KLINISK HANDBOK FÖR LUQSUS-K

En praktisk guide för användning av LUQSUS-K
i samband med utredning, sjukskrivning och rehabilitering
av misstänkt stressrelaterad utmattning

Version 1.1, den 1 februari 2019

Uppdaterad november 2026 med nya Internet länkar till LUQSUS-K

Artur Tenenbaum

Kai Österberg

© 2019 Hälsan & Arbetslivet, Region Västra Götaland
och Arbets- och miljömedicin, Lunds universitet

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

LUNDS UNIVERSITET

Version 1.1 av KLINISK HANDBOK FÖR LUQSUS-K

Bästa läsare,

Du håller i din hand en klinisk handbok med syfte att vara till hjälp i samband med arbete med patienter som konsulterar dig pga. stressrelaterad ohälsa.
Handboken är utvecklad och uppdaterat inom Hälsan & Arbetslivet under 2016-2019.

Sedan publiceringen av den första versionen 1.0 (april 2017) har Klinisk Handbok för LUQSUS-K vidareutvecklats utifrån brukarnas värdefulla synpunkter och uttryckta behov. Framförallt har texten uppdaterats och utökats på följande punkter:

- Avsnittet om användning av LUQSUS-K och andra metoder i samband med sjukskrivning, mot bakgrund av att…
    - Försäkringskassans har infört nytt Läkarintyg för sjukpenning (FK 7804)
    - Socialstyrelsen har uppdaterat det försäkringsmedicinska beslutstödet för Utmattningssyndrom ICD-10 F43.8A, genom en uppdelning uppdelat på två grupper av patienter i akuta fasen och med kvarstående kognitiva problem.
    - Riksrevisionens samlade bedömning är att läkare inom primärvården har stora svårigheter att leva upp till Försäkringskassans krav vid sjukskrivning för psykisk ohälsa. (RiR 2018:11)
    - En ny lag om ”Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete” trädde i kraft 1 juli 2018
- Beskrivningen av verktyget LUQSUS-K har uppdaterats till dess senaste version (v. 3.1)

De senaste internationella publikationerna om LUQSUS-K finner du här:
Bologna 2018 – se sid 192 i ”Abstract Book”
Harvard 2018

Aktuell vetenskaplig information om LUQSUS-K finner du här: Länk

Vårt Tack!

Vi vill varmt tacka följande kollegor och medarbetare som bidragit med att granska den uppdaterade versionen av Klinisk handbok för LUQSUS-K.

Ewa Book, Enhetschef, Hälsan & Arbetslivet, Södra Älvsborg
Eva Ulvsgärd, Företagssköterska, Hälsan & Arbetslivet, Fyrbodal
Karin Blomvé, Läkare, Specialist i Arbets- och Rehabiliteringsmedicin, Funktionssamordnare för läkare, Hälsan & Arbetslivet, Göteborg
Karin Starzmann, läkare, MD, PhD, Närhälsan Skaraborg, Västra Götalandsregionen
Peter Munck af Rosenschöld, VD, Sveriges Företagshälsor
Stefan Gram, Företagsläkare, Chefläkare/Studierektor, Feelgood, Malmö
Stefan Magnusson, PhD, Läkare, Medicinskt ledningsansvarig, Hälsan & Arbetslivet, Göteborg

Vi vill understryka att vi inte alltid har följt förslagen från granskarna, så ansvaret för innehållet i denna handbok är helt författarnas.

Vi planerar att successivt utveckla handboken utifrån de synpunkter som läsekretsen ger oss.
Synpunkter på handbokens innehåll kan sändas till följande adresser:

artur.tenenbaum@vgregion.se
kai.osterberg@psy.lu.se

Även vårt stora tack till de många som granskade föregående version!

Vi vill varmt tacka medarbetare vid Hälsan & Arbetslivet och andra som bidragit med att granska preliminära versioner av handboken och som har gett oss uppslag till viktiga förbättringar:

Ari Kokko, HR-strateg, Koncernkontoret, Koncernstab HR, Västra Götalandsregionen
Bo Eriksson Wallbäcks, Förvaltningschef, FöretagsHälsan i Region Gävleborg
Bobby Ljung, Ekonomichef, Ledning Hälsan och Stressmedicin, Västra Götalandsregionen
Carita Håkansson, Docent, Forskargruppschef, Avd. för arbets- och miljömedicin, Lunds universitet
Christina Lundahl, FHV-sekreterare, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborg
Curt Edlund, PhD, Koordinator för forskningsnätverk i Socialförsäkringsforskning SPID
Erik Strengbom, Leg. psykolog, Spec. i arbets- och org.-psykologi, Arbetsmiljöenheten, Region Jönköpings län
Eva Ulvsgärd, Företagssköterska, Hälsan & Arbetslivet, Fyrbodal
Ewa Book, Enhetschef, Hälsan & Arbetslivet, Södra Älvsborg
Göran Karlsson, Leg. Psykolog/MBA, Organisationskonsult, Hälsan & Arbetslivet, Uddevalla.
Helen Stolt, Chefssekreterare, Ledning Hälsan och Stressmedicin
Iréne Johansson, Utvecklingsledare, Administrativ enhet, Skaraborgs Sjukhus, Skövde
Jörgen Thorn, Docent, Sjukhusdirektör, Skaraborgs Sjukhus
Karin Blomvé, Rehab- och företagsläkare, Funktionssamordnare för läkare, Hälsan & Arbetslivet, Göteborg
Lisa Eriksson, Leg. fysioterapeut, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborg
Louise Ahlgren, Samverkansansvarig på Försäkringskassan i Skaraborg, Skövde
Malin Jalonen Nilsson, Projektledare för mobiliseringsinitiativet, Försäkringskassan Väst, Göteborg
Mats Henriksson, Företagsläkare, Hälsan & Arbetslivet, Södra Älvsborg
Mirko Ivanovic, Förvaltningschef, Hälsan och Stressmedicin, Västra Götalandsregionen
Monica Isaksson, Företagssköterska, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborg
Per Aronsson, Verksamhetsutvecklare IT, Hälsan och Stressmedicin, Göteborg
Per Olevik, Företagsläkare, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborg
Robert Ideholt, HR-specialist, HR-stab, Skaraborgs Sjukhus, Skövde
Roger Persson, Docent, Avdelningsföreståndare, Institutionen för psykologi, Lunds universitet
Stefan Andersson, HR-strateg, HR-stab, Skaraborgs Sjukhus, Skövde
Stefan Magnusson, PhD, Läkare, medicinskt ledningsansvarig, Hälsan & Arbetslivet, Göteborg
Stina Borén, Företagsläkare, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborg
Ulla Werlenius, Företagsläkare, Medicinskt ledningsansvarig, Hälsan & Arbetslivet, Södra Älvsborg
Ulrika Holst, Leg. psykolog, Organisationskonsult, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborg
Yvonne Jansson, Organisationskonsult, Hälsan & Arbetslivet, Skaraborg

Därtill vårt tack även till många andra som gett oss synpunkter och tips i samband med publika presentationer av preliminära versioner av Klinisk handbok.

Ett särskilt tack till FORTE-centrum *METALUND* som finansierat delar av skrivarbetet av föregående version av Klinisk handbok för LUQSUS-K (v. 1.0)

Innehåll

FÖRORD 6
Om författarna 7
BAKGRUND OCH SYFTEN 8
Målgrupp 8
Vad är LUQSUS-K? 8
Handbokens syften 8
KLINISK ANVÄNDNING AV LUQSUS-K FÖR PATIENTBEDÖMNING 10
Utgångspunkter 10
Användningsområden 10
Tidig upptäckt av risk för ohälsa 10
Hjälp vid diagnostik 11
Stöd vid framtagande av rehabiliteringsplan 11
Stöd vid val av interventioner 11
Uppföljning vid rehabilitering 12
Rutiner för utredning/diagnostik 12
Det första besöket och uppföljningen 12
Hur distribueras LUQSUS-K-blanketter inför patientens besök? 12
Information till patienten 14
Diagnostik 15
Hur informeras patienten om sina resultat? 17
Rutiner för behandling/rehabilitering 19
Om behandling *inte* görs inom företagshälsovården 19
Behandlingsmetoder vid stressorsakad psykisk ohälsa 19
Rehabiliteringsplanering 20
Sammanfattande överblick av arbetsgången vid klinisk utredning 27
ANVÄNDNING AV LUQSUS-K OCH ANDRA METODER I SAMBAND MED LÄKARINTYG 30
Om sjukskrivning 30
Individperspektiv 30
Nyheter 31
Rehabiliteringskedjan 32
Viktiga hållpunkter för sjukskrivning 33
Hur kan resultat från LUQSUS-K användas i sjukskrivningsdokumentation? 34
ICF 36
Allmänt om ICF 36
Definitioner 37
Förenklad tillämpning via lathund 38
Användning av LUQSUS-K-resultat i samband med ICF-bedömning 38
Aktivitetsförmågeutredning – vilka krav ställer yrket/arbetet på individen? 45
ANVÄNDNING AV LUQSUS-K I FÖREBYGGANDE SYFTE 47
Kartläggning/utredning av arbetsgrupper 47
Exempel på kartläggning och intervention på en vårdavdelning 47
Exempel på pågående kartläggningar och interventioner 50
Exempel på screening av stora personalgrupper med LUQSUS-K distribuerad via Internet 50
Kartläggning och intervention på gruppnivå där Företagshälsovården (i detta exempel H&A) och Human Resources(HR)-avdelningen samverkar. 51
FRÅGOR OCH SVAR 53
REFERENSER 56

BILAGA 1. LUQSUS-K-paketet 61
BILAGA 2. Blanketten *Insatser för individ* 65
BILAGA 3. Patientexempel 66
BILAGA 4. Exempel på rutin för scanning av resultat. 72
BILAGA 5. Läkarintyg för sjukpenning (FK 7804) 74
BILAGA 6. Flödesschema på ”Sjukskrivningsprocessen”. 78
BILAGA 7. Lathund för ICF-koder tillämpliga vid utredning av misstänkt stressrelaterad utmattning. 79
BILAGA 8. Blanketten *Chef-Medarbetarskattning av nuvarande funktion i arbete* 80
BILAGA 9. Exempel på resultatredovisningar som ingår i LUQSUS-K v.3.0 för gruppundersökning. 81
BILAGA 10. Information vid arbetsgruppsundersökningar med webb-enkät. 88

FÖRORD

Idag är mild psykisk ohälsa den förmodligen vanligaste orsaken till långa sjukskrivningar i Sverige. En OECD-rapport från 2013 konstaterar att psykisk ohälsa i arbetslivet kostar den svenska ekonomin 70 miljarder kronor årligen och Sverige rekommenderas att bl.a. förbättra behandlingsinsatserna tidigt i sjukdomsförloppet och underlätta ”rapid return to work” (OECD, 2013). I syfte att identifiera begynnande stressymptom hos en individ och kartlägga på vilka sätt passformen mellan individ och arbete sviktar, anser vi att instrumenten i *LUQSUS-K* kan vara en god hjälp i den kliniska vardagen; således både för att upptäcka ”var skon klämmer” och för att gradera tyngden av symptom. Tidig upptäckt i kombination med behandling och arbetsanpassning kan oftast dämpa stressymptomen i dess linda (Peterson et al. 2008) − och därmed bromsa en utveckling mot svårare stressrelaterad ohälsa som utmattningssyndrom och undvika en lång och komplicerad rehabilitering.

Man kan dock fråga sig varför denna *kliniska* handbok till LUQSUS-K skulle behövas? Det finns redan en utförlig manual där de separata instrumenten KEDS, LUCIE, s-UMS och QPS-Mismatch är beskrivna när det gäller användningsområde, utveckling, administration, poängsättning och tolkning av resultat. I LUQSUS-K-manualen har redan en lång rad vanliga frågor om tillämpning och tolkning besvarats. Varför behövs då även en *klinisk* handbok?

Jo, LUQSUS-K har använts under drygt åtta år och i den kliniska vardagen gett många erfarenheter som faller utanför instruktionerna i den grundläggande manualen. Vi anser att det är värdefullt att förmedla dessa erfarenheter till dem som vill använda LUQSUS-K i kliniska sammanhang. Erfarenheterna handlar om allt från praktiska frågor, som t ex hur man lämpligen distribuerar formulär och hur resultaten kan återkopplas till patienten, till mer övergripande bedömningar som vilka kombinationer av resultat som kan förekomma och vad de kan betyda. En omdömesgill tolkning av resultaten kan även vägleda valet av behandlingsinsatser och intervention på arbetsplatsen, hur och när uppföljning med LUQSUS-K kan vara lämplig och hur resultaten kan användas praktiskt i ställningstagande till sjukskrivning och arbetsåtergång. Vi vill också förmedla hur den samlade bedömningen och planeringen kan kommuniceras till Försäkringskassan och till patientens arbetsgivare. Med denna handbok vill vi således **förmedla våra erfarenheter av LUQSUS-K instrumenten i ett praktiskt-kliniskt sammanhang; hur resultaten kan användas på ett optimalt sätt – och hur man undviker onödiga problem.** I *Klinisk handbok* beskriver vi en fungerande arbetsmodell som utvecklats vid *Hälsan & Arbetslivet* som är Västra Götalands-regionens interna företagshälsovård. För att illustrera volymen av dessa erfarenheter vid Hälsan & Arbetslivet kan nämnas att antalet *kontakttillfällen* med individuella arbetstagare kring upplevd psykisk belastning var över 20.000 under 2015-2018.

Vi vill samtidigt understryka att LUQSUS-K-verktyget måste hanteras på ett kliniskt skickligt sätt, både i administration och i tolkning. LUQSUS-K-resultaten *som sådana* är inte värda mycket om inte användaren är kunnig i att administrera instrumenten och bedöma resultatet på ett omdömesgillt sätt. **Därför är användarens professionella kompetens och omdöme det som avgör om LUQSUS-K-resultaten blir meningsfulla bidrag i användarens kliniska bedömning.** Principen är på intet sätt unik för LUQSUS-K utan gäller alla metoder för diagnostik och funktionsbedömning. LUQSUS-K är därför bara ett *verktyg*; resultaten kan ha ett mervärde − men uteslutande för professionella användare.

Även en skicklig och erfaren kliniker kan känna ett initialt motstånd inför att lägga till LUQSUS-K-metoden i den vardagliga rutinen. Vi hoppas dock att denna handbok ska kunna inspirera till en harmonisk kombination av vedertagen klinisk rutin och den extra information som LUQSUS-K kan ge. Vår erfarenhet är att LUQSUS-K-resultaten oftast bidrar till en mer effektiv, konsekvent och lätthanterlig handläggning av patienter med misstänkt stressproblematik. Vi har strävat efter att innehållet i handboken skall **guida klinikern på ett konkret och praktiskt sätt**, dvs. underlätta och berika bedömningen och behandlingen av den enskilde patienten. Vi erfar att användningen av LUQSUS-K-verktygen i kombination med moderna metoder för behandling/intervention ofta leder till en tidigare i återgång i hållbart arbete. Förslag på lämpliga behandlingar/interventioner återfinns i handboken.

Lyckas vi tidigt upptäcka tecknen på de allt vanligare stressrelaterade hälsobesvären – och förmår karakterisera och åtgärda orsakerna – har vi inte bara hjälpt enskilda patienter, då har vi även gjort en insats för folkhälsan och välfärden.

”Om du har fått in en sten i din sko och stenen skaver foten
– då behöver du i första hand varken meditation eller motion.
Varken nyandlighet eller aromaterapi.
Du behöver snöra upp skon och – ta ut stenen!”
(Lennart Levi)

Vi önskar läsarna stor behållning av denna handbok.

1 februari 2019

Artur och Kai

Om författarna

Artur Tenenbaum är leg. läkare, specialist i allmän- och rehabiliteringsmedicin, i allmän- och ortopediskt kirurgi samt i företagshälsovård. Artur ingår i den nationella branschföreningens styrelse för *Sveriges företagshälsor* https://www.foretagshalsor.se/.
Artur är verksam som företagsläkare vid *Hälsan & Arbetslivet* som är Västra Götalands-regionens interna företagshälsovård för 55 000 regionanställda. Artur har lång klinisk erfarenhet av användning av LUQSUS-K, omfattande över 700 skattningar av individer och flera undersökningar av personalgrupper. I denna handbok har Artur svarat för den övergripande redovisningen av de kliniska erfarenheterna och rekommendationerna kring LUQSUS-K, inklusive erfarenheter av LUQSUS-K i förebyggande arbete med arbetsgrupper och rekommendationer kring funktions- och aktivitetsbedömning i samband med sjukskrivning/läkarintyg.

Kai Österberg är docent, leg. psykolog och specialist i klinisk psykologi (utredning/diagnostik).
Kai har tillsammans med framlidne professor Björn Karlson utvecklat LUCIE och QPS-Mismatch, samt har skapat programpaketet LUQSUS-K. Kai är verksam som universitetslektor vid *Institutionen för psykologi, Lunds universitet,* och även knuten till *Avd. för arbets- och Miljömedicin, Lunds universitet*.
I denna handbok har Kai bidragit med metodbeskrivningar kring LUQSUS-K-instrumenten och har svarat för allmän redigering.

BAKGRUND OCH SYFTEN

Målgrupp

Denna handbok syftar till att underlätta användningen av LUQSUS-K i kliniskt arbete för personal vid svenska företagshälsovårdsenheter. Handbokens innehåll bygger på fleråriga erfarenheter av klinisk användning av LUQSUS-K vid Hälsan & Arbetslivet. Även personal inom andra typer av verksamheter, såsom t ex primärvård och psykiatri, kan förmodligen finna handboken praktiskt värdefull. Handboken vänder sig i första hand till personal med självständigt utrednings- och behandlingsansvar, dvs. av Socialstyrelsen legitimerad personal såsom t ex leg. läkare, leg. sjuksköterska, leg. psykolog och leg. fysioterapeut. För att innehållet i denna handbok skall vara begripligt krävs att läsaren är fullt förtrogen med metoden LUQSUS-K, såsom den beskrivs i LUQSUS-K-manualen (se rutan nedan).

Vad är LUQSUS-K?

LUQSUS-K är ett paket med skattningsskalor av olika ursprung, som har utvecklats i syfte att erbjuda bl.a. företagshälsovård och primärvård en lättanvänd klinisk verktygslåda för att underlätta identifierandet av förstadier av utmattningssyndrom samt vilka aspekter i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som upplevs belastande.

LUQSUS-K omfattar fyra formulär framtagna vid tre olika universitetskliniker i Lund, Göteborg och Stockholm i syfte att kunna karakterisera belastning och stressymptom:

- **LUCIE** = Lund University Checklist for Incipient Exhaustion från Avd. för arbets- och miljömedicin, Lunds universitet (Persson et al. 2016; Österberg et al. 2016; Tenenbaum et al. 2018)
- **QPS-Mismatch** = Passform mellan individ och arbete; från Avd. för arbets- och miljömedicin, Lunds universitet, med frågor hämtade från QPS Nordic (Dallner et al. 2000)
- **s-UMS** = Självskattat utmattningssyndrom, utvecklat vid Institutet för Stressmedicin och Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet (Glise et al. 2010; se även Wiegner et al. 2015)
- **KEDS** = Karolinska Exhaustion Disorder Scale, utvecklat vid Karolinska institutet (Besér et al. 2014)

En summarisk översikt av de enskilda instrumentens egenskaper återfinns i Bilaga 1.

LUQSUS-K har sammanställts vid Arbets- och Miljömedicin, Lunds universitet. LUQSUS-K är tillgängligt utan kostnad via portalen fhvmetodik.se: http://fhvmetodik.se/luqsus/

För att kunna få utbyte av denna handbok förutsätts det att användaren redan är förtrogen med innehållet i manualen för LUQSUS-K: http://fhvmetodik.se/luqsus/

Handbokens syften

Syftet med denna handbok är att ge konkret vägledning om hur LUQSUS-K kan utnyttjas för att förbättra/underlätta klinisk bedömning och val av behandling för personer med misstänkt utmattningssyndrom eller förstadier av utmattningssyndrom. Handboken är således med avsikt

ytterst praktiskt orienterad och utgör därmed ett komplement till den grundläggande LUQSUS-K-manualen som ger mer tekniska och teoretiska perspektiv på LUQSUS-K-instrumenten.

I handboken talar vi som regel om *läkarens* användning av LUQSUS-K i olika sammanhang. Det bör därför poängteras att **LUQSUS-K lika väl kan användas av t ex organisationskonsult, psykolog, företagssköterska, fysioterapeut, ergonom och arbetsterapeut**. Det helt avgörande är användarens förtrogenhet med området stressrelaterad psykisk ohälsa och dennes kunskaper om LUQSUS-K-instrumentens användning och tolkning − inte användarens specifika profession. Bortsett från avsnittet om sjukskrivning och läkarintyg, som mer specifikt berör läkares arbetsuppgifter, kan termen ”läkare” ersättas med t ex ”professionell användare” i handbokens övriga delar. För läsvänlighetens skull har vi dock valt den enkla termen *läkare* genomgående.

Vi har i handbokens sista del också inkluderat några exempel på hur LUQSUS-K-instrumenten kan användas vid gruppundersökningar i *icke-kliniska* sammanhang, t ex för att granska stresstecken och upplevd passform mellan individ och arbete före och efter en organisationsförändring. Det har *inte* varit vårt syfte att ge en uttömmande beskrivning av användningen av LUQSUS-K i samband med gruppundersökningar (vilket skulle kräva en separat handbok), utan snarare att summariskt illustrera möjligheterna i sådana sammanhang.

Det exempel på en fungerande klinisk arbetsmodell som ges i denna handbok bör naturligtvis *inte* ses som en modell som slaviskt måste följas till punkt och pricka för att nå ett tillfredsställande slutresultat. Snarare vill vi visa på ***en*** modell som fungerar i praktiken och samtidigt försöka redovisa de överväganden som ligger bakom utformningen av de olika stegen i utrednings- och rehabiliteringsprocessen. Den enskilde användaren kan naturligtvis behöva anpassa modellen till de förhållanden som gäller i den egna verksamheten.

KLINISK ANVÄNDNING AV LUQSUS-K FÖR PATIENTBEDÖMNING

Utgångspunkter

Vid användning av LUQSUS-K behöver användaren kunskaper och färdigheter avseende:

- metod
- formulär
- tolkning

Vidare krävs att **tillräcklig tid** reserverats för användandet.

Vid användning av LUQSUS-K krävs också ett väl genomtänkt förhållningssätt gentemot patienten för att skapa optimala förutsättningar för ett bra resultat, t ex:

Före ifyllande av formulär

- Att patienten förstår syftet med varje frågeformulär, har getts klara instruktioner om hur varje formulär skall besvaras och känner sig motiverad att besvara dem

Under ifyllande

- Att ifyllandet sker på en tyst, avskild skrivplats med god belysning
- Att patienten kan få hjälp om något är oklart, så att *samtliga* frågor besvaras

Efter ifyllandet

- Att LUQSUS-K-resultaten tolkas på ett omdömesgillt sätt
- Att LUQSUS-K-resultaten förklaras på ett för patienten klart och begripligt sätt
- Att LUQSUS-K resultaten integreras med övrig klinisk information till en begriplig helhet där patientens synpunkter tillvaratas

I de följande avsnitten i detta kapitel utvecklar vi i detalj dessa krav och hur de på enklaste sätt kan uppfyllas. Observera dock att användaren måste vara väl påläst på innehållet i manualen för LUQSUS-K (se: http://fhvmetodik.se/luqsus) för att kunna tillgodogöra sig informationen nedan.

Användningsområden

LUQSUS-K kan användas i olika syften, t ex att förbygga risk för ohälsa, som hjälp vid diagnostik, som stöd vid val av interventioner, samt vid uppföljning av rehabilitering:

Tidig upptäckt av risk för ohälsa

LUQSUS-K kan användas redan vid svag misstanke om ogynnsam psykosocial arbetsbelastning. En screening med QPS-Mismatch kan avslöja tecken på bristande passform mellan individens förmågor och arbetskraven, samtidigt som t ex LUCIE kan avslöja graden av stressymptom. Frikostig användning av LUQSUS-K kan bidra till tidig upptäckt av problem kopplade till arbetet och hur patienten hanterar situationen, och därmed motivera tidig intervention som syftar till att förhindra försämring och i förlängningen fullt utvecklad sjukdom, såsom utmattningssyndrom, där sjukskrivningarna tenderar att bli långa.

Hjälp vid diagnostik

Instrumenten i LUQSUS-K kan också användas för att underlätta och precisera vid diagnostik av stressrelaterad psykisk ohälsa. Vänligen observera följande:

Det bör understrykas att det **alltid krävs en *klinisk* diagnos** med differentialdiagnostiska överväganden (t ex utmattningssyndrom F43.8A, ångest F41.9P eller depressiv episod F32).
Det går således ***inte*** att ställa diagnos enbart utifrån ett resultat i t ex LUCIE, s-UMS eller KEDS.

och att

Innan klinisk diagnos Utmattningssyndrom F43.8A kan ställas måste det alltid övervägas om samsjuklighet med annan psykisk ohälsa kan föreligga, t ex depression och/eller ångest. Nedan följer ICD-10-klassifikationer inom området reaktioner på svår stress (Socialstyrelsen 2018, sid 190-191)**. För en kliniker är det en medicinsk helhetsbedömning där diagnoskoden anges med så många positioner som möjligt:**

Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress F 43
- Akut stressreaktion F43.0
- Posttraumatiskt stressyndrom F43.1
- Anpassningsstörning F43.2
- Andra specificerade reaktioner på svår stress F43.8
  - *Utmattningssyndrom F43.8A*
  - *Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom F43.8W*
- Reaktion på svår stress, ospecificerad F43.9P

samt tänk även på att

Om individen uppfyller kliniska kriterier för utmattningssyndrom anges detta som diagnos och koden F43.8A skall anges i högra rutan på läkarintygets ruta 4. Har individen flera diagnoser är det viktig att alla är angivna då summan påverkar bedömningen av rätt till sjukpenning.

Stöd vid framtagande av rehabiliteringsplan

Resultaten i LUQSUS-K-instrumenten kan även användas som stöd vid framtagandet av en **realistisk rehabiliteringsplan**. Lämpligen görs detta i samverkan med patientens närmaste chef. Rehabiliteringsplanen kan, då detta är lämpligt, tas fram vid ett trepartssamtal enligt metodiken *ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång* (ADA) (Karlson & Österberg 2014; Karlson et al. 2010; Karlson et al. 2014; Eskilsson et al. 2017). Med ADA görs separata intervjuer med arbetsledare och patient kring bakgrunden till patientens sjukskrivning och vad som kan behöva förändras för att underlätta arbetsåtergång. Därefter hålls ett gemensamt dialogmöte med parterna för att definiera problemet och komma överens om förändringar och en plan för arbetsåtergång skapas.

Stöd vid val av interventioner

Resultaten i LUQSUS-K kan användas som stöd vid val av lämpliga interventioner. Exempel på sådana kan vara tillfällig ändring/anpassning av arbetsschema, anpassning av den fysiska arbetsmiljön och anpassning av arbetsbelastningen. Dvs. organisatoriska åtgärder som syftar till att förbättra arbetssituationen för en individ (eller en grupp) som förefaller vara i riskzonen för att utveckla stressymptom eller utmattning.

Uppföljning vid rehabilitering

LUQSUS-K kan också användas vid *uppföljning* av rehabilitering. Här hämtas aktuell information om individens välbefinnande och funktion vilket ger förutsättningar att följa dennes reaktioner på stegvis utökad arbetsbelastning/arbetstid så att lämplig nivå uppnås vid succesiv arbetsåtergång. Det kan också handla om att hitta rätt tidpunkt för arbetsåtergång efter hel sjukskrivning. Instrumenten LUCIE och QPS-Mismatch bör dock i första hand användas för individer *i arbete* eftersom frågorna avser aktuella reaktioner på förhållanden på arbetsplatsen. Vid uppföljning av rehabilitering bland individer som är helt sjukskrivna kan användas instrumenten *Karolinska Exhaustion Disorder Scale* (KEDS) och eventuellt även *Självskattat utmattningssyndrom* (s-UMS) i stället för LUCIE.

Rutiner för utredning/diagnostik

Användaren av LUQSUS-K bör vara väl förberedd på tidsåtgången för distribution av formulären, informationen till individen och användningen av resultaten i sin diagnostiska process:

Det första besöket och uppföljningen

Tidsåtgången för ett läkarbesök[1] inklusive LUQSUS-K för en patient med svåra stressymptom kan uppskattas till omkring **90 minuter**. Enligt vår erfarenhet av patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa bör särskild vikt läggas vid att skapa en lugn och förtroendefull kontakt redan vid det inledande besöket. Detta är väl använd tid. Det är viktigt att patienten efter det första besöket känner trygghet och har kunskap om hur planeringen framåt ser ut. Detta medför också att de kommande uppföljningsbesöken tar kortare tid.

Hur distribueras LUQSUS-K-blanketter inför patientens besök?

Individer med stressrelaterade symptom som kontaktar företagshälsovården med önskan att få hjälp med för hög stressbelastning erhåller ofta tid hos en företagsläkare. Denne kan distribuera formulären på två sätt:

1. **Patienten fyller i formulären i förväg**
    a. Formulären sänds till patienten i god tid före läkarbesöket, t ex genom brevutskick med information (se nedan) och formulär. Patienten tar med de ifyllda formulären till läkarbesöket.
    b. Formulären besvaras någon dag före läkarbesöket. Medicinsk sekreterare eller annan lämplig yrkeskategori ger information om ifyllandet, anvisar lämplig lokal och tar ansvar för inmatning av svaren i beräkningsprogrammet för LUQSUS-K, samt förser läkare/journal med en papperskopia av resultaten.
    c. Omedelbart före läkarbesöket, varvid medicinsk sekreterare eller annan ombesörjer hanteringen enligt (1b) ovan.
2. **Patienten fyller i formulären under själva läkarbesöket…**

[1] Av praktiska skäl använder vi i handboken genomgående termen *läkare* som synonym för ”professionell användare”, men givetvis kan en rad andra yrkesutövare ha lika god nytta av att använda av LUQSUS-K-instrumenten. (Se kommentar på sid 9.)

Läkaren sköter hela processen på sin expedition. Vid kontakten med patienten avgör sedan läkaren när (och om) det är lämpligt att formulären ifylls – och vilka formulär. Det är som regel lämpligt att börja med LUCIE, därefter QPS-Mismatch, samt vid behov sedan s-UMS och slutligen KEDS. Praktiskt kan man utforma ifyllandet av LUQSUS-K-formulären på så sätt att patienten under ifyllandet har möjlighet att ställa frågor om något är oklart, samtidigt som läkaren har beräkningsprogrammet i Excel öppet i sin dator och löpande kan mata in individens svar när ett formulär är färdigifyllt. Det innebär att när patienten börjar bli klar med att fylla i det sista formuläret (KEDS) så har läkaren ofta redan patientens svar på föregående formulär inmatade och beräknade. Man kan då ganska omgående inleda feedback till patienten.

Det finns för- och nackdelar med de olika alternativen ovan. Tidsvinsten talar för metoderna 1a-c. Av erfarenhet rekommenderas dock viss försiktighet med att patienten fyller i formulären i förväg, särskilt *om det saknas tillräcklig information om patientens tillstånd*. Anledningarna är följande:

- Individer som är mycket spända eller har kraftiga stressymptom kan uppleva ett första bemötande med vården via ett frågeformulär som både provocerande och opersonligt, vilket kan störa den fortsatta kontakten med vårdgivaren.
- Individer som är misstänksamma inför kontakten med företagshälsovården kan skrämmas av ett initialt bemötande med frågeformulär, ifall patienten känner en osäkerhet om hur svaren kan komma att användas (integritet/sekretess). Detta gäller särskilt då individen ifrågasätter eller är i konflikt med sin arbetsledare/arbetsgivare/arbetsplats.

Det finns således anledning att *i varje enskilt fall bedöma hur man på bästa sätt genomför LUQSUS-K.* Kännedom om den enskilde patienten och dennes attityder till kontakten med företagshälsovården kan vara vägledande. Saknas all sådan kännedom rekommenderas en direkt läkarkontakt enligt punkt 2. Detta kräver visserligen mer läkartid men kan i gengäld leda till en mycket bättre mellanmänsklig kvalitet på den första kontakten med patienten. Om patienten erbjuds att fylla i formuläret under själva läkarbesöket, har läkaren även fördelarna att kunna observera hur lång tid det tar att besvara frågorna, ev. tecken på uttröttbarhet och försämrad koncentration, samt kan upptäcka vilken typ av frågor eller frågeställningar som individen vill diskutera och ha förtydligade. Läkaren får på detta sätt en rikare inblick i hur patienten uppfattar frågorna och strukturerar sina svar.

OBSERVERA. Det bör särskilt betonas att det finns kontraindikationer mot att använda frågeformulär med patienter som förefaller vara i djup kris eller som ter sig misstänksamma mot konsultationen på företagshälsovården. I dessa fall bör inte LUQSUS-K-formulären administreras. Fokus bör då istället vara att försöka etablera en grundläggande förtroendefull kontakt med patienten och att försöka bidra till skyndsamma stödinsatser. Om en god kontakt etableras kan det dock övervägas att använda frågeformulär på ett senare stadium.

Flertalet patienter i öppenvården kommer förmodligen att acceptera ifyllande av frågeformulären i LUQSUS-K redan i förväg. Metoderna under (1) ovan är således gångbara i de flesta situationer inom företagshälsovården. Men det är i dessa fall extra viktigt att patienten erhåller tillräcklig information om formulärens syften, hur de skall besvaras och hur svaren kommer att hanteras.

Information till patienten

I LUQSUS-K-manualen återfinns de instruktioner som skall ges till patienten inför ifyllandet av formulären KEDS, LUCIE och QPS-Mismatch. Instruktionen återfinns i manualens stycke ”Administration” för respektive formulär. Instruktionen återfinns också på första sidan på frågeformulären KEDS och LUCIE, samt nedkortad även på QPS-Mismatch-formulärets försättsblad. Detta möjliggör att sända formulären per post till patienten som då själv kan läsa instruktionerna före ifyllandet (se nedan). Om patienten fyller i formulären på mottagningen rekommenderar vi dock att instruktionen läses högt för patienten, enligt instruktionerna i LUQSUS-K-manualen. Detta görs för att säkerställa att patienten verkligen har förstått instruktionerna och vid behov kan ställa frågor. Tänk på att instruktionerna skall läsas **tämligen ordagrant**, eftersom patientens svar kan påverkas av redan små avvikelser från den standardiserade instruktionen. De normer och gränsvärden som tagits fram för metoderna bygger givetvis på att dessa standardiserade instruktioner följs.

För s-UMS finns ingen officiell patientinstruktion, men vi föreslår en mycket enkel instruktion i stil med ”*Detta formulär innehåller några frågor om stress och hur du mår.* ”

Om patienten lämnar frågor obesvarade bör denne uppmuntras att ge ett ungefärligt svar, även om patienten upplever frågorna som tvetydiga eller svarsalternativen som otillräckliga. Säg t ex ”*Gör din egen tolkning av vad frågan betyder.*” resp. ”*Försök välja det svarsalternativ som kommer närmast din uppfattning.*” **Det är mycket viktigt att inte ge ledande förklaringar av vad frågan betyder eller hur patienten skall uppfatta svarsalternativen.**

OBSERVERA. Instrumenten i LUQSUS-K är utprovade endast på svenska. Stora problem kan uppstå om patienten inte har svenska som modersmål och har begränsade kunskaper i svenska språket. Saknas känslan för det svenska språkets nyanser kan både frågeinnehållet och svarsalternativen missuppfattas och risk finns att resultaten ger en missvisande bild. I sådana situationer bör det övervägas att inte använda några frågeformulär överhuvudtaget, eller att åtminstone ta resultaten med en stor nypa salt. Det kan vara lämpligt att i efterhand fråga patienten hur denne tänkte kring frågornas innehåll och svarsalternativens lydelse, för att bilda sig en uppfattning om förståelsen av svenska språkets nyanser är tillräcklig för att ge valida resultat. Det kan i vissa sådana situationer t o m övervägas att försöka ge muntliga förtydliganden av frågor och svarsalternativ under själva ifyllandet - om detta känns nödvändigt för att erhålla adekvata svar. Är förståelsen av svenska språket *mycket begränsad* och patienten tycks missuppfatta ett flertal frågors syftningar är dock vårt grundråd att avbryta ifyllandet och/eller bortse från resultaten i LUQSUS-K [2].

[2] För patienter med betydande begränsningar i svenska, visar erfarenheter från företagshälsovården i Jönköping att frågeformulär fortfarande kan användas under förutsättning att en professionell tolk bistår läkaren, under förutsättning att tolken är insatt i vad formuläret avses mäta och kan översätta frågor och svarsalternativ på ett korrekt och nyanserat sätt. Ofrånkomligen kan dock språkliga nyanser gå förlorade även om en skicklig tolk medverkar, och kulturella skillnader kan också tänkas påverka resultatet på okänt sätt. Vi manar således till **största försiktighet** vid bedömningen av resultat som erhållits via tolk. En praktisk detalj att tänka på är att tidsåtgången för ifyllandet av formulären kan beräknas till ungefär den dubbla vid användning av tolk.

Om formulären sänds per post till patienten är det lämpligt att ett blad med en kort övergripande information om syftet med frågeformulären sätts först i bunten av frågeformulär, eller inkluderas i kallelsen (om tekniskt möjligt).
Ett förslag på text är:

”*Vi ber dig fylla i de bifogade frågeformulären, efter att du noga läst instruktionen för varje formulär. De svar du ger kan hjälpa oss inom företagshälsovården att bättre förstå dina besvär och vilka faktorer i din arbetssituation som belastar dig. De formulär du fyller i är utprovade på personer med stressymptom och kan ge oss värdefull information. Du kommer att få återkoppling på dina resultat i samtalet med läkaren på mottagningen. Läkaren använder dina svar i formulären enbart som ett stöd i en bredare bedömning av ditt hälsotillstånd och orsakerna bakom det. Det du berättar för läkaren vid ditt besök är naturligtvis viktigast. Men det är bra för läkaren att samtidigt ha dina svar på formulären som jämförelse med hur patienter med olika typer av stressbesvär brukar svara. Därför ber vi dig att i lugn och ro svara på de formulär som vi bifogat.* ”

Naturligtvis kan texten ovan redigeras (och kortas) efter den enskilde klinikerns/verksamhetens behov och önskemål; ovanstående är endast ett råmaterial som vägledning för en översiktlig information i de fall patienten får formulären hemsända per post. Dessutom kan det behöva poängteras att patientens svar på formulären omfattas av samma sekretess som all annan information patienten ger till företagshälsovården, t ex att patientens arbetsledare inte får ta del av resultaten. (Se nedan sid 23.)

Om formulären delas ut i samband med ett mottagningsbesök kan ungefär motsvarande information (eller kortare) ges som inledning av lämplig mottagningspersonal. Det därför viktigt att sådan mottagningspersonal har full förståelse för vikten av att patienten ges adekvat information enligt ovan, samt att personalen behärskar administrationen av formulären och kan stå till tjänst med att svara på patientens frågor.

Diagnostik

LUCIE:

Stress-varnings-skalan (SVS) i LUCIE är den skala som vanligtvis tidigast börjar ge utslag i en belastande arbetssituation. När SVS ger utslag i den ”gula zonens” övre delar (SVS = 17-38) eller rentav ger utslag i den ”röda zonen” (SVS > 38) signalerar detta ofta misstanke om stressymptom till följd av en ogynnsam arbetssituation. Det är då lämpligt att begrunda utslaget på även Utmattnings-varnings-skalan (UVS), som signalerar ifall tecknen har sådan tyngd att de tyder på utmattningssyndrom (UVS > 21). Det är i så fall viktigt att komplettera med s-UMS och KEDS.

Se Bilaga 1 (Figur 1 i bilagan) för en grafisk illustration av de olika zonerna på SVS och UVS.

I praktiken bildar kombinationen av SVS- och UVS-resultat i LUCIE en fyrgradig[3] skala:

1. Grön/Grön: Resultat i de gröna zonerna på både SVS och UVS; inga tecken på stressymptom.
2. Gul/Grön: Resultat i den gula zonen på SVS och i den gröna zonen på UVS, vilket möjligen kan antyda milda stressymptom.
3. Röd/Grön: Resultat i den röda zonen på SVS och i den gröna zonen på UVS, vilket utgör en varning för måttliga men distinkta stressymptom.
4. Röd/Röd: Resultat i de röda zonerna på *både* SVS och UVS, vilket ger en varning för utmattningssyndrom.

s-UMS:

s-UMS används i första hand när LUCIE-UVS har signalerat risk för utmattningssyndrom (UVS > 21). S-UMS används således primärt för att identifiera individer som förmodas uppfylla diagnoskriterierna för utmattningssyndrom enligt Socialstyrelsen (2003). Redan en indikation på lätt-måttligt s-UMS stödjer varning för utmattning i LUCIE (UVS>21).

KEDS:

Om LUCIE visar varning för utmattning (UVS > 21) och s-UMS antyder utmattningssyndrom, utgör KEDS ett viktigt komplement; vid ett KEDS-värde >18 är sannolikheten stor att den samlade bilden indikerar att individen verkligen har utmattningssyndrom.

Kombinationer av resultat i LUCIE, s-UMS och KEDS

I de fall alla tre instrumenten visar höga resultat, dvs. LUCIE visar Röd/Röd, s-UMS visar lätt/-måttligt (eller uttalat) utmattningssyndrom och KEDS visar 19 poäng eller mer − och den kliniska bilden överensstämmer med utmattningssyndrom − ställs diagnosen utmattningssyndrom säkrare.

Det är viktigt att komma ihåg att LUCIE-SVS-skalan är mycket känslig för mildare tecken på ökad stressbelastning/stressymptom och att ett utslag i gul och röd zon på *enbart* SVS (dvs. UVS är grön) inte behöver vara tecken på allvarliga symtom, utan kan spegla ett milt förstadium till vad som på sikt skulle kunna utvecklas till utmattningssyndrom. I dessa fall finns ofta möjlighet att med ganska begränsade insatser bidra till att individens arbetssituation förbättras, med ökat välbefinnande (minskade symptom) som resultat. Observera att indikation på misstänkt utmattningssyndrom i s-UMS och KEDS är förknippade med större tyngd i symptomatologin än ett utslag i gul och (låg) röd zon på enbart SVS i LUCIE. Åtminstone med KEDS kan dock ett utslag strax under gränsen för varning för utmattning (<19) vara något att beakta i jämförelse med ett gult/rött utslag på enbart LUCIE-SVS. Först när även LUCIE-***UVS*** ger utslag i röd zon (UVS > 21) brukar det finnas en tydlig positiv överensstämmelse med varning för utmattningssyndrom i s-UMS och KEDS (Tenenbaum et al. 2012, Persson et al. 2016, Persson et al. 2017).

I Figur 1 beskrivs olika kombinationer av resultat i LUCIE, KEDS och s-UMS, med ungefärliga tumregler för tolkningen av kombinationernas kliniska innebörd.

[3] I ytterst sällsynta fall kan kombinationen Gul/Röd förekomma, vilket tyder på ett begränsat antal svar på högsta besvärsnivån (”Mycket”) men låga besvär på de allra flesta frågorna. Ett sådant resultat är av oklar valör och bakgrunden till den höga rapporteringen i enskilda frågor bör diskuteras närmare med patienten.

Figur 1. Möjliga kombinerade utfall i LUCIE, s-UMS och KEDS och hur de kan värderas.
Fält med *grå kursiverad text* visar kombinationer som erfarenhetsmässigt är mycket ovanliga.
SS = Stressrelaterade symptom ; UMS = Utmattningssyndrom

s-UMS resultat	KEDS resultat	LUCIE-klass SVS / UVS			
		Grön / Grön	Gul / Grön	Röd / Grön	Röd / Röd
Ej s-UMS	0-18 p normalt	Konsekvent bild utan SS	Milda SS	Milda-måttliga SS	Uttalade SS, men ej UMS
	≥ 19 p förhöjt	*Svårvärderat**	Milda-måttliga* SS	Måttliga SS	Uttalade SS, möjlig UMS
Lätt-måttligt s-UMS	0-18 p normalt	*Svårvärderat, ev. milda SS**	Milda SS	Måttliga SS	*Uttalade SS, möjlig UMS*
	≥ 19 p förhöjt	*Svårvärderat*, ev. milda SS*	Milda-måttliga* SS	Måttliga SS, möjlig UMS	Uttalade SS, trolig UMS
Uttalat s-UMS	0-18 p normalt	*Svårvärderat*, ev. milda SS*	*Svårvärderat*, ev. milda SS*	*Måttliga SS, möjlig UMS*	*Uttalade SS, möjlig UMS*
	≥ 19 p förhöjt	*Svårvärderat*, ev. måttliga SS*	*Måttliga SS*, möjlig UMS*	Uttalade SS, trolig UMS	Uttalade SS, sannolik UMS

* Dessa är kombinationer där oftast s-UMS och/eller KEDS signalerar utmattning medan LUCIE-SVS ger oväntat låga resultat, vilket *möjligen* kan tyda på en dominerande belastning inom privatlivet. Orsaken är att många frågor i LUCIE har en klar koppling till arbetssituationen i motsats till frågorna i s-UMS och KEDS.

Hur informeras patienten om sina resultat?

Vid tecken på stressymptom

Det kan vara av stort pedagogiskt värde att visa patienten var resultatet placerar sig på skalorna i KEDS, LUCIE och s-UMS. Likaså att via skattningarna i QPS-Mismatch visa för patienten var denne tycks ha en bristande passform mellan arbetssituation och personlig kapacitet. Skattningarna av passform i QPS-Mismatch kan ses mera som en startpunkt (eller en checklista) för att diskutera vilka *konkreta* bakomliggande faktorer i arbetet som kan ha påverkat skattningarna. De konkreta bristerna i passform kan sedan bilda underlag för att diskutera vad som kan uppnås i relationen läkare-patient, respektive vilka insatser som behöver hanteras i samspel med arbetsgivare/arbetsledare.

Av den enskilde patientens resultat i KEDS, LUCIE och s-UMS, är oftast LUCIE-resultaten enklast att kommunicera, eftersom SVS signalerar lättare stressymptom och UVS tyngre tecken (utmattning). Det är enligt vår erfarenhet inte ovanligt att patienter motsätter sig en kortare sjukskrivning på deltid/heltid trots att läkaren bedömer att detta skulle kunna bromsa en fortskridande utveckling mot allvarliga stressymptom. Det tycks vara så att individer som driver sig hårt i arbetet trots tilltagande symptom har gått in i vad Selye (1976) betecknade som *motståndsfasen* – ett tillstånd där all energi mobiliseras för att bemästra arbetssituationen och där känslorna av sviktande hälsa trängs tillbaka och inte erkänns. När vårdpersonal möter en patient i detta tillstånd kan det vara svårt att få vederbörande att acceptera hjälp. I dessa fall kan kraftigt förhöjda resultat på t ex LUCIE och KEDS utgöra en ”väckarklocka” för den sjuke. Patienten kan av resultaten ges insikten att den aktuella livssituationen har börjat få allvarliga konsekvenser för hälsan – både mentala och kroppsliga.

Ett argument i sammanhanget kan vara: ”*Det är förmodligen bara en tidsfråga innan du kommer få så svåra symtom att du inte kan arbeta överhuvudtaget – och vilken nytta gör du då för din arbetsplats?*”

För att illustrera patientens egna resultat i LUCIE används med fördel diagrammet från beräkningsprogrammet för LUQSUS-K, där en jämförelse med olika referensgrupper visas. Är individens stressymptom klart över cut-off-värdet på SVS (dvs. >38) är detta ett ganska ovanligt fynd i en allmän population, vilket kan göra det lättare att övertyga patienten om behovet av hjälp

Annan ohälsa

En motsatt situation kan förekomma; patienten skattar (ganska) lågt i stresstecken på LUCIE, KEDS och s-UMS men känner sig likväl trött, håglös/energilös och förefaller fungera dåligt på arbetsplatsen. Läkaren bör då göra differentialdiagnostiska överväganden – såväl somatiska och psykiatriska. Exempel på somatiska sjukdomar kan vara hypo- eller hyperthyreos, malignitet, egentlig sömnstörning, hjärtsjukdom och högt blodtryck, överkonsumtion av alkohol/droger, eller läkemedelsbiverkan. Under belastande förhållanden i arbete och/eller privatliv kan redan befintliga sjukdomar förvärras. Det är viktigt att genom en somatisk undersökning och utredning uppmärksamma ev. behandlingsbara åkommor. Bland psykiska sjukdomar kan nämnas t ex depressions- och ångestsyndrom eller bipolär sjukdom som kan göra att individen fungerar intellektuellt sämre än tidigare i både arbete och privatliv. Vid klinisk misstanke om psykisk sjukdom eller riskbruks-/missbruks-problematik är det lämpligt att utöver LUQSUS-K även göra HAD-skattning[4] och eventuellt en klinisk MADRS-skattning[5] för att mer specifikt fånga ångest- och depressionssymtom. En AUDIT-skattning[6] kan också vara värdefull att göra för att utesluta riskbruk eller missbruk. Övriga verktyg som finns att tillgå är t ex ett suicidskattningsdokument som används särskilt för de patienter som man kan uppfatta löper hög risk för depression och suicidalitet. Vid tveksamhet ta kontakt med jourhavande eller bakjour vid närmaste psykiatrisk klinik för att diskutera det specifika fallet. Vid svårare psykisk sjukdom är det viktigt med remiss till lämplig psykiatrisk enhet för specialistbedömning och -behandling.

Det bör också påpekas att exempelvis sänkt stämningsläge kan leda till ”svartmålning” av både arbete och välbefinnande i LUQSUS-K. Vidare kan individer som vill framstå som välfungerande och självständiga tendera att underrapportera problem och besvär. Mer information om dessa aspekter finns i att läsa i LUQSUS-K-manualens avsnitt *Vanliga frågor*.

KEDS, LUCIE och s-UMS kan ge utslag vid olika tillstånd av uttröttbarhet. Detta innebär dock inte att instrumenten inte fungerar som avsett, utan snarare att de kan vara känsliga för symptom på

[4] HAD: Hospital Anxiety and Depression scale (se: http://doktorerna.com/tolkning/had-tolkning/)

[5] MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (se: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) · Klinisk Guide)

[6] AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (se: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) - Socialstyrelsen)

belastning av olika grundorsaker; *dels pga. en **ökad belastning** hos en i grunden somatiskt frisk individ, dels pga. **minskad kapacitet** att bemästra en tidigare hanterbar (normal) belastning till följd av aktuell somatisk sjukdom.*

En individ är givetvis inte ett statiskt objekt utan en levande organism. Påfrestningar under barndom och ungdom kan ha satt varaktiga avtryck i själen. Individer som mött många svårigheter tidigt i livet och har misslyckats med att bemästra dem kan löpa en ökad risk att drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa i vuxenlivet, särskilt om krav och påfrestningar ökar på arbetet. Dessa individer bär således med sig en ”ryggsäck” av tidigare misslyckanden som kan göra dem extra sårbara i livet. Även för dessa individer är det dock primärt arbetsgivarens ansvar att se till att arbetssituationen är anpassad till individens resurser.

Rutiner för behandling/rehabilitering

Om behandling *inte* görs inom företagshälsovården

Inom företagshälsovården i Sverige har verksamheter ibland en huvudsakligen utredande eller rådgivande funktion och egentlig behandling ingår inte i uppdraget. Men även om patienten (den anställde) **inte** skall ha fortsatt kontakt med läkare vid företagshälsovården efter utredningens slut, kan insamlade LUQSUS-K-resultat ha ett värde för de *externa* behandlare som övertar patienten. En remiss med bilaga av LUQSUS-K-resultat kan sändas till sjukvården, ungefär som när en läkare inom primärvården remitterar en patient till en specialist i ortopedi och bifogar ett utlåtande från en aktuell röntgenundersökning.

Behandlingsmetoder vid stressorsakad psykisk ohälsa

För individer som drabbas av ett *distinkt och fullt utvecklat utmattningssyndrom* finns utmärkta riktlinjer redan angivna av Västra Götalands-regionen:

1. En allmän sida med information för vårdgivare finns här: https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/for-dig-som-moter-patienter/
2. En allsidig orientering om Utmattningssyndrom finns i ISM-häfte nr 5 (Glise 2013).

Inom företagshälsovården är vi emellertid vana vid att möta individer som ännu *inte* har utvecklat ett utmattningssyndrom, men som däremot har börjat märka oroväckande förändringar i t ex sitt känsloliv, sitt sociala beteende och i sin sömn/återhämtning, som de associerar till en längre tids påfrestning i sin arbetssituation. När vi möter individer i sådana tillstånd kan ofta en väl genomtänkt kombination av ganska enkla åtgärder bromsa utvecklingen mot ett fullbordat utmattningssyndrom:

Fysisk aktivitet

Ett flertal studier visar att fysisk aktivitet förebygger stressrelaterad ohälsa och är en viktig faktor för att motverka ogynnsamma konsekvenser vid hög stressbelastning (Ahlborg et al. 2016, Gerber et al. 2014, Jonsdottir et al. 2010, Lindegård et al. 2015). Fysisk aktivitet utgör således en viktig buffert mot stress och bör därför vara högt prioriterad inom såväl arbetsliv som samhället i stort: www.fyss.se

Fysisk aktivitet bör implementeras som en naturlig del i behandlingen vid stressrelaterad ohälsa (Lindegård et al. 2015) och för att få stöd i att komma igång med fysisk aktivitet kan kontakt skapas

med företagshälsovårdens fysioterapeut/ergonom. Under ett individuellt samtal kartläggs patientens träningsvana/träningsbakgrund och genom motiverande samtal skapas gemensamt en plan för hur patienten kan stödjas i att arbeta med sin fysiska aktivitet. Det är av stor vikt att fysioterapeuten stöttar patienten utefter dennes förutsättningar och förmåga, med målsättningen att vara regelbundet fysisk aktiv även under en ev. sjukskrivningsperiod. Fysioterapeuten kan använda sig av Fysisk aktivitet på recept (FaR) i de fall detta anses värdefullt.

För de individer som är tävlingsinriktade och högpresterande kan diskussioner kring fysisk aktivitet handla om vikten av återhämtning och variation av aktivitet för att undvika att öka stressbelastningen (prestationskraven) ytterligare.

I de fall företagshälsovårdens fysioterapeut *inte* arbetar med FaR kan patienten överlämnas till primärvården eller annan fysioterapimottagning.

Samtal

Vilken typ av samtal och behandlingsform man väljer är dels beroende av vilka behov som individen har och dels vilka områden som behöver arbetas med utifrån de resultat som framkommit vid bl.a. LUQSUS-K-skattning, inte minst resultaten på de delskalor i LUCIE som återkopplas till individen. Vanligt förekommande problem är t ex svårigheter med *Avgränsning mellan arbete och fritid*, samt bristande *Kontroll över arbetsuppgifter och egen förmåga*. Som regel kan en samtalskontakt vara värdefull, via t ex organisationskonsult, socionom med psykoterapeutisk kompetens, legitimerad psykolog eller annan relevant aktör inom företagshälsovården.

Medicinering

Medicinering används främst i ett senare skede, ifall fysisk aktivitet och samtal inte ger adekvata resultat. För individer som uppvisar svårare symptomtyngd och har inslag av svår ångest och/eller depression kan man överväga antidepressiva/ångestdämpande mediciner tidigt och följa de regionala medicinska riktlinjerna. För individer med sömnstörning/sömnsvårigheter kan man pröva en mycket låg dos Mirtazapin 7,5 mg, som eventuellt kan titreras upp något. Vinsten är att patienten får bättre sömn. Denna medicinering är inte beroendeframkallande men kan ge biverkningar som en viss dåsighet på morgonen och viktuppgång. Det är viktigt att ha ett öppet resonemang med patienten kring vilken behandlingsstrategi som är lämplig och acceptabel. Observera att vissa av de moderna medicinerna motiverar kontroll av leverprover före och efter behandlingsstart samt uppföljande provtagningar under behandlingsperioden. Vid svårare eller oklara fall konsulteras läkare med särskild kunskap eller specialistutbildning inom psykiatrin.

Rehabiliteringsplanering

Användning av LUQSUS-K-resultat

LUCIE

Resultaten i LUCIE kan användas i planeringen av rehabiliteringsinsatser. Om diagnosen är utmattningssyndrom (F43.8A) har man stor nytta av att använda resultaten på de 6 delskalor (dimensioner) som bygger upp den totala LUCIE-poängen:

- Sömn och återhämtning

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

Vid de tillfällen då individen får ett LUCIE-resultat i röda zonen på ***Avgränsning mellan arbete och fritid*** **och** ***Kontroll över arbetsuppgifter och egen förmåga,*** kan det vara lämpligt att man i planeringen av rehabiliteringsåtgärder erbjuder patienten att konsultera en organisationskonsult/psykolog för att arbeta med de konkreta problem som svaren speglar. Det handlar således om en samtalskontakt, där individen kan ta upp sina bekymmer inom dessa områden och har möjlighet att tillsammans med organisationskonsulten/psykologen utveckla strategier för att hantera/åtgärda problemen på arbetsplatsen och i gränssnittet arbete-fritid.

Får individen ett resultat i röda zonen inom området ***Gemenskap och socialt stöd på arbetsplatsen*** är det i första hand lämpligt att ta upp detta på ett förberedande möte i det lokala teamet vid företagshälsovården, i syfte att få de konkreta problemen allsidigt belysta. Nästa steg kan vara att i ett trepartsmöte med patient och arbetsledare ta upp det lokala teamets konsensus och ta fram förslag på hur arbetsledare och arbetstagare kan finna gemensamt överenskomna lösningar.

Får individen ett resultat i röda zonen inom området ***Privatliv och fritidsaktiviteter*** så är det troligast att vårdgivare utanför företagshälsovården bör hantera detta, t ex primärvård eller kommun. I vissa fall kan även privata aktörer vara lämpliga att remittera till (ofta arbetande inom området *non profit*) om det finns ett särskilt upphandlat avtal med företagshälsovården. Där kan individen få stöd i form av samtal med t ex en psykoterapeut. Inom främst primärvården kan även finnas arbetsterapeutisk kompetens att arbeta med s k *Vardagsrevidering* (ReDO-metoden) vilken visat gynnsam effekt på arbetsåtergång vid utmattningstillstånd (Eklund et al. 2011; Erlandsson 2013).

Får individen ett resultat i röda zonen inom området ***Hälsobesvär*** kan det vara lämpligt att överväga kompletterande medicinsk utredning utifrån besvärsbild; vid behov konsultera specialist inom lämpligt medicinskt specialistområde.

Får individen ett resultat i röda zonen inom området ***Sömn och återhämtning*** bör man anamnestiskt göra en fördjupning kring respektive frågas innehåll. LUCIE-formulärets första fråga avser insomningssvårigheter, nästa fråga om det förkommer upprepade uppvaknanden eller störd/orolig sömn, samt den tredje frågan om individen vaknar för tidigt eller får för lite sömn och inte känner sig utsövd. Inom detta område är det lämpligt att först anamnestiskt utröna huruvida det förekommer uppenbara förklaringar till störd sömn och återhämtning som ***inte*** beror på arbetet. T ex kan individen vara småbarnsförälder och därför ha svårighet att styra sömnmängd och sömnkvalitet. Är sömnstörning och brist på återhämtning däremot kopplad till arbetssituationen – vilket ibland kan skönjas i svaret på LUCIE-formulärets fråga nr. 7 (svårigheter att sova pga. ständiga tankar på arbetet) – kan det vara lämpligt att man i planeringen av rehabiliteringsåtgärder erbjuder patienten att konsultera en organisationskonsult/psykolog för att bearbeta de konkreta problem i arbetssituationen som stör patientens förmåga till avkoppling och vila.

QPS-Mismatch
QPS-Mismatch har sex parametrar varav framförallt de första två, ***Arbetsbelastning* och *Kontroll*** ger resultat som framgångsrikt kan hanteras i relationen patient-läkare.

Till exempel, vid mycket låga (negativa) resultat, dvs. hög Arbetsbelastning och låg Kontroll, kan sjukskrivning på *deltid* övervägas för att passformen mellan individens resurser och arbetsförhållandena skall förbättras kortsiktigt. Det handlar då om att försöka bromsa upp en pågående utveckling av stressymptom. I sådana fall kan man via trepartsmöte med patientens chef klargöra om det är möjligt att under en begränsad tid anpassa arbete och arbetsbelastning för att undvika sjukskrivning. Om inte detta är möjligt kan man överväga en tids sjukskrivning på deltid, vilken kan leda till att mycket låga (negativa) värden på *Arbetsbelastning* och *Kontroll* förbättras (från t ex lägre värden än minus 1.0 till omkring nollinjen vid uppföljning); dvs. arbetsbelastningen upplevs som minskad och kontrollen över arbetssituationen upplevs parallellt som ökad. Emellertid är det vid t ex 50% sjukskrivning viktigt att se till att patientens arbetsmängd *verkligen blir 50% av det tidigare heltidsarbetet* och inte mer. Detta kräver att patientens arbetsledare är helt införstådd med deltidssjukskrivningens syfte.

I fall av mer uttalade stressymptom motsvarande utmattningssyndrom kan heltids sjukskrivning vara lämplig initial åtgärd, senare följt av ett ställningstagande till deltids återgång i arbete när patienten börjat återfå basala krafter.

Det som bör observeras är att de fyra parametrarna som redovisas till höger i QPS-Mismatch-diagrammet, nämligen ***Belöning*, *Gemenskap*, *Rättvisa*, och *Värderingar***, knappast är dimensioner som *direkt* kan påverkas av vårdgivaren i dennes relation med patienten. Anledningen är att dessa fyra dimensioner berör patientens arbetssituation på ett djupare och mer komplext sätt; t ex individens upplevelser av erkänsla för sina arbetsinsatser, stöd-kommunikation-socialt klimat-konflikter, rättvisa i arbetsledares bemötande och arbetsfördelning, samt om arbetsinnehåll och organisationsinriktning rimmar med egna värderingar. Dessa dimensioner måste snarare hanteras i relationen mellan patienten/medarbetaren och dennes chef. **Det är således viktigt att göra en åtskillnad mellan de förhållanden som läkare och patient *aktivt* kan påverka i samverkan (*Arbetsbelastning* och *Kontroll)* kontra de övriga parametrarna som kan vara nödvändiga att ta upp i ett trepartsmöte med patientens/medarbetarens chef** – vilket med fördel kan genomföras enligt metodiken ADA (ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång). (Karlson & Österberg, 2014; Karlson et al. 2010; Karlson et al. 2014; Eskilsson et al. 2017). I samband med trepartsmötet kan diskussionen i bästa fall utökas till passformen för arbetstagarna i stort, där företagshälsovården kan fungera rådgivande kring organisationsförbättringar i syfte att motverka att fler arbetstagare drabbas.

Naturligtvis förekommer det att individer visar mycket låga resultat (bristande passform) över så gott som *alla* sex dimensionerna i QPS-Mismatch. Med en sådan bild är det möjligt att diskussionerna mellan patient och läkare utmynnar i tankar om byte av arbetsplats. Steget att söka nytt arbete är inte orimligt ifall en bred och kompakt brist i passformen person-arbete framkommer. Men besväras patienten vid denna tidpunkt av tydliga stressymptom finns risk för ogenomtänkta ”paniklösningar” och grundrådet till patienten är då att denne stannar kvar på befintlig arbetsplats (ev. under sjukskrivning) tills efter slutförd behandling, eller åtminstone till dess att ett eller flera försök gjorts

att anpassa arbetssituationen till patientens behov på kort och lång sikt (se *Trepartsmötet* nedan). Det handlar på detta stadium om att förhindra att patienten fattar alltför hastiga och drastiska beslut i ett affektladdat eller krispräglat tillstånd. Först efter att patienten väsentligen återhämtat sig och återfått en inre stabilitet – vilken ofta sammanfaller med en viss omvärdering av den befintliga arbetssituationen – kan det enligt vår erfarenhet vara lämpligt att bekräfta patientens ev. tankar på att söka annan anställning. Det är även möjligt att patienten efter återhämtning i viss mån omvärderar sin *övergripande perception* av arbetsplatsen och därmed ger mindre negativa svar även inom områdena *Belöning*, *Gemenskap*, *Rättvisa*, och *Värderingar.* Det är således högst lämpligt att upprepa mätningen med QPS-Mismatch på ett senare stadium, då patienten åter är i arbete, för att få en uppdaterad bild innan en ev. diskussion om arbetsbyte återupptas.

OBSERVERA. Det ovan sagda avser hjälp/stöd *som företagshälsovården kan bistå en specifik individ med.* Emellertid kan orsaken till patientens problem vara en grundläggande brist i arbetsorganisationen, som innebär att individer som efterträder patienten i dennes yrkesroll hamnar *i samma pressade arbetssituation* – och efter en tid riskerar att bli nya patienter vid företagshälsovården. Det bör således påpekas att företagshälsovården har specifik kompetens för att kartlägga **roten av problemen** och erbjuda förslag till åtgärder på en övergripande organisatorisk nivå som kraftfullt förhindrar att fler medarbetare drabbas.

Återkoppling till chefen

Enligt ADA-metodik (se ovan) är det viktigt att patientens chef tidigt blir involverad i rehabiliteringsprocessen, primärt för att undvika sjukskrivning eller – om patienten blir sjukskriven – för att kunna planera för återgång i arbete. Här är det viktigt att väga in dels patientens behov av integritetsskydd, dels möjligheten för patienten att vara delaktig i sin rehabiliteringsplanering och rehabiliteringsprocess, samt även på vilket sätt chefen vill ha återkoppling. Ibland kan man välja en muntlig telefonåterkoppling till chefen, med patienten närvarande på expeditionen. Det finns chefer och/eller medarbetare som uppskattar det arbetssättet och man kan då tidigt med konferenstelefon starta upp och göra en första planering. Det kan också vara så att individen är starkt berörd vid det första besöket eller inte känner tillräcklig tilltro för att direkt starta en kontakt med chefen. Det kan även vara så att chefen inte önskar ett spontant (oplanerat) samtal från företagshälsovården och behandlande läkare, utan vill vara väl förberedd inför en sådan kontakt. Som sagt kan en tidig telefonåterkoppling vara möjlig och lämplig men då *vid vissa i förväg väl planlagda tillfällen*.

Skriftlig, standardiserad återkoppling till chefen, väl förankrad i organisationen bland cheferna och anställda, är ett väldigt klart och tydligt arbetssätt. Hälsan & Arbetslivet använder blanketten *Insatser för individ* som beskrivs nedan (sid 25). Individen får i uppgift att själv göra en återkoppling till chefen med blanketten *Insatser för individ* (plus eventuellt sjukskrivningsintyg) och utifrån detta kan en vidare planering göras. Chefen har möjlighet att på intyget ange om denne önskar få kontakt direkt med vårdgivare, t ex företagsläkare. Chefen kan i intyget också markera att vederbörande vill bli kontaktad. Vidare kan chefen ange om den rehabilitering som är föreslagen bedöms lämplig och adekvat. *Insatser för individ* ifylld av chefen skannas därefter in som ett dokument i journalen för att tydliggöra dess betydelse och göra dokumentet lätt åtkomligt.

Teammöte internt

Hälsan & Arbetslivet jobbar med teammöten, där företagsläkare, företagssköterskor, organisationskonsulter, psykologer, fysioterapeuter, ergonomer, arbetsmiljöingenjörer med flera deltar. På teammötena har man möjlighet att gå igenom uppdrag där individen ska träffa läkare efter rekommendation av chefen, t ex om chefen har haft initial kontakt med företagssköterska eller annan profession. Man har också möjlighet att allsidigt diskutera de individer som någon av professionerna har träffat och t ex har gjort KEDS-skattning med, i syfte att diskussionen kan utmynna i råd och stöd till patienten samt underlätta fortsatt planering, särskilt i svåra och komplicerande ärenden. Förutom den drabbade individens situation, kan i detta tvärprofessionella team diskuteras den mer övergripande bilden av arbetsbelastning/arbetsvillkor på specifika arbetsplatser/organisationer som teamet är förtrogna med, och den typ av problem som patienter från dessa arbetsplatser vanligen beskriver. Eftersom Hälsan & Arbetlivet är en integrerad del av Västra Götalands-regionen så finns en långsiktig kontinuitet i kontakten med arbetsplatser, vilket är en stor fördel för att kunna identifiera – och åtgärda – organisatoriska problem i syfte att förebygga att ytterligare individer vid samma arbetsplats drabbas av ohälsa.

Trepartsmötet

Ett lyckat trepartsmöte är ofta en viktig förutsättning för att i första hand kunna undvika sjukskrivning. I dialog med patientens chef undersöks om arbetsbelastningen kan individuellt minskas/anpassas tillfälligt under en begränsad tidsperiod. Om patienten redan är sjukskriven på heltid, kan ett trepartsmöte medföra att arbetsåtergång sker snabbare.

Vid trepartsmötet, under förutsättning att individen ger utrymme för vårdgivaren/läkaren att kommunicera LUQSUS-K resultaten och relevanta delar av anamnesen (med tanke på vårdgivarens tystnadsplikt), är det lämpligt att återkoppla resultaten till båda parter, för att därmed skapa ett underlag för en dialog kring hur medarbetarens arbete kan/bör anpassas och vilka åtgärder som i övrigt kan vidtas för att främja en hållbar arbetsåtergång. Som ovan nämnts används med fördel ADA-metodik som visat sig vara ett framgångsrikt arbetssätt för att korta sjukskrivningstiden och göra arbetsåtergången hållbar över lång tid (Karlson & Österberg, 2014; Karlson et al. 2010; Karlson et al. 2014). En mer allmän rekommendation är att tillämpa MI-metodik (s.k. *motivational interviewing*). Länkar: Socialstyrelsen (2016) , Folkhälsomyndigheten (2016).

Trepartsmötet sker således i ADA-metodikens anda. Detta medför att man i första hand ser till att företagsläkaren har kontakt med dels patientens chef och dels patienten själv, samt därefter gör en bedömning av huruvida individen kan arbeta helt eller partiellt om en tillfällig anpassning görs. Om individen redan är sjukskriven görs en planering av hur en återgång i arbete skulle kunna gestalta sig. Det är viktigt att få en tydlig beskrivning från chefen huruvida en arbetsanpassning är möjlig. Föreligger sjukskrivning bör man vid trepartsmötet planera när individens heltidssjukskrivning skall minska till deltid (oftast halvtid).

Det är också viktigt att beröra på vilket sätt chefen kan/bör kommunicera till arbetsgruppen hur länge patienten är sjukskriven och hur arbetsåtergången planeras att se ut, i syfte att skapa delaktighet, ett bra bemötande och ett välkomnande tillbaka i arbete. Framförallt är det önskvärt att chefen tydligt beskriver hur vissa av patientens tidigare arbetsuppgifter kommer att fördelas på de

övriga i arbetsgruppen och i vilken mån patienten kommer att få anpassade (t ex enklare, färre) arbetsuppgifter. Det är även betydelsefullt att chefen kommunicerar under vilken tidsperiod dessa förändringar i arbetsfördelningen planeras att komma att påverka arbetsgruppen.

Det är i trepartsmötet naturligtvis mycket viktigt att ta reda på **om anpassning *inte* kan göras** eftersom i så fall andra rehabiliteringslösningar måste åstadkommas. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har särskilt betonat att den allmänna hälso- och sjukvården skall medverka till att patienter återgår i arbete, tillsammans med andra samhällsaktörer. Ett konkret steg i denna riktning har varit att definiera en ny funktion inom vården, *Rehabiliteringskoordinator,* vars uppgift är att samordna hälso- och sjukvårdens insatser kring den enskilde patienten under dennes sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete. SKL har utvecklat en metodbok för denna koordinerande funktion (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016).

Blanketten Insatser för individ

Före trepartsmötet – om individen rekommenderas sjukskrivning – ifylls formuläret *Insatser för individ* (se Bilaga 2). I formuläret dokumenteras persondata, arbetsplats och syfte med åtgärden. I de flesta fall handlar det om en planering för återgång i heltidsarbete på sikt och för en långsiktig stabil arbetsförmåga. Om sjukskrivning är aktuell dokumenteras planen för detta med prognos utifrån rehabiliteringskedjan, dvs. anpassad sjukskrivning antingen 0-14 dagar, 15-90 dagar, 91-180 dagar eller mer än 180 dagar.

I blanketten *Insatser för individ* markeras också vilka professioner som är aktuella vid rehabilitering, t ex företagssköterska, psykolog, företagsläkare och ev. övriga, samt hur många insatser som är planerade. Den ifyllda blanketten erhåller individen (tillsammans med ifyllt sjukskrivningsintyg i fall av sjukskrivning) för att kunna återkoppla till chefen före trepartsmötet. Chefen får underteckna denna blankett och returnera till företagshälsovården och blanketten scannas sedan in i journalen så att en klar rehabiliteringsplan kan dokumenteras inklusive chefens delaktighet i denna plan.

Det bör påpekas att chefen alltid måste involveras ifall det överenskoms fler än ett besök vid Hälsan & Arbetslivet. Det första besöket kan göras fritt utan att chefen är informerad men om fler besök planeras **skall chefen alltid informeras,** om arbetstagaren själv finner det värdefullt och accepterar fortsatt kontakt med FHV.

Avstämningsmöte

Avstämningsmöte är en metod som Försäkringskassan använder. Syftet med avstämningsmöte är att klarlägga hälsotillståndet, bedöma lämpliga vidare åtgärder samt utforma en plan för återgång i arbete. Det är formellt Försäkringskassan som kallar till avstämningsmöte, men möte kan också initieras av sjukskrivande läkare, patienten själv eller chefen. Det är Försäkringskassan som avgör om ett sådant möte behövs. Försäkringskassan kallar därefter till mötet, leder mötet och dokumenterar innehållet. Ett relativt vanligt förekommande arbetssätt vid ett avstämningsmöte är att Försäkrings-kassan först ger ordet till den sjukskrivna patienten som får berätta om sin situation, därefter till sjukskrivande läkare för att ta del av behandling och prognos och slutligen till arbetsgivaren för att ta del av på vilket sätt man arbetar med rehabilitering och anpassning. På avstämningsmöten kan det

ibland vara lämpligt att Human Resources-partner (HR) deltar och patienten kan välja att ha med sitt fackliga ombud, framför allt om det kan bli aktuellt med omplaceringsutredning.

Användande av LUCIE, KEDS, QPS-Mismatch inför arbetsåtergång.

Om man vid trepartsmöte kan definiera och komma överens om vilka anpassningar i arbetssituationen som kan göras, och hur arbetsåtergången till arbete bör ske efter en sjukskrivningsperiod, bör detta dokumenteras. Uppgifter om hur sjukskrivningen planeras bör dokumenteras både i läkarintyget för sjukskrivning och i patientjournalen. Om chefen har med sig ett eget underlag för rehabiliteringsplaneringen så får sjukskrivningsplaneringen dokumenteras även där. En relativt vanlig åtgärd är att patienten initialt sjukskrivs på heltid under en kortare tid och därefter vanligen på halvtid under ett antal veckor. När patienten arbetat halvtid under en period får denne, några dagar innan återbesöket hos företagsläkaren, fylla i LUQSUS-K-formulären på nytt. Vid återbesöket gör man en jämförelse med de skattningar som gjordes initialt (vid första besöket, när patienten blev heltidssjukskriven och mådde som sämst) och de skattningar som gjorts efter arbetsåtergång, när individen har arbetat i anpassat arbete på deltid/halvtid. De nya QPS-Mismatch-resultaten i dimensionerna *Arbetsbelastning* och *Kontroll*, samt resultaten i KEDS och LUCIE, kan då bli avgörande för i vilken takt sjukskrivningsgraden bedöms lämplig att trappas ner, med återgång till heltidsarbete som slutligt mål på sikt. En vanlig strategi är att t ex en pågående halvtidssjukskrivning bedöms behöva fortsättas eller ev. minskas till 25%, samt − senare − helt avslutas genom full återgång i arbete.

Det förekommer att individer vill skynda på sin arbetsåtergång trots betydande symtom – som de tenderar att bortse ifrån – eller pga. svårigheter att känna av sina tidiga signaler på överbelastning. Även här kan t ex LUCIE vara ett viktigt pedagogiskt hjälpmedel, genom att visa på utebliven förbättring av symptomen inför patientens önskan om att gå upp i arbetstid eller genom att visa på ökade besvär efter en tids alltför hastig stegring av arbetstiden. Genom att visa patienten resultaten och föra en dialog kring en realistisk takt av återgång i arbete kan man förebygga bakslag, dvs. att patienten plötsligt åter börjar må sämre och behöver ökad (eller hel) sjukskrivning.

Återbesöken fram till avslutning av rehabilitering

Regelbundna återbesök rekommenderas. Då individen är åter i arbete är det lämpligt att göra en ytterligare uppföljning med LUQSUS-K enligt ovan, även i det fall då individen arbetar endast partiellt. Resultaten kan ge en inblick i förändringar i stressymptom och i passformen individ-arbete, samt därmed ge en uppfattning om hur väl individen under partiell sjukskrivning har lyckats anpassa sitt arbete till den egna förmågan. Således kan man få en fingervisning om i vilket tempo som sjukskrivningsgraden framöver bör reduceras.

Avslutning av rehabilitering

Precis som det är viktigt att vara tydlig vid uppstart av rehabiliteringsprocessen är det viktigt att vara tydlig vid själva avslutningen. Vid ett avslutande besök gör man en sista LUQSUS-K-skattning, varvid man åter granskar förändring och förbättring, stämmer av vad individen har lärt sig och vad episoden har gett individen för kunskap och klokhet för framtida hantering av arbete och stress. Kvarstår medicinering eller annat som behöver följas upp via primärvården gör man en överlämning varvid en

formell remiss för uppföljning skickas till primärvården. Vid sista besöket dokumenteras i journalen att rehabiliteringen har avslutats och hur processen har förlöpt.

För att konkret illustrera hur rehabiliteringsplaneringen kan gestalta sig presenterar vi fyra kliniska exempel med LUQSUS-K och uppföljning. De fyra patienterna är: en individ som jobbar inom IT, en individ som jobbar som lärare och två individer som jobbar som sjuksköterskor. Dessa kliniska exempel återfinns i **Bilaga 3**.

Hur dokumenteras LUQSUS-K i datajournalen?

För att skapa optimala förutsättningar för att enkelt kunna överblicka resultaten i LUQSUS-K bör patientens svar på alla frågor (de ifyllda LUQSUS-K-formulären) bifogas i journalen, samt även de utskrivna resultaten från beräkningsprogrammet för LUQSUS-K, omfattande *LUCIE Diagram, LUCIE Delskalor, QPS-Mismatch Diagram, s-UMS, KEDS Diagram* och sammanfattande resultat (bladet *SMF*). Samtliga blad skall även märkas med patientens namn, personnummer och datum för ifyllandet. På så sätt blir det lätt att jämföra aktuella och framtida data. Observera att all denna LUQSUS-K-dokumentation därmed blir en journalhandling.

I ett datoriserat system för journalhantering kan som regel dessa dokument bifogas elektroniskt genom att de skannas in efter att de märkts med namn, personnummer och datum för ifyllandet. Efter scanning sparas svaren i frågeformulären i *en* PDF-bilaga och i *en annan* PDF-bilaga sparas beräkningsprogrammets diagram och resultat, dvs. två bilagor: LUQSUS-K-frågor och LUQSUS-K-resultat. Hur rutiner för detta kan utformas framgår av exemplet i **Bilaga 4.**
Ett alternativ för beräkningsprogrammets diagram och resultat är att skriva ut dem som en PDF-fil direkt från Excel, och därefter (i pdf-programmet) på lämpligt sätt märka filen/dokumentet med patientens namn, personnummer och datum för ifyllandet innan den bifogas datajournalen.

Sammanfattande överblick av arbetsgången vid klinisk utredning

Inom Hälsan & Arbetslivet – och sannolikt i det flesta andra företagshälsovårdsenheter – finns det två olika vägar för en individ att komma i kontakt med en företagsläkare. Den ena vägen är att individen själv bokar sitt besök. Den andra vägen är att patientens chef bokar ett besök för individen, då i samråd med individen själv. Riktlinjerna inom Hälsan & Arbetslivet anger att efter det första besöket skall chefen *alltid* involveras i vidare planering. Om individen tydligt utrycker att chefen *inte* får kontaktas efter första besöket avslutats kontakten med Hälsan & Arbetslivet och individen får då söka hjälp via annan vårdgivare.

Det är viktigt och angeläget att skapa det tidsutrymme som behövs vid första bedömningen av en patient med misstänkt stressrelaterad ohälsa. En rejält tilltagen tidsplanering vid första läkarbesöket är en klok investering för att skapa en god förankring hos den enskilde patienten, en solid grund för korrekt diagnostisering och en omsorgsfull planering av eventuell sjukskrivning om så erfordras, samt en planering av ett trepartsmöte och vidare individuella åtgärder.

Läkarbesöket utformas lämpligast så att man initialt klargör ramarna för besöket och syftet. Efter anamnesupptagning är det lämpligt med somatisk undersökning och planering för provtagning enligt generella utredningsrutiner, vilket kan vara viktigt ur ett differentialdiagnostiskt perspektiv. Specifika

labprover tas vid behov. (Det finns även en specifik grupp av trötthetsprover som kan ordineras vid Hälsan & Arbetslivet). Efter den somatiska undersökningen tar man ställning till huruvida LUQSUS-K-skattning bör göras och då lämpligen på läkarens rum där patienten informeras och sedan fyller i valda delar av LUQSUS-K.
Det är lämpligt att börja med LUCIE, därefter QPS-Mismatch, s-UMS och slutligen KEDS.

Praktiskt kan man utforma ifyllandet av LUQSUS-K-formulären på så sätt att patienten under ifyllandet har löpande möjlighet att ställa frågor om något är oklart, samtidigt som läkaren har beräkningsprogrammet i Excel öppet i sin dator och löpande kan mata in individens svar. Det innebär oftast att när patienten börjar bli klar med att fylla i det sista formuläret (KEDS) så har läkaren redan patientens svar på föregående formulär inmatade och beräknade. Man kan då nästan omgående inleda feedback till patienten.

Därefter görs utskrift i två exemplar av LUCIE-diagrammen i färg. Vidare skrivs ut *LUCIE Delskalor*, *QPS-M Diagram*, *s-UMS*, *KEDS Diagram* samt sammanfattningsfliken *SMF*.

Utöver LUQSUS-K, görs vid behov också HAD-skattning och eventuellt klinisk MADRS-skattning för att fånga ångest- och depressionssymtom, samt vid behov en AUDIT-skattning för att utesluta riskbruk/missbruk. Ett suicidskattningsdokument kan övervägas vid misstanke om depression med suicidbenägenhet (se detaljer på sid 18).

När all skattning är gjord och diagrambilder är utskrivna fortsätts samtalet, gärna utifrån en MI-teknik (*motivational interviewing*, se ovan avsnittet *Trepartsmötet*), där man initialt återkopplar resultat från LUCIE-skattningen. Därefter fördjupas samtalet kring de sex LUCIE-*delskalorna* (de sex olika områdena) och hur patienten ser på dessa resultat.

Därefter går man över till QPS-Mismatch och förklarar initialt att de första två delområdena, *Arbetsbelastning* och *Kontroll*, är sådant som kan påverkas i kontakten med läkaren, medan de övriga fyra delområdena i QPS-Mismatch snarare hör till villkoren för medarbetarskap och chefskap och bör tas upp i kontakten med arbetsplatsen/arbetsledaren. Parallellt inhämtas patientens reflektioner kring resultaten, vad de *konkret* avspeglar och hur informationen ev. kan användas i rehabiliteringssammanhang.

Hur man lägger upp återkopplingen kring QPS-Mismatch-resultaten vid ett trepartsmöte får tas upp vid ett senare möte. Initialt är det viktigast att sondera patientens konkreta upplevelser av arbetsbelastning och kontroll över arbetsuppgifterna; är dessa kraftigt påverkade på ett negativt sätt bör övervägas sjukskrivning under förutsättning att patienten uppfyller diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom[7]. En partiell sjukskrivning som primär åtgärd – för att omgående dämpa

[7] Om patienten inte bedöms uppfylla diagnoskriterierna för utmattningssyndrom, kan s k *Förebyggande sjukpenning* övervägas. Individen fyller då i blankett FK 7260, och bifogar Läkarutlåtande om förebyggande sjukpenning FK7265. Se vidare information på Försäkringskassans hemsida: Länk.

patientens belastning − och först senare gå vidare med planeringen av ett trepartsmöte är ett alternativ, beroende på den kliniska bilden.

Därefter går man tillsammans med patienten igenom skattningen av s-UMS och ser huruvida patienten uppfyller kriterierna (eller ej) för lätt-måttligt eller uttalat utmattningssyndrom. Slutligen görs en genomgång av KEDS, alla nio parametrar, och en värdering av totalresultatet.

På detta stadium i läkarbesöket kan man som regel urskilja en mer samlad bild utifrån summan av skattningsskalorna och kan därmed börja ta ställning till om det föreligger utmattningssyndrom (eller en mildare besvärstyngd), vilken karaktär av ångest- och depressionsinslag som förekommer i den kliniska bilden och vilka konsekvenser som resultaten kan få för planeringen av fortsatta insatser.

Därefter fyller man tillsammans med patienten i *Insatser för individ* (se Bilaga 2) där man diskuterar/specificerar vilka insatser som behövs utifrån ett rehabiliteringsperspektiv och vilka professioner som skall arbeta vidare med patienten från företagshälsovårdens sida. Vidare dokumenteras det övergripande syftet med åtgärderna. Även ifall sjukskrivning inte är aktuell men en fortsatt rehabiliterande kontakt med individen planeras ifylls *Insatser för individ,* i syfte att involvera individens chef och få chefens godkännande för fortsatta insatser.

Preliminär längd för sjukskrivning planeras och i sjukskrivningsintyget dokumenteras även ett planerat trepartsmöte med chefen inom några veckor för att därefter göra en planering för hur man kan förbättra arbetssituationen och anpassa arbetsuppgifterna, så att sjukskrivningen inte behöver vara alltför långvarig och på sikt kan göras partiell.

Efter patientbesöket dokumenteras besöket i journalen. Besvarade frågor i LUQSUS-K (frågeformulären) skall sparas som en PDF-bilaga i journalen och diagram och resultat sparas som separat PDF-bilaga i journalen, det vill säga *två* bilagor: LUQSUS-K-frågor/svar och LUQSUS-K-resultat. Övriga bedömningsskalor som sparas som resultat är HAD och MADRS. Sammantaget medför detta att alla skattningsresultaten är lätt tillgängliga i journalen när man behöver jämföra patientens resultat över tid. Patienten får efter besöket med sig en kopia på de egna resultaten på skattningsskalorna, t ex diagram på LUQSUS-K-resultaten. Vidare erhåller patienten den ifyllda blanketten *Insatser för individ* som lämnas till chefen för påskrift och återkoppling till Hälsan & Arbetslivet. Om sjukskrivning är aktuell får patienten även en kopia av sjukskrivningsintyget.

Återbesök planeras och i sjukskrivningsintygets sista del (Övriga upplysningar; punkt 11) dokumenteras tid och plats för återbesöket och tidpunkten för trepartsmötet. Lämpligen kan man planera ett återbesök på cirka en halvtimme som förläggs till strax innan trepartsmötet med patientens chef.

Vid återbesöket kan klargöras hur patienten mår för närvarande, jämfört med föregående besök, och upplägget för själva trepartsmötet kan diskuteras, inklusive strategier för vad som *kan* och *bör* tas upp vid mötet med chefen. Det är samtidigt viktigt att **komma överens med patienten om vad som bör lämnas utanför trepartsmötet** med hänsyn till både patientens önskemål och den behandlande läkarens tystnadsplikt.

ANVÄNDNING AV LUQSUS-K OCH ANDRA METODER I SAMBAND MED LÄKARINTYG

Detta kapitel berör även aspekter som inte strikt hör till den kliniska användningen av LUQSUS-K. I avsnittets senare delar beskrivs dock hur LUQSUS-K-resultaten kan användas som stöd i samband med sjukskrivning, varför vi valt att redogöra för helheten.

Om sjukskrivning

Att göra en korrekt bedömning och en adekvat planering för sjukskrivning och rehabilitering är viktigt. Sjukskrivningen berör individen/patienten på flera personliga plan, inte minst dennes frånvaro från det sociala sammanhanget på arbetsplatsen, och kan utgöra ett stort ingrepp i individens liv. Dessutom leder sjukskrivningsperioden till en ekonomisk förlust för individen.

Ur ett samhällsperspektiv är sjukskrivning kostnadskrävande och ur ett läkarperspektiv kan ställningstaganden till sjukskrivning ofta innebära svåra avvägningar, som emellertid till en viss del underlättas av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod).
Riktlinjer, terminologi och beskrivning av individen utifrån ett sjukskrivningsperspektiv är väl beskrivet i en statlig utredning (SOU 2009:89) med titeln ”Gränsland mellan sjukdom och arbete”, en rapport av Anna Hedborg som är slutbetänkandet i utredningen om arbetsförmåga, medicinska förutsättningar och försörjningsförmåga. Utredningen beskriver stegen mellan sjukdom, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning som behöver framgå vid beskrivningar när det gäller ett sjukfall.

Utredningen lyfter också fram tre viktiga begrepp och termer:
Arbetsförmåga, vilket innebär att det här beskrivs vad individen inte kan göra och vilka begräsningar som finns i förhållande till det arbete som individen har, enligt nuvarande *Rehabiliteringskedjan* (Försäkringskassans tidsgränser i försäkringen) där en prövning görs innan och efter dag 180 när en individ är sjukskriven (se sid 32). *Rehabiliteringskedjan* är ett instrument för främst Försäkringskassan och en bedömning av begränsning till nuvarande arbete kan göras mycket tidigare i samverkan med företagshälsovården.

Medicinska förutsättningar för arbete, där Försäkringskassan gör en prövning genom att vända på begreppen, dvs. prövar vilka förutsättningar för arbete individen *fortfarande har kvar* (trots sin sjukdom) och vilka aktiviteter som individen skulle kunna fungera i på arbetsmarknaden i dess helhet.

Slutligen ett begrepp som handlar om ***försörjningsförmåga*** vilket väsentligen avser ett politiskt beslut, dvs. var samhället lägger gränsen för att bedöma att individen inte längre har en förmåga att vara i arbete överhuvudtaget.

Individperspektiv

Det finns vetenskapliga arbeten som visar behoven av – och riskerna med – en lång sjukskrivning eller frånvaro från arbete, vilket kan påverka individens hälsa och överlevnad (Wallman 2006, Wallman et al. 2006). Sjukskrivning är ett mycket kraftfullt instrument som rätt använt hjälper den sjukskrivne att

komma tillbaka i åtminstone någon form av arbete i någon grad, men sjukskrivning kan även ha negativa biverkningar om den används fel. Eventuellt kan anpassade arbetsuppgifter under en begränsad tid bidra till att minimera behovet av sjukskrivning. Kontakt med arbetsgivaren är en förutsättning. Går patienten inte med på att arbetsgivaren är delaktig, kan vi som företagshälsovård inte hjälpa till utan får vid behov hänvisa patienten till sjukvården.

Läkarens perspektiv beskrivs i en avhandling om läkarens sjukskrivningspraxis av Monika Engblom (Engblom 2011), samt i en artikel i Läkartidningen (Engblom et al. 2005). De dilemman och handlingsalternativ doktorn kan ställas inför kan vara...

1. ”*Inte doktorns bord”* ; t ex när en patient anger en bakomliggande konflikt till ett illabefinnande. Då krävs ett tydligt besked och en ärlig kompromiss genom att ev. tidsbegränsa en sjukskrivning till en kortare period så att den som äger frågan får en rimlig chans att ta tag i problematiken. Således är det nödvändigt att kontakta patientens chef och presentera problemet, såvida patienten explicit har godkänt att sådan kontakt får tas.

2. *”Doktorn som betjänt”* ; t ex när en patient eller någon annan intressent vill att läkaren ska sjukskriva. Då krävs professionell autonomi.

3. *”Diagnos som dimridå”* ; När patienten anger besvär, symtom eller diagnos när det i själva verket handlar om annan grundorsak, t ex arbetsmiljöproblem. Var som läkare tydlig med att diagnosen blivit en dimridå och används fel. Ta hand om ev. krisreaktion när diagnosen stryks.

4. *”I väntan på den rätte”* ; När den ena undersökningen efter den andra drar ut på tiden måste läkaren sätta punkt för sjukskrivningen så att patienten under tiden kan vara i (anpassat) arbete, under förutsättning att det anpassade arbetet inte negativt påverkar patientens hälsotillstånd.

5. *Sjukskrivning rätt, trots tvivel*. Då måste läkaren ha en vaksam uthållighet.

Det finns fler exempel på dilemman vilka läsaren kan ta del av i artikeln i Läkartidningen (Engblom et al. 2005).

Nyheter

Det finns en rad nyheter på det försäkringsmedicinska området.

Dels har Riksrevisionen i dess rapport ”Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar (RiR 2018:11)” gjort den samlade bedömningen att:
”*…processen för att bedöma arbetsförmåga i sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser har påtagliga brister gällande tydligheten i de krav och förväntningar som ställs på läkare.* (…) *primärvårdsläkarna har betydande svårigheter att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar vid psykiatriska diagnoser på det sättet som det efterfrågas inom sjukskrivningsprocessen.*”

Vidare har Försäkringskassan i sjukskrivningsprocessen infört ett nytt och avsevärt förändrat Läkarintyg för sjukpenning (FK 7804). Dessutom har Socialstyrelsen uppdaterat det försäkringsmedicinska beslutstödet för Utmattningssyndrom (ICD-10-SE; F438) som nu är uppdelat i två underfaser; dels den akuta fasen och dels den senare fasen med kvarstående kognitiva problem.

Såväl Riksrevisionen, Försäkringskassan och Socialstyrelsen fokuserar på DFA-kedjan (diagnos-, funktions- och aktivitets-kedjan, se nedan) där LUQSUS-K kan vara till stor hjälp för klinikern att i denna kedja och underlätta beskrivning av Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar. Delar av LUQSUS-K lämpar sig utmärkt även för att följa en rehabiliteringsprocess.

Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan infördes juli 2008 och den innebär att arbetsförmågan under sjukskrivningens dag 0-90 bedöms i relation till ordinarie arbete, dag 91-180 i relation till annat arbete hos arbetsgivaren och från dag 181 i relation till annat vanligt förekommande arbete på *hela* arbetsmarknaden, med vissa undantag:

Dessa undantag är:
1. Pågående rehabiliteringsåtgärd som möjliggör återgång i fulltidsarbete före 365 dagar. Det man då åberopar är s.k. särskilda skäl. Finns det stor (medicinsk) sannolikhet att patienten kommer att kunna arbeta *i samma omfattning som före sjukfallet* senast dag 365 kan bestämmelsen om särskilda skäl tillämpas.

2. Om den sjukskrivne väntar på operation som normalt sett möjliggör återgång i ordinarie arbete ska denne gå tillbaka till annat, anpassat arbete under väntetiden. Arbetsgivaren har här ett stort rehabiliteringsansvar. Det kan behövas ett Läkarintyg i vilket företagshälsovården visar att arbetsförmågan är delvis nedsatt (även till anpassat arbete).

3. Om Socialstyrelsens beslutsstöd anger att sjukskrivningen bör vara eller kan bli längre än 180 dagar måste arbetsförmågan relateras till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden och inte bara till ordinarie arbete. Detta måste tydligt kommuniceras till Försäkringskassan på intyget.

Försäkringskassan (FK) bedömer rätten till sjukpenning utifrån bedömd arbetsförmåga. Det är det arbete som patienten bedöms kunna klara trots sin sjukdom.

Sjukdom är det som läkaren anger på Läkarintyget under *Diagnos* (se Bilaga 5). FK utgår från D-F-A, dvs. *Diagnos* (punkt 4 i läkarintyget) - *Funktionsnedsättning* (punkt 5 i läkarintyget) - *Aktivitetsbegränsning* (punkt 6 i läkarintyget). Punkt 6 är den viktigaste för FK och för bedömning av rätten till sjukpenning. Här ska läkaren kunna beskriva vad diagnos och funktionsnedsättning leder till utifrån de krav som arbetet innebär. Således görs bedömningen i två steg: (1) Föreligger sjukdom?; (2) Förorsakar denna arbetsoförmåga, med minst 25 %? Viktigt att veta är att Socialförsäkringen inte tar hänsyn till ekonomiska eller sociala skäl och att försäkringen inte är någon yrkesförsäkring utan en omställningsförsäkring som ska hjälpa den enskilde att komma vidare på arbetsmarknaden. Riksdagen har bestämt på vilka grunder sjukpenning ska utbetalas, och sjukskrivande läkares uppgift är att leverera ett korrekt beslutsunderlag.

Den egentliga benämningen på ett s k ”sjukintyg” är *Läkarintyg för sjukpenning* (FK7804). I Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg (SOSFS 2005:29) finns riktlinjer och övergripande principer och i det Försäkringsmedicinska beslutsstödet anges rekommenderad sjukskrivningstid för olika diagnoser, se: http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/. Dessutom finns flera informationssidor på FK:s hemsida som ger vägledning: Länk 1 Länk 2.

Viktiga hållpunkter för sjukskrivning

1. Hälsan & Arbetslivets läkare sjukskriver endast när rätten till sjukpenning föreligger, det vill säga när skada eller sjukdom finns som orsak till nedsättning av arbetsförmågan. Det är viktigt att i intyget konkret beskriva den aktivitetsbegränsning som sjukdomen leder till och på vilka sätt aktivitetsbegränsningen nedsätter arbetsförmågan. Terminologi kopplad till ICF (International Classification of Functioning) kan gärna användas, ***se särskilt avsnitt om ICF nedan.***

2. Arbetsgivarens delaktighet är en förutsättning för rehabilitering och återgång i arbete. Går inte den enskilde arbetstagaren med på detta, eller arbetsledaren inte vill involvera företagshälsovården, kan vi inte hjälpa till från företagshälsovården och måste avsluta sjukskrivningen och kontakten och eventuellt hänvisa till den allmänna sjukvården.

3. En plan för åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete ska upprättas i samråd med den enskilde och arbetsgivaren. Planen kallas *rehabiliteringsplan*. Arbetsgivaren ansvarar för att denna dokumenteras och förmedlas till FK. Sedan juli 2018 måste en arbetsgivare ta ett större rehabiliteringsansvar genom att upprätta en plan för återgång till arbete. Här kan kunskapen från LUQSUS-K komma till nytta. Syfte med lagändringen ”Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete” är att förkorta sjukskrivningstiden för långtidssjukskrivna. Arbetsgivaren skall ha skapat en dokumenterad plan för återgång till arbete inom 30 dagar om den anställdes arbetsförmåga bedöms vara nedsatt mer än 60 dagar. Vid trepartsmöte där företagshälsovården medverkar och där delar av LUQSUS-K berörs enligt ADA-metodik kan arbetsgivare fokusera på tidiga insatser för att stödja återgång till arbete. Prognosen av sjukskrivningstid kan även anges i dokument ”Insatser för individ”, se Bilaga 2. Mer information om den nya lagen finns här: (Försäkringskassan 2018).

4. Det är viktigt att den enskilde förstår att följa ordinationer under sjukskrivningstiden.

5. Förlängning av sjukskrivning sker vid uppföljande läkarbesök förutom när någon annan, i ärendet känd, professionell yrkeskategori signalerar behov av förlängning eller förändring av sjukskrivningsgrad. Här ska läkaren kunna beskriva vad diagnos och funktionsnedsättning leder till utifrån de krav som arbetet innebär. Läkaren bör beskriva på vilka sätt som patienten begränsas i aktivitet pga. sina besvär.

6. I undantagsfall kan sjukskrivning göras retroaktivt om patienten är känd hos sjukskrivande läkare eller då patient haft kontakt med annan professionell yrkeskategori. Dokumentera detta i journalanteckning och i Läkarintygets ruta 11 under rubriken *Övriga upplysningar*.

7. Ibland kan sjukskrivande läkare välja att påbörja sjukskrivningen någon eller några dagar efter läkarbesöket, exempelvis då patienten behöver avsluta arbetsuppgifter för att inte ha dessa ogjorda, vilket annars hade kunnat bidra till ökad stress. Skriv på intyget i ruta 11 orsaken till detta och informera arbetsgivaren, samt dokumentera i journalen.

8. Förvarna alltid i god tid berörd chef innan sjukskrivningen upphör.

9. Det är möjligt att göra avsteg från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd utifrån en professionell bedömning men var noga med att dokumentera och motivera detta i Läkarintygets punkt 8 och genom en journalanteckning.

10. Använd gärna blanketten "Insatser för individ" (Bilaga 2) för att tydliggöra vad som behövs för återgång i arbete och för att få arbetsgivarens godkännande.

11. Vid svårigheter att hantera sjukskrivningsprocessen, tag hjälp av erfaren kollega eller kontakta medicinskt ledningsansvarig läkare.

I Bilaga 6 illustreras "Sjukskrivningsprocessen" med ett flödesschema.

Hur kan resultat från LUQSUS-K användas i sjukskrivningsdokumentation?

Läkarintyg för sjukpenning (FK 7804; Bilaga 5) bygger på att en individ behöver ha en eller flera korrekta ICD-diagnoser (International Classification of Diseases) enligt ICD-10. Vidare att det klart och tydligt framgår en väldefinierad funktionsnedsättning på organnivå enligt ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) och en tydlig aktivitetsbegränsning på individnivå enligt ICF, samt att detta relateras till de arbetsuppgifter som individen har.
***Se särskilt avsnitt om ICF nedan*.**

Under **punkt 2** ifylls vad intyget är baserat på. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) skall ett intyg som regel utfärdas efter en personlig undersökning. Är så fallet kryssa i första rutan; *min undersökning av patienten*. Har du tillgång till och har genomfört LUQSUS-K skattning kryssa även i rutan *annat*. Finns det ytterligare journaldokumentation eller andra relevanta fakta kan det vara lämpligt att även kryssa för rutan *journaluppgifter från den*…. inklusive en datumangivelse.

Under **punkt 3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?**
Det skall framgå vilket det nuvarande arbetet är och vilka arbetsuppgifter som patienten har, det vill säga både vad patienten är *anställd att göra* och vad denne *faktiskt gör*; till exempel ”Anställd som sjuksköterska, med arbete på avdelning med patienter, omvårdnad, dokumentation, team-möten”.

Punkt 4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga.
Den sjukdom som påverkar arbetsförmågan mest anges först. Om individen uppfyller kliniska kriterier för t ex utmattningssyndrom, ifylls *Utmattningssyndrom* och i kodrutan F43.8A. Diagnosen anges med så många positioner i ICD-10-SE koden som möjligt.
Den kliniska diagnostiska bedömningen och resultaten i s-UMS, KEDS samt LUCIE (UVS) ur LUQSUS-K ger sammantaget en god grund för diagnossättning. Uppfyller patienten dessutom kliniska kriterier för depression och/eller ångest bör dessa som regel sättas främst. Samtidigt är det viktigt att tänka på är att FK:s instruktioner säger att ”*Den sjukdom som påverkar arbetsförmågan mest anges först.*”

Under **punkt 5. Funktionsnedsättning** ifylls objektiva fynd, det vill säga att det här skall framgå psykiskt och kliniskt status, fysiskt undersökningsstatus, resultat av röntgen, laboratoriefynd, andra testresultat, till exempel neuropsykologiska. Vid psykisk sjukdom skall anges psykiskt status och den del av anamnesen som talar för ett psykiskt tillstånd. Ange de fynd som erhållits utifrån LUQSUS-K och andra skattningsskalor. Här kan en sammanfattning av LUQSUS-K-skattningen dokumenteras

(t ex: *”I KEDS är summapoängen 35 vilket tyder på utmattningssyndrom, i LUCIE är både SVS och UVS röda vilket också tyder på utmattningssyndrom, och s-UMS indikerar uttalat utmattningssyndrom.*”). Observera att denna resultatbeskrivning bör förankras och kommuniceras med patienten.

Under **punkt 6. Aktivitetsbegränsning** ska aktivitetsbegränsningar relaterade till diagnos (punkt 4) och funktionsnedsättning framgå (punkt 5). Det är här är exceptionellt viktigt att vara tydlig och klar, enligt DFA-kedjan. Ge exempel på situationer och aktiviteter i arbetslivet och på fritiden där svårigheter uppstår. Här är såväl KEDS- som LUCIE-resultaten mycket användbara. Koncentrationsförmåga, minne, kroppslig uttröttbarhet, uthållighet, återhämtning, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelse av krav, irritabilitet och ilska är samtliga parametrar som skattas i KEDS. Mer information finns också framförallt i de sex delskalorna i LUCIE. En gradering bör lämpligen göras hur dessa förmågor är påverkade – inte alls, lätt, måttligt eller på ett omfattande sätt. Ju tydligare och klarare koppling mellan aktivitetsbegränsning och diagnos – och de undersökningsfynd eller skattningsfynd från LUQSUS-K som beskrivs här – desto enklare och klarare blir det för Försäkringskassan att fatta korrekt beslut. Terminologi enligt ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health)* användes lämpligen som komplettering till ICD-10 efter diagnossättning för att beskriva funktions- och aktivitetsbegränsningar på ett strukturerat sätt. Observera att om det föreligger någon typ av aktivitet som medför betydande medicinsk risk eller allvarlig olycksrisk skall det anges.
Se särskilt avsnitt om ICF nedan

Under **punkt 7. Medicinsk behandling**, ange planerad eller pågående behandling eller åtgärd inom sjukvården. Här kan man till exempel specificera om individen bedöms behöva en röntgenundersökning eller ha kontakt med primärvårdens sjukgymnast för fysisk aktivitet, med mera, vilket bör förtydligas här. Det kan också röra sig om att man behöver göra en mer omfattande medicinsk utredning via en annan vårdinstans vilket då bör specificeras.

Under **punkt 8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan** ifylls graden av nedsättning, allt från helt/100%, till 75 %, 50 % eller 25 %. Observera att skalan är mer flexibel under de första två veckorna då arbetsgivaren betalar sjukpenning. Det är först när Försäkringskassan tar vid och betalar sjukpenning fr o m dag 15, dvs. när **möjlighet** för rätten till sjukpenning föreligger, som det finns fyra steg; innan dess finns det en större flexibilitet för arbetsgivaren att kunna anpassa sjukskrivningsgraden till exakt den nivå som man finner lämplig.

Därefter krävs det ett förtydligande ifall man gör avsteg från det Försäkringsmedicinska beslutsstödet, i vilket anges rekommenderad sjukskrivningstid för olika diagnoser, se: http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod. I vägledningen framgår klart och tydligt riktlinjer för utmattningssyndrom och åtskilliga andra sjukdomar.

Här är det lämpligt att ge en kort sammanfattande översikt av patientens sjukdomsförlopp och situation, och huruvida det föreligger en samsjuklighet; d.v.s. om patienten har mer än *en* sjukdom. Ange således vilka sjukdomar individen har (se punkt 4) samt hur dessa sjukdomar påverkar/begränsar aktivitetsförmågan.

Punkt 9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle.
Om prognosen är utmärkt och om patienten med stor sannolikhet kommer att återgå helt i nuvarande sysselsättning efter utfärdad sjukskrivning, kryssas den översta rutan.
Om sjukskrivningen bedöms bli längre anges uppskattning när som patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning i antal veckor eller månader.
Om man bedömer att det knappast finns god prognos för återgång i nuvarande arbete inom 1 år på heltid anges detta i nästa kryssruta.
Om återgång i nuvarande sysselsättning bedöms som oklar, anges detta med kryss i den nedersta raden.

Punkt 10. …åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete.
Läkaren kan här ange vilka vårdinsatser som skulle kunna gynna individens förmåga att återgå i arbete. T ex kan strukturerande bidrag via LUQSUS-K och ADA-metodik vara sådana åtgärder. Här kan man även tydliggöra om individens arbetsåtergång kan gynnas av en kontakt med företagshälsovården.

Punkt 11. Övriga upplysningar.
Här kan man dels beröra vilken ytterligare dokumentation eller kunskap man har i ärendet, men inte minst den planering som finns kring individens sjukskrivningsprocess. (Till exempel planerat återbesök för individen med datum, tid och plats, samt föreslaget trepartsmöte med chef, gärna överenskommet samma dag som man initialt har träffat individen.)

Det är klokt att i intyget vara försiktig/återhållsam med spekulationer och adjektiv som berör arbete, relation till chefen och arbetskamrater och liknande arbetsplatsförhållanden i beskrivningen av patientens sjukdomsförlopp och situation. Vid första läkarbesöket berättar patienten ofta om sin livssituation, arbetets utformning och anpassning, samt chefens eller kollegors engagemang. Det är för patienten en sann och korrekt bild, men man behöver på sikt även inhämta kompletterande kunskap från chefen och ev. andra inblandade personer enligt den ADA-metodik som rekommenderas (Karlson et al. 2010; Karlson & Österberg 2014). Detta för att få en helhetsbild vilket är särskilt viktigt inför kommande treparts/rehab- eller avstämningsmöten.

Punkt 12. Kontakt med Försäkringskassan, avser huruvida man önskar direkt kontakt med Försäkringskassan. Handläggare på Försäkringskassan tar i så fall kontakt med läkaren.

ICF

Allmänt om ICF

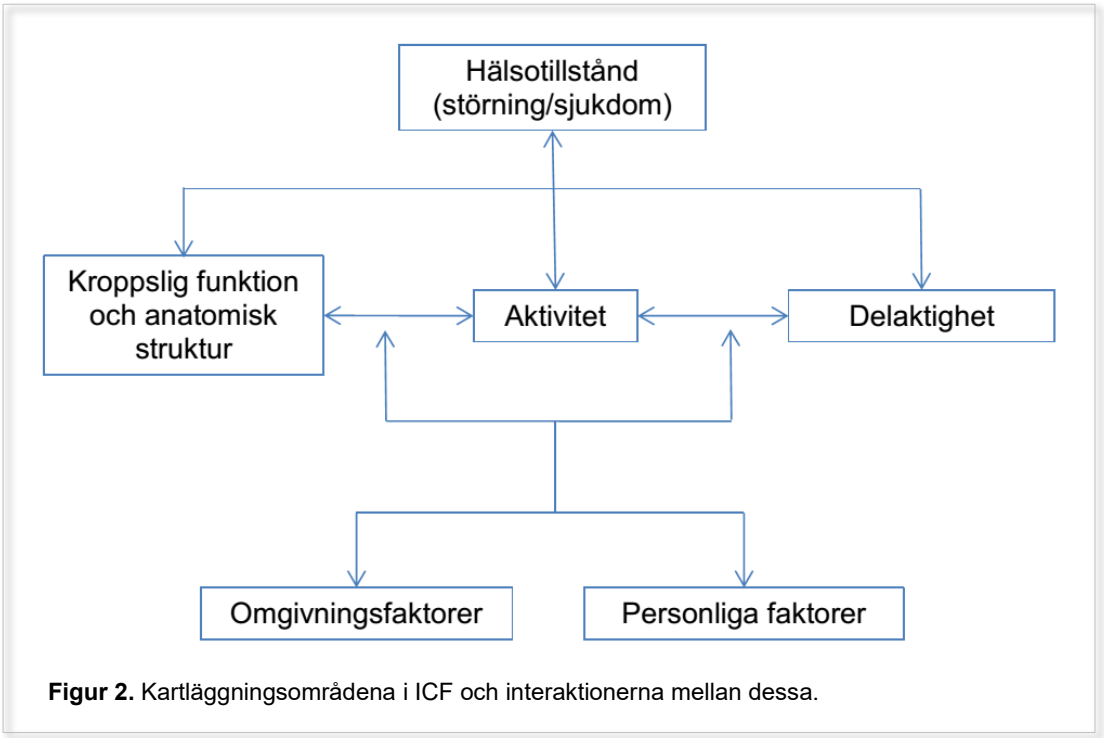
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) är ett internationellt system från Världshälsoorganisationen (WHO) för bestämning och kategorisering av funktion och funktionsnedsättning, med rötter tillbaks till 1980-talet. En svensk version finns tillgänglig på Socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen, 2003). ICF är tänkt att användas som instrument för kartläggning och forskning, som kliniskt verktyg och i utbildning. Alla aspekter av människors hälsa klassificeras − både friskt och sjukt − och oberoende av orsak.

I och med att Försäkringskassan introducerade DFA-kedjan (diagnos-, funktions- och aktivitets-kedjan) med stor vikt på aktiviteter, introducerades ICF till läkare i Sverige. För arbetsterapeuter är aktivitetsförmåga ett grundläggande begrepp i deras utbildning och ICF får där en mer central betydelse än i läkarutbildningen. Även vissa rehabiliteringsläkare har fördjupad kunskap inom ICF men för många läkare är deras kunskap om ICF begränsad till enstaka ord från olika ”lathundar” att skriva i läkarintyget. Det finns en tendens till ökande användning av ICF i samband med bedömning av arbetsförmåga (punkt 5 och 6 i läkarintyg) och erfarenheterna är övervägande positiva (Fresk et al. 2013). Historiskt började ICF användas vid fördjupade medicinska utredningar i form av *Särskilt läkarutlåtande* (SLU) och *Teambaserad medicinsk utredning* (TMU) och ingick i det ”core set” som tagits fram inom ramen för EUMASS. Idag används enbart *Arbetsförmågeutredning* (AFU), se sid 45.

Erfarenheten inom Hälsan & Arbetslivet är att när individens aktivitetsbegränsning på ett adekvat sätt beskrivs i ruta 6 i läkarintyget, med bl.a. ICF, är det mindre vanligt att Försäkringskassan begär komplettering av intyget. Om Försäkringskassans handläggare efterfrågar specifik information om LUQSUS-K-instrumentens kliniska tillämpbarhet, se svaret på ”Fråga 6”, sid 54-55.

Definitioner

En illustration av de områden som täcks av ICF visas i Figur 2. Definitionen av ***Kroppsfunktioner*** är kroppssystemens fysiologiska funktioner, inklusive psykologiska funktioner. ***Funktionsnedsättningar*** är problem i kroppsfunktioner i form av påvisbar avvikelse eller förlust. Kroppsfunktioner kodas med en bedömningsfaktor som utvisar graden eller storleken av funktionsnedsättningen. Närvaron av en funktionsnedsättning kan visa sig genom en förlust eller brist, nedsättning, ökning eller överdrift, eller annan avvikelse. Definitionen av ***Aktivitet*** är en persons utförande av en uppgift eller handling. ***Aktivitetsbegränsningar*** är svårigheter en person kan ha i att utföra specifika aktiviteter. ***Delaktighet*** avser individens engagemang i en livssituation. ***Delaktighetsinskränkning*** är problem som en person kan erfara i engagemang i livssituationer.



Figur 2. Kartläggningsområdena i ICF och interaktionerna mellan dessa.

I ICF representeras området *Kroppslig funktion och anatomisk struktur* av koden ***b***, och används oftast i läkarintygets punkt 5 (Funktionsnedsättning). *Aktivitet* och *Delaktighet* betecknas med koden ***d***, och begränsningar i dessa används oftast i läkarintygets punkt 6 (Aktivitetsbegränsning).

Ett bra utbildningsmaterial om ICF med information om dess struktur och innehåll samt hur koderna kan användas för att beskriva funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa finns att tillgå på Socialstyrelsens hemsida, se länken nedan[8]. Socialstyrelsen har även givit ut en checklista med utvalda ICF-kategorier, som är ett praktiskt instrument för att få fram och samla information om en persons funktions- och aktivitetstillstånd samt funktionshinder. Denna information kan sammanfattas vid fallbeskrivningar inom klinisk verksamhet. Checklistan bör användas tillsammans med ICF eller kortversionen av ICF, se länkarna nedan [9] [10].

Ytterligare resurser kring ICF finns på annat ställe på Socialstyrelsens hemsida, se länk nedan [11].

Förenklad tillämpning via lathund

På den detaljerade nivån är antalet ICF-koder över 1400, vilket kan kännas överväldigande. I syfte att förenkla tillämpningen av ICF, tog Artur Tenenbaum vid Hälsan & Arbetslivet under 2008 fram en betydligt kortare ”lathund” för praktisk tillämpning av ICF i samband med misstänkt stressrelaterad ohälsa och andra vanligt förekommande tillstånd som medför aktivitetsbegränsningar. Lathunden underlättar läkarens val av klassifikationskoder genom att visa bara de koder som är relevanta vid stress- och utmattningsrelaterade tillstånd. ICF-koderna bidrar även till ett utmärkt arbetssätt i teamet, då den enhetliga nomenklaturen i ICF inbjuder till tvärprofessionell kommunikation. Lathunden har successivt modifierats och uppdaterats utifrån det behov av ICF-koder som teamet vid H&A upplevt under årens gång i dialog med läkargruppen. En aktuell version av lathunden finns i Bilaga 7, men en uppdatering planeras under 2019. Att det i lathunden förekommer även klassifikationskoder som berör enbart den *fysiska* förmågan är av intresse när en arbetsanpassning planeras under rehabiliteringsperioden. Det är sådana fall viktig kunskap att individen t ex inte har smärta, kan förflytta sig utan besvär, köra bil mm. En styrka med ICF är således att *både friska och sjuka aspekter* av t ex kroppsfunktioner och aktiviteter kan klassificeras.

Användning av LUQSUS-K-resultat i samband med ICF-bedömning

I praktiskt kliniskt arbete inom företagshälsovården kan delar av resultaten från LUQSUS-K användas vid ICF-klassificering: (se nästa sida)

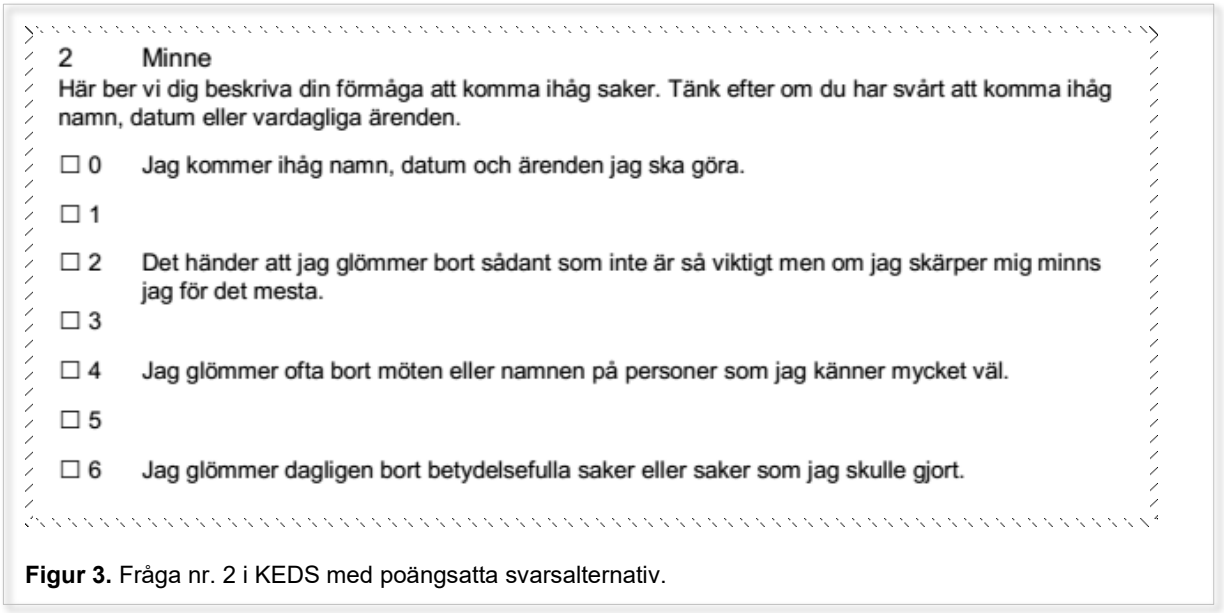
[8] http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-18

[9] http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf/Documents/ICF_checklista.pdf

[10] http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-2

[11] http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf

Med KEDS berörs 9 områden: koncentrationsförmåga, minne, kroppslig uttröttbarhet, uthållighet, återhämtning, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelse av krav, irritation och ilska. Svaren på dessa tematiska frågor kan i många fall ”översättas” till en motsvarande skattning i ICF, såväl inom område funktionsnedsättning **b** och aktivitetsbegränsning **d,** se tillämpliga koder i lathund ICF (Bilaga 7). T ex kan ICF-kategorin b144 minnesfunktioner speglas av KEDS-fråga nr. 2 (Minne). För varje område inom KEDS erhålls en KEDS-poäng från 0 (inga besvär) till 6 (maximala besvär). Inom ICF skulle en tänkbar riktlinje kunna vara att KEDS-poängen 2 motsvarar lätt begränsning, 3-4 måttlig begränsning och 5-6 svår begränsning. För att konkretisera resonemanget, se bilden av KEDS-fråga nr. 2 ”Minne” med de sex olika svarsalternativen i Figur 3:


2 Minne

Här ber vi dig beskriva din förmåga att komma ihåg saker. Tänk efter om du har svårt att komma ihåg namn, datum eller vardagliga ärenden.

☐ 0 Jag kommer ihåg namn, datum och ärenden jag ska göra.

☐ 1

☐ 2 Det händer att jag glömmer bort sådant som inte är så viktigt men om jag skärper mig minns jag för det mesta.

☐ 3

☐ 4 Jag glömmer ofta bort möten eller namnen på personer som jag känner mycket väl.

☐ 5

☐ 6 Jag glömmer dagligen bort betydelsefulla saker eller saker som jag skulle gjort.

Figur 3. Fråga nr. 2 i KEDS med poängsatta svarsalternativ.

Om patienten väljer svarsalternativ 6 på KEDS-fråga 2 skulle läkaren i **punkt 5** i läkarintyget kunna skriva:

*”Patienten glömmer dagligen bort betydelsefulla saker eller saker som patienten skulle ha gjort (KEDS-skattning är maximala 6 poäng i fråga nr. 2 ’Minne’). ICF kod **b 144** skattas till motsvarande **svår begränsning**.”*

Genom fortsatt dialog med patienten vid läkarbesöket, då patienten får utveckla i detalj vilka arbetsuppgifter denne inte klarar att göra utifrån minnesbegränsningar, preciseras och skattas aktivitetsbegränsningarna i punkt 6. Om patienten t ex arbetar som chef där det i dennes arbetsuppgifter ingår problemlösning och beslutsfattande (arbetsuppgifter som bör beskrivas i läkarintygets punkt 3) kan då i **punkt 6** i läkarintyget skrivas följande:

”Patienten har **svår begränsning** att **fatta beslut,** ICF *kod **d 177,*** och **svår begränsning** att **lösa problem,** ICF *kod **d 175***.”

Kraven och logiken att följa DFA-kedjan är därmed uppfyllda. Att på detta sätt i klartext beskriva aktivitetsbegränsningen förbättrar kommunikationen med den tjänsteman på Försäkringskassan som

skall ta beslut huruvida sjukpenning skall utbetalas, dvs. underlättar beslutsfattandet för handläggaren.

På liknande sätt kan de 6 delområdena/skalorna som skattas med LUCIE användas som stöd i ICF-klassificeringen, dvs. sömn och återhämtning, avgränsning mellan arbete och fritid, gemenskap och social stöd, kontroll över arbetsuppgifter eller egen förmåga, privatliv och fritidsaktiviteter, samt hälsobesvär. Varje delskalas resultat på både SVS- och UVS-skalan kan avläsas i beräknings-programmet för LUQSUS-K (fliken ”LUCIE Delskalor”). Inom ICF skulle en riktlinje kunna vara att ett delskale-resultat i Röda zonen på UVS motsvarar svår begränsning, ett resultat i Röda zonen på enbart SVS motsvarar måttlig begränsning, och ett resultat i Gula zonen på enbart SVS motsvarar en möjlig lätt begränsning.

QPS-Mismatch kan också vara värdefull utifrån beskrivning inom ICF, kanske framförallt inom områdena *d720 sammansatta mellanmänskliga interaktioner* och *d740 formella relationer,* se Bilaga 7. Sex områden belyses via QPS-Mismatch; arbetsbelastning, kontroll, belöning, gemenskap, rättvisa och värderingar. QPS-Mismatch-resultat som har värdet noll eller högre (positivt) medför inga begränsningar vid ICF skattning, medan resultat under noll (negativt) skulle kunna ge stöd för lätt, måttlig eller svår begränsning, beroende på graden av avvikelse.

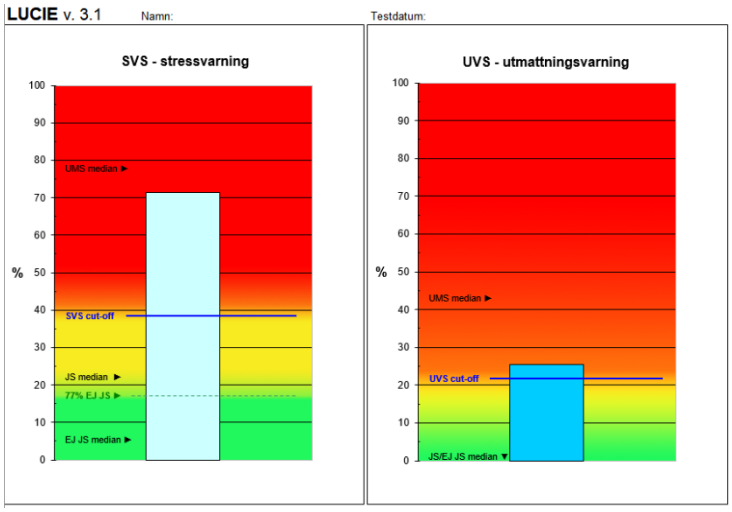
Användningen av olika LUQSUS-K-resultat som stöd i en ICF-bedömning kan möjligen uppfattas som en komplex procedur innan man fått rutin i att hantera både LUQSUS-K och ICF. Vi vill därför tillråda försiktighet under inlärningsfasen, och tillråda särskild försiktighet med tolkningar baserade på *svaret i en enda fråga* i t ex LUCIE. De enskilda frågorna i KEDS är mer omfattande/utförliga och är därför mer substantiella, men även vid användning av KEDS är det lämpligt att undersöka samstämmigheten med patientens svar i liknande frågor i de övriga formulären. I exemplet ovan, där patienten skattade maximala besvär i KEDS-frågan *Minne*, vore det således god praxis att jämföra med svaren på s-UMS fråga nr. 3a (*Koncentrations- eller minnessvårigheter*) och LUCIE-frågan nr. 20 (*Försämrat närminne*) för att värdera om svarsmönstret är konsekvent. Först när man ser en konsekvent problem-rapportering över flera formulär, t ex samstämmiga rapporter av sömnproblem i både KEDS och LUCIE-dimensionen *Sömn och återhämtning*, och när denna rapportering överensstämmer med klientens berättelse i intervjun, finns en rimlig säkerhet i bedömningen.

Det bör också *understrykas* att det inte har genomförts någon systematisk forskning kring samband mellan resultat i LUQSUS-K och skattningar i ICF, varför det ovanstående måste ses som endast preliminära tumregler för bruk i kliniska sammanhang.

Nedan följer ett detaljerat exempel på hur data från LUQSUS-K kan användas för läkarintyget. Patienten är en sjuksköterska som hade fått följande resultat på LUCIE och KEDS: (se nästa sida)

A. LUCIE

1. På **helskalan** för LUCIE (Figur 4) var resultaten: SVS = 71 och UVS = 25. Skattningen tog 10 minuter och gjordes vid första besöket hos företagsläkaren. Patienten ställde inga frågor under besvarandet. Patientens egen upplevelse var att privatlivet fungerade väl, medan det i arbetet blivit mer och mer att göra, med svårigheter att hinna med. SVS- och UVS-resultaten samt den kliniska bilden stämmer väl med UMS.



Figur 4. LUCIE-resultat, helskala.

2. Över LUCIE-profilens **sex funktionsområden** (Figur 5) konstaterades att tre av funktionsområden visade ett resultat i röd zon på både SVS och UVS:
a. *Sömn och återhämtning*, som kraftigt försämrats.
b. *Avgränsning mellan arbete och fritid*, där patienten i arbetet hade märkt att det blivit mer och mer att göra, hade svårt att hinna med, och därmed fick problem med balansen mellan arbete och fritid.
c. *Kontroll över arbetsuppgifter eller egen förmåga*, som blev konsekvensen av svårigheterna att hinna med arbetet och ledde till frustration och känslor av tappad kontroll i arbetet. Ytterligare två funktionsområden visade måttligt förhöjda resultat i röd zon på enbart SVS; *Gemenskap och socialt stöd* samt *Hälsobesvär*. Tid för reflexion och stöd från arbetskamrater och chef har minskat, då alla i personalen hade mycket att göra. Patienten kände sig mer ensam i sin arbetsroll och uppvisade klassiska stressymptom, såsom svår trötthet, kognitiv svikt och lättrördhet. Privatlivet fungerade dock fortfarande väl genom gott stöd på hemmaplan, vilket speglas av ett resultat i enbart gula zonen på SVS och i gröna zonen på UVS för funktionsområdet *Privatliv och fritidsaktiviteter*. Patientens egen bild av sin situation överensstämde således väl med utfallet i delskalorna på LUCIE.

LUCIE v. 3.1 - Delskalor och obesvarade items

Poängfördelning, delskalor		SVS (%)	UVS (%)
A	Sömn och återhämtning	100	33
B	Avgränsning mellan arbete och fritid	100	50
C	Gemenskap och socialt stöd	50	0
D	Kontroll över arbetsuppgifter eller egen förmåga	100	60
E	Privatliv och fritidsaktiviteter	33	0
F	Hälsobesvär	45	9
TOTALT		71	25

Figur 5. LUCIE-resultat, poängfördelning över de sex funktionsområdena.

3. På **enskilda LUCIE-frågor (item)** var patientens svar följande (Figur 6):

LUCIE v. 3.1 - Itemsvar

Val av visning av frågor: Förhöjda svar

		Svar	SVS	UVS
Sömn och återhämtning	1. Svårigheter att somna?	En hel del	X	
	2. Upprepade uppvaknanden eller störd/orolig sömn?	En hel del	X	
	3. För tidigt (slutligt) uppvaknande och/eller för lite sömn (ej utsövd)?	Mycket	X	X
Avgränsning mellan arbete och fritid	4. Att arbetet tar så mycket energi att du förlorar orken att ta itu med saker...?	En hel del	X	
	5. Att problem på arbetet gör dig irriterad därhemma?	En hel del	X	
	6. Svårigheter att koppla av på fritiden pga. ständiga tankar på arbetet?	Mycket	X	X
	7. Svårigheter att sova pga. ständiga tankar på arbetet?	Mycket	X	X
Gemenskap och socialt stöd på arbetsplatsen	8. Bristande stöd och/eller hjälp av dina närmaste arbetskamrater?	En hel del	X	
	9.			
Kontroll över arbetsuppgifterna eller egen förmåga	10. Att du börjat tappa kontrollen över dina arbetsuppgifter?	En hel del	-	X
	11. Att du börjat förlora din entusiasm/glädje för arbetsuppgifterna?	Mycket	X	X
	12. Att du börjat känna dig mindre effektiv i att sköta dina arbetsuppgifter?	En hel del	X	
	13. Att du fått svårare att fatta beslut i arbetet?	Mycket	-	X
	14. Att du fått sämre tålamod eller ork för samarbete med arbetskamraterna?	En hel del	X	
Privatliv och fritidsaktiviteter	15. För lite tid till umgänge med vänner och bekanta?	En hel del	X	
	16.			
	17.			
Hälsobesvär	18.			
	19.			
	20.			
	21. Försämrad koncentrationsförmåga eller förvirring	En hel del	X	
	22. Yrsel, ångest eller oro	En hel del	X	
	23. Svår trötthet/energibrist som inte minskar efter vila	Mycket	X	X
	24.			
	25.			
	26. Tar illa vid dig för småsaker (t ex haft nära till gråten)	En hel del	X	
	27. Känslor av hopplöshet eller maktlöshet	En hel del	X	
	28.			
	Totalresultat =	Zon:	Röd	Röd

Figur 6. LUCIE-resultat, svar på enskilda frågor (item)

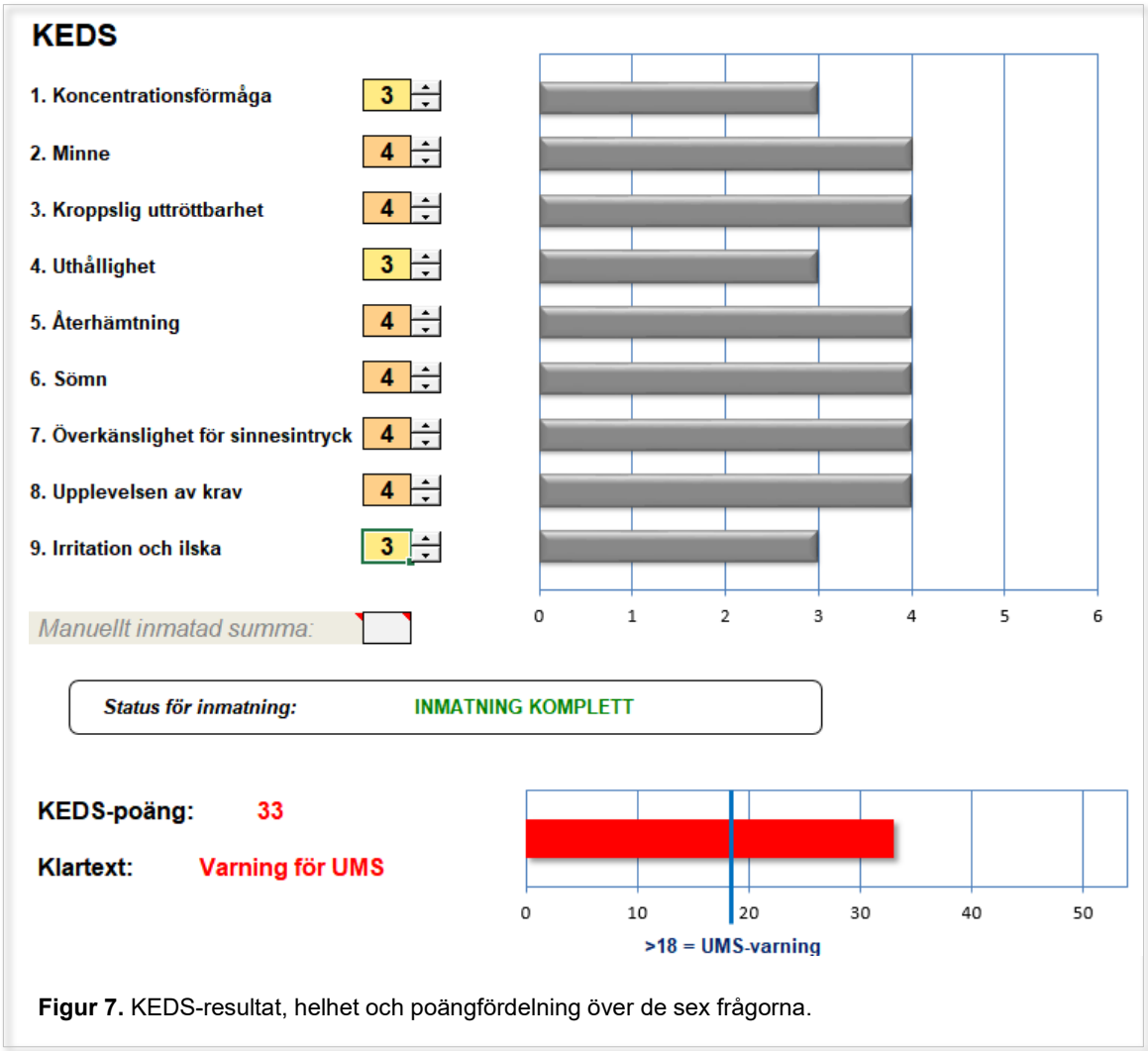
Lämpliga fynd från ovanstående svar kan tas med i *Läkarintyg för sjukpenning* (FK 7804) under **punkt 5. Funktionsnedsättning**. Det bör i texten tydligt framgå *de observationer som man själv som läkare gjort*, jämte svaren i LUQSUS-K-formulären, samt helheten som läkaren grundar sin bedömning på. Sammanfattningen av LUCIE-resultaten och läkarens bild kan beskrivas på detta sätt:

Patienten uppvisar resultat i de röda zonerna på både SVS och UVS, vilket ger en varning för utmattningssyndrom. (Avser LUCIE-helhetsbilden, punkt 1 på förra sidan. Se även sid 15-16 om hur LUCIE-resultat kan tolkas, samt grundläggande manualen för LUQSUS-K.) Vidare kan beskrivas att:

Patienten uppvisar trötthet, känslolabilitet under läkarbesöket [ICF-koder: b1300 Energinivå; b1263 Psykisk stabilitet]. *Patienten är ångestfylld vilket verifieras av förhöjd HAD-skattning* [ICF-kod: b152 Emotionella funktioner]. Observera att det är observationer vid mottagningsbesöket som läkare gör som skall dokumenteras under punkt **5 Funktionsnedsättning**. Därefter följer en logisk beskrivning av fynden i nästa punkt **6 Aktivitetsbegränsning**, t ex: *patienten har sömnsvårigheter* [ICF-koder: b1340 Sömnmängd; b1341 Insomning; b1343 Sömnkvalitet], *svårigheter att koppla av efter arbete* [ICF-kod: b1642 Tidsplanering], *har börjat tappa kontrollen över sina arbetsuppgifter* [ICF-kod: b1646 Problemlösning] *och har fått svårare att fatta beslut* [ICF-kod: d177 Att fatta beslut] *Vidare har patienten en svår trötthet och energibrist trots vila och har ökat känslolabilitet* [ICF-kod: b1300 Energinivå]. Här kan även aktivitetsbegränsningar enligt KEDS beskrivas.

B. KEDS

1. På KEDS var **helhetsresultatet** 33 poäng, således klar varning för UMS (Figur 7).
På denna flik i LUQSUS-K matas KEDS-resultaten in och man få samtidigt en snabb överblick på hur patienten har strukturerat och fördelat sina besvär över **de sex KEDS-dimensionerna**:



Figur 7. KEDS-resultat, helhet och poängfördelning över de sex frågorna.

I detta patientexempel var svaren på frågorna relativt jämnt fördelade, med 3 eller 4 poäng på varje fråga. I KEDS är emellertid de olika skalstegen för svar inte renodlat förknippade med enbart stigande besvärsintensitet, som i LUCIE, utan innehåller även kvalitativa skillnader mellan skalstegen allteftersom poängen stiger.
Redan på denna sida kan dock konstateras att det finns en hög nivå av besvärsrapportering (4 poäng) på dimensionerna *Minne*, *Kroppslig uttröttbarhet*, *Återhämtning*, *Sömn*, *Överkänslighet för sinnesintryck* och *Upplevelsen av krav*. Även övriga dimensioner är lindrigt förhöjda och kan vara värda att uppmärksamma, men sticker inte ut på riktigt samma tydliga sätt.

På nästa sida beskrivs hur de ganska komplexa svaren på de olika skalstegen i KEDS kan användas i samband med Läkarintyg för sjukpenning.

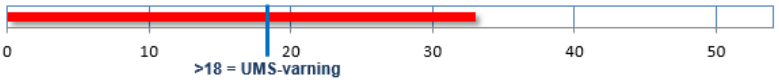
2. På **enskilda KEDS-frågor** (item) var patientens svar följande:

KEDS - Itemsvar

Val av visning av svar: Förhöjda svar

1. Koncentrationsförmåga	3	
2. Minne	4	Jag glömmer ofta bort möten eller namnen på personer som jag känner mycket väl.
3. Kroppslig uttröttbarhet	4	Jag har svårt att orka med kroppsansträngning. Det fungerar så länge jag rör mig i normal takt men jag klarar inte att öka takten utan att bli darrig och andfådd.
4. Uthållighet	3	
5. Återhämtning	4	Jag blir trött under dagen och behöver långa pauser för att bli piggare.
6. Sömn	4	Jag sover ofta oroligt eller vaknar under natten och har svårt att somna om. Det händer ofta att jag inte känner mig utsövd efter en natts sömn.
7. Överkänslighet för sinnesintryck	4	Jag upplever ofta ljud, ljus eller andra sinnesintryck som störande eller obehagliga.
8. Upplevelsen av krav	4	Situationer som jag tidigare hanterat utan problem känns nu ofta krävande och orsakar ett starkt obehag eller en stark stress.
9. Irritation och ilska	3	

Total KEDS-poäng: 33



Figur 8. KEDS-resultat; konkreta svar på enskilda frågor (item).

I Läkarintyg för sjukpenning under **punkt 6. Aktivitetsbegränsning** skall aktivitetsbegränsningar relaterade till diagnos (punkt 4) klart framgå. Det är här är exceptionellt viktigt att vara tydlig och klar, enligt DFA-kedjan. Här kan resultat från item på KEDS beskrivas i text. T ex kan beskrivas att:
Item 3: *Patienten har även svårigheter med mer uttalad kroppsansträngning* [ICF-kod: b7408 Andra specificerade muskeluthållighetsfunktioner], vilket är viktigt att ange om patienten har ett fysiskt krävande arbete.
Item 4: *Patienten glömmer ofta namn på personer som hon känner väl och möten kan ofta också glömmas* [ICF-kod: b1448 Andra specificerade minnesfunktioner]. Ge gärna även konkreta exempel från anamnesen.
Item 5: *Patienten blir trött under dagen och behöver långa pauser för att bli piggare* [ICF-kod: b1300 Energinivå].
Item 6: *Patienten sover oroligt och vaknar under natten och har svårt att somna om och känner sig inte utsövd efter en natts sömn* [ICF-koder: b1343 Sömnkvalitet; b1341 Insomning; b1348 Andra specificerade sömnfunktioner].
Item 7-8: *Patienten är ljud- och ljuskänslig och situationer som hon tidigare hanterat utan problem ger numera ett starkt obehag* [ICF-koder: b249 Andra specificerade och ospecificerade hörselfunktioner och vestibulära funktioner; d2408 Att hantera stress och andra psykologiska krav]. Åter, ge gärna konkreta exempel från vad patienten berättat.

Aktivitetsförmågeutredning – vilka krav ställer yrket/arbetet på individen?

Ett kliniskt dilemma kan ofta vara att värdera den aktivitetsbegränsning som individen har i förhållande till individens arbetsinnehåll och de krav som arbetet ställer på individen. Således är det av stort intresse att få en beskrivning av de krav som arbetet ställer på individen. Genom tidig kontakt med individens chef kan en sådan beskrivning efterfrågas. Vid arbetsförmågebedömning inom Hälsan & Arbetslivet används alltid en chef-medarbetarskattning av arbetsuppgifterna i linje med intentionerna med ICF, se Bilaga 8. Vid denna skattning får chefen i dialog med den anställde beskriva vilka arbetsmoment som ingår i det ordinarie arbetet, samt ge kommentarer om vilka arbetsmoment som den anställde enbart delvis eller inte alls kan utföra och vilka behov av anpassning av specifika arbetsmoment som kan vara möjliga.

På nationell nivå är Aktivitetsförmågeutredning (AFU) ett vidare begrepp som utvecklats utifrån tidigare utredningsformer (SLU/TMU). AFU är den utredningsform som Försäkringskassan använder sedan 2018 och som ersätter både SLU och TMU. Bedömningsverktyget AFU beskrivs i en rapport från Försäkringskassan (2013 a). Vinsten med de bredare AFU-kategorierna är bl.a. att de kan relateras till beskrivningar av krav på aktivitetsförmåga inom olika yrken, dvs. vilka krav som ställs på en individ som arbetar som t ex sjuksköterska (se exemplet nedan). En del kunskap på området har tagits fram under ledning av Jan Larsson (Försäkringskassan 2013 a), vilket illustreras i exemplet nedan. Utvecklingsarbetet fortskrider för närvarande inom bl.a. Arbetsförmedlingen.

I den ovan nämnda rapporten från Försäkringskassan (2013 a) hänvisas till ett referensmaterial (Försäkringskassan 2013 b) som tagits fram i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, inom ramen för regeringsuppdraget 2010 att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen. I referensmaterialet, ***Kunskapsunderlag: ”Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden”*** , beskrivs bl.a. ”Allmängiltiga krav på medicinskt relaterade förmågor som gäller för förvärvsarbete på arbetsmarknaden” och vidare ges exempel på beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor för ett stort antal specifika yrkesgrupper på svensk arbetsmarknad, t ex sjuksköterskor (rapportens sid 78-79).

Nedan följer en kort utdrag från detta avsnitt som tydlig åskådliggör ICF:s roll som ett ”gemensamt språk” för beskrivningen av ett arbetes krav på individen, och vilka toleranser på nedsatt förmåga som finns, inför ett ställningstagande till sjukskriving. I exemplet visas delar av kravbeskrivning och toleransnivå för yrkesgruppen s*juksköterskor* (Se Figur 9). Av beskrivningen framgår att det i sjuksköterskans kärnaktivitet ingår att samverka med läkare och annan personal, samt att ha kontakt med patienter och anhöriga - således en förmåga ”att företa mångfaldiga uppgifter” (ICF kod d220, se Bilaga 7, Aktiviteter, *Kap 2 Allmänna uppgifter och krav*). I beskrivningen framgår vidare att toleransen för nedsatt aktivitetsförmåga för förmågan ”att företa mångfaldiga uppgifter” är liten (0-1). Toleransnivåer anges på en skala 0-4, där 0 motsvarar ”obefintlig tolerans mot begränsningar” och 4 motsvarar ”mycket stor/total tolerans mot besvär/begränsningar”.

Sammantaget kan läkaren således redan idag inhämta kunskap om vilka krav som ett specifikt yrke/arbete ställer på individen och vilken tolerans mot nedsatt förmåga i psykiska funktioner och aktivitetsbegränsningar som gäller.

Sjuksköterskor

Yrkesgruppen omfattar cirka 70 000 anställda. Sjuksköterskor behandlar och vårdar patienter samt ansvarar för medicinsk omvårdnad och läkemedelshantering. De ger råd och stöd samt förebygger sjukdomar, har vårdansvar vid exempelvis förlossningar, svarar för öppen hälso- och sjukvård inom ett geografiskt område. De kan samordna och leda arbete i en operationssal samt utför röntgenundersökningar och andra radiologiska undersökningar.

Kärnaktivitet: att möta individer med funktionsnedsättningar och utifrån vedertagna medicinska metoder, samt i nära samarbete med läkare uppmärksamma problem och väcka frågor om pågående och framtida vård och behandling. Relaterade IFC-koder är d220, d398 och d758.
Kritisk faktor: förmåga att relatera till patienters upplevda och faktiska behov samt förmåga att över tid upprätthålla engagemanget för detta, är avgörande krav.
Det finns en pågående **utveckling** inom området mot att sjukvården kommer närmare patienterna, s.k. närsjukvård, vilket kan komma att ställa högre krav på främst affektiva förmågor gällande hanterandet av mellanmänskliga relationer över tid. **Arbetssjukdomar** orsakas vanligast av hög personalomsättning, påfrestande klientkontakter och liknande sociala och organisatoriska faktorer.

Bedömd tolerans för fysiska förmågor är liten till måttlig. Detta innebär att individer med måttliga fysiska nedsättningar i många fall kan klara arbetet. Bedömningar måste dock göras bl.a. utifrån individens specifika förutsättningar och de anpassningsmöjligheter som kan antas vara rimliga i ett normalt förekommande arbete.

Tolerans mot nedsatt förmåga relaterad till psykiska funktioner 0 – 1

Beskrivningen avser i första hand inlärning, minne och koncentration
Arbetsuppgifterna ställer krav på god minnesförmåga samt att kunna upprätthålla uppmärksamhet på en eller flera uppgifter samtidigt under en lägre period och samtidigt kunna hantera information från flera källor, exempelvis tal, ljud eller text på en datorskärm. Arbetsuppgifterna förutsätter förmåga till logiskt tänkande i form av att identifiera problem och hitta specifika lösningar i mer eller mindre komplexa situationer genom att snabbt sätta samman information och tillämpa vedertagen medicinsk kunskap. Det är mycket viktigt att muntligt och skriftligt kunna förmedla information på ett effektivt och lämpligt sätt, både via telefon och vid ett fysiskt möte. Arbetsuppgifterna kräver förmåga att lyssna fokuserat på andra människor och förstå vad individen säger och vill framföra.

Beskrivningen avser i första hand exekutiva funktioner
Arbetet har ett högt tempo och ställer krav på förmåga att hantera stress, ansvar och andra psykologiska krav. Varje patientkontakt är unik och det är viktigt att snabbt kunna relatera till och klara av varierande förutsättningar.

Beskrivningen avser i första hand affektiva funktioner
Arbetsuppgifterna utförs nästan uteslutande i interaktion med andra människor, patienter och kollegor. Det krävs förmåga att snabbt kunna bygga upp respektive avsluta relationer men även i vissa delar upprätthålla en nära arbetsrelation över tid. En förutsättning är att kunna agera på ett socialt lämpligt sätt, vara flexibel och kunna anpassa beteende och handlingar utifrån andra skeenden och andra människors handlingar

Beskrivningen avser i första hand psykisk uthållighet
Arbetet är ofta av varierande grad men det ställs höga krav på att behålla koncentration och uppmärksamhet under en längre tid. Att t.ex. ge felaktig information vid telefonrådgivning kan få stora konsekvenser liksom att inte vara uppmärksam vid en operation.

Figur 9. Utdrag ur Försäkringskassans (2013 b) rapport ’*Kunskapsunderlag: ”Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden”’* avseende arbete som sjuksköterska. (Valda delar av krav- och toleransbeskrivning ur rapportens sid 78-79.)
Toleransnivåer anges på en skala 0-4, där 0 motsvarar ”Obefintlig tolerans mot begränsningar” och 4 motsvarar ”Mycket stor/total tolerans mot besvär/begränsningar”.

ANVÄNDNING AV LUQSUS-K I FÖREBYGGANDE SYFTE

Kartläggning/utredning av arbetsgrupper

De fyra screeninginstrumenten i LUQSUS-K kan användas inte bara som stöd i en klinisk patientbedömning utan även för att undersöka hela grupper. Genom att distribuera enkäter till en eller flera grupper, t ex personal på olika avdelningar inom en arbetsplats, kan företagshälsovården bilda sig en uppfattning om vilka arbetsställen och personalgrupper som visar tecken på bättre/sämre passform mellan arbetskrav och resurser (QPS-Mismatch), samt högre/lägre frekvens av subtila tecken på begynnande stressymptom/utmattning (KEDS, LUCIE-SVS/UVS och s-UMS). Sådan information kan bilda basen för en djupare analys av konkreta problem i arbetsorganisationen och därmed ge ett underlag för preventiva och främjande insatser. Framkommer i en arbetsgrupp t ex en förhöjd frekvens av Stressvarning (SVS) i LUCIE i kombination med tecken på bristande passform i QPS-Mismatch kan detta tyda på att gruppens arbetssituation har ett samband med stressymptom och därmed föranleda en närmare utredning och en intervention. En senare uppföljning av grupperna med LUQSUS-K kan även användas för att värdera om den genomförda interventionen har gett önskad effekt.

För att underlätta sammanställningen av gruppresultat finns ett kompletterande beräkningsprogram (Excel) för gruppundersökningar med LUQSUS-K. I beräkningsprogrammet för grupper kan data för en mängd individer matas in och LUQSUS-K-resultaten visas som t ex gruppmedelvärden och hur individernas värden fördelar sig inom skalorna. Nuvarande version kan hantera data för grupper upp till 1000 individer, med visning av resultaten i både enkla diagram och tabeller samt med möjlighet till export av individresultat till externt statistikprogram. Programmet, *LUQSUS-K v.3.0 för gruppundersökning*, ger således lättöverskådlig information som kan användas av t ex chefer för återrapportering av gruppresultat till medarbetarna, men erbjuder även detaljerade resultat som kan analyseras vidare av t ex forskare och statistisk expertis.

Programmet finns tillgängligt på portalen http://fhvmetodik.se/luqsus/

Nedan ger vi ett par exempel på hur LUQSUS-K för gruppundersökning har använts i olika tillämpningar inom Hälsan & Arbetslivet.

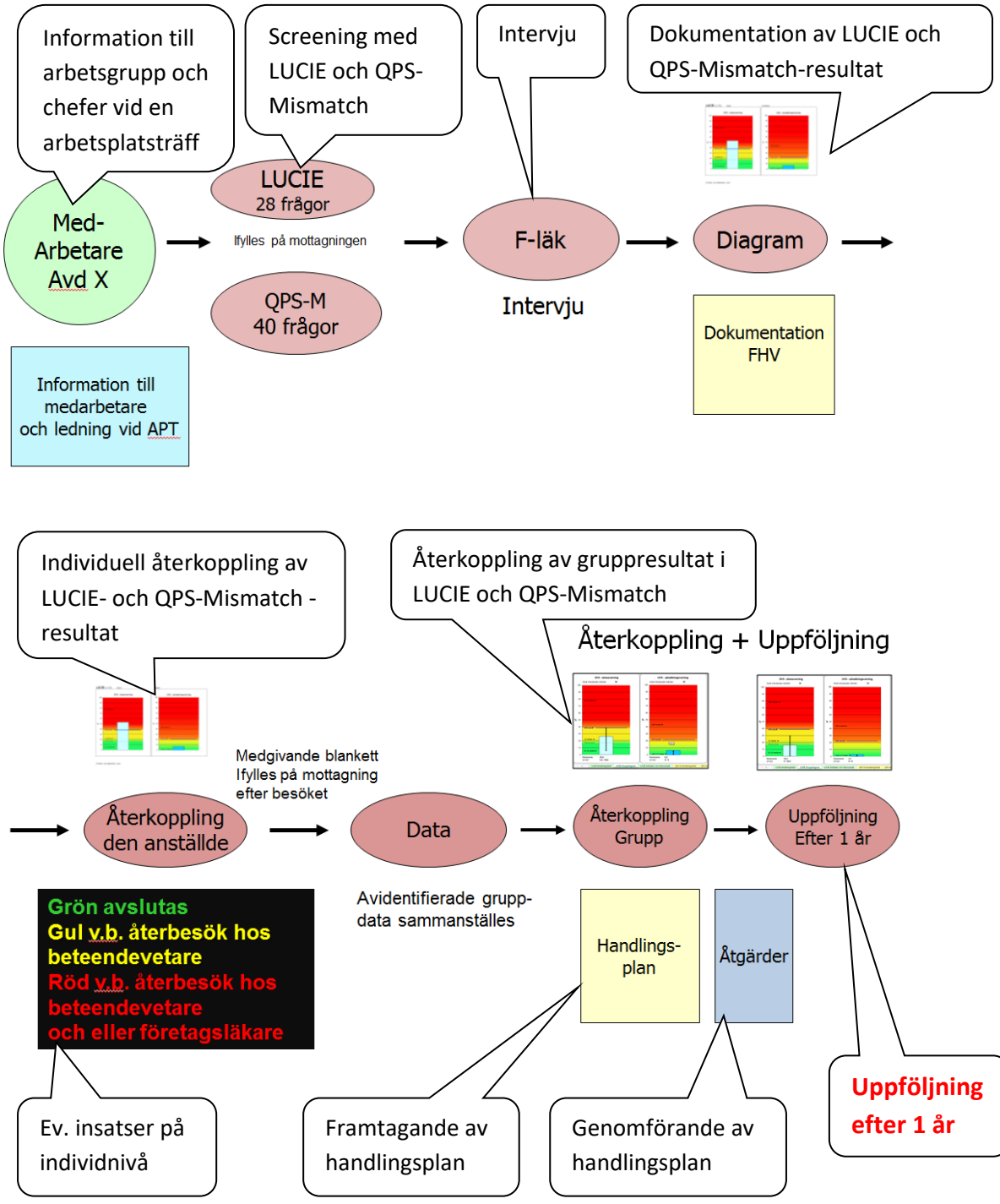
Exempel på kartläggning och intervention på en vårdavdelning

Bakgrund

Hälsan & Arbetslivet konsulterades av en vårdavdelning vid ett större sjukhus i Västra Götalands-regionen. Bakgrunden var att Arbetsmiljöverket hade påtalat brister i arbetsmiljön och arbetsbelastningen bland de 60 sjuk- och undersköterskorna. Även en tidigare genomförd medarbetarundersökning på samma avdelning hade visat otillfredsställande resultat, men svarsfrekvensen var under 50% vilket skapade osäkerhet om hur representativa resultaten var.

Modell för kartläggning och intervention

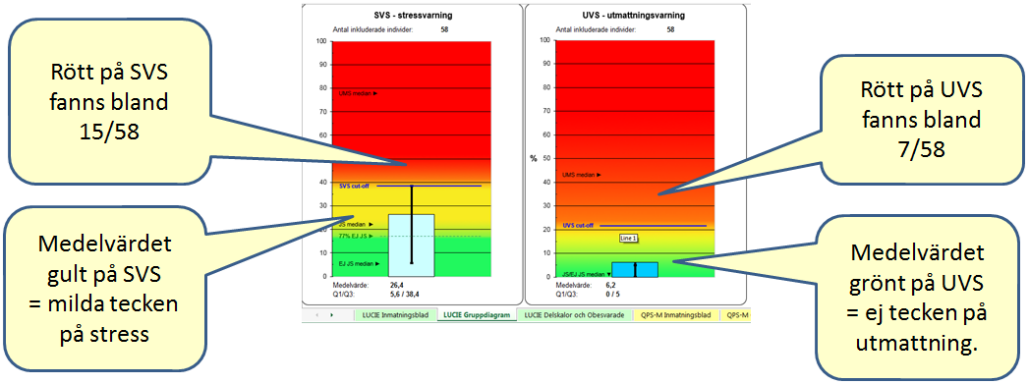
Hälsan & Arbetslivet påbörjade 2014 en fördjupad undersökning efter en förankringsprocess med chefer i 1:a och 2:a linjen. Processen omfattade följande steg:



Intervjudata vid projektets start (2014)

Intervjuerna 2014 visade att arbetsuppgifterna visserligen kändes stimulerande och att kamratskapet var bra, men det framkom bl.a. upplevda orättvisor i arbetsfördelningen och beträffande arbetsscheman. Arbetsbelastningen beskrevs som hög vilket ledde till en känsla av brist på kontroll i arbetet. Det framfördes önskemål om bl.a. bättre kommunikation – ledarskap – rutiner.

LUCIE-resultat 2014



Handlingsplan/åtgärder

Individnivå:

Individer som hade ett SVS-resultat i gul eller röd zon, eller UVS-resultat i röd zon, erbjöds personligt stöd av företagshälsovården.

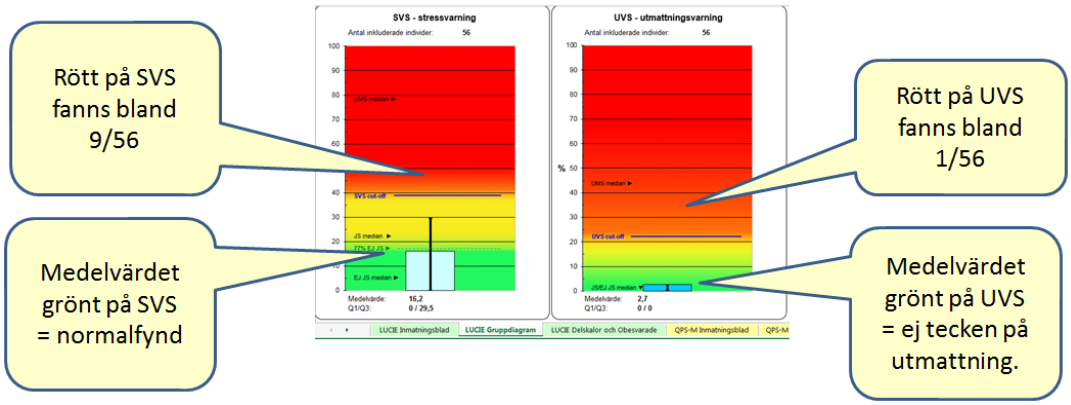
Gruppnivå:

I gruppen gavs handledning av en organisationskonsult. Fokus i handledningen var på ledarskap och förbättring av rutinarbete. På organisationsnivå företogs ett lokalbyte och de nya lokalerna anpassades.

Intervjudata vid uppföljning (2015)

Arbetsgemenskapen upplevdes som bättre än föregående år. De nya lokalerna ansågs mycket bra. Den nya chefen uppfattades av majoriteten som en stor förbättring. Nya, mindre personalgrupper upplevdes positivt; främjande kamratskap och förståelse. Flertalet angav minskat stressupplevende.

LUCIE-resultat 2015



Sammanfattning

Såväl intervjudata som resultaten i LUCIE- och QPS-Mismatch visade på positiva förändringar i upplevd arbetsmiljö och minskade tecken på stressymptom. Framförallt minskade andelen med mer uttalade stressymptom i LUCIE (UVS) markant. Arbetsmodellen har också varit uppskattad av såväl de

anställda som av chefer och sjukhusledning. I undersökningen var svarsfrekvensen hög (93-97%) vid båda mättillfällena, vilket gjorde att resultaten bedömdes som representativa.

Ett exempel på hur en generell arbetsplatsundersökning kan genomföras beskrivs nedan i avsnittet ”Kartläggning och interventioner på gruppnivå…”

Exempel på pågående kartläggningar och interventioner

Motsvarande arbete och arbetssätt har därefter genomförts vid:

- Vårdavdelning vid sjukhus i Västra Götaland, 2015 med 31 deltagande individer.
- Klinik i Västra Götaland, med 32 deltagande individer 2016 och uppföljning 2017.
- Nystartad vårdavdelning i Västra Götaland, med 42 deltagande individer 2016 och uppföljning 2017.

I den sistnämnda undersökningen används alla delar av LUQSUS-K för gruppundersökning vilka redovisas i lättbegripliga diagram, se exempel på fiktiva diagram i Bilaga 9.

Exempel på screening av stora personalgrupper med LUQSUS-K distribuerad via Internet

I ett mer omfattande projekt i samverkan med Försäkringskassan (det nationella *Mobiliserings-initiativet*) har använts en web-baserad enkät med LUCIE och QPS-Mismatch för 2414 medarbetare i Västra Götalands-regionen, därav 749 vid Skaraborg sjukhus (SKAS). Metodiken bygger på erfarenheterna av att använda LUCIE som webbenkät i en FORTE-finansierad studie som följde 1400 deltagare i befolkningen med kvartalsvisa enkäter under tre års tid (FORTE 2011-0236) (Österberg et al. 2016). Projektplanen för Mobiliseringsinitiativet inom Västra Götalands-regionen kan rekvireras från projektledare Ari Kokko: ari.kokko@vgregion.se.

Resultaten återkopplades till chefer på gruppnivå och lämpliga förebyggande åtgärder utvecklades för individer som är i riskzonen. Även varje deltagande individ fick ett svar via e-post om sina personliga resultat, med olika lydelse om personen bedöms visa tecken på begynnande utmattning eller hade väsentligen normala/förväntade resultat (se Bilaga 10). De som erbjöds medverka i screeningenkäten var personal som helt eller delvis varit i tjänst under tre månader före enkäten. Individer med längre tids frånvaro deltog inte.

Svarsfrekvensen var 73%, och av alla svarande hade 84% ett helt normalt LUCIE-resultat, dvs. i gröna zonerna på både SVS och UVS. 9,5% hade ett resultat i den röda zonen på SVS och i den gröna zonen på UVS, vilket utgör en varning för lätta-måttliga stressymptom, medan 6,5% hade ett resultat i de röda zonerna på *både* SVS och UVS, vilket ger en varning för utmattningssyndrom. Berörda individer gavs erbjudanden om konsultation och åtgärder.

Vidare utbildades chefer i hälsofrämjande ledarskap. Materialet som användes vid utbildningen är ett nytt arbetsmaterial om *Hållbart och Hälsofrämjande Ledarskap*. Det har tagits fram och utvärderats av Andrea Eriksson och Lotta Dellve inom ramen för ett AFA-finansierat forskningsprojekt om företagshälsovårds-metodik för hälsofrämjande verksamhetsutveckling. Arbetsmaterialet fungerar

väl för användning av företagshälsovården och HR i syfte att skapa dialog och inspiration för hälsofrämjande arbete bland chefer inom hälso- och sjukvården (Dellve & Eriksson 2016).

Erfarenheterna från projektet utvärderades under 2017 i samarbete med bl.a. Institutet för Stressmedicin. En pilotuppföljning av en handfull chefers upplevelse av utbildningen i Hälsofrämjande ledarskap och screeningen av medarbetarna med LUQSUS-K visade påtagligt positiva reaktioner bland cheferna, så även slutrapporten. Screeningen med LUQSUS-K bedömdes som värdefull för att identifiera medarbetare med risk för att utveckla utmattning och för att initiera hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen (Karlsson, 2016). Slutrapporter från projektet i sin helhet finns att tillgå här: https://www.vgregion.se/mobiliseringsinitiativet.

Mobiliseringsinitiativet byggde på samarbete mellan FK och VGR för att främja hälsa och förebygga sjukfrånvaro. Ett av delprojekten berörde VGR som arbetsgivare och Institutet för Stressmedicin (ISM) har genomfört en processutvärdering av denna del av projektet, redovisad i ISM-rapport nr. 21 (Hultberg et al. 2018).
Resultaten har under 2018 även presenterats internationellt (Brisman et al. 2018).

Kartläggning och intervention på gruppnivå där Företagshälsovården (i detta exempel H&A) och Human Resources(HR)-avdelningen samverkar.

Vill man arbeta kartläggande eller förebyggande med en arbetsgrupp kan en samverkan mellan företagshälsovården och HR vara värdefull. En förutsättning är att kunnig och erfaren (legitimerad) personal ges ansvaret att arbeta med individbedömningar med LUQSUS-K. Efter ett års arbete med gruppundersökningar i det ovan beskrivna projektet inom Mobiliseringsinitiativet har ett lämpligt framtida arbetssätt utkristalliserats, vilket vi beskriver i exemplet nedan.

Här följer *ett exempel* på hur en måttligt stor gruppundersökning (n=100) skulle kunna gestalta sig:

Verktyg

En **webb-enkät** skapas bestående av LUCIE och QPS-Mismatch.

Ansvarsfördelning i samband med datainsamling, analys och återkoppling

- **HR ansvarar för**:
  - information till chefer (gärna i samverkan med **Företagshälsovårdens** organisationskonsult, eller annan adekvat profession)
  - att leverera alla korrekta data (e-postadresser mm). Webbenkäten besvaras vid den egna arbetsstationen, och arbetsgivaren ansvarar för att de som saknar egen arbetsstation får tillgång till e-post/dator.
- **Företagshälsovården ansvarar för:**
  - utskick av webb-enkäter till 100 medarbetare.
  - analys, rapport och utskick av 4*st. gruppresultat till beställande HR och involverad konsult inom Företagshälsovården. (*I exemplet antas 4 arbetsgrupper/avdelningar.)
- **HR + Företagshälsovårdens ansvarar *gemensamt* för** en återkoppling till respektive chef.

Ansvarsfördelning vid intervention

- **Chefens ansvar för arbete med individer**
  När chefen presenterar resultaten för medarbetarna på gruppnivå kommuniceras att

individer som upplever sig ha symptom som kan påverka deras arbetsprestation och hälsa bör ta kontakt med Företagshälsovården.

- **Företagshälsovården**
  De individer som kontaktar Företagshälsovården intervjuas först via telefon av en företagssköterska som gör en preliminär bedömning. Vid behov görs besök på Företagshälsovårdens mottagning med ny komplett LUQSUS-K skattning inklusive även KEDS och s-UMS, samt AUDIT och HAD (se sid 18). En individåterkoppling görs och liksom en vidare planering med t ex trepartsmöte med chef (se sid 24-25).

För val av metoder i samband med kartläggning och intervention rekommenderar vi att läsaren konsulterar de riktlinjer som Företagshälsans riktlinjegrupp nyligen tagit fram (Jensen I. och Företagshälsans riktlinjegrupp, 2015), samt de aktuella erfarenheterna i slutrapporten från projektet FHV NySam (Wikström et al. 2016). Observera att även LUCIE numera är inkluderat som ett erkänt instrument enligt Företagshälsans riktlinjegrupp, efter lång tids klinisk och vetenskaplig utprovning (se: https://www.foretagshalsor.se/utbildning-kompetens/kunskapsbank/metoder/riktlinjer-foretagshalsan , rubriken ”**Tilläggsmaterial**”).

FRÅGOR OCH SVAR

Nedan berörs endast frågor som *specifikt* anknyter till innehållet i Klinisk handbok.
För övriga frågor om de olika LUQSUS-K-instrumentens användningsområden, egenskaper och begränsningar hänvisas till den grundläggande LUQSUS-K-manualen: http://fhvmetodik.se/luqsus/

Fråga 1. *Jag anser mig vara en ganska erfaren och skicklig kliniker och tycker att en omsorgsfull klinisk intervju räcker för att bedöma en patient. Varför skulle jag behöva lägga till LUQSUS-K-instrumenten?*

Svar 1. LUQSUS-K-instrumenten erbjuder en möjlighet att kalibrera sin kliniska bedömning mot etablerade kriterier för begynnande utmattning utifrån gjorda forskningsstudier (KEDS, LUCIE och s-UMS) och få en inblick i var ”passformen” individ-arbete sviktar för den enskilde patienten (QPS-Mismatch). Instrumenten i LUQSUS-K fungerar därmed både som en ”termometer” och en checklista på symtom och problemområden som patienten kanske inte spontant tar upp. Klinikern kan även få en mer komplett information om patientens arbetsbelastning och besvärsbild utifrån den systematiska avtäckning av kända problemområden vid utmattning som erhålls via LUQSUS-K-instrumenten.

Det bör dock påpekas att det finns starka kontraindikationer mot att överhuvudtaget använda frågeformulär till de patienter som förefaller vara i djup kris eller ter sig mycket misstänksamma mot konsultationen vid företagshälsovården. Se kommentar om detta i avsnittet ”Rutiner för utredning/diagnostik”.

Fråga 2. *Min patient visar tecken på utmattning i både KEDS, LUCIE och s-UMS. Är det då bara att sätta diagnos F43.8A?*

Svar 2. NEJ, instrumenten i LUQSUS-K är bara hjälpmedel; resultaten i LUQSUS-K ersätter aldrig en omdömesgill klinisk bedömning. Som regel fordras information om individens tidigare sjukhistoria och att bedömaren har kunskaper i psykiatrisk och somatisk differentialdiagnostik för att på ett adekvat sätt värdera i vad mån andra psykiska och/eller somatiska förhållanden kan vara orsaker till höga poäng på KEDS/LUCIE/s-UMS (se rutan på sid 11 samt sid 18).

Fråga 3. *Kan LUCIE/KEDS/s-UMS ge falsk indikation på stress och/eller begynnande utmattningssyndrom? Hur mycket kan man lita på resultaten?*

Svar 3. De olika screeninginstrumentens användningsområden, egenskaper och begränsningar beskrivs i detalj i LUQSUS-K-manualen, avsnitten ”Vanliga frågor” för respektive instrument. Det rekommenderas att användaren anlägger en hög/bred utblick över de olika tänkbara kombinationer av belastningar/bakgrundsfaktorer och symptom som den individuella patienten visar och anpassar de diagnostiska ställningstagandena och behandlingsalternativen efter detta. (Se även svaret på Fråga 2 ovan.)

Fråga 4. *Måste man verkligen följa alla era rekommendationer i "Klinisk handbok" för att få använda LUQSUS-K i kliniska sammanhang?*

Svar 4. Nej, givetvis inte. Syftet med "Klinisk handbok" är att ge användaren en överblick av hur LUQSUS-K kan användas i en övergripande utrednings- och rehabiliteringsprocess inom företagshälsovården, genom att visa en modell utvecklad vid Hälsan & Arbetslivet. Den enskilde användaren kan *naturligtvis* behöva anpassa modellen till de förhållanden som gäller i den egna verksamheten, eller kan välja att bara utnyttja vissa enskilda inslag i modellen. Den professionelle aktören måste själv ta ställning till lämpligt användningsområde baserat på egna erfarenheter och eget omdöme. **Ett grundkrav är dock att användaren är förtrogen med innehållet i den grundläggande manualen för LUQSUS-K:** http://fhvmetodik.se/luqsus/

Fråga 5. *Om jag som medarbetare i en arbetsgrupp svarar på en webbenkät och besvarar 28 frågor i LUCIE och 40 frågor i QPS-Mismatch, hur brukar svaren återkopplas, vad får min chef veta?*

Svar 5. Innan det företas en webbenkät med delar av LUQSUS-K rekommenderar vi att både muntlig och skriftlig information ges till varje medarbetare. Av informationen brukar vanligtvis framgå att resultaten sammanställs **enbart på gruppnivå** och **uteslutande redovisas i så stora grupper att en enskild individs resultat *aldrig* kan härledas** (se ett exempel på information i Bilaga 10). Som regel är det bara direkt berörd personal vid företagshälsovården som har tillgång till enskilda individers enkätsvar. De individuella svaren sammanställs sedan och endast övergripande gruppresultat redovisas. Om arbetsgruppen är tillräckligt stor (som tumregel *allra minst 10 individer, utan ytterligare uppdelning på t ex kön, ålder, profession*) är ett vanligt sätt att återkoppla resultaten att gruppchefen redovisar gruppresultatet till arbetsgruppen, och då gärna med assistans av personal från företagshälsovården. Detta innebär att din chef inte kan se dina egna resultat, endast resultatet för hela arbetsgruppen.
Känner du dig osäker på hur väl din integritet är skyddad i en enkätundersökning torde de ansvariga för enkäten vara angelägna om att besvara sådana frågor. I den information du skall ha fått om enkäten bör du finna uppgifter på kontaktpersoner som kan ge dig detaljerade svar på dina frågor.

Fråga 6. *Om jag som läkare får en muntlig eller skriftlig förfrågan från tjänsteman på Försäkringskassan som undrar vad LUQSUS-K är, hur förklarar jag det? Jag har använt resultaten från LUQSUS-K i det läkarintyg som jag utfärdat till patienten. Hur skall jag förklara verktygets kliniska tillämpbarhet och att verktyget är kliniskt och vetenskapligt beprövat.*

Svar 6. LUQSUS-K är ett paket med de mest moderna och bäst validerade svenska instrument vi har för att detektera olika stadier av utmattning. De instrument som ingår i LUQSUS-K, t ex LUCIE, KEDS och s-UMS, är grundutvecklade av erfarna kliniska stressforskare i Lund, Göteborg och Stockholm och är vetenskapligt noga validerade i stora svenska grupper. Det finns i dagsläget inga bättre verktyg för att kliniskt identifiera utmattningssyndrom och förstadier till utmattningssyndrom. LUQSUS-K har under drygt 8 år rutinmässigt använts kliniskt inom Västra Götalandsregionens företagshälsovård *Hälsan och Arbetslivet* med enbart positiva erfarenheter.
Det går även bra att hänvisa till publikationslistan för LUQSUS-K-instrumenten som finns här:

https://fhvmetodik.se/Lankar_LUQSUS
Naturligtvis kan man även hänvisa till denna *Klinisk handbok för LUQSUS-K*, samt till länkarna Introduktion till LUQSUS-K **och** Manual till LUQSUS-K som alla finns på hemsidan för LUQSUS-K på http://fhvmetodik.se/luqsus/
I denna *Klinisk handbok för LUQSUS-K version 1.1* (2019) beskrivs i detalj på sid 34-44 hur instrumenten i LUQSUS-K kan användas i DFA-kedjan för att underlätta för såväl klinikern, patienten, arbetsgivaren och tjänstemannen på Försäkringskassan, utifrån deras olika roller, för att på ett optimalt sätt skapa förutsättningar för individen att återgå i arbete efter lämpliga rehabiliteringsinsatser.

REFERENSER

Ahlborg Jr. G, Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ottosson E, Björk L, Lindegård Andersson A, Jonsdottir IH. (2016). KART-studien - Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004-2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser. ISM-rapport 17. Göteborg: Institutet för stressmedicin. https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/e3676825-7ea8-4d07-919f-a9ec7e848add/2016_17_KART%20.pdf?a=false&guest=true

Besér A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren A, Åsberg M. (2014). Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. Scand J Psychol 2014, 55(1):72-82. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sjop.12088/epdf

Brisman M, Tenenbaum A, Ahlgren L, Andersson S. (2018). The Mobilisation Iniative to decrease sick leave i healthcare personal. Presentation at the 26th International Conference on Health Promoting Hospitals & Health Services, Bologna, Italy, June 6-8, 2018. Abstract Book, p 192. https://www.hphconferences.org/fileadmin/user_upload/conferences/Bologna2018/Abstractbook_2018_Bologna.pdf

Dallner M, Lindström K, Elo A-L, Skogstad A, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Ørhede E. (2000). Användarmanual för QPS Nordic. Frågeformulär om psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet utprovat i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Arbetslivsrapport 2000:19. Stockholm: Arbetslivsinstitutet. http://ammuppsala.se/sites/default/files/fhv-metoder/QPSnordic%20manual.pdf

Dellve L, Eriksson A. (2016). Hållbart och hälsofrämjande ledarskap i vardag och förändring. Västra Götalandsregionen, 2016. https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/85fc00c3-65d5-48bc-b6aa-f92ff797d0dc?a=false&guest=true

Eklund M, Erlandsson L-K. (2011). Ny struktur på vardagen – en hjälp vid stressrelaterad ohälsa. Läkartidningen 2011;108(36):1688-1690. http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16888/LKT1136s1688_1690.pdf

Engblom M. (2011). Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Dissertation. Stockholm: Karolinska institutet, 2011. https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40480/ThesisME.pdf?sequence=1

Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Norrmén G. (2005). »Inte doktorns bord« – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. Läkartidningen 2005;102(48):3666-3674. http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/2/2609/LKT0548s3666_3674.pdf

Erlandsson L-K. (2013). The Redesigning Daily Occupations (ReDO)-Program: Supporting Women With Stress-Related Disorders to Return to Work—Knowledge Base, Structure, and Content.

Occupational Therapy in Mental Health 2013;29(1):85-101.
http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0164212X.2013.761451

Eskilsson T, Lehti A, Sturesson M, Ståhlnacke B-M. METODSTÖD ADA+. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd. Umeå: Umeå universitet, 2017.
https://www.vll.se/VLL/Filer/Metodbok_ADAPlus.pdf

Folkhälsomyndigheten. (2016). http://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/

Fresk M, Arrelöv B, Skånér Y, Backlund L, Nilsson G. (2013). ICF-verktyg bra för att beskriva aktivitets-begränsning vid sjukskrivning. Läkartidningen 2013;110:CDFP.
http://lakartidningen.se/EditorialFiles/CDFP.pdf

Försäkringskassan. (2013 a). Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport.
http://www.sjukskrivningar.se/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=20102

Försäkringskassan. (2013 b). Kunskapsunderlag: ”Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden”.
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/8288c5c8-3524-4a00-b6ce-e45c782bba2e/kunskapsunderlaget_131108.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan. (2018). Nyhet från 1 juli - plan för återgång i arbete.
https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/LYzBDoIwEES_xUOPG0q8eSPGH9AL4WIWWcpS2DbtguHvrcbTzLzMTNVVbdUJ7uxQOQguJbfv13qJqJOpz42x1yBKoo_b8045Bsm8k7GYetLseMdU0hgS9YdzkOfNjwml4FBw4uxLAVYafoO_h02DR4Weh4TO2LigQPkAVEoOxQHDr09qrBwTKdTztrCxNXy1ir45fQAkd2eL/

Gerber M, Jonsdottir IH, Lindwall M, Ahlborg Jr. G. (2014). Physical Activity in Employees with Differing Occupational Stress and Mental Health Profiles: A Latent Profile Analysis. Psychology of Sport and Exercise 2014;15 (6):649–658.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1469029214001071

Glise K. (2013). Utmattningssyndrom. ISM-häfte nr. 5. Hälsan och Stressmedicin, Västra Götalandsregionen.
https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/c0712cb8-934c-402d-910d-f3355bac65de?a=false&guest=true

Glise K, Hadžibajramović E, Jonsdottir IH, Ahlborg Jr. G. (2010). Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. Int Arch Occup Environ health 2010, 83(5):511-520.
http://link.springer.com/article/10.1007/s00420-009-0490-x

Hultberg A, Ahlborg Jr. G, Jonsdottir IH, Winroth J, Corin I, Heimdahl M. (2018). Hälsa på arbetsplatsen. En sammanställning av kunskap och metoder. ISM-rapport nr. 21. Institutet för

Stressmedicin, Västra Götalandsregionen. https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/1c23da66-62e1-4c47-bc34-bd8288aad0e6/2018%20_21_H%c3%a4lsa%20p%c3%a5%20arbetsplatsen.pdf?a=false&guest=true

Jensen I. och Företagshälsans riktlinjegrupp. (2015). 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. http://ki.se/sites/default/files/riktlinjer_psykisk_ohalsa_utg_1_1_0.pdf

Jonsdottir IH, Rödjer L, Hadzibajramovic E, Börjesson M, Ahlborg Jr. G. (2010). A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. Prev Med. 2010;51(5):373-7. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743510002987

Karlson B, Österberg K. (2014). ADA. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång. Användarmanual v. 1.3. http://fhvmetodik.se/metoderarbetsplatsdialog-for-arbetsatergang-ada/

Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, Österberg K. (2010). 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. http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-301

Karlson B, Jönsson P, Österberg K. (2014). Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. BMC Public Health 2014;14:821. http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-821

Karlsson G. (2016). Uppföljning av 1:a omgångens deltagare i Hälsofrämjande ledarskap. En delaktivitet inom Mobiliseringsinitiativet. Hälsan och Stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Levi L. (2002). Stressen i mitt liv. Stockholm: Natur och Kultur.

Lindegård A, Jonsdottir IH, Börjesson M, Lindwall M, Gerber M. (2015). Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. BMC Psychiatry 2015;15:272. https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0642-3

OECD. (2013). Mental Health and work: Sweden. OECD publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en

Persson R, Österberg K, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. (2016). The Lund University Checklist for Incipient Exhaustion – a cross-sectional comparison of a new instrument with similar contemporary tools. BMC Public Health 2016;16:350. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3001-5

Persson R, Österberg K, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. (2017). Two Swedish screening instruments for exhaustion disorder: cross-sectional associations with burnout, work stress, private life stress, and personality traits. Scandinavian Journal of Public Health (in press). http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494817696182

Peterson U, Bergström G, Samuelsson M, Åsberg M, Nygren Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. J Adv Nurs 2008, 63(5):506-516. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x/abstract

Selye H. (1976). The Stress of Life (rev. ed.). New York: McGraw-Hill.

Socialstyrelsen. (2003). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1

Socialstyrelsen. (2018). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2018. Del 1 (3). http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20928/2018-4-12.pdf

Socialstyrelsen. (2016). MI (Motiverande samtal). http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal

SOU 2009:89. (2009). Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga. Stockholm: Regeringen, 2009. http://www.regeringen.se/contentassets/e27bdf19940f4ff687b4413b4d941474/granslandet-mellan-sjukdom-och-arbete-sou-200989

Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-454-0.pdf?issuusl=ignore

Tenenbaum A, Gram S, Ahlborg Jr. G, Karlson B, Österberg K. (2012). Implementation of a new screening method for incipient exhaustion disorder in occupational health services. Presentation at the 30th International Congress on Occupational Health, Cancun, Mexico, March 18-23, 2012. https://icoh.confex.com/icoh/2012/webprogram/Paper7993.html

Tenenbaum A, Österberg K, Persson R. (2018). The Lund University Checklist for Incipient Exhaustion: A useful tool for clinical screening of incipient work-related exhaustion. Presentation at the international conference Movement (Brain –Body –Cognition), Harvard Medical School, Boston, U.S.A., July 27, 2018. Länk

Wallman T. (2006). Förtidspension tycks ha samband med för tidig död. Läkartidningen 2006;103(32-33):2290. http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/4/4612/2290.pdf

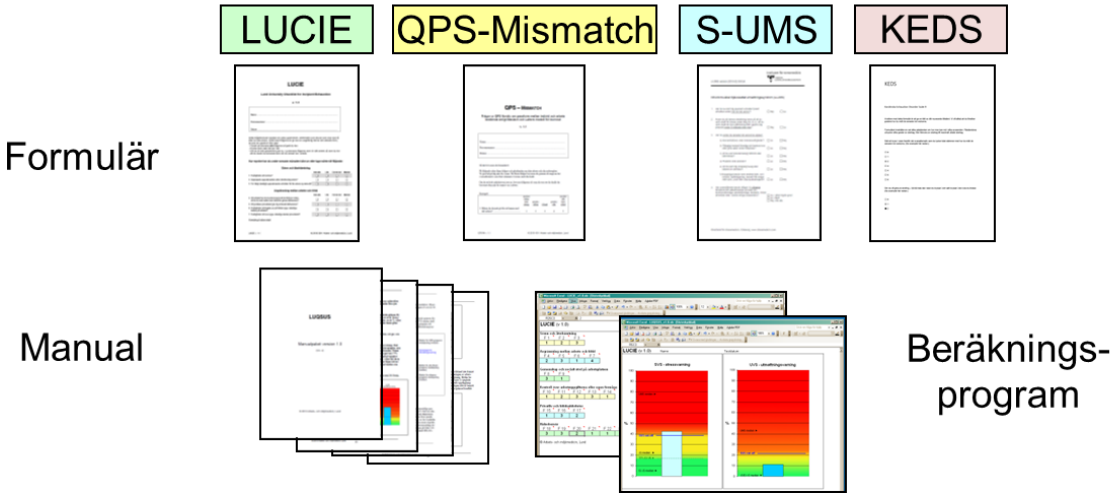
Wallman T, Wedel H, Johansson S, Rosengren A, Eriksson H, Welin L, Svärdsudd K. (2006). The prognosis for individuals on disability retirement. An 18-year mortality follow-up study of 6887 men and women sampled from the general population. BMC Public Health. 2006;6(1):103. http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-103

Wiegner L, Hange D, Björkelund C, Ahlborg G Jr. (2015). Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care - an observational study. BMC Fam Pract 2015;16:38. https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-015-0252-7

Wikström E, Hultberg A, Liff R, Winroth J, Ahlborg Jr. G, Jonsdottir I. (2016). Nya samarbetsformer för strategisk företagshälsovård? Nyckeln till framgång för förebyggande och hälsofrämjande arbete. Slutrapport till AFA Försäkring. Hälsan och Stressmedicin, Västra Götalandsregionen.
Länk till rapporten.
Se även: https://www.vgregion.se/ov/ism/isms-forskning/halsa-pa-arbetsplatsen/fhv-nysam/ism-rapport-19-antologi-fran-fhv-nysam/

Österberg K, Persson R, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. (2016). The Lund University Checklist for Incipient Exhaustion: a prospective validation of the onset of sustained stress and exhaustion warnings. BMC Public Health 2016;16:1025. http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-016-3720-7

BILAGA 1. LUQSUS-K-paketet



LUQSUS-K är ett 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** = Självskattning av Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom, skapat av Institutet för Stressmedicin, Göteborg
- **KEDS** = Karolinska Exhaustion Disorder Scale, skapad av Karolinska Institutet

LUCIE

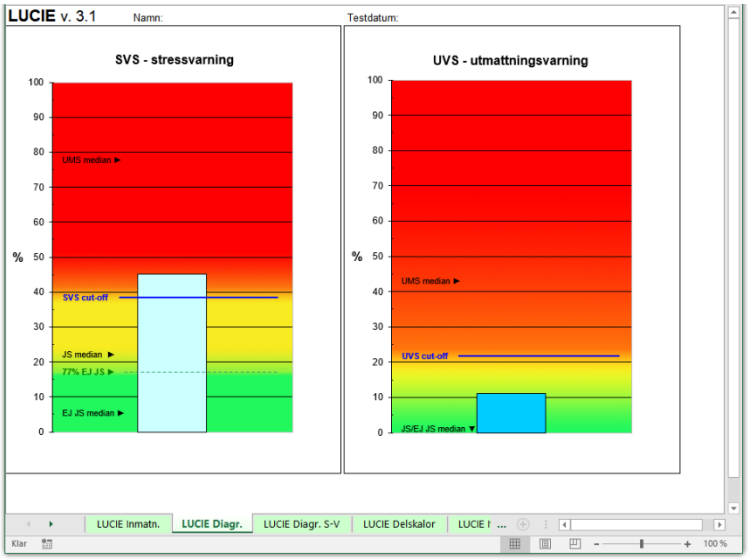
Syftet med LUCIE är att kunna identifiera förstadier av utmattning. LUCIE utvecklades i en forskningsstudie av arbetsrelaterad utmattning som genomfördes 2006-2008 vid Arbets- och miljömedicin, Lunds universitet. I studien observerades att vissa besvär eller problem rapporterades som påfallande vanliga och tydliga redan i *förstadierna* till utmattning, dvs. när patienten såg tillbaka på tiden långt före sjukskrivningens början. Frågorna i LUCIE baseras på dessa tidiga tecken, uppdelade i sex kategorier:

(A) Sömn och återhämtning
(B) Avgränsning mellan arbete och fritid
(C) Gemenskap och socialt stöd på arbetsplatsen
(D) Kontroll över arbetsuppgifter och egen förmåga
(E) Privatliv och fritidsaktiviteter
(F) Hälsobesvär

Frågorna validerades genom att låta de f d patienterna skatta intensiteten av dessa problem under halvåret före sjukskrivningen. Vidare har LUCIE utprovats i en befolkningsgrupp som vid två tillfällen över fem år hade konstant hög resp. låg *Job Strain* enligt Krav-Kontroll-Stöd-modellen. LUCIE innehåller de 28 frågor som bäst differentierade mellan *både* (a) dem som angett bestående hög Job Strain (dvs. höga krav och låg kontroll) kontra gruppen med låg Job Strain, *och* (b) mellan de f d

patienterna med utmattning och båda övriga grupper. Detta ger två skalor, en som speglar mildare tecken på långvarig stress (SVS) och en annan som specifikt varnar för begynnande utmattning (UVS). SE FIGUR 1.

Figur 1.
Exempel på SVS- och UVS-skalorna i LUCIE.



QPS-Mismatch

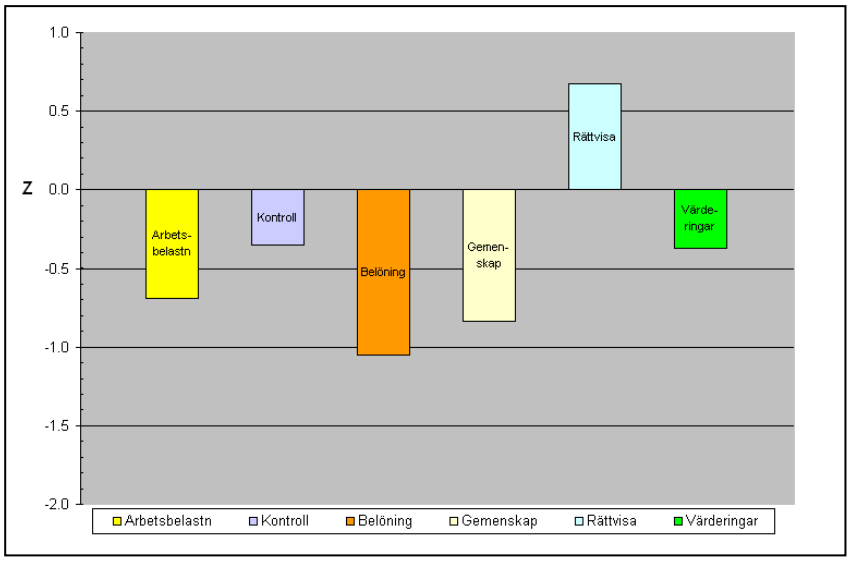
QPS-Mismatch är avsett att ge en ungefärlig bild av en individs psykosociala belastning i arbetet. I nämnda studie av patienter med arbetsrelaterad utmattning använde vi formuläret QPS Nordic för att få information om sådan belastning före insjuknandet. Vi tillämpade modellen av Maslach och Leiter, i vilken utvecklingen av burnout betraktas som orsakad av bristande passform (mismatch) mellan individens resurser/förväntningar på arbetet och arbetets faktiska karaktär, fördelat över 6 dimensioner:

- Arbetsbelastning
- Kontroll
- Gemenskap
- Belöning
- Rättvisa
- Värderingar

Under projektets gång konstaterades att ett c:a en tredjedel av frågorna i QPS-Nordic gav all väsentlig information. De 38 frågor där patienter med arbetsrelaterad utmattning skiljde sig tydligast från den nordiska referensgruppen för QPS-Nordic inkluderades i QPS-Mismatch v 1. Förutom färre frågor är den främsta skillnaden mellan QPS-Nordic och QPS-Mismatch att den senare ger en ”mismatch-profil”, som speglar brister i passform mellan arbetsinnehåll och individens resurser. Profilen kan ge värdefull vägledning till vilka teman som främst bör tas upp vid efterföljande patientsamtal.

SE FIGUR 2.

Figur 2. Exempel på mismatch-profil i QPS-Mismatch.



S-UMS

Detta korta formulär innebär att patienten gör en **självskattning av Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom**. S-UMS har inkluderats i LUQSUS-K med tillåtelse av Institutet för Stressmedicin, Göteborg, som har utvecklat och utprövat instrumentet. S-UMS har validerats i en uppföljande studie av hälso- och sjukvårdsanställda, där man visat att ett positivt resultat kan predicera senare sjukskrivning för utmattning. Mer information om formuläret finns här: https://www.vgregion.se/ov/ISM/publikationer/ism-formular/instrument-for-sjalvskattat-utmattningssyndrom/

KEDS

Syftet med KEDS är att kunna identifiera förstadier eller tidiga stadier av utmattningssyndrom på individnivå. KEDS har inkluderats i LUQSUS-K med tillåtelse av Karolinska Institutet. KEDS utvecklades inom ramen för kliniska utvecklingsprojekt vid KIDS (Karolinska institutet på Danderyds sjukhus) och Danderyds sjukhus, där parallella behandlingsalternativ för utmattningssyndrom har utarbetats och utvärderats. KEDS-frågorna speglar det aktuella tillståndet definierat som hur respondenten känt sig de senaste två veckorna. De frågor som ingår i det aktuella KEDS (version KEDS-9) är utvalda på basis av deras överensstämmelse med Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom.

KEDS omfattar 9 frågor, där varje fråga har 7 svarsalternativ som sträcker sig från 0 till 6, där högre värden representerar allvarligare besvär. Poängen tas fram genom att summera frågornas poäng och ger en indikation på hur allvarliga symtomen är. Vid 19 poäng eller högre anses det föreligga risk för utmattningssyndrom.

KEDS har utvärderats bland 200 patienter som diagnosticerats med utmattningssyndrom och 117 friska kontroller, under tiden 2005 till 2010, vilket visade mycket god förmåga att särskilja patienter och kontroller.

Aktuell utveckling

LUCIE

Senaste åren har LUCIE, S-UMS, KEDS och flera andra instrument för mätning av stress och utmattning studerats i en större valideringsstudie (n=1355), där deltagarna besvarat formulären varje kvartal under tre års tid. Ett av studiens syften var att verifiera att stigande poäng i LUCIE har ett samband med negativa förändringar i livssituationen, dvs. ökad belastning. Resultaten visade att successiva negativa förändringar i arbetssituationen var den allt överskuggande förändringen relaterad till stigande LUCIE-poäng över tid. Vi kunde också se förväntade positiva samband mellan resultat i LUCIE och resultat i t ex s-UMS och KEDS. Resultaten kan således betraktas som en validering av LUCIE för detektion av mild/begynnande arbetsrelaterad utmattning.

KEDS

KEDS utprovas f n ytterligare i andra pågående studier.

Vetenskapliga publikationer

Se lista här: https://fhvmetodik.se/Lankar_LUQSUS

Vad som ingår i LUQSUS-K

- **Frågeformulären** LUCIE, QPS-Mismatch, S-UMS och KEDS för utskrift på papper.
- **Beräkningsprogram** för LUCIE, QPS-Mismatch, S-UMS och KEDS.
  Patientens svar matas in i en Microsoft Excel-fil, vilket visar resultaten i diagram jämfört med referensdata.
- En utförlig **användarmanual** för LUCIE, QPS-Mismatch, S-UMS och KEDS.

BILAGA 2. Blanketten *Insatser för individ*.

Insatser för individ

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
HÄLSAN OCH STRESSMEDICIN

HÄLSAN & ARBETSLIVET

Medarbetare:

Namn:_____ Pers.nr:_____

Förvaltning/Verksamhet/Område/Arbetsplats

_____

För vidare handläggning föreslås besök enligt nedan:

☐ Företagsläkare ☐ Företagssköterska ☐ Leg. Fysioterapeut/Ergonom

☐ Organisationskonsult ☐ Hälsoutvecklare ☐ Annan vårdgivare

Arbetsplatsbesök: ☐ Leg. Fysioterapeut/Ergonom ☐ Arbetsmiljöingenjör ☐ Annan

Syfte:_____

_____

Preliminär bedömning av antalet besök:_____

Vid sjukskrivning – preliminär prognos för sjukskrivningens längd:

☐ 1 - 14 dagar ☐ 15 dagar – 90 dagar ☐ 91 dagar - 180 dagar ☐ Mer än 180 dagar

Kontakt önskas med närmaste chef: ☐

För Hälsan & Arbetslivet

Datum:_____ Underskrift:_____ Tel:_____

Befattning:_____ Namnförtydligande:_____

ARBETSGIVARE

Jag godkänner besök hos Hälsan & Arbetslivet

☐ Ja, enligt ovan

☐ Ja, med följande kompletteringar:

_____

_____

☐ **Kontakt önskas med Hälsan & Arbetslivet**

Datum:_____ Underskrift:_____Tel: _____

Befattning: _____ Namnförtydligande:_____

Beställning av insatser hos Hälsan & Arbetslivets alla enheter i Västra Götalandsregionen som delas ut till den anställde vid första besök.

Enhet:_____ Postadress:_____

Blanketten skickas tillbaka till Hälsan & Arbetslivet, vederbörande konsult, snarast!

Hälsan & Arbetslivet
Skaraborgs Sjukhus
541 85 Skövde

BILAGA 3. Patientexempel.

Patientexemplen har omarbetats för att undvika att beskrivningen skall kunna kopplas till enskild individ. Varje enskild patient har godkänt texten nedan för publikation i *Klinisk handbok för LUQSUS-K*.

Patientexempel 1

40-årig kvinna, lärare.

2005
Patienten hade kontakt med företagshälsovården 2005 i samband med rutinmässig självskattning av s.k. hälsoprofil. Hon hade då normala resultat och upplevde sin hälsa som god.

2007
Patienten kontaktade företagshälsovården och bedöms av specialist i företagshälsovård. Hon upplever nu lärararbetet som mycket stressigt trots att hon trivs med sitt arbete. Har flera andra engagemang på fritiden. Sömnen har klart försämrats; sover cirka fyra-fem timmar per natt. Hon upplever panikångestattacker och hjärtklappning.

Hon behandlas och sjukskrivs på grund av stress, krisreaktion, paniksyndrom och sömnstörning. Patienten förbättrats inom en sexmånadersperiod.

2015
Ny kontakt i augusti 2015 då patientens chef, som är orolig för patienten, tar kontakt med företagshälsovården och i samförstånd med patienten bokar tid för bedömning.

Patienten diskuteras på internt teammöte (se handbokens avsnitt) vid företagshälsovården via företagssköterska och psykolog, därefter bokas tid till företagsläkare.

I samband med läkarbesök (se handbokens avsnitt) framgår det att patienten förutom att vara lärare också är projektledare och håller i flera utbildningar/kurser. Patienten trivs utmärkt i sitt arbete men känner att hela situationen är pressande.

I den somatiska skattningen är det en vältränad kvinna utan några somatiska besvär. Labprover visar ingen patologi när det gäller de sedvanliga proverna, som samtliga är normala: sänka, blodstatus, homocystein, TSH, kreatinin och leverstatus.

Det framkommer vid besöket att patienten nyligen börjat konsumera något mera vin än tidigare i delvis ångestdämpande syfte. AUDIT är på 6 poäng (ref-område <7). Leverstatus är opåverkat. Patienten använder Propavan till natten som hon har fått utskrivet via vårdcentralen.

LUQSUS-K-skattning visar:

- I LUCIE tydligt höga värden på både stressvarning (SVS röd) och utmattningsvarning (UVS röd).
- QPS-Mismatch visar tecken på hög *Arbetsbelastning* och låg *Kontroll* (negativa staplar) men i övrigt upplevelse av bra arbete/arbetsmiljö.
- S-UMS visar uttalat utmattningssyndrom.

Patienten uppfyller även kliniska kriterier för utmattningssyndrom.

Har dessutom vid HAD-skattning förhöjda värden för både för ångest (17 poäng) och depression (11 poäng), (ref-område 0-6 för båda måtten).

Planering efter återkoppling till patienten (enligt MI-teknik) blir:

- Sjukskrivning.
- Tidig planering och kontakt med patientens chef.
- Trepartsmöte (se handbokens avsnitt) efter att *Insatser för individ* (se Bilaga 2) har dokumenterats.
- Fortsatt fysisk aktivitet.
- Samtalskontakt med psykolog.

Patienten ville i det aktuella läget inte medicinera (se avsnitt ”Rutiner för behandling/rehabilitering”).

2016
Uppföljning gjordes via organisationskonsult/psykolog och företagsläkare. Ny LUQSUS-K skattning görs i mars 2016, med klart förbättrade resultat. Ny LUQSUS-K görs igen april 2016, när patienten arbetar partiellt, inklusive KEDS-skattning för att granska förändringen av aktivitetsbegränsningar. Resultaten visade samstämmigt en gradvis klar positiv förbättring i LUQSUS-K-måtten.

Sjukskrivningen avslutas i maj 2016.

Patienten är i heltidsarbete vid telefonuppföljning mars 2017.

Patientexempel 2

50-årig kvinna, sjuksköterska.

2014
Medarbetaren har aktualiserats via sin chef för läkarbedömning vid H&A i november 2014 pga. ökade stressymptom.

Patienten har en sund livsstil; är icke-rökare och nyttjar inte alkohol. Patienten arbetade på en vårdavdelning och trivdes ganska bra fram till slutet av 2011. Utvecklar därefter succesivt stressymptom. Vid läkarundersökningen görs en LUQSUS-K-skattning och bedömning utifrån hur arbetet på arbetsplatsen påverkar patienten.

LUQSUS-K-skattning visar:

- I LUCIE ses höga värden på både stressvarning (SVS=68; röd zon) och utmattningsvarning (UVS=38; röd zon). Visar främst besvär inom dimensionerna S*ömn och återhämtning*, *Avgränsning mellan arbete och fritid* samt *Kontroll över arbetsuppgifter eller egen förmåga*.
- QPS-Mismatch visar att det i första hand är *Arbetsbelastning* och *Kontroll* som är negativa men även *Gemenskap*, *Rättvisa* och *Värderingar* skattas lågt.
- I S-UMS uppfylls *inte* kriterierna för utmattningssyndrom.

I samband med läkarbesöket − och därefter återkoppling i trepartsmöte med chefen − blir man överens om att patientens arbetsinnehåll och arbetsmiljö sedan flera år behöver förändras. Då patienten är extremt arbetsmotiverad och har klara preferenser kring sitt arbetsinnehåll (på ett akutsjukhus) väljer man att patienten påbörjar arbete vid en annan arbetsplats och parallellt ges adekvat stöd av en beteendevetare.

2016
Vid uppföljning mars 2016 med ny LUQSUS-K-skattning är samtliga parametrar normaliserade:

- I LUCIE är SVS och UVS båda normaliserade (grön zon)
- I QPS-Mismatch är fyra av sex områden mycket positiva: *Arbetsbelastning*, *Gemenskap*, *Rättvisa*, *Värderingar*. Områdena *Kontroll* och *Belöning* visar helt normala/genomsnittliga resultat (vid 0-strecket).
- I KEDS är resultatet aningen högt men inom normalområdet (16 poäng).

Därefter avslutas kontakten med H&A.

Patienten är i heltidsarbete vid telefonuppföljning mars 2017.

Patientexempel 3

40-årig man, IT-arbete.

2014
Via sin chef besöker patienten 2014 H&A för rehabiliteringsplanering och arbetsåtergång.

Patienten har haft kontakt med vårdcentralen pga. magbesvär, feber, besvär med domningar i vänster arm och i ansiktet. Patienten rapporterar en oerhörd trötthet. Flera provtagningar på vårdcentralen har visat normala resultat. MR hjärna var u a. Patienten är uppenbart ambitiös och vill vara kvar i arbete.

LUQSUS-K-skattning visar:

- I LUCIE klar stressvarning (SVS= 69; röd zon), gränsande till utmattningsvarning (UVS= 19).
- I s-UMS uppfylls kriterierna för uttalat utmattningssyndrom.
- QPS-Mismatch visar framförallt låga (negativa) värden för *Arbetsbelastning* och *Kontroll*. Även värdena för *Värderingar* och *Gemenskap* är låga (negativa).

Initialt sjukskrivs patienten helt. Vidare genomförs trepartsmöte med arbetsledare och avstämningsmöte med Försäkringskassan. Omfattande rehabiliteringsinsatser görs av psykolog, sjukgymnast och ergonom. Vidare görs läkaruppföljning och medicinering påbörjas. Efter avtalad avgränsning av arbetsuppgifterna påbörjas en partiell arbetsåtergång med 25% från mars 2015.

2016
Patienten återgick i 75 % arbete i mars 2016.
Uppföljning med LUQSUS-K visar:

- I LUCIE normala resultat på både SVS och UVS (grön zon).
- I s-UMS uppfylls inte längre kriterierna för utmattningssyndrom.
- I KEDS 19 poäng, dvs. precis på gränsen till varning för utmattning.
- I QPS-Mismatch generellt förbättrad passform mellan individ och arbete.

Det noterades även att patienten inte längre uppvisade några neurologiska symptom.

2017
Patienten arbetar heltid vid uppföljning mars 2017.

Uppföljning med LUQSUS-K visar:

- I LUCIE fortfarande normala resultat på både SVS och UVS (grön zon).
- I s-UMS uppfylls inte kriterierna för utmattningssyndrom.
- I KEDS 12 poäng, dvs. ett normalt värde.
- I QPS-Mismatch fortfarande god passform mellan individ och arbete.

Medicineringen avslutas. Patienten förefaller leva ett bra liv med balans mellan arbete, familj och fysisk aktivitet. Kontakten med Hälsan & Arbetslivet avslutas.

Patientexempel 4

40-årig kvinna, sjuksköterska.

November 2016
Patienten söker på uppmaning av sin chef, pga. hög belastning och stressliknande symtom. Är sammanboende och har två barn. Bor i hus. Har övervikt och motionerar i omgångar, mindre det senaste året. Icke-rökare. Är mycket måttlig med alkohol. Nyligen sökt för magbesvär och behandlas för detta via vårdcentralen med Omeprazol. Jobbar på samma avdelning sedan tio år tillbaka. Är drivande och har många bollar i luften. Har parallellt även påbörjat vidareutbildning på distans. Sedan sommaren 2016 har patienten haft en ökad belastning och på senare tid alltmer uppenbara stressymptom. Har nära till gråten under samtalet. Inget uttalad depressivt under anamnes-upptagning. Somatisk status är utan anmärkning, förutom övervikt. Labprover är u.a.

LUQSUS-K-skattning visar:

- I LUCIE uttalad stressvarning (SVS= 87; röd zon) och uttalad utmattningsvarning (UVS= 55).
- I KEDS 38 poäng, dvs. uttalade tecken förenliga med utmattningssyndrom.
- I s-UMS uppfylls kriterierna för uttalat utmattningssyndrom
- QPS-Mismatch visar uttalat låga (negativa) värden för *Arbetsbelastning* och *Rättvisa*. Även resultaten för *Kontroll* och *Belöning* är låga (negativa).

Har vid HAD-skattning även förhöjda värden för framförallt depression (10 poäng, ref-område 0-6).

Patienten sjukskrivs helt i 3 veckor under diagnos utmattningssyndrom; ICD-10 diagnos F43.8A. Patientens chef informeras via blanketten *Insatser för Individ*. En uppföljning med trepartsmöte planeras inom 3 veckor. Patientens chef ger klartecken för *”Stanna Upp-utbildning Rehab”* med omedelbar början. Patienten bokas till kontakt med organisationskonsult och ergonom. Patienten diskuteras på närmaste teammöte och all planering dokumenteras.

Vid Trepartsmötet avtalas återgång i arbete på 50 % med anpassade arbetsuppgifter. Strax därefter inleds en psykologkontakt som utvecklas väl. Lär sig strategier som tillämpas med god effekt. Därefter görs en stegvis upptrappning av arbetstiden för att normalisera till ordinarie arbetssituation. Under rehabiliteringsperioden bearbetas *de negativa tankemönster* patienten har (t ex rädsla för att inte duga och för att göra fel) men även *de resurser* som identifierats (kompetens/erfarenhet, engagemang, noggrannhet, lyhördhet/empati mm). Prognosen uppfattas som god och målet sätts till att återfå full arbetsförmåga.

Februari 2017

Patienten har kommit igång väl i sitt arbete. Ter sig i samtalet gladlynt och har återfått tilltron till sina förmågor. Räknar med att snart kunna gå upp i full arbetstid, men har fortsatt behov av anpassning/avgränsning av arbetsuppgifterna, vilket planeras under läkarbesöket. Fortsatt KBT-behandling. Får i fortsatt hemuppgift att balansera mellan aktivitet och vila, sam att identifiera hinder och trigger-/risksituationer för hög stress.

Vid ny LUQSUS-K skattning i februari 2017 är samtliga parametrar normaliserade:

- I LUCIE är SVS och UVS båda normaliserade (grön zon).
- I KEDS är resultatet i normalområdet (13 poäng).
- I s-UMS uppfylls inte längre kriterierna för utmattningssyndrom
- I QPS-Mismatch är tidigare avvikelser normaliserade.

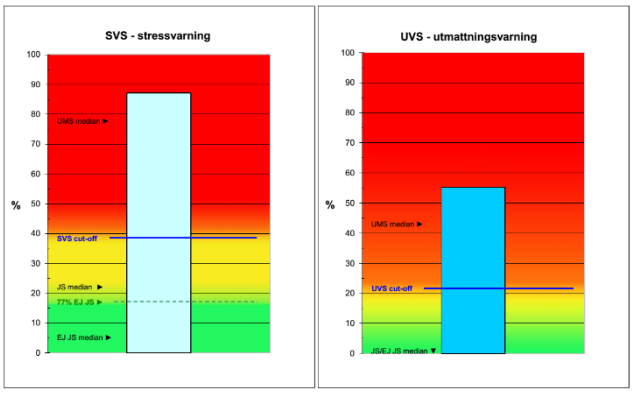
Även HAD visar normalt resultat (ångest 2 p; depression 1 p; ref-område 0-6 för båda måtten.)

Sjukskrivningen avslutas i februari 2017. Både patienten och chefen förklarade sig vara mycket nöjda med gjorda rehabiliteringsinsatser. Patienten är i heltidsarbete vid telefonuppföljning mars 2017.

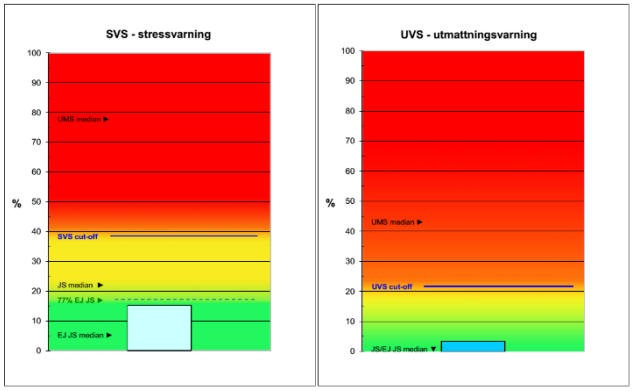
Hur patientens svar förändrades över tid i LUCIE, KEDS och QPS-Mismatch visas i figurerna nedan.

LUCIE

November 2016

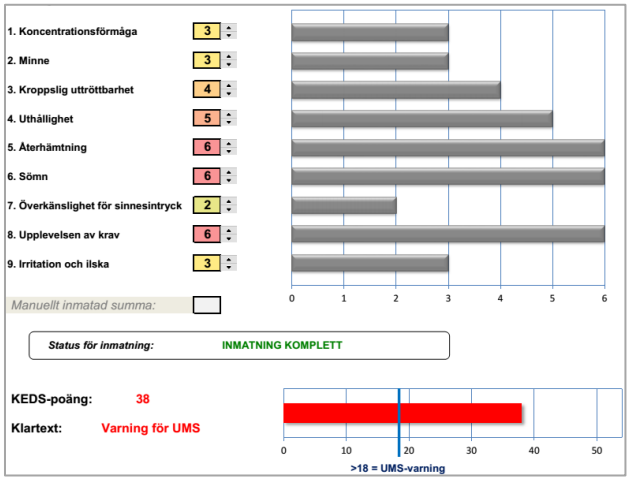


Februari 2017

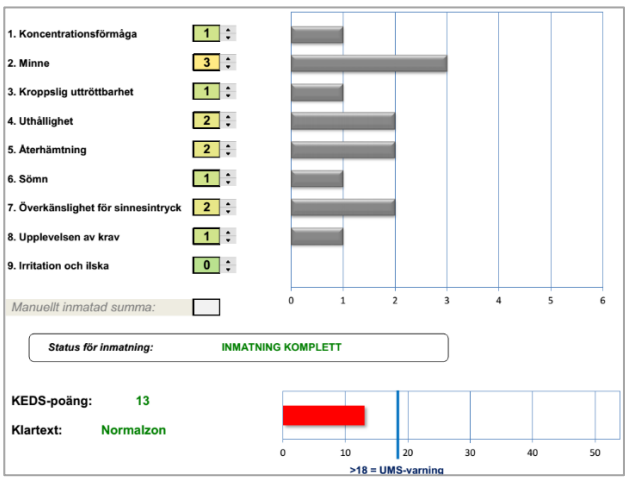


KEDS

November 2016

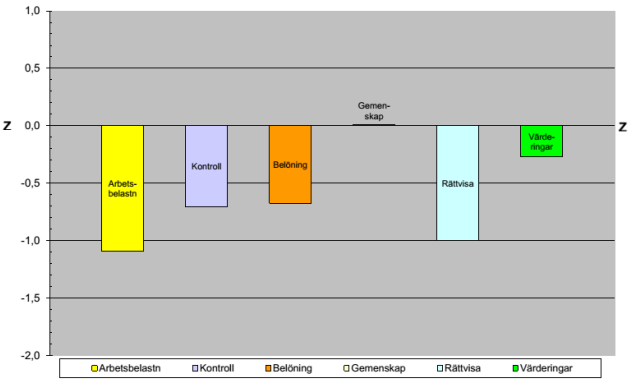


Februari 2017

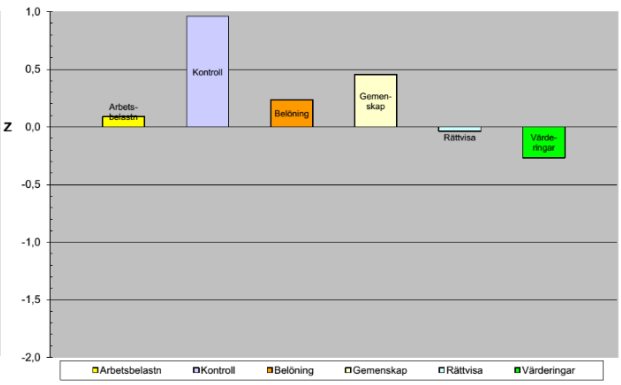


QPS-Mismatch

November 2016



Februari 2017



Detta patientexempel illustrerar en patientgrupp som *tidigt diagnosticeras och skyndsamt rehabiliteras* inför återgång i arbete, enligt SoS nya riktlinjer för sjukskrivning vid utmattningssyndrom, som trädde i kraft den 31 jan 2017:

”Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning.

- *Vid utmattningssyndrom i den akuta fasen kan patienten sjukskrivas på heltid eller partiellt upp till 6 månader. Partiell sjukskrivning vid återgång i arbete efter heltidssjukskrivning.*
- *Rehabiliteringen innefattar livsstilsförändring, stresshantering och gradvis återgång i normaliserad livsföring. ”*

(http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod, se ”Utmattningssyndrom - F43.8”)

*” **Information om rehabilitering ”:***
”…Om arbetssituationen är en dominerande stressfaktor är det bra om företagshälsovård och arbetsgivare tidigt kopplas in. Arbetssituationen kan förändras för att skapa förutsättningar för återgång i tidigare arbete. Ibland kan det vara mer fördelaktigt att rehabilitera till ett annat arbete eller en annan typ av arbetsuppgifter. Välavgränsade och för personen väldefinierade arbetsuppgifter utan krav på många sociala kontakter är ofta att föredra vid återgång i arbete. En gradvis återgång i arbete behövs. Att direkt återgå i fullt arbete är oftast kontraproduktivt.”

(https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546)

Patientexempel nr 4 belyser särskilt tydligt hur LUQSUS-K kan användas för att följa ett hastigt/intensivt rehabiliteringsförlopp och vara till hjälp när man utvärderar arbetsåtergång och partiellt arbete, d.v.s. kan bidra i ett klokt ställningstagande till när det kan vara lämpligt att avsluta en sjukskrivning.

BILAGA 4. Exempel på rutin för scanning av resultat.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
HÄLSAN OCH STRESSMEDICIN

Rutin för scanning av skattningsinstrument som LUQSUS-K, HAD, MADRAS, SCI 93

Syfte
Syftet med rutinen är att klargöra vad som ska skannas i individens journal efter att skattningar är gjorda avseende på upplevd stress, ångest och depression motsvarande det vill säga dokument LUQSUS-K version 3.1 5.1. HAD, MADRS och SCI -93.

Bakgrund

Omfattning/Avgränsning
Rutinen omfattar hela Hälsan & Arbetslivet.

Ansvar
Yttersta ansvaret för rutinen har verksamhetschefen.
Enhetschefens ansvar är att informera, implementera och följa upp att rutinen efterlevs på enheten.
Medarbetare ansvarar för att efterleva rutinen i det dagliga arbetet.
Konsulter som genomför skattningar och personal som ansvarar för inskanning.

Definition

Genomförande (instruktioner)
Skanning sker efter att konsulten är färdig med skattningen och dokumentation föreligger.

Den konsult som genomför skattningar enligt ovan ansvarar för återkoppling av resultat till patient/individ och att detta dokumenteras i journalen.
Konsulten förutom att svaren scannas in anger också i journaler skattningsnivåer i poäng i löpande text för att värdera fynden i förhållande till den kliniska bilden.

LUQSUS-K frågeformulär.

När det gäller LUQSUS-K ansvarar konsulten för att besvarade frågor är daterade på första sidan med namn, personnummer och datum inför scanningen. Dessa scannas separat.

LUQSUS-K resultat.

Resultaten gärna i färgdiagram av LUQSUS-K som omfattar; LUCIE, QPS-M-diagram, s-UMS, KEDS och KEDS items med förhöjda parametrar samt sammanfattning SMF.

Scannas separat med rubrik LUQSUS-K resultat.

Hälsan & Arbetslivet	Dokumentnr: 3.4.39
Giltighetstid: 190101-191231	Dokumentägare: Stefan Magnusson, Artur Tenenbaum

forts…

(forts… Bilaga 4)

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
HÄLSAN OCH STRESSMEDICIN

Resultat av LUQSUS-K återkopplas till patienten som få ta del av resultaten i pappersformat för vidare reflexion.
Därefter lämnas dokument för skanning enligt de riktlinjer som finns på varje enhet.
Personal som ansvarar för inscanningsrutiner ser till att dessa dokument blir inscannade i patientens journal, anger ansvarig konsult som genomfört skattningen, typ av dokument anges, beskrivning av inscannat material under rubrik LUQSUS-K frågeformulär respektive rubrik LUQSUS-K resultat.

Efter inscanning läggs dokumentet med stämpel ”scannad” till respektive konsult som ansvarar för att dessa dokument makuleras i dokumentförstöraren.

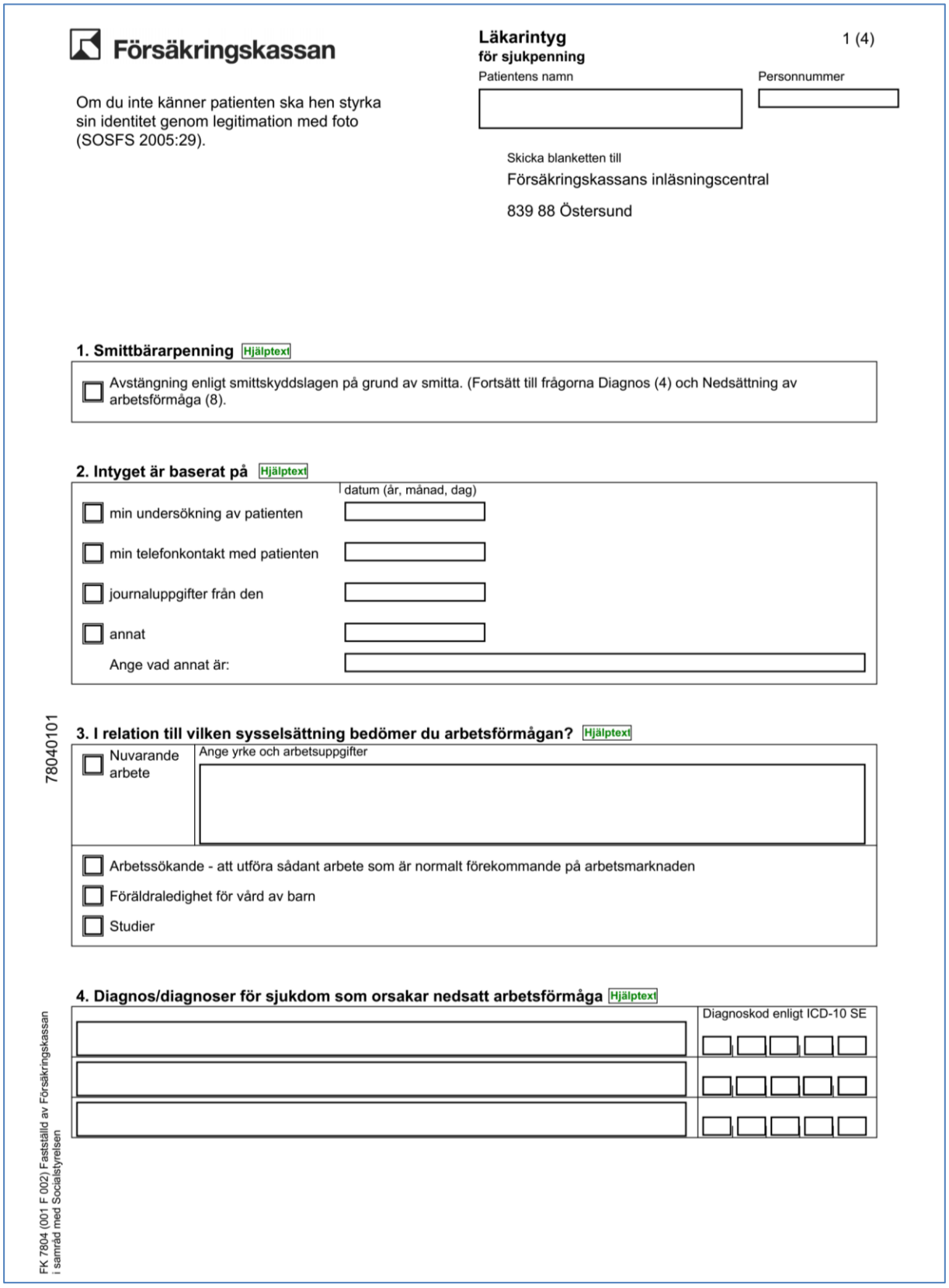
Dokument/Bilagor
Försättsblad skanning

Referenser
fhv.metodik.se

Arkivering
Enligt rutin för arkivering.

Hälsan & Arbetslivet	Dokumentnr: 3.4.39
Giltighetstid: 190101-191231	Dokumentägare: Stefan Magnusson, Artur Tenenbaum

BILAGA 5. Läkarintyg för sjukpenning (FK 7804)



Försäkringskassan

Läkarintyg
för sjukpenning

1 (4)

Patientens namn

Personnummer

Om du inte känner patienten ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29).

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Smittbärarpenning Hjälptext

☐ Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna Diagnos (4) och Nedsättning av arbetsförmåga (8).

2. Intyget är baserat på Hjälptext

	datum (år, månad, dag)
☐ min undersökning av patienten	
☐ min telefonkontakt med patienten	
☐ journaluppgifter från den	
☐ annat	
Ange vad annat är:	

78040101

3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan? Hjälptext

	Ange yrke och arbetsuppgifter
☐ Nuvarande arbete	

☐ Arbetssökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden
☐ Föräldraledighet för vård av barn
☐ Studier

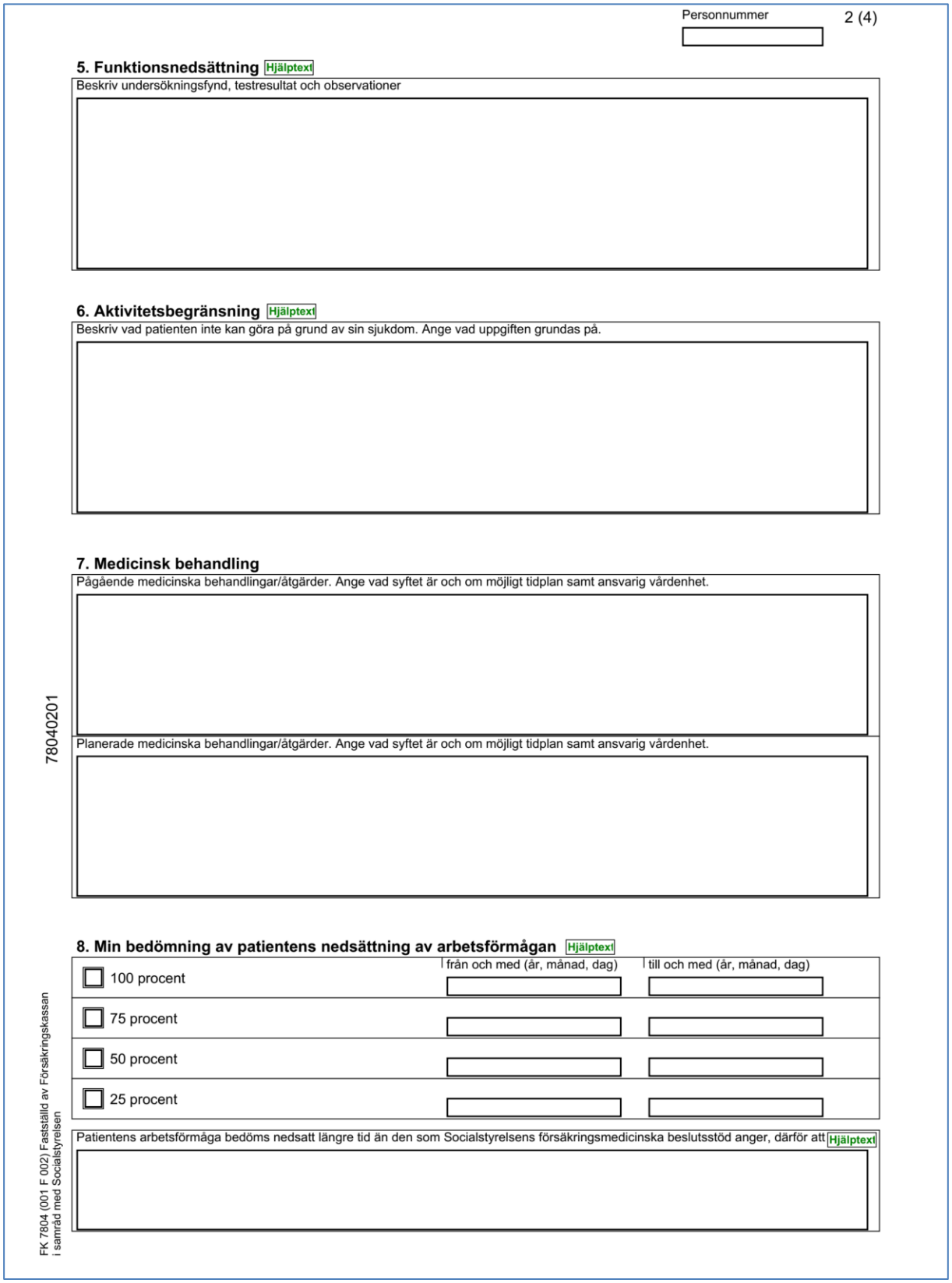
4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga Hjälptext

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

FK 7804 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

forts…

(forts… Bilaga 5)



Personnummer

2 (4)

5. Funktionsnedsättning Hjälptext

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

6. Aktivitetsbegränsning Hjälptext

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

7. Medicinsk behandling

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

78040201

8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan Hjälptext

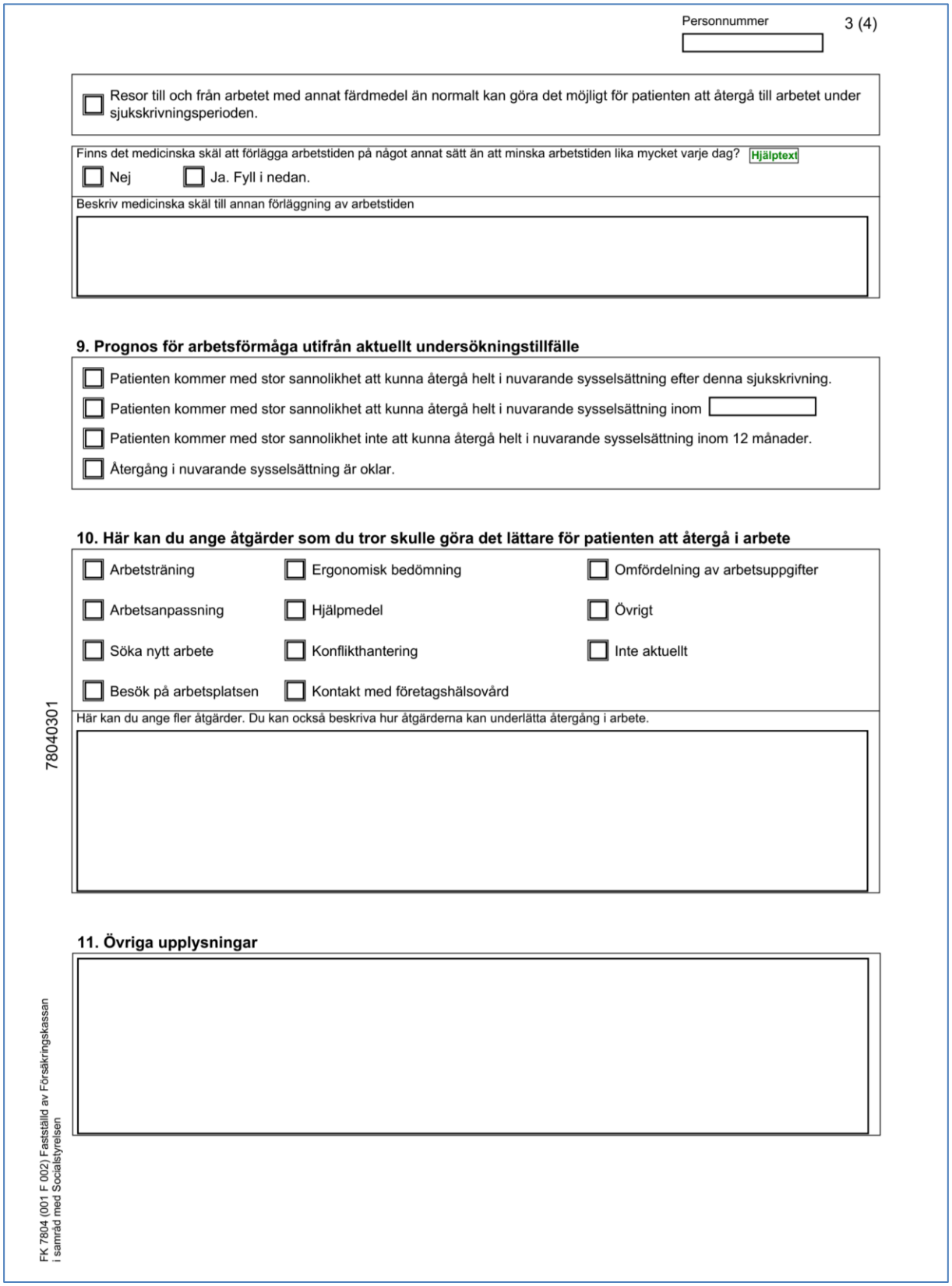
	från och med (år, månad, dag)	till och med (år, månad, dag)
☐ 100 procent		
☐ 75 procent		
☐ 50 procent		
☐ 25 procent		

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att Hjälptext

FK 7804 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

forts…

(forts… Bilaga 5)



Personnummer

3 (4)

☐ Resor till och från arbetet med annat färdmedel än normalt kan göra det möjligt för patienten att återgå till arbetet under sjukskrivningsperioden.

Finns det medicinska skäl att förlägga arbetstiden på något annat sätt än att minska arbetstiden lika mycket varje dag? Hjälptext

☐ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan.

Beskriv medicinska skäl till annan förläggning av arbetstiden

9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

☐ Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.

☐ Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom ☐

☐ Patienten kommer med stor sannolikhet inte att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.

☐ Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

10. Här kan du ange åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete

☐ Arbetsträning	☐ Ergonomisk bedömning	☐ Omfördelning av arbetsuppgifter
☐ Arbetsanpassning	☐ Hjälpmedel	☐ Övrigt
☐ Söka nytt arbete	☐ Konflikthantering	☐ Inte aktuellt
☐ Besök på arbetsplatsen	☐ Kontakt med företagshälsovård	

Här kan du ange fler åtgärder. Du kan också beskriva hur åtgärderna kan underlätta återgång i arbete.

78040301

11. Övriga upplysningar

FK 7804 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

forts…

(forts… Bilaga 5)

Personnummer

12. Kontakt med Försäkringskassan Hjälptext

☐ Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.

Ange gärna varför du vill ha kontakt

13. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning

Namnförtydligande

Befattning	Eventuell specialistkompetens

Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod

Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.

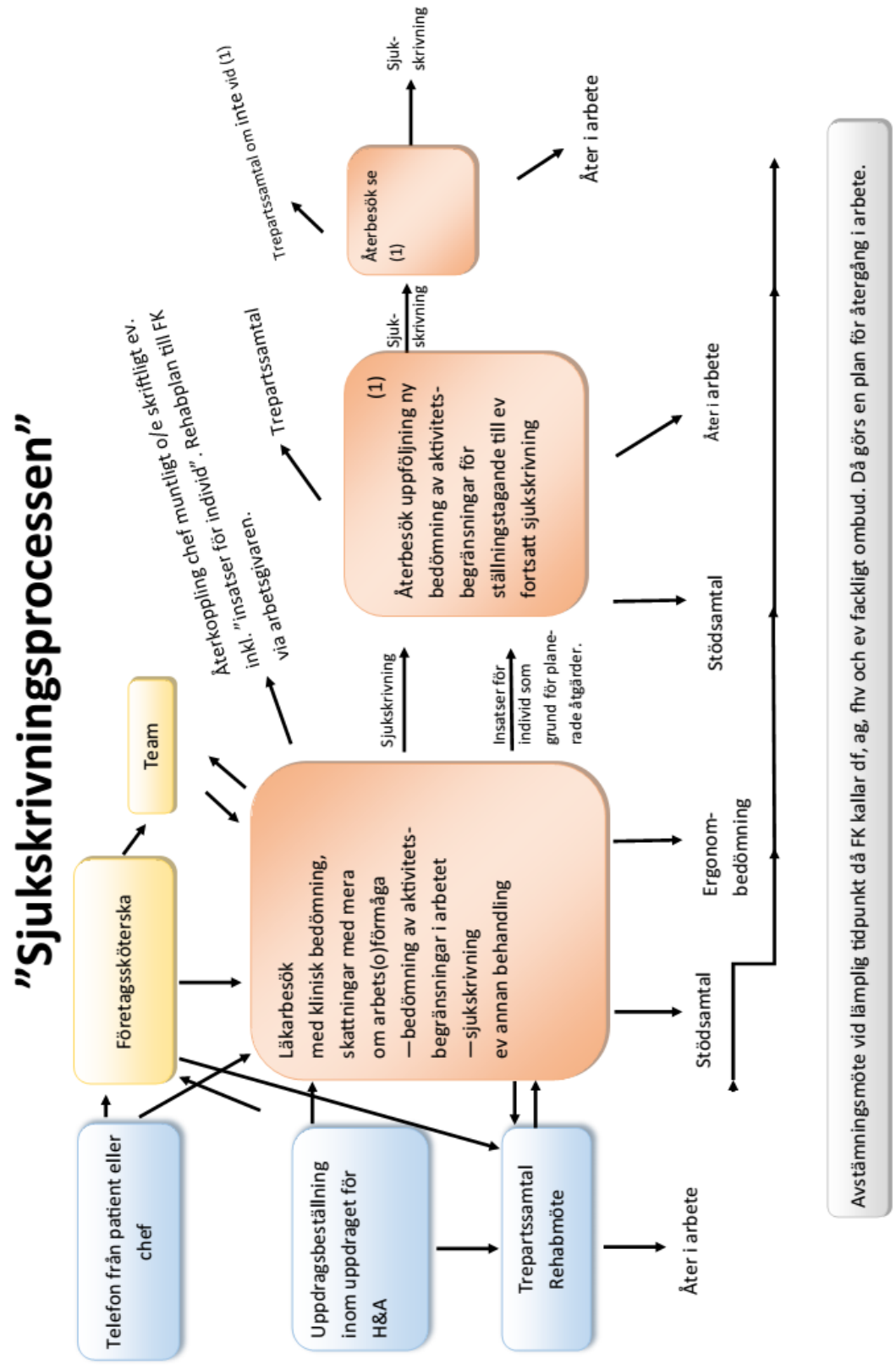
Vårdenhetens namn, adress och telefon

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

78040401

FK 7804 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

BILAGA 6. Flödesschema på ”Sjukskrivningsprocessen”.



BILAGA 7. Lathund för ICF-koder tillämpliga vid utredning av misstänkt stressrelaterad utmattning. Uppdatering av lathunden pågår under 2019.

ICF Kod	Text Kod b = funktioner Kod d = aktiviteter	Bedömningsfaktor ICF: 1= lätt, 2 =måttlig, 3= stor 4= total begränsing	Kommentarer				Objektiva fynd
Kapitel	***FUNKTIONER***						
Kap 1	***Övergripande psykiska funktioner (b110-b139)***						
b130	Energi och driftfunktioner						
b134	Sömnfunktioner						
	Specifika psykiska funktioner (b 140-b189)						
b144	Minnesfunktioner						
b147	Psykomotoriska funktioner						
b152	Emotionella funktioner						
b160	Tankefunktioner						
b176	Psykisk funktion att ordna sammansatta rörelse i följd						
b189	Andra specificerade och ospecificerade specifika psykiska fuktioner						
Kap 2	***Sinnesfunktioner och smärta***						
	Syn och därmed sammanhängande funktioner (b210-b229)						
b210	Synfunktioner						
b229	Andra specifika och ospecifika synfunktioner.						
	Hörsel och vestibulära funktioner (b230-b249)						
b230	Hörselfunktioner						
b235	Vestibulära funktioner						
b240	Förnimmelser i samband med hörsel och vestibulär funktion						
	Övriga sinnesfunktioner (250-b279)						
b260	Proprioceptiv funktion						
b279	Övriga sinnesfunktioner, andra specificerade och ospecificerade						
	Smärta (b280-b289)						
b280	Smärtförnimmelse						
b289	Andra specificerade och ospecificerade förnimmelse av smärta						
Kap 7	***Neuromuskulära och rörelserelaterade funktioner (b710-b789)***						
b730	Muskelkraftfunktioner						
b749	Andra specificerade och ospecificerade muskelfunktioner						
Kapitel	***AKTIVITETER***						
Kap 1	***Lärande och att tillämpa kunskap (d110-179)***						
d160	Att fokusera uppmärksamhet						
d175	Att lösa problem						
d177	Att fatta beslut						
Kap2	***Allmänna uppgifter och krav (d210-d299)***						
d220	Att företa mångfaldiga uppgifter						
d230	Att genomföra daglig rutin						
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav						
d299	Att hantera allmänna uppgifter och krav, ospecificerade						
Kap 3	***Kommunikation (d310-d399)***						
d330	Att tala						
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker						
d398	Kommunikation, annan specificerad						
Kap 4	***Förflyttning (d410-499)***						
d420	Att förflytta sig själv						
d430	*Att lyfta och bära föremål*						
d460	*Att röra sig omkring på olika platser*						
d469	*Att gå och röra sig omkring, annat specificerat och ospecificerat*						
d470	Att använda transportmedel						
d475	Att vara förare						
d498	Förflyttning, annan specificerad						
Kap 6	***Hemliv (d610-d699)***						
d620	Att skaffa varor och tjänster						
d630	Att bereda måltider						
d649	Hushållsgöromål, annat specificerat och ospecificerat						
d698	Hemliv, annat specificerat						
Kap 7	***Mellanmänskliga interaktioner och relationer (d710-d799)***						
d710	Grundläggande mellanmänskliga interaktioner						
d720	Sammansatta mellanmänskliga interaktioner						
d729	Allmänna mellanmänskliga interaktioner, andra specificerade						
d740	Formella relationer						
d750	Informella sociala relationer						
d760	Familjerelationer						
d779	Särskilda mellanmänskliga relationer, andra specificerade						
d798	Mellanmänskliga interaktioner och relationer, andra specificerade						
Kap 8	***Viktiga livsområden (d810-d879)***						
d845	Att skaffa, behålla och sluta arbete						
d850	Betald sysselsättning						
d855	Obetald sysselsättning						
d859	Arbete och sysselsättning, annat specificerat och ospecificerat						
	Lathund ICF Hälsan&Arbetslivet, reviderad efter läkarmöte 2017-01-15, Artur Tenenbaum						

BILAGA 8. Blanketten *Chef-Medarbetarskattning av nuvarande funktion i arbete*.

(Ett annat exempel på blankett för arbetsförmågebedömning finns på SKL:s hemsida: Länk)

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
Hälsan & Arbetslivet

Chef-Medarbetarskattning av nuvarande funktion i arbete

Medarbetare: **Arbetsplats:** **Datum:**

Underskrift: _____ **Chef:**

Personnummer: **Underskrift:** _____

Yrkeskategori:

Arbetsmoment i det ordinarie arbetet	Kan utföra	Kan inte utföra	Kommentar om arbetsmoment som enbart delvis eller inte alls kan utföras.	Behov av anpassning av arbetsmoment

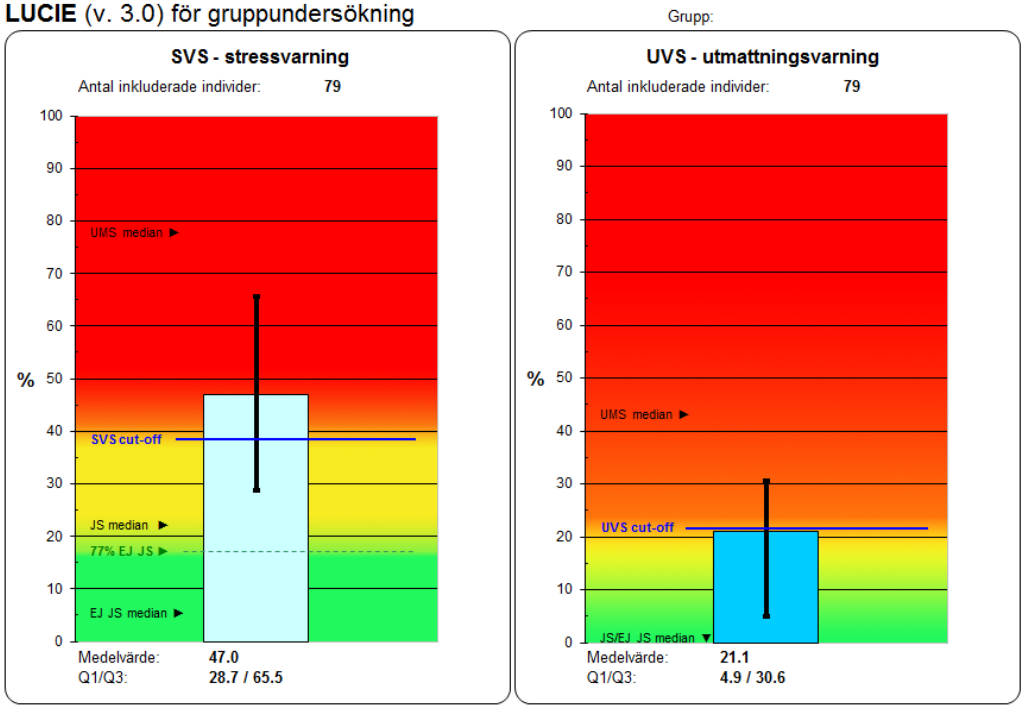
Hälsan & Arbetslivet	Dokumentnr: 1.5.55
Giltighetstid: 190101-191231	Dokumentägare: Karin Blomvé

BILAGA 9. Exempel på resultatredovisningar som ingår i LUQSUS-K v.3.0 för gruppundersökning.

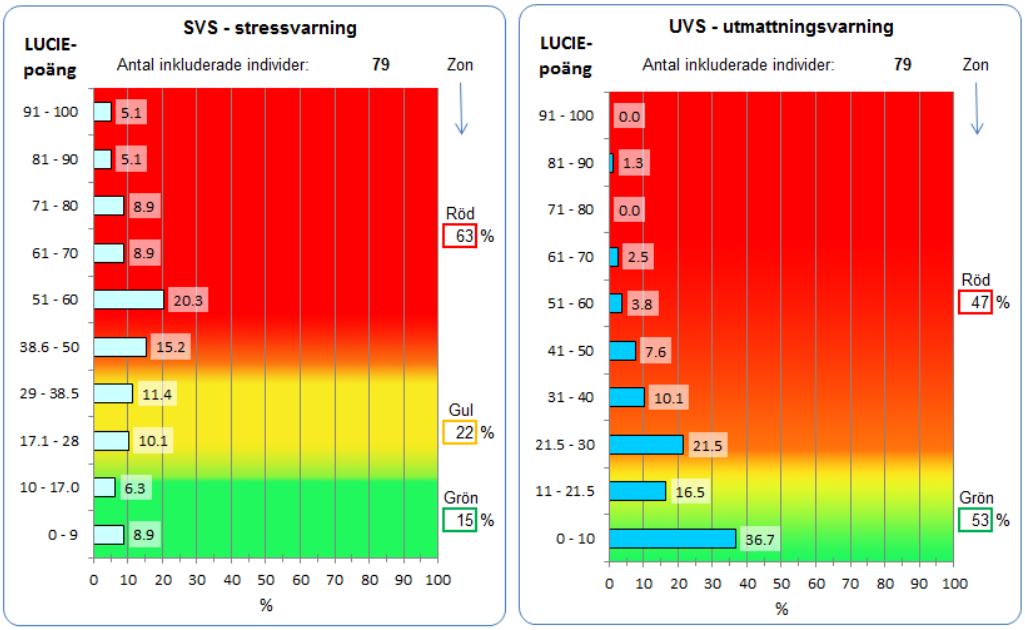
För en detaljerad beskrivning av skalorna se manualen på: http://fhvmetodik.se/luqsus/

1. LUCIE

a. Gruppens medelvärden och kvartiler för SVS och UVS.



b. Histogram på gruppens fördelning i SVS och UVS



c. Detaljerade resultat

LUCIE (v. 3.0) för gruppundersökning

Delskalor och obesvarade items

		SVS	UVS
Antal giltiga* case per skala	n=	79	79
Antal aktivt bortvalda**	n=	1	

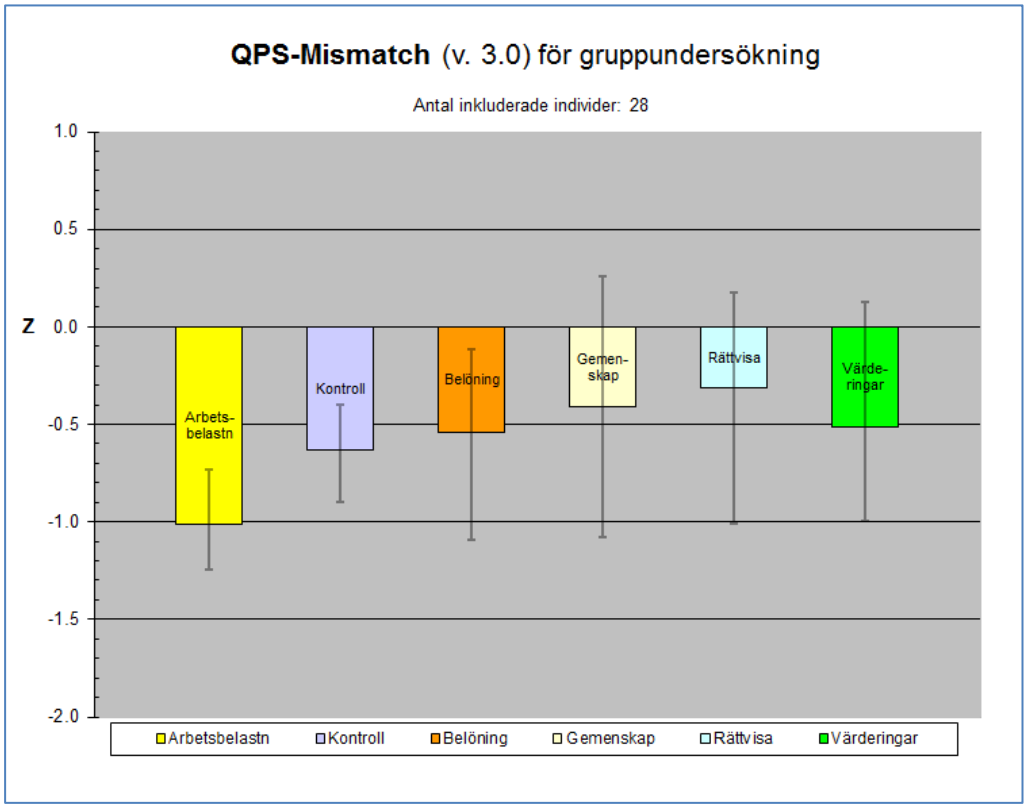
Poängfördelning, delskalor, för giltiga* case		SVS (%)	UVS (%)
A	Sömn och återhämtning	57	29
B	Avgränsning mellan arbete och fritid	48	21
C	Gemenskap och socialt stöd	29	11
D	Kontroll över arbetsuppgifter ellller egen förmåga	48	27
E	Privatliv och fritidsaktiviteter	55	24
F	Hälsobesvär	45	15
TOTALT		47	21

Andel giltiga* case med minst 1/3 obesvarade frågor***		SVS (%)	UVS (%)
A	Sömn och återhämtning	0	0
B	Avgränsning mellan arbete och fritid	0	0
C	Gemenskap och socialt stöd	0	0
D	Kontroll över arbetsuppgifter ellller egen förmåga	0	0
E	Privatliv och fritidsaktiviteter	0	0
F	Hälsobesvär	0	0
Procent case med minst 1/3 obesvarade items på ***någon*** delskala		0	0

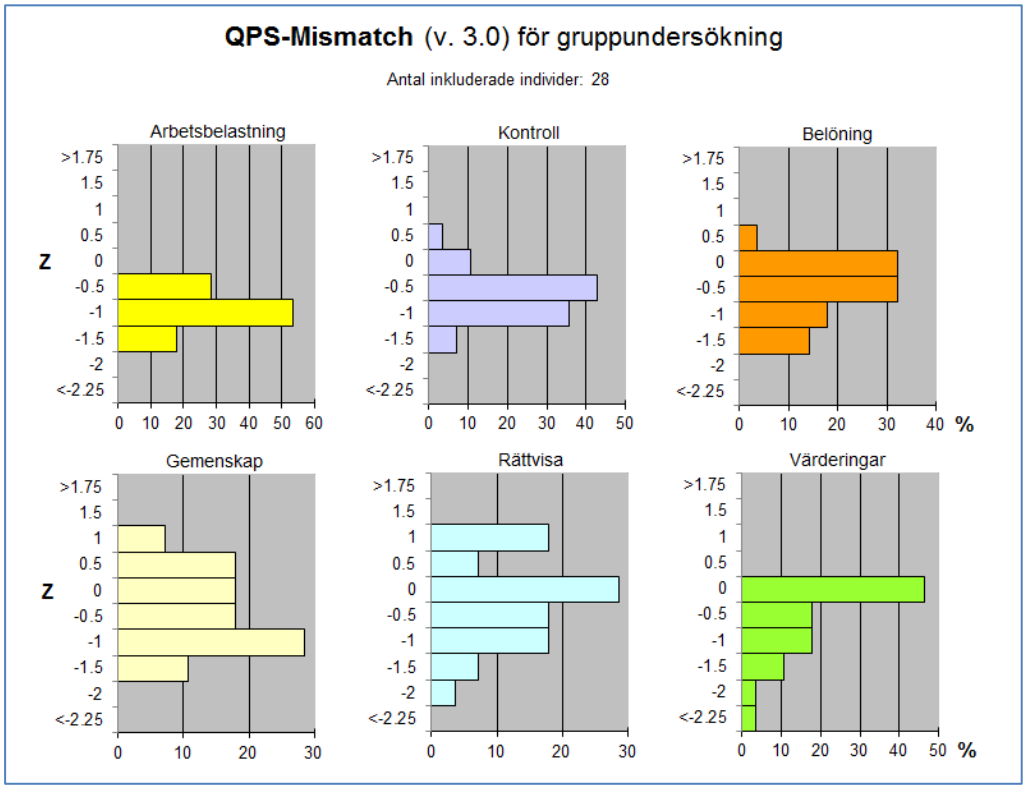
* **Case med samtliga frågor obesvarade inom någon delskala exkluderas i sin helhet.**
** **Aktivt bortvalda case avser de case som användaren markerat med "x" i Inmatningsbladets första kolumn.**
*** **Om en tredjedel eller fler av frågorna inom en delskala är obesvarade bör resultatet tolkas med försiktighet**

QPS-Mismatch

a. Gruppens medelvärden och kvartiler för de sex områdena kring passform



b. Histogram på gruppfördelning av QPS-M-poäng på de sex områdena



c. Detaljerade resultat

QPS-Mismatch (v. 3.0) för gruppundersökning

Delskalor och obesvarade items

Antal giltiga* case	n=	28

Antal aktivt bortvalda**	n=	0

Poängfördelning, delskalor, för giltiga* case

Dimension	Z-poäng	Q1	Q3
Arbetsbelastning	-1.02	-1.25	-0.73
Kontroll	-0.63	-0.90	-0.40
Belöning	-0.54	-1.09	-0.12
Gemenskap	-0.41	-1.08	0.26
Rättvisa	-0.31	-1.01	0.18
Värderingar	-0.52	-1.00	0.13
MEDEL ÖVER SKALOR	-0.57	-0.91	-0.20

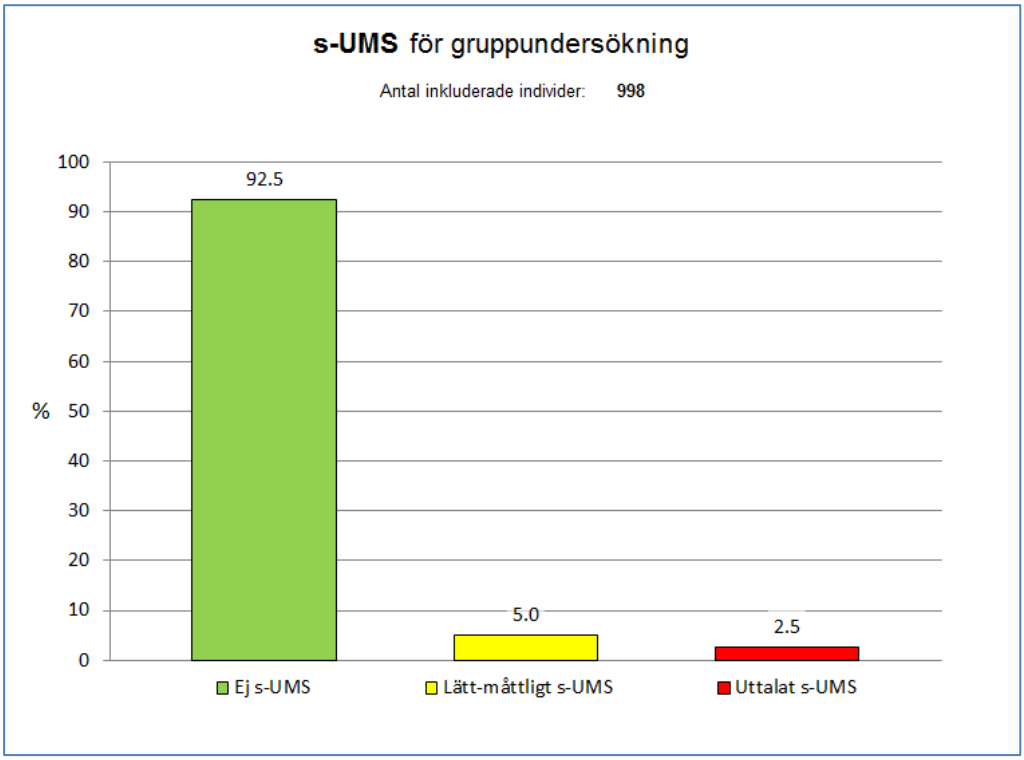
Andel giltiga* case med minst 1/3 obesvarade frågor***

Dimension	%
Arbetsbelastning	0
Kontroll	0
Belöning	0
Gemenskap	0
Rättvisa	0
Värderingar	0
Över ***någon*** av delskalorna	0

* **Case med samtliga frågor obesvarade inom någon delskala exkluderas i sin helhet.**
** **Aktivt bortvalda case avser de case som användaren markerat med "x" i Inmatningsbladets första kolumn.**
*** **Om en tredjedel eller fler av frågorna inom en delskala är obesvarade bör resultatet tolkas med försiktighet.**

S-UMS

a. Fördelning av gruppens resultat



b. Detaljerade resultat

s-UMS för gruppundersökning

Detaljerade resultat

Antal giltiga case	**n = 998**
Antal aktivt bortvalda*	**n = 0**

Fördelning av resultat

s-UMS Resultat	Antal	%
Ej s-UMS	923	92.48
Lätt-måttligt s-UMS	50	5.01
Uttalat s-UMS	25	2.51

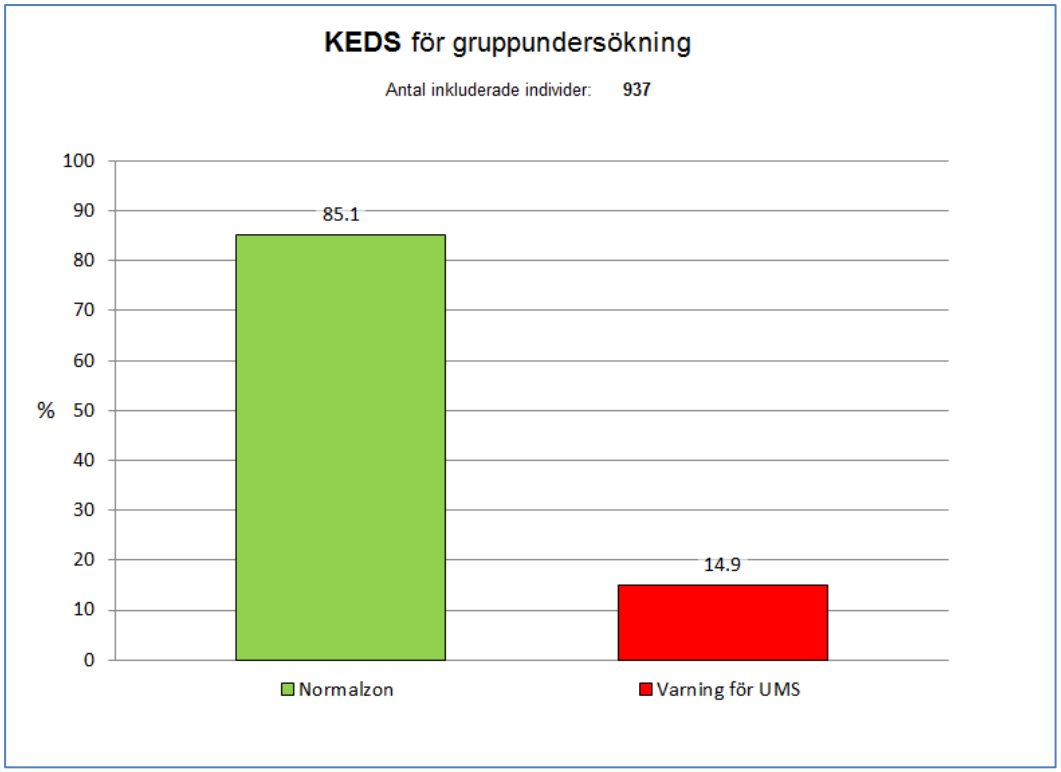
Antal case med en eller flera tomma celler**

Antal tomma celler	Antal case
1	74
2	16
3	0
4	0
5	0
6	0
7	1
8	0
9	1
TOTALT	92

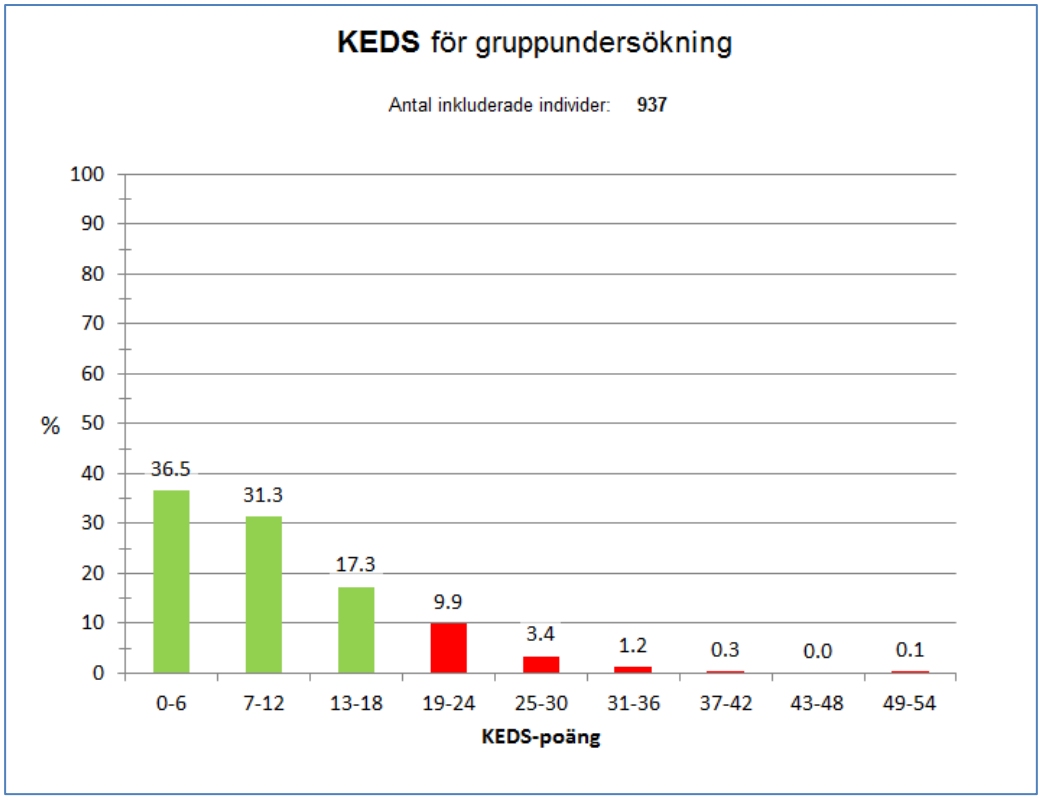
* Aktivt bortvalda case avser de case som användaren markerat med "x" i Inmatningsbladets första kolumn.
** Case med upp till 8 tomma celler kan trots detta i vissa fall vara giltiga, se manualen för detaljer.

KEDS

a. Fördelning av huvudresultat för gruppen



b. Histogram på gruppfördelning av KEDS-poäng



c. Detaljerade resultat

KEDS för gruppundersökning

Detaljerade resultat

Antal giltiga case	n = 937
Antal aktivt bortvalda*	n = 0

Valt kriterium för giltighet: Kompletta case

Fördelning av resultat

KEDS Resultat	Antal	%
Normalzon	797	85.1
Varning för UMS	140	14.9

Medelpoäng och kvartiler

M	Q1	Q3	Min - Max
10.3	5	14	0 - 50

Antal case med en eller flera tomma celler**

Antal tomma celler	Antal case
1	6
2	0
3	1
4	2
5	4
6	0
7	0
8	0
9	50
TOTALT	63

* **Aktivt bortvalda case avser de case som användaren markerat med "x" i Inmatningsbladets första kolumn.**
** **Case med upp till 5 tomma celler kan trots detta i vissa fall vara giltiga, se manualen för detaljer.**

Sammanfattning av samtliga LUQSUS-K-resultat

LUQSUS-K v. 3.0 för gruppundersökning

Sammanfattning av resultat

1. LUCIE

Antal giltiga case:	n=	SVS: 315	UVS: 315

	Medelpoäng	Zon grön %	Zon gul %	Zon röd %
SVS:	45	20	18	62
UVS:	18	63	-	37

2. QPS-Mismatch

Antal giltiga case:	n=	139

Medelpoäng per dimension	Z-poäng
Arbetsbelastning	-0.28
Kontroll	-0.28
Belöning	-0.32
Gemenskap	-0.32
Rättvisa	-0.21
Värderingar	-0.39
MEDEL ÖVER ALLA SKALOR	-0.30

3. s-UMS

Antal giltiga case:	n=	371

Ej s-UMS %	Lätt-måttligt s-UMS %	Uttalat s-UMS %
100.0	0.0	0.0

4. KEDS

Antal giltiga case:	n=	937

Normal-zon %	Varning för UMS %
85.1	14.9

BILAGA 10. Information vid arbetsgruppsundersökningar med webb-enkät.

Texterna nedan är *exempel* på formuleringar som har använts i samband med *Mobiliseringsinitiativet* inom VG-regionen 2016-2017. Syftet med att här återge texterna är att illustrera ungefär vilka aspekter som kan behöva kommuniceras till chefer och medarbetare inför en enkätundersökning i en personalgrupp.

A. Information till individ/arbetstagare före deltagande

Chef och medarbetare genomgår en screening med LUQSUS-K-metoden, som har utvecklats av Arbets- och miljömedicin vid Lunds universitet. Screeningen är integritetsskyddad på så sätt att svaren går direkt till företagshälsovården Hälsan & Arbetlivet och genom att endast särskild personal vid Hälsan & Arbetlivet kan koppla svaren till enskilda individer. Resultaten av enskilda individers resultat meddelas uteslutande till den enskilde individen via personligt brev/e-post/telefonsamtal. Resultaten för hela personalgrupper redovisas parallellt till chefen (och i övergripande rapporter), men då endast resultat för så stora grupper att det är omöjligt att härleda resultaten till någon enskild individ. I nästa steg kommer chefen att återkoppla gruppresultaten till hela personalgruppen, medan företagshälsovården Hälsan & Arbetlivet kommer att återkoppla den enskilde medarbetarens resultat till enbart denne. Härmed är individens personliga screening-resultat lika integritetsskyddade som vid ett ordinarie kliniskt patientbesök vid företagshälsovården Hälsan & Arbetlivet, samtidigt som arbetsledaren erhåller information om personalgruppens övergripande resultat och därmed kan kommunicera resultaten till medarbetarna och överväga lämpliga åtgärder.

B. Information till chefer och medarbetare

Information till dig som chef eller medarbetare som omfattas av mobiliseringsinitiativets projekt, VGR som arbetsgivare

Västra Götalandsregionen (VGR) har ingått ett samarbete med Försäkringskassan som går under namnet Mobiliseringsinitiativet, VGR som arbetsgivare. Syfte med samarbetet är att hitta framgångsrika förebyggande metoder och arbetssätt för att motverka att sjukfrånvaron ökar bland Västra Götalandsregionens anställda men även i befolkningen i stort. Försöksverksamheten beräknas starta under 2016 och utvärderas under 2017.

Försöksverksamheten består av följande:

Försöksverksamheten kommer att bedrivas i 5 förvaltningar inom Västra Götalandsregionen.

Under 2016 kommer vi att utbilda chefer i hälsofrämjande ledarskap via en evidensbaserad metod. Tanken är att chefen under en tid får stöd och utbildning i hälsofrämjande ledarskap. Parallellt och i efterförloppet arbetar chefen tillsammans med sina medarbetare med att utveckla en mer hälsofrämjande kultur och arbetsmiljö för verksamheten.

Vi kommer att följa upp gruppens utveckling genom en enkät-metod som heter LUQSUS-K före och efter chefens utbildning. Enkäten ger samtidigt en individuell screening av stressnivå. De som har för hög stressnivå kan erbjudas en utbildning i metoder att hantera stress. Företagshälsovården analyserar enkätresultaten. Enkäten är webbaserad och tar c:a 12 minuter att besvara. Även om du

vet med dig att du inte tillhör någon riskgrupp för sjukdom eller stressymptom så vill vi att du deltar och besvarar enkäten för att vi skall kunna få en representativ bild av den totala personalgruppen. Analyser och rapportskrivning kommer att ske under år 2017.

Vi kommer också i Mobiliseringsinitiativet under åren 2016-2017 följa sjukskrivningar på medverkande enheter och bevaka om någon blir sjukskriven under längre period. Vi återkommer med mer information om detta till det som det är aktuellt för.

C. Information till individ/arbetstagare efter deltagande

Vid normalresultat i LUCIE

Tack för att du tog dig tid att besvara webbenkäten, dina svar är värdefulla.
Dina personliga enkätsvar visade ***inte*** tecken på allvarliga stressymptom, s.k. utmattning.
Naturligtvis kan det vara så att du ändå känner av en del stressymptom som du som sätter i samband med ditt arbete. Känner du behov av att få hjälp kan du vända dig till Hälsan & Arbetslivet, telefonnummer….
Din chef kommer senare att redovisa en sammanställning av arbetsgruppens totala resultat i ett diagram, men ingens personliga resultat kommer att kunna utläsas ur gruppredovisningen.

Vid tecken på lätta-måttliga stressymptom i LUCIE (stressvarning men ej utmattningsvarning)

Tack för att du tog dig tid att besvara webbenkäten, dina svar är värdefulla.
Dina personliga enkätsvar visade tecken på stressymptom. Det är möjligt att dessa symptom har samband med din arbetsbelastning.
Personal från Hälsan & Arbetslivet kommer därför att ta kontakt med dig inom några veckor för att tillsammans med dig diskutera på vilka sätt du skulle kunna hantera och minska stressymptomen.
Känner du att du behöver få hjälp snabbare kan du själv vända dig till Hälsan & Arbetslivet, telefonnummer…
Din chef kommer senare att redovisa en sammanställning av arbetsgruppens totala resultat i ett diagram, men ingens personliga resultat kommer att kunna utläsas av gruppredovisningen.

Vid tecken på utmattning i LUCIE (utmattningsvarning)

Tack för att du tog dig tid att besvara webbenkäten, dina svar är värdefulla.
Dina personliga enkätsvar visade tecken på stress-utmattningssymptom. Det är möjligt att dessa symptom har ett samband med din arbetsbelastning.
Personal från Hälsan & Arbetslivet kommer därför att ta kontakt med dig inom några veckor för att tillsammans med dig diskutera på vilka sätt du skulle kunna hantera och minska stressymptomen.
Känner du att du behöver få hjälp snabbare kan du själv vända dig till Hälsan & Arbetslivet, telefonnummer…
Din chef kommer senare att redovisa en sammanställning av arbetsgruppens totala resultat i ett diagram, men ingens personliga resultat kommer att kunna utläsas av gruppredovisningen.

Egna anteckningar

Mina förslag till förbättringar av Klinisk handbok för LUQSUS-K

Förslagen kan mailas till: artur.tenenbaum@vgregion.se eller kai.osterberg@psy.lu.se

© 2019 Hälsan & Arbetslivet, Region Västra Götaland
och Arbets- och miljömedicin, Lunds universitet



