

Riktlinjer för psykisk hälsa på arbetsplatsen

Riktlinjer för psykisk hälsa på arbetsplatsen
Riktlinjer 1, version 2
ISBN 978-91-89747-83-8
Publicerad år 2024

Myndigheten för arbetsmiljökunskap
Telefon: 026 14 84 00, Epost: info@mynak.se
www.mynak.se

Riktlinjer för psykisk hälsa på arbetsplatsen

Om riktlinjerna

Syftet med dessa riktlinjer är att ge företagshälsan och dess uppdragsgivare ett underlag avseende kvalitetssäkrade metoder för att tidigt kunna förebygga, identifiera och åtgärda psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Underlaget för rekommendationerna i riktlinjerna bygger på publicerade nationella och internationella översiktsartiklar och evidensbaserade riktlinjer för hur psykisk ohälsa på arbetsplatsen ska utredas och åtgärdas. Inför arbetet med uppdateringen av dessa riktlinjer genomfördes en kompletterande systematisk kartläggning av det internationella kunskapsläget. Den fokuserade på vetenskapliga studier om effekter av arbetsplatsinriktade metoder för företagshälsovården i arbetet med psykisk ohälsa. Där svenska sammanställningar finns har valet gjorts att även lämna dessa som referens i syfte att öka tillgänglighet och läsbarhet. Målet är att riktlinjerna ska vara lätta att förstå och enkla att använda i samarbetet mellan företagshälsan och arbetsplatsen. I riktlinjerna beskrivs insatser på såväl organisations- som grupp- och individnivå.

Målet har varit att skapa tillämpbara rekommendationer som tar tillvara de förutsättningar som företagshälsan erbjuder med sin kompetens inom arbetshälsa och nära koppling till arbetsplatsen. De internationella rekommendationerna har värderats utifrån hur företagshälsa, arbetsgivaransvar och lagstiftning är utformade i Sverige. För att underlätta läsning och tillämpning har endast nyare referenser inkluderats i den löpande texten och i referenslistan. De referenser som låg till grund för den ursprungliga versionen av riktlinjerna, version 1, finns i en digital bilaga till dessa riktlinjer.

De medverkande som arbetat med uppdateringen i denna utgåva presenteras på nästa sida. De experter som medverkade i den första versionen finns angivna på sidorna 89–90.

Forskning visar att om rekommendationerna i riktlinjerna följs, leder det till verksamheter med en förbättrad organisatorisk och social arbetsmiljö med mindre förekomst av stressrelaterade psykiska besvär [1].

Målgrupp

Riktlinjerna är primärt utformade för att tillämpas inom företagshälsan för arbetsplatser inom olika branscher. De kan dock även användas som stöd för arbetsgivare eller som kunskapsunderlag för primärvård, specialistvård och Försäkringskassan för att underlätta samverkan med företagshälsan i arbetsplatsnära insatser.

Effekter av insatser

De effekter som riktlinjernas rekommendationer fokuserar på är relaterade till möjligheten att utföra arbete, det vill säga arbetsförmåga. Det kan handla om

faktorer på organisationsnivå, såsom arbetskrav och kontroll, ledarskap och socialt klimat eller på individnivå, såsom sjukfrånvaro, symtom och välbefinnande.

Om en verksamhet följer rekommendationerna i riktlinjerna ger det förbättrad arbetsmiljö avseende flera av de organisatoriska och sociala faktorerna, såsom lägre förekomst av utmattning och stress samt förbättrad möjlighet till återhämtning på både kort och lång sikt [1]. Det visar en första studie som tittat på effekten av att implementera organisatoriska insatser i enlighet med riktlinjerna.

Medverkande i riktlinjegruppen

Irene Jensen, professor i metoder för företagshälsa, Karolinska Institutet.
Huvudansvarig expert och projektledare för revideringen av riktlinjerna.

Lena-Karin Allinger, legitimerad psykolog, organisationskonsult och konsultchef på Falck Hälsa och Arbetsliv.

Anja Beno, specialist i allmänmedicin och verksamhetschef på Allmänmedicinska stressmottagningen i Göteborg, doktorand vid Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Monica Bertilsson, universitetslektor och docent i folkhälsovetenskap, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Lisa Björk, docent i arbetsvetenskap, vid Göteborgs universitet och forskningsledare för organisation och ledarskap vid Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Christina Björklund, docent i företagsekonomi, doktor i psykologi, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

Elisabeth Björk Brämberg, docent i arbetsmedicin, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

Andreas Carlborg, docent och överläkare i psykiatri, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet/Region Stockholm.

Linda Corin, doktor i arbetsvetenskap vid Göteborgs universitet och forskningsledare för chefs och ledarskap vid Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Kristina Glise, medicine doktor, överläkare, Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen samt Tina-mottagningen i Billdal.

Ingibjörg Jonsdottir, professor i folkhälsovetenskap vid Göteborgs universitet, och verksamhetschef vid Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Charlotte Wählin, biträdande professor, ergonom, Arbets- och miljömedicin, Region Östergötland och Linköpings universitet.

Liv Nilsson, processledare, Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

Kristin Nylander, kommunikatör, Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

Övriga medverkande experter och granskare

Medverkat i arbetet med uppdateringen

Maral Babapour Chafi, PhD, Människa-Teknik-Design, Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Anna-Carin Fagerlind Ståhl, medicine doktor, konsult.

Susanne Ellbin, psykolog vid Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Granskare – vetenskaplig kvalitet

Gunnar Bergström, docent, medicinsk psykologi, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet.

Hanne Berthelsen, docent, ledarskap och organisation, Malmö universitet.

Anna Finnes, medicine doktor, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Mats Lekander, professor i psykoneuroimmunologi med inriktning på stressforskning, Stockholms universitet, professor i hälsopsykologi, Karolinska institutet.

Elin Lindsäter, medicine doktor, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Granskare – praktisk tillämpning

Annika Berndtsson, företagsskötterska och ledamot i Sveriges företagsskötterskor, Arbetsmiljöinspektör vid Arbetsmiljöverket.

Joanna Hedelin, Behavioural Scientist/Business Developer, Global HSE Scania CV.

Pernilla Nordkvist, filosofie master i arbetshälsovetenskap och projektledare på Sveriges Företagshälsor.

Annika Stiebe, legitimerad psykolog med specialistkompetens i klinisk psykologi, legitimerad psykoterapeut, företagspsykolog (KI), handledare, organisationskonsult, Falck Hälsa och arbetsliv.

Arthur Tenenbaum, MD, PhD, specialist i arbetsmedicin, företagshälsovård och rehabilitering. Studierektor och företagsläkare vid Hälsan och Arbetslivet i Västra Götalandsregionen.

Innehåll

Om riktlinjerna	4
Läsanvisning	8
Centrala begrepp och förkortningar	9
Inledning.....	10
Förebygga och hantera psykisk ohälsa i arbetslivet – organisationsnivå	18
Företagshälsans roll i att förebygga psykisk ohälsa och främja god organisatorisk och social arbetsmiljö	18
Om förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete.....	19
Stöd i utformning, förankring och implementering av policyer, rutiner och mål för arbetsmiljöarbetet	22
Stöd i utbildningsinsatser om relationen mellan arbetsförhållanden och psykisk ohälsa	24
Stöd i att utveckla chefer och chefers förutsättningar	26
Stöd i implementering av det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM	27
Förebygga och hantera psykisk ohälsa i arbetslivet – medarbetare	33
Företagshälsans olika villkor och förutsättningar.....	34
Tidig upptäckt och förebyggande av psykiska besvär.....	34
Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa	40
Referenser	64
Bilagor	73
Bilaga 1. Kognitiv ergonomi.....	74
Bilaga 2. Stigmatisering av psykisk ohälsa i arbetslivet	77
Bilaga 3. Signaler i arbetssituationen – individnivå	79
Bilaga 4. Beskrivning av metodiken för problemlösningssamtal	80
Mer om framtagandet av riktlinjerna	82

Läsanvisning

Riktlinjerna består av två huvudavsnitt där det första beskriver arbetet på organisatorisk nivå och det andra medarbetarnivå. Varje huvudavsnitt innehåller flödesscheman som ger en övergripande bild av innehåll och processer. Till varje rubrik i flödet finns en korresponderande fördjupande text i avsnittet. Den fördjupade texten följer samma flöde med samma rubriker som i flödesschemat.

Centrala begrepp och förkortningar

Dessa riktlinjer utgår från den modell för psykisk hälsa som föreslås av Sveriges kommuner och regioner (SKR), Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten [2], och då med ett fokus framför allt på psykiska besvär samt psykiska sjukdomar och syndrom avgränsat till depression, ångest- samt stressrelaterade diagnoser.

Skillnaden mellan **psykiska besvär** och **psykisk sjukdom** är om besvären uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos.

Riktlinjerna fokuserar på den stressrelaterade **psykiska ohälsan** (akut stressreaktion, anpassningsstörning, utmattningssyndrom) samt lättare ångest och depressionstillstånd. Dessa diagnoser står för den största andelen av sjukskrivningarna i Sverige i dag och är det som företagshälsa och arbetsgivare oftast möts av på arbetsplatserna [3].



Figur 1. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra [2].

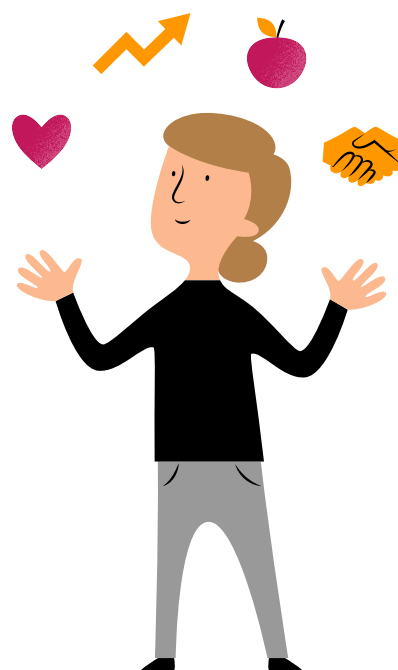
Inledning

Riktlinjerna är utarbetade utifrån företagshälsans speciella förutsättningar att i samverkan med arbetsgivare främja friska arbetsplatser genom att ge stöd för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa. Inledningen berör kortfattat företagshälsans roll, faktorer som påverkar den psykiska hälsan, underlaget till riktlinjerna samt lyfter några utmaningar i arbetslivet i dag.

Om företagshälsans roll

Det som i huvudsak skiljer företagshälsans arbete från hälso- och sjukvården är dess:

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



Definition av företagshälsovård

Enligt Arbetsmiljölagen ska företagshälsovården vara en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Men företagshälsovård är inte ett skyddat begrepp. Det betyder att det inte finns några formellt fastställda krav på kompetens, kvalitet eller innehåll i de tjänster som erbjuds för att en verksamhet ska få bedriva företagshälsovård och kalla sig för företagshälsa. Det finns ingen myndighet som ger tillstånd eller bevakar verksamheten.

Av de företagshälsor som uppfyller kraven i Arbetsmiljölagen och i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete är i stort sett samtliga medlemmar i branschföreningen Sveriges Företagshälsor (Branschföreningen Sveriges företagshälsor, medlemsstatistik 2023). Ett medlemskap i branschföreningen innebär att företagshälsans personal har adekvat utbildning och bred multidisciplinär kompetens inom områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik.

Faktorer som påverkar den psykisk hälsan

Den psykiska hälsan påverkas av faktorer både i och utanför arbetet. Arbetsmiljöfaktorer inom den organisatoriska och sociala arbetsmiljön påverkar såväl hälsa som ohälsa fast med omvända tecken, det vill säga de utgör två sidor av samma mynt. Exempelvis kan många konflikter i arbetsgruppen och dåliga relationer till arbetskamraterna innebära en risk för den psykiska hälsan, medan ett gott socialt klimat där man stöttar och hjälper varandra på jobbet utgör en viktig friskfaktor. Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för ett samband mellan faktorer i arbetsmiljön och psykisk ohälsa [4]. Det är dock ofta svårt eller till och med omöjligt att särskilja olika faktorer inverkan. Olika faktorer kan ge upphov till samma typ av besvär – till exempel kan både hög arbetsbelastning och bristande stöd leda till nedstämdhet. Individer kan också reagera olika på samma faktor, vissa utvecklar nedstämdhet och andra får ångestsymtom eller stressreaktioner till följd av brister i arbetsmiljön.

Dessutom påverkar problem i arbetet individens funktion i privatlivet och vice versa. Detta komplexa samspel visar att insatser för att motverka psykisk ohälsa måste omfatta en bred ansats vid problemformulering och typ av åtgärder samt inkludera båda huvudarenorna i livet – arbetet och privatlivet. Forskning visar att arbetsmarknaden är könssegregerad och att arbetsmiljön är mer riskutsatt ur det organisatoriska och sociala riskperspektivet på den del av arbetsmarknaden där kvinnor främst arbetar jämfört med den del av arbetsmarknaden där män främst arbetar [5, 6]. Kvinnor är också i högre grad än män sjukskrivna för psykisk ohälsa. Den könssegregerade arbetsmarknaden och den dubbla arbetsbörda som kvinnor ofta axlar med ansvar för hem och barn är orsaker som framkommit. Dessa riktlinjer fokuserar på arbetsplatsen, men både det främjande, förebyggande och efterhjälpande arbetet bör ha ett bredare livsperspektiv.



Effekten på den psykiska hälsan är likartad för kvinnor och män som utsätts för samma faktorer i arbetet.

Underlag till riktlinjernas rekommendationer

Riktlinjerna är en sammanställning av de åtgärder som rekommenderas för att förebygga och åtgärda stressrelaterad psykisk ohälsa. Rekommendationerna beskrivs enligt flödesscheman för de två huvudavsnitten i riktlinjerna, det inledande avsnittet handlar om den organisatoriska nivån och det andra avsnittet tar upp individ-/medarbetarnivån. Flödesschema 1, som beskriver det förebyggande arbetet på organisationsnivå (sidan 21), används som en hjälp att bedöma var verksamheten befinner sig och var eller vilka åtgärder behövs. Flödesschema 2 och 3, som beskriver det förebyggande och efterhjälpande arbetet på individnivå (sidan 36 respektive 41) används som ett stöd i de utrednings- och åtgärdsprocesser som rekommenderas för medarbetare som

löper risk för eller har utvecklat psykisk ohälsa. Rekommendationerna ska inte användas så att ”allt ska tillämpas på alla” utan det är viktigt att komma ihåg att det är de initiala utredningarna eller kartläggningarna och målen med åtgärderna som avgör insatsernas omfattning. Det strategiska arbetet för psykisk hälsa på arbetsplatsen beskrivs i figur 2 och kan delas in i tre huvudområden:

- 1. Förebygga – det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM** med fokus på säkerhet, kontroll och undanröjande av risker i arbetet. Systematiskt arbetsmiljöarbete är lagstiftat och reglerat i Sverige. Här innebär det insatser för att kontrollera och undanröja risker för psykisk ohälsa.
- 2. Främja – det främjande arbetet** fokuserar på att identifiera behov, oberoende av orsak (arbete/privatliv), som gynnar psykisk hälsa. Behoven kan exempelvis vara att öka medarbetarens kontroll över det egna arbetet eller att stödja fysisk aktivitet och förmåga till stresshantering.
- 3. Stödja – sekundär prevention, rehabilitering och återgång i arbete** fokuserar på att stärka en medarbetare som riskerar att utveckla eller har utvecklat ohälsa.

Strategier för att hantera psykisk hälsa i arbetet



Figur 2. Strategier för att hantera psykisk hälsa på arbetsplatsen enligt WHO Mental Health at Work (fritt översatt till svenska).

Det första avsnittet i riktlinjerna beskriver arbetet inom de två första områdena i figur 2, förebygga samt stödja och främja, och det andra avsnittet beskriver det tredje området, stödja. Det första och andra området utgår från ett organisationsperspektiv medan det tredje området har ett medarbetarperspektiv.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för sambandet mellan arbetsmiljön och medarbetarens psykiska hälsa. Det visar på vikten av att göra systematiska riskbedömningar och åtgärder på organisationsnivå för att förebygga ohälsa. Forskningen visar även att det är viktigt att involvera arbetet tidigt i processen när en medarbetare riskerar att, eller redan har, drabba(t)s av psykisk ohälsa. Studier rörande åtgärder visar att forskningen framför allt fokuserat på individperspektivet och mindre på organisation och arbetsplats [4]. Medarbetare med sviktande arbetsförmåga på grund av psykisk ohälsa som kan kopplas till en stressande arbetssituation beskriver ofta att den ökade stressbelastningen och de stressrelaterade symtomen funnits under lång tid – ofta under flera år. Under denna tid förekommer oftast symtom på stressbelastning utan att kriterierna för direkt sjukdom uppfylls. Om symtomen upptäcks tidigt kan sjukdomsutveckling ofta förebyggas.

De rekommenderade insatserna utgår från hur företagshälsan kan stödja arbetsgivare i att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos medarbetarna på såväl arbetsplats- och organisationsnivå som individnivå.

När psykisk ohälsa uppstår hos en medarbetare beror vägen till den initiala kontakten med företagshälsan på när, hur och av vem ohälsan identifieras samt på hur avtalet mellan arbetsgivaren och företagshälsan ser ut. Kontakt kan ske på flera sätt, till exempel via chefen, den drabbade själv eller ett skyddsombud. Den psykiska ohälsan kan också uppdagas i samband med en OSA-skydds rond, eller en hälsoundersökning. Arbetsprocessen som beskrivs här är utarbetad så att den kan anpassas till olika rutiner och avtalsformer mellan företagshälsor och arbetsgivare.

Förutsättningarna för arbetsgivare att kunna ta företagshälsan till hjälp i det systematiska arbetsmiljöarbetet varierar, bland annat beroende på vilken bransch de tillhör, hur stor organisationen är och hur de ekonomiska villkoren ser ut. Särskilt utmanande är det för små företag med liten omsättning [7], medan det för större arbetsgivare till och med kan finnas en integrerad företagshälsa.

Utmaningar i det moderna arbetslivet

Arbetslivet är under ständig förändring och företagshälsan måste hela tiden hålla sig à jour med nya villkor och behov. På europeisk nivå ökar andelen arbetstagare inom administrativa och människoorienterade yrken (till exempel tjänstepersoner och chefer respektive yrkesgrupper inom utbildning, socialt arbete, hälso- och sjukvård, turism och nöje). Detta medför ett skifte mot psykosociala och emotionella arbetsmiljörisker, såsom hög arbetsbelastning, tidspress, hot och våld, mobbning, att behöva hantera besvärliga kunder eller brukare, osäkra arbetsvillkor, brist på inflytande med mera [8]. I Sverige

genomför Statistikmyndigheten (SCB) vartannat år undersökningen *Arbetsorsakade besvär*. Den senaste mätningen visar att det vanligaste besväret bland yrkesarbetande kvinnor och män är trötthet och därefter smärta eller värk. Alltför hög arbetsbelastning är den orsak som rapporteras oftast av både kvinnor och män, följt av påfrestande arbetsställningar eller långvarigt stillasittande. På tredje plats hamnar tung manuell hantering för män, respektive krävande kunder, patienter, anhöriga och elever för kvinnor [9].

Några av utmaningarna i arbetslivet där forskningen ännu är begränsad i relation till psykisk ohälsa är distans- och hybridarbete, kognitiv arbetsmiljö samt stigma.

Distans- och hybridarbete

Efter covidpandemin har det i många branscher och yrken blivit vanligare med hybridarbete, där medarbetarna arbetar delvis på arbetsplatsen, delvis på distans, ofta hemifrån. Forskning tyder på att hybridarbete kan ha både positiva och negativa konsekvenser för såväl psykosocial arbetsmiljö [10, 11] som psykisk hälsa [12], men kunskapsläget är fortfarande mycket osäkert särskilt angående konsekvenser över tid. En svensk studie som följt tjänstemän under omställning till hybridarbete efter pandemin visar att ur medarbetarnas perspektiv gav den nya arbetsformen en högre arbetstrivsel, förbättrad prestation och minskad stress [13]. Chefer rapporterade att hybridarbete gav positiva effekter på medarbetarnas arbetsförhållande och prestation samtidigt som de såg större utmaningar i att kunna utföra sitt arbete som chef, bland annat när det gäller att kunna upptäcka tidiga tecken på ohälsa.



I en svensk kunskapsöversikt identifierades sex ledarbeteenden som centrala för ett välfungerande ledarskap vid distansarbete hemifrån [14]. Dessa ledarbeteenden handlar om att ledaren

- kommunicerar och främjar teknikanvändning för kommunikation
- regelbundet stämmer av, återkopplar och styr mot verksamhetsmål
- visar tillit till medarbetaren och ger autonomi
- visar stöd och empati
- uppmuntrar och främjar hälsa
- anpassar sig utifrån medarbetares behov och håller samman arbetsgruppen.

I en kunskapsöversikt från Myndigheten för arbetsmiljökunskap diskuteras forskningen ur ett svenskt perspektiv [15].

Kognitiv arbetsmiljö

I många branscher ställs i dag höga krav på förmågan att kunna minnas, analysera, kommunicera, koncentrera sig och lära nytt, vilket påverkas av arbetsuppgifternas innehåll, arbetsorganisation, arbetsplatsens fysiska utformning och utformningen av tekniska hjälpmedel. I vissa branscher med hög grad av automation ställs arbetstagaren i stället inför monotont arbete med en låg kognitiv belastning. Kognitiva krav kan vara stimulerande, lärande och kompetensutvecklande men alltför höga krav som överstiger individens kognitiva förmågor kan leda till oönskade effekter som exempelvis minskad vaksamhet, trötthet och stressreaktioner.

Kognitiv ergonomi fokuserar på hur människan agerar och fattar beslut i komplexa miljöer där människa och teknik interagerar och vilka faktorer som påverkar exempelvis informationshantering, prestanda, säkerhet, stress och arbetstillfredsställelse. Användarcentrerad design utgör en hörnsten inom området kognitiv ergonomi, vilket säkerställer att digitala system anpassas till användarens föreställningar, förväntningar och förutsättningar. Detta spelar en avgörande roll för att förstå och hantera de utmaningar och arbetsmiljörisker som uppstår till följd av ökad digitalisering, automatisering och artificiell intelligens i samhället och på arbetsplatser. Några av de redan identifierade riskerna är ökade kvantitativa och kvalitativa krav, kognitiv belastning, rollkonflikter, krav på ökad tillgänglighet, övervakning, teknikrelaterad stress, digitala kränkningar, minskad autonomi, ökad otrygghet, fysisk bundenhet och förekomsten av teknikberoende beteenden. Bilaga 1 erbjuder en fördjupning i kognitiv ergonomi och hur den kognitiva arbetsmiljön kan riskbedömas, åtgärdas och följas upp.

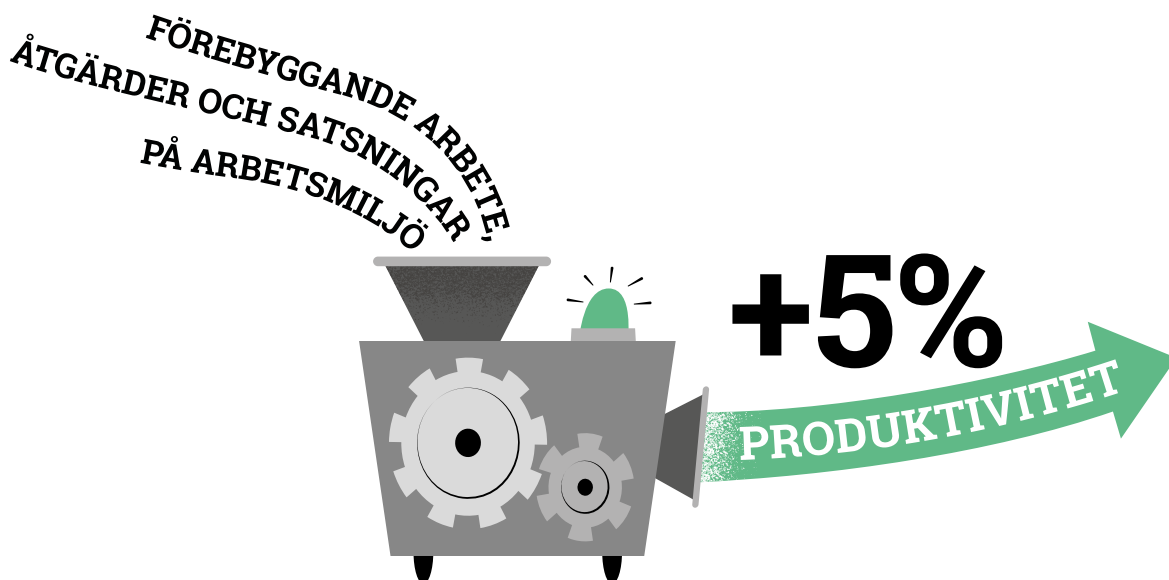
Stigma

Forskningen om stigma kring psykisk ohälsa på arbetsplatser är förhållandevis ny. De studier som finns pekar i samma riktning som befolkningsstudier i stort som visar att människor med psykisk ohälsa drar sig för att söka vård och stöd på grund av stigma [16, 17]. Det finns flera litteraturöversikter som visar att medarbetare drar sig för att berätta om sina psykiska besvär på arbetsplatsen just för risken att bli stigmatiserad [18]. Att våga berätta på arbetsplatsen är ju en förutsättning för att alls kunna få stöd av arbetsgivaren. Forskningslitteraturen

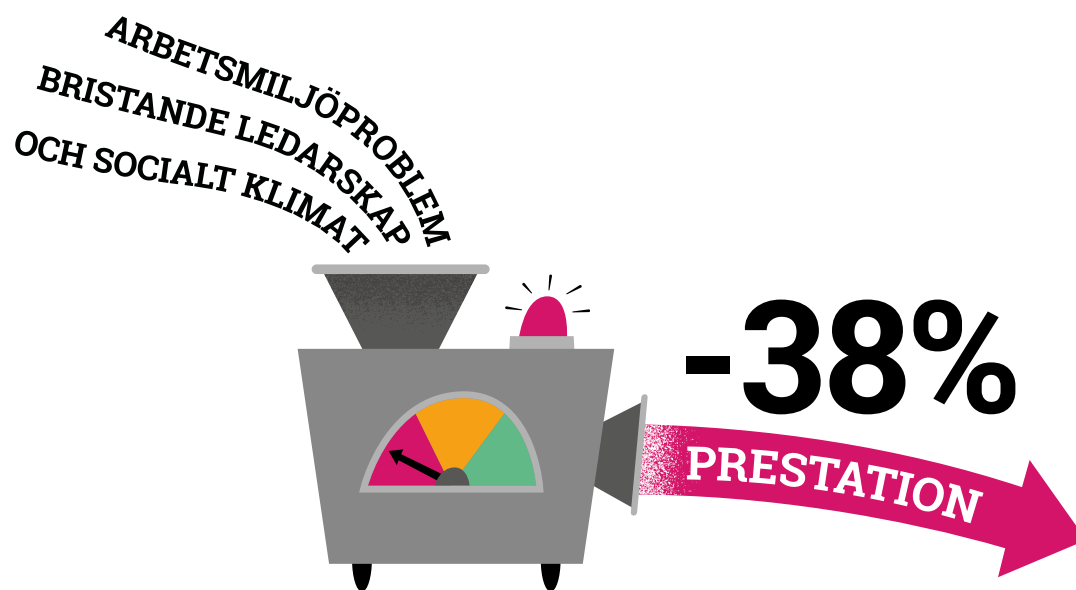
är samstämmig i att stigma är en faktor som kan försvåra möjligheten att förebygga psykisk ohälsa, och som behöver stävjas genom konkreta insatser [19]. Utbildning till chefer om psykisk ohälsa har visat sig öka chefers kunskap och insikt om psykisk ohälsa samt den egna rollen och ansvar i dessa frågor. Läs mer i bilaga 2.

Ekonomiska effekter av förebyggande arbete

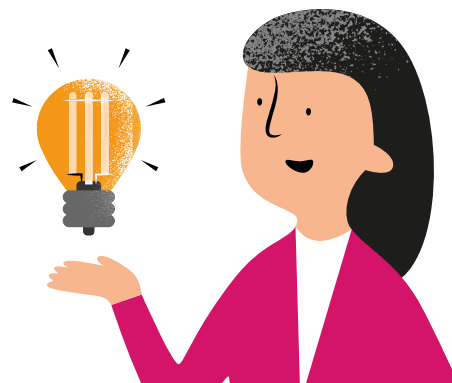
Enligt internationella genomgångar av kunskapsläget kring de ekonomiska effekterna av förebyggande insatser på arbetsplatsen ger sådana investeringar upp till två gånger pengarna tillbaka [20–25]. Forskning visar att ett långsiktigt, systematiskt och evidensbaserat förebyggande arbete som inkluderar åtgärder både på arbetsplatsen, till chefer och till medarbetare kan öka produktiviteten med upp till fem procent. Arbetsgivarens sammanlagda investeringskostnader kan inhämtas (return of investment) på kortare tid än åtta månader.



Omfattande forskning finns också om negativa effekter av sjuknärvaro på anställdas prestation och produktivitet [26]. I en svensk studie visades att förebyggande insatser gav minskade kostnader för sjukfrånvaro för både arbetsgivare och på samhällsnivå [24-25]. När en medarbetare återvänder till arbetet efter en längre tids sjukfrånvaro kan arbetsförmågan fortfarande till en viss del vara nedsatt även om denne återvänder på full tid. Således kan kostnader för individer som har återgått till arbete fortfarande vara höga, kopplade till produktionsbortfall och sjuknärvaro (27). En studie på svenska arbetsplatser har visat att anställda som upplevde arbetsmiljöproblem uppskattade sin prestationsförsämring till i genomsnitt 38 procent [28]. Enligt studien orsakade arbetsmiljöproblem högre prestationsnedsättning än hälsoproblem. Bristande ledarskap och socialt klimat var de faktorer som påverkade prestationen mest. Det förebyggande arbetet är alltså av största vikt för att minska risken för att medarbetare drabbas av psykisk ohälsa.



I Myndigheten för arbetsmiljökunskaps arbetshälsoekonomiska analysverktyg för psykisk ohälsa finns vägledning och analysstöd för att räkna på kostnader för psykisk ohälsa samt kostnadseffekten av insatser för att förebygga alternativt åtgärda problemen. Verktygen finns att ladda ner från mynak.se.



Forskning visar att det mest lönsamma för arbetsgivare är att förebygga att psykisk ohälsa uppkommer på grund av arbetssituationen.

Den absolut största kostnaden för arbetsgivare är produktionsbortfall, det vill säga att medarbetaren inte presterar på sin normala nivå på grund av nedsatt hälsa.

Förebygga och hantera psykisk ohälsa i arbetslivet – organisationsnivå

I detta avsnitt beskrivs åtgärder för att förebygga psykisk ohälsa på arbetsplatser. Orsakerna till psykisk ohälsa är ofta mångfacetterade och komplexa och inte alltid uppenbart arbetsplatsrelaterade. En orsak till det är att skiljelinjen mellan arbete och privatliv blir allt otydligare. Insatser på arbetsplatserna kan ändå vara verksamma mot psykisk ohälsa oavsett orsak.

Företagshälsans roll i att förebygga psykisk ohälsa och främja god organisatorisk och social arbetsmiljö

I Sverige har arbetsgivare ett långtgående ansvar för att förebygga risker i arbetsmiljön. Enligt arbetsmiljölagen förväntas förebyggande av ohälsa utgöra en del av den dagliga verksamheten där alla arbetsorganiserande processer inom en organisation kan betraktas som en del av det förebyggande arbetet. Föreskriften om det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM (AFS 2023:1) är grundläggande bestämmelser om hur arbetsgivaren ska organisera, genomföra och följa upp sitt arbetsmiljöarbete för att förebygga risker för ohälsa och olycksfall i arbetet och i övrigt uppnå en tillfredställande arbetsmiljö. Reglerna gäller för såväl fysiska som psykosociala risker i arbetet. De reglerar också vilka som ska medverka i arbetet där företagshälsans roll är att vara ”en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering” (AML 1977: 3 kap 2c §). Kapitel 2 i AFS 2023:2 om organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) utgör även det en del av de grundläggande arbetsmiljöreglerna och konkretiserar vilka faktorer i arbetsmiljön som arbetsgivaren behöver ta hänsyn till för att förebygga psykisk ohälsa.

I egenskap av expertresurs kan företagshälsan ha flera roller och funktioner i arbetsmiljöarbetet, exempelvis:

- fungera som processledare för att stötta arbetsgivare och medarbetare i det interna arbetet med att utforma och implementera arbetsmiljöpolicy och riktlinjer för en god organisatorisk och social arbetsmiljö
- utbilda chefer och medarbetare om relationen mellan arbetsmiljö och psykisk ohälsa, samt risker med stigma och fördomar
- kartlägga den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och göra riskbedömningar kring psykisk ohälsa

- i samråd med arbetsgivare genomföra åtgärder på arbetsplatsen som syftar till att minimera eller undanröja risker i arbetet eller identifiera hinder för implementering av åtgärder och policyer
- i samråd med arbetsgivare genomföra hälsofrämjande insatser och åtgärder på organisations-, grupp- och individnivå
- erbjuda handledning eller annat stöd till chefer som har medarbetare med psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd
- erbjuda handledning och stöd till chefer som har medarbetare med riskbruk eller missbruk i kombination med psykiska besvär
- erbjuda handläggning och utredning av ärenden som handlar om kränkande särbehandling, trakasserier och sexuella trakasserier som kan medföra psykiska besvär.

Även om det vanligaste är att arbetsgivare beställer exempelvis arbetsmiljökartläggningar av företagshälsan, önskar de också stöd i att till exempel ta fram rutiner för det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM (hädanefter används förkortningen SAM), eller ge konsultativa insatser riktade till chefer. En viktig uppgift för företagshälsan är att stötta arbetsgivaren i att skapa strukturella förutsättningar såsom förankrade policyer, grundläggande kunskaper samt stötta arbetsgivaren i att ge chefer de förutsättningar som enligt forskning behöver vara på plats för att SAM ska kunna fungera och OSA omsättas i praktiken.

Om förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete

Företagshälsan ska enligt Arbetsmiljölagen AML ”vara en oberoende expertresurs som särskilt arbetar för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser”. Därför ligger fokus i detta avsnitt på det förebyggande arbetet. Samtidigt arbetar företagshälsan alltmer utifrån det salutogena perspektivet där man värnar om det som fungerar väl och fokuserar på faktorer, så kallade friskfaktorer, som främjar hälsa och välbefinnande. Det finns i dag omfattande kunskap kring risk- och friskfaktorer på individ- och arbetsplatsnivå, men även en allt större kunskapsbas kring vad som utgör risk- och friskfaktorer på organisationsnivå [29–34].

I det förebyggande arbetet arbetar man med att minimera riskfaktorer i arbetsmiljön för att minska risken för ohälsa. Arbetsmiljörisker som är ständigt återkommande inom forskningen är till exempel höga kvantitativa krav, rollkonflikter, bristande socialt stöd från chef och/eller arbetskamrater, mobbning och långa arbetstider. För en översikt se Rugulies 2023 [4]. Att arbeta hälsofrämjande innebär i stället att man arbetar med tydliga målbilder av hur man vill att exempelvis trivsel, motivation och hälsa ska förbättras i förhållande till ett givet utgångsläge genom att till exempel förändra arbetets organisering och skapa tydlighet kring arbetsuppdrag och processer [35, 36]. Andra faktorer som visat sig viktiga för förbättrad hälsa och välbefinnande är att medarbetarna upplever att de har möjligheter till inflytande, blir belönade för sitt arbete liksom

har tillgång till kompetensutveckling och socialt stöd [37]. Det förebyggande och hälsofrämjande perspektiven är dock tätt sammanlänkade. Liknande arbetsmiljöfaktorer inom den organisatoriska och sociala arbetsmiljön påverkar såväl hälsa som ohälsa fast med omvända tecken, det vill säga de utgör två sidor av samma mynt. Exempelvis kan många konflikter i arbetsgruppen och dåliga relationer till arbetskamraterna innebära en risk för den psykiska hälsan, medan ett gott socialt klimat där man stöttar och hjälper varandra på jobbet utgör en viktig friskfaktor. Om företagshälsan anlitas för att stärka det sociala klimatet på en arbetsplats, så kan insatsen därmed samtidigt förebygga risken för ohälsa och främja hälsa i arbetsgruppen.

Inför fortsatt läsning

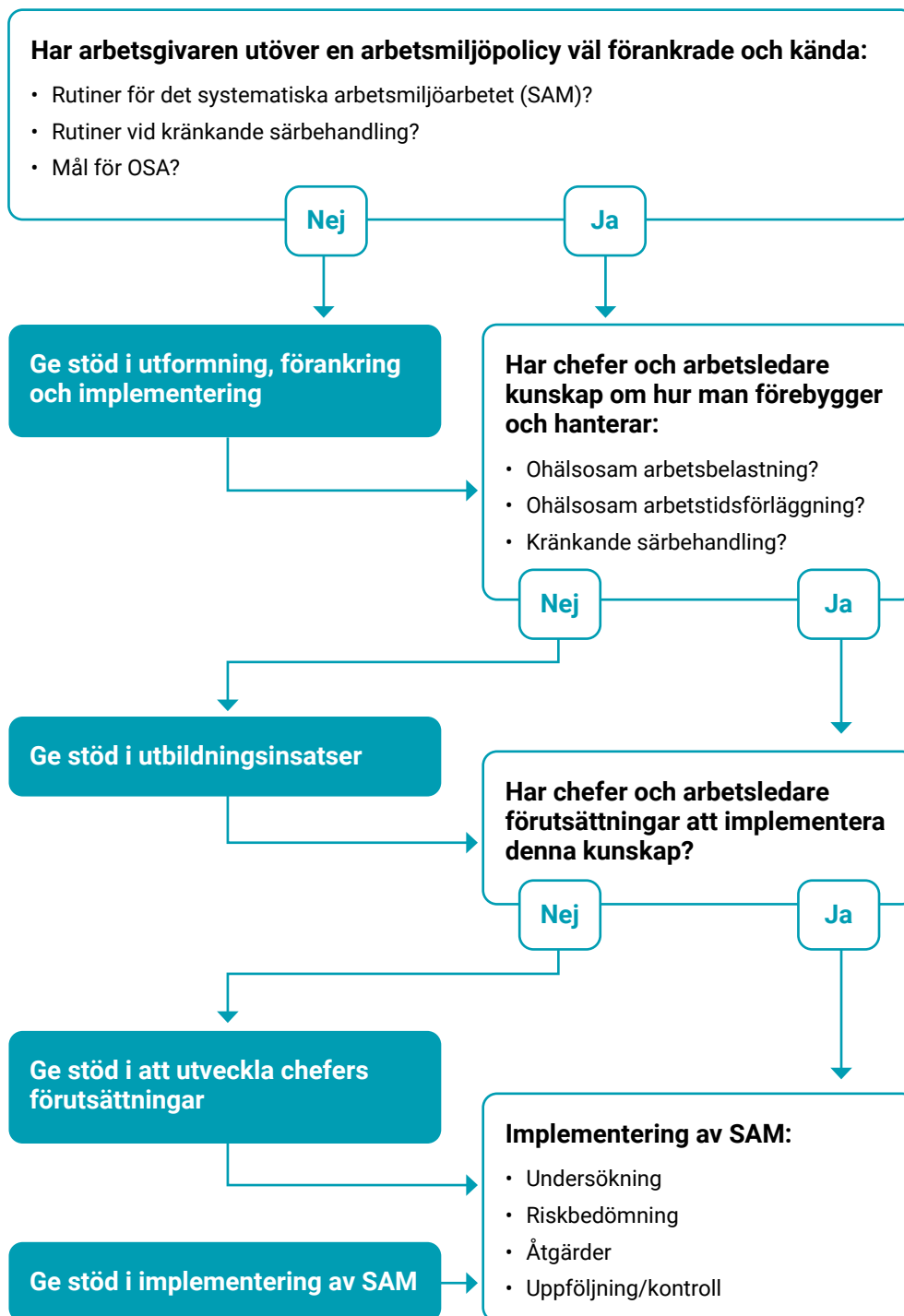
Detta avsnitt är uppbyggt kring föreskrifterna om SAM (AFS 2023:1) och OSA (AFS 2023:2). De handlar om hur företagshälsan kan stödja arbetsgivaren med att implementera och undersöka OSA, hur OSA kan riskbedömas, vad forskningen visar om vilka åtgärder som är effektiva för att förebygga psykisk ohälsa och främja en god OSA samt hur man kan kontrollera att åtgärderna har haft avsedd effekt. Avsnittet är strukturerat efter flödesschemat på nästa sida. De olika stegen i schemat utgår från paragrafer i SAM och OSA och illustrerar olika steg där företagshälsan kan fungera som expertresurs åt arbetsgivaren. Utgångspunkten är att företagshälsan agerar på uppdrag av arbetsgivaren.



Arbetsmiljöverkets regelförnyelse

Från och med den 1 januari 2025 gäller en ny struktur för Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd. I riktlinjerna utgår vi ifrån den nya strukturen när vi hänvisar till bestämmelser och paragrafer. Det nya regelverket finns tillgängligt i digital form på Arbetsmiljöverkets webbplats sedan den 16 oktober 2023.

Flödesschema 1



Flödesschema 1: Företagshälsans roll i att förebygga psykisk ohälsa och främja god organisatorisk och social arbetsmiljö.

Ge stöd i utformning, förankring och implementering

Stöd i utformning, förankring och implementering av policyer, rutiner och mål för arbetsmiljöarbetet

Ett effektivt förebyggande arbete kräver att verksamheten utarbetat en tydlig policy för hur de organisatoriska och sociala arbetsförhållandena ska se ut för att förebygga ohälsa samt rutiner för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska gå till. Arbetsgivaren behöver dessutom arbeta aktivt med att föra ut policy och rutiner i hela organisationen så att de är välkända, accepterade och kan tillämpas i den dagliga verksamheten. Med sin expertkunskap om sambanden mellan arbetsmiljö och psykisk hälsa kan företagshälsan bistå arbetsgivaren med att utarbeta och förankra en arbetsmiljöpolicy som innebär goda rutiner för att förebygga psykisk ohälsa. Forskning visar att organisationer med policyer som stödjer ett öppet klimat kring psykisk ohälsa underlättar för medarbetare att berätta om sina besvär [38]. Om gällande policy och rutiner är utformade så att de inte går att tillämpa behöver det på ett neutralt och icke dömande sätt undersökas varför implementeringen inte fungerar.

Arbetsgivaren ska ha mål för OSA (AFS 2023:2, § 5). Målen ska syfta till att främja hälsa och öka organisationens förmåga att motverka ohälsa. Det kan exempelvis handla om att förbättra kommunikation, lärande, samarbete och delaktighet på arbetsplatsen. Företagshälsan kan hjälpa till att involvera medarbetare och chefer i arbetet med att ta fram lämpliga mål och se till att de är förenliga med arbetsmiljöpolicyen. En allt viktigare roll för företagshälsan är att säkerställa att ett hälsofrämjande och organisatoriskt perspektiv integreras i policyer och mål. Som praktiskt stöd i arbetet med att ta fram mål för OSA finns exempelvis Suntarbetslivs ”OSA-kollen” på webbplatsen suntarbetsliv.se. Även på Prevents webbplats prevent.se finns verktyg som kan vara till stöd i OSA-arbetet.

Därtill kräver § 11 i AFS 2023:2 att arbetsgivaren har rutiner för hur arbetstagaren anmäler kränkande särbehandling. För fördjupning om kränkande särbehandling hänvisas till Myndigheten för arbetsmiljökunskaps riktlinjer för hantering av sociala hälsorisker på arbetet, som finns att ladda ner på mynak.se. Riktlinjerna innehåller bland annat tre flödesscheman för respektive förebyggande arbete, åtgärdande arbete/interventioner samt uppföljande arbete vid kränkande särbehandling.

En verksamhets policy för att främja psykisk hälsa bör omfatta:

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



Ge stöd i utbildningsinsatser

Stöd i utbildningsinsatser om relationen mellan arbetsförhållanden och psykisk ohälsa

Bland det viktigaste i det förebyggande arbetet är att säkerställa att organisationens chefer har de kunskaper som krävs för att bedriva ett förebyggande arbetsmiljöarbete samt kunskaper för att kunna agera snabbt vid tecken på psykisk ohälsa. Det handlar övergripande om kunskap kring gällande arbetsmiljölagstiftning samt arbetsgivarens policyer och riktlinjer som berör arbetsmiljö, psykisk ohälsa och rehabilitering. Det handlar också om mer specifik kunskap kring organisatoriska och sociala risker i arbetsmiljön som innefattar arbetsbelastning (se exempelvis Suntarbetslivs OSA-kollen), arbetstidsförläggning (se till exempel KI:s rapport 2023:11 Forskningsöversikt över korta vilotider samt rekommendationer för säker och hälsosam arbetstidsförläggning) och kränkande särbehandling [39]. Det är också viktigt med kunskap om tidiga signaler och symtom på psykisk ohälsa, se bilaga 3, både på arbetsplats- och individnivå, som ökar sannolikheten att chefen agerar tidigt och med adekvat insats.

Arbetsgivaren ska se till att även medarbetare har kunskaper om risker i arbetet och hur ohälsa kan förebyggas. Det finns många lättillgängliga utbildningar, exempelvis på Arbetsmiljöverket, Prevent och Suntarbetslivs webbplatser. Som expertresurs är företagshälsan en viktig aktör som kan erbjuda skräddarsydda utbildningspaket för kundens specifika behov.

Hur kan chefen tillägna sig nödvändig kunskap?

Många chefer upplever att psykiska besvär hos en medarbetare är ett svårt område och de efterfrågar därför konkret stöd i enskilda ärenden. Alla chefer med personalansvar behöver veta vilka resurser som finns för att få stöd i chefsrollen, till exempel av HR, skyddsombud och företagshälsan. Även om psykisk ohälsa är vanligt i den arbetande befolkningen är det för de flesta chefer en sällanuppgift. I en stor studie bland 3 500 svenska chefer var det hela 70 procent som inte haft något, eller bara ett medarbetarfall under de senaste två åren [40]. Chefer efterfrågar kunskap om hur de kan upptäcka psykiska besvär, hur de ska bemöta medarbetare med dessa besvär, hur arbetsförmågan påverkas och hur de kan arbetsanpassa, men också hur arbetsmiljö och arbetsklimat hänger ihop med psykisk ohälsa [41]. Företagshälsan kan erbjuda skräddarsydda utbildningar, handledning och stöd i enskilda ärenden. Ett exempel på åtgärd är att stödja arbetsgivare att organisera kollegiala grupper där chefer sinsemellan kan diskutera ärenden. Sådana grupper förs fram i intervjustudier med chefer som ett viktigt forum för stöd och kunskap. Att starta kollegiala chefsgrupper efter utbildning till chefer kan också leda till mer hållbar effekt från utbildningen.

Chefen behöver också ha kännedom om vad företagshälsan kan erbjuda för att veta när den bör anlitas. Här har arbetsgivaren ett stort ansvar och det rekommenderas att chefen tillägnar sig denna kunskap genom att arbetsgivaren har obligatorisk utbildning, ger kontinuerligt stöd och även följer upp och säkerställer att chefen har nödvändiga kunskaper om företagets policyer och riktlinjer. Att ha en stående punkt på agendan om arbetsmiljö och hälsa i ledningsgruppen och på arbetsplatsträffar rekommenderas också. Företagshälsan har här en konsultativ roll att stödja organisationen med att ta fram rutiner på arbetsplatsen som stödjer chefer i dessa ärenden, till exempel ovan nämnda kollegiala chefsmöten där man diskuterar erfarenheter och ger varandra råd och stöd. Andra rekommendationer är att arbeta med dessa frågor i arbetsgrupper, via coachning och genom information till personalen. Stigma och fördomar om psykisk ohälsa försvårar både för arbetsgivare, chef och medarbetare att föra upp och ta i frågor som rör psykisk hälsa och ohälsa. Det är därför extra viktigt att både ledningsgrupp och chefer motarbetar stigma och fördomar genom att i policyer, rutiner och det praktiska arbetet visa att psykisk hälsa är väsentligt för arbetsplatsen och att psykisk ohälsa tas på allvar. Det är också detta som menas med ett psykosocialt säkerhetsklimat där grundläggande prioriteringar och värderingar betonar organisationens och ledningens ansvar för att utforma psykologiskt säkra och hälsosamma arbetsplatser.

Psykosocialt säkerhetsklimat (PSC)

Psykosocialt säkerhetsklimat (PSC) definieras i forskningslitteraturen som *”medarbetarnas delade uppfattningar om organisationens riktlinjer, praxis och procedurer för att skydda medarbetarnas psykosociala hälsa och säkerhet”* [42]. PSC ger alltså uttryck för organisationens grundläggande prioriteringar och värderingar genom att fokusera på hur ledningen *engagerar sig, prioriterar, kommunicerar* och *involverar* medarbetarna i psykosociala säkerhetsfrågor på arbetsplatsen. Därmed betonar teorin om psykosocialt säkerhetsklimat särskilt organisationens och ledningens ansvar för att utforma psykologiskt säkra och hälsosamma arbetsplatser.

Även om PSC relativt nyligen börjat spridas som begrepp i Sverige, så bygger i stort sett all lagstiftning och ISO-standarder inom arbetsmiljöområdet på samma bärande principer som ligger till grund för teorin om psykosocialt säkerhetsklimat. PSC betraktas ofta som *”the cause of the causes”* och betonar de grundläggande faktorer bakom arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa [43]. Interventionsforskning visar hur man kan göra insatser för att stärka PSC och därmed arbeta med hälsofrämjande insatser på organisationsnivå. PSC utgör en viktig indikator på organisationsnivå och mätning av det psykosociala säkerhetsklimatet kan visa på behovet av preventiva eller främjande åtgärder på organisations-, avdelnings- eller gruppnivå. Mätning av PSC kan genomföras via ett frågeformulär på 4 eller 12 frågor. Det har även utarbetats gränsvärden för risknivåer som stöd för arbetsmiljöarbetet i en svensk kontext [44]. Större kunskap om PSC ger både företagshälsa och arbetsgivare bättre förståelse för vad som ur ett strategiskt ledningsperspektiv påverkar den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och hur man kan arbeta med dess grundorsaker.

Läs mer om detta på [COPSOQ Sverige – Vad är psykosocialt säkerhetsklimat?](#)

Ge stöd i att utveckla chefers förutsättningar

Stöd i att utveckla chefer och chefers förutsättningar

Ledarskap – en del av arbetsmiljön

Ledarskapets betydelse för anställdas psykiska hälsa och välmående har studerats under årtionden. Den samlade ledarskapsforskningen har visat att ledarbeteenden som handlar om att inspirera och motivera sina anställda genom att skapa en vision, visa empati, uppmuntra personlig och professionell utveckling och bygga starka relationer – så kallat transformativt ledarskap – är betydelsefulla, liksom att ledaren är tillgänglig och samtidigt visar förtroende för medarbetaren och ger utrymme och mandat [45, 46]. När medarbetare känner sig värderade, förstådda och uppmuntrade av sina ledare tenderar de att uppleva högre nivåer av välbefinnande och lägre nivåer av psykisk ohälsa. För organisationer är det viktigt att skapa förutsättningar för ledare att agera transformerande där ledarträning med fokus både på gynnsamma beteenden och förutsättningar framstår som viktiga delar [47].



Under det senaste årtiondet har även intresset för destruktiva beteenden studerats, och destruktivt ledarskap ses som en process över tid där ledaren agerar hindrande eller fientligt gentemot sina medarbetare [48]. Det handlar både om aktivt destruktiva beteenden, såsom att ledaren agerar hotfullt och aggressivt, och passivt destruktiva beteenden, till exempel att chefen undviker att fatta beslut, drar sig undan eller inte förmår att strukturera upp verksamheten [49]. Ett destruktivt ledarskap har en negativ effekt på medarbetares välbefinnande [47] och kan bero på att chefen saknar kompetens och förmåga, men det kan även handla om att chefen har en arbetssituation som tvingar fram destruktiva beteenden. Företagshälsan behöver vara aktiva i att tydliggöra vilket stöd som de kan erbjuda chefer. Företagshälsan kan erbjuda insatser som syftar till att särskilt stödja chefer, exempelvis chefshandledning/coachning, chefsnätverk och ledarträning i syfte att träna och utveckla konstruktiva ledarbeteenden.

Betydelsen av chefens egen arbetsmiljö

Forskning har även visat att chefens egen arbetsmiljö har betydelse för vilka möjligheter hen har att vara den stöttande ledare som de anställda har behov av [50–52]. Chefens förmåga att hantera sitt uppdrag förutsätter i sin tur goda organisatoriska och sociala förutsättningar i form av rimliga mål och ett tydligt uppdrag och inte minst stöd från närmaste chef och högre ledning. Strukturer för lärande, kollegialitet och erfarenhetsutbyte mellan chefer bidrar till en hälsosammare arbetsmiljö för chefer. Vilken hjälp chefen får från organisationens stödfunktioner inom exempelvis HR, ekonomi, kommunikation och IT spelar roll. Hur många medarbetare chefen ansvarar för har betydelse för dennes

arbetssituation liksom hur chefen är placerad, rent fysiskt, i förhållande till sina medarbetare. Chefens egen arbetsbelastning spelar med andra ord stor roll för hur väl hen fungerar som ledare. Att se till att chefer och skyddsombud har tillräckligt med kunskaper för att kunna ta sitt arbetsmiljöansvar är viktigt, men det är alltså minst lika viktigt att säkerställa att chefen själv har en arbetsmiljö som möjliggör för hen att ta sitt arbetsmiljöansvar. Företagshälsan har även här en viktig roll och kan erbjuda insatser som syftar till att säkerställa att chefer har goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Inspiration och verktyg för detta arbete tillhandahålls av exempelvis SKR ([SKR:s checklista för chefers arbetsmiljö](#)) och Suntarbetsliv ([Chefoskopet](#)).

Att stötta medarbetare med psykiska besvär kan vara både emotionellt och mentalt krävande för chefer [41, 53]. Företagshälsan kan bidra med förståelse för och kunskap om hur chefer själva kan påverkas, samt strategier för hur chefer kan agera för att också ta hand om sig själva.

Studier har visat att unga chefer har en ökad risk för stress, utmattning och depression i jämförelse med sina äldre kollegor. Unga chefer upplever också i högre grad en brist på inflytande och att de har otydliga arbetsroller [54]. Det finns även könsskillnader inom denna grupp, där unga kvinnliga chefer upplever högre nivåer av utmattning och mer känslomässiga arbetskrav jämfört med unga manliga chefer [55]. Forskningen visar dessutom att unga chefer, i jämförelse med äldre chefer, tenderar att bedöma sitt eget ledarskap mindre positivt [56]. Å andra sidan, när medarbetare bedömer sin chefs ledarskap så är unga chefer, särskilt unga kvinnliga chefer, mer uppskattade än äldre chefer [57].

Unga chefers utsatthet för egen stress gör det extra viktigt att satsa resurser för att ge dem goda förutsättningar att klara sitt arbete. För vidare information om unga chefer, [58] se [Ung och Chef – en guide till organisationer som vill ta tillvara på unga chefers potential](#).

Ge stöd i implementering av SAM

Stöd i implementering av det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM

Undersökning av organisatorisk och social arbetsmiljö

En arbetsmiljöundersökning kan initieras av flera olika skäl, till exempel som en del av SAM, som respons på ett akut problem, eller för att utvärdera en åtgärd. Flera olika metoder kan användas och kombineras för att genomföra kartläggningar, till exempel skyddsronder, checklistor, intervjuer med nyckelpersoner, fokusgrupper, frågeformulär och data som finns i organisationens register



såsom exempelvis avvikelse- och incidensrapporteringsystem. Det är ytterst problemets natur och målsättningen med undersökningen som avgör vilken metod som är lämplig. Det finns inspiration och gratis verktyg att hämta på till exempel Arbetsmiljöverkets, Prevents och Suntarbetslivs webbplatser. En del företagshälsor erbjuder också egna verktyg för kartläggning.

Företagshälsan kan bistå med stöd i hantering och tolkning av resultat, samt föreslå och erbjuda olika typer av åtgärder i implementeringsarbetet. Kartläggning av psykisk ohälsa kompliceras av stigma och fördomar och kan leda till att medarbetare förminskar eller negligerar problem eller inte vågar berätta. Det är därför särskilt viktigt att säkerställa konfidentialitet [59, 60].

I det praktiska undersökningsarbetet är det angeläget att redan i planeringsfasen klargöra varför och hur kartläggningen ska genomföras, vad och vilka som ska kartläggas och på vilket sätt återkopplingen av resultaten ska ske. Det är centralt att det finns en tydlig struktur och planering genom hela processen samt att ledning och mellanchefer stöttar och medverkar i genomförandet. Det finns annars en risk att det kartläggande momentet tar stora resurser i anspråk och att de insatser som följer av kartläggningens resultat inte ägnas lika stor uppmärksamhet. En plan för hur resultatet av undersökningen ska komma verksamheten till nytta bör därför upprättas redan under planeringsarbetet.

”Survey feedback” är en metodik för organisationsutveckling som betonar vikten av att systematiskt återkoppla resultat från en kartläggning till samtliga deltagare i undersökningen. Förändringsarbetet börjar med att resultaten från en kartläggning återkopplas på arbetsgruppsnivå enligt deltagande (participativ) metodik, det vill säga chef och medarbetare ansvarar gemensamt för riskanalys och åtgärder.

I det undersökande arbetet – tänk på:

- sätta mål och övergripande strategier för hälsa och säkerhet
- ifall verksamheten har hög risk för psykisk ohälsa (exempelvis så kallade kontaktyrken)
- att ha en plan för hur resultatet av undersökningen ska komma verksamheten till nytta redan innan undersökningen genomförs
- att avsätta resurser för åtgärder redan innan undersökningen genomförs
- att låta cheferna träna på att återkoppla resultat enligt deltagande (participativ) metodik.

Deltagande metodik innebär att anställda inkluderas i hela processen i arbetet enligt survey feed-back antingen direkt eller genom representanter, och att de ges inflytande över problemdefinition samt åtgärders innehåll och process [61]. Det är dock viktigt att ett sådant deltagande inte upplevs som en extra börda för medarbetarna [62, 63]. Det kan förhindras genom att integrera deltagandet i existerande arbetsprocesser och rutiner samt att medarbetarna får

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

Frågeformulär som kartläggningsredskap i det förebyggande arbetet

Ett kostnadseffektivt sätt att samla in information om stora gruppers uppfattning om arbetsmiljö och hälsa är genom frågeformulär. De flesta stora och medelstora organisationer har i dag rutiner för kontinuerliga kartläggningar, exempelvis via medarbetarenkäter. Det finns många leverantörer på marknaden som erbjuder lösningar för att undersöka arbetsmiljö och hälsa. Dessa riktlinjer förespråkar inte den ena eller den andra. Generellt sett är det dock särskilt viktigt att dessa undersökningar ger möjlighet att identifiera faktorer på olika nivåer och att de stödjer tolkningen av resultat på gruppnivå (genom att sammanställa individuella svar till samlade resultat för avdelningar, enheter, etcetera), samt att det finns möjlighet att jämföra resultat mellan olika grupper (till exempel baserat på yrkeskategori, kön, anställningstid etcetera) – allt för att kunna vidta adekvata åtgärder på rätt nivå och för rätt grupp. Undersökningar som uppfyller dessa krav möjliggör såväl tolkning som insatser på olika organisatoriska nivåer och främjar därmed organisatoriskt arbetsmiljöarbete i praktiken. Utöver det finns flera andra mer specifika aspekter för arbetsgivaren att tänka på när en leverantör ska upphandlas och företagshälsan kan med sin expertkunskap fungera som ett bollplank i den processen.

Frågor att beakta inför att en leverantör av arbetsmiljöundersökning upphandlas:

- Innehåller formuläret frågor om krav och resurser som är relevanta och meningsfulla för aktuell verksamhet och är de i linje med föreskrifterna om OSA?
- Är frågeformuläret vetenskapligt kvalitetssäkrat, det vill säga mäter frågorna verkligen det de är avsedda att mäta på ett tillförlitligt sätt?
- Erbjuder lösningen referensdata, det vill säga kan man jämföra de egna resultaten med något, exempelvis liknande grupper, organisationer etcetera?
- Erbjuder lösningen möjligheten att jämföra resultat över tid?
- Hur flexibel är lösningen, går det exempelvis att ändra på eller tillföra frågor och kan man göra så kallade temperaturmätningar vid behov?
- Erbjuder lösningen att resultaten kan redovisas på arbetsplatsen på ett smidigt sätt och på ett sätt som garanterar respondenterna anonymitet?

Det är inte ovanligt att företagshälsan eller arbetsgivare skapar sina egna frågeformulär. Frågor som inte utvärderats för sina mättekniska kvaliteter medför dock stor osäkerhet kring vad man faktiskt mäter och får svar på. Självkonstruerade frågor och svarsalternativ rekommenderas därför inte. Det finns vetenskapligt framtagna frågor och formulär som är gratis att använda exempelvis [COPSOQ](#) och [SMAK](#). För fördjupad läsning om att konstruera frågeformulär se Berntson [64].

När generella undersökningar visat på risker, kan fördjupade kartläggningar exempelvis med hjälp av fokusgrupper, intervjuer, checklistor, skyddsronder ge fördjupad kunskap om problematiken.

Oavsett formulär rekommenderas inte enkätundersökningar för att kartlägga arbetsmiljö och hälsa på individnivå. För detta lämpar sig medarbetarsamtal och skyddsronder bättre.

Riskbedömning av organisatorisk och social arbetsmiljö

Kapitel 2 i AFS 2023:2 ger sammanfattningsvis vägledning till vilka risker som ska bedömas för att förebygga psykisk ohälsa. Exempelvis är det arbetsgivarens skyldighet att se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning, vilket innebär att resurserna ska anpassas till kraven i arbetet (§ 6). Utöver det har arbetstagarna rätt att veta vilka uppgifter de ska utföra, vilket resultat som ska uppnås med arbetet och hur det ska utföras, hur de ska prioritera när tillgänglig tid inte räcker till och vart de kan vända sig för stöd (§ 7). Vidare måste arbetsgivaren vidta åtgärder för att motverka att arbetsuppgifter och arbetssituationer som är starkt psykiskt påfrestande leder till ohälsa hos arbetstagarna (§ 8), det samma gäller för arbetstidens förläggning (§ 9).

Enskilda verktyg för kartläggning av arbetsmiljön kan ibland erbjuda referensvärden som organisationer och enskilda arbetsplatser kan jämföra sig mot. Med detta sagt, så finns det inga gränsvärden att tillgå när det kommer till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. I stället är det nödvändigt att chefer, medarbetare och fackliga företrädare i samverkan regelbundet undersöker och diskuterar risker för ohälsa och olycksfall i arbetet på varje enskild arbetsplats. Resultat från exempelvis rapporteringssystem för incidenter och skador, skyddsronder, arbetsmiljöenkäter eller andra kartläggningar behöver tolkas i förhållande till vad som är acceptabelt, rimligt och önskvärt i varje enskilt sammanhang. En hög emotionell belastning kan exempelvis vara oundviklig på en arbetsplats men balanseras med ett gott stöd från kollegor och chef. Med sin expertis om sambanden mellan arbetsmiljö och psykisk hälsa kan företagshälsan vara till stor hjälp i sådana samtal. De kan bland annat hjälpa till att säkerställa att diskussionen fokuserar på arbetsmiljö, snarare än på att leta fel hos enskilda chefer och medarbetare.

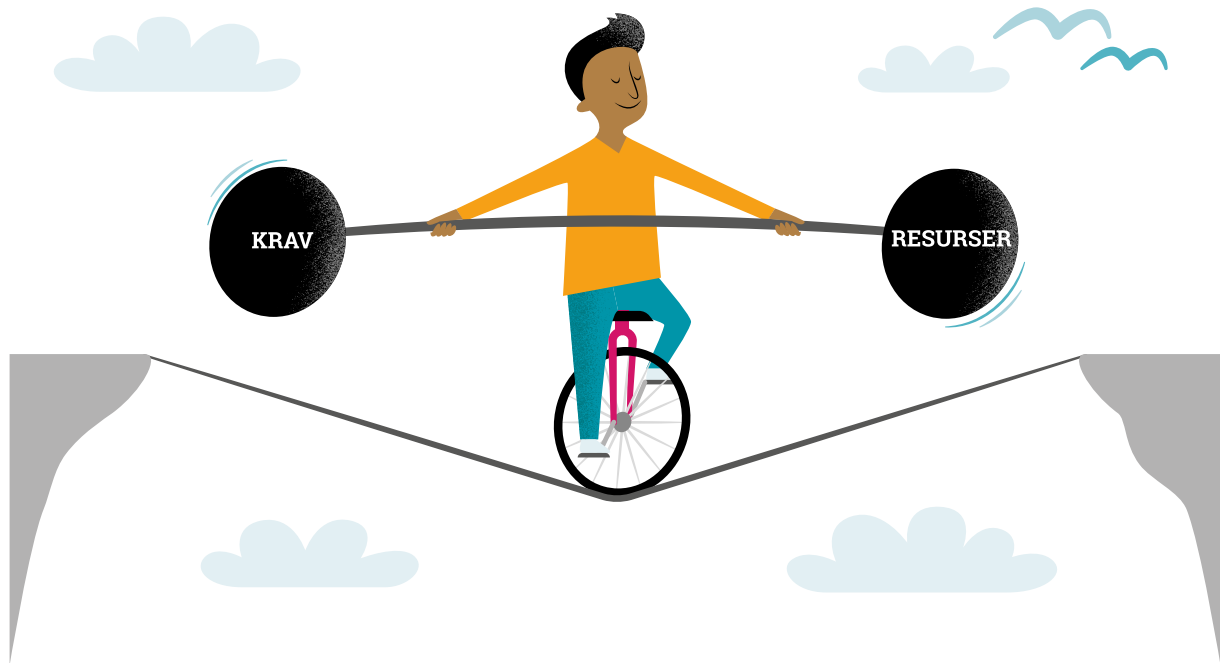
Åtgärder för att förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön

Syftet med att kartlägga och värdera risker kopplade till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är att skapa förutsättningar för att implementera förebyggande åtgärder. Företagshälsan har en central roll i att bistå arbetsgivaren och medverka till att föreslå, genomföra och följa upp olika typer av åtgärder. Forskning om utveckling av arbetsmiljö har visat att ett arbetssätt med deltagande metodik (participativ) är ett bra tillvägagångssätt för en lyckad implementering och nöjda medarbetare som trivs och mår bra. Deltagande metodik innebär att medarbetare inkluderas i processen med kartläggning, riskbedömning och åtgärder, planering av interventionen, identifiering av förbättringsområden och utveckling av handlingsplan [65, 66]. Forskningen har visat att insatser för att förändra måste bygga på att de som har problemet, det vill säga arbetsgruppen, också är delaktig i att finna lösningar.

Vidare visar forskning att en generell framgångsfaktor för att åtgärder på organisationsnivå ska ha effekt är att de inte stannar vid en punktinsats med helt andra förutsättningar än vad vardagen erbjuder. Exempelvis kan ett fokus på arbetsmiljö och hälsa integreras i redan existerande rutiner för att förbättra arbetsprocessen [67]. Forskningen visar att insatser som förbättrar hälsa och arbetsmiljö också ger positiva effekter på verksamhetens effektivitet och produktivitet [36, 68]. För att åtgärder ska kunna implementeras brett i olika delar av verksamheten behöver strategier vara både konkreta och applicerbara på hela verksamheten [65]. Tillräckligt och kontinuerligt stöd från ledningen utgör ytterligare en framgångsfaktor.

Vilken typ av intervention som är mest effektiv beror på vilket problem som ska åtgärdas och/eller vad målet med interventionen är. Eftersom balansen mellan krav och resurser är en av de grundläggande förutsättningarna i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön för att anställda ska må bra och inte utveckla ohälsa är åtgärder som reducerar obalans centrala. Att eliminera eller reducera ohälsosam arbetsbelastning, det vill säga obalans mellan krav och resurser, har visat sig effektivt för att förebygga ohälsa [65, 66, 69].

För att åtgärda obalans mellan krav och resurser behöver man först identifiera vad det är som orsakar obalansen. Exempelvis kan arbetsbelastning och medarbetares inflytande över arbetsprocessen förbättras genom förändringar i hur arbetet organiseras eller utförs, och hur detta möjliggör för medarbetare att arbeta tillsammans [65, 66, 70]. Den upplevda arbetsbelastningen kan reduceras genom att öka eller tillsätta resurser som gör att belastningen fördelas eller upplevs som lägre, exempelvis genom att öka bemanning [66]. Det finns också stöd för att åtgärder som ökar medarbetarnas upplevelse av kontroll i arbetet har en positiv effekt på hälsa och välbefinnande [36, 71, 72], liksom att åtgärder som bygger resurser i form av socialt stöd har visat sig vara effektiva för att minska risken för stress och psykisk ohälsa [65, 66, 69]. Det finns även stöd för att ändrade arbetsscheman kan minska upplevelsen av stress, framför allt om de ökar medarbetares valmöjligheter och upplevelse av kontroll över sin arbetstid och ger bättre balans mellan arbete och fritid, [36, 68, 69].



Det centrala är att anpassa åtgärder efter det som situationen kräver. Det finns i dag gott stöd för att en kombination av åtgärder ger en bättre effekt [30] där en kombination av interventioner på både organisations- och individnivå kan vara särskilt effektiva [4].

Uppföljning av åtgärder

Arbetsgivaren är skyldig att varje år följa upp att det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar som det ska. På Arbetsmiljöverkets webbplats finns ett formulär som arbetsgivare kan använda för detta ändamål. Därtill är det viktigt att följa upp huruvida de åtgärder som vidtagits efter undersökningar och riskbedömningar har fått avsedd effekt. Det gäller att inte lägga alla resurser på att kartlägga, utan att ha kraft för att löpa linan ut, det vill säga att tolka resultaten, åtgärda risker och följa upp om åtgärderna fått avsedd effekt. Företagshälsan kan stötta arbetsgivaren med att skapa forum och föreslå metoder för uppföljning. En uppföljande enkätundersökning kan exempelvis synliggöra förändringar efter vidtagna åtgärder, och handlingsplaner kan följas upp kontinuerligt, exempelvis vid arbetsplatsträffar. Mallar för handlingsplaner finns till exempel på Arbetsmiljöverkets och Suntarbetslivs webbsidor. Efter uppföljning börjar arbetet med att undersöka, riskbedöma och åtgärda om igen. Företagshälsan kan behöva stötta arbetsgivaren i att ha kraften att kontinuerligt arbeta med SAM och hålla hela SAM-hjulet i rullning.

Förebygga och hantera psykisk ohälsa i arbetslivet – medarbetare

Detta avsnitt fokuserar på det aktuella kunskapsläget när det gäller utredning och åtgärder vid risk för, och vid etablerad, psykisk ohälsa. Vid utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa utgår professionerna från sina grundläggande kunskaper. Därför nämns exempelvis diagnostik och behandling för olika diagnoser endast kort med en hänvisning vidare.

Den övergripande slutsatsen utifrån nuvarande kunskapsläge om psykisk ohälsa är att åtgärder som stödjer individens möjlighet att återfå kontroll över sin livssituation är effektiva när det gäller att lindra symtom och upprätthålla arbetsförmåga. Arbetsplatsnära insatser har visat sig vara viktiga både för att förebygga sjukskrivning och för att underlätta återgång till arbete efter sjukskrivning. Flera svenska studier har dock visat att patientens arbetssituation inte integreras tillräckligt i rehabiliteringsinsatser. Orsakerna till detta kan till exempel vara att vårdgivaren vill fokusera på att patienten först förbättras i sina symtom och först därefter inkluderar arbetet eftersom man utgått ifrån att arbetet varit en stressor som belastat patienten ytterligare [73, 74]. Konsekvensen av dettas kan bli att rehabiliteringen avslutas utan att stöd för arbetsåtergång kunnat ges. Utvärderingar visar att patienter rapporterar att de i sin rehabilitering saknat konkreta åtgärder och arbetsplatsnära stöd för att komma tillbaka till arbetet.

Ett dikotomt synsätt på hälsa – det vill säga att man ser på individen som antingen sjuk eller frisk – kan leda till uppfattningen att individen måste vara fullt frisk för att kunna arbeta. För de allra flesta som sjukskrivits för psykisk ohälsa är det i stället viktigt att tidigt få stöd i att planera sin arbetsåtergång. Studier visar att prognosen för arbetsåtergång är god för de allra flesta vid stressrelaterad psykisk ohälsa eftersom majoriteten blir bättre inom tre månader. Faktorer som visat vetenskapligt stöd för att förbättra prognosen för arbetsåtergång är bland annat stöd från chef och kollegor, positiv uppfattning om arbetsförmåga och möjlighet till att återgå i arbete samt god socioekonomisk status [75, 76]. Faktorer som har visats kunna försämra prognos är bland annat upplevelse av för höga krav och obalans mellan krav och kontroll i arbetet, mobbning eller våld i arbetet, tidigare sjukfrånvaro, samsjuklighet, depression, ohälsosamma levnadsvanor samt högre ålder. En orsak till fördröjd förbättring kan för vissa vara att det gått en lång tid mellan att individen först upplevt symtom och att denne sökt hjälp. Ett förebyggande perspektiv är viktigt för att undvika långa förlopp. Det är därför viktigt att företagshälsan, tillsammans med

arbetsgivaren skapar en struktur som uppmuntrar anställda med symtom på psykisk ohälsa att tidigt i förloppet prata med närmaste chef eller någon annan arbetsgivarrepresentant samt när det behövs även konsultera företagshälsan.

Företagshälsans olika villkor och förutsättningar

Avtalen med kund varierar mellan och inom olika företagshälsor.

Rekommendationer som anges i nedanstående flödesscheman behöver därför anpassas utifrån varje kontext. Företagshälsans uppdrag och möjligheter avgör hur rekommendationen kan användas. Vissa arbetsgivare tillåter medarbetare att söka företagshälsan en eller ett par gånger före arbetsgivarkontakt. I andra fall kontaktas chefen tidigt för att bidra till identifiering av problemet samt godkännande och planering av åtgärder. Därefter sker regelbunden återkoppling med chefen. Många arbetsgivare/chefer kontaktar företagshälsan när de uppmärksammat att en medarbetare inte mår bra och i dessa fall kan utredning enligt *flödesschema 2: Tidig upptäckt och förebyggande av psykiska besvär* påbörjas. För utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa används *flödesschema 3: Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa*.

Tidig upptäckt och förebyggande av psykiska besvär

Första kontakten med företagshälsan kan ske på olika sätt. Det vanligaste är antingen att arbetsgivaren eller närmaste chef tar kontakt eller att medarbetaren söker hjälp för någon form av besvär.

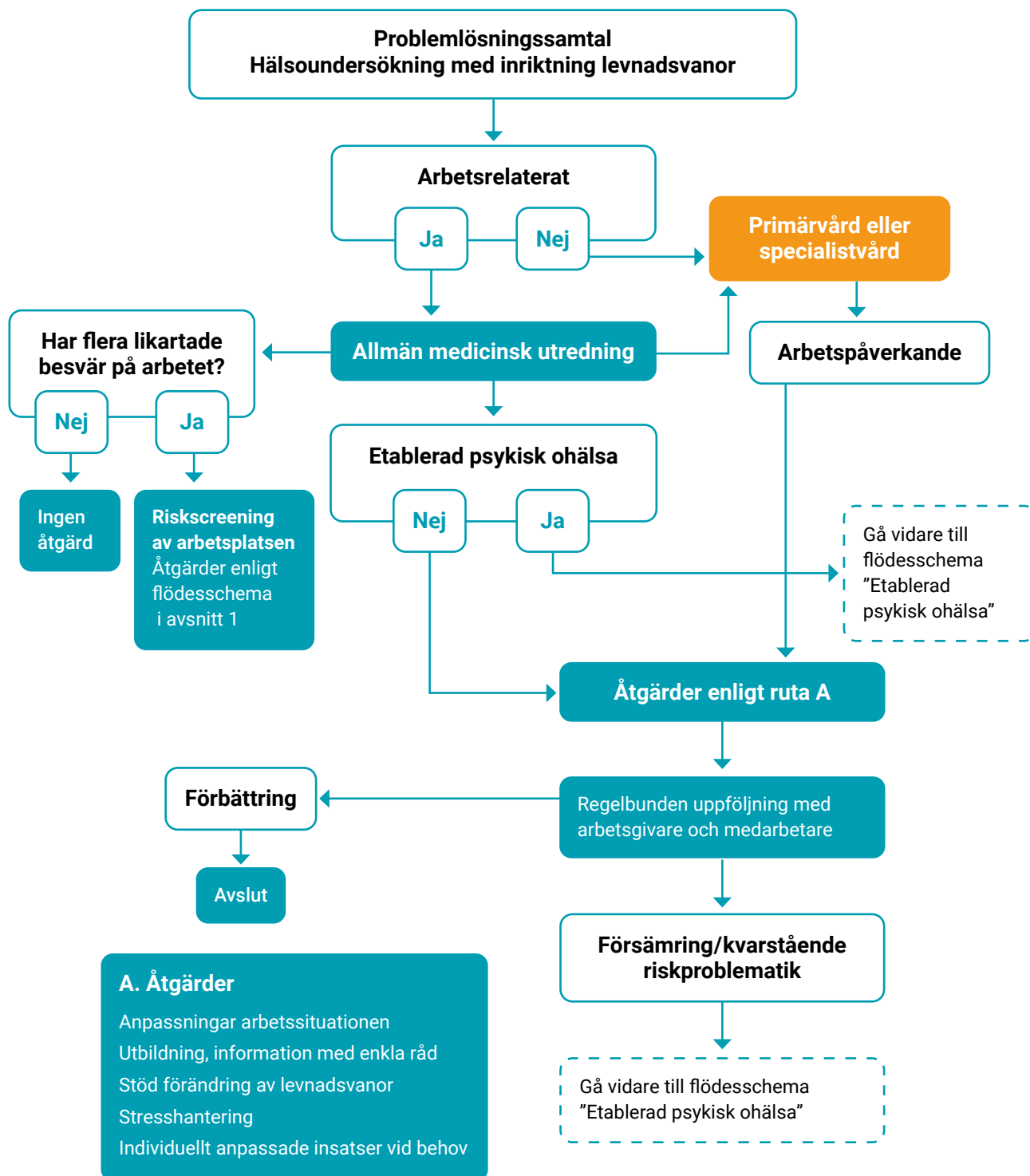
Tidig upptäckt av medarbetare med risk att drabbas av psykisk ohälsa är av största vikt för att förhindra utveckling mot allvarigare tillstånd. Det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) (AFS 2023:1) samt föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) (AFS 2023:2) stödjer chefer att identifiera och hantera riskfaktorer för stress och psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Företagshälsan är en viktig resurs i detta arbete. Vid signaler på ökad stressbelastning eller/och symtom på psykisk ohälsa bland medarbetare (se bilaga 3), bör chefen agera tidigt. En svensk studie som undersökt hur chefer upptäcker psykisk ohälsa visar att det vanligaste sättet att upptäcka att en medarbetare mår psykiskt dåligt är att chefen noterar förändringar hos medarbetaren när det gäller beteende och/eller prestation alternativt att medarbetaren själv berättar för chefen. Det är sällan som chefer uppger att de upptäcker ohälsa först när medarbetaren har blivit sjukskriven [18]. Att chefen har ansvar för färre än 30 medarbetare och har gått utbildning i stressrelaterad ohälsa ökade sannolikheten att upptäcka psykiska problem före sjukskrivning. Dessutom visade studien att om chefen har en negativ attityd till psykisk ohälsa ökade risken för att missa tidiga tecken på psykiska problem [18, 41]. En stor del av cheferna upplevde det som stressande att hantera medarbetare med psykisk ohälsa. [77]. Chefernas upplevelse av medarbetares förändrade

förmåga stämmer överens med hur medarbetare själva rapporterar problem vid begynnande psykisk ohälsa [78]. När en medarbetare med risk för psykisk ohälsa identifieras bör chefen erbjuda medarbetarsamtal och vid behov konsultera företagshälsan. Studier visar att det är viktigt att chefen har kunskap om psykisk ohälsa inklusive riskerna i arbetssituationen för att kunna hantera situationen på ett adekvat sätt, se vidare i avsnittet som berör den organisatoriska nivån. Företagshälsan kan ge utbildning och stöd till chefer för att öka möjligheten till att chefer tidigt kan identifiera och åtgärda (läs mer om detta på sidan 24). För att utbilda chefer i detta kan metoden ADA-A användas som är ett dialogstöd för chefer ([ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång \(ADA\)](#)) som finns att ladda ner på fhvmetodik.se. Tillsammans kan chefer och medarbetare via samtal upptäcka tidiga tecken på ohälsa.

Flera utmaningar är kopplade till möjligheterna till tidig upptäckt av ohälsa på arbetsplatsen och det är viktigt att chefen är närvarande för att kunna upptäcka signaler både i arbetsgruppen samt hos enskilda individer. Ansvar för ett stort antal medarbetare liksom ökat distansarbete kan försvåra möjligheterna att upptäcka ohälsa då många signaler går förlorade när man inte träffas så ofta fysiskt. Företagshälsan kan med fördel vara behjälpliga i att stötta chefer med råd och kunskap om hur man kan förbättra möjligheterna att upptäcka ohälsa även om medarbetare arbetar på distans (se avsnittet om distans och hybridarbete på sida 14).

På nästa sida presenteras ett flödesschema för tidig upptäckt och förebyggande av psykiska besvär följt av beskrivningar av respektive steg i flödesschemat.

Flödesschema 2



Flödesschema 2: Tidig upptäckt och förebyggande av psykiska besvär.

Problemlösningssamtal
Hälsoundersökning med inriktning levnadsvanor

Problemlösningssamtal

När en medarbetare söker företagshälsan för arbetsrelaterade problem inleds besöket med ett samtal där medarbetarens aktuella problem fångas upp. Det kan handla om både somatiska och psykosomatiska symtom liksom beteendeförändringar (se bilaga 3) för symtom och beteendeförändringar eftersom lättare symtom kan utgöra tidiga tecken på framtida psykisk ohälsa och öka risken för framtida sjukskrivningar [79, 80].

För att utröna om problemen är arbetsrelaterade bör utredning initieras med stöd av problemlösningssamtal inkluderande strukturerade underlag för utredning och åtgärder (se bilaga 4 samt utredning arbetsförmåga, sida 48). Är problemet arbetsrelaterat genomförs ett planeringssamtal med en skriftligt överenskommen åtgärdsplan och plan för uppföljning så snart som möjligt. Vid samtalet deltar medarbetare, närmaste chef och ansvarig på företagshälsan.

I de fall där problemen inte är arbetsrelaterade hänvisas individen till primärvård eller i förekommande fall till specialistvård. Det senare rör ett fåtal fall, exempelvis misstanke om svårare depression eller neuropsykiatrisk problematik. Det är viktigt att även dessa medarbetare får hjälp av närmaste chef med anpassningar på arbetsplatsen vid behov då besvären ofta är arbetspåverkande även om de inte i sig är arbetsrelaterade. Arbetsgivaren är enligt lagen skyldig att stödja med arbetsanpassningar, något som kan förhindra sjukskrivning samt underlätta arbetsåtergång och minska risken för återfall (2023:2).



Hälsoundersökning med inriktning på levnadsvanor

Forskningen rörande levnadsvanor visar tydligt att dessa kan påverka både utveckling och förlopp av psykisk ohälsa. Sömn och fysisk aktivitet är viktiga komponenter i insatser för att förebygga och hantera psykisk ohälsa. Studier har även visat att det inte är ovanligt att alkoholproblem finns med som en samsjuklighet vid dessa tillstånd. Hög alkoholkonsumtion kan både vara en konsekvens av att försöka hantera besvären eller det som orsakar dem. Kartläggningen avseende levnadsvanor och sociala förhållanden är därför aktuella inför val av åtgärder på individnivå. Vanor och sociala förhållanden som innefattar fysisk aktivitet, kostvanor, alkoholbruk, tobaksbruk, socialt nätverk för stöd, eventuell social belastning (till exempel svår sjukdom och missbruk hos närstående eller misshandel) kan påverka möjlighet till återhämtning och förbättring. Enligt klinisk erfarenhet är struktur i livet viktigt och för att uppnå bättre struktur kan regelbundna vanor för sömn, kost och fysisk aktivitet vara hjälpsamt. Metoder för att kartlägga och åtgärda detta finns beskrivna i Myndigheten för arbetsmiljökunskaps riktlinjer för hälsoundersökningar med fokus på levnadsvanor. Riktlinjerna finns att ladda ner på mynak.se.



Allmän medicinsk utredning

Allmän medicinsk utredning

Stressrelaterade symtom kan fluktuera över tid och i de allra flesta fall går symtom över genom att anpassa belastning till medarbetarens aktuella förutsättningar för att ibland öka igen om belastningen i privat- eller arbetsliv tilltar. Det är vanligt att medarbetare söker vård för olika symtom men den bakomliggande problematiken uppmärksammas inte alltid. När en medarbetare kommer i kontakt med företagshälsan bör även lindriga symtom utredas och förhållanden på arbetet och privat bör kartläggas för att i tid uppmärksamma medarbetare med risk för psykisk ohälsa. Är besvären som medarbetaren söker för inte alls arbetsrelaterade hänvisas till primärvård. Det är dock viktigt att om besvären är arbetspåverkande, det vill säga om medarbetarens förmåga att utföra arbetet påverkas, så är arbetsgivaren skyldig att genomföra åtgärder för att anpassa arbetet. I det fallet kan medarbetaren i samråd med arbetsgivaren ändå ha kontakt och åtgärder via företagshälsan.

Riskscreening av arbetsplatsen

Riskscreening av arbetsplatsen

Signaler från medarbetare om psykisk ohälsa kopplat till arbetssituationen kan vara en viktig ingång att överväga preventiva insatser riktat till hela arbetsgruppen. Företagshälsan och arbetsgivare bör således tidigt undersöka om fler på samma arbetsplats har likartade besvär. Vid uppgifter om fler riskindikatorer på arbetsplatsen som involverar flera medarbetare bör man gå vidare med en kartläggning på arbetsplatsen. Läs mer om detta i avsnittet ”Förebygga och hantera psykisk ohälsa i arbetslivet – organisation”, sida 18 och framåt”.

Riskbedömningar av arbetsplatsen enligt SAM (AFS 2023:1, 2023:2) ska ske kontinuerligt och faller under arbetsgivarens ansvar. Arbetsgivaren har också ansvar för individuella anpassningar (AFS 2023:2). Företagshälsan kan i detta sammanhang vara ett viktigt expertstöd med fördjupad kompetens inom arbetsmiljö, SAM samt arbetsrelaterad hälsa och ohälsa. Återkommande medarbetarundersökningar kan vara till hjälp för att identifiera arbetsställen med risk för psykisk ohälsa och organisatoriska problem, inte minst på större arbetsplatser. Läs mer om detta i avsnittet ”Förebygga och hantera psykisk ohälsa i arbetslivet – organisation”, sida 18 och framåt.

Åtgärder enligt ruta A

Åtgärder vid risk för psykisk ohälsa

Problemlösningbaserade samtal och utredning av arbetsförmågan bör resultera i en åtgärdsplan med tydlig överenskommelse mellan alla parter om vem som gör vad, tidsplan och uppföljning. Nedan följer en kort beskrivning över åtgärder.

Anpassning av arbetssituationen: Arbetsgivaren har ett lagstadgat ansvar att anpassa arbetet till individens förutsättningar. Tidig anpassning av arbetsuppgifterna kan förhindra utveckling mot allvarigare tillstånd. Föreskriften om arbetsanpassning (AFS 2023:2) är den föreskrift som riktar sig till enskilda medarbetare och ger en vägledning avseende förebyggande av ohälsa genom åtgärder i arbetsmiljön. Anpassningar av arbetet kan vara temporära eller varaktiga och bedöms utifrån dels den problemanalys som genomförts, dels medarbetarens behov och förutsättningar för att klara av arbetet. Anpassningar av arbetet kan tillämpas i tre situationer:

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

Anpassning av arbetet kan även vara aktuellt vid problem i privatlivet som är svåra att åtgärda, till exempel vid sjuka anhöriga. Åtgärderna bidrar till att minska den totala belastningen och minska risken för utveckling mot allvarigare tillstånd som kräver sjukskrivning. Här kan företagshälsan vara ett viktigt stöd i en dialog om arbetets krav och individens resurser. Anpassningar avseende arbetssituationen kan med fördel göras med hjälp av problemlösningssamtal där olika strukturerade underlag som till exempel ADA+ kan användas som stöd (läs mer i avsnittet om åtgärder på sida 55). ADA finns även utvecklat för att ge chefer stöd i dialogen med medarbetare (ADA-A).

Utbildning och information med enkla råd om struktur i livet genom bland annat regelbunden sömn, hälsosam kost och fysiska aktivitet i lagom dos kan vara betydelsefulla för att främja återhämtning och stödja individen att återfå kontroll över sin livssituation (läs mer på sida 55).

Stöd för förändring av levnadsvanor. Metoder för insatser för detta finns beskrivna i riktlinjerna om hälsoundersökningar med fokus på levnadsvanor, men också kortfattat på sidorna 56-58.

Övriga individuella insatser ges vid behov och vid rätt tidpunkt. Det kan handla om kontakt med psykolog eller motsvarande för kortare insatser med problemlösande samtal, aktivitetsreglering och/eller kontakt med fysioterapeut, ergonom eller arbetsterapeut för hjälp med stresshantering och olika metoder för återhämtning som exempelvis mindfulness och yoga [81] samt medicinsk behandling (läs mer på sidorna 59-60).

Regelbunden uppföljning med arbetsgivare och medarbetare

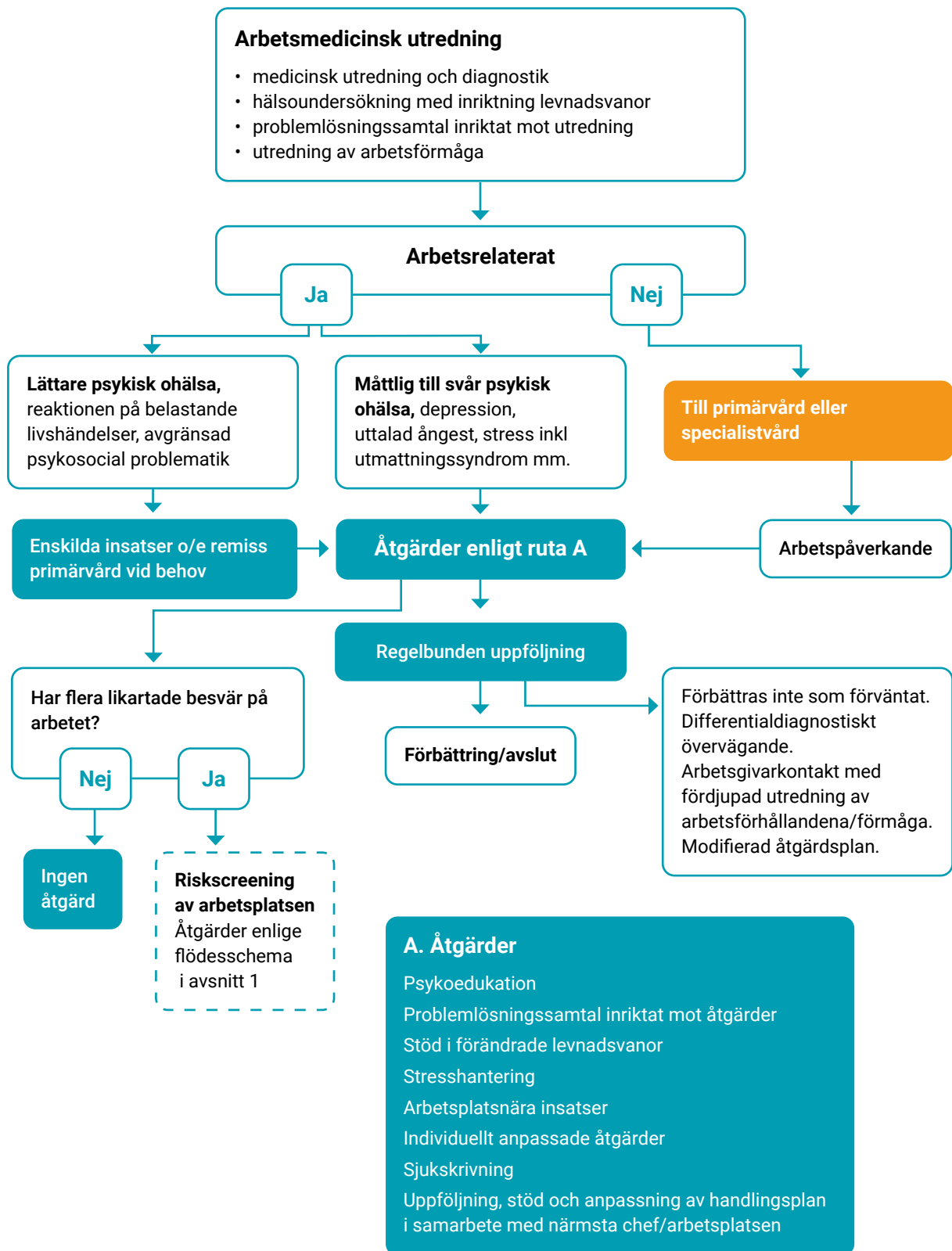
Uppföljning

Regelbunden uppföljning av insatserna bör göras för att följa utvecklingen avseende medarbetarens tillstånd samt att följa upp att planerade förändringar exempelvis arbetsanpassningar genomförs. I all förändring är det viktigt att ge stöd för att komma runt hinder och se möjligheter. Vid försämring eller kvarstående riskproblematik, se flödesschema 3: *Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa*.

Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa

Föregående avsnitt i riktlinjerna handlade om att förebygga psykisk ohälsa. I det förebyggande arbetet inkluderas medarbetare med psykiska besvär. Psykiska besvär uppfyller inte kriterierna för en psykiatrisk diagnos (2). I följande avsnitt ges stöd för insatser vid etablerad psykisk ohälsa (det vill säga psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos) med fokus på psykiska diagnoser avgränsat till depression, ångest och stressrelaterade diagnoser. Dessa diagnoser står för den största andelen av sjukskrivningarna i Sverige i dag och är det som företagshälsa och arbetsgivare oftast möts av på arbetsplatserna. I flödesschemat nedan ges en översikt över utredning och åtgärder som följs av en fördjupande text i detta avsnitt.

Flödesschema 3



Flödesschema 3: Utredning och åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa.

Arbetsmedicinsk utredning

- medicinsk utredning och diagnostik
- hälsoundersökning med inriktning levnadsvanor
- problemlösningssamtal inriktat mot utredning
- utredning av arbetsförmåga

Arbetsmedicinsk utredning

I dessa riktlinjer används arbetsmedicin som ett begrepp som innefattar den samlade tvärprofessionella kompetensen inom företagshälsan. En arbetsmedicinsk utredning innebär att olika professioner inom företagshälsan kan vara involverade i utredningen.

Eftersom en medarbetare som söker företagshälsan kan ta kontakt i olika skeden av den psykiska ohälsan genomförs inledningsvis ett orienterande samtal som blir vägledande för fortsatt utredning.

Medicinsk utredning och diagnostik

En noggrann utredning avseende symtom och sjukdomsutveckling, förhållanden på arbetet och i privatlivet, personens egen upplevelse om orsaken, somatisk undersökning och eventuellt kompletterande laboratorieanalyser är en förutsättning för att fånga olika bakomliggande orsaker och göra en adekvat differentialdiagnostisk bedömning. Noggrann utredning bör genomföras även vid lindriga symtom för att förebygga allvarligare tillstånd.

Allmänmedicinsk utredning inkluderar anamnes avseende symtom, allvarlighetsgraden av symtom, debut, förlopp, tidigare sjukdomar, arbets- och familjesituation, levnadsvanor och differentialdiagnostiska överväganden med ställningstagande till behov av vidare utredning av somatiska sjukdom, psykisk sjukdom och/eller beroende som alkohol/ droger. Vid lättare symtom utförs laboratorieutredning endast vid behov för att utesluta diagnoser såsom hypothyreos, anemi, KOL, diabetes, B12-brist och malignitet. Värdera även i förekommande fall begynnande demens och remittera för specialutredning vid behov. Eftersom symtomen framför allt vid utmattningssyndrom är högst ospecifika bör man screena för andra psykiska och somatiska sjukdomar som har liknande symtom men där annan behandling krävs.

Rekommenderade prover:

- Hb
- SR
- P-glukos
- HbA1c
- Homocystein
- Kreatinin
- S-Ca och albumin
- ASAT
- ALAT
- B-PEth, alternativt CDT
- TSH
- Fritt-T4

Studier har visat att det hos personer med psykisk ohälsa ofta förekommer somatisk samsjuklighet och att psykisk ohälsa ökar risken för att drabbas av andra sjukdomar, som exempelvis olika smärttillstånd och hjärt- och kärlsjukdomar [82–86].

Vid etablerad psykisk ohälsa inriktas den medicinska utredningen främst på symtombilden för en preliminär diagnos och ett beslut om företagshälsan kan ge fortsatt stöd och åtgärd eller om personen behöver remitteras till annan vård. I detta skede är differentialdiagnostik viktig för att utesluta diagnoser med liknande symtom. I förekommande fall genomförs en fördjupad utredning som kan innefatta utökad psykiatrisk diagnostik, samsjuklighet och ärftlighet. Om besvären inte är relaterade till arbetet hänvisas till primärvård alternativt specialistvård vid behov. Viktigt är dock, att om besvären är arbetspåverkande, det vill säga att medarbetarens förmåga att klara av sitt arbete är nedsatt, så behövs en utredning av arbetsförmåga och arbetsplatsnära insatser bör genomföras också i dessa fall.

Diagnosgrupper som är mest aktuella är depressions- och ångesttillstånd samt anpassningsstörning och utmattningssyndrom. Som grund i diagnostiken används ICD 10 och/eller DSM 5 och vid utmattningssyndrom används Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom. Vid anpassningsstörning, som inte sällan drabbar sårbara individer, uppstår symtom inom tre månader efter den stressande händelsen. Symtomatologi och allvarlighetsgrad varierar och många symtom överlappar de som visas vid utmattningssyndrom. Vanligtvis avtar symtomen inom 6 månader efter att stressoren och dess konsekvenser upphört. Utmattningssyndrom är ett tillstånd som förutsätter att en person varit utsatt för långvarig (>6 månader) yttre stressbelastning och som utvecklat symtom på fysisk och mental utmattning som är ihållande och funktionsnedsättande under minst 2 veckor. De mest framträdande symtomen är uttalad fysisk och psykisk trötthet, kognitiv nedsättning och ökad stresskänslighet. Den kliniska erfarenheten av utmattningssyndrom är att utvecklingen av symtombilden ofta sker i tre faser: riskfas som kan vara i månader till år, akutfas som vanligtvis varar upp till fyra veckor och återhämtnings-/rehabiliteringsfas som kan stå kvar i månader och i de mest allvarliga fallen i ett till flera år.

Vid misstanke om komplicerande psykiatrisk problematik (svår depression, bipolär sjukdom med mera) eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är det viktigt med psykiatrisk/psykologisk kompetens för bedömning och råd om behandling, alternativt remiss till specialistklinik.

Särskilt att beakta när det gäller symtom

Vid psykisk ohälsa är det vanligt med olika kroppsliga symtom såsom trötthet, huvudvärk, yrsel, smärta i kroppen, magbesvär, bröstsmärta, andningsbesvär och känslighet för intryck som ljud och ljus.

Vid symtom som kommer och går eller kvarstår över längre tid samt ökad irritabilitet eller minskat intresse för arbetet som påverkar funktion och förmåga, är tidig kontakt med närmaste chef viktigt. Detta för att kunna bidra till att identifiera vilka arbetsuppgifter och situationer som belastar och för att få hjälp att hantera eller eliminera problemet och/eller anpassa arbetet.

Upplevelsen av kognitiva symtom är vanliga vid depression, ångest- och utmattningssyndrom. Vid framför allt utmattningssyndrom och depression är kognitiva symtom ofta framträdande och många individer upplever kognitiva svårigheter under en längre tid, något som kan påverka individens möjligheter att fullt ut kunna fungera i vardagen och på arbetsplatsen.

Man har inte systematiskt kunnat visa att personer med stressrelaterade diagnoser som anpassningsstörning eller utmattningssyndrom har objektivt nedsatt kognitiv funktion på något sätt som går utöver andra typer av psykiatrisk problematik. Dock rapporteras självupplevda kognitiva besvär i stor utsträckning. En metaanalys visar att utmattningssyndrom är kopplat till kognitiva nedsättningar, särskilt inom områdena exekutiva funktioner, arbetsminne, uppmärksamhet, bearbetningshastighet och episodiskt minne [87]. Det bör framhållas att en stor majoritet av de som får diagnosen utmattningssyndrom återgår till arbete inom ett år och fungerar bra i vardagen över tid även när det gäller kognitiva funktioner. Mycket pekar således på att upplevda kognitiva nedsättningar är övergående.

Sömnstörningar är vanligt vid psykisk ohälsa, majoriteten av patienterna med klinisk depression har också kroniska sömnbesvär, så kallad insomni.

När det gäller utmattning är det viktigt att särskilt beakta att vissa individer kan bli symtomfria efter en tid i riskfas, medan andra insjuknar i utmattningssyndrom. Insjuknandet sker ofta akut med symtom som kan vara dramatiska som stark oro eller ångest, panikångestattacker, utmattning, nedstämdhet, bröstsmärtor eller andra somatiska symtom. I den akuta fasen söker den drabbade ofta akut vård och då vanligtvis inte inom företagshälsan. Tillståndet övergår successivt i en återhämtnings-/rehabiliteringsfas där utmattning, kognitiv nedsättning och ökad stresskänslighet är framträdande symtom. Symtom på nedstämdhet och ångest är vanliga liksom olika somatiska symtom. En kartläggning av individer med självrapporterat utmattningssyndrom visar att symtombilden är komplex och omfattar flera olika kognitiva, psykiska, somatiska och beteendemässiga symtom [88].

Stöd vid diagnostik och bedömning av symtom

Flera olika instrument finns tillgängliga som kan användas som stöd vid diagnostik och bedömning av symtomdjup vid psykisk ohälsa inom företagshälsan. Vilka instrument som används varierar stort. Även hur olika instrument har validerats varierar stort. Därför är det inte säkert att ett instrument som lämpar sig bra att använda i klinisk vardag på individnivå är lämpligt att använda på gruppnivå eller populationsnivå. Syftet med att använda instrument är att på ett strukturerat och standardiserat sätt få en bild av medarbetarens upplevda symtom som också går att följa över tid. De rekommenderade diagnostiska stöden tillsammans med tolkning och manual finns lätt tillgängliga via nätet på till exempel www.viss.nu eller på Socialstyrelsens webbplats.

Följande instrument är vanligt förekommande i kliniskt arbete både inom hälso- och sjukvården och företagshälsan:

- Depression PHQ-9 (Patient health questionnaire): stöd vid diagnostik av depression.
- MADRS (Montgomery Asberg depression rating scale): stöd vid bedömning av svårighetsgrad och symtomdjup vid depressiva symtom.
- KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale): stöd vid diagnostik och bedömning av symtomdjup vid utmattning.
- S-UMS (Självskattat utmattningssyndrom): stöd vid diagnostik av utmattningssyndrom.
- LUCIE (The Lund University Checklist for Incipient Exhaustion): stöd vid bedömning av utmattningssyndrom. Är en del av ett större instrument (LUQSUS-K). I LUQSUS-K-paketet där även KEDS och S-UMS ingår. LUQSUS-K-paketet har skapats i syfte att identifiera förstadier av utmattningssyndrom samt upplevd belastning i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Paketet är utvecklat för att användas vid såväl förebyggande, diagnosticering, uppföljning av rehabilitering samt i möte med arbetsgivaren för att planera arbetsanpassning.
- KSQ (Karolinska Sleep Questionnaire): stöd vid kartläggning av sömnbesvär inklusive arbetsrelaterade besvär.
- ISI (Insomnia Severity Index): stöd för bedömning av svårighetsgrad av sömnbesvär.
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) eller DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test): stöd vid alkohol- och droganamnes.

För individer med tydlig påverkan på kognitiv funktion kan en bedömning av kognitiv förmåga vara aktuell. Testningen syftar främst till att öka förståelsen för patientens kognitiva funktion för att bättre kunna ge stöd i problemanalys och handlingsplan för eventuella anpassningar till medarbetarens nuvarande förmåga. Många som utvecklat stressrelaterad ohälsa har svårt att beskriva sina kognitiva besvär annat än med att ”minnet sviker”, medan det i själva verket kan handla om till exempel uppmärksamhetsstörningar [89]. Bedömningen sker först när det mest akuta skedet passerats eftersom de kognitiva symtomen initialt kan vara plötsliga och dramatiska men också i många fall övergående. Testning ska alltid föregås av en tydlig frågeställning och tanke om hur resultatet ska användas.

Bedömning av kognitiv förmåga består av:

1. kognitiv anamnes
2. neuropsykologisk testning
3. uppföljningssamtal med resultatåtergivning och rekommendationer.

Screeningen med hjälp av neuropsykologisk testning görs som en del i bedömningen av individens kognitiva funktion. Resultatet vägs samman med individens subjektiva beskrivning av sina besvär och hur dessa påverkar dagligt liv i såväl arbete som privatliv. Om resultatet från screeningen påvisar

påtagliga kognitiva nedsättningar eller om det finns misstanke om annan orsak till kognitiv svikt (till exempel utvecklingsrelaterade svårigheter eller misstänkt demensutveckling) bör en mer utförlig neuropsykologisk testning genomföras.

Observera att många patienter med utmattning kan ha påtagliga kognitiva besvär i sitt vardagsliv utan att dessa kan fångas med befintliga kognitiva testinstrument. En kognitiv screening kan därför inte självständigt utgöra ett underlag för sjukskrivning utan måste värderas tillsammans med den kliniska bilden.

Testning kan inkludera följande områden: exekutiva funktioner, mentalt tempo, arbetsminne och verbal inläring/minne (episodiskt minne). Testningen är tänkt att fungera som en screening för att få en uppfattning av patientens kognitiva status vid insjuknandet, men även för att följa patientens kognitiva fungerande över tid. Lämpliga intervall kan vara runt 6 månader för att undvika inläringseffekter.

Rekommenderat neuropsykologiskt screeningbatteri i samband med bedömning av kognitiv funktion är listade i tabell 1. Testerna är valda utifrån de domäner som enligt studier oftast har visats vara nedsatta hos patienter med stressrelaterad utmattning.

Tabell 1. Neuropsykologiskt screeningbatteri.

Kognitiv domän	Test	Papper/ penna	Digital	Tidsåtgång (ungefärlig)
Exekutiv funktion	Stroop ¹	X	X	5 min
	Trail making test B ²	x	x	4 min
Mental tempo	Kodning ³	X	X	3 min
	Trail making test A	x	x	2 min
Arbetsminne	Bokstav-sifferserier ⁴ Corsi blocks baklänges	x	x	5 min
Verbal inläring/minne	RAVLT ⁵	x	x	20 min

¹ Stroop – D-KEFS

² Trail Making Test – D-KEFS

³ Kodning – WAIS IV

⁴ Bokstav-sifferserier – WAIS IV

⁵ RAVLT – Rey Auditory Verbal Learning Test

Samtliga digitala test ovan ingår i ett digitalt testbatteri benämnt Kognitiva screeningsbatteriet (KSB) som prövats för användning vid stressrelaterade diagnoser [90]. Testen finns tillgängliga digitalt från olika leverantörer.

Utmaningar kring diagnostik och evidens

Det finns ett antal utmaningar att ta hänsyn till när det gäller evidensläget i samband med utredning och diagnostik gällande individer med stressrelaterad psykisk ohälsa, och särskilt de som har utvecklat utmattning. Benämningar inklusive vilken diagnos som används skiljer sig mellan olika länder och till och med inom samma land. Problematiken kring arbetsrelaterad stress och utmattning är ett internationellt problem men olika benämningar och diagnoser

gör det svårt att jämföra studier från olika länder. Följaktligen kan evidens tolkas olika beroende på vad som har studerats och vilka patienter som inkluderats.

Olika länder har löst frågan kring diagnostik på olika sätt. I Sverige har man tagit fram kriterier för diagnosen utmattningssyndrom. Det saknas fortfarande studier kring användbarheten av diagnosen, något som även är fallet med flera andra psykiatriska diagnoser. Gruppen som uppfyller kriterier för utmattningssyndrom är en heterogen grupp på flera olika sätt. Det finns olikheter när det gäller sjukdomsörda i form av samsjuklighet, vilka belastningar som är orsaken till att man blev sjuk, faktorer som påverkar upprätthållande av sjukdom och kontextuella faktorer kopplade till arbetsplatsen. Dessutom varierar bemötandet inom hälso- och sjukvården, vilket kan påverka både tillfrisknande och återgång till arbete.

Studier visar exempelvis att när det gäller upprätthållande av sjukdom kan vitt skilda faktorer vara involverade, alltifrån att man har vårdnadsansvar för barn med kronisk sjukdom till individfaktorer såsom personlighet eller olika kvarvarande symtom som inte har förbättrats [91]. Nya stressorer kan också ha uppkommit något som kan förlänga sjukdomsförloppet. Att studera faktorer som kan påverka syndromet i sin helhet kan vara svårt eftersom stressbelastning, symtom och kontextuella faktorer kopplade till individens arbete och familj kan variera. Evidens gällande faktorer som kan påverka enskilda symtom kan i dessa fall vara minst lika intressanta att ha i åtanke i samband med rekommendationer, exempelvis vilken evidens det finns som kan påverka kognitiv funktion och/eller trötthet. Symtomen överlappar till en viss del flera olika diagnoser och termer, inklusive kroniskt trötthetssyndrom samt utbrändhet/burnout. Burnout inkluderas numera i den 11:e revideringen av den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD-11) som ett arbetsrelaterat tillstånd, men klassificeras inte som ett medicinskt tillstånd. En översikt av den vetenskapliga litteraturen som studerat diagnosen utmattningssyndrom enligt de svenska kriterierna finns i en digital bilaga till dessa riktlinjer.

Hälsoundersökning med inriktning på levnadsvanor

Forskningen rörande levnadsvanor visar tydligt att dessa kan påverka både utveckling och förlopp av psykisk ohälsa. Sömn och fysisk aktivitet är viktiga komponenter i behandling. Studier har visat att det inte är ovanligt att alkoholproblem finns med som en samsjuklighet vid dessa tillstånd. Hög alkoholkonsumtion kan både vara en konsekvens av att försöka hantera besvären och det som orsakar dem. Kartläggningen av levnadsvanor och sociala förhållanden är därför aktuella inför val av åtgärder på individnivå. Vanor och sociala förhållanden, däribland fysisk aktivitet, kostvanor, alkoholbruk, tobaksbruk, socialt nätverk för stöd, eventuell social belastning (till exempel svår sjukdom och missbruk hos närstående eller misshandel), kan påverka möjlighet till återhämtning och förbättring. Metoder för att kartlägga detta finns beskrivna i riktlinjerna för hälsoundersökningar med fokus på levnadsvanor samt riktlinjer för att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet, som finns att ladda ner på mynak.se.

Problemlösningssamtal med inriktning mot utredning

När problemlösningssamtal genomförs inom företagshälsan är det vanligtvis chef som initierar kontakten och genomför det första steget tillsammans med samtalsledaren från företagshälsan. Under problemlösningssamtalet utredningsfas går man igenom de två första stegen i samtalsmetodiken. Se bilaga 4 samt boken Problemlösning i arbetslivet [92] för vägledning i hur man genomför samtalet.

Problemlösningssamtalets två utredningssteg

Steg 1: Det första steget består av att medarbetarens närmaste chef och samtalsledaren genomför en problemorientering. Därefter genomförs samma sorts samtal mellan medarbetaren och samtalsledaren. Detta samtal innefattar hela livssituationen, såväl privatliv som arbete. Uppmärksamheten riktas omväxlande på emotionella reaktioner och på kognitiv bearbetning av situationen.

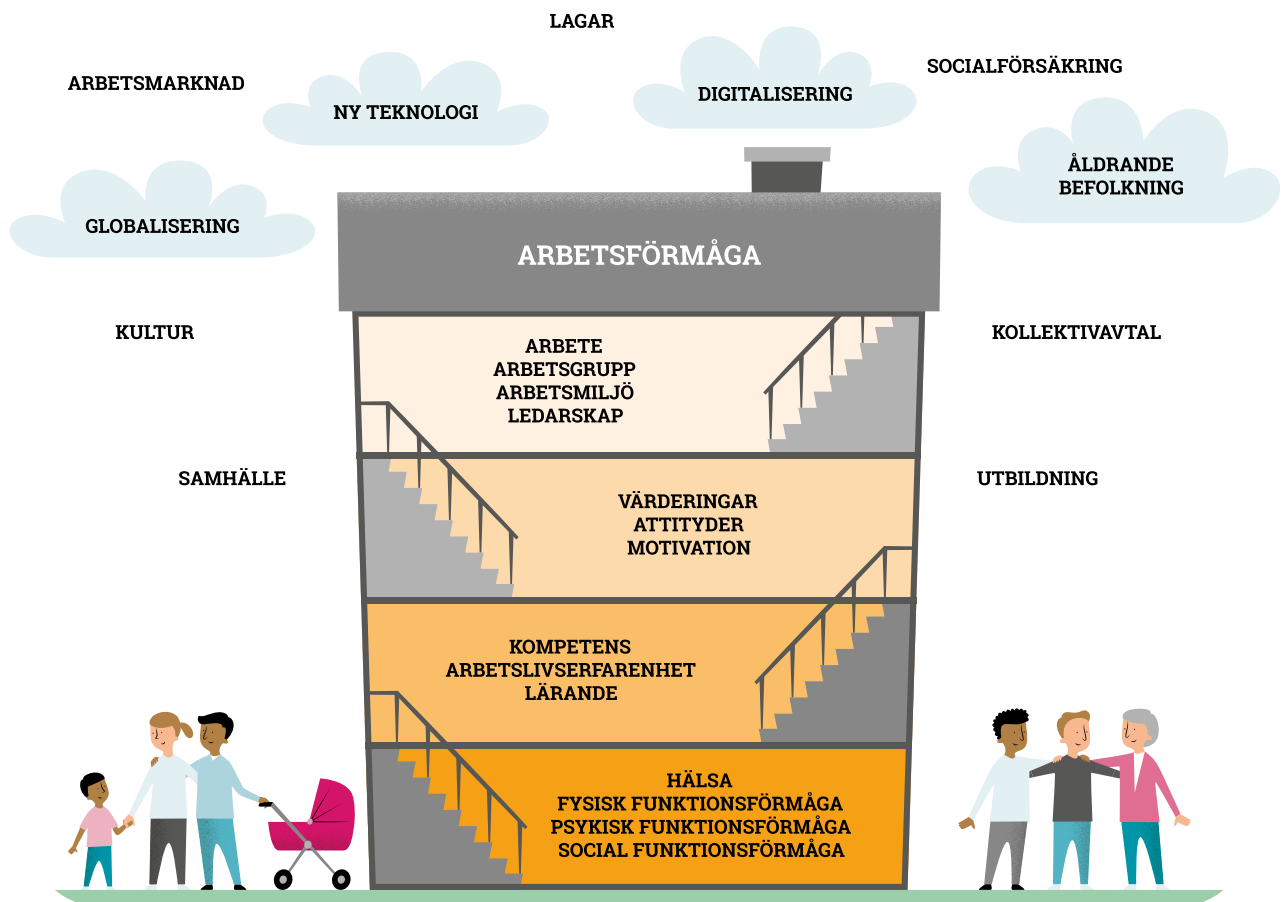
Steg 2: Det andra steget består av problemdefinition och en kartläggning av faktiska förhållanden som är förenade med problemet. Ett viktigt moment som individen tränas i är att tydliggöra och klargöra problemet eller problemen, kort och gott att omvandla ett problem som kan uppfattas som komplext och omfattande, till att bli konkret, specifikt och avgränsat. Att ha en väl underbyggd problemdefinition kan underlätta målformuleringen. Till varje delproblem formuleras mål.

Utredning av arbetsförmåga

Arbetsförmåga beskrivs oftast som ett relationellt begrepp som handlar om överensstämmelse och balans mellan en persons resurser och arbetets krav. En modell som kan illustrera samspelet mellan olika faktorer som har en inverkan på arbetsförmåga är the Work ability house model, arbetsförmågehuset enligt Ilmarinen [93]. Enligt modellen illustreras arbetsförmågans dimensioner i fyra våningar i ett hus, se nästa sida.

En persons förmågor och resurser består av olika komponenter där grunden för arbetsförmågan är den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan, som beskrivs på första våningen i huset. På andra våningen finns aspekter av yrkeskompetens, utbildning och färdigheter inom yrket. På tredje våningen lyfts faktorer som motivation, attityder till arbetet, uppskattning, förtroende, rättvis behandling och stöd på arbetsplatsen. På den fjärde våningen beskrivs själva arbetet med dess arbetsorganisation, ledarskapet, arbetsuppgifter och arbetsvillkor. Modellen inkluderar också aspekter av omgivande faktorer som kan påverka arbetsförmågan såsom familjesituation, sociala nätverk och samhällets utveckling. En hållbar balans mellan arbetsfaktorer och mänskliga resurser skapar förutsättningar för en god arbetsförmåga.

Hur samtal, kartläggningar och utredning av arbetsförmåga kan genomföras av företagshälsan finns beskrivet i en guide om arbetsförmåga som publicerades av branschföreningen Sveriges Företagshälsor hösten 2021 [94]. Beskrivning



av hur arbetsförmåga kan utredas utgår från arbetsförmågehuset. De olika instrumenten och utredningsmetoderna är kopplade till de olika våningarna i arbetsförmågehuset. Samtal, kartläggning och utredning av arbetsförmåga kan genomföras på uppdrag av företagshälsan i olika skeden med ett främjande, förebyggande eller rehabiliterande syfte. Det är betydelsefullt att klargöra syftet och förväntningarna med utredning av arbetsförmåga i dialog med chef, den medarbetare som lever med psykisk ohälsa och arbetsmiljökonsult från företagshälsan. Utbildning för bedömning av arbetsförmåga ges av branschföreningen för företagshälsa, för aktuella tillfällen, se kalendariet på FHVmetodik.se. Samtliga formulär och utredningsinstrument som rekommenderas i detta avsnitt, tillsammans med manualer och tolkningsstöd, finns tillgängliga på fhvmetodik.se.

Inledande samtal om arbetsförmåga med medarbetaren

Samtal om arbetsförmåga med medarbetare som lever med psykisk ohälsa kan genomföras med stöd av olika professioner inom företagshälsan. Samtalet om arbetsförmåga fokuserar på medarbetarens nuvarande hälsa och förmåga, i relation till arbetet och dialog om vad personen uppfattar är orsaken till den psykiska ohälsan, och vilka arbetsanpassningar som personen tror skulle möjliggöra arbete. Det kan vara värdefullt att använda olika instrument för att se hur individen själv uppfattar sin arbetsförmåga och hälsa i relation till kraven i arbetet. Både Work Ability Index (WAI) och Worker Role Functioning Questionnaire (WRFQ) kan rekommenderas som stöd under samtalet och vid utredning av arbetsförmåga.



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

Exempel på instrument:

Work Ability Index (WAI) utvärderar individens arbetsförmåga och resurser i förhållande till arbetets krav. Det innehåller även frågor om sjukdomars inverkan på arbetet, eventuell sjukfrånvaro och den egna tilltron till att arbeta i samma typ av yrke om två år. Instrumentet kan identifiera personer med risk för framtida nedsatt arbetsförmåga.

Worker Role Functioning Questionnaire (WRFQ) mäter de svårigheter som individer upplever av de krav som arbetet ställer på dem med tanke på deras fysiska hälsa och/eller känslomässiga problem.

Patient specifik funktionell skala (PFSF) kan användas för att få en uppfattning om vilka aktiviteter som medarbetaren har problem med att utföra eller inte kan utföra alls, på grund av sina besvär i arbetet eller på fritiden.

Utredningsinstrument att använda i olika skeden vid sviktande arbetsförmåga på grund av psykisk ohälsa

Vid utredning av arbetsförmåga överväg att använda instrumenten Work Stress Questionnaire, WSQ) och QPS-Mismatch som ingår i formulärpaketet LUQSUS. WSQ är ett självskattningsinstrument som mäter arbetsrelaterad stress och QPS-Mismatch är främst avsett att ge en bild av en individs psykosociala belastning i arbetet.

Kartläggningssamtal om arbetsförmåga

Ett strukturerat kartläggningssamtal kan ge medarbetare och chef en gemensam syn på medarbetarens arbetssituation i relation till hälsan. Under samtalet kan olika professioner från företagshälsan ge stöd till chefen och medarbetaren.

Ett kartläggningssamtal kan med fördel genomföras i förebyggande syfte när en medarbetares arbetsförmåga börjar svikta. Här används steg 1 och 2 enligt metodiken i problemlösningssamtal (bilaga 4).

Det finns olika evidensbaserade verktyg som kan användas under kartläggningssamtalet där förutsättningar och arbetsförmågan kartläggs i relation till kraven i nuvarande arbete.

Som stöd i utredningen rekommenderas Arbetsplatsdialog (ADA/ADA+), samt vid misstänkt utmattningssyndrom LUQSUS-K för individ. Även Krav och funktionsschema (KOF) som är ett dialoginstrument som ofta används inom företagshälsan kan användas. Det finns dock färre publicerade studier kring KOF jämfört med ADA och LUQSUS-K individ. ADA har vidareutvecklats till ADA+ vilket innebär ett tillägg och utveckling för psykisk ohälsa, med strukturerad planering, uppföljning och stöd för både den sjukskrivna medarbetaren och dennes arbetsgivare.

Arbetsplatsdialog, ADA+

ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA+) syftar till att underlätta återgång till arbete för medarbetare som är sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Metodiken kan även tillämpas förebyggande när det finns risk för sjukskrivning. Målsättningen är att komma i gång tidigare med rehabilitering och arbetsåtergång genom tidig dialog med arbetsgivaren kring nödvändiga åtgärder och förändringar på arbetsplatsen – både på kort och på lång sikt. Metodiken innehåller fyra delar:

1. medicinsk/psykologisk och arbetsmässig undersökning, kort efter påbörjad sjukskrivning.
2. intervjuer med chef och medarbetare om hur en arbetsåtergång bäst kan åstadkommas
3. dialog mellan medarbetare och chef för att enas om lösningar för hållbar arbetsåtergång, så kallat ”konvergensamtal”
4. rapport om bedömning och planerade åtgärder.

ADA-metodiken tydliggör vilka förändringar som behövs när det gäller arbetsinnehåll och arbetsuppgifter samt ger underlag till ett samtal kring medarbetarens och chefens attityder och förväntningar. Vidareutveckling har gjorts och presenteras som Arbetsplatsdialogen där fokus ligger på att upptäcka tidiga tecken på ohälsa. Metoden innefattar bland annat frågeguider som kan användas för att undersöka vilken betydelse arbetet har för de uppkomna problemen hos individen. Arbetsplatsdialogen är ett stöd som hjälper chefer och medarbetare att upptäcka tidiga tecken på ohälsa, hålla strukturerade samtal och anpassa arbetet. Manual och stöd för användning finns utarbetat.

LUQSUS-K individ

LUQSUS-K är ett paket med vetenskapligt utprovade frågeformulär och beräkningsprogram som erbjuder kliniska verktyg för att identifiera förstadiet av utmattningssyndrom samt upplevd belastning i den organisatoriska och

sociala arbetsmiljön. Verktøget kan också bistå kliniker med att planera och følja rehabiliteringsinsatser på ett strukturerat sätt och underlättar kommunikation med den anställda och arbetsgivaren. En klinisk handbok för LUQSUS-K finns som stöd för användning.

Krav och funktionsschema KOF

Inom företagshälsan kan dialogverktøget Krav- och Funktionsschema (KOF) användas. Under ledning av samtalsledare enas chef och medarbetare om vilken kravnivå som ställs på medarbetaren i det befintliga arbetet och vilken funktionsförmåga medarbetaren har vid tidpunkten för samtalet. Det är viktigt att nå konsensus kring detta. Vid kartläggning enligt KOF ställs förmågor i relation till kraven i arbetet med inriktning på

1. basala färdigheter
2. psykiska och kognitiva aspekter
3. sociala aspekter
4. arbete under olika fysiska förhållanden
5. dynamiskt arbete
6. statiskt arbete
7. arbete under vissa tider.

Det är viktigt att noggrant diskutera situationer där medarbetarens funktionsförmåga antingen understiger eller överstiger kraven för arbetsuppgifterna. På så sätt går det att ta reda på om det finns möjligheter att anpassa arbetskraven och arbetsuppgifterna eller förbättra individens funktionsförmåga för att uppnå bättre förutsättningar. En handlingsplan utformas som grund för val av åtgärder och sedan uppföljning. Information om utbildning i KOF-metoden finns på fhvmetodik.se

Försäkringsmedicinsk utredning av Diagnos-Funktion-Aktivitet

Inom företagshälsan är det läkarens roll att utreda och göra en medicinsk bedömning av arbetsförmågan för att ta ställning till behovet av sjukskrivning utifrån sitt medicinska uppdrag. Läkaren beskriver de medicinska skälen till att personen är förhindrad att arbeta på grund av sjukdom. Bedömningen sätts i relation till arbetet enligt den så kallade DFA-kedjan (Diagnos-Funktion-Aktivitet). Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för sjukskrivning och rehabilitering ger stöd i den försäkringsmedicinska bedömningen. På Socialstyrelsens webbplats finns också mer om försäkringsmedicin.

I en svensk studie beskrivs hur läkarna i sin bedömning av patientens behov av sjukskrivning försöker pussla ihop information utifrån patientens egen berättelse och den egna kliniska erfarenheten. Studien ger också exempel på konkreta frågor som läkare ställer vid dessa bedömningar [95]. Att arbeta i en struktur som beskrivs i dessa riktlinjer, med stöd av de olika strukturerade stöd och metoder som beskrivs ger en solid grund till en korrekt bedömning. En

av företagshälsans styrkor är teamsamverkan som ger möjlighet att genomföra bedömningen i samarbete mellan de olika professionerna, vilket bidrar med värdefull information och underlag till utredningen.



Sjukskrivning ska i de allra flesta fall inte vara en förstahandslösning. Fokus vid stressrelaterad psykisk ohälsa ska snarare ligga på arbetsanpassning och anpassade individuella åtgärder.

Fördjupad utredning av arbetsförmåga kopplat till utredning på arbetsplatsen

När en fördjupad utredning av arbetsförmåga ska genomföras av företagshälsan behöver syftet tydliggöras och uppdraget vara förankrat hos chef, medarbetaren och de berörda professionerna i teamet [94]. Likaså behöver beslut fattas kring hur resultatet av utredningen ska återkopplas. Även i den fördjupade utredningen kan ett kartläggningssamtal rekommenderas som utgångspunkt för att få en samsyn kring medarbetarens situation. I utredningen behöver medarbetarens förmågor och funktioner ställas i relation till det specifika arbetet och de faktiska arbetsuppgifterna som personen har. Utifrån syfte, aktuell funktionspåverkan och arbetssituation tas ställning till om det finns behov av att utreda och observera arbetsförmågan i reell miljö som en del i teamutredningen. Detta kan vara bra för att få en fördjupad förståelse av arbetssituation relaterat till arbetsförmåga exempelvis i miljöer med hög stress och vid kognitivt utmanande arbeten. I dessa fall är dialog med medarbetare och chef ute på arbetsplatsen centralt i den teambaserade utredningen, och tid behöver bokas inför att genomföra en arbetsplatsanalys. Här kan de olika utredningsstöden som nämnts ovan användas för att diskutera situationer där medarbetarens funktionsförmåga understiger kraven för medarbetarens specifika arbetsuppgifter.

Assessment of Work Performance (AWP) kan användas i den fördjupade utredningen. Det är en licensbelagd metod som kan användas av olika professioner. Vid fördjupad utredning av arbetsförmåga i relation till psykisk ohälsa finns ytterligare instrument, metoder och intervjuer som kan rekommenderas att användas i utredningen enligt guiden om arbetsförmåga [94].

Vid utredningen av arbetsförmåga är det viktigt att inkludera utredning av den kognitiva miljön och belastningen. Den kognitiva miljön kan vara en källa till stress om den överstiger individens förmågor. Vid psykisk ohälsa, speciellt vid utmattningssyndrom och depression, kan medarbetaren uppleva att den kognitiva förmågan är kraftigt påverkad och i dessa fall kan det vara lämpligt att genomföra en utredning av den kognitiva miljön. Se vidare bilaga 1 om kognitiv ergonomi.

I många fall är orsaken till problemen belastningar både i privatlivet och i arbetet. Att utreda aktivitetsbalans vid psykisk ohälsa samt genomföra åtgärder

för att stödja individen att göra de förändringar som behövs är betydelsefullt både ur arbets- och hälsoperspektiv [96]. Dessa frågor kan lyftas under problemlösningssamtalet. Riktade frågor kan användas, till exempel: ”Hur ofta är du nöjd med din balans mellan de olika aktiviteterna i vardagen, det vill säga sysselsättning, hemarbete, fritid, vila/fritid och sömn?” med svarsalternativ från alltid (1) till aldrig (5).

Många arbeten erbjuder i dag en stor flexibilitet där medarbetare kan genomföra arbetet via distansarbete. Det flexibla arbetet ställer höga krav på den enskilde individen att skapa balans mellan alla aktiviteter i sin vardag: arbete, fritid och hem- och familjesysslor. Det kan också finnas utmaningar för chefer att ge stöd och skapa möjligheter till arbetsanpassningar. Det flexibla arbetet bygger på att tekniklösningar är välfungerande och att medarbetaren har kompetensen att hantera dessa. Det är därför viktigt att i bedömningen av arbetsförmåga vid distans/flexibelt arbete inkludera utredning av den kognitiva arbetsmiljön, se vidare bilaga 1.

Åtgärder enligt ruta A

Åtgärder vid etablerad psykisk ohälsa

Nedanstående åtgärder har nämnts i flödesschemana 2 och 3 i den inledande delen av detta avsnitt, dels kopplade till upptäckt och förebyggande av psykiska besvär, dels kopplade till etablerad psykisk ohälsa. Åtgärder är delvis beroende av när i processen medarbetaren kommer till företagshälsan.

Medarbetare med lättare och medelsvåra tillstånd kan med fördel erbjudas åtgärder inom företagshälsan som har den arbetsmedicinska kompetensen där medicinska insatser kan kombineras med åtgärder på arbetsplatsen. Detta förutsätter dock att det finns adekvat kompetens och att arbetsgivarens resurser medger åtgärder av god kvalitet och adekvat uppföljning.

Vid etablerad diagnos sker åtgärder i samråd med arbetsgivaren, medarbetaren och företagshälsan där en individuellt anpassad åtgärdsplan utformas baserat på aktuell diagnos. För depression och ångestdiagnoser finns starkt vetenskapligt stöd för de olika rekommenderade insatserna, se Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

När det gäller utmattningssyndrom finns inga nationella riktlinjer ännu men det finns viss evidens för de åtgärder eller kombination av åtgärder som rekommenderas [91] (se digital bilaga för översikt av studier rörande utmattningssyndrom). Forskning och kliniska erfarenhet har sammanställts i boken Utmattningssyndrom av Åsberg med flera [97]. Oavsett diagnos är det viktigt med individuellt anpassad behandling där tajmingen kan vara avgörande för att olika åtgärder ska ha optimal effekt. Kvarstående långvariga problem med kognitiva svårigheter och trötthet bland vissa patienter, särskilt de som har

drabbats av utmattningssyndrom, har beskrivits [98]. I en svensk studie visas också att de problem som dessa patienter rapporterar är mångfacetterade [88]. Utmattning, depression och ångest kan ha betydande effekter på arbetsförmåga [78, 99, 100]. Det är viktigt att anpassa åtgärder och återgång till arbete efter patienternas funktion, och initialt kan det vara mycket viktigt med gradvis ökning av aktiviteter. Detta gäller särskilt medarbetare med uttalad trötthet och kognitiva nedsättningar. Åtgärder kan skilja sig åt beroende på vilken fas medarbetaren befinner sig i. Vidare kan åtgärder behöva bedömas utifrån samsjuklighet som är vanligt förekommande. Exempelvis är det vanligt att patienter som uppfyller kriterier för utmattningssyndrom också uppfyller kriterier för depression och/eller ångest vilket påverkar vilka åtgärder som sätts in.

Utbildning och information med enkla råd

Det är viktigt att:

1. Avsätta gott om tid till att förklara hur olika symtom kan hänga samman med en belastande livssituation och vara associerade till psykisk ohälsa.
2. Informera om kopplingen mellan psykisk ohälsa, arbete och privatliv utifrån både risk- och friskfaktorer.
3. Förklara betydelsen av att ha balans och kontroll över hela livssituationen, inklusive arbete och privatliv samt betydelsen av att vara aktiv både fysiskt och psykiskt.

Lämna eventuell skriftlig information och avsluta med att följa upp att individen förstått informationen och att tillräcklig tid ges för reflektion och frågor.

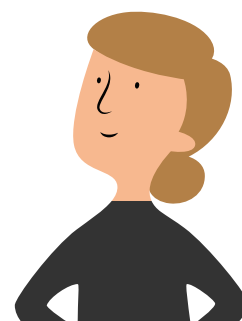
Upprepa informationen vid behov i samband med uppföljning.

Det finns flera olika digitala verktyg framtagna för information och utbildning med olika innehåll, inklusive möjligheter till uppföljningar.

Problemlösningssamtal inriktat på åtgärder

När problemlösningssamtal inriktas mot åtgärder används de tre sista stegen i modellen problemlösningssamtal (se bilaga 4). Dessa kan användas som grund för att formulera en åtgärdsplan och kan utgå från problemdefinitionerna från steg 1 och 2 och utredningsfynden i den arbetsmedicinska utredningen.

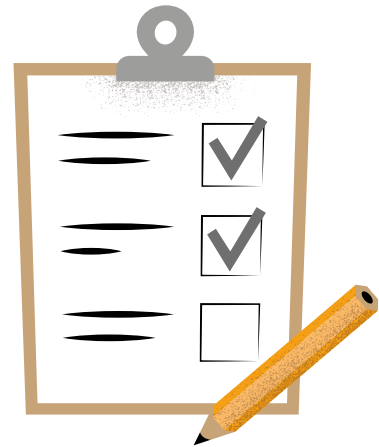
Det tredje steget är sökande efter lösningsalternativ (se bilaga 4). För att uttömma alla tänkbara lösningsförslag ägnas tid åt att till exempel ”brainstorma” alternativa förslag på lösningar. Såväl mer som mindre genomförbara lösningsalternativ läggs fram, det vill säga utan att värdera lösningsförslagen.



- Ge en förklaring utifrån balans och kontroll till varför symtomen uppstår.
- Förklara betydelsen av att återta kontrollen genom att aktivt förändra det som orsakar och vidmakthåller problemen.

Det fjärde steget består av att värdera och besluta om lösning. I detta steg granskas lösningsförslagen och värderas i relation till varandra. Målet är att komma fram till en eller några få lösningar. Dessa skrivs in i en handlingsplan. Vid framställandet av handlingsplanen ska medarbetarens chef delta och man beslutar om innehållet i handlingsplanen samt tydliggör vem som ansvarar för vilken lösning. Det femte steget är verkställandet av den plan som definierats samt utvärdering av dess hållbarhet.

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



Levnadsvanor

Evidensbaserade metoder och åtgärder för att förändra levnadsvanor finns beskrivna i riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen med fokus på levnadsvanor samt riktlinjer om att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet. Båda finns att ladda ner på mynak.se.

Sömn

Långvarig arbetsrelaterad psykosocial stress och långa arbetstider har visat sig vara en stark riskfaktor för sömnstörning och medföljande psykisk ohälsa. Det finns sömnråd som bygger på beteenden och vanor för att förebygga sömnbesvär, se till exempel broschyren Lilla sömnskolan från Stressforskningsinstitutet. Råden bygger på evidensbaserade rekommendationer och minskar risken för att utveckla sömnbesvär. Rekommendationerna handlar bland annat om att inte dricka kaffe under kvällstid, att träna regelbundet och vistas ute i dagsljus, att varva ned 1–2 timmar före sänggåendet, att skaffa sig regelbundna sovtider med mera. Dessa åtgärder är vanligen inte särskilt effektiva för personer som redan drabbats av långvariga besvär med sömnen, exempelvis insomni. För denna grupp är behandlingar baserade på KBT den mest lämpliga åtgärden [101–103]. KBT via internet har visat sig vara ett bra alternativ för patienter med sömnstörningar. Om sömnbesvären är milda eller måttliga kan behandlingen genomföras som självhjälpsåtgärd, till exempel via internet eller med en självhjälpsbok [104]. Det finns flera möjligheter att få tillgång till internetbaserad KBT. En del företagshälsor och regioner i Sverige erbjuder internetbaserad KBT via 1177.

Det finns även vetenskapligt stöd för att KBT-behandling är effektiv även i gruppform, till exempel i form av en ”sömnskola”. En sömnskola är en kostnadseffektiv behandlingsform som bygger på 5–6 sessioner som leds av en terapeut. Vid allvarig insomni kan det till en början behövas en kortvarig farmakologisk behandling tillsammans med KBT [105].

Fysisk aktivitet

Det finns god evidens att fysisk aktivitet kan förebygga olika symtom kopplade till olika stresstillstånd och det finns stark evidens för att fysisk aktivitet kan förebygga depression. Fysisk aktivitet har också en betydelse för patienter med ångest, både när det gäller påverkan på symtom och utifrån förebyggande perspektiv. Psykiska diagnoser inklusive stressrelaterade tillstånd har koppling till kardiovaskulära och metabola tillstånd och enbart utifrån detta sekundära preventiva perspektiv bör fysisk aktivitet rekommenderas för majoriteten av medarbetare med psykiska besvär.

Vid lindrig eller måttlig depression kan fysisk aktivitet reducera depressiva symtom i liknande grad som läkemedel medan fysisk aktivitet bör rekommenderas som komplement till annan behandling hos medarbetare med allvarligare depression. Fysisk aktivitet har positiv påverkan på flera symtom kopplade till stressrelaterade tillstånd såsom sömnproblem, trötthet, kognitiva besvär och smärta och bör rekommenderas som ett viktigt komplement till annan behandling. För vidare läsning och referenser hänvisas till FYSS.

Företagshälsan kan stödja medarbetaren för att hitta anpassad fysisk aktivitet i relation till sin psykiska ohälsa. En metod som kan användas för att ge råd och stöd för fysisk aktivitet är fysisk aktivitet på recept, FAR. De framtagna allmänna rekommendationerna om fysisk aktivitet för vuxna stämmer bra överens med den dosering som har visat effekt i olika studier när det gäller att påverka symtom på psykisk ohälsa. Alla vuxna från 18 år och uppåt rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter/veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig. Konditionsträning kan gärna kompletteras med styrketräning men evidensen varierar något beroende på tillstånd. För mer information hänvisas till FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) samt riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen.



Alkoholbruk

Riskbruk och beroende av alkohol bör utredas vid psykisk ohälsa. Studier har visat att det inte är ovanligt att alkoholproblem finns med som en samsjuklighet vid dessa tillstånd. Hög alkoholkonsumtion kan både vara en konsekvens av att försöka hantera besvären eller det som orsakar dem. Att erbjuda alkoholscreening med kort rådgivning, har visat sig vara en effektiv metod för att minska riskkonsumtion. För fördjupad läsning se riktlinjer för att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet.

Stresshantering

Medarbetare kan behöva hjälp att träna förmågan att hantera stress och på så sätt förbättra möjligheterna till återhämtning i vardagen. Exempel på insatser är tillämpad avspänning, KBT, ACT samt Mindfulness och yoga [81]. Det finns stöd för att yoga samt Mindfulness i kombination med KBT har positiv effekt på stressrelaterad psykisk ohälsa [106]. Studier visar också att det är viktigt att insatser utförs med välutbildad terapeut/instruktör. Flera av de metoder som finns att tillgå erbjuds som digitala lösningar eller som hybrid mellan digitala och fysiska träffar.

Arbetsplatsnära insatser

Åtgärder vid psykisk ohälsa som syftar till att enbart minska symtom är inte effektiva när det gäller återgång till arbete. En framgångsfaktor för arbetsåtergång efter sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa som fastställts är att åtgärderna innehåller lösningar på arbetsrelaterade problem [107–109]. Det finns begränsat vetenskapligt underlag för vilka specifika arbetsförändringar på individnivå som är effektiva. Starkast evidens finns för att via problemlösningssamtal göra en individuell analys och åtgärdsplan för varje individ med hinder och möjligheter för att klara vardagslivet, inklusive arbetet och balansen mellan krav och förmåga [27, 110–115]. Som betonats tidigare innefattar psykisk ohälsa oftast hela livssituationen i relation till den enskildes förmåga och förutsättningar att hantera den. Arbetsplatsnära åtgärder handlar alltså inte bara om att göra förändringar på arbetsplatsen utan även om att identifiera de resurser och förmågor som individen behöver stärka och träna för att hantera det aktuella arbetet och privatlivet. Här kan underlag från problemlösningssamtal med till exempel ADA+ eller LUQSUS vara ett stöd. Ett exempel på en arbetsplatsnära åtgärd är KBT med inriktning på arbetssituationen, även kallad arbetsfokuserad KBT [116].

Om analysen av arbetets krav och medarbetarens arbetsförmåga, efter att rehabilitering och skälig arbetsanpassning prövats, visar att återgång till nuvarande arbete inte är möjligt bör medarbetaren stödjas i att söka arbetsträning eller andra alternativ. Att förändra arbetstider och arbetsuppgifter kan i flera fall vara en effektiv lösning. Långa arbetstider har visat sig vara en stark riskfaktor för att utveckla sömnstörning och medföljande psykisk ohälsa. Att förändra arbetstider och arbetsuppgifter kan också ses som en tillfällig åtgärd i kombination med arbetsträning.

Anpassningar av arbetet kan vara temporära eller varaktiga och bedöms utifrån dels den problemanalys som genomförts, dels medarbetarens behov och förutsättningar för att klara av arbetet.

Anpassningar av arbetet kan tillämpas i tre situationer:

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

Individuellt anpassade åtgärder

Psykoterapi vid arbetslivsinriktad rehabilitering

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en terapimetod som är effektiv framför allt för symtomlindring. När KBT kombineras med tydligt arbetsfokus ses även effekt på arbetsåtergång [117, 118]. För att arbetsfokuserad KBT ska vara effektiv behöver ett uttalat fokus ligga på återgång i arbete och behandlingen innehålla arbetsrelaterad målplanering, arbetsrelaterad utbildning och information, arbetsrelaterad beteendeaktivering med en plan för gradvis arbetsåtergång samt problemlösningssamtal med inriktning på arbetet [118]. Se vidare Socialstyrelsens rekommendationer (www.socialstyrelsen.se) och SBU:s sammanfattningar för symtomlindring (www.sbu.se).

Internetbaserad KBT har visat god effekt på upplevd stress samt symtom på depression och ångest för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa [119] och verkar vara minst lika effektivt för att minska symtom hos patienter med depression och ångest [120].

Medicinering

Se Socialstyrelsens rekommendationer för de olika diagnoserna.

Läkemedelsverket har rekommendationer ”Läkemedel vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom”. För utmattningssyndrom finns inga studier om läkemedelseffekter. Samsjuklighet med depression och ångest förekommer och får då behandlas enligt gängse rekommendationer.

Sjukskrivning och koordinering

Arbetsförmåga kopplad till sjukdom bör ses som en sammanvägd produkt av graden av sjukdomsrelaterad oförmåga, individens resurser att hantera besvären och graden av anpassning av arbetsuppgifter.

Att göra en medicinsk bedömning och ta fram underlag i sjukintyget kan i vissa fall vara lämpligt som en aktiv del av behandling och rehabilitering och medverka till att patienten återfår sin arbetsförmåga samtidigt som arbetsuppgifter och god arbetsmiljö i vissa fall kan ordnas så att även medarbetare med symtom kan klara av sitt arbete, särskilt om de lärt sig hanteringsstrategier. Underlag för sjukskrivning skrivs om patientens arbetsförmåga är nedsatt till minst 25 procent på grund av sjukdom.

Bland sjuka medarbetare och arbetsgivare finns en relativt vanlig föreställning om att arbetsförmåga förutsätter full symtomfrihet/tillfrisknande, något som i förekommande fall behöver diskuteras och korrigeras. Om ofördelaktiga arbetsförhållanden bidragit till symtomens uppkomst och arbetsförhållandena inte kan förbättras, kan det vara mycket svårt för individen att varaktigt återgå i arbete med acceptabel prestation, även om situationen avseende symtom, hanteringsstrategier och sjukskrivning har förbättrats. Risken för återfall eller försämring ökar i dessa fall.

I de flesta fall bör längre inaktivitet och heltidssjukskrivning undvikas eftersom ett aktivt förhållningssätt att ta kontroll över sin situation är viktigt enligt forskningen. Det finns inget stöd i den vetenskapliga litteraturen för att symtomen förbättras vid sjukfrånvaro eller försämras vid upprätthållande av arbete. Tvärtom finns stöd bland annat vid sömnstörning att upprätthållande av vardagsaktivitet inklusive arbete hjälper individen och att avbrutna vardagsrutiner försämrar besvären. Det är dock alltid viktigt att göra en individuell bedömning där symtomdjup och funktion vägs in, till exempel vid uttalade symtom kopplade till trötthet och kognitiv funktion. Det är särskilt viktigt att bedöma om det på grund av symtom, funktionsnedsättning eller sidoeffekter av medicinering finns risk för att personen riskerar att skada sig själv, tredje part eller till exempel maskin eller göra annat allvarligt fel, om så är fallet utgör det grund för sjukskrivning [95]. I dessa fall kan längre återhämtningstid inklusive längre sjukskrivning vara aktuell. Det är avgörande att både insatser på individnivå och arbetsplats sätts in.

För att förebygga sjukfrånvaro och möjliggöra återgång i arbete är det av yttersta vikt att verksamheten har en tydlig arbetsmiljöpolicy som fastslår att arbetsanpassning ska ske vid behov och att denna policy är känd i organisationen. Det är också viktigt att arbetsledningen är införstådd med att medarbetaren kan behöva tid för att fungera fullt ut på sitt arbete och att det i vissa fall inte är möjligt att helt återställa arbetsförmågan.



Koordinerade insatser till sjukskrivna patienter

Lagen om koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter (2019:1297) trädde i kraft 2020. Lagen syftar till att främja återgång i arbete eller inträde i arbetslivet. Regionerna har därmed, via hälso- och sjukvården, skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser. Dock är det vetenskapliga underlaget för koordineringsinsatser oklart. Systematiska översikter visar både att insatsen möjligen kan öka sannolikheten för återgång i arbete efter sjukskrivning [121], och att inga effekter kan rapporteras [122]. I Sverige ges koordineringsinsatser av olika professioner och enbart om patienten samtycker till dessa. Även om koordineringsinsatserna kan ges av till exempel sjukskrivande läkare är det vanligt att insatserna ges av en så kallad rehabiliteringskoordinatorer. En övergripande beskrivning av koordineringsinsatser innebär att hälso- och sjukvården har i uppdrag att stödja personer i behov av insatser vid sjukskrivning samt att samverka internt och externt med till exempel arbetsgivare, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Processen mot arbetsåtergång handlar om att sammanställa och leda en genomtänkt och samordnad plan för behandling, personlig träning för hanteringsstrategier och åtgärder för att anpassa arbetsförhållandena till individens förutsättningar (för manual och exempel på struktur se till exempel Problemlösning vid psykisk ohälsa i arbetslivet, PIA-studien – Genusmedveten utvärdering av en insats utförd vid företagshälsovården, Karolinska Institutet).

Vägledning och åtgärder som kan övervägas

Avlastning genom en inledande kort heltidssjukskrivning tillsammans med åtgärder för att återställa basala funktioner kan medföra en påtaglig symtomminskning på kort tid (även om den underliggande stresskänsligheten kvarstår) och motivera individen till arbetsinriktade åtgärder.

Arbetsanpassningar görs utifrån den inledande planeringen med chef och medarbetare. Eftersom kognitiva störningar och en ökad stresskänslighet är vanligt förekommande behöver arbetsanpassningar ta hänsyn till detta, exempelvis genom mer avgränsade/mindre komplexa arbetsuppgifter, regelbundet stöd av chef för prioritering och reglering av arbetsmängd med uppföljning och möjligheter att kunna arbeta ostört delar av dagen.



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

Om arbetsförmågan bedöms vara helt nedsatt (heltidssjukskrivning) under en längre period bör planerad kontakt med arbetsplatsen ingå under sjukskrivningsperioden, som schemalagd arbetsträning eller annan regelbunden lättare aktivitet på arbetsplatsen. Planeringsmöten kan till exempel genomföras på arbetsplatsen för att insatserna ska vara arbetsplatsnära. Vid sjukskrivning är det viktigt att medarbetaren inte släpper kontakten med arbetsplatsen.

Håll kontakten och ge stöd

Återbesök eller telefonuppföljningar bör göras under hela processen. När en förändring skett, som en uppgång i arbetstid, bör den följas upp efter några veckor för att underlätta utvärderingen, gärna med hjälp av lämpligt skattningsinstrument. Det är viktigt att informera medarbetaren om att en förändring till exempelvis ökad aktivitet kan innebära ett så kallat bakslag initialt med ökade symtom och trötthet men att dessa klingar av succesivt när man upprätthåller aktiviteten. Förbered gärna för eventuella bakslag och hur man hanterar dem innan aktivitetsökningen påbörjas. Studier har visat att bäst effekt uppnås med regelbunden uppföljningskontakt mellan medarbetaren och arbetsplatsen under processen. Uppföljningar bör ske mellan två och fem gånger under en tremånadersperiod.

En medarbetare som varit sjukskriven kan behöva extra stöd från arbetsledning och arbetskamrater för att sätta gränser samt återfå kontroll och en realistisk tro på den egna förmågan. Det kan vara svårt i små eller hårt slimmade organisationer samt om den sociala arbetsmiljön är problematisk. Företagshälsans roll är i dessa fall att stödja arbetsgivaren i lämpligt förhållningssätt och ge råd för att skapa bättre förutsättningar. I vissa fall kan omplacering eller arbetsbyte vara den enda rimliga lösningen. Insatserna underlättas om chefen har fått adekvat utbildning inom arbetsrelaterad psykisk ohälsa/hälsa.

Hållbar återgång i arbete

Förutsättningar för att arbeta och arbetsåtergång bör alltid regelbundet diskuteras, även vid svår funktionsnedsättning. Evidensen pekar på att en i förväg planerad aktivitetsökning och minskning av sjukskrivningen är viktigt för att återgå i arbete och att heltidssjukskrivning utan en preliminär planering för fortsatta åtgärder som syftar till arbetsåtergång oftast är olämpligt. Om arbetet anpassats kan fortsatt sjukskrivning ofta ske på deltid, parallellt med behandling och rehabilitering.

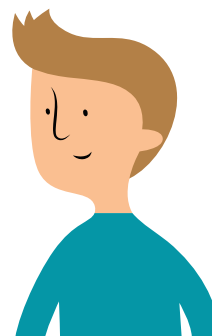
Förväntan

Fråga den sjukskrivne regelbundet om hans eller hennes inställning och tro på återgång i arbete. Evidensen pekar på att individens egen inställning påverkar förloppet i stor utsträckning. Vid låg tilltro hos medarbetaren, ge stöd i form av problemlösningssamtal, arbetsinriktad KBT och/eller vardagsrevidering. Vardagsrevidering innebär att man analyserar hela sin vardag – både hem och arbete – för att kunna identifiera stressorer och finna lösningar på dessa. Se till exempel Vardagsrevidering – metod mot stress, Suntarbetsliv.

Åtgärderna följs upp efter hand genom återkommande kontakter mellan medarbetaren och närmaste chef för eventuell justering av mål och strategier. Åtgärdsplanen behöver vara upplagd och dokumenterad så att det är tydligt för alla parter vad eller vilka arbetsuppgifter som ska genomföras – så att inte anpassningen av arbetet endast innebär minskad arbetstid med samma mängd arbete och krav på arbetsinsats.

Uppföljning

Den som utvecklat psykisk ohälsa ska alltid erbjudas uppföljning för att säkerställa att åtgärder har fått förväntat effekt på symtom och arbetsförmåga. Uppföljning bör ske på strukturerat sätt med regelbundna intervall som kan planas ut allteftersom individen får stöd att hantera sina besvär. Uppföljningen bör ske av konsult vid företagshälsan som är huvudansvarig för att följa upp de koordinerade åtgärderna. I uppföljningen inkluderas både medarbetare och chef. Forskningen ger ännu inga klara svar på hur ofta eller hur länge uppföljningar bör ske – mer än att det är viktigt att regelbundet följa upp så länge arbetsförmåga kvarstår och för att förebygga återfall en tid efter återgång i arbete.



För att förebygga återfall av sjukfrånvaro bör uppföljning med problemlösningssamtal ske regelbundet. Återgång i arbete underlättas om chefen har fått adekvat utbildning inom arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Vid uppföljning rekommenderas att utöver samtal även använda den skriftliga plan som överenskommit vid problemlösningssamtalen (se bilaga 4) för att få en god bild av utvecklingen och om målet med åtgärderna uppfyllts. Uppföljningsmätningar bör ske när åtgärden påbörjas och när den avslutas. Vid uppföljningarna diskuteras de mål som arbetsgivaren och medarbetaren gemensamt kommit överens om avseende återgång i arbete men också andra relevanta områden inklusive symtom och fysisk funktion.

Utvärdering av insatsernas effekter

Genom utvärdering av effekter undersöks om målen som utformades i medarbetarens åtgärdsplan har uppnåtts. Effekterna kan mätas både som självrapporterade från medarbetaren eller via de olika diagnostiska instrument och utredningsinstrument som använts.

Några frågor som kan ställas inför utvärdering av effekter:

- Har den psykiska hälsan förbättrats?
- Har arbetsförmågan ökat?
- Har sjukfrånvaron minskat?
- Vid vilka tidpunkter ska mätningar göras?

Referenser

Referenslistan omfattar de referenser som tillkommit i samband med revideringen och som det också hänvisas till i texten. Referenserna som låg till grund för den ursprungliga versionen är också aktuella i denna reviderade version. En fullständig förteckning över referenserna i den ursprungliga versionen finns publicerad i en digital bilaga till dessa reviderade riktlinjer.

1. Toropova A, Rödlund A, Björklund C, Schäfer Elinder L, Jensen, I, Kwak L. The effectiveness of implementing the Guideline for the Prevention of Mental Ill-health Problems at the Workplace on health-outcomes, organizational and social risk factors: a cluster-randomized controlled trial in Swedish schools. *Scand J Work Environ Health* 2023; 49(6): 428–38. doi: 10.5271/sjweh.4108. PMID: 37481748.
2. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.1 [Internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2024. Hämtad från: https://skr.se/download/18.6780fd1a1906d3e97c1102bd/1719920896043/Begrepp_inom_%20omradet_%20psykisk_%20halsa%20V1_1%202024.pdf
3. Försäkringskassan. Försäkringskassans lägesrapport: Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv [Internet]. Stockholm: Försäkringskassan; 2023. Korta analyser; 2023:6. Hämtad från www.forsakringskassan.se/download/18.81129cb18ae7de7897208/1700234042956/psykisk-ohalsa-i-dagens-arbetsliv-lagesrapport-2023.pdf
4. Rugulies R, Aust B, Greiner B.A. et al. Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *Lancet* 2023; 402(10410): 1368–81. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00869-3. PMID: 37838442.
5. Keisu B.-I, Tafvelin S, Brodin H. Gendered norms at work: new perspectives on work environment and health. Cham: Springer 2021.
6. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro – en kunskapsöversikt. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte); 2015.
7. Hogg B, Medina J.C, Gardoki-Souto I, et al. Workplace interventions to reduce depression and anxiety in small and medium-sized enterprises: A systematic review. *J Affect Disord* 2021; 290: 378–86. doi: 10.1016/j.jad.2021.04.071.
8. European Agency for Safety and Health at Work. Occupational safety and health in Europe: state and trends. Luxemburg: Publications Office of the European Union; 2023.
9. Arbetsmiljöverket. Arbetsorsakade besvär 2022. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2023. Arbetsmiljöstatistik Rapport; 2023:02.
10. Antunes E.D, Bridi L.R.T, Santos M, Fischer F.M. Parttime or full-time teleworking? A systematic review of the psychosocial risk factors of telework from home. *Frontiers in psychology* 2023; 14: 1065593. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1065593.
11. Vleeshouwers J, Fløvik L, Christensen J.O. et al. The relationship between telework from home and the psychosocial work environment: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2022; 95(10): 2025–51. doi: 10.1007/s00420-022-01901-4.
12. Lunde L.-K, Fløvik L, Christensen J.O et al. The relationship between telework from home and employee health: a systematic review. *BMC Public Health* 2022; 22(1): 47. doi: 10.1186/s12889-021-12481-2.
13. Tinnerholm Ljungberg H, Aboagye E, Bergström G. et al. Framtidens arbetsplats – Slutrapportering av uppföljningen av övergången till hybridarbete för verksamhetsstödet på Karolinska Institutet. Stockholm; Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa. Institutet för miljömedicin. Karolinska Institutet; 2024.
14. Lundqvist D, Wallo A. Ledarskap som främjar medarbetares välbefinnande och arbetsprestation vid distansarbete hemifrån – En systematisk kunskapsöversikt. Linköping: HELIX Competence Center, Linköpings universitet; 2022.

15. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Distansarbete – översikt av internationella forskningen om arbetsmiljö och hälsa, balans i livet och produktivitet före och under covid-19 pandemin med särskilt beaktande av kvinnors och mäns villkor. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2022. Kunskapssammanställning; 2022:2.
16. Bertilsson M, Hensing G, Wängnerud L. "Det är den här rädslan att man ska få en stämpel på sig" – om stigmatisering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med fokus på vanliga psykiska sjukdomar. *Socialmedicinsk tidskrift* 2019; 96(5): 702.
17. Haugen P.T, McCrillis, A.M, Smid G.E., Nijdam M.J. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and metaanalysis. *Journal of psychiatric research* 2017; 94: 218–29. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.001.
18. Bertilsson M, Klinkhammer S, Staland-Nyman C, de Rijk A. How managers find out about Common Mental Disorders among their employees. *J Occup Environ Med* 2021; 63(11): 975–84. doi: 10.1097/JOM.0000000000002287. PMID: 34091578.
19. Folkhälsomyndigheten. Minskad stigmatisering gynnar hela arbetsplatsen. Ett material om stigma och psykiatriska tillstånd för dig som är arbetsgivare. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022.
20. Kohstall T, Bräunig D. The return on prevention: Calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies: Summary of results. ISSA Geneva. 2011.
21. Le L.K.-D, Esturas, A.C, Mihalopoulos, C, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Med* 2021; 18(5): e1003606. doi: 10.1371/journal.pmed.1003606. PMID: 33974641.
22. Dibben P, Wood, G, O'Hara R. Do return to work interventions for workers with disabilities and health conditions achieve employment outcomes and are they cost effective? A systematic narrative review. *ER* 2018; 40(6): 999–1014. doi: 10.1108/ER-01-2017-0023.
23. de Oliveira C, Cho E, Kavelaars R, Jamieson M, Bao B, Rehm J. Economic analyses of mental health and substance use interventions in the workplace: a systematic literature review and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(10): 893–910. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30145-0. PMID: 32949521.
24. Jensen I, Roos P. Hälsa och Produktivitet, Slutrapport: Del 2 AHA-studien, Arbete och Hälsa inom process och verkstadsindustrin. Stockholm: Karolinska Institutet och Institutet för tillämpad ekonomi i Malmö; 2005.
25. Ødegaard F, Roos P. Measuring the Contribution of Workers' Health and Psychosocial Work-Environment on Production Efficiency. *Production and operations management* 2014; 23(12): 2191–208. doi: 10.1111/poms.12242.
26. Kigozi J, Jowett, S, Lewis M, Barton P, Coast J. The Estimation and Inclusion of Presenteeism Costs in Applied Economic Evaluation: A Systematic Review. *Value Health* 2017; 20(3): 496–506. doi: .org/10.1016/j.jval.2016.12.006. PMID: 28292496.
27. van de Poll M.K, Bergström G, Jensen I, et al. Cost-Effectiveness of a Problem-Solving Intervention Aimed to Prevent Sickness Absence among Employees with Common Mental Disorders or Occupational Stress. *International journal of environmental research and public health* 2020; 17(14): 5234. doi: 10.3390/ijerph17145234.
28. Karlsson M.L, Bergström G, Björklund C, Hagberg J, Jensen I. Measuring Production Loss due to Health and Work Environment Problems: Construct Validity and Implications. *J Occup Environ Med* 2013; 55(12): 1475–83. doi: 10.1097/JOM.0000000000000005.
29. Bakker A.B, Demerouti E, Sanz-Vergel A. Job Demands–Resources Theory: Ten Years Later. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 2023; 10(1): 25–53. doi: 10.1146/annurevpsych-120920-053933.
30. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Psykosocial arbetsmiljö – hälsa och välbefinnande. Gävle: Myndighetens för arbetsmiljökunskap; 2020. Kunskapssammanställning; 2020:5.
31. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Ledarskap för hälsa och välbefinnande. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2020. Kunskapssammanställning; 2020:6.

32. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Arbetsmiljö och psykisk hälsa. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2021. Kunskapssammanställning; 2021:4.
33. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Organisering av arbete och dess betydelse för hälsa och välbefinnande. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2020. Kunskapssammanställning; 2020:7.
34. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Risk- och friskfaktorer i hälso- och sjukvården – organisatoriska faktorer av betydelse för medarbetarnas hälsa. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2023. Kunskapssammanställning; 2023:11.
35. Winroth J. Organisationshälsa: om hållbart arbetsliv, förändringsarbete och det hälsofrämjande perspektivet. Lund: Studentlitteratur; 2022.
36. Fox K.E, Johnson S.T, Berkman, L.F et al. Organisational- and group-level workplace interventions and their effect on multiple domains of worker well-being: A systematic review. *Work & Stress* 2022; 36(1): 30–59. doi: 10.1080/02678373.2021.1969476.
37. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Faktorer som skapar friska och välmående arbetsplatser. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2020. Rapport; 2020:2.
38. Hastuti R, Timming A.R. An interdisciplinary review of the literature on mental illness disclosure in the workplace: implications for human resource management. *The International Journal of Human Resource Management* 2021; 32(15): 3302–38. doi: 10.1080/09585192.2021.1875494.
39. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Riktlinjer för Hantering av sociala hälsorisker på arbetet – kränkande särbehandling och mobbning. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2021. Riktlinjer; 6.
40. Blomberg A, Hensing G, Bertilsson M. Chefers perspektiv – en missad pusselbit. En webbaserad survey om svenska chefers kunskap, erfarenheter och strategier när det gäller medarbetare med nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest. Göteborg: Göteborgs universitet; 2020.
41. Bertilsson M, Hensing G, Ståhl C. Chefen – en nyckelperson för medarbetare som har psykiska besvär. In: Hensing, G., Holmgren, K., Björk, L. (red). *Psykisk hälsa i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur; 2021.
42. Dollard M.F, Bakker A.B. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *J. Occupat & Organ Psych* 2010; 83(3): 579–99. doi: 10.1348/096317909x470690.
43. Berthelsen H, Muhonen T. Psykosocialt säkerhetsklimat – ett sätt att mäta organisatoriskt och socialt säkerhetsklimat. Malmö: Malmö högskola; 2017. Stressforskningsrapport; 327.
44. Berthelsen H, Muhonen T., Bergstrom G, Westerlund H, Dollard M.F. Benchmarks for Evidence-Based Risk Assessment with the Swedish Version of the 4-Item Psychosocial Safety Climate Scale. *International journal of environmental research and public health*, 2020; 17(22): 8675. doi: 10.3390/ijerph17228675.
45. Lundmark R, Hasson H, von Thiele Schwarz U, Hasson D, Tafvelin S. Leading for change: line managers' influence on the outcomes of an occupational health intervention. *Work & Stress* 2017; 31(3): 276–96. doi: 10.1080/02678373.2017.1308446.
46. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Ledarskap för hälsa och välbefinnande. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2020. Kunskapssammanställning; 2020:6.
47. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Ledarskapets betydelse för medarbetares välbefinnande och prestation. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2022. Kunskapssammanställning; 2022:6.
48. Schyns B, Schilling J. How bad are the effects of bad leaders? A metaanalysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership quarterly* 2013; 24(1): 138–58. doi: 10.1016/j.leaqua.2012.09.001.
49. Skogstad A, Hetland J, Glasø L, Einarsen S. Is avoidant leadership a root cause of subordinate stress? Longitudinal relationships between laissezfaire leadership and role ambiguity. *Work & Stress* 2014; 28(4): 323–41. doi: 10.1080/02678373.2014.957362.
50. Johns G. The context deficit in leadership research. *The Leadership quarterly* 2024; 35(1): 101755. doi: 10.1016/j.leaqua.2023.101755.

51. Lyubykh Z, Turner N, Hershcovis M.S, Deng C. A Meta-Analysis of Leadership and Workplace Safety: Examining Relative Importance, Contextual Contingencies, and Methodological Moderators. *Journal of applied psychology* 2022; 107(12): 2149–75. doi: 10.1037/apl0000557.
52. Oc B. Contextual leadership: A systematic review of how contextual factors shape leadership and its outcomes. *The Leadership quarterly* 2018; 29(1): 218–35. doi: 10.1016/j.leaqua.2017.12.004.
53. Shann C, Martin A, Chester A. Improving workplace mental health: a training needs analysis to inform beyondblue's online resource for leaders. *Asia Pac J. Human Res* 2014; 52(3): 298–315. doi: 10.1111/1744-7941.12032.
54. Ledarna. Unga chefer – precis som alla andra? En jämförelse mellan chefer i olika åldersgrupper. Stockholm: Ledarna; 2022.
55. Irehill H, Lundmark R, Tafvelin S. The well-being of young leaders: demands and resources from a lifespan perspective. *Frontiers in psychology* 2023; 14: 1187936. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1187936. PMID: 37251053.
56. Larsson G, Björklund C. Age and leadership: comparisons of age groups in different kinds of work environment. *MRR* 2021; 44(5): 661–76. doi: 10.1108/MRR-01-2020-0040.
57. Larsson G, Molnar M.M, Tinnerholm Ljungberg H, Björklund C. Leadership through the subordinates' eye: perceptions of leader behaviors in relation to age and gender. *Leadership & Organization Development Journal* 2023; 44(1): 18–33. doi: 10.1108/LODJ-07-2021-0333.
58. Umeå universitet och Karolinska Institutet. Ung och Chef - en guide till organisationer som vill ta tillvara på unga chefers potential. Umeå universitet och Karolinska Institutet; 2023.
59. Brohan E, Henderson C, Wheat K. et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC psychiatry* 2012; 12(1):11. doi: 10.1186/1471-244X-12-11.
60. Klinefelter Z, Sinclair R.R, Britt T.W, Sawhney G, Black K.J, Munc A. Psychosocial safety climate and stigma: Reporting stress-related concerns at work. *Stress and health* 2021; 37(3): 488–503. doi: 10.1002/smi.3010.
61. Abildgaard J.S, Hasson H, von Thiele Schwarz U, Løvseth L.T, Ala-Laurinaho A, Nielsen K. Forms of participation: The development and application of a conceptual model of participation in work environment interventions. *Economic and industrial democracy* 2020; 41(3): 746–69. doi: 10.1177/0143831X17743576.
62. Cedstrand E, Nyberg A, Sanchez-Bengtsson S. et al. A Participatory Intervention to Improve the Psychosocial Work Environment and Mental Health in Human Service Organisations. A Mixed Methods Evaluation Study. *International journal of environmental research and public health* 2021; 18(7): 3546. doi: 10.3390/ijerph18073546.
63. Gupta N, Wåhlin-Jacobsen C.D, Abildgaard J.S, Henriksen L.N, Nielsen K, Holtermann A. Effectiveness of a participatory physical and psychosocial intervention to balance the demands and resources of industrial workers: A cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2018; 44(1): 58–68. doi: 10.5271/sjweh.3689.
64. Berntson E, Bernhard-Oettel C, Hellgren J, Näswall K, Sverke M. *Enkätmetodik*. 1 uppl. Stockholm: Natur och kultur; 2016.
65. Aust B, Møller J.L, Nordentoft M, et al. How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2023; 49(5): 315–29. doi: 10.5271/sjweh.4097.
66. Bes I, Shoman Y, Al-Gobari M, Rousson V, Guseva Canu I. Organizational interventions and occupational burnout: a meta-analysis with focus on exhaustion. *Int Arch Occup Environ Health* 2023; 96(9): 1211–23. doi: 10.1007/s00420-023-02009-z.
67. Astnell S, von Thiele Schwarz U, Hasson H, Augustsson H, Stenfors-Hayes T. Integrating health promotion with quality improvement in a Swedish hospital. *Health promotion international* 2016; 31(3): 495–504. doi: 10.1093/heapro/dav027.

68. Joyce K, Pabayo R, Critchley J.A, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane database of systematic reviews* 2010; 2010(2): CD008009. doi: 10.1002/14651858.CD008009.pub2.
69. Ruotsalainen J.H, Verbeek J.H, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane database of systematic reviews* 2015; 2015(4): CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub5.
70. Schalk D.M, Bijl M.L, Halfens R.J, Hollands L, Cummings G.G. Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. *Implementation science: IS* 2010; 5(1): 34. doi: 10.1186/1748-5908-5-34.
71. Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of epidemiology and community health* (1979) 2007; 61(12): 1028–37. doi: 10.1136/jech.2006.054999.
72. Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of epidemiology and community health* (1979) 2007; 61(11): 945–54. doi: 10.1136/jech.2006.054965.
73. Svanholm F, Liedberg G.M, Löfgren M, Björk M. Factors of importance for return to work, experienced by patients with chronic pain that have completed a multimodal rehabilitation program – a focus group study. *Disabil Rehabil* 2022; 44(5): 736–44. doi: 10.1080/09638288.2020.1780479. PMID: 32580604.
74. Hellman T, Jensen I, Bergström G, Busch H. Returning to work – a long-term process reaching beyond the time frames of multimodal non-specific back pain rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2015; 37(6): 499–505. doi: 10.3109/09638288.2014.923531. PMID: 24893975.
75. Gragnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbière M. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *J Occup Rehabil* 2018; 28(2): 215–31. doi: 10.1007/s10926-017-9714-1. PMID: 28589524.
76. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J. Occup Rehabil* 2018; 28(3): 393–417. doi: 10.1007/s10926-017-9730-1. PMID: 28980107.
77. Wishart M. Line managers: The emotional labour of managing workplace mental health issues. *Enterprise Research Centre*; 2022. ERC insight paper; October 2022.
78. Tengelin E, Hensing G, Holmgren K, Ståhl C, Bertilsson M. Swedish managers' experience-based understanding of the Capacity to work in employees with Common Mental Disorders: a Focus Group Study. *J. Occup Rehabil* 2022; 32(4): 685–96. doi: 10.1007/s10926-022-10029-8. PMID: 35246799.
79. Adamsson A, Bernhardsson S. Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care. *BMC family practice* 2018; 19(1): 172. doi: 10.1186/s12875-018-0858-7.
80. van Hoffen M.F.A, Joling C.I, Heymans M.W, Twisk J.W.R, Roelen C.A.M. Mental health symptoms identify workers at risk of long-term sickness absence due to mental disorders: prospective cohort study with 2-year follow-up. *BMC Public Health* 2015; 15. doi: 10.1186/s12889-015-2580-x. PMID: 26655203.
81. Zhang M, Murphy B, Cabanilla A, Yidi C. Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Occup Health* 2021; 63(1): e12243. doi: 10.1002/1348-9585.12243. PMID: 34235817.
82. Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa M.G. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in Depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation (New York, N.Y.)* 2002; 105(9): 1049–53. doi: 10.1161/hc0902.104707.

83. Nyberg S.T, Fransson E.I, Heikkilä K et al. Job strain and cardiovascular disease risk factors: meta-analysis of individual-participant data from 47,000 men and women. *PLoS One* 2013; 8(6): e67323. doi: 10.1371/journal.pone.0067323.
84. Kivimäki M, Singh-Manoux A, Nyberg S, Jokela M, Virtanen M. Job strain and risk of obesity: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Obesity* 2015; 39(11): 1597–600. doi: 10.1038/ijo.2015.103.
85. Kivimäki M, Nyberg S.T, Batty G.D et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012; 380(9852): 1491–7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60994-5. PMID: 22981903.
86. Bergmann N, Gyntelberg F, Faber J. The appraisal of chronic stress and the development of the metabolic syndrome: a systematic review of prospective cohort studies. *Endocrine Connections* 2014; 3(2): R55-R80. doi: 10.1530/EC-14-0031.
87. Gavelin H.M, Domellöf M.E, Åström E et al. Cognitive function in clinical burnout: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress* 2022; 36(1): 86–104. doi: 10.1080/02678373.2021.2002972.
88. Lindsäter E, Svärdman F, Rosquist P. et al. Characterization of exhaustion disorder and identification of outcomes that matter to patients: Qualitative content analysis of a Swedish national online survey. *Stress Health* 2023; 39(4): 813–27. doi: 10.1002/smi.3224. PMID: 36645034.
89. Franke Föyen L, Sennerstam V, Kontio E, Lekander M, Hedman-Lagerlöf E, Lindsäter E. Objective cognitive functioning in patients with stress-related disorders: a cross-sectional study using remote digital cognitive testing. *BMC psychiatry* 2023; 23(1): 565. doi: 10.1186/s12888-023-05048-5. PMID: 37550693.
90. Ellbin S, Engen N, Jonsdottir, I.H, Nordlund A.I.K. Assessment of cognitive function in patients with stress-related exhaustion using the Cognitive Assessment Battery (CAB). *J. Clin Exp Neuropsychol* 2018; 40(6): 567–75. doi: 10.1080/13803395.2017.1388359. PMID: 29105564.
91. Lindsäter E, Svärdman F, Wallert J. et al. Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis. *BJPsych Open* 2022; 8(5): e159. doi: 10.1192/bjo.2022.559. PMID: 36458830.
92. Bergström G, Björk Brämberg E, Arapovic-Johansson B, Nilsson K. Problemlösning i arbetslivet: samtal för bättre psykisk hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2021.
93. Ilmarinen J. From Work Ability Research to Implementation. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16(16): 2882. doi:10.3390/ijerph16162882.
94. Hellman T, Wåhlin C. Företagshälsans guide om arbetsförmåga – begrepp, samtal och utredning. Stockholm: Sveriges företagshälsor; 2021.
95. Bertilsson M, Maeland S, Löve J, Ahlborg G, Werner E.L, Hensing G. The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. *BMC family practice* 2018; 19(1): 133. doi: 10.1186/s12875-018-0815-5.
96. Håkansson C, Gard G, Lindegård A. Perceived work stress, overcommitment, balance in everyday life, individual factors, self-rated health and work ability among women and men in the public sector in Sweden – a longitudinal study. *Arch Public Health*. 2020; 78(1): 132–6. doi: 10.1186/s13690-020-00512-0.
97. Åsberg M (redaktör). Utmattningsyndrom. Stockholm: Gothia kompetens; 2024.
98. Ellbin S, Jonsdottir I.H, Eckerström C, Eckerström M. Self-reported cognitive impairment and daily life functioning 7–12 years after seeking care for stress-related exhaustion. *Scand J. Psychol* 2021; 62(4): 484–92. doi: 10.1111/sjop.12722. PMID: 33728711.
99. Bertilsson M, Löve J, Ahlborg G, Hensing G. Health care professionals' experience-based understanding of individuals' capacity to work while depressed and anxious. *Scandinavian journal of occupational therapy* 2015; 22(2): 126–36. doi:10.3109/11038128.2014.985607.
100. Bertilsson M, Petersson E-L, Östlund, G, Waern M, Hensing G. Capacity to work while depressed and anxious – a phenomenological study. *Disabil Rehabil* 2013; 35(20): 1705–11. doi: 10.3109/09638288.2012.751135.

101. Takano Y, Iwano S, Aoki S, Nakano N, Sakano Y. A systematic review of the effect of sleep interventions on presenteeism. *Biopsychosoc Med* 2021; 15(1): 21. doi: 10.1186/s13030-021-00224-z. PMID: 34789296.
102. Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez A.M, de Diego-Cordero R, Romero-Sánchez J.M, Romero-Saldaña, M., Barrientos-Trigo, S. Insomnia Interventions in the Workplace: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health* 2020; 17(17). doi: 10.3390/ijerph17176401. PMID: 32887475.
103. Hertenstein E, Trinca E, Wunderlin M. et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2022; 62: 101597. doi: 10.1016/j.smrv.2022.101597. PMID: 35240417.
104. Simon L, Steinmetz L, Feige B, Benz F, Spiegelhalder K, Baumeister H. Comparative efficacy of onsite, digital, and other settings for cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* 2023; 13. doi: 10.1038/s41598-023-28853-0. PMID: 36732610.
105. de Crescenzo F, D'Alò G.L, Ostinelli E.G et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2022; 400(10347): 170–84. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00878-9. PMID: 35843245.
106. Blomstrand P, Tesan D, Nylander E.M, Ramstrand N. Mind body exercise improves cognitive function more than aerobic- and resistance exercise in healthy adults aged 55 years and older – an umbrella review. *Eur Rev Aging Phys Act* 2023; 20(1): 15. doi: 10.1186/s11556-023-00325-4. PMID: 37558977.
107. Mikkelsen M.B, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med* 2018; 75(9): 675–86. doi: 10.1136/oemed-2018-105073. PMID: 29954920.
108. Cullen K.L, Irvin E, Collie A. et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J. Occup Rehabil* 2018; 28(1): 1–15. doi:10.1007/s10926-016-9690-x. PMID: 28224415.
109. Nieuwenhuijsen K, Verbeek J.H, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven A.C, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Data-base Syst Rev* 2020; 10(10): CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub4. PMID: 33052607.
110. Axén I, Björk Brämberg E, Vaez M, Lundin A, Bergström G. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *Int Arch Occup Environ Health* 2020; 93(7): 823–38. doi: 10.1007/s00420-020-01535-4.
111. Folkhälsomyndigheten. Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen – Uppdatering 2018. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
112. Keus van de Poll M, Nybergh L, Lornudd C. et al. Preventing sickness absence among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: a cluster randomised controlled trial of a problem-solving-based intervention conducted by the Occupational Health Services. *Occupational and environmental medicine (London, England)* 2020; 77(7): 454–61. doi: 10.1136/oemed-2019-106353.
113. van Oostrom S.H, van Mechelen W, Terluin B, de Vet H.C.W, Knol D.L, Anema J.R. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine (London, England)* 2010; 67(9): 596–602. doi: 10.1136/oem.2009.050849.
114. Volker D, Zijlstra-Vlasveld, M.C, Anema J.R. et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research* 2015; 17(5): e116-e116. doi: 10.2196/jmir.4097.

115. Doki S, Sasahara S, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health* 2015; 88(6): 659–67. doi: 10.1007/s00420-014-0996-8.
116. Persson Asplund R, Asplund S, von Buxhoeveden H. et al. Work-Focused Versus Generic Internet-Based Interventions for Employees With Stress-Related Disorders: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research* 2023; 25: e34446. doi: 10.2196/34446. PMID: 37097739.
117. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Effekter av arbetsmarknadsinsatser för personer långvarigt sjukskrivna på grund av depression, ångest eller stressreaktion: en systematisk översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Utvärderar; 352.
118. Slater D, Venning A, Matthews L, Iles R, Redpath P. Defining work-focused cognitive behavioural therapy (W-CBT) and whether it is effective at facilitating return to work for people experiencing mental health conditions: A systematic review and narrative synthesis. *Health Psychol Open* 2023; 10(2): 20551029231217840. doi: 10.1177/20551029231217840. PMID: 38028506.
119. Svärdman F, Sjöwall D, Lindsäter, E. Internet-delivered cognitive behavioral interventions to reduce elevated stress: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interv* 2022; 29: 100553. doi: 10.1016/j.invent.2022.100553. PMID: 35781929.
120. Chow D.Y.-W, Jiang X, You J.H.S. Information technology-based versus face-to-face cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect Disord* 2022; 310: 429–40. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.048. PMID: 35577156.
121. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt S.C.A et al. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One* 2012; 7(11): e49760-e49760. doi: 10.1371/journal.pone.0049760.
122. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T. et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane database of systematic reviews* 2017; 2017(3): CD011618-CD011618. doi: 10.1002/14651858.CD011618.pub2.
123. Hensing G, Bertilsson M. Stigmatisering av psykisk ohälsa – ett problem i arbetslivet? I Hensing G, Holmgren K, Björk L. (red.) *Psykisk hälsa i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur; 2021.
124. Folkhälsomyndigheten. Kartläggning av insatser som syftar till att minska stigma om psykisk hälsa – En litteraturöversikt av grå litteratur. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
125. Schuller S, de Rijk, A, Corin L, Bertilsson M. Is workplace mental health stigma associated with managers' prevention of employee's sick-leave? *European journal of public health* 2023; 33(Supplement_2). doi: 10.1093/eurpub/ckad160.1303.
126. Telwatte A, Anglim J, Wynton S.K.A, Moulding R. Workplace Accommodations for Employees With Disabilities: A Multilevel Model of Employer Decision-Making. *Rehabilitation psychology* 2017; 62(1): 7–19. doi: 10.1037/rep0000120.
127. Mangerini I, Bertilsson M, de Rijk A, Hensing G. Gender differences in managers' attitudes towards employees with depression: a cross-sectional study in Sweden. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 1744. doi: 10.1186/s12889-020-09848-2.
128. Hultqvist J, Zhang P, Staland-Nyman C, Bertilsson M. Managers' Influence on the Prevention of Common Mental Disorders in the Workplace: A Cross-Sectional Study Among Swedish Managers. *J. Occup Environ Med* 2023; 65(12): 1008–16. doi: 10.1097/JOM.0000000000002950.
129. Bertilsson M, Niederberger R, de Rijk A. Work accommodations for employees with common mental disorders and associated manager-related determinants: a cross-sectional study among Swedish managers. *Disabil Rehabil* 2023; 1–20. doi: 10.1080/09638288.2023.2269861.
130. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE Guideline: Mental well-being at work. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022. NICE guideline: NG212.

131. Harvey S.B, Joyce S, Tan L, Johnson A, Nguyen H, Modini M, Groth M. Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature. Sydney: University of New South Wales; 2014.
132. Gayed A, Milligan-Saville J.S., Nicholas J. et al. Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine* (London, England) 2018; 75(6): 462–70. doi: 10.1136/oemed-2017-104789.
133. Hanisch S.E, Twomey C.D, Szeto A.C.H, Birner U.W, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC psychiatry* 2016; 16(1): 1. doi: 10.1186/s12888-015-0706-4.
134. van de Voort I, de Rijk, A, Hensing G, Bertilsson M. Determinants of Managerial Preventive Actions in Relation to Common Mental Disorders at Work: A Cross-Sectional Study Among Swedish Managers. *J. Occup Environ Med* 2019; 61(10): 854–62. doi: 10.1097/JOM.0000000000001629.
135. Dempsey P.G, Wogalter M.S, Hancock P.A. Defining ergonomics/human factors (pp. 32–35). In Karwowski, W. (Ed.), *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors* (2nd ed.). London: Taylor and Francis; 2006.
136. Smith A, Wang X, Haimson O. User-Centered Design. In *International Encyclopedia of Human-Computer Interaction* (pp. 208–220). ACM; 2019.
137. Christensen J, Finne L, Garde A.H, Nielsen M, Sørensen K, Vleeshouwes J. The influence of digitalization and new technologies on psychosocial work environment and employee health: a literature review. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI); 2020. STAMI-rapport; nr. 2/2020.
138. Kellogg, K.C., Valentine, M.A., Christin, A. Algorithms at Work: The New Contested Terrain of Control. *Academy of Management Annals* 2020; 14(1): 366–410. doi: 10.5465/annals.2018.0174.
139. La Torre G, Esposito A, Sciarra I, Chiappetta M. Definition, symptoms and risk of technostress: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2019; 92(1): 13–35 . doi: 10.1007/s00420-018-1352-1. PMID: 30196317.
140. Ragu-Nathan TS, Tarafdar M, Ragu-Nathan B.S, Tu Q. The Consequences of Technostress for End Users in Organizations: Conceptual Development and Empirical Validation. *Information Systems Research* 2008; 19(4): 417–33. doi: 10.1287/isre.1070.0165.
141. Tarafdar M, Tu Q, Ragu-Nathan B.S, Ragu-Nathan T.S. The Impact of Technostress on Role Stress and Productivity. *Journal of Management Information Systems* 2007; 24(1): 301–28. doi: 10.2753/MIS0742-1222240109.
142. Osvalder A, Ulfvengren P. Människa-tekniksystem . I Ulfvengren P (red), Bohgard M, Karlsson S, Lovén E, Mikaelsson L.E, Mårtensson L, Osvalder A.L, Rose L. *Arbete och teknik på människans villkor*. 4 Uppl. Stockholm: Prevent; 2019.
143. Karlsson S, Osvalder A, Rose L. och Eklund J. Utvecklingsprocesser. I Ulfvengren P (red), Bohgard M, Karlsson S, Lovén E, Mikaelsson L.E, Mårtensson L, Osvalder A.L, Rose L. *Arbete och teknik på människans villkor*. 4 Uppl. Stockholm: Prevent; 2019.

Bilagor

1. Kognitiv ergonomi
2. Stigmatisering av psykisk ohälsa i arbetslivet
3. Signaler i arbetssituationen – individnivå
4. Beskrivning av metodiken för problemlösningssamtal

Bilaga 1. Kognitiv ergonomi

Kognitiv ergonomi utgör grunden för hur vi tar in och tolkar information på arbetsplatsen i samspelet med kollegor, vår omgivning och teknologin, inklusive datorer och annan teknisk utrustning. Genom att så långt det är möjligt anpassa tekniken efter människans naturliga sätt att bearbeta och förstå omvärlden blir vi mer effektiva, mår bättre och vi får bättre förutsättningar att hantera stress. Det skapar en arbetsmiljö där risken för misstag, förlorat fokus, glömska eller förväxling minimeras. Kognitiv ergonomi syftar till att göra arbetsdagen inte bara produktiv, utan också hjärnvänlig och anpassad för hur vi bäst fungerar kognitivt.

På många arbetsplatser ställs idag höga krav på förmågan att kunna minnas, analysera, kommunicera, koncentrera sig och lära nytt. Våra möjligheter att klara detta påverkas av arbetsuppgifternas innehåll, arbetsorganisation, arbetsplatsens fysiska utformning och utformningen av tekniska hjälpmedel. Kognitiva krav kan leda till stimulans, lärande och kompetensutveckling, men om kraven blir alltför höga och överstiger individens kognitiva förmågor kan det leda till exempelvis minskad vaksamhet, trötthet och stressreaktioner. Kognitiva belastningar kan exempelvis handla om en bullrig miljö på arbetsplatsen eller att snabbt behöva växla mellan olika typer av krävande arbetsuppgifter vilket ställer krav på uppmärksamhetsförmåga, arbetsminne, beslutsfattande och problemlösningsförmåga. Kognitiv ergonomi handlar om anpassning av arbete, arbetsystem och arbetsmiljö till människans kognitiva förmågor och begränsningar [135].

Kognitiv ergonomi handlar i hög grad om vilka möjligheter en medarbetare kan agera och fatta beslut i komplexa sociotekniska system och vilka faktorer som påverkar exempelvis informationshantering, prestanda, säkerhet, stress och arbetstillfredsställelse. Användarcentrerad design utgör en hörnsten inom området kognitiv ergonomi, vilket säkerställer att digitala system anpassas till de som använder systemen [136]). Detta spelar en avgörande roll för att hantera de arbetsmiljörisker som uppstår till följd av ökad digitalisering, automatisering och artificiell intelligens i samhället och på arbetsplatser. Några av de identifierade riskerna är ökade krav, kognitiv belastning, rollkonflikter, teknostress, krav på ökad tillgänglighet, övervakning, teknikrelaterad kränkande särbehandling, minskad autonomi, ökad otrygghet, fysisk bundenhet och förekomsten av teknikberoende beteenden [137, 138]. Med begreppet teknikstress menas de stressorer som är specifikt kopplade till ökad användning av informations- och kommunikationsteknik [139–141]. Arbetsgivare ska se till att programvaror och system är utformade med hänsyn till uppgifternas krav och arbetstagarens förutsättningar (§7 AFS 2023:11 Kapitel 3). Som expertresurs kan företagshälsans roll vara att stödja medarbetare och chefer i förändringsprocesser, att genomföra arbetsanpassningar kopplat till kognitiva krav i arbetet.

Undersökning och kartläggning av kognitiv ergonomi

Området ergonomi är komplext vilket också innebär att kognitiva belastningar kan variera kraftigt mellan individer, påverkas av dagsform och tolkas på olika

sätt. Detta skapar utmaningar när det kommer till att utveckla metoder som på ett heltäckande sätt kan kartlägga kognitiva belastningar på arbetsplatserna. Företagshälsan har en viktig roll i att förmedla kunskap om sambanden mellan kognitiv arbetsmiljö och hälsa och i att erbjuda förslag på kartläggning, riskbedömning och åtgärder kopplat till kognitiv ergonomi. För fördjupad läsning om utredning och kartläggning som kan rekommenderas:

- Arbete och teknik på människans villkor [142].
- Europeiska arbetsmiljöbyrån (EU OSHA – OSHwiki): Cognitive ergonomics
- Finska Arbetshälsoinstitutet: Cognitive work is done together
- Ergonomi vid människasysteminteraktion” (ISO 9241-11:2018)

Riskbedömning av kognitiv ergonomi

Vid utformning av arbetsplatser är bullerexponering och synförhållanden viktiga aspekter som påverkar arbetstagarens kognitiva funktioner, exempelvis uppfattning av tal och visuell information. För vägledning hänvisas till AFS 2023:10 som ger ett bra stöd gällande arbetsgivarens skyldighet för att undvika störningar och negativ kognitiv påverkan på grund av buller, gränsvärden för ljudnivån för arbeten som kräver stadigvarande koncentration, att kunna samtala, eller där krav ställs på stadigvarande precision, snabbhet eller uppmärksamhet. I AFS 2023:11 och AFS 2023:12 ges också vägledning som rör synergonomi. Det handlar då om att minska visuella störningar som flimmer, kontraster och bländningar och belysning vid bildskärmsarbete. Myndigheten för arbetsmiljökunskap har tillsammans med forskare tagit fram riktlinjer såväl för belysning och synförhållanden (Riktlinjer för synergonomi) som exponeringsmätning av buller (Riktlinjer för exponeringsmätning av hörselskadligt buller) som ger praktisk vägledning för utförande av bland annat riskbedömning. Riktlinjerna finns att ladda ner på mynak.se.

Arbetsgivaren är skyldig att ta särskild hänsyn till de ergonomiska principer som gäller för människans förmåga att uppfatta, förstå och bearbeta information när programvara ska utformas eller väljas som arbetsverktyg (AFS 2023:11). Det kan exempelvis innebära anpassad takt, struktur och format av informationen som presenteras i digitala system utifrån användarens kunskap och erfarenhetsnivå. Det kan även handla om att förebygga psykisk arbetsbelastning och stressreaktioner som kan uppstå vid störningar och driftavbrott. Det finns riskbedömningsmetoder ur ett kognitiv ergonomiskt perspektiv för specifika arbetsuppgifter samt för specifika yrken exempelvis inom kirurgi, tillverknings- och flygindustrin. Prevent har tagit fram checklistor för bedömning av den digitala arbetsmiljön och underlag för att diskutera digital arbetsmiljö i arbetsgrupper. Checklistorna kan användas av företagshälsan för att stödja chefer, medarbetare och fackliga företrädare i dialog om riskerna i den digitala arbetsmiljön, till exempel vid en arbetsmiljö- eller skyddsround.

Åtgärder för kognitiv ergonomi

Kartläggning av fysiska, digitala, organisatoriska och sociala arbetsförhållanden ur ett kognitiv ergonomiskt perspektiv följs av arbete med insatser för att förebygga identifierade risker. Företagshälsan kan fungera som resurs för att föreslå, genomföra och följa upp förebyggande åtgärder både i samband med kartläggningar och vid pågående förändringar i organisationen, såsom införande av ny teknik eller projektering av nya lokaler. Det finns ett antal verktyg som kan stödja val av åtgärder och lösningar. I riktlinjerna om synergonomi, som nämns ovan, finns bland annat en checklista för att bedöma belyningsförslag. Ett verktyg från Finland ger stöd för kartläggning av distraktioner, avbrott och informationsöverbelastning och inkluderar även förslag på åtgärder: Cognitive work is done together, Finnish Institute of Occupational Health (ttl.fi).

Vid införande av nya programvaror finns olika metoder för utvärdering av användbarhet som kan användas och kombineras vid upphandlings- och/eller utvecklingsprocesser gällande kognitiv ergonomi [142]. Slutligen är det viktigt att komma ihåg att planeringen av åtgärder bör bygga på en förståelse för verksamheten och arbetsgruppens behov där en participativ metodik förespråkas [143]. Som expertresurs kan företagshälsan bistå med expertstöd som involverar medarbetare och chefer i samverkande utvecklingsprocesser för att säkerställa att åtgärder är anpassade till verksamheten.

Bilaga 2. Stigmatisering av psykisk ohälsa i arbetslivet

Stigmatisering innebär att en grupp, som anses avvika från normerna och betraktas som mindre värda i samhället, pekas ut och förknippas med negativa stereotyper. Begreppet är uppbyggt av tre relaterade komponenter; kunskaper, attityder och beteenden. [Läs mer om att minska stigma på Folkhälsomyndighetens webbplats.](#)

Stigmatisering av psykisk ohälsa är problematiskt för både arbetsgivare, chefer och medarbetare. Enligt gängse teorier om stigma brukar stigmatisering inkludera stereotypa uppfattningar om, fördomar om och diskriminering mot en grupp. Stigmatisering leder även till en ojämlig maktsituation där den som stigmatiseras hamnar i en underordnad position och får sämre förutsättningar att hävda sin rätt eller sig själv. Studier bland befolkningen visar att personer med psykiska besvär kan uppfattas som lata eller veka (stereotyper) och att man känner obehag eller rädsla för personer med psykisk ohälsa (fördomar) vilket kan leda till att man tar avstånd eller inte ger dem samma möjligheter som andra människor (diskriminering) [16, 123]. Arbetsplatsen utgör en viktig arena för förebyggande insatser och stöd till personer med psykisk ohälsa [41, 124]. Stigmatiserande normer eller attityder kan å andra sidan förhindra eller försvåra prevention av psykisk ohälsa, genom att till exempel påverka stödet från chef och arbetskamrater under rehabiliteringsprocessen vid återgång till arbete [16, 125].

Företagshälsan kan ha en konsultativ roll i att uppmärksamma, undersöka och föreslå insatser och åtgärder för att arbeta med stigmatiserande normer och attityder mot psykisk ohälsa på arbetsplatsen. [124] Konsekvenser av stigmatisering kan för arbetsplatsen och medarbetare vara betydande, till exempel att medarbetare inte vågar berätta om sina psykiska besvär och därmed inte får stöd på arbetsplatsen [16, 38, 59]. Studier har till exempel funnit att chefer är mindre benägna att godkänna anpassningsåtgärder för medarbetare med psykisk ohälsa jämfört med andra sjukdomar. Detta trots att cheferna ansåg åtgärderna både rimligare och billigare än för fysiska sjukdomar [126]. Negativa attityder kan leda till att arbetsplatsen inte uppmärksammar eller tar tag i situationen i tid. Utan stöd från arbetsgivare ökar risken för längre sjukskrivningsfall, alternativt mer förödande konsekvenser som suicidförsök eller suicid [16, 19]. På Folkhälsomyndigheten finns bra information om psykisk ohälsa och stigma, samt om koppling mellan stigma och suicid, se länkar nedan.

Forskningen kring stigma på arbetsplatser är förhållandevis ny. Det finns inga studier som följt medarbetare över tid för att undersöka om och hur de påverkas av stigma. Forskningen pekar dock i samma riktning som befolkningsstudier, och en konsekvens av stigma i befolkningen är att människor drar sig för att söka vård och stöd på grund av stigma [17]. Det är troligt att samma mekanismer inträffar på arbetsplatser. Det finns flera litteraturoversikter som visar att medarbetare drar sig för att berätta om sina psykiska besvär på arbetsplatsen just på grund av risken att bli stigmatiserad [18]. Att våga berätta på arbetsplatsen är ju en förutsättning för att alls kunna få stöd av arbetsgivaren.

I Sverige visar ny forskning att det finns negativa attityder till depression bland chefer, när detta mäts med så kallat stigmainsstrument [127]. Ett sådant instrument består av flera delfrågor och mäter känslomässiga (exempelvis såsom: jag känner mig obehaglig till mods när jag arbetar jämte en medarbetare som är deprimerad), kognitiva (exempelvis såsom: medarbetare som använder antidepressiv medicinering borde inte arbeta) och beteendemässiga (exempelvis såsom: jag skulle inte anställa någon som jag visste varit deprimerad) aspekter av negativa attityder (stigma). Svenska studier visar också att manliga chefer tenderar att ha mer negativa attityder till depression jämfört med kvinnliga chefer. Samma studie visar också att ju högre chefsnivå, desto högre andel som svarar att de har negativ attityd vilket kan ha betydelse för hur högre ledning prioriterar arbete med psykisk ohälsa eller inte. Studier har också visat att det är mindre sannolikt att chefer som rapporterar negativa attityder arbetar med prevention av psykisk ohälsa på arbetsplatsen eller har använt anpassningsåtgärder för medarbetare med depression eller ångestbesvär [128–130].

Forskningslitteratur och riktlinjer till arbetslivet är samstämmiga i att stigma är en faktor som försvårar prevention av, samt stöd till, personer med psykisk ohälsa, och att detta stigma måste stävjas genom konkreta insatser [19, 130, 131]. Åtgärder riktade mot chefer i form av utbildning om psykisk ohälsa har visat sig öka chefers kunskap och förståelse för psykisk ohälsa samt deras egen roll och ansvar i dessa frågor. De chefer som genomgått utbildning rapporterar också i högre grad stöd till medarbetare med psykisk ohälsa, men effekten på chefers egna attityder och fördomar om psykisk ohälsa är mindre [132]. Andra insatser som föreslås är ökad kunskap om psykisk ohälsa bland alla medarbetare. Sådana insatser har visat sig öka medarbetarnas kunskap om och positiv attityd till psykisk sjukdom, samt en mer stödjande inställning till kollegor med psykiska besvär [133]. Den typen av mer generella insatser i organisationen har i en svensk studie visat samband med chefers egna initiativ till att minska stigma på arbetsplatsen; chefer som arbetade i organisationer som erbjudit föreläsning om psykiska besvär för medarbetare, hade också högre sannolikhet att själva ta upp frågor om depression och ångest bland sina medarbetare [134]. Att involvera människor med egen erfarenhet av psykisk sjukdom i sådan utbildning eller i andra organiserade träffar med medarbetare har också visat sig leda till att anställda får en mer positiv attityd till psykiska besvär [19].

Läs mer på följande sidor på Folkhälsomyndighetens webbplats:

[Arbetslivet - en viktig arena för att minska stigmatisering](#)
[Psykisk hälsa och suicidprevention](#)

Bilaga 3. Signaler i arbetsituationen – individnivå

Innehållet i denna lista är utarbetad utifrån kliniska observationer och erfarenheter. Beskrivningarna i nedanstående lista ska förstås så att man som chef eller arbetskamrat behöver vara uppmärksam på förändrat beteende hos en medarbetare inom dessa områden, till exempel att den anställde går från att ha varit engagerad i sitt arbete/arbetsplats till att bli mindre engagerad eller till och med oengagerad.

Tidiga signaler

Exempel på tidiga signaler är om medarbetaren:

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

Sena signaler

Exempel på sena signaler är om medarbetaren:

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

Bilaga 4. Beskrivning av metodiken för problemlösningssamtal

Syftet med problemlösningssamtal är att medarbetaren med stöd från samtalsledare, ska identifiera och definiera problem samt komma fram till förslag på lösningar. Vidare är målet att individen ska lära sig metodiken för att kunna förbättra sin praktiska förmåga att hantera och lösa problem. Med detta sagt är det också väsentligt att tydliggöra att syftet är att hjälpa medarbetaren till bättre hälsa och förbättrat arbetsförmåga. Vid konflikter och exempelvis medlingssituationer mellan olika parter finns andra samtalsformer.

Vägledning i hur problemlösningssamtal genomförs ges i boken *Problemlösning i arbetslivet: samtal för bättre psykisk hälsa* av Gunnar Bergström, Elisabeth Björk Brämberg, Zana Arapovic-Johansson och Kenneth Nilsson [92]. Dessutom finns en manual samt mallar för samtalen som stöd för att genomföra detta via företagshälsan på [Problemlösning vid psykisk ohälsa I Arbetslivet \(PIA-studien\)](#), Karolinska Institutet

Problemlösningssamtalen innehåller fem steg som involverar både medarbetare och chef samt samtalsledare med arbetsmedicinsk kompetens. Här redogörs kortfattat för varje steg. De två första stegen handlar om utredning och de följande tre är handlar om åtgärder. När problemlösningssamtal genomförs inom företagshälsan är det vanligtvis chef som initierar kontakten och genomför det första steget tillsammans med samtalsledaren från företagshälsan. *Det är dock att rekommendera att chef och medarbetare genomför samtliga delar tillsammans med samtalsledare från företagshälsan.*

Steg 1: Det första steget består av problemorientering. Det inleds med i ett eller flera samtal mellan medarbetarens närmaste chef och samtalsledaren genomföra en problemorientering. Därefter genomförs samma sorts samtal mellan medarbetaren och samtalsledaren innefattande hela livssituationen såväl privat som på arbetet. Uppmärksamheten riktas omväxlande på emotionella reaktioner och kognitiv bearbetning av situationen.

Steg 2: Det andra steget består av problemdefinition och en kartläggning av faktiska förhållanden som är förenade med problemet. Ett viktigt moment som individen tränas i är att tydliggöra och klargöra problemet eller problemen, kort och gott att omvandla ett problem som kan uppfattas som komplext och omfattande, till att bli konkret, specifikt och avgränsat. Att ha en väl underbyggd problemdefinition kan underlätta målformuleringen. Till varje delproblem formuleras mål.

Steg 3: Det tredje steget är sökande efter lösningsalternativ. För att uttömma alla tänkbara lösningsförslag ägnas tid åt att till exempel ”brainstorma” alternativa förslag på lösningar. Såväl mer som mindre genomförbara lösningsalternativ läggs fram, det vill säga utan att värdera lösningsförslagen. Därefter sorteras alternativen och till exempel utvecklas befintliga lösningar.

Steg 4: Det fjärde steget består av att värdera och besluta om lösning. I detta steg granskas lösningsförslagen och värderas i relation till varandra. Målet är att man ska komma fram till en eller några få lösningar. Dessa skrivs in i en handlingsplan. Vid framställandet av handlingsplanen ska medarbetarens chef delta och man beslutar om innehållet i handlingsplanen samt tydliggör också vem som ansvarar för vilken lösning.

Steg 5: Det femte steget är verkställandet av den plan som definierats samt utvärdering av dess hållbarhet dvs att planen fungerar i praktiken.

Problemlösningssamtal ska resultera i en skriftligt överenskommen åtgärdsplan där alla parter är överens om vilka problem som identifierats och vilka åtgärder som beslutats. Planeringen som man kommit överens om dokumenteras. Här ska framgå fördelning av uppgifter och plan för uppföljning och ansvarsfördelning mellan medarbetaren, närmaste chef samt företagshälsan.

Vetenskapliga utvärderingar av problemlösningssamtal, när dessa genomförts inom företagshälsa visar att samtalen förkortar sjukskrivningslängden, [112, 115], tiden till första återgång i arbete [110] samt är en kostnadseffektiv insats [27].

Mer om framtagandet av riktlinjerna

Deklaration av särintressen eller andra jävsförhållanden angående de metoder som rekommenderas i riktlinjerna:

Lisa Björk (riktlinjegruppen): Har medverkat i framtagningen av Suntarbetslivs verktyg ”Chefoskopet”.

Elisabeth Björk Brämberg (riktlinjegruppen): Medförfattare till boken ”Problemlösning i arbetslivet: samtal för bättre psykisk hälsa” (2021), Studentlitteratur.

Kristina Glise (riktlinjegruppen): Står som förstaförfattare till en vetenskaplig artikel som presenterar instrumentet självskattat utmattningssyndrom s-UMS. Det finns dock ingen ekonomisk hantering eller andra förmåner knutna till instrumentet.

Gunnar Bergström (vetenskaplig granskare): Har baserat på problemlösande samtal utvecklat en modell för tillämpning av dessa vid vanlig psykisk ohälsa i arbetslivet. Redaktör för, och författare till boken ”Problemlösning i arbetslivet: samtal för bättre psykisk hälsa” (2021), Studentlitteratur. Forskningsledare för studien ”problemlösningsmetod vid psykisk ohälsa i arbetslivet (PIA-studien). Utvärdering av en insats vid företagshälsan.”

Medverkande i tidigare version av riktlinjerna

Nedan framgår vilka experter som medverkade i framtagningen av den första versionen av riktlinjerna:

Medverkande i riktlinjegruppen:

Irene Jensen, ordförande, professor, Karolinska Institutet.

Christina Björklund, biträdande ordförande, docent, Karolinska Institutet.

Helena Börjesson, chef arbetsmiljö och hälsa, Betania.

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

Emma Cedstrand, leg psykolog, forskningsassistent, Karolinska Institutet.

Marie Dahlgren, kommunikatör, Sveriges Företagshälsor.

David Isaksson, arbetsmiljöingenjör, Företagshälsan FHC AB.

Lydia Kwak, forskare, Karolinska Institutet.

Annelie Mattelin, företagssköterska, arbetsmiljöenheten Högländssjukhuset, Eksjö.

Carl Molander, rehabiliteringsmedicin, Betania företagshälsovård, docent, Karolinska Institutet.

Ebba Nordrup, beteendevetare, Landstingshälsan i Örebro.

Bo Renström, företagsläkare, Globenhälsan.

Jessica Wendel, hälsopedagog, Järnhälsan företagshälsovård.

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

Externa medverkande experter:

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

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

Göran Kecklund, docent, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet.

Peter Munck af Rosenschöld, vd, Sveriges Företagshälsor.

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

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

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

Externa granskare:

Kristina Andersson, ordförande Sveriges företagssköterskor.

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

Claes-Gunnar Ericsson, företagsläkare, Previa. Eva Eriksson Regberg, ordförande Ergonomisektionen, Förbundet Fysioterapeuterna.

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

Lena Haglund, ordförande Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).

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

Åke Nygren, senior professor, Karolinska institutet.

Patrik Nyström, ordförande för Sveriges förening för Arbets- och organisationspsykologer, Psy-kologförbundet.

Gabriel Oxenstierna, docent, KTH, Skolan för teknik och hälsa, Enheten för ergonomi.

Jan Rosen, ordförande, Svenska företagsläkarföreningen.

Camilla Backlund, ordförande, FTF Arbetsmiljö.

Marie Åsberg, senior professor, Karolinska institutet.



Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

www.mynak.se

ISBN 978-91-89747-83-8