2007, Bergström et al. 2000. Får kopieras och användas fritt

Struktur återkopplingsmöte

09:00 Inledning (5 min)

Avdelningschefen hälsar välkommen och presenterar kort avsikten med mötet och hur dagen kommer att se ut. Deltagarna delas in i grupper inför gruppdiskussionerna. Här presenteras också den externa personen, om en sådan deltar.

Resultatet – summering av de viktigaste resultaten (40 min)

Presentation av resultatet från undersökningen görs antingen av extern person, ansvarig chef eller någon annan. Han/hon redogör för starka och svaga sidor inom avdelningen.

Gruppdiskussion

Känner vi igen oss i resultaten? (15 min)

Paus 15 min

10:15 Information från avdelningschefen (15 min)

Chefen redogör kort för vad han tycker är viktigast bland resultaten. Chefen tar upp något han eller hon, vill förändra/förbättra. Sedan tar han/hon upp något förhållande han eller hon menar att avdelningen som helhet bör förändra/förbättra.

Grupparbete 1 (45 min)

Vad är det viktigaste vi kan göra på vår avdelning för att förbättra arbetsmiljön? Kom överens om 3-5 prioriterade områden. Välj en grupprepresentant som ska presentera gruppens idéer för övriga, samt vara huvudrepresentant i arbetsgruppen(-erna).

Paus 15 min

11:30 Återkoppling i storgrupp. (45 min)

En representant från varje grupp redogör för vad respektive grupp kommit fram

till. Tillsammans bestämmer man sig för 2-3 områden där man vill arbeta vidare. Arbetsgrupp(er) tillsätts, lämpligen bestående av grupprepresentanterna förstärkt med någon eller några personer, efter behov och önskemål. Frivillighet att delta är viktig.

Avslutning (15 min)

Avdelningschefen summerar och redogör för vad som har uppnåtts under dagen och hur man ska gå vidare.

13:00 SLUT

Återkopplingsmöte – diskussionsunderlag

Egen reflektion

- Känner Du igen Dig i de resultat som presenterats?
- Vad är viktigast att prioritera i Din arbetsgrupp?

Diskutera i smågrupper

- Detta tycker vi är viktigast att prioritera
- Förbättring och utvecklingsområden

Med utgångspunkt från prioriteringsområden:

Diskutera i gruppen

- Vad vill och kan vi arbeta med att förbättra?
- Vad kan gruppen göra?
- Vad kan chefen/cheferna göra?

Gör en enkel handlingsplan, omfattande högst 2–3 konkreta åtgärder som ni tillsammans kan arbeta med. Klargör när det skall vara klart och vem/vilka som är ansvariga och hur handlingsplanen skall följas upp. Redovisa Era punkter.

Bilaga 9. Forts

Handlingsplan

Område / faktor	Hur ska vi förbättra/utveckla? Aktiviteter/åtgärder	Klara när?	Ansvarig(a)	Uppföljning

Det nya arbetslivet. Referens: Fritt efter Oxenstierna G. och Gerde M. 2014. Får kopieras och användas fritt

Steg 1. Planera

Interventionsprocessen inleds med planeringsfasen där arbetet struktureras upp. Projekt/ledningsgrupp för interventionsarbetet utses. Här bör både chefer och medarbetare finnas representerade, liksom företagshälsans experter, förtroendevalda och HR. En behovsinventering kan vara ett första steg för att ta reda på om en förändring behövs eller inte och i så fall inom vilka områden den är aktuell. Kartläggning görs genom enkäter (mätning 1). Problemområden analyseras och prioriteras utifrån enkätresultatet och grad av risk. Åtgärder väljs utifrån de prioriterade problemområdena/riskfaktorerna. Arbetet fördelas. Samtliga steg under steg 1 dokumenteras.

Steg 2. Implementera

De valda och prioriterade åtgärderna utifrån mätning 1 genomförs. Regelbundna möten med projektgrupp/ledningsgrupp för interventionen hålls för att stämna av hur arbetet går. Vissa grupper kan behöva hjälp och stöd från exempelvis företagshälsovård, HR eller experter under genomförandet av åtgärderna. Kontinuerlig information ges till samtliga involverade om hur interventionsarbetet fortskrider. Det kan också vara nödvändigt att påminna samtliga medarbetare om vikten av att själva vara delaktiga och engagerade i arbetet. Dokumentera. Mätning 2 genomförs.

Steg 3. Utvärdera

Resultaten från mätning 2 redovisas och analyseras. Utvärdering av valda åtgärder. Fick åtgärderna önskad effekt? Om ja: gå vidare till steg 4. Om nej: åter till steg 1. Dokumentera.

Steg 4. Förbättra

Nådde ni inte önskade resultat? Återgå till steg 1 och planeringsfasen. Ta lärdom av förbättringsarbetet och problemlösningen för att undvika att samma problem uppstår igen. Gick det som planerat med förbättrade resultat? Standardisera för att säkerställa en högre kvalitetsnivå och fortsätt det goda arbetet. Kommunicera och informera samtliga chefer/medarbetare om förbättringshjulet så att det blir en process som alla känner igen och förstår. Lägg ut modellen på exempelvis intranätet för att ge alla en chans att förstå processer och tankesätt. Sträva efter enhetliga begrepp som alla är bekanta med för att undvika förvirring, missförstånd och parallellarbete. Dokumentera.

Bilaga 10

Sammanställning av diagnostiska instrument

Denna tabell är ej heltäckande utan beskriver validerade, inom företagshälsovården vanligt förekommande formulär. Formulär som primärt används inom forskning eller som saknar manualer eller tydliga instruktioner för användning och tolkning har ex-

kluderats. Formulär som används inom FHV men där validering idag saknas har exkluderats. För en komplett genomgång av formulär se SBU 2012 samt SBU förtydligande och tillägg 2015 om diagnostiska instrument.

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
Depression	PHQ-9 Patient health questionnaire	Rekommenderas som stöd i diagnostiken	Frågeformulär bestående av frågor om symptom och omfattningen av symtomen.	Bedömnings-kriterier finns	Gratis inom vård och forskning. Tolkningsstöd finns. http://fbanken.se/form/96/patient-health-questionnaire
	MADRS Montgomery Åsberg Depression Rating Scale	Rekommenderas som bedömning av symtomdjup/svårighetsgrad	Skattningsinstrumentet består av frågor om symptom och omfattningen av symtomen.	Bedömnings-kriterier finns	Gratis Manual finns http://doktorerna.com/tolkning/madrs-tolkning/
Psykiatrisk diagnostik	MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview	Strukturerat intervjustöd för psykiatrisk diagnostik på Axel I i enlighet med DSM-IV och ICD-10 och bedömning av svårighetsgrad.	Utformad som en kortfattad, strukturerad intervju. Utbildning och träning krävs	Bedömnings-kriterier finns	Gratis http://www.viss.nu/Global/Blanketter/MINI_vers_6.pdf
	SCID Strukturerad Clinical Interview for DSM IV Axis I disorders	Strukturerat intervjustöd för psykiatrisk diagnostik på Axel I i enlighet med DSM-IV och ICD-10 och bedömning av svårighetsgrad.	Omfattande intervju. Utbildning och träning krävs	Bedömnings-kriterier finns	Avgiftsbelagd http://www.pilgrimpress.se/produkt/scid-i/
Utmattning	S-UMS Självskattat utmattningssyndrom	Självskattningsinstrument för utmattningssyndrom, diagnostik, symtomdjup och uppföljning.	Formulär där individen gör en självskattning utifrån Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom.	Bedömnings-kriterier finns	Gratis Manual finns http://fhvmetodik.se/metod/luqsus/

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
	KEDS Karolinska Exhaustion Disorder Scale	Det är ett självskattningstest som visar ungefär hur "långt från väggen" man står, hur nära man är att drabbas av utmattningssyndrom.	Har brytvärde för indikation på risk för utmattningssyndrom.	Referensvärden finns	Gratis Manual finns Formulär; http://www.duochjobbet.se/wp-content/uploads/2012/10/KEDS-9-sv-ny.pdf
	SMBQ Shirom Melamed Burn out Questionnaire	SMBQ är ett självskattningsformulär som mäter grad av utmattning hos en individ. Det kan dock även användas för grupper avseende screening av risk för utmattningsproblematik.	Frågorna indelade i 4 delområden; Burnout, Håglöshet, Spändhet och Mental trötthet.	Referensvärden finns	Gratis Formulär; http://viss.nu/Global/Bilagor/psykisk_ohalsa/SMBQ.pdf Poängberäkning; http://viss.nu/Global/Bilagor/psykisk_ohalsa/SMBQ_manual.pdf
Sömn	KSQ Karolinska Sleep Questionnaire	Självskattningsinstrument för förekomsten av olika sömnbesvär.	Frågeformuläret innehåller frågor om sömn och sömnhet. Det finns också kompletterande frågor som handlar om svårigheter att släppa tankar på arbetet under fritiden, t ex att börja tänka på arbetet redan vid uppvaknandet på morgonen.	Bedömningskriterier finns	Gratis. Formuläret och instruktioner kan laddas ned på www.stressforskning.su.se/forskning/somn-och-vakenhet/ksq
	ISI Insomnia Severity Index	Rekommenderas som bedömning av svårighetsgrad av sömnbesvär.	Frågeformuläret innehåller frågor om sömnsvårigheter och dess påverkan på livskvalitet.	Bedömningskriterier finns	Gratis. Formuläret och instruktioner kan laddas ner på http://ki.se/sites/default/files/insomnia_severity_index.pdf
Alkoholbruk	AUDIT Alcohol Disorder Identification Test	Självskattningsformulär för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Det ger också ett värdefullt underlag för dialog mellan behandlare och klient.	AUDIT avser mäta tre domäner: Konsumtion, Beroende och Alkoholrelaterade skador.	Bedömningskriterier finns	Gratis formulär http://dok.slso.sll.se/BeroendeC%5CAUDIT.pdf Manual kan beställas från: https://www.gothiafortbildning.se/72058156-product

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
Drogbruk	DUDIT Drug Use Disorders Identification Test	Självskattningsformulär för identifiering av personer som har drogrelaterade problem. Utvecklat för att användas i grupper där drogprevalensen är väsentligt lägre som i t.ex. företagshälsovård.	DUDIT är ett frågeformulär som syftar till att ta reda på konsumtionsmönster och drogrelaterade problem av olika slag.	Bedömningskriterier finns	Gratis formulär http://www1.psykiatristod.se/Global/Bilagor/DUDIT_version2.pdf Manual kan beställas från: https://www.gothiafortbildning.se/72058156-product
Arbetsförmåga i relation till arbetskrav	WAI Work Ability Index	WAI är ett instrument som används för att utvärdera individers arbetsförmåga och resurser i förhållande till arbetets krav.	Innehåller 7 huvudfrågeområden.	Referensvärden finns	Gratis formulär http://fhvmetodik.se/metod/wai/
	WRFQ Work Role Functioning Questionnaire	WRFQ är ett verktyg som kan användas för att utvärdera i vilken grad en person upplever svårigheter att utföra sitt arbete på grund av mentala och/eller fysiska problem. Metoden är utvecklad för att mäta eventuella kroniska hälsoproblems påverkan på arbetsförmågan.	WRFQ kan indelas i fyra subkategorier: Schemaläggning av arbetet och krav på prestation; Fysiska krav; Mentala och sociala krav; Flexibilitetskrav	Referensvärden finns	Gratis formulär http://fhvmetodik.se/metod/work-role-functioning-questionnaire-wrfq/
	WRI Working Role Interview	Syftet med WRI är att identifiera hur psykosociala och miljömässiga faktorer påverkar personers möjligheter att vara kvar i, återgå till eller skaffa ett arbete.	En WRI bedömning genomförs genom en semistrukturerad intervju som sedan bedöms på en fyrgradig skattningskala utifrån 16 olika variabler.	Bedömningskriterier finns	Avgiftsbelagd http://www.isv.liu.se/work-assessment?l=sv

Dimension	Formulär	Syfte och användningsområde	Utformning	Referensvärden	Tillgänglighet
	WEIS Work Environment Impact Scale	Syftar till att kartlägga hur personer uppfattar sin psykosociala och fysiska arbetsmiljö. Lämpar sig väl för de vars arbete är avbrutet på grund av skada eller sjukdom.	En WEIS bedömning genomförs via en semistrukturerad intervju som sedan bedöms på en fyrgradig skattningsskala utifrån 17 olika variabler.	Bedömningskriterier finns	Avgiftsbelagd http://www.isv.liu.se/work-assessment?l=sv
	AWP Assessment of Work Performance	Används för att via observation bedöma en individs färdigheter vid utförandet av arbete.	Instrumentet bedömer individens arbetsfärdigheter inom tre områden (14 variabler): motoriska färdigheter, processfärdigheter samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter.	Bedömningskriterier finns	Avgiftsbelagd http://www.isv.liu.se/work-assessment?l=sv
	QPS-Mismatch	Främst avsett att ge en bild av en individs psykosociala belastning i arbetet	Ingår i formulärpaketet LUQSUS.	Referensvärden finns	Gratis Manual finns http://fhvmetodik.se/metod/luqsus/
	WSQ Work Stress Questionnaire	WSQ är ett självskattningsinstrument som mäter arbetsrelaterad stress. Syftet med WSQ är att tidigt kunna identifiera personer som löper risk för ohälsa och sjukskrivning. WSQ kan användas för både enskilda individer och för grupper.	WSQ innehåller frågor som är grupperade i kategorierna Upplevd stress på grund av otydlig organisation och konflikter och Upplevd stress på grund av individuella krav och engagemang, Inflytande över arbetet och Konflikt mellan arbete och fritid.	Referensvärden finns	Gratis Manual finns http://www.soc-med.gu.se/digitalAssets/1385/1385640_fr--ge-formul--ret_wsq.pdf
Aktivitetsbalans	(OBQ) Occupational Balance Questionnaire	Används för att utreda aktivitetsbalans i vardagen.		Referensvärden finns ej	Gratis Manual finns. Begränsad användning, får endast användas av leg arbetsterapeuter petra.wagman@hhj.hj.se eller carita.hakansson@med.lu.se

Bilaga 11

Bilaga 11. KOF- och ADA-metoderna

Krav och funktionsschema, KOF, är en metod för ett strukturerat planeringsmöte mellan arbetstagare och arbetsgivare med personal från företagshälsovården som stöd. Mötet genomförs som ett strukturerat samtal mellan den anställda och hans/hennes chef där en person från företagshälsovården förbereder mötet, leder samtalet, dokumenterar och sammanfattar. I dialogen på arbetsplatsen identifieras vilken kravnivå som ställs på arbetstagaren utifrån psykisk och kognitiv förmåga, basala färdigheter och social förmåga, tolerans för fysiska förhållanden, förmåga till dynamiskt arbete, förmåga till statiskt arbete samt att kunna arbeta vissa tider. Dialogen resulterar i en profil över arbetstagarens aktuella förmåga och ett underlag för en konkret åtgärdsplan. Metoden förutsätter kostnadsbelagd utbildning som finns tillgänglig på internet (www.uppdragsutbildning.uu.se).

Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång, ADA, är en metod som utvecklats och utvärderats av Arbets- och Miljömedicinska kliniken i Lund. Modellen

syftar till att underlätta återgång till arbete för personer som är sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. ADA-metoden kan även tillämpas förebyggande när det finns risk för sjukskrivning. Målsättningen är att komma igång tidigare med rehabilitering och arbetsåtergång genom att få igång en dialog med arbetsgivaren kring nödvändiga åtgärder och förändringar på arbetsplatsen – både på kort och på lång sikt. Modellen innehåller fyra delar: 1) medicinsk/psykologisk och arbetsmässig undersökning, kort efter påbörjad sjukskrivning, 2) intervjuer med chef och medarbetare om hur en arbetsåtergång bäst kan åstadkommas, 3) dialog mellan medarbetare och chef för att enas om lösningar för hållbar arbetsåtergång, så kallat "konvergenssamtal" samt 4) rapport om bedömning och planerade åtgärder. ADA tydliggör vilka förändringar som behövs av arbetsinnehåll och arbetsuppgifter samt leder till ett samtal kring medarbetarens och chefens attityder och förväntningar. (Se www.fhvmetodik.se för manual). Metoden är fritt tillgänglig.

Bilaga 12. Checklista för implementeringsstöd

Från Guldbrandsson K. Från Nyhet till Vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. Folkhälsoinstitutet 2007. Checklistan får kopieras och användas fritt

KRITERIER FÖR IMPLEMENTERING – EN CHECKLISTA

Det finns lokalt definierade behov ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte
Behov _____

Den föreslagna metoden kan möta behoven ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte
Metod _____

Metoden är:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| • Relevant | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • Bättre än nuvarande metoder | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • Effektiv (evidensbaserad) | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • Kostnadseffektiv | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • Förenlig med rådande värderingar och attityder | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • Lätt att använda | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • Möjlig att testa i liten skala | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • Möjlig att anpassa till lokala förhållanden | | | |
| utan att förändra de centrala komponenterna | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Eventuella risker med metoden kan hanteras | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Resultaten av metoden går snabbt att observera | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Kunskap om metoden kan generaliseras till andra områden | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Användarna har involverats i tidigt skede | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Alla berörda har kunskap om metoden och tillgång till fortlöpande stöd i det dagliga arbetet | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Det finns resurser i form av pengar och personal | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Det finns en adekvat och långsiktig budget | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Det finns system för uppföljning och feedback | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Det finns en planering för överlämnande till ordinarie verksamhet | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| Metodkomponenterna är definierade | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |

Metoden utgörs av:

-
-
-

Förväntade effekter:

-
-
-

Implementeringskomponenterna är definierade

☐ Ja

☐ Nej

☐ Vet inte

Flera olika implementeringsinsatser kombineras
(t.ex. information, utbildning, praktisk träning,
Coaching, återkoppling och möjlighet till konsultation)

☐ Ja

☐ Nej

☐ Vet inte

Implementeringen utgörs av:

-
-
-
-

Förväntade effekter:

Bilaga 13

Vägledning för chefer vid implementering

Leda implementering – vilka beteenden ökar chanserna för att lyckas?

Implementering av nya arbetsmetoder innefattar en process där medarbetare förändrar sitt arbetssätt i linje med den nya metoden (Grimshaw m.fl., 2012). Ledarskapet är viktigt i denna process (Aarons m.fl., 2014). I detta informationsmaterial summeras aktuell forskning kring ledarbeteenden som är viktiga för framgångsrik implementering av nya metoder. Detta görs för att vägleda chefer i planeringen av att leda en implementeringsprocess. Vanligt förekommande implementeringar handlar om evidensbaserade metoder, vårdprogram, riktlinjer eller dylikt. I detta informationsmaterial använder vi riktlinjer som exempel för att konkretisera hur olika ledarbeteenden kan användas i praktiken. Ledarbeteendena som presenteras i detta informationsmaterial kan dock användas vid alla sorters implementeringar.

Vad säger forskningen om effektivt ledarskap vid implementering?

Forskning som berör ledarskap vid implementering av nya metoder inom hälso- och sjukvården har sammanställts i fyra kunskapsöversikter (Gifford m.fl., 2007, Reichenpfader m.fl., 2015, Sandström m.fl., 2011, Ovretveit, 2010). Dessa har identifierat ledarbeteenden, det vill säga aktiviteter som ledare gör, som är viktiga för att lyckas med implementering. Dessa ledarbeteenden summeras i Tabell 1 (se sida 4 och 5) i följande övergripande kategorier: stödja, återkoppla, kommunicera, vara en förebild, vidareutveckla medarbetare och påverka omgivningen.

Ledarbeteendena kopplat till transformellt ledarskap?

Teorin om transformellt ledarskap, även benämnt som utvecklande ledarskap (Backström, 2008), är av särskild relevans vid implementeringsarbete (Aarons m.fl., 2014). Transformellt ledarskap har identifierats som effektivt i att öka motivation och prestation hos medarbetare samt varit framgångsrik vid organisatoriska förändringar (Avolio m.fl., 2009). Dessutom har transformellt ledarskap visats sig vara effektivt i olika kulturer, verksamheter och kontexter (Den Hartog m.fl., 1999). En transformell ledare inspirerar medarbetarna att uppnå strategiska mål samt att prestera över förväntan.

Ledarskapsstilen karakteriseras av ledare som:

- 1) ses som en förebild och har tillit från medarbetarna,
- 2) motiverar medarbetarna att uppnå uppsatta mål och får dem att känna sig utmanade,
- 3) inspirerar medarbetarna och främjar diskussioner och kreativa lösningar, samt
- 4) fungerar som en mentor för medarbetarna och ser varje individs behov av att utvecklas (Bass m.fl., 2003).

Samtliga ledarbeteenden som sammanfattats i tabellen överlappar med den transformella ledarskapsstilen. Exempelvis, beteendena i kategorin **"vara en förebild"**, representerar den första faktorn i transformellt ledarskap. För en chef innebär detta att vara engagerad, tillgänglig och arbeta på samma sätt som förväntas av medarbetarna vid implementering av t.ex. riktlinjer i syfte att visa att detta är prioriterat.

Ledarbeteendena i kategorin **"återkoppling"**, vilket relaterar till den andra faktorn i transformellt ledarskap, betyder att en chef exempelvis skapar incitament för de beteenden som riktlinjerna rekommenderar. Dessutom kan chefen uppmuntra arbetet med implementering av riktlinjer, det vill säga ge positiv återkoppling och förstärkning när medarbetarna utför beteenden som är i linje med riktlinjerna. Denna kontinuerliga återkoppling kan utföras muntligt och/eller skriftligt. Detta är viktigt för att medarbetarna ska sträva efter och nå uppsatta mål för implementeringen av riktlinjerna.

Ledarbeteendena som kategoriserats som **"vidareutveckla medarbetarna"** utgör exempel på den tredje faktorn i transformellt ledarskap, nämligen att inspirera medarbetarna och främja diskussion och kreativa lösningar. I denna kategori finns beteenden som avser att man som chef skapar möjligheter för medarbetarna att vara delaktiga och yttra sina åsikter och synpunkter för att arbetsgruppen ska komma fram till nytänkande och innovativa processer för att förnya och förbättra befintliga rutiner. Detta resulterar i att medarbetarna blir mer delaktiga i implementeringsprocessen och har lättare att äga densamma.

Ledarbeteendena under kategorierna **"stödja"** och **"kommunicera"** relaterar till den fjärde faktorn i transformellt ledarskap, och syftar till beteenden där chefen tydligt informerar om viktiga delar av implementeringsprocessen av riktlinjerna. Denna information kan spridas både muntligt, såsom på arbetsplatsmöten, och skriftligt, exempelvis information på intranät eller utskick via e-post. Chefen har också möjlighet att arbeta med administrativt stöd som kan underlätta implementeringen. Utöver detta är det även viktigt att chefen ser till att den individuella medarbetaren kan utbilda sig i enlighet med sina behov för att kunna implementera de nya riktlinjerna, exempelvis genom deltagande i en relevant kurs eller konferens. Dessa ledarbeteenden syftar till att alla medarbetare ska få de kunskaper som behövs samt möjligheten att arbeta enligt det nya arbetssättet.

Praktisk tillämpning

Ledarbeteendena i Tabell 1, som hämtats från aktuella kunskapsöversikter, har ibland beskrivits på en övergripande nivå, vilket kan hindra dess användning i praktiken. I dessa fall kan teorin om transformellt ledarskap bidra med mer konkret stöd. Denna ledarskapsstil har dessutom visat sig vara effektiv i olika verksamheter och länder vilket tyder på att resultaten är generaliserbara till andra verksamheter än hälso- och sjukvården.

När man leder ett implementeringsarbete är det viktigt att ledarbeteendena, exempelvis att skapa delaktighet, sätta mål och följa upp processen, är specifika för den metod som ska implementeras, vilket ökar sannolikheten för en effektiv implementering. Detta innebär att varje implementeringsarbete kräver aktivt ledarskap och det räcker inte med ett generellt gott ledarskap för att uppnå framgång. Exempelvis vid implementering av nya riktlinjer ska återkoppling ske specifikt utifrån hur medarbetarna använder sig av dessa riktlinjer. Vidare har både stödjande ledarbeteenden,

Forts sid 75

Tabell 1. Ledarbeteenden associerade med effektiv implementering uppdelat på resultat från fyra kunskapsöversikter

Stödja	Återkoppla	Kommunicera	Vara en förebild	Vidareutveckla medarbetare	Påverka omgivningen
Ref 1) • Uppmuntrar implementering av ny kunskap • Värdesätter medarbetarnas behov och önskar genom implementeringsprocessen • Stödjer generellt under implementeringsprocessen • Skapar administrativt stöd för att underlätta implementeringen	• Återkopplar regelbundet kring arbetet med implementering av ny kunskap • Använder nyckeltal som speglar implementeringens framgång vid återkoppling av arbetsgången	• Har goda kommunikationsfärdigheter kring arbetet inför och under implementeringen • Är öppen för förslag från medarbetarna rörande genomförandet av implementeringen	• Skapar ett klimat som värdesätter forskning och ny kunskap • Är en förebild, det vill säga arbetar på samma sätt som förväntas av medarbetarna under implementeringen	• Ger möjligheter för medarbetarnas utveckling, till exempel genom att skapa möjligheter att delta i konferenser och kurser för att öka kunskaperna kring implementeringen	• Skapar strukturer för medarbetarna så att dessa kan arbeta effektivt under implementeringen • Förändrar strukturer för att inkludera incitament för implementeringen • Fördelar resurser för att stödja implementeringen • Sätter strategiska mål som omfattar forskning och implementering • Gör implementeringen till ett gemensamt mål • Skapar decentraliserade strukturer • Skapar korta vägar för rapportering av nya idéer och önskar från medarbetarna • Reviderar policydokument och arbetsrutiner i linje med implementeringen • Reviderar arbetsprocesser, kvalitetssystem och nyckeltal i syfte att stödja implementeringen
Ref 2) • Är en mentor • Underlättar implementeringsarbetet • Ger allmänt stöd under implementeringsprocessen • Skapar relationer mellan personer inom arbetsgruppen som har nyckelpositioner i implementeringen				• Skapar delaktighet bland medarbetarna i implementeringsarbetet • Stödjer innovationer • Stödjer visionärt tänkande	• Fokuserar på implementeringens mål • Planerar implementeringen strategiskt
Ref 3) • Ser medarbetarna och deras behov under implementeringsprocessen • Uppmuntrar medarbetarna att arbeta aktivt med det som ska implementeras • Skapar administrativt stöd för att underlätta implementeringen	• Uppmärksammar försök till förändring i linje med implementeringen • Återkopplar genom mätning av nyckeltal som speglar framgången av implementeringen	• Har goda kommunikationsfärdigheter inför och under implementeringen • Informerar medarbetarna om ny kunskap, till exempel nya riktlinjer som ska implementeras	• Är tillgänglig för medarbetarna under implementeringsprocessen • Är engagerad under implementeringen • Värdesätter användning av kunskap/forskning • Är en förebild under implementeringen	• Skapar möjligheter för utveckling och vidareutbildning som gynnar implementeringsprocessen	• Visar att organisationen värdesätter ny kunskap • Fördelar resurser, till exempel tillgång till utbildning som gynnar implementeringen • Sätter strategiska mål för implementering • Reviderar policy- och arbetsdokument så att dessa stämmer överens med det som ska implementeras • Utför kontinuerlig utvärdering av verksamheten som är relaterad till aktuell forskning och implementering • Inkluderar implementering av ny kunskap i verksamhetens filosofi och mål
Ref 4) • Motiverar medarbetarna att arbeta med det som ska implementeras • Engagerar medarbetarna under implementeringsprocessen • Använder sig av informella ledare för att underlätta implementeringen	• Genomför kontinuerlig uppföljning av relevanta resultat för implementeringen • Skapar incitament för att utföra implementeringen				• Skapar stödfunktioner, till exempel, återkoppling till verksamhetens resultat i form av nyckeltal för att gynna implementeringsprocessen • Fördelar resurser så att implementeringen kan äga rum

Ref: 1) Gifford m. fl., (2007); 2) Reichenpfader m. fl., (2015); 3) Sandström m. fl., (2011); 4) Övretveit, (2010)

såsom att ta hänsyn till medarbetarnas behov och att engagera arbetsgruppen, såväl som reglerande beteenden, exempelvis kommunicera tydligt, fokusera på mål och skapa strukturer, identifierats som viktiga för att framgångsrikt leda en implementering. Det är viktigt för en ledare att fokusera på båda dessa typer av beteenden.

En implementering innebär alltid en förändring, vilket kan leda till att motstånd i arbetsgruppen uppstår, och därmed är det viktigt som chef att vara beredd på att hantera detta. Det finns flera anledningar till motstånd, som till exempel brist på kunskap och färdigheter, motivation eller möjlighet på arbetsplatsen för att kunna genomföra det som riktlinjerna kräver (Michie m.fl. 2011). För att chefen ska kunna hantera motstånd på ett effektivt sätt är det essentiellt att förstå anledningarna därtill. Om motstånd till exempel uppstår på grund av att medarbetarna inte anser att de har kunskaper eller färdigheter kring de behandlingar eller åtgärder som beskrivs i riktlinjerna, behöver chefen erbjuda utbildning. Beror motståndet på bristande motivation, exempelvis om de inte förstår fördelarna med att implementera riktlinjerna, kan chefen tydliggöra och förklara varför implementeringen är viktig samt införa incitament för att öka motivationen hos medarbetare. Om hindret visar sig vara associerat till att medarbetare inte anser att behandlingar eller åtgärder i riktlinjerna är i linje med befintliga rutiner i verksamheten, det vill säga att de inte har möjlighet att genomföra de åtgärder som krävs, kan det vara nödvändigt att göra förändringar av verksamhetens policy.

Referenser

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R. & Sklar, M. 2014. Aligning Leadership Across Systems and Organizations to Develop Strategic Climate for Evidence-Based Practice Implementation. *Annual Review of Public Health*, 35: 255-274.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. & Weber, T. J. 2009. Leadership: current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60: 421-449.
- Backström, T., Granberg, O. & Wilhelmson, L. 2008. *Alternativa former för chefers ledarskap – en kunskapsöversikt om sätt att förstå hur ledarskap kan utövas mellan chefer och medarbetare i svenskt arbetsliv*. Enheten för arbetslivsutveckling - Vinnova.
- Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I. & Berson, Y. 2003. Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88: 207-18.
- Den Hartog, D. N., House, R. J., Hanges, P. J., Ruiz-Quintanilla, S. A. & Dorfman, P. W. 1999. Culture specific and cross-culturally generalizable implicit leadership theories: Are attributes of charismatic/transformational leadership universally endorsed?. *The Leadership Quarterly*, 10: 219-256.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. & Lybanon, V. 2007. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews of Evidence Based Nursing*, 4: 126-45.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. & Squires, J. E. 2012. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7: 50.
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. 2011. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions, *Implementation Science*, 6:42.
- Ovretveit, J. 2010. Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Quality and Safety in Health Care*, 19: 490-2.
- Reichenpfader, U., Carlford, S. & Nilsen, P. 2015. Leadership in evidence-based practice: a systematic review. *Leadership in Health Services*.
- Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A. 2011. Promoting the implementation of evidence-based practice: a literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews of Evidence Based Nursing*, 8: 212-23.

 Författare: Anne Richter, Rebecca Mosson, Henna Hasson
 Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
 Box 1497
 171 29 Solna

 E-post ledarskapimplementering@sll.se
 Tfn vx 08-123 400 00
www.folkhalsoguiden.se



Referenser

Kunskapssammanställningar

- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*, 10,
- Arends, I., Bruinvels, D. J., Rebergen, D. S., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., Verbeek, J. H. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders *Cochrane Database Syst Rev* (Vol. 12).
- Aronsson, G., & Lundberg, U. (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning. En systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär. *Arbete och Hälsa*, 2(49), 57.
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A. J., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2009). Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment. *Prev Med*, 48(5), 454–461.
- Bannai, A., & Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scand J Work Environ Health*, 40(1), 5–18.
- Bergström, G., Lundin, A., Vaez, M., Cedstrand, M., Hillert, L., & Jensen, I. (2015). Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Karolinska Institutet, Stockholm
- Bhui, K. S., Dinoo, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health*, 2012, 515874.
- Bohrf. (2005). Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations. British Occupational Health Research Foundation.
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438–445.
- Bongers, P. M., Kremer, A. M., & ter Laak, J. (2002). Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 41(5), 315–342.
- Chu, A. H. Y., Koh, D., Moy, F. M., & Müller-Riemenschneider, F. (2014). Do workplace physical activity interventions improve mental health outcomes? *Occupational Medicine*, 64(4), p 235–245
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD004366.
- Cornelius, L. R., van der Klink, J. J., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*, 21(2), 259–274.
- Dekkers-Sanchez, P. M., Hoving, J. L., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2008). Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(3), 153–157.
- Gjerde, M. (2014). Arbetsmiljöinterventioner med fokus på organisationen och rotorsaker till stress och ohälsa – en kunskapsöversikt. Kungliga tekniska Högskolan, (KTH), Stockholm
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., Schunemann, H. J. GRADE Working Grp (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336(7650), 924–926.
- Hulshof, C. T. J. (2015). Occupational health guidelines for mental disorders and stress-related complaints, a challenge for occupational health. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(5), 311–312.

- Ipser, J. C., Wilson, D., Akindipe, T. O., Sager, C., & Stein, D. J. (2015). Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 1,
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Med Rev*, 22, 23–36.
- Joosen, M. C., Brouwers, E. P., van Beurden, K. M., Terluin, B., Ruotsalainen, J. H., Woo, J. M., van Weeghel, J. (2015). An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occup Environ Med*, 72(5), 313–322.
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Kaluza, S., Hauke, H., A, S., Drupsteen, L., & Bell, N. (2012). Leadership and occupational safety and health (ohs): An expert analysis European Agency for Safety and health at Work, Luxembourg.
- Kivimäki, M., et al (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 380(9852), 1491–1497.
- Kohstall, T., & Bräunig, D. (2011). The return on prevention: Calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies: Summary of results. ISSA Geneva.
- Kuehnl, A., Rehfuess, E., von Elm, E., Nowak, D., & Glaser, J. (2014). Human resource management training of supervisors for improving health and well-being of employees (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Kwak, L., Hagströmer, M., Jensen, I., Lohela Karlsson, M., Alipour, A., & Schäfer Elinder, L. (2012). Metoder för företags-hälsövården; Att arbeta med att främja goda matvanor och fysisk aktivitet på arbetsplatser. In K. institutet (Ed.). Stockholm: Institutet för miljömedicin.
- Leka, S., & Jain, A. (2010). Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview. WHO.
- Lin, C. W. C., Haas, M., Maher, C. G., Machado, L. A. C., & van Tulder, M. W. (2011). Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *European Spine Journal*, 20(7), 1024–1038.
- Lindberg, P., & Vingård, E. (2006). Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer, En Kunskapsöversikt . serie 2012:7, Arbetsmilöverket. Stockholm
- Lundberg, I., Allebeck, P., Forsell, Y., & Westerholm, P. (2013). Systematiska kunskapsöversikter; 3. Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998–2012. Arbete och Hälsa.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*(4)
- Martin, A., Sanderson, K., & Cocker, F. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health*, 35(1), 7–18.
- Merrell, K. W., Guedner, B. A., Ross, S. W., & Isava, D. M. (2008). How effective are school bullying intervention programs? a meta-analysis of intervention research. *School Psychology Quarterly*, 23(23(1)), 26–42.
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med*, 60(1), 3–9.
- Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. (2014a). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 135.
- Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. (2014b). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health*, 14.
- Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. (2014c). A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: Does social stratification matter? *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 40(3), 230–234.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)*, 60(4), 277–286.

- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., Bultmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Pettersson, A., Bengtsson Boström, K., Gustavsson, P., & Ekselius, L. (2015). Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nord J Psychiatry*, 12.
- Pomaki, G., Franche, R. L., Murray, E., Khushrushahi, N., & Lampinen, T. M. (2012). Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 182–195.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817–843.
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol*, 13(1), 69–93.
- Robbins, J. M., Ford, M. T., & Tetrick, L. E. (2012). Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *Journal of Applied Psychology*, 97, 235–272.
- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Marine, A., & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 12,
- Sallinen, M., & Kecklund, G. (2010). Shift work, sleep, and sleepiness - differences between shift schedules and systems. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 36(2), 121–133.
- Samnani, A. K., & Singh, P. (2012). 20 Years of workplace bullying research: A review of the antecedents and consequences of bullying in the workplace. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 581–589.
- SBU. (2012). Diagnostik och uppföljning av förstärkningsyndrom. Stockholm: SBU.
- SBU. (2013). Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar; En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU.
- SBU. (2014). Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. Stockholm: SBU.
- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C., de Boer, W. E., Zumbunn, T., Guyatt, G. H., Kunz, R. (2012). Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 7(11),
- Schyns, B., & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *Leadership Quarterly*, 24(1), 138–158.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9, 10.
- Semmer, N. K. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 515–527.
- Soler, R. E., Leeks, K. D., Razi, S., Hopkins, D. P., Griffith, M., Aten, A., Task Force on Community Preventive, S. (2010). A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedback. *Am J Prev Med*, 38(2 Suppl), S237–262.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 32, 443–462.
- Thornton, J., Alderson, P., Tan, T., Turner, C., Latchem, S., Shaw, E., Chamberlain, K. (2013). Introducing GRADE across the NICE clinical guideline program. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(2), 124–131.
- Tsutsumi, A. (2011). Development of an Evidence-based Guideline for Supervisor Training in Promoting Mental Health: Literature Review. *Journal of Occupational Health*, 53(1), 1–9.
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst*

Vingård, E., Ekselius, L., Järnholm, B., Hogstedt, C., Lindberg, P., Karlsson, T., Johansson, B. (2015). En kunskapsöversikt. Psyisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Stockholm: FORTE. Stockholm

Vingård, E., Mathiassen, S. E., Ahlberg, G., Eklund, J., Jensen, I., Järnholm, B., Zika-Viktorsson, A. (2009). Inkluderande arbetsliv, SOU 2009:93. Stockholm

Riktlinjer

Borg, V., Andersen Nexø, M., Kolte, I. V., & Friis Andersen, M. (2010). Resumé og sammenfatning af Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. NFA, Köpenhamn

Bradley, K., Dubois, N., Elgie, J., Hershfield, L., Zon, L., Pona, N., Jurgens, K. (2010). Workplace Mental Health Promotion: A How-To Guide (pp. 126). Ontario: Canadian Mental Health Association.

Ertel, M. (2008). PRIMA-EF: Making social dialogue successful for psychosocial risk management. I- Berlin: WHO.

Eurofound, & EU-OSH. (2014). Psychosocial risks in Europe Prevalence and strategies for prevention (pp. 106). Luxembourg: Publications office of the European Union.

Hasson, H., Villaume, K., von Thiele Schwarz, U., & Palm, K. (2014). Managing implementation: roles of line managers, senior managers, and human resource professionals in an occupational health intervention. *J Occup Environ Med*, 56(1), 58–65.

Haynes, P. (2015). Application of Cognitive Behavioral Therapies for Comorbid Insomnia and Depression. *Sleep Med Clin*, 10(1), 77–84.

Houtman, I. L. D. (2008). PRIMA-EF: Monitoring Psychosocial Risks at Work. Hoofddorp: WHO.

Iavicoli, S. (2008). PRIMA-EF: The Perception of Psychosocial Risk Factors among European Stakeholders. Rome: WHO.

Joosen, M. C., Brouwers, E. P., van Beurden, K. M., Terluin, B., Ruotsalainen, J. H., Woo, J. M., van Weeghel, J. (2015). An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occup Environ Med*, 72(5), 313–322

Kernberg. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5 (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Knifton, L., Watson, V., Gründemann, R., Dijkman, A., den Besten, H., & ten Have, K. (2011). A guide for employers. To promote mental health in the workplace. Hoofddorp, The Netherlands: ENWHP.

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

Leka, S., & Cox, T. (2008). PRIMA-EF : Best Practice in Work-related Stress Management interventions. Nottingham: WHO.

Leka, S., & Cox, T. (2008). PRIMA-EF: Psychosocial risk management -European framework: Key aspects. Nottingham: WHO.

Leka, S., & Cox, T. (2008). PRIMA-EF: Psychosocial Risk Management - European Framework: Enterprise Level. Nottingham : WHO.

Leka, S., Jain, A., Cox, T., & Kortum, E. (2011). The development of the European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF. *J Occup Health*, 53(2), 137–143.

Moncada, S., Llorens, C., Moreno, N., Rodrigo, F., & Landsbergis, P. (2011). CC.OO. ("Comisiones Obreras") - ISTAS (Union Institute of Work, Environment and Health) participatory action plan for a healthier work organization: A case study. *Safety Science*, 49(4), 591–598.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D’Zurilla, T. J. (2012). Problem-solving therapy: A treatment manual: Springer Publishing Company.

NICE. (2009a). Managing long-term sickness and incapacity for work. UK: National institute for Health and Clinical Excellence.

NICE. (2009b). Quick reference guide, Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. UK: National institute for Health and Clinical Excellence.

- NICE. (2014a). Coordinate and deliver agreed interventions and services for long-term sickness. UK: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE. (2014b). Promoting mental wellbeing at work overview. UK: National Institute for Health and Care Excellence.
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T., & Mah, P. (2010). Best Practices for Return-to-Work/ Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions. Vancouver: OHSAA.
- Pomaki, G., Franche, R. L., Murray, E., Khushrushahi, N., & Lampinen, T. M. (2012). Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 182–195.
- Schäfer Elinder, L., & Kwak, L. (2014). Evidensbaserat folkhälsoarbete: Studentlitteratur.
- Sedgwick, S., & O'Connor, P. Working Together: Promoting mental health and wellbeing at work. Australia: Australian Public Health Commission.
- Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>
- Socialstyrelsen, F. (2015). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: Socialstyrelsen. Stockholm
- Thomson, L. N., F. Rick, J. (2003). Best practice in rehabilitating employees following absence due to work-related stress. Brighton: The Institute for Employment Studies for the Health and Safety Executive.
- van der Klink, J. J. L., & van Dijk, F. J. H. (2003). Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 29(6), 478–487.
- Vartia, M. (2008). PRIMA-EF: Best Practice in Workplace Violence and Bullying Interventions. Helsinki: WHO.
- Widerszal-Bazyl, M., & Zolnierczyk-Zreda, D. (2008). PRIMA-EF .European and International Standards Related to Psychosocial Risks at Work. Warsaw: WHO.
- Wynne, R., De Broeck, V., Leka, S., Houtman, I., & Mc Daid, D. (2014). Promoting mental health in the workplace. Guidance to implementing a comprehensive approach. European Commission.
- Zwetsloot, G., & Leka, S. (2008). PRIMA-EF :Corporate Social Responsibility and Psychosocial Risk Management at Work. Hoofddorp:WHO.

Diagnostiska instrument och frågeformulär

- Abma, F. I., van der Klink, J. J., & Bultmann, U. (2013). The work role functioning questionnaire 2.0 (Dutch version): examination of its reliability, validity and responsiveness in the general working population. *J Occup Rehabil*, 23(1), 135–147.
- Ahlstrom, L., Abma, F.I., Bultmann, U., Amick, B.C III., Noor, A., Hagberg, M. Cross-cultural adaptation, validity and reliability, of work role functioning questionnaire to Swedish, Inskickat manus.
- Bergman, H., & Kallmen, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), 245–251.
- Bergstrom, G., Bjorklund, C., Fried, I., Lisspers, J., Nathell, L., Hermansson, U., Jensen, I. B. (2008). A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: the AHA study. *Work*, 31(2), 167–180.
- Berman, A. H., Palmstierna, T., Kallmen, H., & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test: Extended (DUDIT-E): reliability, validity, and motivational index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 357–369.
- Beser, A., Sorjonen, K., Wahlberg, K., Peterson, U., Nygren, A., & Asberg, M. (2014). Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scand J Psychol*, 55(1), 72–82.
- Björkman, K. (2004). Att kartlägga den psykosociala arbetsmiljön med hjälp av frågeformulär- Granskning av fyra olika frågeformulär. Lunds universitet, Avd för yrkes- och miljömedicin, Lund.
- Dallner, M., Elo, A., Gamberale, F., Hottinen, V., Knardahl, S., Lindström, K., ørhede, E. (2000). Validation of the general Nordic questionnaire (QPSNordic) for psychological and social factors at work: Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

- de Zwart, B. C., Frings-Dresen, M. H., & van Duivenbooden, J. C. (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occup Med (Lond)*, 52(4), 177–181.
- Fan, C.-W., Taylor, R. R., Ekbladh, E., Hemmingsson, H., & Sandqvist, J. (2013). Evaluating the Psychometric Properties of a Clinical Vocational Rehabilitation Outcome Measurement: The Assessment of Work Performance (AWP). *OTJR: occupation, participation and health*, 33(3), 125–133.
- Forsyth, K., Braveman, B., Ekbladh, E., Kielhofner, G., Haglund, L., Fenger, K., & Keller, J. (2006). Psychometric properties of the worker role interview. *Work*, 27(3), 313–318.
- Glise, K. (2014). Exhaustion disorder - identification, characterisation and course of illness. University of Gothenburg.
- Holmgren, K., Hensing, G., & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Development of a questionnaire assessing work-related stress in women - identifying individuals who risk being put on sick leave. *Disabil Rehabil*, 31(4), 284–292.
- Hultin, A., & Sjöström, M. (2003). Metoder för att uppmärksamma och bedöma psykosocial ohälsa - en inventering inom företagshälsovården. In *Arbetsmiljöverket* (Ed.). Stockholm.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain - Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Karolinska, I. (2004). Sektionen för skadeprevention och Institutet för klinisk neurovetenskap. AHA-projektet. Slutrapport: Del 1. Arbete och hälsa inom process och verkstadsindustrin. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Kecklund, G., & Åkerstedt, T. (1992). The psychometric properties of the Karolinska Sleep Questionnaire. *Journal of Sleep Research*, 1(Suppl 1), 113.
- Kielhofner, G., Lai, J. S., Olson, L., Haglund, L., Ekbladh, E., & Hedlund, M. (1998). Psychometric properties of the work environment impact scale: a cross-cultural study. *Work (Reading, Mass.)*, 12(1), 71–77.
- Kristensen, T. S. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 149–155.
- Leclercq, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231.
- Liethof, W. (2010/2011). Utvärdering av "Krav och Funktionschema", en ny metod för bedömning av arbetsförmåga för företagshälsovården. Projektarbete vid Företagsläkarutbildningen : Uppsala universitet.
- Lundgren-Nilsson, A., Jonsdottir, I. H., Pallant, J., & Ahlborg, G., Jr. (2012). Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*, 12, 1.
- Luqsus. Programpaket utvecklat av Arbets- och miljömedicin: Lunds Universitet.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134, 382–389.
- Morin, C.M., Belleville, G., Bélanger, L., Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *SLEEP* 2011;34(5), 601–608.
- Oxentier, G., Widmark, M., Finnholm, K., & Elofsson, S. (2008). A new questionnaire and model for research into the impact of work and the work environment on employee health. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 150–162.
- Pettersson, A., Bengtsson Boström, K., Gustavsson, P., & Ekselius, L. (2015). Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nord J Psychiatry*, 12.
- Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2002). Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: Psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), 261–268.

Setterlind, S. (2004). Den hälsosamma arbetsplatsen-från analys till åtgärd. Karlstad: Stress Management Center

Setterlind, S., & Larsson, G. (1995). The stress profile: a psychosocial approach to measuring stress. *Stress Medicine*, 11(1), 85–92.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232–241.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA*, 282(18), 1737–1744.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Primary, P. H. Q. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD - The PHQ primary care study. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737–1744.

Trott, Eva (2009). En reliabilitets- och validitetsstudie av den svenska versionen av självskattningsformuläret *Insomnia Severity Index (ISI)*.

Wagman, P., & Hakansson, C. (2014). Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). *Scand J Occup Ther*, 21(3), 227–231.

Vingård, E., mfl. (2004). HAKuL Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting. Stockholm: Personskadeprevention, Karolinska Institutet.

Wännström, I. (2008). Assessment of psychological and social factors in the workplace, psychosometric aspects. Karolinska institutet, Stockholm.

Wännström, I., Nygren, Å., Åsberg, M., & Gustavsson, J. P. (2008). Different response alternatives in the assessment of job demands. *Int Arch Occup Environ Health*, 81(7), 813–819.

Wännström, I., Peterson, U., Åsberg, M., Nygren, Å., & Gustavsson, J. (2009). Psychometric properties of scales in the General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (QPSNordic): Confirmatory factor analysis and prediction of certified long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3), 231–244.

Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U., & Bergman, H. (2006). The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: 11.

Originalartiklar

Agbenyikey, W., Karasek, R., Cifuentes, M., Wolf, P. A., Seshadri, S., Taylor, J. A., Au, R. (2015). Job strain and cognitive decline: a prospective study of the framingham offspring cohort. *Int J Occup Environ Med*, 6(2), 79–94.

Ahola, K., Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsä, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med*, 48(10), 1023–1030.

Ala-Mursula, L., Vahtera, J., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2004). Effect of employee worktime control on health: a prospective cohort study. *Occup Environ Med*, 61(3), 254–261.

Arends, I., Bultmann, U., Nielsen, K., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & van der Klink, J. J. (2014). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Soc Sci Med*, 100, 123–132.

Arends, I., van der Klink, J. J., & Bultmann, U. (2010). Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial with cost-benefit and effectiveness evaluation. *BMC Public Health*, 10, 132.

Arends, I., van der Klink, J. J., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & Bultmann, U. (2014a). Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*, 40(2), 195–202.

Arends, I., van der Klink, J. J., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & Bultmann, U. (2014b). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, 71(1), 21–29.

Arnetz, B., & Blomkvist, V. (2007). Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations. Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychother Psychosom*, 76(4), 242–248.

- Beck, J., Gerber, M., Brand, S., Puhse, U., & Holsboer-Trachler, E. (2013). Executive function performance is reduced during occupational burnout but can recover to the level of healthy controls. *J Psychiatr Res*, 47(11), 1824–1830.
- Belkic, K. L., Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*, 30(2), 85–128.
- Bergstrom, G., Bjorklund, C., Fried, I., Lisspers, J., Nathell, L., Hermansson, U., Jensen, I. B. (2008). A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: the AHA study. *Work*, 31(2), 167–180.
- Bjorkqvist, K., Osterman, K., & Hjeltback, M. (1994). Aggression among University Employees. *Aggressive Behavior*, 20(3), 173–184.
- Björklund, C., Grahn, A., Jensen, I., & Bergström, G. (2007). Does survey feedback enhance the psychosocial work environment and decrease sick leave? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 16, 76–93.
- Björklund, C., Vaez, M., & Stoetzer, U. (2014). Tidiga indikationer för mobbning inom akademisk och industriell miljö. En studie om samband mellan arbetsrelaterade faktorer och uppkomst av mobbning. Stockholm: Karolinska Institutet, IMM.
- Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2006). The ability of psychological flexibility and job control to predict learning, job performance, and mental health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 113–130.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Siegrist, J., & Buddeberg, C. (2008). Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(1), 31–38.
- Cortina, L. M. (2008). Unseen injustice: Incivility as modern discrimination in organizations. *Academy of Management Review*, 33(1), 55–75.
- Danielsson, L. (2015). Träning hos sjukgymnast hjälper vid depression. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Einarsen, S., & Nielsen, M. B. (2014). Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *Int Arch Occup Environ Health*, 88(2), 131–142.
- Einarsen, S. G., L. Løkke Vie og, T. Pedersen, H. (2012). Mobbning i arbeidslivet. Bergen: Temahefte, idebanken. <http://www.idebanken.org/materiell/mobbing-i-arbeidslivet?articleId=m38&lang=nb>
- Ejeby, K., Savitskij, R., Ost, L. G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnero, J., Backlund, L. G. (2014a). Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Fam Pract*, 31(3), 273–280.
- Ejeby, K., Savitskij, R., Ost, L. G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnero, J., Backlund, L. G. (2014b). Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: Results from a randomized controlled trial in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(2), 67–72.
- Ekberg, K., Wahlin, C., Persson, J., Bernfort, L., & Oberg, B. (2015). Early and Late Return to Work After Sick Leave: Predictors in a Cohort of Sick-Listed Individuals with Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil*, 25(3): 627–37.
- Elfering, A., Semmer, N. K., & Grebner, S. (2006). Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics*, 49(5-6), 457–469.
- Eriksson, T., Jonsson, H., Tham, K., & Eriksson, G. (2012). A comparison of perceived occupational gaps between people with stress-related ill health or musculoskeletal pain and a reference group. *Scand J Occup Ther*, 19(5), 411–420.
- Fang, T., Samnani, A. K., Novicevic, M. M., & Bing, M. N. (2013). Liability-of-foreignness effects on job success of immigrant job seekers. *Journal of World Business*, 48(1), 98–109.
- Forte. (2014). Rehabilitering och samordning. Ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam (S2014/5621/SF). Stockholm: Forte.
- Försäkringskassan. (2014). Analys av sjukfrånvarons variation; väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Stockholm: Försäkringskassan.
- Glise, K., Ahlberg, G., & Jonsdottir, I. H. (2012). Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psychiatry*, 12, 18.

- Hasselberg, K., Jonsdottir, I. H., Ellbin, S., & Skagert, K. (2014). Self-reported stressors among patients with exhaustion disorder: an exploratory study of patient records. *BMC Psychiatry*, 14, 66.
- Haynes, P. (2015). Application of Cognitive Behavioral Therapies for Comorbid Insomnia and Depression. *Sleep Med Clin*, 10(1), 77–84.
- Hellman, T., Jensen, I., Bergstrom, G., & Busch, H. (2015). Returning to work - a long-term process reaching beyond the time frames of multimodal non-specific back pain rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 37(6), 499–505.
- Hoel, H., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2004). Bullying is detrimental to health, but all bullying behaviours are not necessarily equally damaging. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(3), 367–387.
- Huijs, J. J., Koppes, L. L., Taris, T. W., & Blonk, R. W. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *J Occup Rehabil*, 22(3), 301–311.
- Ipser, J. C., Wilson, D., Akindipe, T. O., Sager, C., & Stein, D. J. (2015). Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- Johannessen, H. A., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *J Occup Environ Med*, 55(6), 605–613.
- Jonsdottir, I. H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Wahrborg, P., & Wallin, A. (2013). Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress*, 16(2), 181–190.
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Drummond, C. (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 346,
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Books. New York : Basic Books.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain - Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Karlsson, M. L., Bergstrom, G., Bjorklund, C., Hagberg, J., & Jensen, I. (2013). Measuring production loss due to health and work environment problems: construct validity and implications. *J Occup Environ Med*, 55(12), 1475–1483.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). Protecting workers' health series No 3: Work organization & stress. Retrieved from the World Health Organization website: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh-3rev.pdf
- Lim, S., Cortina, L. M., & Magley, V. J. (2008). Personal and workgroup incivility: impact on work and health outcomes. *J Appl Psychol*, 93(1), 95–107.
- Martin, A., Sanderson, K., Scott, J., & Brough, P. (2009). Promoting mental health in small-medium enterprises: an evaluation of the "Business in Mind" program. *BMC Public Health*, 9, 239.
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. W. (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health*, 90(11), 1765–1770.
- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 397–405.
- Moen, P., Kelly, E. L., & Lam, J. (2013). Healthy work revisited: do changes in time strain predict well-being? *J Occup Health Psychol*, 18(2), 157–172.
- Morin, C. M., Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *Lancet*, 379 (9825), 1488–1488.

- Nohe, C., Michel, A., & Sonntag, K. (2013). Family–work conflict and job performance: A diary study of boundary conditions and mechanisms. *Journal of Organizational Behavior*, 35(3), 339–357.
- Oosterholt, B. G., Maes, J. H., Van der Linden, D., Verbraak, M. J., & Kompier, M. A. (2014). Cognitive performance in both clinical and non-clinical burnout. *Stress*, 17(5), 400–409.
- Osterberg, K., Karlson, B., Malmberg, B., & Hansen, A. M. (2012). A follow-up of cognitive performance and diurnal salivary cortisol changes in former burnout patients. *Stress*, 15(6), 589–600.
- Persson, R., & Örbaek, P. (2014). Arbete, stress och hälsa. In H. Eva & O. Kerstina (Eds.), *Människan i arbetslivet. Teori och Praktik*. (pp. 15–48). Studentlitteratur.
- Peterson, U., Bergstrom, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, 63(5), 506–516.
- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bos, C. M., van der Beek, A. J., & van Mechelen, W. (2010). Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems—process evaluation of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*, 36(6), 488–498.
- Roos, P. m.fl. (2005). *Hälsa och Produktivitet, Slutrapport: Del 2 AHA-studien; Arbete och Hälsa inom process och verkstadsindustrin*. Karolinska Institutet och Institutet för tillämpad ekonomi i Malmö.
- Saam, N. J. (2010). Interventions in workplace bullying: a multilevel approach. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19, 51–75.
- Sallinen, M., & Kecklund, G. (2010). Shift work, sleep, and sleepiness - differences between shift schedules and systems. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 36(2), 121–133.
- Salo, P., Ala-Mursula, L., Rod, N. H., Tucker, P., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2014). Work time control and sleep disturbances: prospective cohort study of Finnish public sector employees. *Sleep*, 37(7), 1217–1225.
- Schyns, B., & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *Leadership Quarterly*, 24(1), 138–158.
- Semmer, N. K. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 515–527.
- Strandmark, M. K., & Hallberg, L. R. (2007). The origin of workplace bullying: experiences from the perspective of bully victims in the public service sector. *J Nurs Manag*, 15(3), 332–341.
- Tuomi, K., Vanhala, S., Nykyri, E., & Janhonen, M. (2004). Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade. *Occup Med (Lond)*, 54(2), 115–121.
- van Dongen, J. M., Tompa, E., Clune, L., Sarnocinska-Hart, A., Bongers, P. M., van Tulder, M. W., van Wier, M. F. (2013). Bridging the gap between the economic evaluation literature and daily practice in occupational health: a qualitative study among decision-makers in the healthcare sector. *Implementation Science*, 8.
- Vartiainen, M. A. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work Environ Health*, 27(1), 63–69.
- Virtanen, M., Singh-Manoux, A., Ferrie, J. E., Gimeno, D., Marmot, M. G., Elovainio, M., . . . Kivimäki, M. (2009). Long working hours and cognitive function: the Whitehall II Study. *Am J Epidemiol*, 169(5), 596–605.
- Ybema, J. F., & van den Bos, K. (2010). Effects of organizational justice on depressive symptoms and sickness absence: a longitudinal perspective. *Soc Sci Med*, 70(10), 1609–1617.
- Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215–237.
- Åkerstedt, T., Garefelt, J., Richter, A., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L. L., Sverke, M., & Kecklund, G. (2015). Work and Sleep A Prospective Study of Psychosocial Work Factors, Physical Work Factors, and Work Scheduling. *Sleep Med*, 38(7), 1–8.

Ødegaard, F., Roos, P. (2014). Measuring the Contribution of Workers' Health and Psychosocial Work-Environment on Production Efficiency. *Production and Operations Management Society*, 23 (12), 2191–2208.

Anteckningar:

Anteckningar: