

ADA

ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång

Användarmanual v. 1.3

2014-02-04

Björn Karlson
Kai Österberg

Avd för arbets- och miljömedicin
Lunds universitet
221 85 Lund

Innehållsförteckning

Användning av ADA inom företagshälsovården	3
1. En introduktion till ADA.....	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Projektets upplägg	4
1.2.1. Information till potentiella deltagare.....	4
1.2.2. Metodens flöde	4
1.2.3. Urvalsscreening.....	5
1.2.4. Fördjupad bedömning	5
1.2.5. Arbetsåtergångs-utredning	6
1.2.6. Intervention: Konvergenssamtal	6
1.2.7. Teamkonferenser	7
1.3. Använda undersökningsmetoder	8
1.3.1. Självskattningsformulär	8
1.3.2. Medicinsk bedömning	8
1.3.3. Intervjuformulär	9
2. Förslag på implementering av ADA inom företagshälsovården (FHV)	9
2.1. Allmänt.....	9
2.2. Bemanning	9
2.2. Arbetsfördelning.....	10
2.2.1. Läkare.....	10
2.2.2. Beteendevetare/psykolog (el. motsvarande)	10
2.2.2. Gemensamt ansvar	11
2.3. Aktiviteternas kronologiska följd.....	12
2.3.1. Scenario 1 – patientkontakten inleds med läkarbesök	12
2.3.2. Scenario 2 – patientkontakten inleds med besök hos psykolog/beteendevetare (el. motsvarande)	12
2.4. Förslag på undersökningsmetoder.....	13
2.5. Begränsningar med ADA	13
2.6. Hjälp med tillämpningen av ADA	13
Referenser.....	14
Screeningintervju - checklista	16
Patientintervju inför konvergenssamtal.....	18
Arbetsledarintervju inför konvergenssamtal	19
Sammanfattning av patient- och arbetsledarperspektiv inför konvergenssamtal.....	20

Tack

Tack till Eva Sjöberg och medarbetare, Arbetsmiljöenheten, Kristianstads kommun, för sakkunnig granskning av föregående version av ADA-manualen (v. 1.2).

Användning av ADA inom företagshälsovården

Denna manual ger förslag på hur ADA (Arbetsplatsdialog för Arbetsåtergång) kan användas inom företagshälsovården för patienter med arbetsrelaterad utmattning.

Manualen består av två delar:

1. En beskrivning av grundtankarna bakom ADA och hur metoden utvecklades vid Arbets- och miljömedicin i Lund åren 2003-2007.
2. Förslag till anpassning av ADA för användning inom företagshälsovården

OBSERVERA!

Det är av största vikt att den som önskar använda ADA börjar med att sätta sig in i ADA-modellens grundtankar och utveckling.

Först på basis av denna kunskap kan användaren välja en lämplig anpassning av ADA till de förhållanden och resurser som finns inom den egna verksamheten.

1. En introduktion till ADA

Här följer ge en sammanfattande beskrivning av arbetsmodellen ADA (Arbetsplatsdialog för Arbetsåtergång) som utvecklats och utvärderats vid Arbets- och miljömedicin (AMM) i Lund. Projektets grundläggande idé och struktur formulerades under 2003 och projektet fick anslag från Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) för utvärdering i en särskild satsning som då gjordes på interventionsprojekt. Utvärderingen av ADA visade att 89% av deltagarna med arbetsrelaterad utmattning hade återgått i arbete 1,5 år efter interventionen, jämfört med 73% i en kontrollgrupp (Karlson et al. 2010). En svensk sammanfattning av studiefyndnen finns att ladda ner [här](#).

1.1. Bakgrund

Vid den tidpunkt då projektet startades (2003) var rådvillheten stor kring de skenande sjukskrivningarna, vilka föreföll relaterade till arbetsstress. Få rehabiliteringsprojekt fanns beskrivna och nöjaktigt utvärderade. En vanlig uppfattning var att de sjukskrivna behövde lämnas ifred under lång tid och att arbetsgivaren inte skulle kontakta patienten eftersom kontakten kunde väcka till liv de frustrerande eller traumatiserande händelser på arbetet som låg till grund för sjukskrivningen. Sjukskrivningarna blev ofta mycket långa och en betydande andel av de drabbade kom inte tillbaka till arbetslivet utan övergick i sjukpension. Vi anade att en del av förklaringen till detta var att det sällan kom till stånd någon effektiv planering för arbetsåtergång, till följd av utebliven eller bristfällig kontakt mellan den sjukskrivne och arbetsgivaren. Inte heller Försäkringskassan (FK) föreföll vid denna tidpunkt ta kraftfulla initiativ för att undersöka och genomdriva rehabiliteringsåtgärder. Resultatet blev att den sjukskrivne ofta hamnade i ett vakuum, utan vare sig adekvata rehabiliterande insatser eller framtidsplanering för arbetsåtergång. Ur vårt perspektiv var det grundläggande att komma till rätta med *arbetsplatsproblematiken* för att möjliggöra en hållbar återgång i arbete.

1.2. Projektets upplägg

Vår grundidé var att försöka underlätta arbetsåtergång genom att få igång en konstruktiv dialog mellan arbetstagaren och arbetsplatsen. Tanken var att en sådan dialog skulle bidra till att arbetsgivaren fick en mental beredskap för att den sjukskrivne var på väg att återgå i arbete och att arbetsgivaren därmed skulle börja planera för detta. På motsvarande sätt skulle den sjukskrivne förberedas på att det fanns en väg tillbaka till en fungerande arbetsituation. Emellertid kunde den sjukskrivne ha mycket negativa erfarenheter av arbetsplatsen från tiden strax före sjukskrivningen och fortfarande vara mycket sårbar, varför en kontakt med arbetsplatsen skulle kunna vara skrämmande eller oroväckande. Vår strävan var således att skapa en interventionsmodell som bidrog till en förtroendefull och konstruktiv diskussion mellan den sjukskrivne och arbetsledaren, där parterna i stort kunde enas om orsakerna bakom sjukskrivningen, men framförallt om vilka förändringar i arbetsituationen som skulle behöva göras på kort och lång sikt. Om en sådan god kontakt kunde åstadkommas så förväntades förutsättningarna för arbetsåtergång öka.

För att i projektet kunna rekrytera ett tillräckligt stort antal patienter i tidigt skede av sjukskrivning inledde vi ett samarbete med FK. Vid ett antal FK-kontor i Skåne togs var fjortonde dag fram en lista med nya sjukfall med stressrelaterade ICD-diagnoser (F43.*). En FK-tjänsteman gjorde med hjälp av den försäkrades mapp en första preliminär bedömning om sjukskrivningen var övervägande arbetsrelaterad, eftersom det var denna grupp vi riktade oss till. I sammanfattning var våra inklusionskriterier följande:

- Arbetsrelaterade besvär, åtminstone övervägande
- Anställning (ej egenföretagare eller arbetslös)
- Sjukskrivning omfattande minst halvtid
- F43-diagnos (utom F43.2; PTSD)
- Väsentligen frisk under en längre period före aktuell sjukskrivning

1.2.1. Information till potentiella deltagare

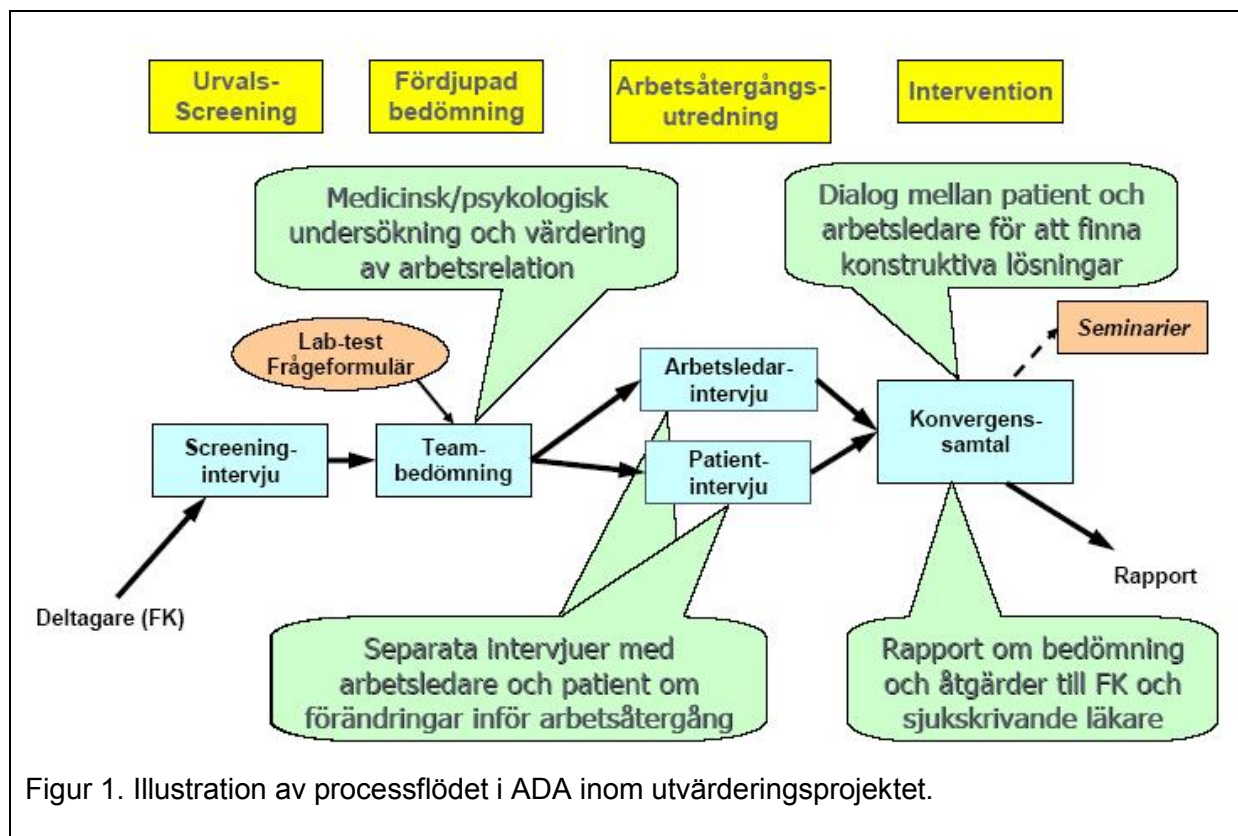
Till dem som preliminärt uppfyllde inklusionskriterierna efter FK:s genomgång sändes ett informationsbrev om studien med både AMM:s och FK:s logo och signerat av chefer på båda ställena.

En vecka senare kontaktades personerna på telefon för att tillfrågas om intresse att delta och för att ytterligare sondera huruvida sjukskrivningen var övervägande arbetsrelaterad.

De som var intresserade av deltagande tillsändes en kort beskrivning av projektet och fick en tid för en första screeningintervju. De tillsändes också formuläret QPS-Nordic som mäter psykologiska, sociala och organisatoriska arbetsförhållanden (Dallner et al. 2000). Detta skulle deltagaren ta med ifyllt till intervjun.

1.2.2. Metodens flöde

Figur 1 ger en överblick av flödet genom de huvudsakliga momenten i utredningen och interventionen. Rubrikerna i texten nedan refererar till de gula rutorna i figur 1.



Figur 1. Illustration av processflödet i ADA inom utvärderingsprojektet.

1.2.3. Urvalsscreening

En screeningintervju gjordes i syfte att ytterligare klargöra uppfyllandet av inklusionskriterierna och hur de arbetsförhållanden och den arbetsstress som föregick den aktuella sjukskrivningen gestaltade sig. Intervjun genomfördes av kurator och fokuserade främst på arbetsanamnes, men även andra belastningsfaktorer togs upp. Ofta visade det sig att patienten vid detta första samtal hade ett stort behov av att ostört få berätta om sina upplevelser i samband med insjuknandet och om vad som föregått detta. Vi upptäckte att det behövdes gott om tid för detta samtal, som regel 1-2 timmar.

Om screeningintervjun bekräftade att inklusionskriterierna var uppfyllda, erbjöds patienten en fördjupad undersökning av läkare och psykolog. Patienten gavs även en rekvisition på lab-prover att ta på hemorten inför kallelse till fördjupad bedömning, så att teamets läkare i förväg skulle kunna granska provsvaren.

1.2.4. Fördjupad bedömning

Den fördjupade bedömningen eller ”teambedömningen” gjordes som regel någon vecka efter screeningsintervjun. Inför besöket tillsändes patienten en ytterligare uppsättning frågeformulär, det s.k. basformuläret, som skulle besvaras hemma och returneras eller tas med vid besöket. De kliniska undersökningarna var:

- Läkareundersökning, som innefattande intervju angående tidigare och nuvarande sjukdomar, aktuella symtom, aktuell medicinering, annan pågående behandling (samtal, sjukgymnastik mm), fysikaliskt och psykiskt status, samt intervju med ett strukturerat screeninginstrument för psykisk ohälsa (PrimeMD). Om provsvar hade anlänt fick patienten återkoppling på dessa. Vid behov sändes remiss för vidare utredning.
- Psykologundersökning, vilken fokuserade på den belastningssituation som lett fram till sjukskrivningen, de försök som gjorts för att hantera situationen, förändringar i välbefinnande, mm. Till stöd hade psykologen en utvärdering av patientens svar i QPS-

Nordic, vilket gav en strukturerad beskrivning av arbetsförhållandena, vilket hade analyserats i termer av krav, kontroll, stöd, belöning, rättvisa och värderingar, dvs. de sex huvudfaktorer som lyfts fram som riskfaktorer för utveckling av burnout (Maslach & Leiter 1997; se Mismatch-avsnittet i [checklistan på sid. 16-17](#)). Även svaren i basformuläret (se 1.3.1) hade då blivit bearbetade och gav en bild av symtombild, speciellt sömnproblem, depressionsgrad och subjektiva kognitiva problem, samt förväntningar på förloppet av utmattningsreaktionen.

1.2.5. Arbetsåtergångs-utredning

1.2.5.1. Patientintervju

Sist i programmet samma dag som den fördjupade bedömningen gjordes, hölls en kort andra intervju av den kurator som träffat pat vid screeningsintervju och som i nästa steg skulle intervju arbetsledaren. Intervjun gjordes med hjälp av ett delvis halvstrukturerat, delvis strukturerat intervjuformulär, som fokuserade på syn på orsaker till sjukskrivning, vad som gjorts innan och efter insjuknandet av olika aktörer, samt patientens uppfattning om vad som behövde förändras för att underlätta arbetsåtergång. Patienten tillfrågades om namn på närmaste arbetsledare som kunde kontaktas för intervju på arbetsplatsen.

1.2.5.2. Arbetsledarintervju

Patientens närmaste arbetsledare kontaktades på telefon för överenskommelse om tid för intervju på arbetsplatsen. Arbetsledaren informerades också om projektets upplägg. Intervjun gjordes med intervjuformulär, som innehöll samma frågor som patienten dessförinnan svarat på. Intervjun tog som regel cirka 1 timme. Viktigt var att inte röja information som patienten hade berättat i förtroende varför det fokuserades helt på arbetsledarens bild. En iakttagelse i efterhand var att frågorna om patienten relativt snabbt klarades av men att många arbetsledare tog tillfället i akt att få diskutera andra mer generella problem och frågor man hade om arbetsstress och liknande.

1.2.6. Intervention: Konvergensamtal

Det som utgjorde kärnan i interventionen var mötet mellan patient och arbetsledare tillsammans med den kurator och psykolog som träffat patienten. Mötet inleddes som regel med att kurator och psykolog kort informerade om bakgrunden till projektet och syftet med samtalet, dvs. att vi summariskt skulle beröra bakgrunden till sjukskrivningen men i huvudsak diskutera lösningar på kort och lång sikt i syfte att främja en hållbar arbetsåtergång.

Inför mötet hade de strukturerade frågorna om orsaker till sjukskrivningen och förslag till förändringar i arbetssituationen, som båda parter besvarat, sammanställts i en blankett som gav en överblick av i vilka avseenden man svarat likartat respektive olikartat. På så vis fick AMM en överblick av på vilka punkter man hade någorlunda likartad uppfattning och på vilka man skilde sig åt. Viktigt var att inte röja information som patienten hade berättat i förtroende för AMM, utan istället be parterna själva utveckla sina perspektiv på de olika punkterna. Ofta kunde AMM i samtalets början presentera att vi konstaterat stora överensstämmelser i parternas perspektiv, vilket då kunde bidra till en känsla av att till stor del stå på gemensam grund. Då dessa strukturerade frågor dock var generella och egentligen inte sade så mycket om de konkreta förhållandena för just patienten så användes de primärt för att initiera en dialog mellan parterna.

Det bedömdes viktigt att så snart som möjligt i samtalet komma till en konkret och konstruktiv diskussion om förutsättningar och behov av förändringar för att planera för arbetsåtergång. Detta framåtsyftande fokus var medvetet valt för att underlätta en konstruktiv

attityd. Den teoretiska utgångspunkten var att det hade uppstått en bristande passform (s.k. *mismatch*) mellan patientens förmågor och dennes arbetsförhållanden, vilken skapat en ohållbar situation som lett till den aktuella sjukskrivningen. Det lades stor vikt vid att bibehålla detta mismatch-perspektiv under konvergenssamtalet, och således undvika förenklade orsaksförklaringar av typ ensidig fokusering på brister i arbetsförhållandena eller på individens tillkortakommanden. Det var vår erfarenhet att sådana ensidiga fokuseringar lätt kunde leda till låsningar i konvergenssamtalet, genom att arbetsledaren t ex kände skuld för att inte ha uppmärksammat patientens belägenhet och belastning, liksom att patienten kände skam över tillkortakommanden och känslor av otillräcklighet. Sådana känslor kunde i värsta fall leda till ömsesidigt defensiva reaktioner och därmed förhindra sökandet efter konstruktiva lösningar.

Vi strävade efter att i konvergenssamtalet efterhand uppnå konkreta överenskommelser om hur arbetsåtergången torde kunna gestalta sig. Dessa kunde handla om specifika förändringar i arbetssituationen, t ex beträffande arbetsuppgifter, ansvar, fysisk placering, m.m. men även om förändrad kommunikation mellan patient och arbetsledare, t ex olika former av stöd, hjälp med prioriteringar av arbetsuppgifter, hur arbetsledaren i framtiden bäst skulle kunna identifiera eventuella nya tecken på överbelastning hos patienten och hur patienten bäst skulle kunna kommunicera sådana tecken till arbetsledaren.

Det var vanligt att konvergenssamtalet kom att bilda två faser; en första fas med diskussion om åtgärder på kortare sikt för att främja hälsa och arbetsåtergång, och en andra fas som främst täckte utsikterna till passform mellan individ och arbetskrav mer långsiktigt. Denna andra fas kom ofta att handla om förutsättningarna för att "hålla ett helt arbetsliv", t ex diskussion om kompetensutveckling, strategier för att bemästra stress och patientens mer långsiktiga mål med sitt arbete och sin karriär.

Konvergenssamtalet varade som regel omkring 1,5 timmar och avslutades med att sammanfatta slutsatser och överenskommelser. Vi informerade också om vårt avslutande steg, vilket var AMM:s skriftliga utlåtande, som omfattade både patientens sjukhistoria och de åtgärdsförslag som framkommit i konvergenssamtalet, vilket sändes till FK med kopia till sjukskrivande läkare och patienten. Observera att den berörde arbetsledaren inte gavs någon kopia av detta utlåtande (eftersom det innehöll uppgifter som täcktes av sjukvårdssekretess), men det stod givetvis patienten fritt att på eget initiativ visa sin kopia för arbetsledaren. Vidare annonserades en inbjudan till patient och till arbetsledare att, var för sig, delta i ett halvdags seminarium om arbetsstress.

1.2.7. Teamkonferenser

Varje vecka hölls en konferens i AMM-teamet. En patient kunde här diskuteras vid flera tillfällen i samband med olika steg i projektprocessen. Vid konferenserna togs upp:

- Potentiella deltagare som hade kontaktats på telefon, för preliminärt ställningstagande till deltagande i projektet
- Vid behov eller oklarheter togs resultaten av screeningintervjuer upp för ställningstagande till om inklusionskriterier så långt var uppfyllda så att patienten var lämplig att kallas till teambedömning
- Resultat av teambedömning, där olika teammedlemmars bild av patienten sammanvägdes för att komma fram till en genomtänkt bedömning av patienten. Om några komplikationer eller frågor fanns att ta ställning till inför de kommande momenten, dvs. arbetsledarintervju och konvergenssamtal, dryftades dessa för att nå fram till en handlingsplan.

- Fortsatt planering gjordes oftast enbart av de två teammedlemmar som planerades genomföra konvergenssamtalet, men vid behov kunde hela teamet involveras i dessa steg som var:
 - Resultat av arbetsledarintervju. Denna rapportering kunde som regel hållas relativt kort.
 - Planering inför konvergenssamtal
 - Slutbedömning och formulerande av utlåtande till FK, med kopia till sjukskrivande läkare och patienten. För detta ansvarade huvudsakligen kurator, men med medverkan av läkare och psykolog.

1.3. Använda undersökningsmetoder

1.3.1. Självskattningsformulär

1.3.1.1. Arbetsförhållanden

- QPS-Nordic, som ger en bred bild av arbetsbelastning, organisationsklimat, mm. (Dallner et al. 2000).

1.3.1.2. "Basformuläret"

Psykiskt välbefinnande

- Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS), som mäter burnout i dimensionerna utmattning, cynism, och professionell effektivitet (Maslach et al. 1996, Richardsen et al. 2005).
- Beck Depression Inventory (BDI), som mäter grad av depression (Beck et al. 1988).
- Symptom Checklist-90 (kortversion) (SCL-90), som mäter mentalt illabefinnande senaste veckorna i termer av depressivitet, ångest och somatisering (Derogatis 1992).
- Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ), som mäter sömnproblem i termer av sömnstörning, uppvaknandeproblem och sömnighet under dagen (Kecklund & Åkerstedt 1997).
- Euroquest-9, en av delskalorna i Euroquest som mäter subjektiva kognitiva problem (Chouanière et al. 1997, Karlson et al. 2000, Carter et al. 2002; Österberg et al. 2009).

Social situation

- Fritid och hemarbete (AMM Lund)
- Socialt nätverk (Östergren 1991).

Personlighet/coping mm

- Swedish Universities Scales of Personality (Gustavsson et al. 2000)
- Prestationsbaserad självkänsla (Hallsten et al. 2005)
- Mastery (Pearlin & Liebermann 1981)
- Illness Perception Questionnaire (IPQ) är en modifierad och nedkortad form av ursprungliga formulär som mäter patientens antaganden och förväntningar kring sin sjukdom, dess orsaker, behandling, förlopp mm (Weinman & Petrie 1997)

1.3.2. Medicinsk bedömning

- Fysikaliskt och psykiskt status
- PrimeMD – strukturerad intervjumetod för screening av psykiatriska diagnoser (Spitzer et al. 1994).
- Konsumtion av tobak och alkohol – strukturerat formulär från AMM Lund
- Smärteckning (senaste 7 dagarna)

- Blodprov för screening av somatisk sjukdom som skulle kunna förklara eller starkt bidra till aktuell symtombild, såsom diabetes, anemi, ämnesomsättningsjukdomar (främst rubbad sköldkörtelfunktion), infektioner, glutenintolerans samt alkoholöverkonsumtion.

1.3.3. Intervjuformulär

- Första screening av belastning i arbetet respektive privatlivet
- Checklista över belastning i sex arbetsdimensioner
- Orsaker till och lösningar på sjukskrivning
 - Patientformulär
 - Arbetsledarformulär
 - Sammanfattningsformulär för patientens och arbetsledarens synpunkter

2. Förslag på implementering av ADA inom företagshälsovården (FHV)

2.1. Allmänt

Innan ett försök görs att implementera ADA inom en enskild FHV, är det väsentligt att läsa del 1 av denna manual, som summerar våra fleråriga erfarenheter av ADA. Först mot denna bakgrund är det möjligt att ta ställning till *om* och *på vilket sätt* stommen i ADA-metoden skulle kunna anpassas och implementeras i en enskild FHV.

Kärnan i ADA kan sägas vara att både patienten och arbetsledare, i separata intervjuer, på ett strukturerat sätt får redovisa sina tankar och förslag på hur patientens arbetssituation behöver förändras för att en hållbar återgång i arbete, och att de båda parterna sedan gemensamt får diskutera fram lösningar med stöd av sakkunniga. En annan central komponent i ADA är den initiala, allsidiga utredningen av patientens tillstånd och arbetsfaktorerna bakom utmattningstillståndet. Så länge dessa grundkomponenter kan bibehållas torde det finnas betydande möjligheter att i övrigt modifiera ADA efter de förhållanden och resurser som finns inom enskilda FHV-verksamheter. Vissa principiella skillnader kvarstår dock mellan ADA som den användes i utvärderingsprojektet (del 1 av denna manual) och användning inom FHV.

1. I utvärderingsprojektet av ADA var AMM-Lund en gentemot patientens arbetsgivare oberoende part, som representerade Region Skånes hälso- och sjukvård samt Lunds universitet. FHV är däremot inte en, av arbetsgivaren, oberoende aktör.
2. I utvärderingsprojektet hade AMM inte resurser att genomföra mer än ett enda konvergenssamtal per patient, medan FHV (med sin mer nära knytning till patientens arbetsplats) förmodligen kan ha möjlighet till ett *uppföljande konvergenssamtal*. Vi anar fördelar med en sådan uppföljning i åtminstone de fall där nya problem eller omständigheter har tillstött sedan det ursprungliga konvergenssamtalet.
3. Inom FHV torde finnas möjligheter att identifiera personer redan i förstadier av utmattning, dvs. *innan tillståndet lett till sjukskrivning*. Vi bedömer att ADA med fördel bör kunna tillämpas även i sådana situationer, i syfte att förebygga fortsatt utveckling mot utmattningssyndrom och sjukskrivning.

2.2. Bemanning

I det ovan beskrivna utvärderingsprojektet av ADA var hela tre personer i AMM-teamet involverade i varje patient. Vi bedömer dock att ADA är fullt möjlig att tillämpa även med en mindre personalinsats. Under senaste åren har ADA-metoden använts på prov vid några FHV-verksamheter, som har informerat oss att man haft utbyte av ADA-metoden även när den

tillämpats med endast *en* aktör från FHV, t ex en erfaren företagssköterska. Det kan därför vara befogat att understryka att det snarare är aktörens egen färdighet att arbeta med psykosociala frågor som är väsentlig, än aktörens formella meriter. Trots erfarenheterna från FHV att ADA kan tillämpas med minimal bemanning, vill AMM rekommendera att en **bemanning med minst två personer** tillämpas. Vi ser flera grundläggande fördelar med detta:

- **Att minst två personer från FHV har träffat och bedömt patienten möjliggör en diskussion** av de intryck man fått av patienten och torde bidra till att bedömningen av patienten och bakgrunden till aktuell ohälsa blir mer allsidig och balanserad.
- **Att minst två personer från FHV deltar i det kritiska konvergenssamtalet gör att fler nyanser och detaljer kan registreras och hanteras.** Således minskas risken för att FHV missuppfattar eller försummar att registrera delar av överenskommelsen. Att både läkare och psykolog/beteendevetare (el. motsvarande) deltar bidrar även till att allehanda frågor kring diagnos, behandlingsbehov, prognos och förändringsbehov i arbetet kan bemötas.
- **Som särskilt lämplig bedömer vi kombinationen av en somatisk specialist (läkare) och en psykosocial specialist (psykolog/beteendevetare eller motsvarande) vara, eftersom detta torde bidra till en bredd i bedömningen av patienten och i de åtgärdsförslag som ADA utmynnar i.** Förslagsvis bidrar läkaren främst i grundbedömningen av patienten (lab-prover och fysikalisk undersökning, diagnostik, behandlingsbehov), medan psykolog/beteendevetare främst bidrar med bedömning av stressorer (arbetsanarnes) och hantering av frågeformulär, intervju av patient och arbetsledare, sammanställning av underlaget inför konvergenssamtalet, samt har det huvudsakliga ansvaret för genomförandet av konvergenssamtalet.

2.2. Arbetsfördelning

Nedan följer några förslag på fördelning av arbetsuppgifterna i ADA. Dessa förslag bygger på att två aktörer från FHV deltar i ADA-interventionen. En konsekvens av nedbantningen till två aktörer (från originalmodellens tre aktörer) blir att psykologen/beteendevetaren (el. motsvarande) därmed tar över både kuratorns screeningintervju och den fördjupande psykologundersökningen i den ursprungliga ADA-modellen. Båda dessa delar kombineras således till *en* intervju, vilken vi nedan refererar till som *Screeningintervjun*.

2.2.1. Läkare

- **Hälsoundersökning, bedömning:**
 - Uteslutning av andra medicinska förklaringar till besvären (differentialdiagnostik, ev. inkl lab-prover)
 - Bedömning av behov av ytterligare provtagning eller remiss till annan vårdgivare
 - Ev. behov av aktuell medicinsk behandling
 - Ev. behov av information från annan, tidigare vårdgivare (t ex primärvård)

2.2.2. Beteendevetare/psykolog (el. motsvarande)

- **Screeningintervju (inkl. fördjupad bedömning):**
 - Före screeningintervjun ges patienten självskattningsformulär att besvara och skicka in/ta med
 - Intervjun ger pat tillfälle att med egna ord ge sin berättelse om bakgrunden
 - Värdering om sjukskrivningen *till betydande del* är relaterad till arbetet

- Identifiering av huvudsakliga problemområden och tecken på utmattningssyndrom (t ex med hjälp av nyutvecklade frågeformulär, se nedan 2.4)
- Systematisk check av de olika arbetsdimensioner som varit problematiska (se Mismatch-avsnittet i [checklistan på sid. 16-17](#))
- **Patientintervju (arbetsåtergångs-utredning):**
 - Fångar upp patientens fortsatta tankar sedan screeningintervjun
 - Grundlig diskussion av patientens uppfattning om vad som behöver förändras på arbetet, men ev. även beträffande patientens eget förhållningssätt, för att kunna återgå i arbete
 - Sammanfattning av den hittillsvarande bedömningen
 - Information till patienten om att nästa steg är att psykologen/beteendevetaren kommer att besöka arbetsplatsen för att intervjua arbetsledaren, *under förutsättning att patienten gett sitt informerade samtycke till detta*
- **Arbetsledarintervju (arbetsåtergångs-utredning):**
 - Få arbetsledarens syn på orsaker till sjukskrivningen och främst vad som behöver förändras för att underlätta arbetsåtergång
 - Ge arbetsledaren ett tillfälle att få diskutera sina allmänna frågor kring arbetsstress och hanterandet av sådant ur arbetsledarperspektiv
- **Sammanställning av arbetsåtergångs-utredning:**
 - Sammanställning av patientens och arbetsledarens perspektiv av orsaker till sjukskrivningen och behov av förändring av arbetet inför arbetsåtergång (se sammanfattningsblankett på [sid 20](#))

2.2.2. Gemensamt ansvar

- **Information till patienten:**
 - Om patienten bedöms aktuell för att delta i ADA ges han/hon muntlig och en kort skriftlig information om detta
 - för att få en tydlig bild av vad som kommer att ske
 - för att kunna ge sitt medgivande att delta eller ej
 - Ev. sammanfattning av resultatet av ADA-insatsen för patienten hittills.
- **Konvergenssamtal:**
 - Avstämning mellan psykolog/beteendevetare och läkare hur konvergenssamtal bör läggas upp utifrån sammanställningen av arbetsåtergångs-utredningen.
 - Ur ett mismatch-perspektiv och i dialog mellan patient och arbetsledare strävas efter att de båda parterna skall komma överens om hur arbetsåtergången skall underlättas. Några vanliga steg i detta är:
 - att kort sammanfatta vad de båda parterna tycks vara överens om, vilket kan ge en god start genom att betona samstämmigheten
 - att på ett diplomatiskt sätt nämna de punkter där parterna *inte* varit överens, och be dem utveckla sina tankegångar (undvik att redovisa vad parterna sagt i förtroende utan be dem istället själva utveckla sina tankar)
 - att gå igenom det som kan vara svårigheter eller hinder för arbetsåtergång och hur det kan lösas på dels kort sikt och dels lång sikt
 - att diskutera tidsperspektiv, möjligheter till gradvis arbetsåtergång, mm
 - att sammanfatta vad man kommit överens om och vad som är nästa steg

2.3. Aktiviteternas kronologiska följd

I den ursprungliga utvärderingen av ADA gjordes screeningintervjun av kurator, medan psykolog och läkare stod för en senare fördjupande bedömning. Det kan förmodas att ett sådant förfaringsätt rimmar illa med rådande rutiner inom företagshälsovården. Nedan visas förslag på tidsordning med två scenarios som vi antar kan vara relativt vanliga.

2.3.1. Scenario 1 – patientkontakten inleds med läkarbesök

Tidsföljd:

1. Läkarbesök inkl. värdering av tidigare sjukhistoria, labprover och diagnos. Läkare bedömer preliminärt att patienten kan vara lämplig att genomgå ADA och patienten samtycker till en intervju av psykolog/beteendevetare
2. Patienten tillsänds frågeformulär och fyller i och returnerar dem.
3. Screeningintervju (inkl fördjupad bedömning) görs av psykolog/beteendevetare.
4. Diskussion mellan läkare och psykolog/beteendevetare, varvid patienten fortsatt bedöms vara lämplig att genomgå ADA.
5. Patienten informeras muntligt och skriftligt om ADA och samtycker till att delta.
6. Patientintervju (arbetsåtergångs-utredning) görs av psykolog/beteendevetare.
7. Arbetsledarintervju (arbetsåtergångs-utredning) görs av psykolog/beteendevetare.
8. Sammanställningen av arbetsåtergångs-utredningen görs av psykolog/beteendevetare
9. Avstämning mellan psykolog/beteendevetare och läkare hur konvergenssamtalet bör läggas upp utifrån sammanställningen av arbetsåtergångs-utredningen.
10. Konvergenssamtal.

2.3.2. Scenario 2 – patientkontakten inleds med besök hos psykolog/beteendevetare (el. motsvarande)

Tidsföljd:

1. Screeningintervju (inkl. fördjupad bedömning) görs av psykolog/beteendevetare. Patienten ges frågeformulär och fyller i och returnerar dem.
2. Efter granskning av formulärdata bedömer psykolog/beteendevetare preliminärt att patienten kan vara lämplig att genomgå ADA och patienten samtycker till ett kompletterande läkarbesök.
3. Läkarbesök inkl. värdering av tidigare sjukhistoria, labprover och diagnos.
4. Diskussion mellan läkare och psykolog/beteendevetare, varvid patienten fortsatt bedöms vara lämplig att genomgå ADA.

(5-10 samma som i Scenario 1 ovan)

Sammanfattningsvis kan sägas att den kronologiska ordningen i de inledande kontakterna med t ex läkare och psykolog/beteendevetare kan varieras utan att detta på något avgörande sätt torde ändra värdet av ADA. Vidare kan en rad andra scenarios antas förekomma i praktiken, varför det är viktigt att tänka på att följande grundläggande struktur bör bibehållas:

1. Inled med en grundlig utredning/bedömning av besvärens uppkomst samt dess arbetsrelation, diagnostik och behandlingsbehov. I detta inledande möte är det väsentligt att patienten får *tillfälle att berätta sin berättelse för någon som har gott om tid att lyssna.*
2. Först därefter bör *gemensamt* (läkare och psykolog/beteendevetare) bedömas om patienten bör erbjudas ADA och, om så är fallet, om ADA bör påbörjas direkt eller först efter en tids behandling och återhämtning.
3. Punkterna 5-10 (se Scenario 1) bör följas i konsekvent ordningsföljd

4. Inget hindrar att man efter t ex ett antal månader har ett uppföljande samtal med patient (och ev. även arbetsledare) och därefter genomför ett uppföljande konvergenssamtal. Detta ligger dock strikt sett utanför den egentliga ADA-modellen.

2.4. Förslag på undersökningsmetoder

Följande skall ses som *förslag* på metoder som vi själva bedömt som effektiva och relevanta.

- **Frågeformulär som besvaras före screeningintervju**
 - LUCIE – Screeninginstrument för tidiga tecken på arbetsrelaterad utmattning
 - QPS-Mismatch – Screening av mismatch mellan individ och arbete
 - S-UMS – Självsfattning av Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom

De tre instrumenten ovan ingår i paketet LUQSUS som är tillgängligt för FHV: [LÄNK](#)
- 1. (Andra möjliga instrument finns listade ovan i avsnitt 1.3.1)
- **Screeningintervju**
 - Checklistan [Screeningintervju](#)
- **Medicinsk hälsoundersökning**
 - *Blodprover* : SR, B-Hb, B-vita, P-CRP, B-diff, P-CA, B-HBA1c, P-TSH, P-T4, S-metylmalonat, P-homocystein, S-CDT, S-Gliadin antikroppar (AGA).
 - *Fysikalisk undersökning*
 - *Smärtteckning*
 - Ev. *PrimeMD* eller annat formulär/metod för screening av psykiatrisk diagnos
- **Patientintervju (arbetsåtergångs-utredning)**
 - Intervju enligt formuläret [Patientintervju](#)
- **Arbetsledarintervju (arbetsåtergångs-utredning)**
 - Halvstrukturerat intervjuformulär [Arbetsledarintervju](#)

2.5. Begränsningar med ADA

Givetvis löses inte alla patientens problem genom ADA. För patienter med arbetsrelaterad utmattning kan vägen tillbaka till arbete och hälsa vara lång och slingrig och kräva en rad parallella insatser av olika typ. **Tillämpningen av ADA ersätter inte eventuella behov av andra behandlingsinsatser, t ex fysisk träning och samtalsbehandling.**

Institutet för stressmedicin (ISM) har en hemsida för vårdgivare som på ett bra sätt åskådliggör diagnostik, behandling och förlopp vid utmattningssyndrom (UMS):
<http://www.stressmedicin.com/sv/Institutet-for-stressmedicin/ISM/For-vardgivare/>

En kortversion av ISM:s vårdprogram för UMS 2011 finns att ladda ner här: [LÄNK](#)

Den kompletta versionen 2011 finns att ladda ner här: [LÄNK](#)

2.6. Hjälp med tillämpningen av ADA

AMM-Lund har senaste åren arrangerat seminarier om ADA för grupper av vårdgivare inom Södra sjukvårdsregionen som varit intresserade av att använda metoden (främst FHV-personal). Vi arrangerar gärna fler seminarier framöver i mån av intresse och resurser.

Samtidigt bedömer vi det som fullt möjligt att på egen hand prova att tillämpa ADA, förutsatt att man tillgodogjort sig innehållet i denna manual. I den mån frågor skulle uppstå om hur manualens anvisningar skall tolkas, är användaren välkommen att kontakta oss per telefon eller e-post:

Allmän information om ADA samt frågor om psykologundersökning:
Björn Karlson (psykolog), 046-222 91 17, bjorn.karlson@med.lu.se

Frågor om arbetsåtergångs-utredning:
Birgitta Pålsson (kurator), 046-17 31 74, birgitta.palsson@med.lu.se

Frågor om medicinsk undersökning:
Birgitta Malmberg (läkare), 046-17 37 01, birgitta.malmberg@med.lu.se

Referenser

- Beck AT, Steer RA, Garbin M: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988, 8:77-100.
- Carter N, Iregren A, Söderman E, Anshelm Olson B, Karlson B, Lindelöf B, Lundberg I, Österberg K. EUROQUEST – A questionnaire for solvent related symptoms. Factor structure, item analysis, and predictive validity. *Neurotoxicology* 2002;128:1-7.
- Chouanière D, Cassitto MG, Spurgeon A, Verdier A, Gilioli R. An international questionnaire to explore neurotoxic symptoms. *Env Res* 1997;73:70-2.
- Dallner M, Lindström K, Elo A-L, Skogstad A, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Ørhede E. Användarmanual för QPS Nordic. Frågeformulär om psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet utprovat i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Arbetslivsrapport 2000:19. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
Länk: <http://ammuppsala.se/sites/default/files/fhv-metoder/QPSnordic%20manual.pdf>
- Derogatis L: SCL-90-R. Administration, scoring & procedures. Manual-II. Edited by Inc. CPR. Towson (MD); 1992.
- Gustavsson JP, Bergman H, Edman G, Ekselius L, von Knorring L, Linder J. Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102: 217-25.
- Hallsten L, Josephson M, Torgén M. Prestationsbaserad självkänsla: en drivkraft i utbränningsprocesser och dess mätning. [Arbete & Hälsa 2005;4:1-35](#).
- Karlson B. Arbetsplatsinriktad utredning och intervention vid utmattning. [Bulletin 2005;23\(3\):6](#).
- Karlson B, Pålsson B, Åbjörnsson G. Arbetsplatsintervention vid utmattning – dialog hjälper. [Bulletin 2007;25\(4\):2](#).
- Karlson B, Pålsson B, Åbjörnsson G. Arbetsplatsbedömning - nödvändig vid sjukskrivning för utmattningssyndrom. [Bulletin 2007;25\(4\):1](#).
- Karlson B. Optimerad arbetssituation ger hållbar arbetsförmåga efter utmattning. [Bulletin 2009;27\(3\):1](#).
- Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, Österberg K. Return-to-work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study. *BMC Public Health* 2010;10:301.
Länk: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-301.pdf>
- Karlson B, Österberg K, Ørbæk P. Euroquest- the validity of a new symptom questionnaire. *Neurotoxicology* 2000;21(5):783-90.

- Kecklund G, Åkerstedt T. The psychometric properties of the Karolinska Sleep Questionnaire. *J Sleep Res* 1997;1 (Suppl):113.
Se även Länk: <http://www.stressforskning.su.se/pub/jsp/polopoly.jsp?d=12985>
- Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey Bass 1997. (Svensk utgåva: Sanningen om utbrändhet. Natur & Kultur, 1999.)
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP: MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. Edited by Press CP, Palo Alto, 1996.
- Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT. The stress process. *J Health Soc Behav* 1981;22:337–356.
- Richardsen AM, Martinussen M: Factorial validity and consistency of the MBI-GS across occupational groups in Norway. *Int J Stress Manag* 2005, 12:289-297.
- Socialstyrelsen: Utmattningssyndrom. Stockholm: Bjurner & Bruno; 2003.
Länk: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, DeGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG: Utility of a new procedure for diagnosing mental disorder in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994, 272(22):1749-1756.
- Weinman J, Petrie K. Illness perception: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res* 1997;2(42):113-116.
- Karlson B, Österberg K. LUQSUS — Ett nytt screeninginstrument för detektion av begynnande arbetsrelaterad utmattning. Rapport 22/2011 från Arbets- och miljömedicin i Lund. [LÄNK 1](#)
- Österberg K, Karlson B, Hansen Å-M. Cognitive performance in patients with burnout, in relation to diurnal salivary cortisol. *Stress* 2009;12(1):70-81. [LÄNK](#)
- Östergren P-O. Psychosocial resources and health - with special reference to social network, social support and cardiovascular disease (akademisk avhandling). Malmö: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Lunds universitet, 1991.

Screeningintervju - checklista

Namn: _____

Personnummer _____

Datum: _____

- **Tidsram** för samtalet fastställs.
- **Information** till patienten om programmet och syfte med screeningintervjun vilket är:
 - att ta reda på om patienten är lämplig och motiverad för att delta i programmet
 - att bedöma i vilken utsträckning sjukskrivningen är relaterad till faktorer i arbete respektive privatliv
- **Bakgrund**
 - Vad har hänt? (patientens spontana berättelse om utbränningsprocessen)
 - När startade processen?
 - Vilka förhållanden ligger bakom aktuell sjukskrivning?
 - Förlopp? Förväntningar?
- **Arbetsfaktorer (se även *Mismatch* nedan)**
 - Psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet som kan ha bidragit till ohälsa
 - t ex arbetskrav, kontroll, rollförväntningar, förutsägbarhet i arbetet liksom mobbning, socialt stöd av arbetskamrater respektive chef
- **Socialt nätverk**
 - Beskrivning av aktuellt socialt nätverk. Stöd och belastning.
 - Aktuell familjesituation
 - Make/maka hälsa i arbete/sjukskriven/pensionär/arbetslös?
 - Ev. barns hälsa
 - Arbetslöshet
 - Föräldrar/svärföräldrar, stöd/belastning
 - Vänner
- **Fritidsaktiviteter och möjligheter till återhämtning?**
- **Ekonomisk stress?**

Mismatch mellan arbetsvillkor och förmågor/förväntningar (Maslach & Leiter)
(om patienten redan har fyllt i *QPS-Mismatch* [se 2.4] kan det användas som utgångspunkt)

- **Krav**
 - Arbetsmängden för stor?
 - Arbetet är för svårt / krävande
 - intellektuellt?
 - emotionellt?
 - fysiskt?
 - Hinner inte det som måste göras?
 - Långa, intensiva arbetsperioder med otillräckliga pauser?
 - Arbetar så hårt att det drabbar fritiden/familjen?
- **Kontroll**
 - Oklart definierade mål?
 - Oklart ansvarsområde?
 - Bristande resurser att utföra arbetet?
 - Oförenliga krav / rollkonflikt?
 - Kan inte påverka när, var, hur arbetet skall utföras?

- **Ersättning/Erkänsla**
 - Ingen uppskattning/erkänsla från arbetsledare/arbetskamrater/kunder?
 - Arbetsuppgifter ej tillräckligt kvalificerade?
 - Ej rimlig lön för arbetet?
 - Bristande möjligheter till utveckling?
- **Gemenskap/stöd**
 - Bristande samarbete, tillit eller stöd mellan kollegor?
 - Ingen återkoppling och uppskattning från chef?
 - Tuff/rå atmosfär på arbetsplatsen?
 - Störande konflikter?
 - (Ensamarbete?)
- **Rättvisa**
 - Orättvis arbetsfördelning?
 - Låg respekt från chef/ledning?
 - Arbetsledaren är ej öppen/ärlig i sin information om organisationen?
 - Arbetsledare tar ej itu med problem så snart de uppkommer?
 - Ev. missförhållanden på arbetsplatsen diskuteras ej öppet?
 - Utvärderingar och befordran sker på osakliga grunder?
 - Ingen som bevakar patientens intressen?
- **Värderingar**
 - Arbetsuppgifter i konflikt med mot egna värderingar?
 - Måste kompromissa med kvaliteten i arbetet (ej stolt för utfört arbete)?
 - Målkonflikt mellan egna värderingar och organisationens värderingar?
 - Organisationen har internt motstridiga värderingar eller hycklar utåt?

Övrigt

- **Tidigare kontakter med psykiatrisk vårdgivare?**
 - Om ja, i vilken form och omfattning?
- **Aktuell funktionsnivå**
 - ADL, arbete/skola, fritidsintresse, sociala kontakter?
 - Vad fungerar/fungerar inte i vardagen?
 - Undviker pat något?
 - Vad skulle pat vilja göra som inte görs idag?
- **Självbild**
 - Prestationsbaserad självkänsla eller orimlig ambitionsnivå?
 - Vilka resurser/ kompetens tycker sig patienten ha/sakna?

Glöm inte...

- Ev. autoanamnes (som fyllts i hemma av patienten) avseende tidigare arbetsplatser och läkarkontakter. Ev. kompletteringar?
- Sjukskrivande läkare? (om annan än FHV-läkaren)
- Ifyllande av fullmakter? (t ex för rekvisition av journalkopior)
- Utdelande av blodprovsremiss ?
- Utdelande av frågeformulär? (om detta inte redan skett)
- Ev. skriftlig information om ADA?

Patientintervju inför konvergenssamtal

Namn: _____

Personnummer _____

Datum: _____

Arbetsplats: _____

Arbetsledare: _____

1. I vilken utsträckning anser patienten att sjukskrivningen är orsakad av förhållanden **på arbetet**? Helt
Delvis
Inte alls
-Vilka förhållanden? Vet ej

2. I vilken utsträckning anser patienten att sjukskrivningen är orsakad av förhållanden **utanför arbetet**? Helt
Delvis
Inte alls
-Vilka förhållanden? Vet ej

3. Har arbetsgivaren gjort något för att underlätta arbetsituationen *före* aktuell sjukskrivning? Ja
Nej
-Om ja, vad?

4. Har patienten *före* aktuell sjukskrivning själv försökt få några förändringar till stånd? Ja
Nej
-Om ja, vilka?

5. Patientens egna förslag för återgång i arbete?

6. Har arbetsgivaren gjort något för att underlätta *återgång* i arbete? Ja
Delvis
-Om ja, på vilket sätt? Nej

Arbetsledarintervju inför konvergensamtal

Patientens namn: _____

Patientens personnummer: _____

Datum: _____

Arbetsplats: _____

Arbetsledare: _____

1. I vilken utsträckning anser arbetsledaren att den anställdes
sjukskrivning är orsakad av förhållanden **på arbetet**? Helt
Delvis
-Vilka förhållanden? Inte alls
Vet ej

2. I vilken utsträckning anser arbetsledaren att den anställdes
sjukskrivning är orsakad av förhållanden **utanför arbetet**? Helt
Delvis
-Vilka förhållanden? Inte alls
Vet ej

3. Har arbetsgivaren/arbetsledaren gjort något för att underlätta
arbetsituationen *före* aktuell sjukskrivning? Ja
Nej
-Om ja, vad?

4. Har den anställda *före* aktuell sjukskrivning själv försökt få några
förändringar till stånd? Ja
Nej
-Om ja, vilka?

5. Arbetsledarens egna förslag för återgång i arbete?

6. Har arbetsgivaren gjort något för att underlätta *återgång* i arbete? Ja
Delvis
-Om ja, på vilket sätt? Nej

Sammanfattning av patient- och arbetsledarperspektiv inför konvergenssamtal

	Patient	Arbetsledare
1. I vilken utsträckning anses sjukskrivningen orsakad av förhållanden på arbetet ? - Vilka förhållanden?	Helt Delvis Inte alls Vet ej	Helt Delvis Inte alls Vet ej
2. I vilken utsträckning anses sjukskrivningen orsakad av förhållanden utanför arbetet ? - Vilka förhållanden?	Helt Delvis Inte alls Vet ej	Helt Delvis Inte alls Vet ej
3. Har arbetsgivaren gjort något för att underlätta arbetssituationen <i>före</i> aktuell sjukskrivning? - Om ja, vad?	Ja Nej	Ja Nej
4. Har patienten <i>före</i> aktuell sjukskrivning själv försökt få några förändringar till stånd? - Om ja, vilka?	Ja Nej	Ja Nej
5. Parternas egna förslag för återgång i arbete?		
6. Har arbetsgivaren gjort något för att underlätta <i>återgång</i> i arbete? - Om ja, på vilket sätt	Ja Delvis Nej	Ja Delvis Nej

