

Chefers skattning av medarbetares arbetsförmåga vid vanlig psykisk sjukdom

En enkätundersökning

Titel

Ansvarig forskare/författare: Monica Bertilsson
Göteborgs Universitet

Utgivare: Försäkringskassan
Analysavdelningen

Ansvarig chef: Hanna Larheden

Försäkringskassans
kontaktperson: Helena Persson Schill
010-111 82 06
helena.persson.schill@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Försäkringskassan har finansierat genomförandet av denna forskningsrapport. Författarna är ensamma ansvariga för rapportens innehåll.

Förord

Denna rapport redovisar resultat från ett projekt finansierat av Försäkringskassan under 2022 och 2023.¹

Arbetsförmåga är ett centralt juridiskt begrepp inom sjukförsäkringen. När det gäller vanliga psykiska sjukdomar kan det dock vara svårt att förstå innebörden av arbetsförmåga, både för drabbade individer och bland arbetsgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Avsikten med detta projekt var att bidra till ökad förståelse av arbetsförmåga utifrån chefers perspektiv. På arbetsplatser är det chefer som har en central roll när det gäller arbetsmiljö och rehabilitering, inte minst vid återgång i arbete efter sjukskrivning. Hur chefer skattar arbetsförmåga hos dessa medarbetare har därför betydelse när det gäller stöd och arbetsanpassning. Syftet med projektet var att undersöka hur chefer skattar arbetsförmåga hos medarbetare med vanliga psykiska sjukdomar. Bättre kunskap om och förståelse av arbetsförmåga är relevant och värdefullt för Försäkringskassan, för arbetslivet och hälso- och sjukvård.

Projektet har letts av Monica Bertilsson, universitetslektor och docent vid Göteborgs Universitet. Medarbetare i projektet har varit Lisa Björk, utvecklingsledare och docent vid Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen, Gunnel Hensing, professor och Jenny Hultqvist, universitetslektor och docent, båda vid Göteborgs Universitet. Samtliga medverkande har varit med och skrivit fram rapporten.

Forskarna ansvarar för studiens design, genomförande, analyser och slutsatser.

Stockholm, december 2024

Hanna Larheden
Verksamhetsområdeschef
Försäkringskassan, Avdelningen för ledningsstöd och analys

¹ I projektet har data från ett tidigare projekt använts och analyserats, *Chefens perspektiv – en missad pusselbit* som finansierats av Afa försäkring.

Innehåll

Inledning	7
Bakgrund	8
Chefer och arbetsförmåga hos medarbetare med vanlig psykisk sjukdom	9
Vanlig psykisk sjukdom, arbetsförmåga och sjukskrivning	9
Chefer har betydelse i sjukskrivningsprocessen	10
Psykisk ohälsa omgärdas av stigma och negativa attityder	10
Begreppet arbetsförmåga	11
Syfte och frågeställningar	12
Metod	13
Undersökningsgrupp	13
Datainsamling	14
Instrument och variabler som använts vid analyser	14
Analyser	17
Etisk prövning	17
Resultat	18
Chefers erfarenhet av medarbetare med vanliga psykisk sjukdom	19
Hur chefer uppfattar att medarbetares arbetsförmåga påverkas	21
Bransch och chefers uppfattning om arbetsförmåga	21
Chefers attityd till depression och deras skattning av arbetsförmåga?	22
Kompetens om vanliga psykiska sjukdomar och skattning av arbetsförmåga	22
Slutsatser/diskussion	24
Huvudfynd	25
Skillnad mellan olika typer av sektorer på arbetsmarknaden	25
Negativa attityder till depression	27
Kunskap om bemötande och stöd till medarbetare	28
Den komplexa arbetsförmågebedömningen – en myt?	29
Metoddiskussion	30
Referenser	32

Sammanfattning

Bedömningen av arbetsförmåga är centralt inom sjukförsäkringen. När det gäller vanliga psykiska sjukdomar såsom ångest och depression kan det vara svårt att förstå innebörden av arbetsförmåga och hur den påverkas, både för drabbade individer och bland arbetsgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Avsikten med detta projekt var att bidra till ökad förståelse av arbetsförmåga utifrån chefers perspektiv. Projektets syfte var att undersöka hur chefer skattar arbetsförmåga hos medarbetare med depression- och ångestsjukdom. I projektet har vi använt och analyserat enkätdata från ett tidigare projekt, *Chefers perspektiv – en missad pusselbit* som finansierats av Afa försäkring.

De drygt 1800 chefer som inkluderades i projektet svarade i enkäten att de haft medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom under de senaste två åren. De har sedan besvarat frågor om hur de skattar att arbetsförmågan har påverkats hos dessa medarbetare.

Vi har undersökt arbetsförmåga hos medarbetare med depressions- och ångestsjukdom utifrån chefers uppfattning genom tre olika studier:

- I. om chefers erfarenhet av medarbetare med vanlig psykisk sjukdom och skattning av arbetsförmåga skiljer sig mellan olika typer av sektorer på arbetsmarknaden,
- II. om chefers attityd till depression har något samband med hur de skattar arbetsförmågan, samt,
- III. om chefers kompetens i form av kunskap om och trygghet i bemötande av medarbetare med vanlig psykisk sjukdom har samband med deras skattning av medarbetares arbetsförmåga.

Det övergripande resultatet är att oberoende av i) sektor på arbetsmarknaden, ii) attityd till depression eller iii) kompetens, så skattar chefer arbetsförmåga hos medarbetare med depression eller ångestsjukdom på ett likartat sätt. Det är intressanta, men något oväntade fynd.

Vår ansats var att med mer kunskap om eventuella variationer mellan chefer i relation till sektor, attityd och kompetens skulle vi kunna utveckla anpassade insatser för att stödja chefers kompetensutveckling i förmågan att hantera vanliga psykiska sjukdomar på arbetsplatsen – både avseende förebyggande och rehabiliterande insatser. Det här projektet ger emellertid inte stöd för att det behövs olika typer av insatser. Chefer tycks ha liknande syn på hur vanliga psykiska sjukdomar påverkar arbetsförmåga oavsett sektor, attityder och kompetens.

Summary

Work capacity is a key concept in sickness insurance. However, when it comes to common mental disorders (CMD) such as anxiety and depression, understanding the meaning of work capacity can be difficult, both for affected individuals and among employers and health professionals. The purpose of this project was to contribute to a better understanding of work capacity from the perspective of managers. The aim of the project was to investigate how managers rate the work capacity of employees with depression and anxiety disorders. For this project, we used and analyzed surveydata from a previous project, *Manager's perspective – the missing piece*, funded by Afa insurance. The more than 1800 managers included in this study, reported in the survey that they have had employees with depression and/or anxiety disorders in the last two years. Then, they rated how they had perceived work capacity of these employees.

We have investigated work capacity in employees with CMD from the perceptions of managers through three different studies:

- I. whether managers' experiences of employees with CMD and rating of work capacity differ between different types of sectors in the labour market,
- II. whether managers' attitudes to depression have any association with how they rate work capacity, and,
- III. whether managers' competence as knowledge about and confidence in dealing with employees with CMD is associated with their rating of work capacity.

The overall result is that regardless of sector in the labour market, attitudes to depression or competence, managers rate the work capacity of employees with CMD in a similar way. These are interesting but somewhat unexpected findings.

We assumed that with more knowledge about possible variations between managers in relation to sector, attitude and competence, we would be able to develop customized interventions to support managers' competence development in the management of CMD in the workplace – both in terms of prevention and rehabilitation. However, this project does not support the need for different types of interventions. Managers seem to have similar views on work capacity regardless of sector, attitude and competence.

Inledning

Arbetsgivare har enligt lag en skyldighet att ha en god och säker arbetsmiljö och att förebygga skador och ohälsa på arbetsplatsen. Arbetsgivare har också en skyldighet att ta fram och följa plan för återgång i arbete för anställda som förväntas vara sjukskrivna 60 dagar eller längre. På arbetsplatser är det chefer med personalansvar som håller i frågor om arbetsmiljö och rehabilitering. Därmed har chefer en central roll inte minst i processen kring återgång i arbete för sjukskrivna medarbetare. Trots chefers betydelse i sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen så har försäkringsmedicinsk och annan forskning om sjukfrånvaro och återgång i arbete i liten utsträckning fokuserat på chefers perspektiv, erfarenheter eller kunskap. Vid sjukskrivning och återgång i arbete är individers arbetsförmåga av central betydelse (1). Hur chefer förstår arbetsförmåga hos sina medarbetare har vi dock liten kunskap om. I den här rapporten är fokus på chefers skattning av arbetsförmåga hos medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. Chefens centrala roll vid medarbetares sjukskrivning och återgång i arbete motiverar att de inkluderas i den försäkringsmedicinska forskningen (2, 3).

Detta projekt syftar till att undersöka hur chefer skattar arbetsförmåga hos medarbetare med depressions- och/ eller ångestsjukdom.

Projektet inkluderar chefer från privat och offentlig sektor som har erfarenhet av medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. Projektet baseras på data från en enkät från 2017 (n=3358, svarsfrekvens 71%) och inkluderar drygt 1800 chefers skattning av arbetsförmåga hos sammanlagt minst 2 700 medarbetare, som enligt de deltagande cheferna haft depressions- eller ångestsjukdom under de senaste två åren. Deltagarna rekryterades ur Medborgarpanelen vid SOM-institutet, Göteborgs Universitet samt bland samarbetspartners i HELIX Competence Center, Linköpings Universitet. Vi har i detta projekt undersökt hur chefer skattar arbetsförmåga bland medarbetare med ångest- och depressionssjukdom genom tre olika studier.

Några förtydliganden:

- Vi använder begreppet psykisk ohälsa när vi vill förhålla oss till det mer övergripande området, samt psykiska besvär eller vanlig psykisk sjukdom när det handlar om självskattade besvär eller diagnosticerad sjukdom, vilket avser allt från mild till medelsvår depressions- och ångestsjukdom.
- De chefer som ingår i detta projekt har svarat att de under de senaste två åren haft medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom.
- För frågan om arbetsförmåga och för frågor som relaterar till chefers kompetens poängterade vi i enkäten att frågan avsåg ”depression och/eller ångest”.
- När det gäller chefers attityder avser det enbart depression, för så ser originalskalan ut som undersöker attityder till vanlig psykisk sjukdom bland chefer.

Bakgrund

Arbetsförmåga är ett juridiskt begrepp inom socialförsäkringen och bedömning av arbetsförmåga är centralt. Studier visar att både chefer och vårdpersonal tycker att arbetsförmåga är svårförståeligt (4, 5). Det finns några få begreppsöversikter om arbetsförmåga. Lederer med flera (6) inkluderar 115 studier som på olika sätt definierat arbetsförmåga och de konstaterar att det inte finns någon enhetlig beskrivning av arbetsförmåga, men att det verkar finnas en genomgående uppfattning att arbetsförmåga är något relationellt mellan individ och omgivning.

Detta utvecklar professor Juhani Ilmarinen, i sin modell som han kallar "Arbetsförmågehuset". Modellen visar fyra våningsplan i huset, som var och en har betydelse för arbetsförmågan. De första tre planen avser individens resurser i form av "hälsa och funktionsförmåga", "kompetens", samt "värderingar, attityder och motivation". Det fjärde planet avser "arbetsförhållanden" såsom arbetsuppgifter, arbetsmiljö och ledarskap. Utanför huset visar också professor Ilmarinen hur faktorer som livssituation och samhälleliga faktorer kan påverka arbetsförmåga (7).

I en översikt av Cadiz med flera (8) påpekas skillnaden mellan den arbetsförmåga som individer upplever och en mer objektivt bedömd arbetsförmåga, och att studier saknas som undersökt skillnad och samstämmighet mellan dessa perspektiv. Det finns dock en norsk studie som jämfört sjukskrivna patienters bedömning av sin egen arbetsförmåga med läkarens bedömning av arbetsförmågan (9). I den studien fann de att för patienter med muskuloskeletal sjukdom var det mer sannolikt att patienten skattade en lägre arbetsförmåga än läkaren. När det kom till depression var det dock tvärtom, läkaren skattade en lägre arbetsförmåga än patienten. För patienter med ångest- och andra psykiska sjukdomar gick resultatet i samma riktning som för depression, men var inte statistiskt säkerställt (9). Kunskap om på vilket sätt arbetsförmåga påverkas vid just vanlig psykisk sjukdom såsom ångest- och depressionssjukdomar är fortfarande begränsad (1, 2).

På arbetsplatsen förväntas medarbetare utföra sitt arbete och det är här som arbetsförmågan tas i bruk. Förutom individen själv så är chefen en av de personer som kommer i kontakt med medarbetares arbetsförmåga. Det är arbetsgivaren som enligt lagstiftning har ansvar för att leda och fördela arbetet, förebygga sjukskrivning, och vid sjukskrivning upprätta en plan för återgång i arbete. I praktiken hamnar detta ansvar på chefer. Det är den närmaste chefen som därför lyfts fram som en av nyckelpersonerna när det gäller stöd till medarbetare och i rehabiliteringsprocessen (2, 3, 10). En viktig åtgärd under återgång i arbete är arbetsanpassning (3, 11, 12).

I Sverige förtydligas arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning i Arbetsmiljöföreskriften 2020:5 om Arbetsanpassning (13). I föreskriften framgår att "arbetsanpassning är en individuell åtgärd i den fysiska, organisatoriska eller sociala arbetsmiljön som syftar till att en person med nedsatt förmåga att utföra sitt vanliga arbete kan fortsätta arbeta eller återgå i arbete". Arbetsanpassning är alltså en åtgärd som ska kompensera nedsatt arbetsförmåga, och arbetsgivaren är via utsedd chef ansvarig för sådana åtgärder (3). Men i vilken utsträckning och på vilket sätt ett

arbete kan anpassas beror givetvis på bransch- och yrkesspecifika villkor. Både arbetsförmåga och arbetsanpassning får därmed olika innebörd inom olika branscher på arbetsmarknaden. För att kunna anpassa arbetet behöver chefer förstå hur arbetsförmågan påverkas. Men det finns idag ingen systematisk kunskap om hur chefer inom olika typer av sektorer på arbetsmarknaden uppfattar arbetsförmåga hos medarbetare med vanliga psykiska sjukdomar.

Chefer och arbetsförmåga hos medarbetare med vanlig psykisk sjukdom

Vad vi känner till finns två kvalitativa studier där man intervjuat chefer om deras erfarenhet av arbetsförmåga hos medarbetare med psykiska besvär. Den ena är en studie som inkluderar chefers erfarenhet av olika typer av psykiatrisk sjukdom, vilket minskar överförbarhet till personer med vanlig psykisk sjukdom (14). Symptom vid till exempel allvarlig psykisk sjukdom (som schizofreni), neuropsykiatriska tillstånd (som ADHD) respektive vanliga psykiska sjukdomar påverkar funktionsförmågan på olika sätt, vilket leder till olika förutsättningar och konsekvenser för arbetsförmågan. I den andra studien har man i åtta fokusgrupper intervjuat 31 chefer om deras erfarenhet av arbetsförmåga hos medarbetare med depressions- och ångestsjukdom (15). Resultaten i den studien överensstämmer i hög grad med fynden gjorda i kvalitativa studier med individer som själva har besvären (16, 17). Det visar att chefer kan förstå och skatta arbetsförmåga hos medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. Vi har inte funnit någon enkätstudie till chefer i denna fråga.

I andra kvalitativa studier framkommer att chefer tycker det är svårt att förstå hur arbetsförmågan påverkas (18, 19). Chefer efterfrågar mer kunskap (4, 20) och det är rimligt att tro att chefer som fått kunskapshöjande insatser också har bättre förutsättningar att förstå hur arbetsförmågan påverkas. Vad vi känner till finns inga studier som undersökt det. Studier har dock funnit att chefer som deltagit i chefsutbildning där de fått information om hur de ska stödja medarbetare med vanlig psykisk sjukdom i högre grad utför preventiva åtgärder och arbetsanpassning (11, 21). Men det verkar vara få chefer gått sådan chefsutbildning (20, 22). I en svensk studie bland drygt 3000 chefer svarar bara 25 procent att de gått en sådan utbildning (22).

I kvalitativa studier framkommer också att chefer generellt känner sig osäkra när det gäller vanlig psykisk sjukdom bland medarbetare (18, 19). Det påverkar till exempel hur de tar kontakt med dessa medarbetare, ju mer säkra de känner sig ju mer kontakt tar chefer (23). Hur säkra chefer känner sig i bemötande av medarbetare med psykisk ohälsa har också visat samband med chefers användning av arbetsanpassningsåtgärder (11) och om de tar upp psykisk ohälsa som samtalsämne bland medarbetare (24). I föreliggande projekt ska vi undersöka om det har betydelse också för hur chefer uppfattar och skattar arbetsförmåga bland dessa medarbetare.

Vanlig psykisk sjukdom, arbetsförmåga och sjukskrivning

Nedsatt arbetsförmåga ger konsekvenser och idag är vanliga psykiska sjukdomar den vanligaste diagnosen på läkarintygen vid sjukfrånvaro i Sverige (25). Ofta påverkas medarbetarens arbetsförmåga även lång tid efter återgång i arbete, vilket kan bidra till återfall i sjukskrivning (26). Psykiatriska diagnoser står för omkring vart

tredje startat sjukfall och vartannat pågående sjukfall (27). Merparten utgörs av depressions- och ångestsjukdom, samt stressrelaterad sjukdom. I litteraturen är det vanligt att tala om Common Mental Disorders (CMD) eftersom dessa sjukdomar är just vanliga (common) i befolkningen. Omkring 15 procent av befolkningen i arbetsför ålder beräknas ha vanlig psykisk sjukdom eller psykiska besvär (28). På svenska använder vi begreppet vanlig psykisk sjukdom, men ibland kan man också finna begreppet lättare psykisk sjukdom vilket då ställs i relation till svår psykisk sjukdom som schizofreni (2).

Den nedsatta arbetsförmågan påverkar återgång i arbete (29) men verkar också ha långtgående konsekvenser då självskattad nedsatt arbetsförmåga har större betydelse för sjukskrivning ett år fram i tiden än självskattade psykiska besvär (30). För individer med psykiska besvär så blir arbetsplatsen en särskilt viktig arena för stöd. Om dessa inte får stöd i ett tidigt skede på arbetsplatsen så kan deras tillstånd utvecklas till sjukdom med stor risk för sjukskrivning. Chefer har därmed en viktig roll i att stödja dessa medarbetare, och deras förståelse av arbetsförmågan utgör en viktig kunskap och ett betydande verktyg i det arbetet, men också vid återgång i arbete efter sjukskrivning. Personer som återgår i arbete med kvarvarande symptom riskerar återfall i sjukskrivning om de inte får arbetsanpassning.

Chefer har betydelse i sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivningsprocessen startar på arbetsplatsen då en individ på grund av psykiska besvär börjar få svårt att klara av sina arbetsuppgifter (10). När individen söker sjukvård använder läkare gärna "komplementära informationskällor" utöver den egna medicinska kompetensen för att bedöma en patients arbetsförmåga och behov av sjukskrivning (31). Ett exempel på en sådan informationskälla var chefer, som läkarna i studien lyfte fram som en mer objektiv informationskälla är patienten själv (31). Men Seing med flera (12) fann i en kvalitativ studie att de deltagande cheferna snarare antog ett medicinskt perspektiv och lyfte medarbetarens symptom snarare än arbetsförmågan när de deltog i rehabiliteringsmöten. Det är ett fynd som återspeglas i en experimentell studie där svenska chefer fick se en kort filmad videovinjett där en person berättar om sina besvär att klara av jobbet för en fiktiv chef, efteråt fick cheferna rekommendera om personen i vinjetten enligt deras mening behöver sjukskrivning eller inte. De som svarade att de rekommenderade sjukskrivning, motiverar sjukskrivningen med att personen behöver återhämtning och tid för behandling. Endast 30 procent motiverade sjukskrivningen med nedsatt arbetsförmåga (22). I en annan studie undersöktes om chefer rekommenderat medarbetare med depression och/eller ångestbesvär att sjukskriva sig, och det svarade 40 procent att de hade gjort (32). Dessa fynd tyder på att chefer har betydelse i sjukskrivningsprocessen.

Psykisk ohälsa omgärdas av stigma och negativa attityder

Ett dilemma vid psykisk sjukdom är den stigmatisering och de negativa attityder som råder kring dessa sjukdomar både i samhället och på arbetsplatser (33, 34). Även bland chefer finns negativa attityder till vanliga psykiska sjukdomar (35, 36). I en tidigare studie fann vi att 20 procent av svenska chefer hade en negativ attityd till depression, och det var en större andel bland män jämfört med kvinnor (35). Stigmatisering och negativa attityder kan försvåra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (33, 37). Många anställda med erfarenhet av vanlig psykisk

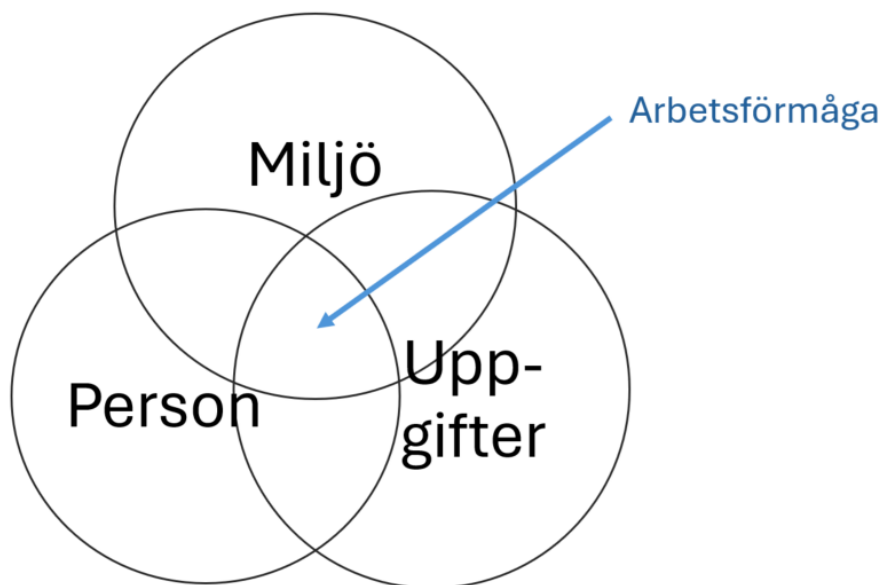
sjukdom har i intervjustudier beskrivit att man drar sig för eller inte vågar berätta om sina psykiska besvär på jobbet (38).

Några svenska tvärsnittsstudier har undersökt om chefers attityder till depression har något samband med deras agerande på arbetsplatsen (11, 24, 39). Hultqvist et al (24) fann att chefer med negativ attityd till depression hade en lägre sannolikhet för att bedriva insatser på arbetsplatsen för att förebygga psykisk ohälsa. Bertilsson et al (11) fann att chefer med negativ attityd i lägre grad rapporterade att de använde anpassningsåtgärder för medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. I en annan studie av Bertilsson et al (39) som undersökte hur chefer fick kännedom om medarbetares psykiska besvär, fann man ett samband mellan chefers negativa attityder och att de fick kännedom på andra sätt än att medarbetare själva berättade för dem. Däremot fann Hultqvist et al (32) i en studie om chefers sjukskrivningsrekommendationer, inget samband mellan negativa attityder till depression och deras rekommendationer avseende sjukskrivning för en person i den filmade videovinjett vi beskrivit i avsnittet ovan.

Begreppet arbetsförmåga

Inom socialförsäkringen används begreppen aktivitetsförmåga och arbetsförmåga. Läkare ska i läkarintyg beskriva hur patientens *aktivitetsförmåga* är nedsatt och hur detta påverkar arbetsförmågan. Försäkringskassan tar sedan ett juridiskt beslut om personen har nedsatt *arbetsförmåga i enlighet med regelverket*. Utgångspunkten för bedömningarna är olika, läkare utgår från diagnos, funktionsnedsättning och patientens arbete och arbetsuppgifter enligt [DFA-kedjan](#). Försäkringskassan utgår från rehabiliteringskedjan när bedömningen av arbetsförmåga görs.

I det här projektet utgår vi från den teoretiska modellen Person–Environment–Occupation Model (PEO-modellen) (40). Inom arbetsterapi är modellen ofta använd för att förstå människors aktivitetsförmåga och på arbetsplatsen kan aktivitetsförmåga enligt PEO jämföras med arbetsförmåga. Modellen beskriver arbetsförmåga som en dynamisk interaktion mellan medarbetarens kapacitet och resurser, arbetsmiljöns egenskaper och de specifika arbetsuppgifter som medarbetaren har, vilket innebär att i arbetsförmåga finns en hög grad av komplexitet (40). Modellen brukar beskrivas med tre cirklar (individen, arbetsmiljön, arbetsuppgiften), se figur 1. I ”överlappet” i mitten av de tre cirkelarna, vid den blå pilen, menar modellen att vi finner individens arbetsförmåga.



Figur 1: Person-Environment-Model. Arbetsförmågan finns i mötet mellan person, miljö och uppgifter, vid den blå pilen.

Med modellen som utgångspunkt kan vi exempelvis tänka oss att en medarbetares arbetsuppgift består av att "använda olika digitala system". Om den arbetsuppgiften ska utföras i ett enskilt rum, i ett öppet kontorslandskap, i en reception med mycket folk eller på ett stort lager så ger de olika miljöerna helt skilda förutsättningar att utföra uppgiften. Några personer kan klara uppgiften oavsett var den ska utföras. Det kan exempelvis bero på digital kompetens eller motivation att utföra uppgiften. För en person med psykiska symtom kan miljön vara avgörande. Beroende på typ av symtom kan det enskilda rummet vara den enda möjliga miljön.

Eftersom chefer möter medarbetare på arbetsplatsen, får de insyn i PEO modellens alla tre delar: arbetsmiljö, arbetsuppgifter och medarbetarens individuella förutsättningar. Mer kunskap om hur chefer skattar arbetsförmåga i olika sektorer, i relation till attityder till depression och deras egen kompetens i förhållande till psykisk sjukdom är viktigt för att identifiera om framtida stöd till chefers kompetensutveckling behöver anpassas i relation till dessa tre områden. Om chefer i olika sektorer av arbetsmarknaden skattar arbetsförmåga på olika sätt kan det bero på att arbetsförmågan påverkas olika beroende på sektor. Stöd till chefer kan då behöva utformas på olika sätt.

Syfte och frågeställningar

Projektet syftar till att undersöka hur chefer, utifrån deras erfarenhetsbaserade förståelse, skattar arbetsförmåga hos medarbetare med vanliga psykiska sjukdomar. Specifika frågeställningar är:

1. Skiljer sig chefers skattning av arbetsförmåga mellan olika typer av sektorer på arbetsmarknaden?
2. Finns det samband mellan chefers attityd till depressionssjukdom och hur chefer skattar medarbetarens arbetsförmåga?
3. Finns det samband mellan chefers kompetens i förhållande till vanlig psykisk sjukdom och deras skattning av medarbetarens arbetsförmåga?

Metod

I det här projektet har vi analyserat data från *Chefens perspektiv- en saknad pusselbit* (AFA försäkring, dnr 150378) (22), som genomfördes i forskningsprogrammet *New Ways – mental health at work* (FORTE 2013–2021). Programmet, som avslutades i juni 2021, syftade till att utveckla kunskap för att identifiera, behandla och stödja personer med vanlig psykisk sjukdom att vara kvar i arbete. Studierna i det här projektet har en explorativ tvärsnittsdesign.

Undersökningsgrupp

Data samlades in 2017 genom en webbaserad enkät till svenska chefer (22). Enkätens frågor pilottestades av tio chefer. För att kunna bjuda in presumtiva studiedeltagare kontaktades chefer/arbetsledare på två sätt:

1) Medborgarpanelen vid SOM-institutet vid institutionen för Journalistik och Masskommunikation vid Göteborgs universitet (<https://www.gu.se/som-institutet/medborgarpanelen>).

Deltagarna i Medborgarpanelen rekryteras både genom slumpmässiga befolkningsurval och genom självrekryterade urval. I Medborgarpanelen gjordes ett randomiserat urval av 5000 chefer baserat på två inklusionskriterier:

- att i en tidigare undersökning i panelen i juni 2017 (cirka 60 000 deltagare) ha definierat sig själv som en person i arbetsledande ställning
- vara i åldern 20-65 år.

2) HELIX Competence Centre vid Linköpings universitet som var ett forskningscenter med fokus på arbetslivsfrågor (<https://liu.se/forskning/helix-competence-centre>).

HELIX Competence Centre hade etablerade partnerskap med både offentliga och privata arbetsgivare. Via HELIX accepterade åtta arbetsgivare att delta. De tillhandahöll 556 e-postadresser till chefer inom sina respektive verksamheter.

För att säkerställa att studiedeltagare hade en chefsbefattning innehöll enkäten en kontrollfråga där den tillfrågade kunde svara på frågan om de hade en chefs-/arbetsledande befattning. De personer som svarade nej exkluderades ur studien.

Enkäten gick ut till drygt 4 700 svenska chefer, varav drygt 3 300 svarade, svarsfrekvens 71 procent (22). I aktuellt projekt inkluderades de chefer som svarat att de hade haft en eller flera medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom under de senaste två åren, $n=1819$, 64 procent. Av de 1 819 hade 927 chefer erfarenhet av en medarbetare och 892 chefer erfarenhet av två eller flera medarbetare vilket tillsammans innebär att deltagarnas skattning av arbetsförmåga baseras på erfarenhet från minst 2700 medarbetare som enligt cheferna hade depressions- och/eller ångestsjukdom

Datainsamling

Medborgarpanelen vid SOM-institutet hanterade enkätutskick, datainsamling, iordningställande av data set och teknisk rapport.

Enkäten innehöll frågor om bland annat attityder till medarbetare med depression, erfarenhet och kunskap om vanlig psykisk sjukdom, t ex chefsutbildning som inkluderat kunskap om hur man stöttar medarbetare med dessa sjukdomar samt organisatoriska faktorer tex. bransch och antal anställda).

De 1 819 deltagare som svarat att de haft medarbetare med depression eller ångest under de senaste två åren fick också svara på frågor om hur de fått kännedom om medarbetarnas besvär (39), om de uppmanat någon av dem att sjukskriva sig (32), vilka arbetsanpassningsåtgärder de använt (11) samt deras uppfattning om hur arbetsförmågan påverkats. Den sista frågan är i fokus för detta projekt.

Instrument och variabler som använts vid analys

Hur vi mätte "Chefers skattning **av** arbetsförmåga"

För att undersöka hur chefer skattar arbetsförmågan hos medarbetare med depression och ångest ställdes följande fråga: *"Arbetsförmåga kan påverkas av depression och ångest. Tänk tillbaka på de medarbetare som haft depression och/eller ångest under de senaste två åren på din nuvarande arbetsplats. Utifrån din uppfattning, hur påverkades arbetsförmågan hos dessa medarbetare?"*

Frågan följdes av nio delfrågor (Tabell 1) som var och en beskrev en aspekt av arbetsförmåga. Varje delfråga hade fyra svarsalternativ från "påverkades inte alls" till "blev mycket svårare" samt det femte alternativet "vet inte". Att inkludera "vet inte" som ett svarsalternativ kan öka validiteten i frågorna, samt minska internt bortfall. De nio delfrågorna var omarbetade från Capacity to Work Index, C2WI (41). C2WI är ett index som utvecklats vid Avdelningen för Samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs Universitet och inom forskningsprogrammet New Ways, för att fånga och mäta arbetsförmåga hos anställda personer med vanlig psykisk sjukdom. C2WI är utvecklat ur kvalitativa studier om arbetsförmåga hos individer med vanlig psykisk sjukdom (16, 17, 42).

Inför analyser av de tre frågeställningarna, så bearbetades de nio frågorna med hjälp av faktoranalys. Svarsalternativet "vet inte" uteslöts i de inferentiella analyserna. Inferentiella analyser går ut på att med hjälp av ett urval uppskatta olika värden och därigenom dra slutsatser för en population. De nio delfrågorna har sedan genom faktoranalysen grupperats till två komponenter. I komponent ett ingår delfrågorna 1, 2, 4, 5, 6 och i komponent två ingår delfrågorna 3, 7, 8, 9. Vi har kallat komponenterna *Uppgiftsorienterad arbetsförmåga* (Cronbachs alfa, 0.81) och *Relationell arbetsförmåga* (Cronbachs alfa, 0.70), se tabell 2.

Tabell 1 Delfrågor till frågan " Arbetsförmåga kan påverkas av depression och ångest. Tänk tillbaka på de medarbetare som har haft depression och/eller ångest under de senaste två åren på din nuvarande arbetsplats. Utifrån din uppfattning, hur påverkades arbetsförmågan hos dessa medarbetare?

1.	Att komma igång med arbetsuppgifter
2.	Att kunna prioritera bland arbetsuppgifter
3.	Att samspela med andra människor
4.	Att kunna koncentrera sig
5.	Att komma ihåg
6.	Att upprätthålla arbetstempo
7.	Att delta i sociala arbetsmiljöer (t ex kafferast)
8.	Att behålla ett lugn och inte varva upp
9.	Att klara av yttre störning (t.ex samtal i närheten)

Tabell 2 Fördelning av delfrågor inom Uppgiftsorienterad arbetsförmåga och Relationell arbetsförmåga.

Uppgiftsorienterad arbetsförmåga	Relationell arbetsförmåga
Att komma igång med arbetsuppgifter	Att samspela med andra människor
Att kunna prioritera bland arbetsuppgifter	Att delta i sociala arbetsmiljöer t ex kafferast
Att kunna koncentrera sig	Att behålla ett lugn och inte varva upp
Att komma ihåg	Att klara av yttre störning t.ex samtal i närheten
Att upprätthålla arbetstempo	

Indelning av arbetsmarknaden i olika typer av sektorer

För den första frågeställningen har vi delat in arbetsmarknaden i tre olika typer av sektorer och gjort tre olika analyser:

Typ 1. Indelning i fyra olika sektorer (grupper) baserat på privat eller offentlig organisation

Typ 2. Indelning i tre olika sektorer (grupper) baserat på bransch

Typ 3. Indelning i sju olika sektorer (grupper) baserat på bransch

Sektorsindelning typ 1

I enkäten fanns frågor om offentlig och privat sektor. Här har vi delat in dessa i privat, statlig, landsting/region/kommunal och icke-vinstdrivande organisation. Denna indelning användes för första analysen.

Sektorsindelning typ 2

Deltagarna har svarat på vilken bransch de arbetar inom. För bransch användes Standarden för svensk näringsgrensindelning, [SNI](#), som används för att klassificera enheter som företag och arbetsställen efter deras ekonomiska aktiviteter. För bransch fanns det 16 olika svarsalternativ.

För denna sektorsindelning har branscher grupperats i fyra grupper utifrån karaktäristika i arbetsuppgifter enligt Fine et al (43). Fine et al har benämnt grupperna som "blå sektor" som främst arbetar med ting (t ex industri, hantverkare), "vit sektor" som främst arbetar med symboler som bokstäver och siffror (t ex finans, IT), "rosa sektor" som främst arbetar med människor, samt en "övrigt sektor". I tabell

3 framgår hur branscherna delades in. Denna indelning använde vi i den andra analysen.

Tabell 3 Sektorsindelning typ 2: indelning av branscher i blå, vit, rosa och övrigt sektor.

Blå sektor	Vit sektor	Rosa sektor	Övrigt sektor
Tillverkningsindustri	Finans- och försäkringsverksamhet	Handel	Kultur, fritid, nöje
Byggverksamhet, hantverkare	IT, informations och kommunikationsverksamhet	Hotell och restaurangverksamhet	Övrigt
Försörjning av el, värme, vatten, avlopp, avfall	Offentlig förvaltning och försvar	Utbildning	
Transport	Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap, teknik	Vård- och omsorg, sociala tjänster	
Jordbruk, skogsbruk, fiske			
Utvinning av mineral			

Sektorsindelning typ 3

Här gjorde vi en mer detaljerad indelning baserad på en tidigare studie av Cerdas et al (44). Indelningen utgår från SNI men tar även hänsyn till könsfördelning i olika branscher. De resulterande grupperna var maskinhantering, varu- och energiproduktion, kunskapsintensiv service, personalintensiv service, offentlig förvaltning, utbildning, hälso- och sjukvård/social omsorg. Denna indelning använde vi i den tredje analysen.

Chefers attityder till depression

För den andra frågeställningen använde vi frågor om chefers attityder till medarbetares depression, som tillhör instrumentet "Managerial stigma towards employee depression". Instrumentet mäter chefers affektiva, kognitiva och beteendemässiga attityder till medarbetare med depression. Det är vad vi känner till det enda frågeformulär som riktar sig till chefer och har utvecklats i Australien (36, 45). Instrumentet har översatts och kulturellt anpassats till svenska språket och svenska förhållanden av vår forskargrupp. Det är en skala med tolv frågor med poängintervall 12–72, där högre poäng representerar mer negativa attityder. Frågorna på skalan poängsätts från 1, instämmer inte alls till 6, instämmer helt. Den svenska versionen har använts i flera studier (11, 35, 39). Cronbachs alfa i studiepopulationen i vår studie var 0.87 vilket visar en mycket god intern konsistens och reliabilitet.

Chefers kompetens om vanlig psykisk sjukdom

För den tredje frågeställningen om chefers kompetens använde vi två frågor ur enkäten som relaterar till chefers kompetens.

Den ena frågan löd "Har du deltagit i någon chefsutbildning där du fått information om vad du som chef kan göra för att stödja en medarbetare med depression och ångest?", med svarsalternativen 1) Ja, under de senaste två åren 2) Ja, längre än två år tillbaka i tiden 3) Nej. I analyser har svarsalternativen dikotomiserats till Ja (1 och 2) samt Nej. Frågan har inspirerats av en australiensisk studie som undersökt chefers utbildningsbehov (20).

Den andra frågan löd "Jag känner mig säker på hur jag som chef/arbetsledare kan stödja en medarbetare som har depression och/eller ångest", där frågan fick poängsättas på en skala från 1 (Instämmer inte alls) till 6 (instämmer helt). Frågan är översatt från en australiensisk studie till chefer (20). Variabeln dikotomiserades med en cut-off vid medianen (=3).

I inledande analyser visade det sig att den första frågan inte hade något samband med chefers skattning av arbetsförmåga, varför endast den andra frågan inkluderades i fortsatta analyser.

Analys

I studie 1 användes beskrivande statistik för att besvara den första frågeställningen om samband mellan sektorer och chefers skattning av arbetsförmåga. Skillnader i proportioner mellan kategorier av branscher (tre olika indelningar av branscher se ovan) när det gäller chefers erfarenhet av en, kontra flera, anställda med vanlig psykisk sjukdom undersöktes med hjälp av Chi-2 test. För att besvara den andra delfrågan utfördes tre separata multivariata kovariansanalyser (MANCOVAs) för att undersöka om typ av bransch hade ett samband med chefers skattningar av hur anställdas arbetsförmåga påverkas av vanlig psykisk sjukdom, kontrollerat för organisationens storlek samt antalet anställda som chefernas hade ett arbetsledande ansvar för. Referenskategorierna i variansanalyserna när det gällde de tre olika sektorsindelningarna var kommun/region(landsting), "rosa sektor" respektive hälso- och sjukvård/social omsorg.

I studie 2 genomfördes en MANCOVA för att undersöka den andra frågeställningen om chefers attityder till anställda med depression hade ett samband med chefers skattningar av hur anställdas arbetsförmåga påverkas av vanlig psykisk sjukdom, kontrollerat för kön, utbildningsnivå, sektor ("blå sektor", "vit sektor", "rosa sektor" och "övrigt sektor", se tabell 3) samt organisationens storlek. I analysen användes en summavariabel av skalan "chefers attityder till depression" indelad i kvartiler (fyra grupper) eftersom den oberoende variabeln i en variansanalys ska bestå av grupper.

I studie 3 genomfördes också en MANCOVA för att undersöka den tredje frågeställningen om chefers kompetens i form av "hur säker jag är på hur jag som chef/arbetsledare kan stödja en medarbetare som har depression och/eller ångest" hade ett samband med chefers skattningar av hur anställdas arbetsförmåga påverkas av vanlig psykisk sjukdom, kontrollerat för kön, chefsutbildning om vanlig psykisk sjukdom, samt sektor ("blå sektor", "vit sektor", "rosa sektor" och "övrigt sektor", se tabell 3.)

Analyserna genomfördes också med kovariaternas fulla varians, men då resultaten från dessa analyser inte skiljde sig från analyserna med de dikotomiserade kovariaterna presenteras endast de senare i resultatet. För att genomföra analyserna har statistikprogrammet IBM-SPSS version 26 (IBM, Armonk, NY, USA) använts.

Etisk prövning

Projektet har godkänts av Etikprövningsnämnden i Göteborg, 2017 Dnr:165-17.

Resultat

I resultatet beskrivs studiepopulationen genom bakgrundsuppgifter och arbetsrelaterad information. Vidare beskrivs chefers erfarenheter av medarbetare med vanlig psykisk sjukdom per bransch, samt chefers skattning av hur arbetsförmågan påverkas hos medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. Därefter redovisas resultatet för respektive frågeställning. I samtliga tabeller är redovisade procentsatser beräknade på antal personer som svarat på en specifik fråga.

Tabell 4 visar studiedeltagarnas sociodemografiska data och information relaterad till deras arbetsplatser. Majoriteten studiedeltagare var män (62%), och 69 procent av studiedeltagarna var mellan 40-59 år. De flesta av studiedeltagarna (64%) hade en högskole- eller universitetsexamen, och 22 procent hade också en examen från forskarutbildning. Majoriteten, 48 procent arbetade i verksamheter med upp till 250 anställda, och endast nio procent hade ansvar för fler än 40 medarbetare.

Tabell 4 Deltagarnas sociodemografiska bakgrundsuppgifter och arbetsrelaterad information.

		n	%
Kön	Man	1 117	62
	Kvinna	694	38
Ålder	20-39 år	295	17
	40-49 år	590	32
	50-59 år	676	37
	+ 60 år	257	14
Utbildningsnivå	Gymnasieutbildning eller kortare	247	14
	Högskole- el. universitetsexamen, minst 3 år	1 172	64
	Examen Forskarutbildning	398	22
Sektor	Offentlig sektor	745	41
	Privat sektor	940	52
	Icke-vinstdrivande	133	7
Antal anställda	Upp till 250 anställda	869	48
	251-1 000 anställda	281	15
	Fler än 1000 anställda	668	37
Antal underställda	0	135	8
	1 – 5	485	27
	6 - 10	408	22
	11 – 20	366	20
	21 – 40	255	14
	41 – 50	65	4
	Fler än 50	98	5

I Tabell 5 beskrivs studiepopulationen i relation till bransch. Flest studiedeltagare fanns inom branschområdena vård, omsorg och sociala tjänster (15,7%), utbildning (12,7%) och offentlig förvaltning och försvar (11,3%).

Tabell 5 **Studiepopulationen i relation till branschområden**

Branschområden	N	%
Jordbruk, skogsbruk, fiske	15	0.8
Utvinning av mineral	8	0.4
Tillverkningsindustri	168	9.3
Byggverksamhet och hantverkare	71	3.9
Försörjning av el, värme, vatten, avlopp, avfall	28	1.5
Handel	88	4.9
Transport	67	3.7
Hotell och restaurangverksamhet	36	2.0
IT, informations- och kommunikationsverksamhet	189	10.4
Finans- och försäkringsverksamhet	38	2.1
Utbildning	231	12.7
Vård och omsorg, sociala tjänster	284	15.7
Offentlig förvaltning och försvar	205	11.3
Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik	102	5.6
Kultur, nöje, fritid	87	4.8
Annan typ av verksamhet	197	10.9

Chefers erfarenhet av medarbetare med vanliga psykisk sjukdom

Tabell 5 visar att det fanns en skillnad mellan sektorer, oavsett indelning, i andelen (%) chefer med erfarenhet av en kontra flera medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. I den första indelningen när vi jämförde mellan privat och offentliga sektorer, hade privata företag en högre andel (45%) chefer som hade upplevt flera anställda med vanlig psykisk sjukdom, jämfört med cheferna i de andra tre sektorerna (8%–30%).

I den andra indelningen, där vi delade in branscher i fyra sektorer i termer av det huvudsakliga arbetsobjektet; var det högst andel chefer inom rosa sektor (39 %) som hade erfarenhet av flera anställda med vanlig psykisk sjukdom medan andelen i övriga sektorer varierade mellan 16 och 29 procent. I den rosa sektorn ingick exempelvis handel, utbildning, vård och omsorg (tabell 3). För den tredje typen av sektorsindelning, arbetsobjekt plus könssammansättning, återfanns den högsta andelen chefer med flera erfarenheter av vanlig psykisk sjukdom i offentlig förvaltning (20 %) och kunskapsintensiv service (19%), följt av utbildning och vård och omsorg.

Tabell 5 Chefers erfarenheter av medarbetare med vanlig psykisk sjukdom per bransch

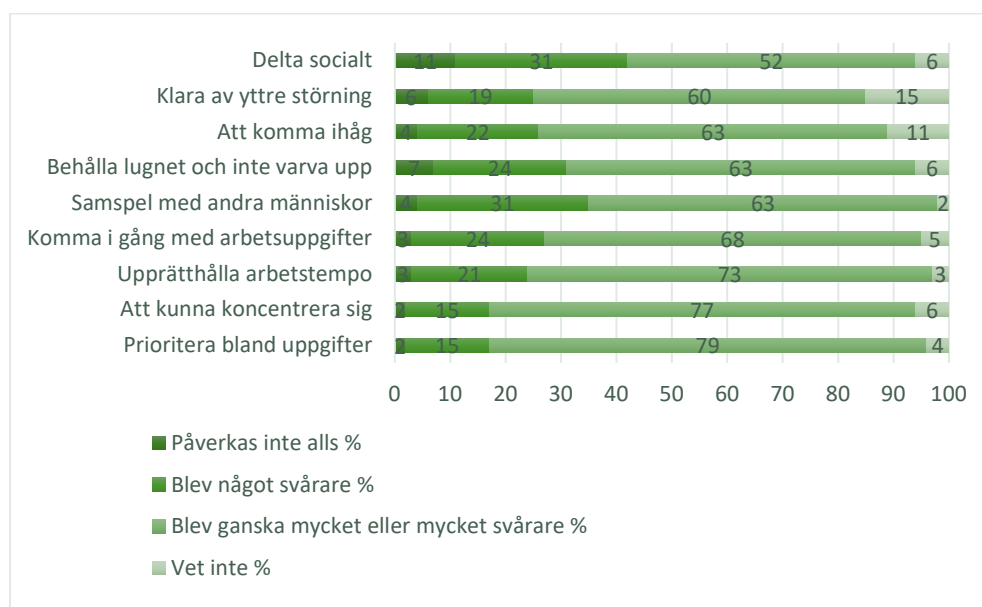
Branschindelning baserat på:	Erfarenhet av en medarbetare med vanlig psykisk sjukdom n (%)	Erfarenhet av flera medarbetare med vanlig psykisk sjukdom n (%)	p-värde*
Sektor			<0.001
Statlig	119 (12.8)	155 (17.4)	
Icke vinstdrivande	58 (6.2)	75 (8.4)	
Privat	543 (58.7)	397 (44.6)	
Kommun + region	207 (22.3)	264 (29.6)	
Arbetsobjekt			<0.001
Annat	141 (15.2)	148 (16.6)	
Blå sektor	215 (23.2)	142 (15.9)	
Vit sektor	279 (30.1)	255 (28.6)	
Rosa sektor	292 (31.5)	347 (38.9)	
Arbetsobjekt+ könssamman- sättning			<0.001
Maskinhantering	89 (10.7)	64 (8.0)	
Varu- och energiproduktion	126 (15.2)	78 (9.9)	
Personalintensiv service	110 (13.3)	101 (12.8)	
Kunskapsintensiv service	181 (21.9)	148 (18.8)	
Utbildning	101 (12.2)	130 (16.5)	
Offentlig förvaltning	123 (14.9)	161 (20.4)	
Hälso- och sjukvård/social omsorg	98 (11.8)	107 (13.6)	

*p- värde från Chi-2 test avseende skillnader i proportioner mellan kategorier av branscher gällande chefers erfarenhet av en kontra flera medarbetare med vanlig psykisk sjukdom kontrollerade för antalet anställda i organisationen och antalet anställda per chef. P-värde används för att skatta hur stor den slumpmässiga osäkerheten är i ett visst urval. Ett lågt p-värde, lägre än 0,05, brukar tolkas som att den slumpmässiga osäkerheten är låg. Det innebär att ett resultat i urvalet med stor sannolikhet också gäller för den population som urvalet dragits från.

Hur chefer uppfattar att medarbetares arbetsförmåga påverkas

Av Figur 2 framgår att majoriteten av cheferna svarade att arbetsförmågan påverkas i hög grad i samtliga av de nio olika aspekter av arbetsförmåga som vi undersökte. En stor andel av cheferna ansåg att förmågan att prioritera bland arbetsuppgifter (79%), att kunna koncentrera sig (77%) samt att upprätthålla arbetstempo (73%) blev ganska mycket svårare eller mycket svårare. Resultaten visar också att det finns en osäkerhet hos cheferna (vet inte) kring förmågorna att komma ihåg (11%) och att klara av yttre störningar (15%) som exempelvis samtal som pågår i närheten. Det är få chefer som svarar att arbetsförmågan inte påverkas alls, högst andel finner vi för förmågorna delta socialt samt behålla lugnet och inte varva upp, där elva respektive 7 procent skattar att dessa inte påverkas alls av vanlig psykisk sjukdom.

Figur 2 Chefer med erfarenhet av medarbetare med vanlig psykisk sjukdom och deras skattning av hur arbetsförmågan påverkas hos dessa medarbetare (n=1819).



Bransch och chefers uppfattning om arbetsförmåga

Tre separata statistiska analyser utfördes för att bedöma chefernas skattningar av hur arbetsförmågan påverkades av vanlig psykisk sjukdom, en för varje typ av sektorsindelning: privat/offentlig sektor, arbetsobjekt samt arbetsobjekt + könssammansättning, där vi justerade för organisationsstorlek och antal underställda medarbetare på arbetsplatsen, och med uppgiftsorienterad arbetsförmåga och relationell arbetsförmåga som beroende variabler. Wilk's Lambda är ett värde för den del av den totala variansen som inte förklaras av skillnaderna mellan grupperna. Värdet för Partiell η^2 (partial eta squared) varierar från 0 till 1, där värden närmare 1 indikerar en högre andel varians som kan förklaras av en given variabel i modellen efter hänsyn tagits till den varians som förklaras av andra variabler i modellen.

För sektorsindelning typ 1, när vi delade in i sektorer (grupper) utifrån privat eller offentlig organisation var resultaten $p = 0,189$, Wilk's Lambda = 0,995, och partiell $\eta^2 = 0,002$.

För sektorsindelning typ 2, där indelningen baserades på karaktäristika i arbetsuppgifter, resulterade analysen i ett $p = 0,380$, Wilk's Lambda = 0,996, och partiell $\eta^2 = 0,002$.

För sektorsindelning typ 3, med en mer detaljerad indelning i sju grupper som också reflekterade könssammansättning, var resultatet $p = 0,089$, Wilk's Lambda = 0,988, och partiell $\eta^2 = 0,006$.

Således gick det inte att hitta några statistiskt säkerställda skillnader mellan sektorer när det gällde chefers skattning av hur arbetsförmågan påverkas hos medarbetare med vanliga psykiska sjukdomar.

Chefers attityd till depression och deras skattning av arbetsförmåga?

Resultatet visade en signifikant korrelation ($p = 0,012$, $r_s = 0,060$) mellan chefers attityder till depression hos medarbetare och relationell arbetsförmåga.

Korrelationskoefficienten (r_s) för sambandet var positiv vilket innebär att ju mer negativ attityd till depression desto högre skattade de påverkan av vanliga psykiska sjukdomar på medarbetares relationella arbetsförmåga. Det bör dock noteras att detta samband var svagt vilket visas av att korrelationskoefficienten var 0,060.

Korrelationskoefficienten kan variera mellan -1 och 1, ju närmare 0, desto svagare är sambandet.

Beträffande uppgiftsorienterad arbetsförmåga var sambandet icke-signifikant ($p = 0,054$, $r_s = 0,046$). Det fanns dock ett starkt samband mellan uppgiftsorienterad arbetsförmåga och relationell arbetsförmåga ($p = 0,001$, $r_s = 0,510$); valet var därför att inkludera båda faktorerna i en efterföljande analys, där vi också inkluderade justeringsvariabler (andra förklaringsvariabler).

Resultatet av analysen visade ett p -värde på 0.014, Pillai's Trace vilket indikerar ett statistiskt signifikant samband mellan chefers attityder till medarbetare med depression och chefers skattning av hur vanliga psykiska sjukdomar påverkar arbetsförmågan. Sambandet var signifikant för båda faktorerna, vilket indikeras av p -värdet 0.024 för uppgiftsorienterad arbetsförmåga och p -värdet 0.007 för relationell arbetsförmåga. R^2 är ett förklaringsvärde mellan 0 och 100 procent som i detta fall anger i vilken grad chefers attityder till depression hos medarbetare kan förklara chefers skattning av hur arbetsförmåga påverkas. För uppgiftsorienterad arbetsförmåga var R^2 0,022 och för relationell arbetsförmåga R^2 0,017.

Vi fann att chefers attityder till depression förklarade cirka 2 procent av variansen i chefers skattning av hur arbetsförmåga påverkas hos medarbetare med vanliga psykiska sjukdomar.

Kompetens om vanliga psykiska sjukdomar och skattning av arbetsförmåga

Resultaten visade även här en signifikant korrelation ($p = 0,001$, $r_s = -0,082$) mellan chefers skattning av "känner mig säker på hur jag som chef/arbetsledare kan stödja en medarbetare som haft depression och/eller ångest" och relationell arbetsförmåga, och för uppgiftsorienterad arbetsförmåga ($p = 0,05$, $r_s = -0,066$).

Korrelationskoefficienterna (r_s) var negativa vilket innebär att ju säkrare chefer skattade att de kände sig när det gällde att stödja medarbetare med vanlig psykisk sjukdom desto lägre skattade de påverkan av vanliga psykiska sjukdomar medarbetares arbetsförmåga. Det bör dock noteras att dessa samband var svaga vilket kan utläsas av att korrelationskoefficienterna var $r_s = -0,082$, respektive $r_s = -0,066$.

I nästa analys kontrollerade vi även för andra förklaringsvariabler (kön, chefsutbildning om vanlig psykisk sjukdom, sektor). Resultatet visade ett p-värde på 0,001, Pillai's Trace, vilket indikerar ett statistiskt signifikant samband mellan skattningen av "känner mig säker på hur jag som chef kan stödja en medarbetare som har depression och/eller ångest" och chefers skattning av hur vanliga psykiska sjukdomar påverkar arbetsförmågan. Sambandet var signifikant för båda faktorerna, vilket indikeras av p-värdet 0,001 för både uppgiftsorienterad och relationell arbetsförmåga. R^2 , d v s förklaringsvärdet, var dock lågt, för uppgiftsorienterad arbetsförmåga 0,022 respektive 0,021 för relationell arbetsförmåga.

Vi fann att hur säkra chefer skattade att de kände sig när det gällde att kunna stödja en medarbetare med vanlig psykisk sjukdom förklarade ungefär 2 procent av variansen i chefers skattning av hur arbetsförmågan påverkas hos medarbetare med vanliga psykiska sjukdomar.

Slutsatser/diskussion

Arbetsgivare har ansvar för de anställdas säkerhet och ska systematiskt arbeta så att risker i arbetsmiljön som kan skada anställda eller negativt påverka deras hälsa undanröjs. I arbetsmiljöansvaret ingår också ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering. Arbetsgivare har alltså ansvar för att förebygga att ohälsa uppkommer och att stödja arbetstagare vid återgång i arbete efter sjukfrånvaro. Vid arbetsanpassning behöver arbetsgivaren kunskap om vilka uppgifter en medarbetare inte kan utföra eller, uttryckt på ett annat sätt, på vilket sätt arbetsförmågan är nedsatt. Det finns en hel del forskning som visar att bedömning av arbetsförmåga vid psykisk sjukdom är komplext enligt de drabbade själva (16, 17), sjukskrivande läkare (31, 46), och handläggare inom socialförsäkringen (47). Ett skäl till att det är svårt är att sambandet mellan en psykiatrisk diagnos och funktions- och arbetsförmåga kan variera stort mellan olika individer. Förmågan att arbeta varierar som vi beskrev i bakgrunden med arbetsuppgifter och arbetsmiljö men utöver detta också mellan individer med samma diagnos. Depressions- eller ångestsjukdom varierar i svårighetsgrad vilket också den individuella förmågan att hantera symtomen gör.

De psykiatriska diagnoserna är så kallade kriteriesjukdomar, där man ska uppfylla ett antal kriterier (symptom) för att läkare ska ställa en diagnos. Beroende på vilka kriterier som en person har kan alltså sjukdomen påverka arbetsförmågan olika. Studier har dessutom visat att vissa symptom tar längre tid att återhämta sig ifrån (48, 49). Exempelvis vid depression tar det längre tid att återhämta sig från symptomen minskad energi eller ökad uttrötthet, brist på självtillit eller självförtroende samt försämrad förmåga att tänka eller koncentrera sig. När en person inte längre uppfyller tillräckligt många kriterier för att diagnosticeras med sjukdom så kan fortfarande något eller flera symptom kvarstå, så kallade subkliniska tillstånd, och arbetsförmågan vara påverkad (50).

Chefer med linjeansvar är den yrkesgrupp som har att hantera arbetsgivares ansvar för arbetsmiljö och medarbetarnas hälsa. Det ger chefer en nyckelroll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesser. De kan bidra till att förebygga en sjukskrivning genom att anpassa arbetskraven under en period för en person som sviktar på ett eller annat sätt. Emellertid finns mycket lite forskning om chefers syn på, kunskap om och sätt att hantera psykisk ohälsa på arbetsplatsen både på den mer övergripande nivån att förebygga psykisk ohälsa men också på den mer individuella nivån som rör enskilda medarbetare. I det här projektet valde vi att undersöka hur chefer skattar arbetsförmåga hos medarbetare med vanliga psykiska sjukdomar. Vi hade möjligheten att studera detta i ett redan insamlat material baserat på en enkätundersökning bland svenska chefer.

Huvudfynd

Våra huvudfynd i relation till våra tre frågeställningar är:

1. Nej, vi fann ingen statistiskt signifikant skillnad mellan hur chefer i olika typer av sektorer uppfattade att vanliga psykiska sjukdomar påverkade arbetsförmåga. Vi prövade att jämföra i tre olika typer av indelningar men inte i någon indelning fann vi skillnader.
2. Vi fann att chefers skattning av attityder till depression kunde förklara cirka två procent av variansen i hur chefer uppfattar att vanliga psykiska sjukdomar påverkar medarbetares arbetsförmåga (51). Resultatet var statistiskt signifikant men två procent är ett lågt förklaringsvärde. Andra faktorer, som vi inte studerat i det här projektet, än attityder till depression spelar förmodligen större roll.
3. I den tredje frågeställningen undersökte vi i) om utbildning i hur man som chef kan stötta medarbetare med vanlig psykisk sjukdom samt ii) hur säkra chefer kände sig på att bemöta och stötta dessa medarbetare. Vi fann inget samband mellan utbildning och chefers skattning av hur arbetsförmågan påverkas. Däremot fann vi ett samband mellan hur säkra cheferna kände sig på att bemöta och stötta och skattning av arbetsförmågan. Vi fann också i den här analysen att chefers skattning av hur säkra de kände sig förklarade två procent av variansen i hur cheferna uppfattar att arbetsförmågan påverkas vid vanlig psykisk sjukdom. I likhet med frågeställning 2 så är förklaringsvärdet på två procent lågt och andra faktorer än hur säkra chefer känner sig på att bemöta och stötta en medarbetare förklarar troligen mer.

Skillnad mellan olika typer av sektorer på arbetsmarknaden

Arbetsmarknaden kan delas in i sektorer och i detta projekt har vi delat in arbetsmarknaden i tre olika typer av sektorer. Den första baserades på privat, offentlig (statlig, regional - och kommunal) samt icke-vinstdrivande verksamhet. Vårt antagande var att ägarförhållanden med skilda ekonomiska förutsättningar och därmed också arbetsförhållanden skulle kunna bidra till skillnader i syn på hur arbetsförmågan påverkas. Den andra indelningen i vit, blå, rosa och övrig sektor speglar den huvudsakliga inriktningen på arbetsuppgifterna i tillhörande bransch. Den tredje indelningen utgick från en något mer detaljerad indelning baserat på verksamheternas inriktning, utbildningsnivå och i vilken utsträckning de var mans- eller kvinnodominerade. Både den andra och tredje indelningen skulle kunna medföra skillnader i hur arbetsförmågans nedsättning kommer till uttryck i olika arbetsuppgifter och verksamheter och därmed leda till att chefer skattar olika.

Analyserna gav emellertid inga signifikanta resultat i skillnader. Från den här studien kan vi alltså dra slutsatsen att chefer i olika typer av sektorer inte uppfattar arbetsförmågans nedsättning som olika. Deras skattningar liknar varandra vilket talar för att vanlig psykisk sjukdom ger liknande påverkan på arbetsförmåga oavsett ägarförhållanden, arbetsuppgifternas huvudsakliga innehåll eller verksamhetens

inriktning och könssammansättning. Sett utifrån ett preventivt och rehabiliterande perspektiv skulle det kunna innebära att information, stödstrukturer eller insatser från hälso- och sjukvård, Försäkringskassa eller företagshälsovård inte behöver anpassas utifrån sektorsspecifika förutsättningar.

En möjlig invändning mot ovanstående slutsats är att det kan finnas skillnader i hur arbetsförmåga uttrycks som inte fångats upp i vår lista över hur arbetsförmågan påverkas även om listan utgick från kvalitativa studier där drabbade personer intervjuats. Chefer kan ju ha erfarenheter och uppfattningar som inte drabbade själva är medvetna om. Alltså påverkan på arbetsförmågan som chefer upptäcker men inte den som är sjuk. Sådana effekter på arbetsförmågan skulle kunna skilja sig mellan olika branscher till exempel baserat på arbetsuppgifter. I ett tidigare projekt i vår grupp kallat Hälsoresursprojektet ställdes frågor till ett urval av befolkningen om hur de själva bedömde sin arbetsförmåga i relation till olika krav i arbetet (52). Frågorna gällde kunskapskrav, mentala och psykiska krav, känslomässiga krav, samarbetskrav och kroppsliga krav i arbetet. Den fråga där flest skattade lägst påverkan var frågan om samarbetskrav (52), samma resultat gällde för de som skattade att de hade psykiska besvär (53). Möjligen är det lättare för chefer och arbetskamrater att se en förändring i samarbete och socialt samspel hos en medarbetare än för personen själv. I en kvalitativ studie som utforskat chefers erfarenhetsbaserade förståelse av hur arbetsförmågan påverkas framkommer tydligt att chefer ser svårigheter i socialt samspel både med kollegor och med klienter, kunder eller motsvarande (15).

I våra och andra intervjustudier beskriver deltagarna hur de anstränger sig för att upprätthålla en fasad inför andra (16, 17, 54, 55). I det här projektet fanns påverkan på socialt deltagande och samspel med andra människor med som exempel. Delta i sociala sammanhang var den aspekt av arbetsförmåga där lägst andel av cheferna skattade ganska eller mycket svårare vid vanlig psykisk sjukdom (53%) (se Figur 1). Samspel med andra skattades som ganska eller mycket svårare av 63 procent vilket låg i mitten av skattningarna. Möjligen speglar denna frånvaro av skillnad mellan sektorer och den relativt sett låga skattningen av social påverkan på arbetsförmågan att medarbetare lyckas hålla sin fasad relativt intakt och utåt fungera i sociala sammanhang.

I våra tidigare kvalitativa studier beskriver både personer själva (16) och vårdpersonal (42) att social påverkan är något de drabbade erfar. En deltagare formulerar sig på följande sätt:

"Istället för att jag gör det jag ska göra, skapa reda, bringa ordning, planera, så skapade jag kaos istället. Det kunde vara någon utbildning [personal] ska på och jag har inte ordning på vem som ska gå dit och jag har glömt och sätta in vikarier. Jag ställer till med saker istället för att jag gör något bra"(fokus grupp 3) (16).

Svårigheten med social påverkan kan leda till att personer med psykiska besvär drar sig undan sociala sammanhang som fikapauser (16, 17), men i en studie av Jansson et al 2018, så beskrivs hur chefer kan tolka detta beteende som att medarbetare med psykiska besvär istället är mer fokuserade på jobbet och använder sin tid mer effektivt (14). En sådan tolkning av socialt undvikande skulle kunna bidra till den låga skattningen av social arbetsförmåga i det här projektet. Möjligen är den sociala delen av arbetsförmågan underskattad i bedömningar av arbetsförmåga både på

arbetsplatsen, inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Det är också en svår del att bedöma och värdera men chefer är kanske den grupp som bäst kan få en överblick av detta vilket ligger i linje med den tidigare nämnda studien där läkare framhöll chefer som en mer objektiv bedömare av arbetsförmågan än individen själv (31).

Negativa attityder till depression

Det finns omfattande forskning om stigma i relation till psykisk sjukdom men merparten av studierna fokuserar på svårare psykiska sjukdomar som psykossjukdomar t.ex. schizofreni. Stigma är generellt något lägre i relation till de vanligare psykiska sjukdomarna som depression, ångest och reaktioner på svår stress. Det finns också forskning som visar att personer som blir sjukskrivna med psykiatriska diagnoser upplever skam och känslor av misslyckande (56). Som framgick tidigare finns ett statistiskt samband mellan negativa attityder och hur chefer får kännedom om vanlig psykisk sjukdom hos sina medarbetare (39). Det är vanligare att chefer med lägre nivå av negativa attityder får kännedom om vanlig psykisk sjukdom genom att medarbetaren själv berättar. Vi antar att detta är en fördel för att anpassning av arbetssituationen kan ske tidigare och förmodligen underlättas också kommunikationen av att medarbetaren känner förtroende för sin chef.

I det här projektet hade negativa attityder till depression mycket lågt förklaringsvärde när det gällde variationen i hur deltagarna skattade arbetsförmågans påverkan vid vanlig psykisk sjukdom. Andra studier, som med hjälp av skriftliga beskrivningar av olika fall jämfört chefers uppfattning om personer med olika sjukdom men identisk beskrivning av arbetsförmåga, har dock funnit att trots samma beskrivning av arbetsförmåga så är chefer mer negativt inställda till de fallbeskrivningar som beskriver en person med depression eller utmattningssyndrom jämfört den fallbeskrivning som identifieras som hypotyreos (57). Hypotyreos har en likartad symptombild som depression såsom trötthet och brist på energi, frusen, koncentrationssvårigheter, minnesproblem och nedstämdhet, men beror på brist på sköldkörtelhormon och därför inte lika utsatt för stigmatiserande attityder.

En tänkbar förklaring till vårt resultat är att deltagarna utgick från en lista med neutrala formuleringar. Cheferna som svarade på frågorna hade alla haft erfarenhet av minst en medarbetare med vanlig psykisk sjukdom men om de svarande utgick från just den medarbetaren är oklart. De som hade erfarenhet av flera medarbetare har istället gjort en slags medelvärdesuppskattning. Det kan också vara så att frågan snarare besvarades utifrån en slags allmän förståelse av hur förmåga att arbeta påverkas av vanlig psykisk sjukdom. I en sådan mer allmän bedömning kan chefer integrera personliga erfarenheter, information från föreläsningar och även mediala framställningar av hur vanlig psykisk sjukdom påverkar. En intressant men svår fråga är hur samhällsdiskursen kring olika vanliga psykiska tillstånd påverkar uppfattningar hos både chefer och allmänhet och hur den sedan kommer till uttryck i enskilda individers erfarenheter.

Slutsatsen från den här delen av projektet är att med de metoder vi har använt så har negativa attityder ett mycket lågt förklaringsvärde för variationen i bedömning av arbetsförmåga. Det finns emellertid en rad skäl med stöd i annan forskning att arbeta för att minska negativa attityder och stigma bland chefer men också bland andra aktörer inom hälso- och sjukvård och Försäkringskassa (33).

Kunskap om bemötande och stöd till medarbetare

Av de två frågorna som relaterar till chefers kunskap, var det endast chefers egen bedömning av hur säkra de känner sig på att bemöta medarbetare med vanlig psykisk sjukdom som inkluderades i analysen. Den bedömningen antar vi speglar en trygghet i det vardagliga arbetet i kontakten med medarbetare. Det är alltså en praktisk och erfarenhetsbaserad kunskap snarare än en inlärd kunskap. Att känna sig säker i sin dagliga praktik minskar upplevelser av stress och ger självförtroende. Många chefer har ingen särskild utbildning i att vara chef och ännu färre har en specifik utbildning kring psykisk ohälsa. Bland cheferna som deltar i denna studie svarade bara 28 % att de gått en chefsutbildning där fått information om hur de ska stötta medarbetare med depression eller ångest (22). Vi antog att känna sig säker i bemötandet skulle kunna förklara variationer i hur chefer uppfattade att arbetsförmågan påverkades. En tidigare studie av Bryan et al (23) fann att chefer som kände sig säkra i bemötande av medarbetare med psykiska besvär hade betydligt större sannolikhet för att ta kontakt med en medarbetare som de anade hade psykiska besvär och även med sjukskrivna medarbetare på grund av psykiska besvär.

Förklaringsvärdet var emellertid mycket lågt i vår studie. Det finns trots detta skäl att stödja chefer till en bättre kompetens och säkerhet i bemötandet av medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. För majoriteten av chefer är det en "sällan-händelse" att möta medarbetare med den här typen av problem. Baserat i vår data så har drygt 60 procent svarat att de inte haft någon eller bara en medarbetare med vanlig psykisk sjukdom under de senaste två åren (58). Och som i alla "sällan-händelser" kan det vara svårt att hantera dem på ett professionellt sätt. Dessutom varierar uttrycken för och symptomen vid vanlig psykisk sjukdom så det som var tydligt för en tidigare medarbetare behöver inte vara relevant vid mötet med ytterligare en medarbetare. Viktigare är snarare förmåga till kommunikation och att kunna skapa en dialog med den drabbade medarbetaren. Flera studier har framhållit hur viktigt det är för drabbade att bli tagen på allvar och att bli lyssnad på (33, 59). Att bli bemött på det sättet kan stärka förmågan att fatta välgrundade beslut enligt en fokusgruppsstudie bland kvinnor som varit sjukskrivna (59). I den tidigare nämnda studien av Johnston et al (18) bland chefer, rankades kompetenser som personliga egenskaper, kunskap om rehabiliteringsprocessen vid återgång i arbete och empatiskt stöd till den drabbade arbetstagaren högt. I en svensk studie inom ramen för New Ways utvecklade vi en "resurslapp" som ett tänkt hjälpmedel i läkares kommunikation med chefer och arbetsgivare (60). Resurslappen uppfattades som användbar av chefer, läkare och den sjukskrivna personen för att den satte ord på hur arbetsförmåga kan påverkas vid vanlig psykisk sjukdom. Kommunikation och dialog ska inte underskattas i chefers hantering av medarbetare med nedsatt arbetsförmåga vid vanlig psykisk sjukdom.

Vidare är möjligheten till anpassning av arbetsplatsen ytterligare ett verktyg för att stärka förmågan att arbeta. Här har tidigare tvärsnittsstudier i vårt material visat att chefer som känner sig säkra i hur de ska stötta medarbetare med depression och ångest har en högre sannolikhet för att använda flera olika typer av arbetsanpassningsåtgärder för dessa medarbetare (11) men också att se över arbetssituationen för alla sina medarbetare i syfte att förebygga psykiska besvär (24). Att kunna initiera samtal om psykisk ohälsa på arbetsplatsen är ett annat sätt att närma sig ämnesområdet och skapa förutsättningar både för medarbetare att berätta

om sin situation och för chefer att agera, här har vi också att funnit att känslan av att känna sig säker har betydelse för om chefer tar upp samtal om psykisk ohälsa på arbetsplatsen eller inte (24).

Den komplexa arbetsförmågebedömningen – en myt?

I det här projektet fokuserade vi på chefers skattningar av arbetsförmåga vid vanlig psykisk sjukdom. Vi fann inga skillnader mellan olika typer av sektorer på arbetsmarknaden (oavsett indelning) och vi fann inte heller något större förklaringsvärde av attityder till depression eller av chefers självtillit i att bemöta medarbetare med vanlig psykisk sjukdom. Våra fynd stöder snarast en relativt allmän uppfattning om hur arbetsförmågan påverkas vid vanlig psykisk sjukdom.

”Branschstudien” (första frågeställningen) borde ha fångat upp eventuella skillnader i chefers uppfattning eller erfarenhet om arbetsförmåga varierat med olika sektorer förhållanden i relation till ägarförhållanden, arbetsuppgifter, verksamhet eller könssammansättning. Och faktorer relaterade till chefen som individ (attityder och kunskap) förklarade i liten utsträckning variation i uppfattning om arbetsförmåga.

I tidigare forskning bland läkare, annan hälso – och sjukvårdspersonal och handläggare inom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen framkommer att bedömning av arbetsförmåga vid just psykiatriska tillstånd är komplext. Inom dessa verksamheter ska bedömning vara evidensbaserad så långt möjligt och den leder i många fall till beslut av ekonomisk karaktär som kan prövas juridiskt. Det är alltså en mycket skarpare praktik i relation till bedömningen än den chefer behöver göra. Chefer har, på uppdrag av arbetsgivaren i de fall inte rollerna sammanfaller, rätt att leda och fördela arbetet. I den uppgiften ingår bedömningen av olika medarbetares prestationer. Det är inte otänkbart att chefers bedömning av arbetsförmåga tenderar att blandas ihop med prestationer och därmed identifieras nedsättningar av förmågan som påverkar prestationer på ett tydligare sätt än nedsättningar som mer relateras till medarbetarens upplevelser och känslor.

I forskning om sjukförsäkringen framhålls ofta systemperspektivet. Det är flera olika ”system” involverade i sjukskrivning och rehabilitering. Självklart individen som drabbats och dennes familj och närstående. Arbetsgivaren och arbetsplatsen är ett annat system. Hälso- och sjukvården är ett tredje system som involveras om och när den drabbade individen söker vård. Och blir sjukskrivning aktuellt så inkluderas även Försäkringskassan som ett system av betydelse för processen. Samtliga dessa system har egna strukturer, logiker och incitament. I en analys av hur arbetsförmåga beskrivs inom olika myndigheter och organisationer framkom att förståelsen av begreppet varierar (61). Det finns en mer administrativ förståelse av begreppet utifrån lagstiftning om exempelvis rätten till sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. Det finns en mer medicinsk förståelse där nedsatt arbetsförmåga ses som en följd av sjukdom. I denna betydelse förväntas arbetsförmågan återgå till full förmåga i takt med att behandling av sjukdom och symtom leder till bättre hälsa hos individen. I relation till vanlig psykisk sjukdom är som tidigare beskrivits sambanden mellan symtomreduktion och förbättrad arbetsförmåga inte självklara (48-50, 62).

Förutom administrativa och medicinska perspektiv kan det finnas ett mer verksamhetsbaserat perspektiv där chefer, arbetskamrater och den drabbade personen bedömer och benämner arbetsförmåga i relation till prestationer. Vi menar att det vore värdefullt att i framtiden ytterligare utforska hur arbetsförmåga kommer till uttryck i relation till olika typer av verksamheter. Det är snarare kring denna

praktikbaserade arbetsförmåga vi behöver mer kunskap för att bättre stödja chefer och deras medarbetare i hur förmågan att arbeta vid vanlig psykisk sjukdom kan tas tillvara genom anpassning av arbetsuppgifter och arbetsmiljö för att undvika sjukskrivningar som blir onödigt långvariga. Långa sjukfall kan vara nödvändiga men de har också en del risker i form av svårigheter att återgå till ett arbetsliv med höga krav och högt tempo. För den enskilde finns, inte minst i dagens arbetsmarknad med stora behov av arbetskraft, en möjlighet att byta arbete. Arbetsgivare som i framtiden uppfattas som attraktiva erbjuder förhoppningsvis en väl anpassad arbetsmiljö men också en flexibel arbetsmiljö där tillfälliga nedsättningar av arbetsförmåga på grund av sjukdom kan hanteras utan risk för mer permanent marginalisering från arbetslivet.

Metoddiskussion

Studiepopulationen baserades på de chefer i webbenkäten som angivit att de hade erfarenhet av en eller flera anställda med depression och ångestsjukdom under de senaste två åren (n=1819). Men, vi vet inte vilken typ av fall som denna erfarenhet baseras på. Det kan vara fall där den anställda hade nedsatt arbetsförmåga och kanske behövde vara sjukskriven. Det kan också vara fall där den anställda upplevde ohälsa och sviktande arbetsförmåga och därför sökte stöd hos chefen. För att vägleda chefernas förståelse användes "depression och ångest" upprepade gånger under hela webb-enkäten. Vi kan dock inte vara säkra på hur cheferna definierade "anställda med depression och ångestsjukdom". Men troligtvis är denna osäkerhet kring tolkningen densamma oberoende sektor eller bransch.

Få studier har undersökt chefers erfarenheter av anställdas arbetsförmåga i relation till vanlig psykisk sjukdom, sett ur ett chefsperspektiv som omfattar hela arbetsmarknaden. Vår studie adresserar denna kunskapslucka genom att inkludera chefer från alla branscher på den svenska arbetsmarknaden. En betydande styrka i studien är att vi testade tre olika perspektiv för att klassificera chefer utifrån sektor. Vi prövade tre olika indelningar med respektive fyra, fyra och sju kategorier. Trots det stora urvalet av chefer fanns risken att en enda klassificering skulle kunna dölja potentiella skillnader mellan branscher/sektorer. Genom att pröva tre olika sätt att klassificera minimerades den risken.

Nio frågor baserade på ett validerat bedömningsinstrument (41) användes för att fånga två dimensioner av arbetsförmåga: en som rör de mellanmännsliga aspekterna av arbete (relationell arbetsförmåga), och en som är mer inriktad på arbetsuppgifterna i sig (uppgiftsorienterad arbetsförmåga). Det kan ifrågasättas om denna uppdelning av arbetsförmåga är för detaljerad och om en mer övergripande syn på arbetsförmåga skulle ha resulterat i ett annat utfall. Dock har en tidigare kvalitativ fokusgruppstudie (15) visat att chefer identifierade och värderade dessa olika dimensioner av anställdas arbetsförmåga. Det finns därmed ingen specifik anledning att tro att avsaknaden av skillnader mellan branscher i hur chefer skattade effekterna av vanlig psykisk sjukdom på anställdas arbetsförmåga berodde på hur arbetsförmåga definierades.

När det gäller chefers attityder till anställda med depression så användes ett validerat instrument (36, 45) vilket är en styrka med studien. Instrumentet har validerats i den engelska versionen (45). Den svenska versionen av instrumentet, som först användes i det projekt som denna studie är en del av, testades för validitet (*face validity*) i översättningsprocessen. I en annan studie i det större projektet av

Mangerini et al. (35) beräknades Cronbachs alfa för den svenska versionen och fann en koefficient på 0,80 vilket tyder på god inre validitet. Cronbachs alfa i studiepopulationen i vår studie var 0.87 vilket visar en mycket god inre validitet.

I alla enkätundersökningar är urvalets representativitet viktig. I den här undersökningen är utbildningsnivån bland chefer hög. Det speglar att välutbildade generellt deltar i undersökningar i högre grad. Det urval som deltagit i den här studien representerar i första hand chefer med medelhög eller hög utbildning. Studier av chefer med lägre utbildning behövs för att synliggöra deras erfarenheter. Ett antagande är att deltagarna i högre utsträckning än chefer generellt i Sverige är födda inom landet och har svenska som modersmål. Studier av chefer födda utom landet och med andra språk som modersmål behövs för att få en bred och representativ bild av chefers uppfattningar om arbetsförmåga. Svårigheten är dock att det saknas register över chefer så det är en svår grupp att nå. Det är särskilt svårt att nå chefer på små arbetsplatser.

Referenser

1. ISF. Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen Rapport 2014:22,
2. Vingård E. Psyisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Kunskapsöversikt, uppdaterad 2020. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.; 2020.
3. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Bastien M-F, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A, et al. Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *J Occup Rehabil*. 2020;30(3):381-419.
4. Dewa CS, Burke A, Hardaker D, Caveen M, Baynton MA. Mental health training programs for managers: What do managers find valuable? *Can J Com Ment Health*. 2006;25(2):221-39.
5. Stureson M, Edlund C, Fjellman-Wiklund A, Falkdal AH, Bernspång B. Work ability as obscure, complex and unique: views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work*. 2013;45(1):117-28.
6. Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the diversity of conceptualizations of work(dis)ability: a scoping review of published definitions. *J Occup Rehabil*. 2014;24(2):242-67.
7. Ilmarinen J. Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health*. 2009;35(1):1-5.
8. Cadiz DM, Brady G, Rineer JR, Truxillo DM. A review and synthesis of the work ability literature. *Work, Aging and Retirement*. 2019;5(1):114-38.
9. Reiso H, Nygård JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice*. 2000;17(2):139-44.
10. Bertilsson M, Hensing G, Ståhl C. Chefen - en nyckelperson för medarbetare som har psykiska besvär. In: Hensing G, Holmgren K, Björk L, editors. *Psykisk hälsa i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB; 2021.
11. 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.
12. Seing I, Stahl C, Nordenfelt L, Bulow P, Ekberg K. Policy and practice of work ability: A negotiation of responsibility in organizing return o work. *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):553-64.
13. Arbetsmiljöverket. Arbetsanpassning. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning 2020:5
14. Jansson I, Gunnarsson AB. Employers' views of the impact of mental health problems on the ability to work. *Work*. 2018;59(4):585-98.
15. 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;1-12.
16. 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.
17. Danielsson L, Bertilsson M, Holmgren K, Hensing G. Working in dissonance: experiences of work instability in workers with common mental disorders. *BMC public health*. 2017;17(1):472.
18. Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor Competencies for Supporting Return to Work: A Mixed-Methods Study. *J Occup Rehabil*. 2015;25:3-17.
19. Martin A, Woods M, Dawkins S. How managers experience situations involving employee mental ill-health. *Int J Workplace Health Manag*. 2018;11(6):442-63.
20. Shann C, Martin A, Chester A. Improving workplace mental health: a training needs analysis to inform beyondblue's online resource for leaders. *Asia Pacif J Human Res*. 2014;52(3):298-315.
21. Van der 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.
22. Blomberg A, Hensing G, Bertilsson M. Chefers perspektiv – en saknad pusselbit. En web-baserad survey om svenska chefers kunskap, erfarenheter och strategier när det gäller medarbetare med nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest. Rapport Göteborg: Göteborgs Universitet; 2020.
23. Bryan B, Gayed A, Milligan-Saville J, Madan I, Calvo R, Glozier N, et al. Managers' response to mental health issues among their staff. *Occup Med*. 2018;68(7):464-8.
24. 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;10.1097.
25. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Socialförsäkringsrapport 2020:8. Stockholm: Försäkringskassan; 2020
26. Roelen C, Koopmans P, Anema J, Van Der Beek A. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil*. 2010;20(1):113-21.
27. Försäkringskassan. Försäkringskassans lägesrapport. Psyisk ohälsa i dagens arbetsliv. Stockholm: Försäkringskassan; 2023
28. Hensing G, Holmgren K, Björk L, (Ed). *Psykisk hälsa i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur; 2021.
29. Hensing G, Bertilsson M, Ahlborg G, Jr., Waern M, Vaez M. Self-assessed mental health problems and work capacity as determinants of return to work: a prospective general population-based study of individuals with all-cause sickness absence. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):259.
30. Bertilsson M, Vaez M, Waern M, Ahlborg Jr G, Hensing G. A prospective study on self-assessed mental well-being and work capacity as determinants of all-cause sickness absence. *J Occup Rehabil*. 2014;25(1):52-64.
31. Bertilsson M, Maeland S, Löve J, Ahlborg G, Werner EL, 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.
32. Hultqvist J, Hensing G, Stansfeld S, Bertilsson M. Managers' Sick Leave Recommendations for Employees with Common Mental Disorders: A Cross-sectional Video Vignette Study. *BMC Psychology*. 2023;11(52):12.

33. 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. *Socialmed Tidskr Skriftser*. 2019;96(5):702-15.
34. Hensing G, Bertilsson M. Stigmatisering av psykisk ohälsa – ett problem i arbetslivet? In: Hensing G, Holmgren K, Björk L, editors. *Psykisk hälsa i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB; 2021.
35. 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):1-15.
36. Martin A. Individual and contextual correlates of managers' attitudes toward depressed employees. *Hum Resour Manage*. 2010;49(4):647-68.
37. Hensing G, Bertilsson M. Stigmatisering av psykisk ohälsa - ett problem i arbetslivet? In: Hensing G, Holmgren K, Björk L, editors. *Psykisk hälsa i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB; 2021.
38. Brohan E, Evans-Lacko S, Henderson C, Murray J, Slade M, Thornicroft G. Disclosure of a mental health problem in the employment context: qualitative study of beliefs and experiences. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014;23(3):289-300.
39. 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.
40. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther*. 1996;63(1):9-23.
41. Hensing G, van Diepen C, Boström M, Bertilsson M. Validity of the Capacity to Work Index: Development of an Instrument to Measure Work Capacity in Relation to Depression and Anxiety in the General Working Population. *J Occup Rehabil*. 2023;1-12.
42. Bertilsson M, Löve J, Ahlberg Jr G, Hensing G. Health care professionals' experience-based understanding of individuals' capacity to work while depressed and anxious. *Scand J Occup Ther*. 2015;22(2):126-36.
43. Fine SA. A structure of worker functions. *Pers Guid J*. 1955;34(2):66-73.
44. Cerdas S, Härenstam A, Johansson G, Nyberg A. Development of job demands, decision authority and social support in industries with different gender composition—Sweden, 1991–2013. *BMC public health*. 2019;19:1-16.
45. Martin AJ, Giallo R. Confirmatory factor analysis of a questionnaire measure of managerial stigma towards employee depression. *Stress and Health*. 2016;32(5):621-8.
46. Nordling P, Priebe G, Björkelund C, Hensing G. Assessing work capacity—reviewing the what and how of physicians' clinical practice. *BMC family practice*. 2020;21:1-14.
47. Bruhn A, Thunman E, Ekström M. Swedish social insurance officials struggling with the vagueness of the work ability concept: The case of sickness compensation. Örebro universitet; 2017.
48. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003;163(20):2433-45.
49. Demyttenaere K, De Fruyt J, Stahl SM. The many faces of fatigue in major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005;8(1):93-105.
50. Rai D, Skapinakis P, Wiles N, Lewis G, Araya R. Common mental disorders, subthreshold symptoms and disability: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2010;197(5):411-2.
51. Hultqvist J, Björk L, Hensing G, M B. Managers' attitudes to depression and the association with their rating of how work capacity is affected in employees with common mental disorders. *BMC Res Notes*. 2024;17(1):144
52. Holmgren K, Fjällström-Lundgren M, Hensing G. Hälsoresursprojektet. Bakgrund, metod och resultat. Göteborg: Enheten för Socialmedicin, Göteborgs Universitet; 2010
53. Bertilsson M. Work capacity and mental health - the phenomena and their importance in return to work (thesis). Gothenburg: University of Gothenburg; 2013.
54. Jingrot M, Rosberg S. Gradual loss of homelikeness in exhaustion disorder. *Qual Health Res*. 2008;18(11):1511-23.
55. Porr C, Olson K, Hegadoren K. Tiredness, fatigue, and exhaustion in the context of a major depressive disorder. *Qual Health Res*. 2010;20(10):1315-26.
56. Knapstad M, Øverland S, Henderson M, Holmgren K, Hensing G. Shame among long-term sickness absentees: Correlates and impact on subsequent sickness absence. *Scand J Public Health*. 2014;42:96-103.
57. Mendel R, Kissling W, Reichhart T, Bühner M, Hamann J. Managers' reactions towards employees' disclosure of psychiatric or somatic diagnoses. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(02):146-9.
58. Staland-Nyman C, Nurul Basar KM, Hultqvist J, Bertilsson M. The significance of managers' knowledge of common mental disorders on managerial stigma towards employee depression: a cross-sectional study in Sweden. *BMC public health*. 2024;24(1):378.
59. Mårtensson L, Hensing G. Experiences of factors contributing to women's ability to make informed decisions about the process of rehabilitation and return to work: a focus group study. *Work*. 2012;43(2):237-48.
60. Nordling P, Jakobsson A, Hensing G. The Capacity Note: a communication facilitator in the sick leave process of patients with common mental disorders—a qualitative study of user perceptions. *BMJ open*. 2022;12(4):e054436.
61. SOU. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar 2020:6.
62. Hange D, Ariai N, Björkelund C, Svenningsson I, Nejati S, Petersson E-L, et al. Associations between antidepressant therapy, work ability, and sick leave for patients with common mental disorders within a two-year perspective—A longitudinal observational cohort study in Swedish primary care. *Heliyon*. 2021;7(5).