



METODSTÖD ADA⁺

ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång;
Planering, uppföljning och stöd

METODSTÖD ADA⁺

ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång;
Planering, uppföljning och stöd

Upplysningar om innehållet:

Therese Eskilsson, therese.eskilsson@umu.se

© Umeå universitet, 2017

ISBN: 978-91-7601-812-5

Text: Therese Eskilsson, Arja Lehti, Marine Sturesson, Britt-Marie Ståhlacke

Produktion: Inhousebyrå, Kommunikationsenheten

Tryck: Tryckservice, Umeå universitet

INNEHÅLL

FÖRORD	7
INTRODUKTION	9
SJUKSKRIVNING	11
Aktörer vid sjukskrivning och rehabilitering	11
Bedömning av arbetsförmåga	12
PSYKISK OHÄLSA	15
Stress och utmattningssyndrom	15
Funktionsnedsättning	15
Aktivitetsbegränsning	16
Behandling och rehabilitering	16
LÅNGVARIG SMÄRTA	17
Funktionsnedsättning	17
Aktivitetsbegränsning	17
Behandling och rehabilitering	18
ARBETSPLATSDIALOG FÖR ARBETSÅTERGÅNG; PLANERING, UPPFÖLJNING OCH STÖD (ADA+)	19
Rehabiliteringskoordinator	20
Förberedelser inför intervjuer	20
Intervju med personen och dess arbetsgivare	20
Dialogsamtal	22
Hälsöfrämjande förhållningssätt och individuell anpassning	22
Skriftlig plan för anpassning av arbete	23
Uppföljning	24
ANPASSNINGAR PÅ ARBETET	25
Belastningsergonomi	25
Kognitiv ergonomi vid utmattningssyndrom	27
REFERENSER	31
BILAGOR	37
Bilaga 1: Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom	37
Bilaga 2: Information till person	38
Bilaga 3: Information till arbetsgivare	39
Bilaga 4: Personinformation sjukskrivning	40
Bilaga 5: Personintervju inför dialogsamtal	42
Bilaga 6: Arbetsgivarintervju inför dialogsamtal	43
Bilaga 7: Sammanfattning av person- och arbetsgivarperspektiv inför dialogsamtal	44
Bilaga 8: Ett exempel på utformning av en skriftlig plan för anpassning av arbete	45
Bilaga 9: Guide för kognitiv ergonomi vid utmattningssyndrom	46

FÖRORD

Detta metodstöd har tagits fram inom forskningsprojektet *”Strukturerad metod för hälso- och sjukvård, som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa”*. Projektet har finansierats av AFA Försäkring och Västerbottens läns landsting och projektet har inom forskargruppen kallats för ADA*. Projektet har genomförts på Stressrehabilitering, Norrlands universitetssjukhus, Umeå och totalt har 51 personer med utmattningssyndrom deltagit i studien tillsammans med deras arbetsgivare och handläggare på Försäkringskassan.

Syftet med ADA* har varit att undersöka om metoden kan påverka återgång i arbete samt vara ett verktyg för hälso- och sjukvården i rehabilitering vid psykisk ohälsa. För att utvärdera projektet har deltagarna besvarat frågeformulär om hälsa, arbetsförmåga och arbetssituation både före och efter deltagande. För att utvärdera metodens användbarhet i hälso- och sjukvården har intervjuer genomförts med aktörerna; personer med utmattningssyndrom, arbetsgivare, rehabiliteringskoordinatorer och handläggare vid Försäkringskassan. Resultaten från projektet kommer att presenteras i andra sammanhang och detta metodstöd ger enbart en grundlig metodbeskrivning av ADA*. I metodstödet har vi dock beaktat de preliminära resultaten från intervjuerna.

Metodstödet har utvecklats av forskare vid Umeå universitet; Therese Eskilsson, universitetslektor vid Samhällsmedicin och rehabilitering; Arja Lehti, universitetslektor vid Klinisk vetenskap; Britt-Marie Stålnacke, professor vid Samhällsmedicin och rehabilitering; samt Marine Sturesson, verksamhetsutvecklare vid Ledningsstaben, Västerbottens läns landsting.

Vad gäller kapitlet om anpassningar på arbetet har belastningsergonom Charlotte Lewis, Arbets- och miljömedicin, Västerbottens läns landsting författat avsnittet om belastningsergonomi och legitimerade psykologerna Hanna Malmberg Gavelin och Sofia Nording vid Stressrehabilitering, Västerbottens läns landsting författat delen om kognitiv ergonomi.

Ett stort tack till Kai Österberg, docent, leg psykolog, Lunds Universitet, Jens Wahlström, docent, verksamhetschef AB-centrum, Västerbottens läns landsting och Lena Åminne, kommunikatör, kansliet för medicin, Umeå universitet, som har bidragit till synpunkter på texten. Ett stort tack även till rehabiliteringskoordinatorerna på Stressrehabilitering, Västerbottens läns landsting, för synpunkter på innehållet.

Metodstödet finns fritt tillgängligt att ladda ner via www.fhvmetodik.se, samt www.vardhandboken.se

Umeå i november 2017

Therese Eskilsson, projektledare.

Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet, samt Stressrehabilitering, Västerbottens läns landsting.

INTRODUKTION

Metodstödet är ett konkret och praktiskt stöd för dem som inom hälso- och sjukvård och företagshälsa arbetar med förebyggande insatser, rehabilitering och/eller koordinering för återgång i arbete vid psykisk ohälsa och/eller långvarig smärta. Metodstödet ger till en början en kortare beskrivning och kunskap om sjukskrivning, psykisk ohälsa och långvarig smärta. Vi tror att ADA* kan vara lämpligt att använda vid olika diagnoser, inte enbart vid psykisk ohälsa och långvarig smärta, men vi har valt att beskriva dessa områden som idag är bland de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Metodstödet ger framförallt kunskap och praktiska verktyg för stöd i både mötet och vid förslag till anpassningar på arbetet, tillsammans med personerna och deras arbetsgivare.

Vi är väl medvetna om att förutsättningarna för att genomföra rehabilitering för återgång i arbete kan skilja sig mellan olika enheter inom hälso- och sjukvård och företagshälsa. Därför är det möjligt att anpassa och använda dessa verktyg för att passa den egna verksamheten. Metodstödet kan även användas i olika utbildningar inom förebyggande arbete och rehabilitering för återgång i arbete.

Metodstödet innehåller även bilagor som direkt kan användas i det praktiska arbetet, eller anpassas utifrån de behov som finns.

SJKSKRIVNING

När en sjukdom eller skada begränsar en persons arbetsförmåga kan sjukfrånvaro och sjukskrivning bli aktuellt. Ersättning för inkomstbortfallet i samband med sjukfrånvaro regleras genom Lag om sjuklön (1991:1 047) och Socialförsäkringsbalken (2010:110). Åtgärden sjukskrivning ska vara en aktiv åtgärd och ses som en integrerad del av vård och behandling och bedömas utifrån samma kriterier som andra insatser inom hälso- och sjukvården⁽¹⁾.

Aktörer vid sjukskrivning och rehabilitering

Vid sjukfrånvaro kan flera aktörer vara inblandade, förutom den sjukskrivne själv kan insatser från arbetsgivaren, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan bli aktuella. Beroende av längden på sjukfrånvaron kan även fackförening, företagshälsa, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten bli inkopplade. Dessa aktörer har olika roller och uppdrag och regleras av bestämmelser i olika lagar och avtal. För att få till stånd en fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är det viktigt att personen och aktörerna är aktiva och samverkar⁽²⁾.

Personen som är sjukfrånvarande ansvarar för att lämna uppgifter till arbetsgivare och Försäkringskassan, delta i planeringen och aktivt medverka i sin rehabilitering. Från och med den åttonde sjukskrivningsdagen ska personen kunna styrka att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom genom ett läkarintyg. Personen kan få stöd och hjälp av sin fackliga organisation framför allt i arbetsrättsliga frågor och hjälp att tolka myndighetsbeslut.

Arbetsgivaren ansvarar för sjuklön de två första veckorna och för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (Arbetsmiljölagen 1977:1160). Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses de åtgärder på och i nära anslutning till arbetsplatsen, som syftar till att arbetstagaren ska behålla eller återfå sin arbetsförmåga och återgå i arbete. Ansvaret gentemot arbetstagaren kan innebära; anpassning av arbetsuppgifter eller arbetsplats, arbetsträning, arbetshjälpmiddel, omplacering eller utbildning. Ansvaret omfattar alla sjukfall, även om arbetsplatsen inte är

den direkta orsaken till sjukfrånvaron. Företagshälsan kan vara arbetsgivaren behjälplig i både förebyggande och rehabiliterande insatser.

Försäkringskassan administrerar sjukförsäkringen som ingår i socialförsäkringssystemet. För den som har en anställning kan ansökan om sjukpenning göras från och med dag 15. Den som är arbetssökande kan ansöka från dag två. För att personen ska ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen är två kriterier avgörande. Dels att personen har en sjukdom, dels att sjukdomen sätter ned personens arbetsförmåga till minst en fjärdedel. Försäkringskassan ansvarar även för att samordna personens rehabilitering.

Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering är mångskiftande på grund av sjukdomsvariationer men också för att arbetssituationerna kan vara olika. I Sverige är sjukskrivning av en person en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården⁽³⁾. Läkaren bedömer personens sjukdom och ställer diagnos enligt ICD-10. Vid bedömningen om personen har en sjukdom ska läkaren bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska och sociala förhållanden. Vidare ska sjukdomens konsekvenser för arbetsförmågan bedömas. I de fall sjukdomen begränsar personens arbetsförmåga och sjukskrivning bedöms ha en gynnsam effekt för personens hälsotillstånd och arbetsförmåga utfärdas ett läkarintyg för sjukskrivning. Hälso- och sjukvården ansvarar för medicinsk utredning och behandling inklusive medicinsk rehabilitering där rehabiliteringsteam och rehabiliteringskoordinator kan ingå.

Bedömning av arbetsförmåga

Arbetsförmåga är ett relationellt begrepp som handlar om överensstämmelsen och balansen mellan personens resurser och arbetets krav. "Arbetsförmågehuset", en modell framtagen av Ilmarinen m.fl.^(4,5), illustrerar olika komponenter som byggs på varandra i olika våningar och som formar människors arbetsförmåga (Figur 1). Ytterligare forskning har visat att begreppet arbetsförmåga är komplext med många komponenter och kan oftast inte separeras från livet utanför arbetet⁽⁶⁻⁸⁾. Omgivningsfaktorer kopplat både till arbetet och privatlivet kan påverka en persons arbetsförmåga⁽⁸⁾.



Figur 1. Arbetsförmågehuset ⁽⁴⁾ modifierat av Hansen Falkdal och Sturesson, SKL 2016 ⁽⁹⁾.

Hälsa- och sjukvårdens bedömning, i sjukskrivningssammanhang, ska visa på ett orsakssamband mellan sjukdomen och den nedsatta arbetsförmågan. För att tydliggöra sambandet ska det i läkarintyget framgå en rimlig koppling mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, den så kallade DFA-kedjan⁽¹⁰⁾ (Figur 2).



Figur 2. DFA-kedja ⁽¹⁰⁾.

För att bedöma arbetsförmågan och möjligheten till återgång i arbete krävs information om dels personens hälsotillstånd och dels de faktiska arbetsförhållandena. Tidigare forskning har pekat på att hälso- och sjukvården ofta saknar information om personens arbete och arbetskrav⁽⁶⁾. Socialförsäkringsutredningens slutbetänkande ”Mer trygghet och bättre försäkring”⁽¹¹⁾ framhåller att hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar är vidare än medicinsk rehabilitering och ska inriktas mot att hjälpa sjukskrivna tillbaka i arbete och tidiga kontakter med arbetsgivare är viktiga. Komplexiteten med olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen innebär att det finns ett behov av koordinering⁽¹²⁾, och därför har rehabiliteringskoordinatoren en viktig roll.

När **Försäkringskassan** ska fatta beslut om rätt till sjukpenning bedöms personens arbetsförmåga enligt rehabiliteringskedjan. Det innebär att arbetsförmågan bedöms olika beroende på hur länge en person har varit sjuk (Social-

försäkringsbalken 2010:110). Under de första 90 dagarna bedöms personens arbetsförmåga mot sitt vanliga arbete eller tillfälliga arbetsuppgifter. Efter 90 dagar ska Försäkringskassan ta reda på om arbetsgivaren har möjlighet att erbjuda något arbete som den anställda klarar av trots sin sjukdom. Personen har rätt till sjukpenning om hen inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare. Efter 180 dagar ska arbetsförmågan bedömas i relation till alla normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Om Försäkringskassan bedömer att patienten med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366 bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos arbetsgivaren även efter dag 180. Regeln gäller inte heller om det kan anses oskäligt att bedöma personens arbetsförmåga i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning (Figur 3). Om involverade aktörer känner till hur rehabiliteringskedjan fungerar ökar förutsättningarna för att personen ska få rätt åtgärder i tid och underlättar också samarbetet.



Figur 3. Så här fungerar rehabiliteringskedjan ⁽⁹⁾.

PSYKISK OHÄLSA

Psykisk ohälsa är ett stort, växande problem och är den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige. Ängest, stressyndrom och förstämningssyndrom/depression samt samsjuklighet med varandra utgör tillsammans den största delen av sjukskrivningarna. Det är framförallt ängest- och stressyndrom som ökar mest och är speciellt vanligt hos personer i service- och människovårdande yrken⁽¹³⁾.

Stress och utmattningssyndrom

Stress är inte något negativt i sig, men om stressreaktionen pågår länge och personen inte får tillfällen att återhämta sig kan både psykisk och fysisk ohälsa uppstå. Stress utan tillräcklig återhämtning kan leda till utmattningssyndrom. Det kan vara till exempel stor belastning eller omställningar på arbetsplatsen och/eller händelser i privatlivet som gör att man blir sjuk⁽¹⁴⁾.

Diagnosen utmattningssyndrom är symtombaserad och enligt Socialstyrelsens klassifikation krävs det att symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förekommit under minst sex månader och att personen har haft fysiska, psykiska och kognitiva symtom på utmattning under minst två veckor⁽¹⁴⁾ (Bilaga 1).

Funktionsnedsättning

Personen med utmattningssyndrom har ofta betydande funktionsnedsättningar och kan söka vård initialt för en eller flera somatiska symtom, som t.ex. orolig mage, huvudvärk, yrsel eller hjärtklappning⁽¹⁵⁾. Den utmattade personen har ofta påtagliga sömnsvårigheter och personerna kan beskriva stor trötthet och utmattning som inte går att vila sig från^(16,17). Oro och ängest är vanligt förekommande symtom och många personer med utmattningssyndrom har samsjuklighet med depression eller generaliserad ängestsyndrom⁽¹⁵⁾.

Personen kan även ha störningar i minnesfunktionen och glömma basala funktioner eller tappa orienteringsförmågan i det initiala skedet. Koncentrations-

svårigheterna kan göra det omöjligt t.ex. att läsa en längre tidningsartikel eller en bok. Det kan finnas påtagliga svårigheter med att dela uppmärksamheten mellan olika saker. En del klagar över svårigheter att följa tankebanor. Allt detta gör att man kan bli helt oförmögen att genomföra mer komplicerade kognitiva uppgifter. Många upplever också en ökad känslighet i olika sinnen - somliga blir känsliga för ljus och ljud eller får perceptionsstörningar. Dessa olika begränsningar kan upplevas som oerhört skrämmande och ofta skäms man och försöker dölja dem i det längsta^(14,17).

Aktivitetsbegränsning

Den utmattade personen får större eller mindre svårigheter att genomföra arbetsuppgifter som kräver goda kognitiva funktioner, exempelvis att organisera aktiviteter och utföra arbete som innebär många olika uppgifter eller möten med många personer. Ofta får personen svårt att delta i samtal, att hantera krav eller att göra saker under tidspress⁽¹⁸⁾.

Behandling och rehabilitering

Behandling och rehabilitering vid utmattningssyndrom individualiseras utifrån personens behov samt genom ett multiprofessionellt teambaserat arbets sätt. Insatserna vid rehabiliteringen kan innehålla en kombination av olika åtgärder som exempelvis samtalsstöd, fysisk aktivitet och arbetsplatsinriktade åtgärder⁽¹⁹⁻²¹⁾. Samtalsstödet kan ges individuellt, eller företrädesvis i grupp, med syfte att förbättra hanteringsstrategier i både privatliv och arbetsliv samt även få balans mellan aktivitet och återhämtning. Regelbunden fysisk aktivitet är en viktig del i behandlingen och personen kan behöva stöd i att nå rekommendationerna vid fysisk aktivitet⁽²²⁾. Detta stöd kan ges i grupp⁽²³⁾ eller individuellt⁽²¹⁾ och fysisk aktivitet på recept (FaR) kan vara en användbar metod för att anpassa råden om dosering och typ av aktivitet. För att främja återgång i arbete är det viktigt att involvera arbetsgivaren, i samverkan med övriga berörda aktörer⁽²⁴⁾.

LÅNGVARIG SMÄRTA

Långvarig smärta (mer än tre månader) är ett mycket vanligt tillstånd som leder till stort lidande och stora samhällsliga kostnader. I Sverige har cirka 18 procent av befolkningen svår långvarig smärta, varav muskuloskeletala smärtor dominerar⁽²⁵⁾. Långvarig smärta är vanligare hos kvinnor än hos män⁽²⁶⁾ och ökar med stigande ålder. Långvarig smärta finns ofta samtidigt på flera ställen i kroppen och cirka 10 procent har en generaliserad/utbredd smärta, varav en undergrupp utgörs av fibromyalgi⁽²⁷⁾. Smärta är en vanlig orsak för att söka medicinsk vård, 20–40 procent av besöken hos läkare i primärvård har rapporterats vara förorsakade av smärta, varav cirka hälften utgörs av långvarig smärta⁽²⁸⁾. När smärtan blir långvarig ter den sig allt mer som ett tillstånd eller sjukdom i sig. Det har visat sig att den långvariga smärtan inte enbart är en akut smärta som kvarstår utan att den påverkas av de förändringar i smärtsystemen som sker i komplex samverkan med underhållande faktorer. Personer med långvarig smärta besväras ofta av sömnsvårigheter och uttalad trötthet⁽²⁹⁾. Det finns en tydlig samsjuklighet mellan långvarig smärta och depression, rädsla och ångest. Cirka 35 % av personer med långvarig smärta har uppskattats samtidigt ha depression⁽³⁰⁾.

Funktionsnedsättning

Långvariga smärttillstånd medför ofta påverkan på motoriken med inskränkt rörlighet. Dessutom förekommer känselstörningar, ömhet och smärta som kvarstår efter lätt retning. Personer med långvarig smärta kan uppleva minnesnedsättning och påverkan på koncentrationen. Dessa besvär kan vara orsakade av smärtan i sig men förstärks ofta av nedstämdhet och ångest⁽³¹⁾.

Aktivitetsbegränsning

Personer med långvarig smärta upplever ofta begränsningar i att delta i aktiviteter i vardagen som påverkar både yrkeslivet och fritiden. Smärttillståndet kan över tid medföra ytterligare begränsningar vilket leder till en ond cirkel och nedsatt livskvalitet. Personer med smärta i flera av kroppens områden löper

högre risk över tid att inte klara av sina arbetsuppgifter jämfört med personer med lokaliserade smärttillstånd⁽³²⁾.

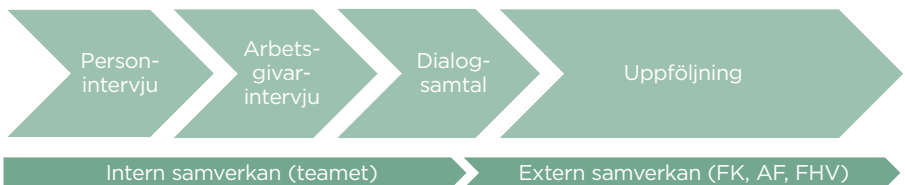
Behandling och rehabilitering

Eftersom långvarig smärta är ett komplext tillstånd är det nödvändigt med en biopsykosocial helhetssyn vid utredning och rehabilitering, vilket innebär att besvären analyseras och behandlas ur ett brett perspektiv både medicinskt och psykosocialt i förhållande till arbetsliv och fritid⁽³³⁾. I första hand rekommenderas rehabilitering som bygger på att en enstaka åtgärd används, t.ex. fysioterapeutisk insats. Multimodal rehabilitering (MMR) är en evidensbaserad rehabiliteringsform vid långvariga smärttillstånd och används vid stora, komplexa behov⁽³⁴⁾. I MMR-program arbetar personalen i team med välplanerade och synkroniserade åtgärder under längre, välavgränsad tid. Interventionerna i MMR-programmet innefattar psykologiska, pedagogiska och fysiska delar. De insatser som ingår är delvis specifika för de olika yrkesgrupperna i teamet, men innehåller också ofta pedagogiska moment med utbildning om smärtproblematik och olika metoder för att hantera smärta (coping). Personen deltar aktivt med att sätta tydliga mål för rehabiliteringsperioden. MMR-program syftar till att ge personen olika verktyg för att brett kunna hantera de negativa konsekvenserna av långvarig smärta och utveckla sina resurser. Återgång i arbete för personer som är sjukskrivna är ofta ett övergripande mål i MMR-program. För att främja återgång i arbete har under senare år kontakt med personens arbetsgivare särskilt betonats vid deltagande i MMR.

ARBETSPLATSDIALOG FÖR ARBETSÅTERGÅNG; PLANERING, UPPFÖLJNING OCH STÖD (ADA*)

ADA* är en strukturerad dialogmodell som främjar samverkan mellan personen och dess arbetsgivare samt andra inblandade aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården samt företagshälsan. Grundmodellen ADA (ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång) har utvecklats och validerats vid Lunds universitet av Karlson m.fl.^(24,35,36). ADA* innebär ett tillägg och utveckling av ADA, med strukturerad planering, uppföljning och stöd för både de sjukskrivna personerna och deras arbetsgivare. Det som framför allt har utvecklats är skriftlig information till person och arbetsgivare angående sjukskrivning och beskrivning av dialogmodellen ADA*, frågor i samband med intervjuerna, exempel på skriftlig plan för anpassning av arbete, samt checklista vid kognitiv ergonomi. Dessutom finns en tydlig metodbeskrivning av hur processen genomförs och dess innehåll, vilket beskrivs mer ingående i detta kapitel.

Dialogmodellen ADA* innebär att en rehabiliteringskoordinator genomför separata intervjuer med dels personen, dels dennes arbetsgivare/arbetsledare som har rehabiliteringsansvaret. Därefter genomförs ett så kallat dialogsamtal med stöd av rehabiliteringskoordinatören, där personen och arbetsgivaren/arbetsledaren diskuterar olika lösningar för en hållbar arbetsåtergång. Dialogsamtalet mynnar ut i en skriftlig plan för anpassning av arbete. Uppföljning av den skriftliga planen sker utifrån personens behov och/eller i samband med avstämningsmöten. Processen för ADA* beskrivs i figur 4.



Figur 4. Processen för ADA*

Rehabiliteringskoordinator

Rehabiliteringskoordinatören är ett viktigt stöd för personen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Rehabiliteringskoordinatören koordinerar även samverkan inom hälso- och sjukvården samt med övriga aktörer som arbetsgivare, ansvarig handläggare på Försäkringskassan eller arbetsförmedlingen, samt vid behov företagshälsan.

En stor fördel i arbetet med ADA* är att rehabiliteringskoordinatören har kunskap om rehabilitering, sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, arbetsmiljöarbete samt kunskap i diagnosspecifika behov och förutsättningar. Fördjupad kunskap om koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering finns att tillgå via Sveriges kommuner och landsting⁽⁹⁾ och Vårdhandboken (www.vardhandboken.se).

Förberedelser inför intervjuer

Arbete i team ökar möjligheten för att varje individ ska få en god helhetsbedömning och rehabilitering. Genom teamet kan rehabiliteringskoordinatören ges möjlighet att förbereda sig inför mötet med personen. Både personens aktuella hälsotillstånd och var personen befinner sig i sjukskrivningsprocessen är viktigt att fokusera på. Information kan inhämtas via patientjournal och webapplikationen ”Rehabstöd” (www.inera.se/rehabstod).

För att personen och arbetsgivaren ska kunna förbereda sig på bästa sätt inför de kommande intervjuerna kan skriftlig information om arbetsrehabilitering och ADA* skickas hem till de berörda (bilaga 2 och 3). Förslagsvis får personen även skriftlig information om sjukskrivning (bilaga 4).

Individens samtycke till koordinering och kontakt med arbetsgivare ska inhämtas. Samtycke ska helst inhämtas skriftligt (se förslag till samtycke på www.vardhandboken.se), men kan även inhämtas muntligt. Det muntliga samtycket måste dokumenteras i journalen med hur det inhämtades och datum.

Intervju med personen och dess arbetsgivare

En rekommendation är att genomföra intervju med personen före arbetsgivaren. Då finns det möjlighet att tydliggöra innehållet i ADA*, informera om och inhämta samtycke från personen, samt kontrollera kontaktuppgifter till arbetsgivaren.

De enskilda intervjuerna kan ske antingen som ett fysiskt möte, via telefon eller digitalt möte. Eftersom det ibland kan vara svårt för arbetsgivare att hitta tider för intervju, eller svårt att mötas på plats på grund av geografiska avstånd, kan intervju via telefon eller digitalt möte vara att föredra.

Rehabiliteringskoordinatorn har stöd genom att följa frågorna i den strukturerade intervjun (bilaga 5-6). För att skapa ett gott samtal kan intervjun inledas med frågor om vilka förväntningar och eventuella farhågor som finns, inför både samtalet och arbetsrehabiliteringen. Detta kan öppna för viktig information som kan behöva förtydligas eller bekräftas. I övrigt fokuserar frågorna syn på orsaker till sjukskrivning, åtgärder för att förändra/anpassa arbetet samt egna förslag på vad som kan underlätta återgång i arbete. För att identifiera personens arbetsförmåga ställs även frågor om vilka aktuella arbetsuppgifter som personen kan utföra utan större hinder samt vilka arbetsuppgifter som kan vara svåra att genomföra utifrån de besvär personen har. Även om personen är heltidssjukskriven kan det vara bra att försöka identifiera aktiviteter som är möjliga att genomföra i vardagen för att stärka individens syn på möjlig arbetsförmåga.

De strukturerade intervjuerna innehåller även frågor om motivation och tilltro till att återgå i arbete eller öka i arbetstid. Svaren på frågorna kan ge rehabiliteringskoordinatorn viktig vägledning i vilket stöd som behövs, samt att den skriftliga planen planeras med rimliga mål utifrån skattad motivation och tilltro.

Under intervjun med arbetsgivaren är det bra att kontrollera/fråga om tillgång finns till och om kontakt är tagen med företagshälsa i det aktuella ärendet, samt vilka åtgärder som är insatta eller som planeras att genomföras. Det är även möjligt att informera arbetsgivaren om det systematiska arbetsmiljöarbetet (se mer information i avsnittet om anpassningar på arbetet).

Utifrån samtalet mellan rehabiliteringskoordinatorn och personen finns det möjlighet att lämna hemuppgift till nästa kontakt. Det kan exempelvis vara att besöka sin arbetsplats vid ett eller några tillfällen eller träna på dagliga goda rutiner som kan underlätta en arbetsåtergång. Hemuppgiftens genomförande som följs upp av rehabiliteringskoordinatorn, kan ge viktig information till planen för anpassning av arbete.

Avslutningsvis är det viktigt att rehabiliteringskoordinatorn frågar både personen och arbetsgivaren om vad som har sagts i förtroende under intervjun och som inte ska tas upp vid dialogsamtalet. Det är av största vikt att detta respekteras för att skapa trygghet och förtroende i den fortsatta kontakten.

Dialogsamtal

Det bästa är om dialogsamtalet kan ske som ett fysiskt möte på en neutral plats där rehabiliteringskoordinatorn, personen och dennes arbetsgivare alltid deltar. Förutom dessa kan även personen bjuda in ett personligt stöd – exempelvis en kollega, arbetsmiljöombud eller annan facklig representant. Utifrån personens behov och rehabilitering kan det ibland även vara värdefullt om sjukskrivande läkare eller annan rehabiliteringspersonal kan delta. Ibland vill arbetsgivaren bjuda in HR-stöd till dialogsamtalet. Vilka som deltar i mötet behöver vara tydligt förankrat med alla involverade.

Rehabiliteringskoordinatorn leder samtalet och inleder med att informera om struktur, tid och upplägg för samtalet. Därefter sammanfattas frågorna från de enskilda intervjuerna (bilaga 7). Detta ger båda parter en gemensam syn på aktuellt läge där det oftast finns samstämmighet i deras beskrivningar, men ibland även olikheter i deras upplevelser där möjlighet ges att förtydliga eller förklara. Största fokus av samtalet läggs därefter på att personen och arbetsgivaren konstruktivt diskuterar olika lösningar för en hållbar återgång i arbete.

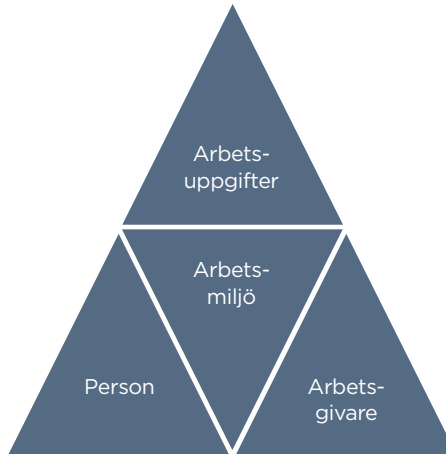
Hälsofrämjande förhållningssätt och individuell anpassning

Under dialogsamtalet kan rehabiliteringskoordinatorn med fördel använda en whiteboardtavla. För att främja ett problemlösningbaserat samtal med ett hälsofrämjande förhållningssätt kan en modell (se Figur 5) användas. Denna modell ritas/skrivs på whiteboardtavlan och trianglarna i modellen blir vägledande för samtalet och i utformandet av en skriftlig plan. Modellen används för att underlätta dialogen mellan personen och arbetsgivaren, och för att tydliggöra vilka och på vilket sätt arbetsuppgifter kan anpassas för att främja återgång till arbetet. Det är viktigt att hänsyn tas både till personen och arbetsgivarens behov och förutsättningar. Modellen bidrar på så sätt till att ansvarsfördelningen mellan personen och arbetsgivaren blir mer jämbördig. Fokus är personens förmåga istället för oförmåga och båda parter blir delaktiga i anpassningen.

Rehabiliteringskoordinatorn bör anpassa samtalet utifrån personens diagnos-specifika behov och förutsättningar för att underlätta anpassning av arbetsuppgifterna. Exempelvis kan kunskap och stöd ges om hur anpassning av arbete kan ske utifrån belastningsergonomi och/eller kognitiv ergonomi (se mer information i avsnittet om anpassningar på arbetet).

Modellen beskriver även hur arbetsmiljön (fysisk, organisatorisk och social) har betydelse och att en optimal arbetsmiljö kan fungera hälsofrämjande och ge

stöd när anpassningar behövs för individen. Under samtalet är det viktigt att diskutera hur övriga medarbetare på arbetsplatsen ska informeras om planen och de aktuella anpassningarna. Vad arbetsgivaren ska informera om och hur informationen ska ges till medarbetarna bör ske i samråd med personen.



Figur 5. Modell vid dialogsamtalet

Intentionen med dialogsamtalet är att stärka personens tilltro till sin förmåga att återgå i arbete. Det syftar även till att stärka arbetsgivarens dialog med arbetstagaren, öka kunskap och ge verktyg för att anpassa arbetssituationen. Förhoppningsvis kan denna kunskap hos arbetsgivaren även gagna hela arbetsplatsen.

Skriftlig plan för anpassning av arbete

Dialogsamtalet leder till en överenskommelse mellan arbetsgivaren och arbetstagaren i form av en skriftlig plan, och sammanställs av rehabiliteringskoordinatören. Den skriftliga planen bör vara tydlig och kortfattad, gärna med en beskrivning av aktuellt läge vad gäller arbete och omfattning, målsättning för återgång i arbete, arbetsinnehåll och planerade åtgärder med tydlig ansvarsfördelning (exempel på skriftlig plan, se bilaga 8).

En fortsatt rehabiliteringsprocess underlättas om de planerade åtgärderna inte är alltför många vid det första tillfället. Det kan vara bättre med färre åtgärder där personen kan stärkas i sin tilltro att lyckas genomföra åtgärderna. Det kan också vara pedagogiskt att åtgärder planeras för båda parter i syfte att tydliggöra bådadas ansvar i rehabiliteringen. För att stärka den fortsatta dialogen mellan

arbetsgivare och arbetstagare kan det vara klokt att rehabiliteringskoordinatorn alltid ser till att det i arbetsgivarens planerade åtgärder ingår att följa upp den skriftliga planen med arbetstagaren vid regelbundna inbokade tider. Personen uppskattar att arbetsgivaren följer upp planen istället för att enbart fråga ”hur mår du?” Detta kan också tydliggöras för arbetsgivaren. Den skriftliga planen bör även beskriva när och hur uppföljning ska ske av rehabiliteringskoordinatorn eller annan berörd aktör.

Båda parter får var sin kopia av den skriftliga planen samt information om att planen dokumenteras i journalen. Om den skriftliga planen förutsätter stöd av sjukförsäkringen ska den förankras med ansvarig handläggare på Försäkringskassan. Eftersom arbetsgivaren har rehabiliteringsansvaret kan det vara en fördel att arbetsgivaren tar denna kontakt. I övrigt kan det finnas rutiner för kontakt och samverkan mellan rehabiliteringskoordinatorn och Försäkringskassan.

Uppföljning

Den skriftliga planen följs upp av de olika aktörer som är involverade och justeras utifrån de behov som löpande uppkommer under arbetsåtergången. Uppföljningen kan ske via 1177 Vårdguidens e-tjänster, telefon, digitalt möte, avstämningsmöte eller olika återbesök. Det kan vara klokt att göra uppföljningar i anslutning till tidpunkter när förändring av sjukskrivningen planeras. Personen och arbetsgivaren kan behöva stöd i hur arbetet ska anpassas utifrån det aktuella läget. När kontakten avslutas är det viktigt att tydliggöra vem/vilka som har fortsatt ansvar för uppföljning.

ANPASSNINGAR PÅ ARBETET

Arbetsgivaren har huvudansvaret för den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön och att arbetsmiljöarbetet sker systematiskt. Det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) innebär att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa (Figur 6)⁽³⁷⁾. För att förebygga skador och ohälsa kan arbetsgivaren behöva göra anpassningar av arbetsmiljön utifrån arbetstagarens behov. När en skada uppstått har arbetstagaren rätt att få hjälp med arbetsanpassning och rehabilitering med syfte att återfå arbetsförmåga⁽³⁸⁾.



Figur 6. Centrala aktiviteter i ett systematiskt arbetsmiljöarbete. (Källa Arbetsmiljöverket).

Till stöd för anpassningar i arbetet kan föreskrifterna om Belastningsergonomi⁽³⁹⁾ och organisatorisk och social arbetsmiljö⁽⁴⁰⁾ användas. Nedan ges även praktiska guider i hur arbetet kan anpassas inom belastningsergonomi och kognitiv ergonomi.

Belastningsergonomi

Charlotte Lewis

Arbetsgivaren ansvarar för att arbetet och arbetsplatsen är ergonomiskt bra utformade och att arbetstagaren har möjlighet att påverka hur det egna arbetet

planeras och genomförs så att rörelsevariation och återhämtning finns. Arbetsgivare, skyddsombud och arbetstagare ska tillsammans regelbundet undersöka arbetsförhållandena för att upptäcka risker för belastningsbesvär. Med belastningsbesvär eller belastningsskador menar man smärta, värk eller obehag från muskler, leder, skelett och nerver som orsakats eller förvärrats av belastningar i arbetet⁽³⁹⁾.

För att bedöma om belastningar medför risk för besvär finns det bedömningsmodeller i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om belastningsergonomi, AFS 2012:2⁽³⁹⁾, men även andra modeller kan användas. Om man har behov av hjälp med riskbedömning eller översyn av den fysiska ergonomin på en arbetsplats kan man vända sig till företagshälsan. Generella saker att tänka på vad gäller belastningsergonomi:

Arbetsstationen bör anpassas så att obekväma, ansträngande och påfrestande arbetsställningar och arbetsrörelser kan undvikas. Exempel på påfrestande arbetsställningar är böjd och vriden rygg, eller armar ovan axelhöjd⁽³⁹⁾.

Repetitivt arbete där man upprepar liknande arbetsrörelser om och om igen kan medföra skador och bör därför begränsas. Detta kan göras genom att införa pauser eller öka variationen genom att växla mellan olika arbetsuppgifter⁽³⁹⁾.

Med **manuell hantering** menas att lyfta eller bära en börda eller att skjuta eller dra ett föremål, och är en riskfaktor för besvär i muskler och leder, särskilt när det kombineras med påfrestande arbetsställningar. Man bör undvika tung manuell hantering så långt det går, exempelvis genom att ändra arbetsutrustningen eller att göra organisatoriska förändringar⁽³⁹⁾.

Organisatoriska förhållanden, till exempel tidspress, starkt styrt arbete och otillräcklig tid för återhämtning, kan bidra till belastningsbesvär⁽⁴¹⁾. Vid hög mental belastning, när mycket information ska bearbetas och det behövs snabba beslut, ökar muskelspänningen och påverkar risken för besvär⁽⁴²⁾.

För att undvika att kroppen överbelastas är det bra att skapa **variation** i arbetsuppgifterna. Detta kan ske genom att ändra hur en arbetsuppgift utförs, t.ex. genom att växla sittande och stående arbete, men även genom att variera arbetsuppgifter under dagen⁽³⁹⁾.

Det är viktigt att kroppen får återhämta sig, inte bara efter arbetet utan även under arbetet. Därför är det viktigt att ta regelbundna pauser, långa såväl som korta. Återhämtning kan man också få genom att växla mellan arbetsuppgifter som skiljer sig åt i belastning⁽³⁹⁾.

Kognitiv ergonomi vid utmattningssyndrom

Hanna Malmberg Gavelin och Sofia Nording

Vid utmattningssyndrom är det vanligt att drabbas av kognitiva nedsättningar. Det kan handla om problem med koncentration och uppmärksamhet vilket exempelvis gör det svårare att hålla fokus i ett samtal, läsa böcker eller följa handlingen i ett tv-program. Minnet kan också påverkas och man kanske lättare glömmer sådant man tänkt göra i en nära framtid, till exempel vad som ska inhandlas efter jobbet. Uppgifter som inte har någon tydlig struktur kan bli extra krävande. Det kan även bli svårt att hålla flera bollar i luften och tankarna går kanske inte lika snabbt som förut. Det är inte ovanligt att bli extra känslig för störande intryck i omgivningen.

Kognitiva nedsättningar kan orsaka problem i arbetet. Ordinarie arbetsuppgifter blir svårare att bemästra vilket i sin tur kräver större ansträngning. Detta kan leda till en negativ spiral med ökad belastning och stressymtom som ökar i intensitet. Därför är det viktigt att arbetsmiljön och arbetsuppgifterna anpassas, så att man får så goda förutsättningar som möjligt för att göra sitt jobb och samtidigt får utrymme för återhämtning. Den här guiden har skapats utifrån ett flertal referenser⁽⁴³⁻⁵⁰⁾ och är till för att ge konkreta tips på hur arbetsmiljön kan anpassas för att skapa en god kognitiv ergonomi, det vill säga en arbetsmiljö som utformas på ett sätt som avlastar hjärnan. Guiden kan även användas i förebyggande syfte och i andra situationer än i arbetet, en kortare version finns beskrivet i bilaga 9.

Kartlägg och planera

Vår prestationsförmåga kan variera över dagen och med vårt mående. Fundera över hur energinivån förändras under dagen och anpassa arbetsuppgifterna i möjligaste mån därefter. Se till att fördela den mentala energin över dagen så att det finns tillräckligt med energi för kognitivt krävande uppgifter. Planera in gott om tid för arbetsuppgifter, ta för vana att planera in lite extra utrymme. Räkna med att ovana uppgifter kräver mer kognitiv kraft. För uppgifter som kräver uthållighet över tid är kanske det bästa att dela upp dem i mindre deluppgifter som kan bockas av, en i taget.

- ✓ Anpassa arbetsuppgifterna efter energinivå
- ✓ Fördela den mentala energin på ett bra sätt över dagen
- ✓ Planera in tillräckligt med tid för arbetsuppgifter

- ✓ Dela upp i mindre arbetsuppgifter, framförallt uppgifter som kräver ut-hållighet över tid

Hitta balans mellan aktivitet och återhämtning

Är de mentala resurserna påverkade kan det krävas extra ansträngning för att klara sådant som tidigare gick enkelt. När hjärnan måste anstränga sig mer ökar behovet av återhämtning. Återhämtning kan till exempel vara att ta pauser under och mellan arbetsuppgifter, både korta och långa. Planera in tid för återhämtning, så att den kan ske *innan* tröttheten kommer, inte som en reaktion när energin redan tagit slut. Variation är också bra och det kan skapas på många sätt. Byt emellanåt uppgifter för att låta nya områden i hjärnan arbeta, växla mellan uppgifter som kräver olika mycket koncentration och variera mellan stillasittande arbete och fysisk rörelse.

- ✓ Ta pauser under och mellan arbetsuppgifter, både korta och långa
- ✓ Planera in regelbunden återhämtning i förebyggande syfte
- ✓ Byt emellanåt uppgifter
- ✓ Växla mellan uppgifter som kräver olika mycket koncentration
- ✓ Variera mellan stillasittande arbete och fysisk rörelse

Minimera kraven på delad uppmärksamhet

Strukturera uppgifter så att kraven på parallella aktiviteter minskar. Öva på att göra en sak i taget och att hålla fokus på just den uppgiften. Schemalägg sekundära aktiviteter, till exempel ha bestämda tider för att svara på e-post och telefonsamtal. Sträva efter att koncentrationskrävande uppgifter utförs i en lugn miljö med få störningar. En egen, avskärmad arbetsplats kan vara till hjälp för koncentrationen, är det inte möjligt bör arbetsmiljön ses över för att minimera sådant som kan distrahera. Rensa miljön på intryck som inte behövs, till exempel e-postnotifikationer, notiser från mobiltelefonen, ljud och rörelse runtomkring eller ett stökigt skrivbord.

- ✓ Gör en sak i taget
- ✓ Schemalägg sekundära aktiviteter
- ✓ Utför koncentrationskrävande uppgifter i lugn miljö med få störningar
- ✓ Rensa miljön på intryck som inte behövs

Ta hjälp av yttre hjälpmedel och struktur

Frigör mentala resurser genom att förlägga så mycket som möjligt av det som hålls i minnet till yttre hjälpmedel som kalendrar, att-göra-listor, minnesanteckningar, kom-ihåg-lappar och påminnelser på mobilen. Strukturera arbetsdagen och arbetsuppgifter så att det blir tydligt vad som ska göras och i vilken ordning. Ha tydliga rutiner för arbetsuppgifter, för viktiga arbetsuppgifter kan checklistor eller flödesscheman vara ett stöd.

- ✓ Förlägg det som hålls i minnet till yttre hjälpmedel
- ✓ Skapa ett schema för arbetsdagen
- ✓ Skapa tydliga rutiner i arbetet
- ✓ Använd checklistor och flödesscheman för viktiga uppgifter

Använd knep för att minnas bättre

Använd aktivt strategier som stöttar minnet och utgå från intresse. När vi gör något som vi är intresserade av ökar motivationen, vilket hjälper oss att lösa uppgifter. Öva uppgifter så att de automatiseras. Bearbeta det som ska minnas: tänk högt, repetera, visualisera, sätt informationen i ett sammanhang och så vidare. Vid avbrott, ta en paus och tänk efter hur och när du ska återuppta uppgiften, skriv gärna ned det.

- ✓ Utgå från intresse
- ✓ Öva uppgifter så att de automatiseras
- ✓ Bearbeta det som ska minnas
- ✓ Vid avbrott, planera för hur uppgiften ska återupptas

Skapa en god digital arbetsmiljö

Ha regler och rutiner för den digitala arbetsmiljön. Hur tänker vi på arbetsplatsen kring tillgänglighet på och utanför arbetstid, när förväntas man svara på e-post, sms och telefonsamtal? Ha exempelvis ljudlöst som standard på arbetsplatsen, mobilfria möten och särskilda rum för telefonsamtal. Begränsa informationsmängden till enbart det viktigaste i e-post, protokoll och instruktioner. Se över de tekniska systemen, fungerar de som stöd för medarbetarna? Eller utgör de tvärtom en onödig belastning för de mentala resurserna genom att vara svåra att överblicka, krångliga, eller alltför styrande?

- ✓ Ha regler och rutiner för den digitala arbetsmiljön
- ✓ Begränsa informationsmängden till enbart det viktigaste
- ✓ Ha väl fungerande tekniska system

Ta hjälp av omgivningen

Kognitiva nedsättningar syns inte utanpå och det kan vara svårt för omgivningen att förstå begränsningarna. Det är därför viktigt att berätta för berörda om nedsättningarna. På arbetsplatsen kan både arbetsgivare och arbetskamrater vara ett stöd för att omsätta kognitiva anpassningar i arbetsmiljön.

- ✓ Berätta för berörda om nedsättningarna
- ✓ Involvera omgivningen vid kognitiva anpassningar

REFERENSER

1. Socialstyrelsen 2012. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; Övergripande principer för sjukskrivning. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandeprinciperforsjukskrivning
2. Ståhl, C., Müssener, U., Svensson, T. Sjukskrivningssystemet och dess aktörer: Efter införandet av rehabiliteringskedjan. HELIX Working Papers 2011; ISSN, 1654-8213.
3. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skåner Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. BMC Public Health 2010;10(752).
4. Ilmarinen, J., Tuomi, K., Seitsamo, J. New dimensions of work ability. Int Congr Ser 2005;1280:3-7.
5. Ilmarinen (2012). Promoting active ageing in the workplace. European Agency for Safety and Health at Work. <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace/view>
6. Stureson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Hansen Falkdal, A., Bernspång, B. Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. Work 2013;45:117-128.
7. Ilmarinen, J. Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health 2009;35(1):1-5.
8. Sandqvist, J., Henriksson, C. Work functioning: A conceptual framework. Work 2004;23,147- 157.
9. SKL, Sveriges kommuner och landsting. (2016). Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Hansen Falkdal, A., Ekvall, A-B., Eklund, U. Stockholm.

10. SOU 2009:89. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen, Statens offentliga utredningar, Stockholm 2009.
11. SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring Del 1. Slutbetänkande av Parlamentariska socialförsäkringsutredningen Stockholm 2015.
12. MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R-L., Irvin, E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(4):257-269.
13. Socialförsäkringsrapport 2016:7. Försäkringskassan. ISSN 1654-8574.
14. Socialstyrelsen: Utmattningsyndrom, Stressrelaterad psykisk ohälsa, ISBN 91-7201-786-4, Art nr: 2003-123-18. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-123-18>
15. Glise K, Ahlborg Jr G, Jonsdottir IH. Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age matter. *BMC Psychiatry* 2014;14(118).
16. Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Perski A, Åkerstedt T. Insufficient sleep predicts clinical burnout. *J Occup Health Psychol* 2012;17(2):175-83.
17. Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I. Stress-related exhaustion disorder - clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scand J Psychol* 2015;56:626-36.
18. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Utmattningsyndrom -F43.8 2017. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinskt-beslutsstod/utmattningsyndrom-f438>.
19. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Statens Offentliga utredningar. Rapport No. SOU 2011:15, Stockholm.
20. Glise K, Ahlborg Jr G, Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psychiatry* 2012;12(18).

21. Eskilsson T, Slunga Järholm L, Malmberg Gavelin H, Stigsdotter Neely A, Boraxbekk C-J. Aerobic training for improved memory in patients with stress-related exhaustion: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2017;17:322.
22. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukomsbehandling, FYSS 2017.
23. Lindegård A, Jonsdottir IH, Börjesson M, Lindwall M, Gerber M. Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. *BMC Psychiatry* 2015;15:272.
24. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. 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.
25. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2006. Rapport.
26. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996;65(2-3):123-67.
27. Bergman S, Herrström P, Högström K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol* 2001;28(6):1369-77.
28. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002;6(5):375-85.
29. Okifuji, A. and B.D. Hare, Do sleep disorders contribute to pain sensitivity? *Curr Rheumatol Rep* 2011;13(6): 528-34.
30. Gambassi, G., Pain and depression: the egg and the chicken story revisited. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;49(1):103-12.
31. Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst H, Penninx BW. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *J Psychosom Res* 2015;78(1):64-70.

32. Haukka E, Kaila-Kangas L, Ojajärvi A, Miranda H, Karppinen J, Viikari-Juntura E, Heliövaara M, Leino-Arjas P. Pain in multiple sites and sickness absence trajectories: a prospective study among Pain 2013;154(2):306-12.
33. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull 2007 Jul;133(4):581-624.
34. Rehabilitering vid långvarig smärta, en systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2010. Rapport.
35. Karlson B, Jönsson P, Österberg K. 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.
36. Karlson B, Österberg K. ADA- ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång. Användarmanual v. 1.2. Lunds universitet. Avd för arbets- och miljömedicin. <http://fhvmetodik.se/metoderarbetsplatsdialog-for-arbetsatergang-ada/>
37. Arbetsmiljöverket. Systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete och allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. 2001. Report No. AFS 2001:1.
38. Arbetsmiljöverket. Arbetsanpassning och rehabilitering. Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. 1994. Report No. AFS 1994:1.
39. Arbetsmiljöverket. Belastningsergonomi. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om belastningsergonomi. 2012. Report No. AFS 2012:2.
40. Arbetsmiljöverket. Organisatorisk och social arbetsmiljö. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. 2015. Report No. AFS 2015:4.
41. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud 2015;52(2):635-48.

42. Lundberg UF, M. Zachau, G. Eklöf, M. Palmerud,, G. Melin B, Kadefors R. Effects of experimentally induced mental and physical stress on trapezius motor unit recruitment. *Work Stress* 2002;16:166-78.
43. Eskildsen, A., Andersen, L. P., Pedersen, A. D., Vandborg, S. K., & Andersen, J. H. Work-related stress is associated with impaired neuropsychological test performance: a clinical cross-sectional study. *Stress* 2015;18(2):198-207.
44. Jonsdottir, I. H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Währborg, P., & Wallin, A. Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress* 2013;16(2):181-190.
45. Öhman, L., Nordin, S., Bergdahl, J., Birgander, L. S., & Neely, A. S. Cognitive function in outpatients with perceived chronic stress. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33(3):223-232.
46. Sandström, A., Rhodin, I. N., Lundberg, M., Olsson, T., & Nyberg, L. Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biol Psychol* 2005;69(3):271-279.
47. Arbetsmiljöverket. Den hjärnvänliga arbetsplatsen - kognition, kognitiva funktionsnedsättningar och arbetsmiljö. 2014. Report No. 2014:2.
48. Arbetsmiljöverket. Digital arbetsmiljö. 2015. Report No. 2015:17.
49. Brose, A., Schmiedek, F., Lövdén, M., & Lindenberger, U. Daily variability in working memory is coupled with negative affect: the role of attention and motivation. *Emotion* 2012;12(3): 605-617.
50. Dismukes, R. K. Prospective memory in workplace and everyday situations. *Curr Dir Psychol Sci* 2012;21(4):215-220.

BILAGOR

Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom

Tabell I. Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom (Socialstyrelsens klassifikation).

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyll- da för att diagnos utmattningssyndrom F43.8 ska kunna ställas.	
A	Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
B	Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
C	Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod: <ol style="list-style-type: none"> 1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning 2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress 3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet 4. Sömnstörning 5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet 6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
D	Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
E	Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
F	Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggsspecifikation till den aktuella diagnosen.

Information till person

INFORMATION OM ADA*

Arbetsrehabilitering är en viktig del i din behandling och på vår enhet använder vi oss av metoden ADA* (ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång- Planering, uppföljning och stöd). ADA* är en strukturerad metod som syftar till att skapa dialog mellan dig och din chef för att åstadkomma anpassningar av arbetet som kan underlätta återgång i arbete.

Innehåll ADA*

Personintervju

Rehabiliteringskoordinatoren genomför ett samtal med dig, med stöd av frågor som fokuserar på beskrivning av dina arbetsuppgifter och arbetssituation, tidigare anpassning av ditt arbete, samt dina egna förslag på vad som kan underlätta återgång i ditt arbete. Tidsåtgång för detta samtal är ca en timme.

Arbetsgivarintervju

Rehabiliteringskoordinatoren har ett samtal tillsammans med din chef, med stöd av samma frågor som används vid personintervjun. Tidsåtgång för samtalet är ca en timme.

Dialogsamtal

Rehabiliteringskoordinatoren har ett dialogsamtal tillsammans med dig och din chef. Syftet med detta samtal är att i dialog diskutera olika lösningar för en hållbar arbetsåtergång. Samtalet mynnar ut i en skriftlig plan för anpassning av arbete. Rehabiliteringskoordinatoren sammanställer den skriftliga planen som även kan komma att förankras med ansvarig handläggare på Försäkringskassan. Planen kommer även att journalföras och både du och din chef får var sin kopia. Tidsåtgång för samtalet beräknas till ca 1,5 timme.

Uppföljning

Under din arbetsrehabilitering kommer uppföljning att ske enligt överenskomelse.

Vad du behöver göra nu

- Informera din chef om att ADA* kommer att påbörjas och vad det innebär
- Meddela mig (via e-post eller telefon) kontaktuppgifter till din chef så jag kan boka in tid för arbetsgivar- och dialogsamtal

Om du har frågor eller funderingar kring detta får du gärna höra av dig.

Med vänliga hälsningar: Kim Bergkvist, rehabiliteringskoordinator,

Länets hälsocentral, 090-.....

Information till arbetsgivare

INFORMATION OM ADA*

Arbetsrehabilitering är en viktig del i behandling och på vår enhet använder vi oss av metoden ADA* (ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång- Planering, uppföljning och stöd). ADA* är en strukturerad metod som syftar till att skapa dialog mellan medarbetaren och dennes närmsta arbetsgivare för att åstadkomma anpassningar av arbetet som kan underlätta återgång i arbete.

*Innehåll ADA**

Personintervju

Rehabiliteringskoordinatören genomför ett samtal med medarbetaren, med stöd av frågor som fokuserar på beskrivning av arbetsuppgifter och arbetssituation, tidigare anpassning av arbete, samt egna förslag på vad som kan underlätta återgång i arbete. Tidsåtgång för detta samtal är ca en timme.

Arbetsgivarintervju

Rehabiliteringskoordinatören har ett samtal tillsammans med dig som arbetsgivare, med stöd av samma frågor som används vid personintervjun. Tidsåtgång för samtalet är ca en timme.

Dialogsamtal

Rehabiliteringskoordinatören har ett dialogsamtal tillsammans med dig och din medarbetare. Syftet med detta samtal är att i dialog diskutera olika lösningar för en hållbar arbetsåtergång. Samtalet mynnar ut i en skriftlig plan för anpassning av arbete. Rehabiliteringskoordinatören sammanställer den skriftliga planen som även kan komma att förankras med ansvarig handläggare på Försäkringskassan. Planen kommer även att journalföras och både du och din medarbetare får var sin kopia. Tidsåtgång för samtalet beräknas till ca 1,5 timme.

Uppföljning

Under arbetsrehabilitering kommer uppföljning att ske enligt överenskommelse.

Om du har frågor eller funderingar kring detta får du gärna höra av dig.

Med vänliga hälsningar: Kim Bergkvist, rehabiliteringskoordinator,

Länets hälsocentral, 090-.....

Personinformation sjukskrivning

Sjukskrivning är en del av din behandling som ger dig möjlighet till återhämtning och aktiviteter som gynnar din hälsa. Det är viktigt att du utifrån ditt hälsotillstånd är delaktig i din rehabilitering. Du återhämtar dig oftast lättare om du trots eventuella begränsningar använder dig av dina förmågor så att du så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete.

Vid sjukskrivning finns en risk att man kommer från sina vardagsrutiner och det kan ha negativ inverkan på hälsan. Här nedan ges några förslag på vad du kan göra för att din sjukskrivning ska kunna ge dig den återhämtning du behöver:

Goda vardagliga rutiner

Sömn: Försök att komma upp på morgonen och gå i säng på kvällen. Kom gärna ut i dagsljuset varje dag som främjar en god sömn.

Måltider: Var noggrann med regelbundna måltider; frukost, lunch, middag och något mellanmål.

Fysisk aktivitet: Var fysisk aktiv i sammanlagt minst 150 minuter i veckan på en måttlig intensitetsnivå. All rörelse är bra och lite är bättre än ingenting. Utgå från din nivå och dagsform.

Återhämtning: Stanna upp och ta korta pauser flera gånger per dag. Hitta ditt eget sätt för att både koppla av och göra sådant du tycker om och mår bra av.

Håll kontakt med ditt arbete: Håll kontakten med dina arbetskamrater och din chef. Du kan be vården, företagshälsan, facket eller någon närstående om hjälp om det är svårt att hålla kontakten med arbetsplatsen.

Planera för arbetsåtergång: Börja reflektera och planera för hur din situation kan se ut den dagen du ska börja arbeta igen eller öka i arbetstid.

Särskilt viktigt för dig under din sjukskrivningstid: _____

Allmän information om sjukskrivning

Det är bara om du har en sjukdom eller skada som sjukskrivning kan bli aktuell. Svåra livshändelser, konflikt på arbetet eller andra omständigheter kan göra att man mår dåligt, men ger inte rätt till sjukpenning. Vid sjukskrivning ska läkaren bedöma hur sjukdomen nedsätter din fysiska och psykiska förmåga och hur detta i sin tur påverkar din möjlighet att utföra dina arbetsuppgifter. Om din nedsatta förmåga begränsar dina möjligheter att arbeta måste det framgå i ett läkarintyg. Därför är det bra om du kan beskriva dina arbetsuppgifter vid läkarbesöket.

Ett läkarintyg från läkaren är ett medicinskt underlag för att arbetsgivaren eller Försäkringskassan ska kunna bedöma din rätt till ersättning. Läkarintyget i sig är därför ingen garanti för att arbetsgivaren betalar sjuklön de första två veckorna eller för att Försäkringskassan beviljar sjukpenning därefter. Har du frågor om din ersättning ska du prata med din arbetsgivare eller med Försäkringskassan.

De **första 90 dagarna** som du är sjukskriven har du rätt till sjukpenning om du inte kan utföra ditt vanliga arbete, eller ett annat tillfälligt arbete, hos din arbetsgivare. **Efter 90 dagar** kan du få sjukpenning om du inte kan utföra något arbete alls hos din arbetsgivare. **Efter 180 dagar** har du rätt till sjukpenning om du inte kan utföra något arbete på hela den vanliga arbetsmarknaden. Det betyder att om du bedöms klara ett enklare arbete på del- eller heltid, kan din rätt till sjukpenning begränsas. Det finns undantag till exempel om det är mycket troligt att du kan komma tillbaka till ett arbete hos din arbetsgivare inom ett år från att du blev sjuk. Efter **ett års** sjukskrivning kan du få sjukpenning om du överhuvudtaget inte kan utföra något arbete på hela den vanliga arbetsmarknaden.

Viktiga punkter att tänka på:

- Kolla gärna att din arbetsgivare gjort sjukanmälan till Försäkringskassan. Om du inte har en anställning gör du denna anmälan själv.
- Arbetsgivaren är skyldig att göra vissa anpassningar i ditt arbete, så att du kan arbeta även om du inte är helt återställd. Prata med din chef.
- Deltidssjukskrivning är ofta bättre än att vara sjukskriven på heltid.
- Du kan alltid själv avbryta din sjukskrivning och gå tillbaka till jobbet.
- Se till att du har rätt information om de kollektivavtal och försäkringar som gäller för din anställning, fråga din chef eller din fackliga företrädare.
- Om du är arbetssökande gäller vissa andra regler. Ta reda på vad som gäller för dig. På Försäkringskassans hemsida hittar du mer information.

Personintervju inför dialogsamtal

1. Vilka förväntningar/farhågor har du – inför detta samtal? – inför arbetsrehabilitering?	
2. Kan du beskriva ditt arbete? (arbetsuppgifter, arbetstider)	
3. Använder du dig av goda rutiner på arbetet? (se ex. kognitiv- och belastningsergonomi) – vilka rutiner?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls
4. I vilken utsträckning anser du att sjukskrivningen är orsakad av förhållanden <i>på ditt arbete</i> ? – vilka förhållanden?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls
5. I vilken utsträckning anser du att sjukskrivningen är orsakad av förhållanden <i>utanför ditt arbete</i> ? – vilka förhållanden?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls
6. Har din arbetsgivare/arbetsledare gjort något för att underlätta din arbetssituation <i>före</i> respektive <i>under</i> aktuell sjukskrivning? – om ja, på vilket sätt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej
7. Har du <i>före</i> aktuell sjukskrivning själv försökt få några förändringar till stånd? – om ja, vilka?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej
8. Kan du beskriva vilket stöd du upplever från din arbetsgivare/arbetsledare samt dina kollegor?	
9. Vilka uppgifter (arbete/fritid) kan du idag utföra utan större hinder?	
10. Vilka uppgifter (arbete/fritid) har du idag svårt att utföra/undviker på grund av dina besvär?	
11. Vilka är dina egna förslag för återgång i arbete?	
12. Hur <i>viktigt</i> är det för dig att komma tillbaka till arbetet/öka i arbetstid på en skala 0-10? (där 10 är jätteviktigt)	Poäng:
13. Vilken <i>tilltro</i> har du till att lyckas komma tillbaka till arbetet/öka i arbetstid på en skala 0-10? (där 10 är högsta tilltro till att lyckas)	Poäng:
14. Hur <i>redo</i> är du att komma tillbaka till arbetet/öka i arbetstid på en skala 0-10? (där 10 är fullt redo)	Poäng:
15. Hemuppgift att göra fram till nästa besök/kontakt/dialogsamtal:	
16. Vad har sagts i förtroende:	

Arbetsgivarintervju inför dialogsamtal

1. Vilka förväntningar/farhågor har du - inför detta samtal? - inför arbetsrehabilitering?	
2. I vilken utsträckning anser du att den anställdes sjukskrivning är orsakad av förhållanden <i>på arbetet</i> ? – vilka förhållanden?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls <input type="checkbox"/> Vet ej
3. I vilken utsträckning anser du att den anställdes sjukskrivning är orsakad av förhållanden <i>utanför arbetet</i> ? – vilka förhållanden?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls <input type="checkbox"/> Vet ej
4. Har du som arbetsgivare/arbetsledare gjort något för att underlätta arbetsituation <i>före</i> aktuell sjukskrivning? – om ja, vad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej
5. Har den anställda <i>före</i> aktuell sjukskrivning själv försökt få några förändringar till stånd? – om ja, vilka?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej
6. Har du som arbetsgivare/arbetsledare gjort något för att underlätta <i>återgång</i> i arbete? – om ja, på vilket sätt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej

Frågor att ställa om den anställda arbetar hel- eller deltid:

7. Vilka arbetsuppgifter kan den anställda utföra idag, utan större hinder?	
8. Vilka arbetsuppgifter har den anställda svårt att utföra/undviker idag, på grund av sina besvär?	
9. Vilka är dina egna förslag för återgång i arbete?	
10. Hur viktigt är det för dig att den anställda kommer tillbaka till arbetet/ökar sin arbetstid på en skala 0-10? (där 10 är jätteviktigt)	Poäng:
11. Vilken tilltro har du till att den anställda lyckas komma tillbaka till arbetet/öka sin arbetstid på en skala 0-10? (där 10 är högsta tilltro till att lyckas)	Poäng:
12. Arbetar ni med systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) på er arbetsplats? – om ja, på vilket sätt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Har er arbetsplats tillgång till företagshälsovård? – om ja, är kontakt/åtgärder insatta?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Vad har sagts i förtroende:	

Sammanfattning av person- och arbetsgivarperspektiv inför dialogsamtal

	Person	Arbetsgivare
1. I vilken utsträckning anses sjukskrivningen orsakad av förhållanden på arbetet? — vilka förhållanden?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls <input type="checkbox"/> Vet ej
2. I vilken utsträckning anses sjukskrivningen orsakad av förhållanden utanför arbetet? — vilka förhållanden?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls <input type="checkbox"/> Vet ej
3. Har arbetsgivaren gjort något för att underlätta arbetssituation före aktuell sjukskrivning? — om ja, vad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej
4. Har personen före aktuell sjukskrivning själv försökt få några förändringar till stånd? — om ja, vilka?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej
5. Har arbetsgivaren gjort något för att underlätta återgång i arbete? — om ja, på vilket sätt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej
6. Vilka arbetsuppgifter kan den anställde utföra idag, utan större hinder?		
7. Vilka arbetsuppgifter har den anställde svårt att utföra/undviker idag, på grund av sina besvär?		
8. Parternas egna förslag för återgång i arbete?		

Ett exempel på utformning av en skriftlig plan för anpassning av arbete

DIALOGSAMTAL

ÅÅÅÅ-MM-DD

Närvarande: Charlie Karlgren, Anna Svensson (arbetsgivare) och Kim Bergkvist (rehabiliteringskoordinator).

PLAN FÖR ANPASSNING AV ARBETE

Arbete och omfattning: Lärare i hem- och konsumentkunskap 100 %. Idag sjukskriven 75 % och arbete 25 %.

Målsättning

Återgång till arbete 50 % ÅÅÅÅ-MM-DD. Arbete dagligen kl. 8-12.

Arbetsinnehåll (50 %)

- Beställning av varor
- Planera undervisning enskilt (specificera vilken undervisning) och tillsammans med kollegan Alex (specificera vilken undervisning)
- Delta i undervisningsmoment (specificera moment) tillsammans med Alex

Åtgärder medarbetare

1. Fokusera på en arbetsuppgift i taget
2. Läsa e-post avgränsat (direkt på morgonen)
3. Använda ståbord vid beställning av varor
4. Ta fikapaus 15 min
5. Ta paus/avbryt i aktivitet kort stund varje timme
6. Kontakta rehabiliteringskoordinator vid behov

Åtgärder arbetsgivare

1. Ordna så att Charlie får ett enskilt arbetsrum
2. Informera Alex och övrig personal om Charlies plan för anpassning av arbete
3. Uppföljning av åtgärderna tillsammans med Charlie, 1 gång/vecka (torsdagar)
4. Diskutera på APT miljön i fikarummet (möjlighet till återhämtning)

Uppföljning

Uppföljning av målsättning och åtgärder sker i samband med avstämningsmöte/dialogsamtal 2/telefonkontakt ÅÅÅÅ-MM-DD.

Guide för kognitiv ergonomi vid utmattningssyndrom

Kartlägg och planera

- ✓ Anpassa arbetsuppgifterna efter energinivå
- ✓ Fördela den mentala energin på ett bra sätt över dagen
- ✓ Planera in tillräckligt med tid för arbetsuppgifter
- ✓ Dela upp i mindre arbetsuppgifter, framförallt uppgifter som kräver uthållighet över tid

Hitta balans mellan aktivitet och återhämtning

- ✓ Ta pauser under och mellan arbetsuppgifter, både korta och långa
- ✓ Planera in regelbunden återhämtning i förebyggande syfte
- ✓ Byt emellanåt uppgifter
- ✓ Växla mellan uppgifter som kräver olika mycket koncentration
- ✓ Variera mellan stillasittande arbete och fysisk rörelse

Minimera kraven på delad uppmärksamhet

- ✓ Gör en sak i taget
- ✓ Schemalägg sekundära aktiviteter
- ✓ Utför koncentrationskrävande uppgifter i lugn miljö med få störningar
- ✓ Rensa miljön på intryck som inte behövs

Ta hjälp av yttre hjälpmedel och struktur

- ✓ Förlägg det som hålls i minnet till yttre hjälpmedel
- ✓ Skapa ett schema för arbetsdagen
- ✓ Skapa tydliga rutiner i arbetet
- ✓ Använd checklistor och flödesscheman för viktiga uppgifter

Använd knep för att minnas bättre

- ✓ Utgå från intresse
- ✓ Öva uppgifter så att de automatiseras
- ✓ Bearbeta det som ska minnas
- ✓ Vid avbrott, planera för hur uppgiften ska återupptas

Skapa en god digital arbetsmiljö

- ✓ Ha regler och rutiner för den digitala arbetsmiljön
- ✓ Begränsa informationsmängden till enbart det viktigaste
- ✓ Ha väl fungerande tekniska system

Ta hjälp av omgivningen

- ✓ Berätta för berörda om nedsättningarna
- ✓ Involvera omgivningen vid kognitiva anpassningar



UMEÅ
UNIVERSITET



Västerbottens
läns landsting