

Mer om arbetsgivarens möjligheter vid stressrelaterad ohälsa

# Arbete och risk för ohälsa, sammanfattning

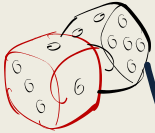
1. Det finns anledning att anta att en arbetssituation som man finner meningsfull och som innebär ett tydligt uppdrag minskar risken för ohälsa.
2. Hur arbetet utformas är en fråga för ledningen, som också kan vara en utsatt position. Som chef eller arbetsledare kan man behöva stöd - inte bara i svåra personalärenden i samband med sjukskrivning utan också för att hantera den komplexa chefsrollen över huvud taget.
3. Hur chefer utövar sitt ledarskap har sannolikt större betydelse för medarbetarnas hälsa än vad tidigare forskning visat och är därmed ytterligare en viktig arbetsmiljöfaktor.
4. I ett heltäckande system för interventioner på arbetsplatsen bör man även se till att den högsta ledningen är involverad och, inte minst, att den får ta del av systematiska utvärderingar som innefattar såväl hälsoaspekter som ekonomiska investeringskalkyler.
5. Arbetsmiljö- och hälsoenkäter har använts med framgång för att identifiera och ge stöd till personer som befinner sig i riskzonen för stressrelaterad ohälsa.
6. I samband med sjukskrivning finns det forskningsstöd för att göra tidiga insatser. De bör innefatta såväl behandling (gärna i grupp) som åtgärder på arbetsplatsen för att underlätta återgången till arbetet.

# Stressreduktion och arbetsåtergång - vad fungerar?

Diskutera

1. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA).
2. Om LUCIE påvisar tidiga tecken på begynnande utmattning kan ADA även användas preventivt för att förebygga sjukskrivning.
3. KBT given av "arbetslivsexperten", "labour experts" (kort utbildning i kognitiva principer).
4. Kollegiala samtalsgrupper.
5. Individuell stresshantering?
6. "Vardagsrevidering" i grupp?
7. Arbetsledarutbildning?

Metoden förefaller behöva ta upp och åstadkomma en förändring av den arbetssituation som lett till sjukdom för att ha effekt.



## Vad kan **chefen** göra för att vända ohälsa tidigt?



Diskutera

- ❑ (Förebygg!)
- ❑ **Vet** hur dina medarbetare mår
  - Regelbundna samtal, samt vid behov.
  - Enkäter/besvärsskattningar: LUQSUS-K (LUCIE, QPS-Mismatch, S-UMS, KEDS).
- ❑ **Håll kontakt** med den som inte mår bra.
- ❑ **Åtgärda** snarast missförhållanden.
- ❑ Kollegiala **samtalsgrupper**.
- ❑ Frikostigt med **företagshälsovård**.
- ❑ **Initiera ADA**.

[fhvmetodik.se/metoder/stress-mental-ohalsa/](http://fhvmetodik.se/metoder/stress-mental-ohalsa/)

## Några saker man kan göra för att öka medarbetarnas hälsa och öka chansen att de kommer tillbaka vid sjukskrivning

1. **Skapa förutsättningar för normalt folk att trivas.** Beakta Maslachs slutsatser, krav-kontroll-stödmodellen samt ansträngnings/belöningsmodellen.
2. **Rekrytera chefer medvetet.**
3. **Lär upp cheferna** inom hälsofrämjande ledarbeteenden och arbetsförhållanden.
4. **Skapa förutsättningar för chefen att vårda sin personal** - annars är det ju meningslöst att lära upp cheferna (min anmärkning).
5. **Reflekterande kollegiala samtalsgrupper** med strukturerat arbetssätt.
6. **Arbetsmiljö- och hälsoenkäter**, t ex AHA-metodiken.
  - Riktade insatser som engagerar de anställda genom feedback och individuellt anpassade förslag ger störst kostnadseffektivitet.
  - Erbjud de i riskzonen feedback och adekvata hjälpinsatser (FHV, kurser).
  - Förutsätter chefernas engagemang och medverkan.
  - LUQSUS-K-paketet (LUCIE, QPS-Mismatch, S-UMS, KEDS)
7. "Employee assistance program" (ringa en rådgivare dygnet runt, året om).
8. **Chefen håller kontakten med och engagerar sig** i de som är sjukskrivna.
9. **Gruppterapi för sjukskrivna** (evidensbaserat och kostnadseffektivt).
10. **Adekvata förändringar i den sjukskrivnes arbetssituation.**
11. Gradvis arbetsåtergång.

## Rehabiliteringsgarantin (1)

- Infördes 2008; stimulansmedel till landstingen för att erbjuda vissa specificerade behandlingsmetoder för att främja arbetsåtergång för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa (KBT) samt icke-specifika rygg- och nackbesvär.
- Explicit syfte att få folk i arbete efter sjukdom.
- Fungerar inte enligt Riksrevisionen, p g a brist på legitimerade psykologer/psykoterapeuter och p g a för stort fokus på vilken behandlingsmetod som skulle erbjudas.
- Det som utvärderats är arbetsåtergång, inte subjektivt mående.
- Ny överenskommelse 2015:
  - Dubbla beloppet, 1,5 miljarder.
  - Diverse villkor.
  - "Större fokus på hälso- och sjukvårdens roll för återgång i arbete".
  - "En starkt minskad detaljstyrning av rehabiliteringsinsatserna".
  - Fokus på evidens, och kontakter med arbetsgivarna ska stimuleras.

## Hädiska tankar?

- KBT inom rehabiliteringsgarantin är spel mot ett mål - försöker få individen åter till jobbet men låter arbetsgivaren gå fri.
- Hur vet vi att det är bra för medarbetaren att återgå till den arbetsplats som gjort hen sjuk?
- Kan det vara så att KBT visst fungerar - den hjälper medarbetaren inse att hen **inte** bör återgå till denna arbetsplats?
- Ett mer etiskt effektmått är påverkan på medarbetarens mående.



## Rehabiliteringsgarantin (2)

- Men mothugg från ISF och IFAU, som gjort utvärderingen som RR grundar sin bedömning på:
  - KBT en effektiv och lönsam metod för de allra flesta.
  - Man såg förvisso ingen positiv effekt för de som var sjukskrivna vid studiens början, men för majoriteten (80%) **minskade KBT såväl framtida vård- och läkemedelskonsumtion som sjukfrånvaro jämfört med annan behandling.**
  - KBT innebär besparingar för både stat och landsting.
  - Svagt stöd för att olika typer av rehabilitering skulle öka återgången i arbete för dem som redan är sjukskrivna, **men KBT är kostnadseffektivt när det gäller att förebygga framtida sjukskrivning.**

# ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång, ADA

1. Syftet att underlätta arbetsåtergång vid stressrelaterad ss genom att i tidigt skede intervensera på arbetsplatsen.
2. Tidigt inleda dialog mellan den sjukskrivne och arbetsplatsen (närmaste arbetsledare).
3. Avser att rätta till obalansen (mellan t ex krav och kontroll) som antas ha orsakat ohälsan.
4. Söker lösningar, som ibland kan involvera såväl arbetsplatsen som individen
  - Vilka förändringar tycker den sjukskrivne skulle behövas för att kunna återgå i arbete?
  - Därefter intervjuas arbetsledaren på samma tema.
  - Två teammedlemmar träffar nu arbetsledaren och patienten tillsammans på arbetsplatsen för att stimulera till en dialog om hur man nu skulle gå vidare för att underlätta arbetsåtergång.
  - Överenskommelse om förändringar på kort och längre sikt.
5. Halv studiedag om arbetsrelaterad stress och hantering av denna.
6. Enkät LUCIE -> metoden kan användas preventivt.

# Vad är det för samhälle vi skapat?

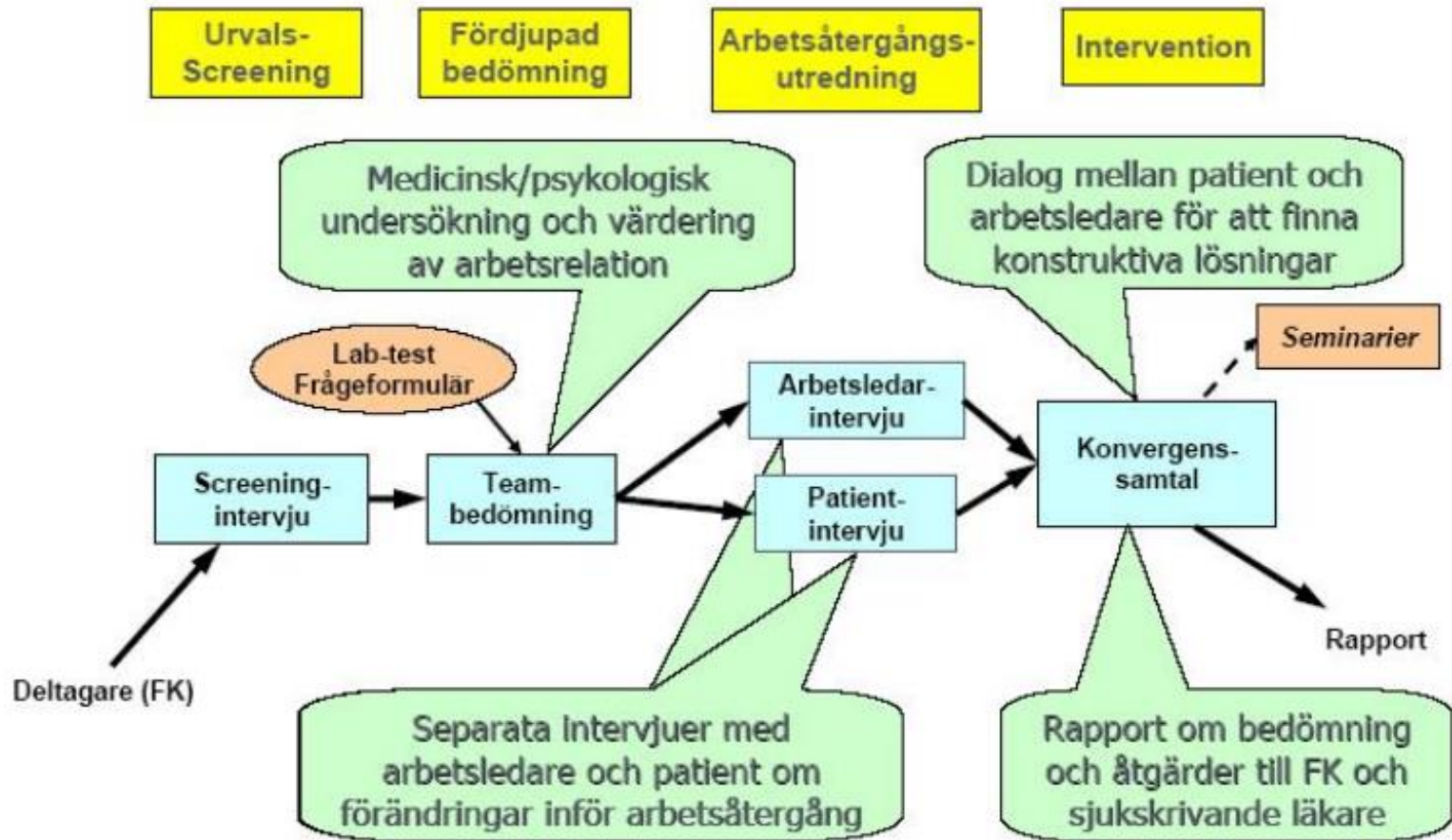
Man gör en "metod" av något så självklart som att vi behöver prata med den som mår dåligt om hur hen har det, vad som har gått snett, vad hen skulle behöva och hur vi bäst kan hjälpa till med det?

# ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång, ADA

1. Syftet att underlätta arbetsåtergång vid stressrelaterad ss genom att i tidigt skede intervensera på arbetsplatsen.
2. Tidigt inleda dialog mellan den sjukskrivne och arbetsplatsen (närmaste arbetsledare).
3. Avser att rätta till obalansen (mellan t ex krav och kontroll) som antas ha orsakat ohälsan.
4. Söker lösningar, som ibland kan involvera såväl arbetsplatsen som individen
  - Vilka förändringar tycker den sjukskrivne skulle behövas för att kunna återgå i arbete?
  - Därefter intervjuas arbetsledaren på samma tema.
  - Två teammedlemmar träffar nu arbetsledaren och patienten tillsammans på arbetsplatsen för att stimulera till en dialog om hur man nu skulle gå vidare för att underlätta arbetsåtergång, "konvergenssamtal".
  - Överenskommelse om förändringar på kort och längre sikt.
5. Halv studiedag om arbetsrelaterad stress och hantering av denna. Olika för MA och arbetsledare.
6. Enkät LUCIE -> metoden kan användas **preventivt**.

# ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång, ADA

[fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2014/02/ADA\\_Manual\\_v.1.3.pdf](http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2014/02/ADA_Manual_v.1.3.pdf)



Figur 1. Illustration av processflödet i ADA inom utvärderingsprojektet.

## ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång, ADA

- [http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2014/02/ADA\\_Manual\\_v.1.3.pdf](http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2014/02/ADA_Manual_v.1.3.pdf) (se intervjustöd sid 16)
- Utgångspunkten är att det föreligger en "mismatch" mellan personens upplevelse av kontroll (förmåga **eller förväntningar**) och arbetets krav, som lett till sjukdomsutveckling.
- Om denna mismatch kvarstår vid arbetsåtergång kan samma utveckling förväntas igen.
- Något behöver därför **ändras** före återgång. Man ska inte åter till samma arbete som man blivit sjuk av.
- Dvs behandla inte bara den sjuka individen utan även den sjukdomsalstrande arbetsplatsen.

## ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång, ADA

Fokusområden och möjliga interventioner vid konvergenssamtalet

- Ska resultera i konkreta överenskommelser
- Minskad arbetsbelastning
- Individuell behandling
- Gradvis arbetsåtergång
- Stöd och hjälp
- Förändringar i arbetsinnehåll
- Roller
- Ökad kommunikation med och stöd från arbetsledaren
- Hjälp med prioriteringar
- Utbildning
- Beredskap vid eventuella nya problem
- Tecken på överbelastning

# Resultat, ADA

- Studie, 74 + 74 personer, ss för UMS, följdes i 1,5 år med registerdata

	Interventionsgrupp	Kontrollgrupp	Individinriktad rehabilitering
Arbetsåtergång, heltid	60%	60%	
Arbetsåtergång, deltid	30%	10%	
Arbetsåtergång i någon omfattning	89%	73%	
Ej alls åter i arbete	10%	30%	40-50%

- Resultatet stod sig efter 2,5 år för de under 45 år, data otillräckliga för de äldre.
- **Men** kontrollgruppen hade tackat nej till deltagande i ADA, utan att ange något skäl. Jämförbara grupper? Större olust?



# LUQSUS-K

- Programpaket utvecklat av Arbets- och miljömedicin, Lunds universitet. LUQSUS-K innehåller följande komponenter:
  - **LUCIE**: Lund University Checklist for Incipient Exhaustion.
  - **QPS-Mismatch**: Frågor om passform mellan individ och arbete ur QPS Nordic bedömda enligt Maslach och Leiters modell för burnout.
  - **S-UMS**: Självsfattning av Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom, skapat av Institutet för Stressmedicin, Göteborg.
  - **KEDS**: Karolinska Exhaustion Disorder Scale, skapad av Karolinska Institutet.
- [www.trialrand.lu.se/webbhotell.ldc.lu.se/luqsus/LUQSUS-K\\_v.3.0\\_%C3%96verblick.pdf](http://www.trialrand.lu.se/webbhotell.ldc.lu.se/luqsus/LUQSUS-K_v.3.0_%C3%96verblick.pdf)

# LUCIE

Syftet med LUCIE är att kunna identifiera förstadier av utmattning:

- Sömn och återhämtning
- Avgränsning mellan arbete och fritid
- Gemenskap och socialt stöd på arbetsplatsen
- Kontroll över arbetsuppgifter och egen förmåga
- Privatliv och fritidsaktiviteter
- Hälsobesvär

Ger två skolor, en som speglar mildare tecken på långvarig stress (SVS) och en annan som specifikt varnar för begynnande utmattning (UVS).

# QPS-Mismatch

- Avsett att ge en ungefärlig bild av en individs psykosociala belastning i arbetet.
- Utgår från Maslach och Leiters modell, i vilken utvecklingen av burnout betraktas som orsakad av bristande passform (mismatch) mellan individens resurser/**förväntningar** (OBS) på arbetet och arbetets faktiska karaktär.
  - Arbetsbelastning
  - Kontroll
  - Gemenskap
  - Belöning
  - Rättvisa
  - Värderingar
- Profilen kan ge värdefull vägledning till vilka teman som främst bör tas upp vid efterföljande patientsamtal.

# S-UMS

- Självskattning av Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom, skapat av Institutet för Stressmedicin, Göteborg.
- <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/ISM%20Institutet%20f%C3%B6r%20stressmedicin/Publikationer/Formul%C3%A4r/ISM%20Formul%C3%A4ret%20s-UMS.pdf>

# S-UMS

1. Har du nu känt dig psykiskt och/eller fysiskt utmattad under mer än två veckor?  Nej  Ja
  
2. Anser du att denna utmattning beror på att du varit utsatt för stress under lång tid, d.v.s. att du varit utsatt för stor påfrestning eller upplevt dig pressad under 6 månader eller mer?  Nej  Ja
  
3. Har du under de senaste två veckorna upplevt:
  - a) Koncentrations- eller minnessvårigheter?  Ja  Nej
  - b) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress?  Ja  Nej
  - c) Att du varit känslomässigt lättrörd eller lättirriterad?  Ja  Nej
  - d) Problem med sömnen?  Ja  Nej
  - e) Att du känt dig kroppsligt svag eller lättare blir uttröttad?  Ja  Nej
  - f) Kroppsliga besvär som smärtor/värk, ont i bröstet, hjärtklappning, besvär från mage eller tarm, yrsel eller ökad ljudkänslighet?  Ja  Nej
  
4. Har ovanstående besvär (fråga 1-3) påtagligt försämrat ditt välbefinnande och/eller din funktionsförmåga (arbetsförmåga, familjeliv, fritidsaktiviteter eller i andra viktiga avseenden)?  
 Ja, i allra högsta grad  
 Ja, något  
 Nej, inte alls

# KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale).

- Det finns ingen tydlig gräns mellan extrem trötthet och utmattningssyndrom.
- Självskattningsformulär, 9 frågor, 0-6 poäng per fråga.
- 18-20 poäng cut-off; > 95% sensitivitet och specificitet.
- Ställer inte diagnos, men påvisar om man är i riskzonen.
- [www.metodicum.se/medarbetar-undersokningar/keds-utmattningssyndrom/](http://www.metodicum.se/medarbetar-undersokningar/keds-utmattningssyndrom/)
- [www.viss.nu/Global/Blanketter/om\\_KES.htm](http://www.viss.nu/Global/Blanketter/om_KES.htm)
- [www.arbetarskydd.se/tidningen/article3861504.ece](http://www.arbetarskydd.se/tidningen/article3861504.ece)
- [www.arbetarskydd.se/multimedia/dokument/article3607466.ece/BINARY/Stresstest%2C+sidan+1](http://www.arbetarskydd.se/multimedia/dokument/article3607466.ece/BINARY/Stresstest%2C+sidan+1)
- [www.arbetarskydd.se/multimedia/dokument/article3607470.ece/BINARY/Stresstest%2C+sidan+2](http://www.arbetarskydd.se/multimedia/dokument/article3607470.ece/BINARY/Stresstest%2C+sidan+2)

## Symtom, KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale)

Fyll i själv

1. Koncentration
2. Minne
3. Kroppslig uttröttbarhet
4. Uthållighet
5. Återhämtning
6. Sömn
7. Överkänslighet för sinnesintryck
8. Upplevelse av krav
9. Irritation och ilska

## Reflekterande kollegiala samtalsgrupper

- Socialt stöd har positiva effekter på såväl fysisk som psykisk hälsa. **Särskilt när man både får och ger socialt stöd.**
- Studie: 5-8 deltagare, 2 h/vecka i tio veckor, utbildad handledare.
- Deltagarna valdes ut på grund av hög poäng på OLBI. 23% tackade ja, varav 96% kvinnor, de med hög grad av utbrändhet/utmattning tackade nej i högre grad.
- Deltagarna valde själva tema för träffarna.
- Deltagarna valde ett kortsiktigt förändringsmål efter varje träff.
- **Resulterar i upplevelse av lägre krav på arbetet, bättre hälsa, lägre grad av utbrändhet och utmattning, samt mer delaktighet i arbetet än en kontrollgrupp.**



## Syftet med de reflekterande kollegiala grupperna

- Ge tid och möjlighet till **reflektion och diskussion** tillsammans med kollegor med fokus på stress och med utgångspunkt i sin egen situation och sina egna erfarenheter.
- Ge möjlighet till **utbyte av erfarenheter** mellan kollegor från olika arbetsplatser.
- Ge möjlighet till att både **ge och ta emot stöd** från kollegor.
- Ge möjlighet att genom att **arbeta med individuella förändringsmål** kunna finna nya copingstrategier för de situationer som upplevs stressande.
- Deltagarna skulle **ge förslag på organisatoriska förändringar** som skulle kunna bidra till att minska stressen i arbete.

# Diskussionsteman som valdes

- Inre och yttre krav och hur man kan hantera dem
- Maktlöshet
- Gränsdragning
- Balans mellan arbete och fritid
- Konflikter på arbetet
- Stressorer och positiva faktorer i arbetet
- Vad som ger individen kraft

Hur skulle enligt din mening arbetsrelaterad stress/utbrändhet kunna förebyggas?

1. Krav och resurser
2. Tid, ork och arbetsro
3. Reflektion och eftertanke
4. Feedback
5. Arbetsledning
6. Kamratskap och arbetsglädje

## Hur skulle enligt din mening arbetsrelaterad stress/utbrändhet kunna förebyggas?

- Krav och resurser: "Mål och resurser måste stämma överens - vi som arbetar bland patienterna får ta emot missnöjet från allmänheten när resurserna inte räcker till." "Synliggöra och våga prata med varandra om våra inre och yttre krav."
- Tid, ork och arbetsro: "Lugn och arbetsro utan ständiga förändringar." "Rekrytera fler yngre till vården, åldern tar ut sin rätt, jag orkar inte med alla nya krav och förändringar längre."
- Reflektion och eftertanke: "Kollegiala grupper, stödgrupper för samtal och tid för eftertanke. Vi i vården ser så mycket lidande, tragiska saker som vi bär med oss."
- Feedback: "Måste få höra att vi gör ett bra arbete, inte bara att vi kostar så mycket pengar." "Lyssna på mig och ta mig på allvar när jag säger att det är för mycket arbete." "Varje individ måste bli sedd utifrån den man är, känslan av att vara behövd."
- Arbetsledning: "Ständig dialog chef-medarbetare om arbetets utveckling, och ha ett öppet och tillåtande arbetsklimat. Diskutera vad som är realistiskt att orka med." "Långsiktiga, konsekventa förändringsstrategier - personalen måste hinna följa med."
- Kamratskap och arbetsglädje: "Arbetsgemenskapen måste komma tillbaka - öka gruppkänslan på arbetsplatsen." "Vara observant på hur våra arbetskamrater mår och känna igen tecken på utbrändhet."

# Resultat

- Bättre upplevd **hälsa**.
- Upplevelse av mindre **krav** och lägre grad av **utmattning**.
- Mindre **stress**, **minskade stressymptom**, **minskad ilska och oro**.
- **Utvecklingsmöjligheterna och delaktigheten** i arbetet hade ökat i högre grad.
- Ökat upplevt **socialt stöd** i arbetet.
- Hälften fortsatte att träffas efter att gruppsamtalen avslutats.
- Ingen skillnad i grad av depression, ångest eller distansering från arbetet.

## Resultat (1)

Resultatet visade att gruppdeltagarna vid uppföljningen efter sju månader upplevde **bättre hälsa** ( $P < 0,01$ ), **mindre krav i arbetet** ( $P = 0,02$ ) och **lägre grad av utmattning** ( $P = 0,04$ ) än kontrollgruppen. De två förstnämnda skillnaderna kvarstod även vid uppföljningen efter tolv månader. Den kliniska signifikansen för detta är svår att bedöma, men det framkom även i den öppna fråga som gavs vid uppföljningen att deltagarna upplevde **mindre av stress, stressymptom, ilska och oro**. Dessutom uppgav hälften av deltagarna vid uppföljningen efter tolv månader att de hade **fortsatt att träffas** efter att gruppsamtalen avslutats, vilket kan indikera att de var betydelsefulla för dem. Resultatet visade inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna avseende depression, ångest eller distansering från arbetet (disengagement).

## Resultat (2)

Vid uppföljningen efter sju månader framkom att **utvecklingsmöjligheterna och delaktigheten i arbetet hade ökat** i högre grad för deltagarna än för kontrollgruppen. Vid tolv månaders uppföljning kvarstod **skillnaden i upplevd delaktighet** i arbetet. Dessutom upplevde fler deltagare än kontroller att **det sociala stödet i arbetet hade ökat**. En bidragande orsak till detta kan ha varit att **alla hade informerat sin arbetsledare om deltagandet i gruppen, vilket kan ha medfört att förändringar/förbättringar på arbetsplatsen genomfördes parallellt med gruppdeltagandet**. Tidigare forskning har visat att en kombination av perspektiven »bottom-up« (anställdas delaktighet) respektive »top-down« (arbetsledningens initiativ och engagemang) har varit framgångsrikt i stressförebyggande insatser [35].

## Resultat (3)

Vid avslutandet av gruppsamtalen svarade deltagarna på en öppen fråga: "Hur tyckte du att det var att delta i en kollegial samtalsgrupp? – Vad har det medfört för dig?", och svaren analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade bl a att deltagarna **uppskattade att få dela sina erfarenheter med kollegor i liknande situation, och gruppen var uppmuntrande, gav stöd och bidrog till en känsla av solidaritet och till att man inte behövde känna sig ensam i sin situation.** Deltagandet **gav möjlighet till reflektion,** och genom att sätta ord på problemen blev det lättare att hantera dem. Deltagarna beskrev att de **lärt sig mer om stress** generellt men också att de fått **ökade kunskaper om sina egna stressignaler och copingstrategier. Färre symtom på stress, mindre av ilska och oro och förbättrad sömn** beskrevs också. Konkreta exempel på **förändringar som gruppdeltagandet medfört** gavs också "Jag har fått ett annat tänk"; "Jag kommer att prioritera mer nu." Förändringsförslag på organisationsnivå för att förebygga stress som diskuterades under gruppträffarna dokumenterades av handledarna och har redovisats för landstingsledningen.