



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Chefens perspektiv

en saknad pusselbit

En webbaserad enkät om svenska chefers kunskap, erfarenheter och strategier för medarbetare med nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest.

Agneta Blomberg
Gunnel Hensing
Monica Bertilsson



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	6
Bakgrund	8
<i>Chefers kunskap om psykisk ohälsa</i>	9
<i>Arbetsplatsens betydelse för depressions- och ångestsjukdom</i>	9
<i>Förmåga att arbeta vid depressions- och ångestsjukdom</i>	9
<i>Arbetsanpassning för medarbetare med depressions- och ångestsjukdom</i>	10
<i>Sjukskrivning av medarbetare med depressions- och ångestsjukdom</i>	11
<i>Attityder till individer med depressions- och ångestsjukdom</i>	11
Syfte	12
Metod	12
<i>Teoretisk utgångspunkt</i>	12
<i>Studiedesign</i>	12
<i>Undersökningsgrupp</i>	13
<i>Urvalsram</i>	13
<i>Datainsamling</i>	13
<i>Enkätens utformning</i>	14
<i>Videovinjetter</i>	14
<i>Etisk prövning</i>	14
Resultat	16
<i>Bortfallsanalys</i>	16
<i>Bakgrundsdata</i>	16
<i>Chefers kunskap och erfarenhet av medarbetare med depression och ångest</i>	19
<i>Chefers kunskap om nedsatt arbetsförmåga vid depressions- och ångestsjukdom</i>	21
<i>Chefers användning av arbetsanpassning för medarbetare med depression och ångest</i>	22
<i>Förebyggande verksamhet på arbetsplatsen</i>	24
<i>Att uppmana medarbetare till sjukskrivning p.g.a. depressions- och ångestsjukdom</i>	26
<i>Chefers syn på behov av sjukskrivning baserat på vinjettstudien</i>	26
<i>Chefernas attityder till depression hos medarbetare</i>	28
Överväganden kring val av metodik	30
<i>Metod för datainsamling</i>	30
<i>Studiedeltagare</i>	30
<i>Bortfall</i>	30
<i>Bruket av begreppet "depressions- och ångestsjukdom"</i>	32
<i>Videovinjetten</i>	32
<i>Frågan om arbetsanpassning</i>	32
<i>Chefers attityder till medarbetare med depression</i>	33
<i>Enkätutvärdering</i>	33
Övriga publikationer	34

<i>Publikationer</i>	34
<i>Konferensbidrag</i>	35
Referenser	36
<i>Bilaga 1</i>	40
<i>Bilaga 2</i>	62
<i>Bilaga 3</i>	63

Inledning

Chefers perspektiv – en saknad pusselbit är ett projekt finansierat av AFA Försäkring (ID:150378 *Chefers perspektiv – kunskap och behov i mötet med anställda som har nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest*). Projektet består av en webbaserad enkät riktad till svenska chefer, och en kvalitativ fokusgruppsstudie med ett annat urval av chefer. Projektet är godkänt av Etikprövningsnämnden i Göteborg, Dnr: 165-17. I denna rapport presenteras data från den webbaserade enkäten samt metodologiska överväganden.

Det övergripande syftet med projektet är att utforska chefers kunskap och behov i mötet med anställda med nedsatt arbetsförmåga på grund av vanliga psykiska sjukdomar som depressions- och/eller ångestsjukdomar. Kunskapen behövs för att i framtiden kunna utveckla effektiva interventioner riktade till arbetsplatser och till chefer i syfte att öka deras kapacitet att stödja dessa medarbetare i att upprätthålla arbetsförmåga, förhindra sjukfrånvaro och möjliggöra tidig återgång i arbete för de medarbetare som är sjukskrivna.

Projektet ingår i Forskningsprogrammet *New Ways – mental health at work*, vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet (www.epso.gu.se/newways). Forskningsprogrammet har som mål att utveckla metoder för att tidigt kunna identifiera vanliga psykiska sjukdomar och att kunna erbjuda stöd till personer som utvecklat symptom på depression och ångest. Målet är att personer med nedsatt arbetsförmåga ska stödjas att vara kvar i arbete genom bättre behandling och rehabilitering. Forskningen i programmet bedrivs på individuell och organisatorisk nivå med ett fokus på individer och deras arbetsmiljö. Programmet är indelat i tre huvudområden: hälsolitteracitet, primärvård och arbetsliv. Det här projektet är en del av området *Arbetslivet (Worklife)* med fokus på *chefers perspektiv*.

Huvudsökande och projektansvarig i detta projekt:

Monica Bertilsson, universitetslektor, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs universitet, Sverige (monica.bertilsson@socmed.gu.se).

Medsökande i detta projekt är:

Kerstin Ekberg, professor emerita, Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, Linköpings universitet, Göteborg, Sverige.

Christian Ståhl, biträdande professor, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Avdelningen för pedagogik och sociologi, Linköpings universitet, Linköping, Sverige (ersatt Kerstin Ekberg).

Stephen Stansfeld, professor emeritus, Centre for Psychiatry, Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Storbritannien.

Simon Nygaard Øverland, professor, Department of Psychosocial Science, Faculty of Psychology, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge. Fagdirektør, Område for psykisk og fysisk helse, Folkhelseinstituttet, Bergen, Norge.

Gunnel Hensing, professor, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs universitet, Göteborg, Sverige.

Medförfattare till rapporten:

Agneta Blomberg, biträdande forskare, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs universitet, Göteborg, Sverige.

Sammanfattning

Psykisk ohälsa är det främsta skälet till sjukfrånvaro i Sverige, sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser blir också längre jämfört med andra diagnoser och risken för återfall i sjukskrivning är dessutom högre. Perioden innan sjukrivning präglas ofta av en successivt försämrad arbetskapacitet, från att kunna arbeta utan hinder till en känsla av dissonans i förhållande till både arbetsuppgifter och arbetsplats. Preventiva insatser på arbetsplatsen erbjuder möjligheter att förebygga sjukskrivningar och kan eventuellt även bidra till att tidiga besvär inte utvecklas till full sjukdom. Arbetsgivaren har det övergripande ansvaret att ge chefer och arbetsledare förutsättningar att leda det förebyggande arbetet. I och med en ökad kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer som påverkar den psykiska ohälsan är arbetsplatsen en viktig arena för att kunna hantera orsaker till vanlig psykisk sjukdom.

Syftet med studien är att undersöka svenska chefers kunskap, erfarenheter och strategier i relation till medarbetare med depressions- och ångestsjukdom. Studien är utformad som en tvärsnittsstudie där datainsamlingen gjordes i form av en webb-enkät.

Totalt tillfrågades 5556 personer att delta i studien. Deltagarna rekryterades från Medborgarpanelen hos Laboratory of Opinion Research (LORE) vid Göteborgs universitet och via samarbetspartners till Helix HELIX Competence Centre vid Linköpings Universitet. Efter en kontrollfråga som säkerställde att deltagaren var chef/arbetsledare minskade urvalsramen till 4737 personer och av dessa svarade 3358 personer på enkäten (71 %).

Av deltagarna kommer 42 % från offentlig sektor och 58 % från privat sektor och representerar många olika branscher där vård och omsorg, utbildning, IT och tillverkningsindustrin är de största. Hälften kommer från företag med mindre än 250 anställda och hälften kommer från större företag/organisationer. En tredjedel är kvinnor och två tredjedelar män. Deltagarna har lång erfarenhet som chef och hälften har varit chef mer än 10 år.

Resultatet visar att 64 % av cheferna har erfarenhet av en eller flera medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom under de senaste två åren. Av dessa uppger 61 % att de fått kännedom genom att medarbetaren själv berättade, resterande svarar att de fått kännedom om medarbetarens sjukdomsbesvär via andra. Vi frågade cheferna om de aktivt uppmanat medarbetare till sjukskrivning på grund av ångest- och depressionssjukdom, vilket 42 % av cheferna hade gjort. I första hand motiverade cheferna sjukskrivning med att medarbetaren behöver tid för återhämtning, och i andra hand för att en sjukskrivning ger möjlighet till läkarkontakt och behandling. Först i tredje hand motiverades sjukskrivningen med nedsatt arbetsförmåga.

Vi frågade cheferna hur de uppfattade att sjukdomsbesvären påverkar medarbetarens arbetsförmåga. En majoritet av cheferna rapporterar att medarbetaren har ganska mycket svårare eller mycket svårare att prioritera bland arbetsuppgifter (79 %), att kunna koncentrera sig (77 %) och att upprätthålla arbetstempot (73 %). Av de totalt 1819 chefer som uppger att de

har erfarenhet av en eller flera medarbetare med depressions- och ångestbesvär svarade 1777 chefer på frågor om vilka arbetsanpassningar de använder sig av för att stödja sina medarbetare. En stor andel av cheferna svarar att de arbetsanpassar genom att de själva erbjuder mer stöd eller handledning (88 %). Arbetsplatser kan bedriva ett förebyggande arbete för att förhindra uppkomst av psykisk ohälsa. Den vanligaste åtgärden är att erbjuda friskvård (87 %), 49 % erbjuder stressrådgivning och 42 % erbjuder utbildning om stress i arbetslivet, men endast 14 % erbjuder sina medarbetare riktad utbildning om depressions- och ångestsjukdom i arbetslivet. Ett av instrumenten i webb-enkäten undersöker chefers attityder till depression. En majoritet av deltagarna ser inte medicinering som ett hinder för att arbeta. Nästan hälften av deltagarna ger uttryck för att det är svårt med medarbetare med depression och cirka 40 % upplever det som stressande. Vi ser också att en tredjedel av cheferna skulle avstå från att anställa en person som de visste hade haft en depressions- eller ångestsjukdom. Denna studie är idag den största studien i sitt slag både nationellt och internationellt och ger en första inblick i chefers kunskap och strategier när det gäller medarbetare med depressions- och ångestsjukdom.

Bakgrund

Psykisk ohälsa är det främsta skälet till sjukfrånvaro i Sverige, och ökningen av sjukskrivningar i psykiatriska intygsdiagnoser¹ är större än i andra diagnosgrupper (1). Studier visar att sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser blir längre jämfört med andra intygsdiagnoser och att det också finns en ökad risk för återfall i sjukskrivning (1-3). I många fall föregås sjukkrivningen av ett skede där personen är i arbete men med en successivt försämrad kapacitet att utföra sitt arbete. I en kvalitativ studie bland svenska individer med depressions- och ångestbesvär beskrivs den fasen som att deras vanligtvis fria och obehindrade arbetssätt bryts och istället infinner sig en känsla av dissonans i förhållande till både arbetsuppgifter och arbetsplats (4). Under denna fas skulle insatser på arbetsplatsen kunna förebygga en sjukskrivning och eventuellt även bidra till att tidiga besvär inte utvecklas till full sjukdom och en ökad risk för nedsatt arbetsförmåga. Risken för framtida sjukersättning är ytterligare skäl för att stödja individer att vara kvar i arbete. I en norsk studie fann man att medelåldern vid beviljande av sjukersättning var lägre bland personer med depressions- och ångestsjukdom, jämfört med personer med muskuloskeletal sjukdom, (52 respektive 49 år, jämfört med 55 år) (2). En sjukskrivning kan påverka hälsan positivt för den enskilda individen när kravet på lönearbete försvinner, men för många är den långsiktiga effekten negativ med känslor av isolering och utanförskap som följd, liksom en försämrad ekonomi. Sjukersättning och andra långvariga ersättningar från socialförsäkringen ökar också statens kostnader.

Enligt Arbetsmiljölagen har arbetsgivaren, och därmed chefer, ansvar för de anställdas hälsa och säkerhet och att förebygga sjukskrivning. Arbetsgivaren har även ett långtgående ansvar vid återgång till arbete efter sjukfrånvaro. Det ingår i Arbetsmiljöverkets ansvar att mer i detalj precisera vilka regler som gäller för arbetsmiljön och görs via författningssamlingar (AFS). I relation till psykisk ohälsa tydliggjordes detta ansvar i och med Arbetsmiljöföreskriften AFS 2015:4 (5) där det framgår att arbetsgivaren är ansvarig för att den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inte får utgöra en hälsorisk och att regelbundna undersökningar av arbetsförhållandena ska genomföras. Arbetsgivaren har det övergripande ansvaret att ge chefer och arbetsledare förutsättningar för att utföra ett sådant arbete. I och med en ökad kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer som påverkar den psykiska ohälsan är arbetsplatsen en viktig arena för att kunna hantera orsaker till vanlig psykisk sjukdom (6). Chefen blir därmed en viktig del i arbetet att skapa förutsättningar för en god organisatorisk och social arbetsmiljö.

I Sverige har Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) vid Lunds Universitet och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa genomfört undersökningar riktade till chefer om deras attityder, kunskap och beteende när det gäller psykisk sjukdom. De fann att chefer grovt underskattade hur vanligt förekommande psykisk sjukdom är i arbetslivet och att bara 40 % hade rutiner för hur de ska agera gentemot anställda med psykisk sjukdom (7). I undersökningarna användes just begreppet ”psykisk sjukdom” vilket kan föra tanken till att

¹ Med intygsdiagnoser menar vi de diagnoser som läkaren angett på det medicinska underlaget som ligget till grund för sjukskrivningen.

det är allvarlig psykisk sjukdom som avses, något som inte är vanligt förekommande bland yrkesverksamma. Psykisk sjukdom associeras till mer negativa aspekter än begrepp som psykiska besvär, psykisk ohälsa eller psykiska problem. Bruket av begreppet innebär att man i dessa undersökningar inte explicit efterfrågat chefers perspektiv på den psykiska ohälsa som är vanligast förekommande i arbetslivet.

Trots att chefer otvetydigt har ett stort ansvar för de anställdas säkerhet och hälsa finns endast ett fåtal svenska studier som undersökt vad chefer kan och gör i förhållande till medarbetare med just depressions- och/eller ångestsjukdom (8-11). Även internationellt finns endast ett fåtal publicerade studier (12, 13), och därför fyller projektet *Chefers perspektiv* – en saknad pusselbit en viktig kunskapslucka.

Chefers kunskap om psykisk ohälsa

I en internationell studie fann man att när chefer själva blir tillfrågade om hur de ser på sin egen roll att hantera medarbetare med psykisk ohälsa önskar de mer kunskap och högre tillit till sig själva i frågor som rör psykiskt välbefinnande kopplat till arbetsplatsen (14). En av få svenska studier som handlar om chefer (8, 9, 11) genomförde intervjuer med 24 chefer i olika branscher (Porter m.fl., 2019). Forskarna fann att cheferna var positiva till och ville stödja anställda med psykiska problem men man fann också att de upplevde uppgiften som komplex (11). Cheferna saknade genomtänkta strategier och processer för att hantera olika situationer. De var samtidigt medvetna om riskerna med en stigmatisering av anställda med psykisk ohälsa och att det kan utgöra ett hinder att berätta om sina problem.

Arbetsplatsens betydelse för depressions- och ångestsjukdom

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att det finns evidens för ett orsakssamband mellan vissa psykosociala faktorer i arbetsmiljön och symptom på depression och utmattningssyndrom hos anställda (15). Alltför höga krav i kombination med bristande inflytande och brist på resurser ökar risken för sömnstörningar, depressionssymptom och känslomässig utmattning. Bristande medmänskligt stöd och osäkerhet i anställningen är exempel på andra faktorer som har betydelse för den psykiska hälsan. Anställda som på sin arbetsplats upplever mobbning eller konflikter löper högre risk att utveckla depressionssymptom, och de medarbetare som anser att belöningen är för liten i förhållande till ansträngningen utvecklar i högre utsträckning symptom på depression (15). Man fann också att risken för att drabbas av symptom orsakad av psykosociala riskfaktorer på arbetsplatsen är densamma för kvinnor och män, men att kvinnor oftare befinner sig i situationer som innebär en ökad risk. Det visar att om arbetsförhållanden är likvärdiga är risken att utveckla depressionssymptom densamma för kvinnor och män (15, 16).

Förmåga att arbeta vid depressions- och ångestsjukdom

I två kvalitativa studier av chefers erfarenhet av vanlig psykisk sjukdom fann man att chefer tycker det är svårt att förstå hur arbetsförmågan påverkas eftersom sådana nedsättningar är osynliga och ofta svåra att uppfatta för omgivningen (17, 18). Studier som undersökt hur

arbetsförmåga påverkas vid depressions- och ångestsjukdom jämfört med andra sjukdomar, till exempel muskuloskeletal sjukdom, diabetes eller hjärt-kärlsjukdom (19, 20), fann att arbetsförmågan påverkas mer negativt bland de med depression och ångest. I en av studierna mättes och jämfördes arbetsförmåga mellan diagnosgrupper med hjälp av en skala: "the work-impairment score" (WIS) (20). Mätningarna visar i vilken utsträckning ett hälsotillstånd reducerar en persons engagemang (input) mätt i energinivåer och förmågan att fokusera och samarbeta. Resultaten indikerade att personer med depressions- och ångestbesvär upplevde en högre nedsättning av arbetsförmåga mätt i procent än personer med andra diagnoser. Bland personer med besvär i rörelseorganen var nedsättningen i arbetsförmåga 21 % jämfört med personer med depressions- och ångestbesvär där nedsättningen uppmättes till 36 %. I befolkningsstudien Hälsoresursprojektet genomförd vid Göteborgs Universitet undersökte nya sjukskrivningsfall. Resultaten visade att oberoende av diagnos skattade en signifikant högre andel med lågt psykiskt välbefinnande nedsatt arbetsförmåga jämfört med individer som skattade högt psykiskt välbefinnande (34). Detsamma fann man för individer med varaktig psykisk sjukdom när dessa jämfördes med individer med annan varaktig sjukdom (21). I NESDA-studien följer man personer med nydebuterad depressions- och ångestsjukdom över tid och sannolikheten för att studiedeltagarna skattade försämrade arbetsförmåga var 67 % bland de deltagare som haft depressionssjukdom och 57 % bland de som haft ångestsjukdom, även efter att de inte längre uppfyllde diagnoskriterierna (22). Det tyder på att tillfrisknande från sjukdom inte nödvändigtvis sammanfaller med en återhämtning av arbetsförmåga. I en fenomenologisk studie vars syfte var att utforska, identifiera och beskriva förmåga att arbeta vid depressions- och ångestsjukdom intervjuade man anställda med egen erfarenhet av dessa tillstånd och fann då att essensen i den nedsatta arbetsförmågan är att hen inte känner sig hemmastadd i sitt eget arbetsutförande, sitt beteende, och sina känslomässiga och fysiska reaktioner (23). I en kvalitativ studie fann man att hälso- och sjukvårdspersonal hade liknande syn på förmågan att arbeta vid dessa sjukdomar (24). I flera studier betonas att ökad kunskap om hur arbetsförmåga påverkas vid olika psykiska sjukdomar är ett av de viktigaste utvecklingsområdena för att förhindra sjukfall och begränsa sjukfrånvaron (19, 25, 26). Studier på stigma i relation till psykisk ohälsa har också undersökt chefers uppfattning om arbetsförmåga hos fiktiva fall (27). Men det saknas enkätundersökningar som explicit undersökt vad chefer kan eller vet om påverkan på arbetsförmåga vid psykisk ohälsa baserat på chefers egen erfarenhet. Resultaten av en sådan undersökning kan ge en ökad förståelse för vilken kunskap chefer behöver men också tillföra ytterligare underlag till den forskning om arbetsförmåga som redan finns. Chefer utgör i sammanhanget en viktig pusselbit då de kan bidra med erfarenhet av att möta medarbetare med psykisk ohälsa och hur arbetsförmåga gestaltar sig på arbetsplatsen hos personer med sådana besvär.

Arbetsanpassning för medarbetare med depressions- och ångestsjukdom

Det saknas systematisk kunskap om arbetsanpassningar för personer med vanlig psykisk sjukdom men individanpassning av arbetsmiljö och arbetsuppgifter ses som en viktig åtgärd (16). Martin m.fl. (2014) menar att chefer kan uppmuntra anställda att söka hjälp samtidigt som en chef har möjlighet att organisera arbetet för att anpassa arbetsuppgifterna efter individens

behov (28). Att få kännedom om de problem som anställda med vanlig psykisk sjukdom upplever uppfattas som centralt för att kunna erbjuda ett effektivt stöd. Sannolikheten för att personer med depression får arbetsanpassning är dock lägre när jämförelser gjorts mellan personer med andra kroniska sjukdomar, vilket kan förklaras av att psykisk ohälsa inte syns utåt och att det finns både osäkerhet och okunskap bland arbetsgivare och chefer (29, 30). I en undersökning av Wang m.fl. (2011) angav 84 % av de medarbetare som arbetade under tiden de upplevde symptom på vanlig psykisk sjukdom att de behövde en eller flera typer av arbetsanpassningar. I samma undersökning fann man att enbart 30 % av de som ansåg att de behövde anpassning också fick det (31). I uppföljningsstudien framkom att byte av enklare arbetsuppgifter med en kollega och att modifiera arbetsuppgifter visade på en signifikant lägre risk för depressions- och ångestsjukdom vid ett års uppföljning (32). En svensk studie som undersökt vilka åtgärder och anpassningar som både sjuknärvarande och sjukfrånvarande medarbetare får (genomförd vid HELIX Competence Centre, Linköpings universitet) visar att de vanligaste åtgärderna är ändrade arbetsuppgifter (50 %), ökad bemanning i arbetsgruppen (30 %), samtalsstöd (40 %) och ändrade arbetstider (30 %) (33).

Sjukskrivning av medarbetare med depressions- och ångestsjukdom

Få studier har undersökt betydelsen av självskattad arbetsförmåga. I Hälsoresursprojektet fann forskarna att individer som själva skattade sin arbetsförmåga som nedsatt i förhållande till skilda krav i arbetet (kunskapskrav, mentala-, sociala- och fysiska krav) i samtliga fall hade längre sjukskrivningstid jämfört med de som inte skattade sin arbetsförmåga som nedsatt (34). Samtidigt fann man en högre sannolikhet för långtidssjukskrivning året efter skattningen även efter att man justerat för kända riskfaktorer som tidigare sjukskrivning, ålder, kön, self-efficacy, långvariga symptom och varaktig sjukdom (34). Sjukskrivning är ett socialt fenomen som det finns attityder kring, vilket Holmås m.fl., (2008) studerat. I en studie jämfördes attityder i de nordiska länderna och forskarna fann att anställda i privat sektor samt heltidsanställda hade en mer restriktiv syn på sjukskrivning (35).

Attityder till individer med depressions- och ångestsjukdom

De få studier som undersökt psykisk ohälsa kopplat till arbetslivet har funnit att det både hos medarbetare och chefer förekommer och negativa attityder till personer med vanlig psykisk sjukdom (36-39). Uppfattningarna präglas bland annat av att depression och ångest bara drabbar svaga personer och att hen kan lösa situationen om de bara "tar sig kragen" (28). En allmän rädsla och behov av att distansera sig från personer med vanlig psykisk sjukdom framkommer också, vilket bidrar till en upplevelse av utanförskap bland de som drabbas av stigma. Detta återspeglas i de fynd som visat att chefer vill veta om de anställer personer med psykisk ohälsa (18, 40). I studier utförda i Australien fann man att manliga chefer hade en mer negativ attityd till medarbetare med depression än kvinnliga chefer (28, 38). I Storbritannien har resultat från longitudinella undersökningar visat att chefers kunskap om vad psykisk ohälsa innebär ökar när de får utbildning i ämnet (41-43).

Syfte

Det övergripande syftet med Chefsprojektet är att undersöka svenska chefers kunskap, erfarenheter och strategier i relation till medarbetare med depressions- och ångestsjukdom. I denna rapport presenterar vi metod och resultat av chefsprojektets enkätundersökning.

Metod

Teoretisk utgångspunkt

Teoretisk utgångspunkt för projektet (44) är en modell som på engelska kallas ”Person-Environment-Occupation Model”. På svenska kallas den vanligen PEO-modellen (PEOM). Grundläggande i modellen är att arbetsförmåga aldrig kan förstås endast som en individuell egenskap. Arbetsförmåga uppstår alltid i samspelet mellan individen, hens arbetsmiljö och arbetsuppgifter. Arbetsförmåga ska alltså ses och förstås som en dynamisk interaktion mellan personen som arbetar, det sammanhang eller den arbetsmiljö som arbetet utförs i och slutligen också arbetsuppgifterna. Det innebär i sin tur att en och samma individ kan ha helt nedsatt arbetsförmåga i relation till vissa arbetsuppgifter men ha full arbetsförmåga i relation till andra, och samma arbetsuppgifter kan vara möjliga att göra i en viss arbetsmiljö, men inte i en annan. Symptom eller sjukdom är en del av de individuella aspekterna i PEOM. När det gäller psykiska problem är sambandet mellan symptom eller sjukdom och förmågan att arbeta inte alls lika tydlig som för vissa andra sjukdomar, vilket gör det svårt att nå generella lösningar. Det behövs en individuell bedömning. Som framgår av den här kortfattade beskrivningen av PEOM påverkar också arbetsuppgifterna och arbetsmiljön förmågan att vara i arbete. Chefen, som ansvarar för arbetsmiljö samt leder och fördelar arbetet (arbetsuppgifter), blir därmed en viktig faktor för individers förmåga att arbeta. Hur chefer agerar till exempel med att vidta åtgärder i arbetsmiljö eller genom arbetsanpassning är faktorer som ingår i den dynamiska interaktionen enligt PEOM. Då inga tidigare svenska studier undersökt vad chefer kan och gör i förhållande till medarbetare med vanlig psykisk sjukdom har vi i denna enkät ställt ett antal grundläggande frågor för att få kunskap om det.

Studiedesign

Den här studien är utformad som en tvärsnittsstudie och datainsamlingen gjordes i form av en webb-enkät som initialt skickades ut till 5556 personer där urvalsramen sedan minskade till 4737 personer (se figur 1, s. 9). Datainsamlingen pågick från 2017-09-25 till 2017-12-18.

Undersökningsgrupp

Det finns inga etablerade register som representerar chefer på den svenska arbetsmarknaden så för att kunna bjuda in deltagare valde vi att använda oss av två andra sätt att nå chefer. Vi vände oss dels till chefer/arbetsledare 1) via Medborgarpanelen hos Laboratory of Opinion Research (LORE) som är en avdelning inom SOM-institutet och centrumbildning vid institutionen för Journalistik och Masskommunikation (JMG) vid Göteborgs universitet. Deltagarna i Medborgarpanelen rekryteras både genom slumpmässiga befolkningsurval och genom så kallade självrekryterade urval. 2) dels vände vi oss till vårt partnerskap med Helix Competence Centre vid Linköpings universitet som är ett forskningscenter med fokus på arbetslivsfrågor. Centret har i sin tur etablerade partnerskap med både offentliga och privata arbetsgivare (n=28). Samtliga partners tillfrågades i augusti månad 2017 om att delta i studien och intresserade tillhandahöll e-postadresser till chefer inom respektive organisation. Insamlingen bland Medborgarpanelens deltagare pågick under perioden 2017-09-25 till 2017-11-23. I HELIX-urvalet pågick insamlingen mellan 2017-11-30 och 2017-12-18. Deltagarna fick under perioden två påminnelser.

Urvalsram

Totalt tillfrågades 5556 personer om att delta i studien. I Medborgarpanelen (LORE) gjordes ett randomiserat urval av 5000 chefer baserat på två inklusionskriterier: 1) att i en tidigare undersökning vid LORE i juni 2017 (cirka 60 000 deltagare) ha definierat sig själv som en person i arbetsledande ställning och 2) vara i åldern 20-65 år. Via HELIX Competence Centre (Linköpingsurvalet) accepterade åtta partners att delta, vilka totalt tillhandahöll oss med ytterligare 556 e-postadresser. Chefsstudiens enkät innehöll dessutom en initial kontrollfråga där tillfrågade kunde svara på frågan om de hade en chefs-/arbetsledande befattning. De personer som svarade nej exkluderades från studien.

Datainsamling

Enkäten pilottestades av tio chefer som efter att ha fyllt i enkäten också deltog i en intervju tillsammans med projektledaren om enkätens begriplighet och därefter gjordes några slutgiltiga ändringar. Laboratory of Opinion Research (LORE) hanterade enkätutskick, datainsamling, iordningställande av data-set och den tekniska rapporten. En webbaserad enkät innebär att alla som klickar på länken till enkäten räknas som en deltagare, oberoende av antal besvarade frågor. För att kunna hantera detta används AAPOR² Standard Definitions 2011 som ett sätt att mäta deltagarnas aktivitet (50). AAPOR använder sig av tre olika definitioner för att beskriva dessa aktiviteter, 1) de som besvarar 80 % eller mer av alla frågor, 2) de som besvarar mellan 50-79 % av alla frågor och 3) de som besvarar mindre än 49 % av alla frågor. I den här rapporten är fördelningen som följer: antal personer som svarat på minst 80 % av frågorna är n=2821, antal personer som svarat på 50-79 % av enkätfrågorna, så kallade partial respondents, är n= 278, och antal personer som svarat på färre än 49 % av enkätfrågorna, så kallade "break-off's", är

² AAPOR = American Association for Public Opinion Research

n=259. Totalt deltog 3358 deltagare vilket innebär att webb-enkäten hade en svarsfrekvens om 71 %.

Enkätens utformning

Vi ställde 36 frågor inom fem olika delområden och en kopia av enkäten återfinns i bilaga 1. Då inga liknande studier gjorts i Sverige arbetade projektgruppen i hög grad fram frågorna själva. Referenser till frågorna återfinns i bilaga 2, och till stöd för det arbetet hade projektgruppen också en litteraturstudie (45).

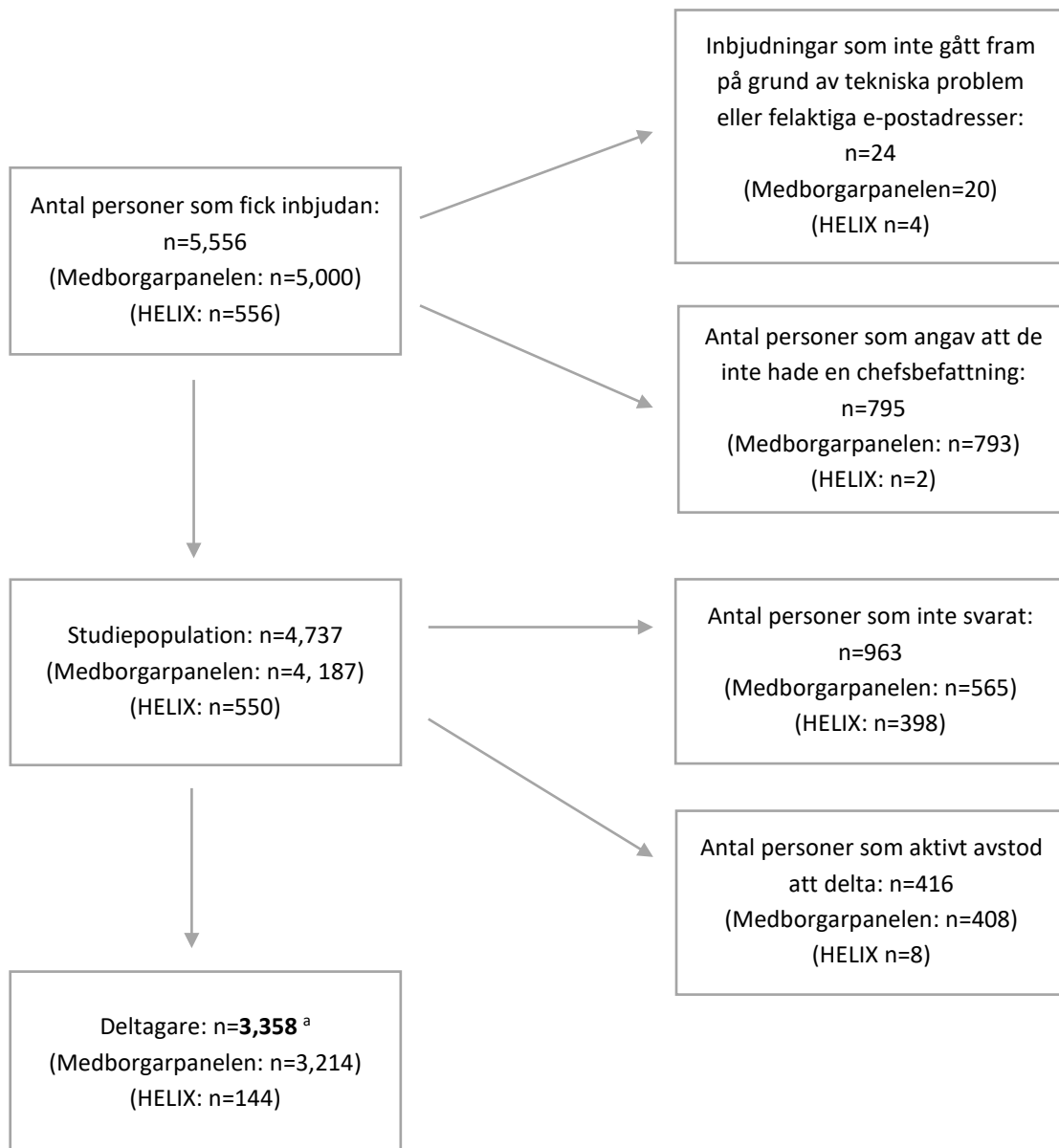
Videovinjetter

Formatet (webbaserad enkät) möjliggjorde användandet av inspelade videovinjetter som underlag för skattning av attityder. Bruket av så kallade "case"-vinjetter används ofta vid explorativa attitydstudier och att inkludera en videoinspelning istället för en skriftlig vinjett ökar validiteten enligt Hughes (2004) (46). Skriftliga vinjetter förväntas leda till associationer till personer som deltagaren mött tidigare medan en videoinspelning istället har den fördelen att forskaren vid efterföljande analyser har bättre kontroll över vad deltagaren faktiskt har relaterat till (46). Vi spelade in två vinjetter om vardera cirka två minuter i omfång. Den ena vinjetten visade en kvinna och den andra en man, 35-40 år gamla, spelade av professionella skådespelare. Båda vinjetterna hade samma manus: - personen har bokat ett möte med sin chef och berättar om sin situation på jobbet med fokus på att förmågan att arbeta försämrats. Det är endast skådespelaren som syns i bild och chefen ger bara hummande svar. Två kvalitativa studier om arbetsförmåga vid depressions- och ångestsjukdom utgjorde underlag till manus (23, 24). Manuset var kontrollerat för dess tillförlitlighet av en läkare och forskare med specialistkompetens inom arbets- och miljömedicin. Vinjetterna randomiserades så att hälften av deltagarna fick se en vinjett med kvinnan och hälften av deltagarna fick se en vinjett med mannen. En ordagrann utskrift av samtalet av den kvinnliga vinjetten mellan medarbetare och chef återfinns i bilaga 3.

Etisk prövning

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

Flödesschema över inbjudna deltagare från Medborgarpanelen och via HELIX Competence Centre.



^a identifiering av deltagare enligt AAPOR Standard Definitions 2011 fastställer att personer som svarat på färre än 49 % av enkätfrågorna, s.k. "break-off's" är n=259, och de personer som svarat på 50 -79 % av enkätfrågorna s.k. partial respondents är n=278. Resten har besvarat minst 80 % av frågorna (n=2821).

Resultat

I resultatavsnittet beskriver vi studiepopulation, frekvenser och presenterar jämförande data mellan grupper. Procentsatser är beräknade på antal personer som besvarat en specifik fråga, se vidare information om AAPOR nedan. I de fall vi uppger att det finns signifikanta procentuella skillnader mellan grupper är det beräknat med 95 % konfidensintervall (KI).

Bortfallsanalys

I bortfallet (n=1379) kommer 973 personer från Medborgarpanelen och 406 personer från HELIX Competence Centre. I urvalet från Medborgarpanelen, som utgör ca 70 % av det totala bortfallet var det möjligt att göra en bortfallsanalys baserad på kön, ålder och utbildning. Vad gäller könsfördelning föreligger det en skillnad mellan andelen deltagande män som utgör 69 % (KI: 95 % = 67-70) av deltagarna, jämfört med 75 % i bortfallsgruppen (KI: 95 % = 73-78). Det omvända förhållandet gäller för kvinnor med fler deltagande kvinnor (31 %, KI: 95 % = 29-33), i jämförelse med bortfallsgruppen (24 %, KI: 95 % = 22-27). För ålder fann vi ingen signifikant skillnad mellan deltagare och bortfallsgrupp i ålderskategorin 20-49 år, däremot är det fler deltagare i ålderskategorin 50-59 år (36 %, KI: 95 % = 34-37) i jämförelse med bortfallsgruppen (30 %, KI: 95 % = 27-33). Vi fann inga signifikanta skillnader mellan deltagare och bortfallsgrupp i förhållande till utbildningsnivå.

Bakgrundsdata

Enkäten består av totalt 36 frågor där de inledande 15 frågorna syftar till att beskriva deltagarna (n=3358) genom att ange kön, ålder, utbildningsnivå, branschtillhörighet, storlek på organisation, befattning, år av erfarenhet, m.m. (se tabell 1).

Tabell 1. Deltagarnas sociodemografiska data och information om deras arbetsplatser (n=3161 – 3356*).

Artikel	Beskrivning	N	%	KI: 95 %
Kön	Kvinna	1083	32	31-34
	Man	2260	68	66-69
Ålder	20 - 39 år	577	17	16-18
	40 - 49 år	1110	33	32-35
	50 - 59 år	1190	35	34-37
	+60år	479	14	13-15
Utbildningsnivå	Gymnasieutbildning eller kortare	763	24	22-25
	Högskole- el. universitetsexamen, minst 3 år	2223	69	68-71
	Examen - Forskarutbildning	215	7	6-8
Sektor	Offentlig sektor	1407	42	40-44
	Privat sektor	1945	58	56-60
Anställd/ Egen-företagare*	Anställda	1457	76	74-77
	Egen företagare	475	24	23-26
Bransch	Tillverkningsindustri	335	10	9-11
	Byggverksamhet och hantverkare	165	5	4-6
	Handel	171	5	4-6
	Transport	147	4	4-5
	IT	394	12	11-13
	Utbildning	367	11	10-12
	Vård, omsorg, sociala tjänster	423	13	12-14
	Offentlig förvaltning och försvar	320	10	9-11
	Juridik, ekonomi, vetenskap och teknik	209	6	5-7
	Kultur, nöje och fritid	136	4	3-5
	Annan typ av verksamhet***	639	19	18-21
Antal anställda	Upp till 250 anställda	1647	50	49-52
	251-1000 anställda	462	14	13-15
	Fler än 1000 anställda	1164	36	34-37
Befattning	Högre chef (VD el. liknande)	715	23	21-24
	Mellanchef (chef över chefer)	509	16	15-17
	Mellanchef (första linjens chef)	1005	32	30-33
	Gruppledare eller arbetsledare	684	21	20-23
	Expert/Funktionschef (såsom HR-chef)	268	8	7-9

Tabellen fortsätter på nästa sida.

Antal år som chef på nuvarande arbetsplats	0 – 1 år	618	19	18-20
	2 - 3 år	828	26	24-27
	4 – 5 år	402	12	11-14
	Mer än 5 år	1383	43	41-44
Totalt antal år som chef/ arbetsledare	0 – 2 år	364	11	10-12
	3 – 5 år	580	18	17-19
	6 – 10 år	680	21	20-23
	Mer än 10 år	1589	50	48-51
Antal underställda	0	303	10	9-10
	1 – 5	1055	33	31-34
	6 - 10	739	23	22-25
	11 – 20	543	17	16-18
	21 – 40	346	11	10-12
	41 – 50	81	2	2-3
	Fler än 50	135	4	4-5
Könsfördelningen på arbetsplatsen	Flest kvinnor	1085	34	32-36
	Ungefär lika	896	28	26-30
	Flest män	1218	38	36-40
Arbetsmiljöansvar	Ja	2210	70	68-71
	Nej	834	26	25-28
	Vet inte	125	4	3-5
Nivå på stöd av en personal/ HR-funktion	Jag har starkt stöd	848	27	25-28
	Jag har ett visst stöd	1198	37	36-39
	Jag har litet/inget stöd	513	16	15-17
	Verksamheten har inte den funktionen	640	20	19-21

* = avvikelser från det totala antalet deltagare (n=3358) beror på ett internt bortfall.

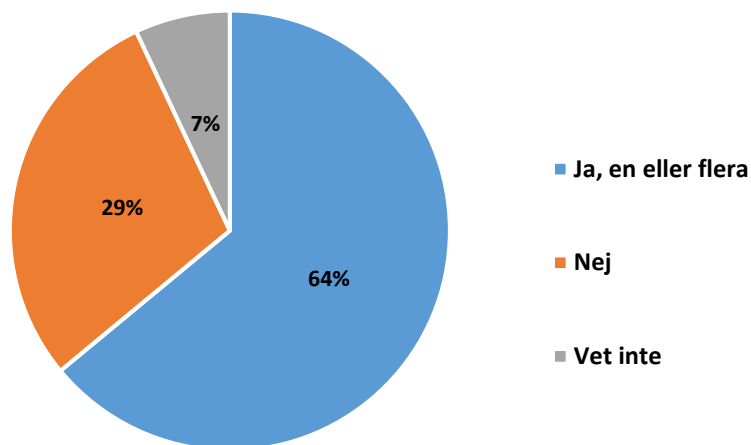
** = frågan är villkorad för de som svarar att de arbetar inom privat sektor.

*** = jordbruk, skogsbruk, fiske; utvinning av mineral, infrastruktur; finans- och försäkring där varje kategori utgör mindre än 10 % av det totala antalet respondenter.

Vad gäller fördelningen mellan offentlig och privat sektor är det i vårt urval fler kvinnliga chefer verksamma i offentlig sektor (60 %) jämfört med privat sektor och andelen äldre chefer (50-60+ år) är också högre i offentlig sektor jämfört med chefer i privat sektor. Oavsett vilken sektor deltagarna arbetar inom så har majoriteten en högskole- eller universitetsexamen. 7 % av deltagarna har en forskarexamen, 12 % av dessa är verksamma i offentlig sektor jämfört med 3 % i privat sektor.

Chefers kunskap och erfarenhet av medarbetare med depression och ångest

Vi undersökte i vilken utsträckning chefer haft erfarenhet av medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom de senaste två åren. 64 % svarade att de haft erfarenhet av en eller flera sådana medarbetare, 29 % svarade att de inte haft någon sådan medarbetare och 7 % svarade att de inte vet om de haft någon medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom (se figur 1).



Figur 1. Andel chefer som besvarade frågan om de haft erfarenhet av medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom, (n=2857).

Av chefer verksamma i offentlig sektor (n=1199) var andelen med erfarenhet 73 %, 21 % angav att de inte haft erfarenhet av medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom och 6 % vet ej. Bland chefer i privat sektor var andelen med erfarenhet 57 % (n=1656), 34 % angav att de inte haft erfarenhet av medarbetare med depression- och/eller ångestsjukdom och 9 % vet ej.

Resultatet av samma fråga fördelad på de fem största branscherna visar att 77 % av cheferna verksamma inom vård/omsorg och utbildning har haft erfarenhet av en eller flera medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom. Inom offentlig förvaltning har 72 % av cheferna haft sådan erfarenhet och inom tillverkningsindustrin uppger 57 % av cheferna att de har haft erfarenhet av medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom. Lägst andel (56 %) med erfarenhet av en eller flera medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom återfanns inom IT-branschen.

Samtliga chefer fick på en 6-gradig skala ange i vilken utsträckning de instämmer i påståenden om hur de uppfattar depressions-/ ångestsjukdom och om de känner sig säkra på hur de som chef kan ge stöd till medarbetare med depression och ångest. 46 % instämmer³ i påståendet att

³ Skalan dikotomiserades till instämmer (instämmer, instämmer till stor del och instämmer relativt väl) och instämmer inte (instämmer inte alls, instämmer delvis, varken instämmer eller inte).

de flesta depressions-/ ångestsjukdomar är övergående och 53 % instämmer i påståendet att de känner sig säkra på hur de kan erbjuda stöd till medarbetare med depressions-/ ångestsjukdom.

Av svaren framkom att 1819 chefer har haft egen erfarenhet av en eller flera medarbetare med depressions-/ ångestsjukdom, och 76 % instämmer i att mötet med dessa medarbetare bidragit till deras personliga utveckling. Vi frågade också hur cheferna fått kännedom (n=1812) om medarbetarens sjukdom, 61 % av cheferna svarade att de fått kännedom genom att medarbetaren själv berättade, övriga svarade att de fått kännedom via andra omständigheter än att de själva uppmärksammade situationen.

Ett antagande i undersökningen är att nivån på chefernas kunskap om depressions-/ ångestsjukdom påverkas av faktorer som chefsutbildning och hur länge man verkat i en chefsposition. 28 % av cheferna med erfarenhet av medarbetare med depressions-/ ångestsjukdom svarade att de deltagit i utbildning i hur man stödjer personer med depression och ångest. Av dessa hade 11 % har gått utbildning de senaste två åren och resterande 17 % hade gått utbildning längre än två år tillbaka i tiden. Oavsett om de deltagit i utbildning längre tillbaka i tiden eller under de senaste två åren ansåg över 90 % att de haft nytta av den i kontakt med sina medarbetare. Bland de som deltagit i chefsutbildning (n=516) instämmer 72 % i att de känner sig säkra på hur de kan stödja sina medarbetare. Av de som inte deltagit i sådan utbildning (n=1279) känner sig 53 % säkra på hur de kan stödja medarbetare med depression och ångest. När det gäller år med chefserfarenhet och hur säker man känner sig fann vi ingen skillnad mellan de med <5 års erfarenhet (14 %) och de med 6-10 års erfarenhet (15 %), medan 72 % av de med mer än 10 års erfarenhet svarade att de känner sig säkra på hur de kan stödja medarbetare med depression och ångest. För de chefer som svarade att de inte deltagit i en chefsutbildning var resultaten likartade undantaget de chefer med mer än 10 års erfarenhet där endast 27 % uppgav att de känner sig säkra på hur de kan stödja medarbetare med depression och ångest.

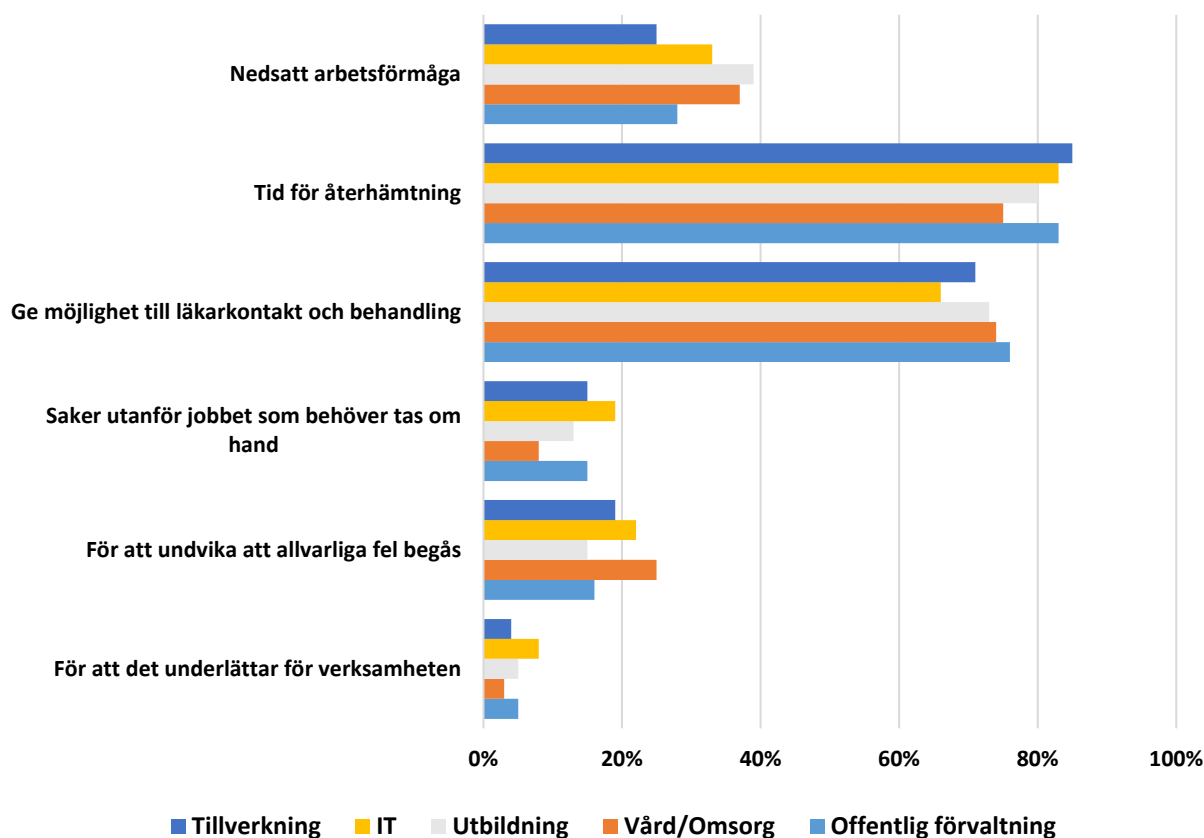
Genom att ställa följdfrågor ville vi kontrollera om någon form av personlig eller professionell erfarenhet påverkade resultaten som beskrivs i föregående avsnitt (se tabell 2).

Tabell 2. Chefers tidigare kunskap och erfarenhet av depressions- och/eller ångestsjukdom.

	N	%
	JA/NEJ	JA/NEJ
Har du själv, en nära anhörig eller en god vän som haft depressions-/ångestsjukdom?	2192/670	77/23
Har du någon medicinsk utbildning som gett dig kunskap om depressions-/ångestsjukdom?	345/2516	12/88
Har du arbetat med att vårda människor med depressions-/ångestsjukdom?	456/2403	16/84

Som framgår av tabell 2 har majoriteten av cheferna (77 %) personlig erfarenhet, antingen via en nära anhörig, en god vän eller att de själva upplevt depressions-/ångestsjukdom. Samtidigt har flertalet ingen medicinsk utbildning som kan ha bidragit till ökad kunskap om depressions-

/ångestsjukdom (88 %) och de har heller ingen erfarenhet av att vårda personer med sådan sjukdom (84 %). Resultatet indikerar alltså att en majoritet av cheferna har en personlig erfarenhet men att få har professionell erfarenhet av att behandla eller vårda personer med depressions-/ ångestsjukdom.

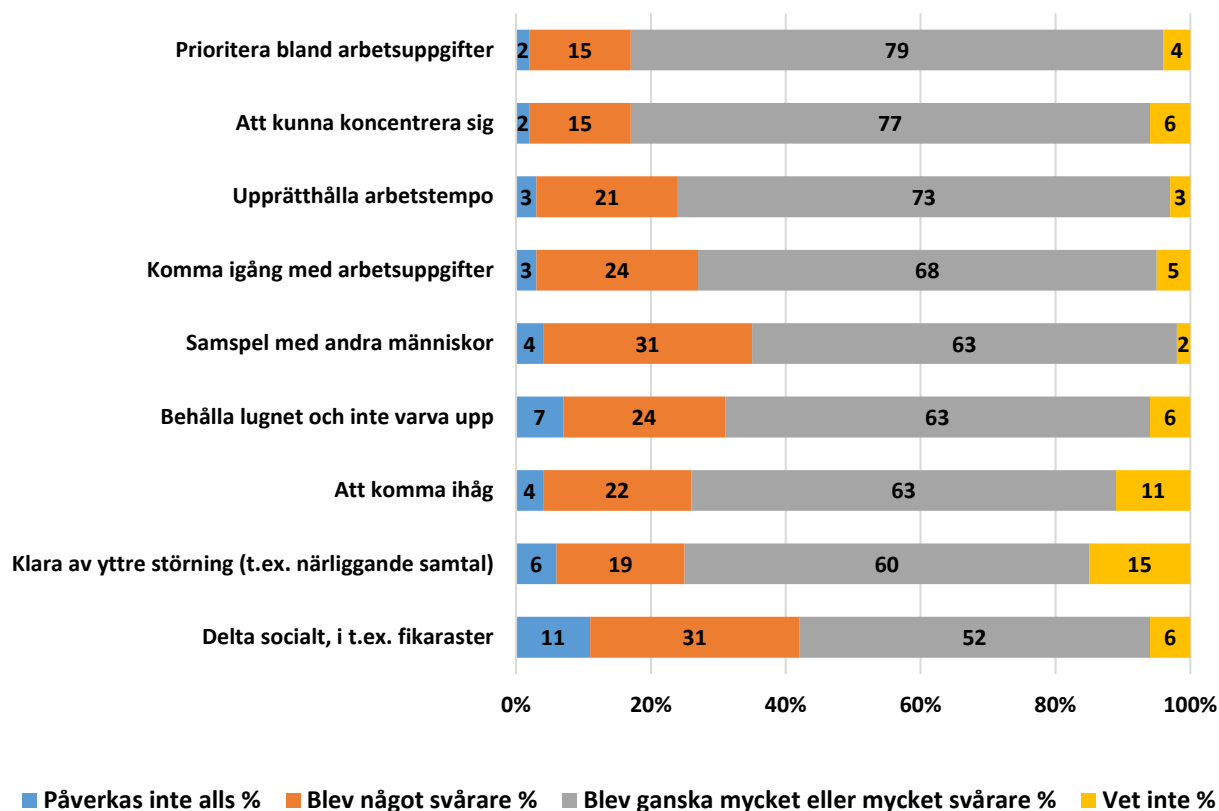


Figur 2. Chefers rapportering varför en person med besvär av depression/ångest i en filmad videovinjett bör vara sjukskriven, fördelat på de fem största branscherna (n=953).

Vi jämförde också om motiveringarna skiljde sig åt mellan chefer med och utan erfarenhet av medarbetare med depressions-/ ångestsjukdom, men fann inga sådana skillnader.

Chefers kunskap om nedsatt arbetsförmåga vid depressions- och ångestsjukdom

De chefer som svarade att de haft erfarenhet av medarbetare med depressions-/ ångestsjukdom ombads att svara på frågor hur de uppfattar att det påverkar medarbetarnas arbetsförmåga. Av de med erfarenhet (n=1819) har 927 erfarenhet av *en* medarbetare och 892 har erfarenhet av *två* medarbetare. Tillsammans innebär det att deltagarnas uppfattning om arbetsförmåga baseras på erfarenheter från minst 2700 enskilda fall (medarbetare). Svartalternativen delades in i fyra kategorier: påverkas inte alls, blev något svårare, blev ganska mycket svårare/mycket svårare samt vet inte (se figur 3).

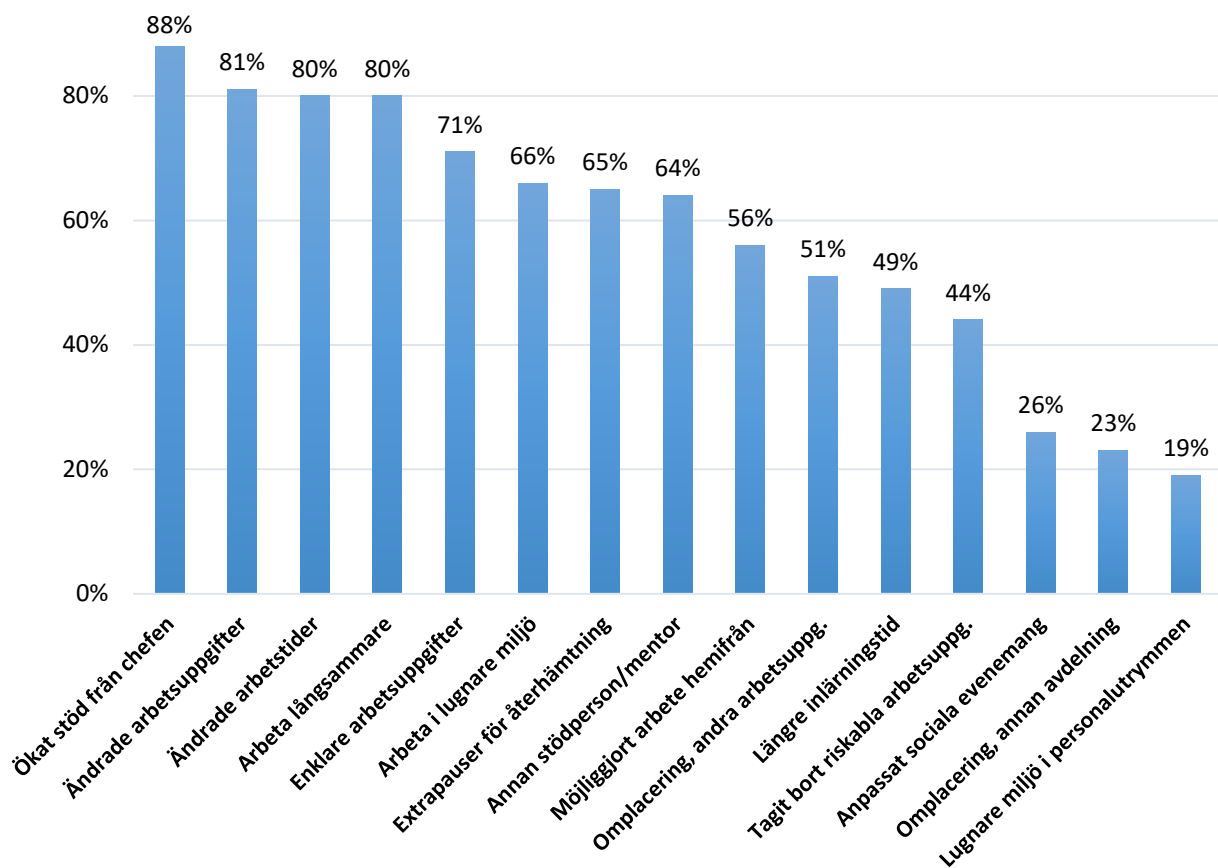


Figur 3. Chefer med erfarenhet av medarbetare med depressions-/ångestsjukdom och deras uppfattning om hur arbetsförmågan påverkas hos dessa medarbetare (n=1819).

Utifrån de nio olika aspekter av arbetsförmåga som vi undersökte svarade en majoritet av cheferna att arbetsförmågan påverkas i hög grad, vilket också framgår av figur 3. En stor andel av cheferna anser 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 indikerar att det finns en osäkerhet (vet inte) kring förmågorna att komma ihåg och att klara av yttre störningar (exempelvis samtal som pågår i närheten). På frågan om förmågan att kunna delta socialt (exempelvis vid en fikarast) svarade 11 % av cheferna att den inte påverkas alls vid depressions- och/eller ångestsjukdom.

Chefers användning av arbetsanpassning för medarbetare med depression och ångest

Arbetsanpassning är ett sätt att stödja medarbetare med nedsatt arbetsförmåga. Av de totalt 1819 chefer med erfarenhet av medarbetare med depressions-/ångestsjukdom svarade 1777 chefer på frågor om vilka arbetsanpassningar de använder sig av för att stödja dessa medarbetare. Den vanligaste formen av arbetsanpassning är ökat stöd eller handledning från chefen själv (88 %). Därefter kom alternativet att anpassa arbetet genom att ändra arbetsuppgifter, ändra arbetstider och möjlighet att arbeta långsammare (se figur 4).



Figur 4. Chefers rapporterade användning av arbetsanpassning de senaste två åren för medarbetare med depressions-/ångestsjukdom (n=1777).

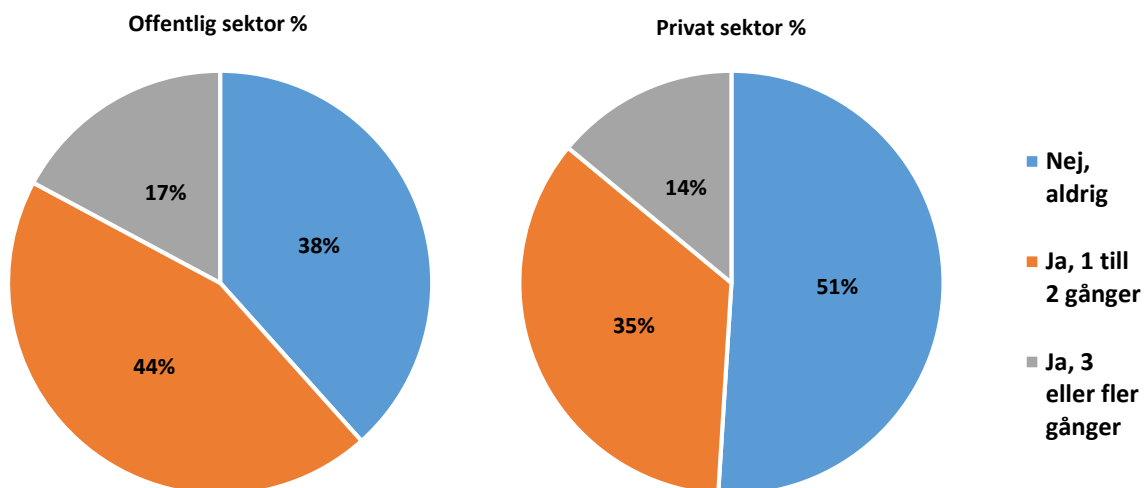
Tabell 3 visar i fallande ordning de mest rapporterade formerna av arbetsanpassningar fördelat på offentlig respektive privat sektor. Vi fann att fler chefer i offentlig sektor rapporterar att de använder sig av arbetsanpassningar i jämförelse med chefer i privat sektor. Men värt att notera är att rangordningen mellan olika typer av arbetsanpassningar i princip är lika, oavsett sektor.

Tabell 3. Chefers rapporterade användning av arbetsanpassning för medarbetare med depressions-/ångest sjukdom de senaste två åren, fördelat på offentlig och privat sektor (n=1777).

	Offentlig sektor %	Privat sektor %
Ökat stöd/handledning från chefen	91	85
Ändrade arbetsuppgifter	84	77
Ändrade arbetstider	82	78
Möjlighet att arbeta långsammare	82	78
Enklare arbetsuppgifter	74	68
Annan stödperson/mentor	72	57
Möjlighet att arbeta i lugnare miljö	71	62
Extrapauser för återhämtning	70	61
Möjliggjort arbete hemifrån	58	54
Omplacering med andra arbetsuppgifter	53	50
Längre inläring av nya arbetsuppgifter	50	48
Tagit bort riskabla arbetsuppgifter	47	42
Anpassat sociala evenemang	27	25
Omplacering till annan avdelning	26	19
Lugnare miljö i personalutrymmen	22	17

Förebyggande verksamhet på arbetsplatsen

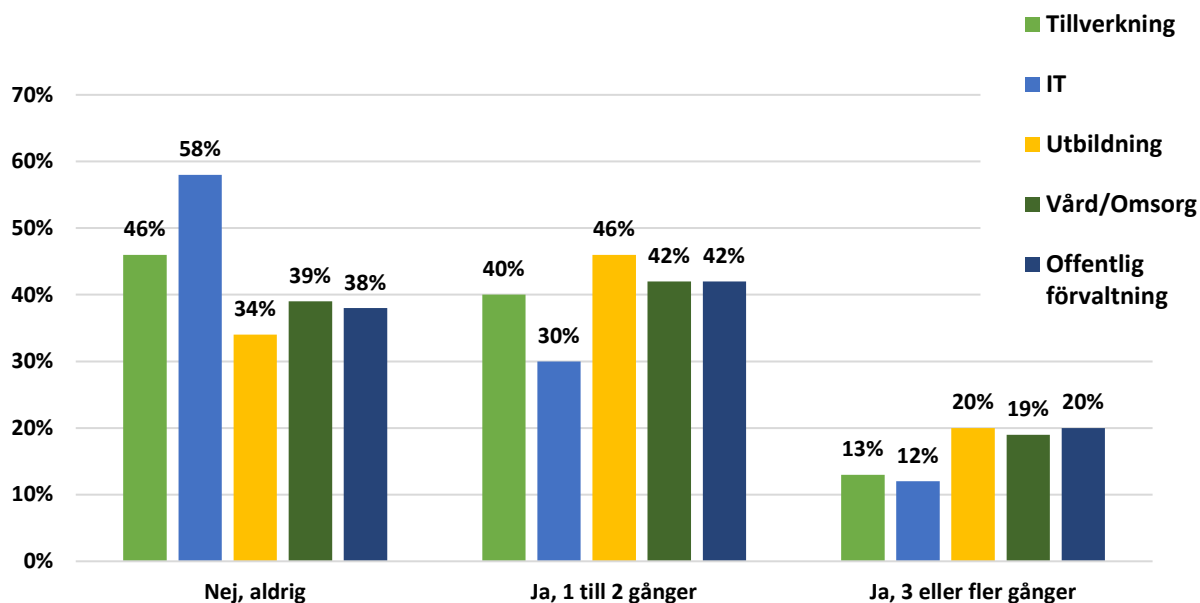
Arbetsplatser kan bedriva ett förebyggande arbete för att förhindra uppkomst av depressions- och ångestsjukdom. För att förstå omfattningen av det arbetet bad vi deltagarna besvara frågor om förebyggande verksamhet på arbetsplatsen under de senaste två åren. Första frågan handlade om verksamheten erbjuder aktiviteter såsom utbildning, stressrådgivning eller friskvård. Vi fann att vanligaste är att arbetsplatsen erbjuder friskvård då 87 % av cheferna svarar att de erbjuder detta till sina anställda. 49 % av cheferna erbjuder stressrådgivning och 42 % erbjuder utbildning om stress i arbetslivet. Vi frågade också om arbetsplatsen erbjuder sina medarbetare utbildning om depressions- och ångestsjukdom i arbetslivet, 14 % av cheferna svarade ja på den frågan. Vi ville också veta i vilken utsträckning cheferna sett över medarbetarnas arbetsuppgifter och arbetsituation i relation till depressions- och ångestbesvär under de senaste två åren (se figur 5 och 6).



Figur 5 och 6. Chefers översyn av medarbetares arbetsuppgifter och arbetsituation för att förebygga depressions-/ångestbesvär, fördelat på offentlig och privat sektor (n=2797).

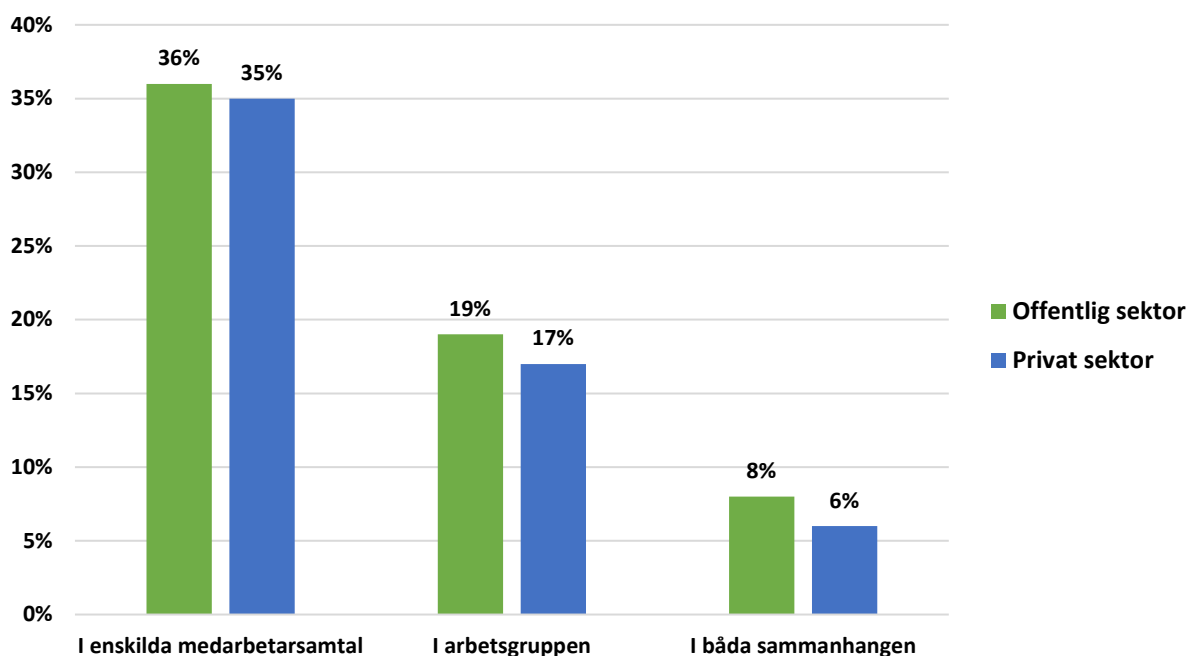
Figur 5 och 6 visar i vilken utsträckning chefer i offentlig respektive privat sektor gjort en översyn av medarbetarnas arbetsuppgifter och arbetsituation i syfte att förebygga depressions och ångestbesvär. Bland chefer verksamma i offentlig sektor har 17 % av cheferna gjort en översyn tre eller fler gånger jämfört med chefer i privat sektor där 14 % anger att de gjort en sådan översyn. 38 % i offentlig sektor har aldrig gjort en översyn jämfört med 51 % av cheferna i privat sektor (icke-signifikanta skillnader).

När samma fråga analyserades fördelat per bransch svarade 58 % av IT cheferna att de aldrig gjort en översyn av medarbetarnas arbetsuppgifter och/eller arbetsituation, medan 20 % av cheferna inom utbildning gjort det 3 eller fler gånger (se figur 7).



Figur 7. Chefers översyn av sina medarbetares arbetsuppgifter och arbetsituation för att förebygga depression/ångest, fördelat på de fem största branscherna (n=2792).

Vi ställde också frågan om cheferna själva tagit initiativ till att tala om depression och ångest i syfte att öka förståelsen för psykisk ohälsa på arbetsplatsen under de senaste två åren. Av de 2810 chefer som besvarade frågan fann vi inga skillnader mellan chefer i offentlig eller privat sektor när det gäller att ta initiativ till att prata om depression och ångest på arbetsplatsen (se figur 8).



Figur 8. Chefers initiativ till att tala om depression och ångest på arbetsplatsen i syfte att öka förståelse för psykisk ohälsa, fördelat på tillvägagångssätt och offentlig respektive privat sektor (n=2810).

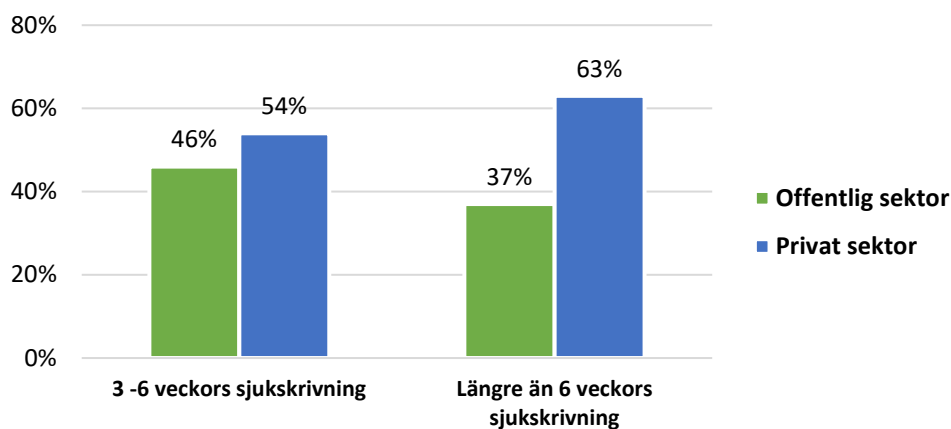
Att uppmana medarbetare till sjukskrivning p.g.a. depressions- och ångestsjukdom

Vi frågade alla chefer med erfarenhet av medarbetare med depressions- och ångestsjukdom (n=1819) om de aktivt uppmanat medarbetare till sjukskrivning på grund av sjukdomen. 42 % uppger att de under de senaste två åren uppmanat medarbetare att sjukskriva sig, och av dessa har 33 % uppmanat *en* medarbetare och resterande 9 % har uppmanat *fler än en* medarbetare att sjukskriva sig.

Chefers syn på behov av sjukskrivning baserat på vinjettstudien

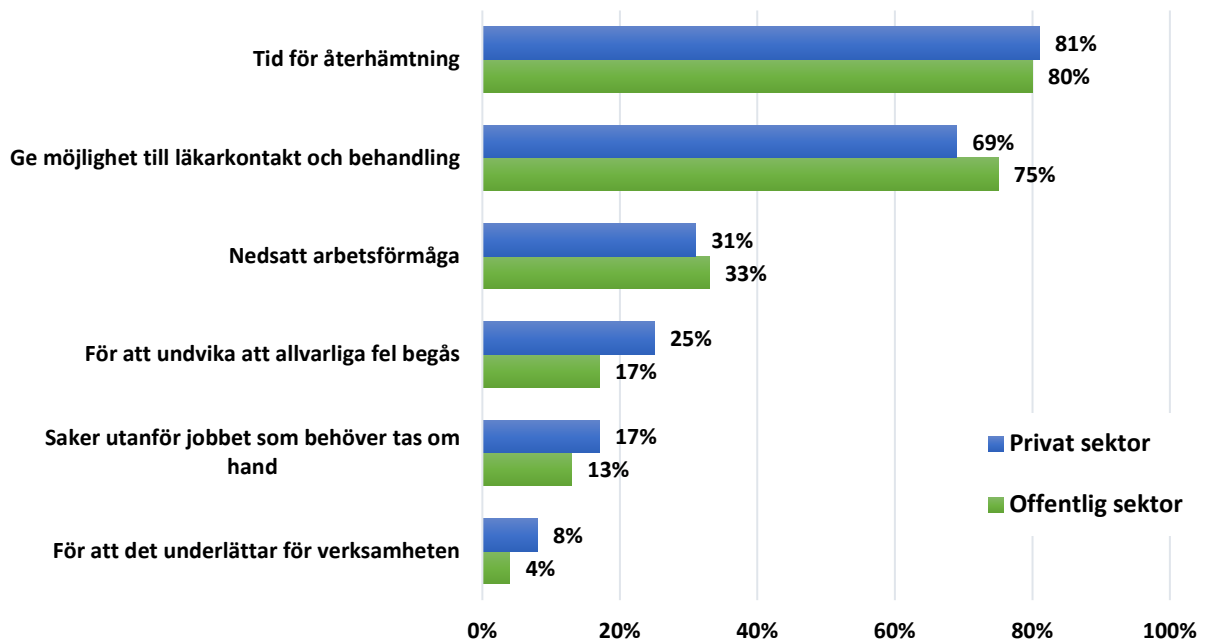
I webb-enkäten fanns två inspelade vinjetter med samma manus (se bilaga 3). Dessa visades slumpmässigt för deltagarna; hälften fick se en kvinnlig medarbetare och hälften fick se en manlig. Endast de deltagare som aktivt svarade att de kunde se och höra videon fick sedan svara på följdfrågor (n=2724). Efter att ha sett vinjetten ombads cheferna att svara på hur de bedömer personens arbetsituation. Över hälften av cheferna anser, oavsett om de arbetar i offentlig eller privat sektor, att personen behöver sjukskrivas (offentlig: 63 % respektive privat sektor: 65 %). Knappt hälften (offentlig: 47 % respektive privat sektor: 45 %) svarade att omfattningen på sjukskrivningen bör vara på halvtid och resterande svarade att sjukskrivningen bör vara på

heltid. Vi fann dock skillnader mellan chefer i offentlig och privat sektor vad gäller längden på rekommenderad sjukskrivning. Chefer verksamma i privat sektor anser att personen behöver en längre tids sjukskrivning än chefer verksamma i offentlig sektor (se figur 9).



Figur 9. Chefers rekommendation av hur länge en person med nedsatt arbetsförmåga och besvär av depression/ångest (i en filmad videovinjett) ska vara sjukskriven, fördelat på offentlig respektive privat sektor (n=1737).

Vi frågade de chefer som rekommenderar en sjukskrivning hur de motiverar det behovet (flervalfråga), (n=1742). Oavsett om de är verksamma i privat eller offentlig sektor motiverar en övervägande andel en sjukskrivning med att medarbetaren behöver tid för återhämtning (offentlig: 80 % respektive privat sektor: 81 %) följt av att en sjukskrivning ger möjlighet till läkarkontakt och behandling (offentlig: 75 % respektive privat sektor: 69 %). Därefter motiverar cheferna en sjukskrivning med att arbetsförmågan är nedsatt (offentlig: 33 % respektive privat sektor: 31 %), (se figur 10).



Figur 10. Chefers rapportering varför en person med besvär av depression/ångest i en filmad videovinjett ska vara sjukskriven, fördelat på offentlig respektive privat sektor (n=1742).

Vi undersökte samma förhållande mellan olika branscher och fann att mönstret som helhet är relativt likartat men med den skillnaden att fler chefer inom vård/omsorg svarade att personer med besvär av depression/ångest bör vara sjukskrivna för att undvika att allvarliga fel begås (se figur 10).

Chefernas attityder till depression hos medarbetare

Ett av instrumenten i webb-enkäten undersöker chefers attityder till depression. Tabellen nedan (tabell 4) beskriver hur stor andel av deltagarna som ”instämmer” respektive ”instämmer inte” i instrumentets olika påståenden. En majoritet av deltagarna svarade att de skulle göra stödjande förändringar på arbetsplatsen, inte ta avstånd eller undvika dessa medarbetare och de anser inte medicinering är ett hinder för att arbeta. Å andra sidan svarade nästan hälften (47 %) av deltagarna att de inte känner sig väl till mods med medarbetare med depression och 54 % att det är en belastning för arbetsplatsen att ha medarbetare med depression. Cirka 40 % upplevde det som stressande med medarbetare med depression, och nästan en tredjedel (27 %) skulle avstå från att anställa en person som de visste hade haft en depressions- och/eller ångestsjukdom.

Tabell 4. Chefers attityder till depression hos medarbetare (n=3088 – n=3102)⁴.

	Instämmer, %	Instämmer inte, %
Känner mig väl till mods med medarbetare med depression	53	47
Det känns skrämmande med medarbetare med depression	22	78
Det är stressande med medarbetare som har depression	39	61
Det känns obehagligt med medarbetare som har depression	22	78
Depression beror främst på medarbetaren själv	14	86
Medarbetare med depression är en belastning för arbetsplatsen	46	54
Medarbetare med antidepressiv medicinering bör inte arbeta	6	94
Medarbetare med depression kan ta sig ur den om de vill	13	87
Jag skulle undvika medarbetare med depression för att slippa problem	5	95
Jag skulle inte anställa någon som jag visste varit deprimerad	27	73
Jag skulle göra tillfälliga förändringar för att stödja deprimerade medarbetare	92	8
Jag önskar göra mig av med medarbetare med depression	11	89
Jag skulle inte ge ett viktigt uppdrag till medarbetare med depression	38	62

⁴ Skalan dikotomiserades till instämmer (instämmer relativt väl, instämmer till stor del och instämmer) och instämmer inte (instämmer inte alls, instämmer delvis, varken instämmer eller inte).

Överväganden kring val av metodik

I denna enkätstudie undersökte vi svenska chefers kunskap om depression och ångest, vilken kunskap de har om nedsatt arbetsförmåga orsakad av depression och ångest och om de erbjuder medarbetare stöd i form av olika arbetsplatsanpassningar. Vi undersökte också om chefer tar initiativ till att föreslå sjukskrivning för en medarbetare och chefers uppfattning om sjukskrivningsbehov i förhållande till en filmad videovinjett. Slutligen undersökte vi i vilken omfattning chefer uppger att det bedrivs ett förebyggande arbete för att undvika depressions- och ångestsjukdom.

Vi fokuserar i följande avsnitt på metodologiska överväganden som val av metod för datainsamling, inkluderade studiedeltagare, bortfall, begreppet depressions- och ångestsjukdom samt videovinjetten. Vår avsikt med det är att bidra till utvecklingen av forskningsfältet. För diskussion av fynden (resultatdiskussion) hänvisar vi till de vetenskapliga studier och övriga artiklar som har publicerats (se s. 34-35).

Metod för datainsamling

Studiedeltagare

I jämförelse med officiell statistik över vem som är chef har vår studiepopulation nästan samma fördelning av kvinnliga och manliga chefer som i Sverige i övrigt. I vår studie har vi 32 % kvinnor och 66 % män, medan SCB har beräknat att det finns 39 % kvinnliga chefer och 61 % manliga chefer (47). I vårt urval har vi dock en snedfördelning när det gäller chefer från offentlig respektive privat sektor, då vår studiepopulation inkluderar 41 % från offentlig och 59 % från privat sektor. Motsvarande siffror är enligt SCB 21 % respektive 79 % (48). Nackdelen med Medborgarpanelen är en osäkerhet kring deltagarens officiella roll. Eftersom vi använder självrapporterad data kan vi alltså inte vara säkra på att alla deltagare är chefer. I HELIX-urvalet har arbetsgivaren tillhandahållit informationen vilket ökar trovärdigheten för att dessa deltagare verkligen är chefer. Det var också skälet till att använda två kompletterande källor.

Bortfall

Svarsfrekvensen i Medborgarpanelen var mycket god och här fanns också möjlighet att göra en bortfallsanalys av icke svarande. I HELIX-urvalet är det ett högre bortfall. De få kvantitativa studier som handlar om psykisk ohälsa och chefer som vi har identifierat har visat skiftande svarsfrekvens. Ekberg m.fl. (2017) undersökte i en svensk studie användningen av arbetsanpassning och identifierade chefer genom att vända sig till sjukskrivna personer som fått ange kontaktuppgifter till arbetsledare. I den studien svarade 48 % av alla inbjudna deltagare (arbetsledare till medarbetare med psykiska besvär) (33). Martin m.fl. (2010, 2015) genomför sina studier i Australien och har i sin webb-enkät haft en svarsfrekvens mellan 21-48 % (38, 49). Studier genomförda i Storbritannien har haft en svarsfrekvens på cirka 70 %, men där genomfördes undersökningarna med hjälp av telefonintervjuer (42, 50). Den totala studiepopulationen har i dessa olika studier varierat mellan 198 till 502 deltagare.

Den panel vi använt, Medborgarpanelen, har en fördel i möjligheten att nå ett stort antal chefer. I kvantitativa studier är det en styrka att ha många deltagare i studiepopulationen, vilket var fallet här då 3358 chefer deltog. Med en studie av den här storleken kan man göra jämförelser mellan grupper på ett mer nyanserat och säkert sätt då även subgrupperna innehåller tillräckligt många individer. Man kan också inkludera flera variabler i regressioner och exempelvis kontrollera för förväxlingsfaktorer.

I en webbaserad enkät, till skillnad från en pappersenkät, identifieras alla aktiviteter som görs i enkäten, från att deltagaren öppnar länken utan att besvara en enda fråga till att deltagaren besvarar alla frågor i enkäten. Ett sätt att fördjupa bilden av hur deltagarna svarar är att rapportera deltagarnas aktivitet enligt en modell som förkortas AAPOR (51). Vår uppföljning visar att vi i denna enkät hade 2821 "responses", 278 "partials" och 259 "break-offs". "Partials" och "break-offs" representerar de i urvalet som avslutar sitt deltagande (under tiden de besvarar enkäten), och kan därmed sägas utgöra ett internt bortfall. Vanligtvis när det gäller LORE:s webb-undersökningar utgör det interna bortfallet 0,5-1 %, i denna studie har vi "drop-outs" om 15 %. De flesta avslutar i samband med vinjetten (se vidare nedan).

Det är högst troligt att vår studie attraherat chefer med intresse av psykisk ohälsa. Ser vi till bortfallsanalysen har fler män och äldre personer valt att inte delta. Liknande fynd gjorde Ekberg m.fl. (2017) där de i sin bortfallsanalys kunde visa att chefer från kvinnodominerade branscher deltog i högre grad än chefer från mansdominerade branscher (33). I studier som undersökt negativa attityder till vanlig psykisk sjukdom, är det män och äldre som ofta har högre grad av negativa attityder mot dessa sjukdomar (38). Vårt att notera är också det faktum att 7 % av de deltagande cheferna har en forskarexamen. Detta är en högre andel än i befolkningen som helhet, där det enligt statistik från SCB var drygt en procent som hade en forskarexamen. Vi har inte uppgifter om hur stor andel av landets chefer som är forskarutbildade. Det är troligt att personer med forskarexamen är mer intresserade av att delta i medborgarpanelen, där man regelbundet svarar på olika forskningsenkäter, oavsett om det gäller chefer, andra grupper eller befolkningen som helhet. Eftersom högre utbildningsnivå har ett samband med mer positiva attityder till depression bör våra data bedömas med det i åtanke.

Resultatet av vår studie visade att 64 % har erfarenhet av en eller flera medarbetare med depressions- eller ångestsjukdom och så många som 77 % svarar att de själva, en nära anhörig eller nära vän haft depressions- eller ångestsjukdom. Det är relativt sett en hög andel. Andelen i den svenska befolkningen som rapporterar psykisk ohälsa varierar i olika undersökningar beroende hur man valt att mäta psykisk ohälsa men någonstans mellan 15 och 30 % beräknas ha lätta till medelsvåra besvär. De två frågorna som handlade om huruvida man har erfarenhet av medarbetare eller egen erfarenhet (eller en anhörig/nära vän) är placerade i mitten av enkäten. Det var cirka 2900 deltagare som svarade på dessa. Det kan vara så att de som fullföljer enkäten och besvarar alla frågor av olika skäl är mer intresserade av depression och ångest än de som inte svarar på alla frågor. Om så är fallet kan resultaten vara lite överskattade när det gäller andelen som är positiva till att göra insatser för personer med psykiska problem eller som har kunskap och erfarenhet av dessa sjukdomar.

Bruket av begreppet ”depressions- och ångestsjukdom”

Nästan genomgående har vi valt att använda begreppet ”depressions- och ångestsjukdom” eller ”depressions- och ångestbesvär”. Vi har dock ingen kontroll över hur de svarande cheferna tolkat begreppen eller vad de inkluderat i begreppen. Psykisk ohälsa är ett omfattande begrepp och allvarlighetsgraden spänner mellan oro, stress och svår psykisk sjukdom. Vår avsikt med enkäten var att få mer kunskap om gruppen med lätta till medelsvåra depressions- och ångestsjukdomar. Det är den grupp som tillsammans med personer med stressrelaterad ohälsa för närvarande utgör den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Genom att använda mer specifika sjukdomsbegrepp har vi velat stödja deltagaren att i sina svar att utgå från gruppen (anställda) med depressions- och ångestsjukdom.

Videovinjetten

En styrka i den här studien är att vi har använt en videoinspelning istället för skriftlig vinjett, vilket antas öka säkerheten i att vi mäter det vi har för avsikt att mäta (52), i det här fallet medarbetare med depressions- och ångestsjukdom. En nackdel var dock det interna bortfallet på 19 % som inte såg videon och därmed inte fick tillhörande (fyra) frågor om sjukskrivning. Det webbaserade upplägget innebar att endast deltagare som svarat att de sett och hört videon fick möjlighet att besvara de frågorna. Möjliga anledningar till bortfallet kan vara att det blev för krävande för deltagare att titta på en filmad vinjett, att det inte var möjligt att se eller höra videon i den miljö som deltagaren befann sig i, eller, att deltagaren råkat ut för tekniskt problem. I framtida studier (med filmad vinjett) är det viktigt att öka antalet deltagare med tanke på risken för ett större bortfall.

I slutet av enkäten fanns möjlighet att lämna skriftliga synpunkter på enkäten vilket 295 deltagare valde att göra. Några personer beskrev videovinjetten som trovärdig, medan några andra menade att personen i vinjetten var alltför tydlig, klarsynt och öppen jämfört med deltagarnas erfarenhet av medarbetare med depressions- eller ångestsjukdom. Ett par personer tyckte att videovinjetten var en förutsättning för att ge genomtänkta svar och ytterligare några ansåg att inslaget med videovinjett var bra. Några kommenterade att redan i det mail som deltagaren fick med länk till enkäten, borde det ha framgått att undersökningen innehöll en video med ljud. Det hade gett deltagaren en möjlighet att välja att svara på enkäten i en lämplig miljö. Vidare kunde videon varit textad för att underlätta för deltagaren om denne befann sig i en miljö med mycket stimuli. När det gäller de efterföljande frågorna om sjukskrivning kommenterade några deltagare att det är en läkares uppgift att bedöma behov av sjukskrivning och har inget med en chef att göra, och därmed upplevdes frågan irrelevant.

Frågan om arbetsanpassning

I frågan om arbetsanpassning hade det varit lämpligt att också ha haft svarsalternativet ”ej tillämpligt”, eftersom det finns arbetsuppgifter och arbetsplatser där förslagen inte är möjliga att genomföra. Exempelvis arbetar många i yrken där man inte kan jobba hemifrån. I framtida undersökningar bör man också fråga om arbetsanpassningen godtas av den anställde eller

kollegor, samt vilka konsekvenserna av arbetsanpassningen blir för arbetsplatsen, kollegor och chef.

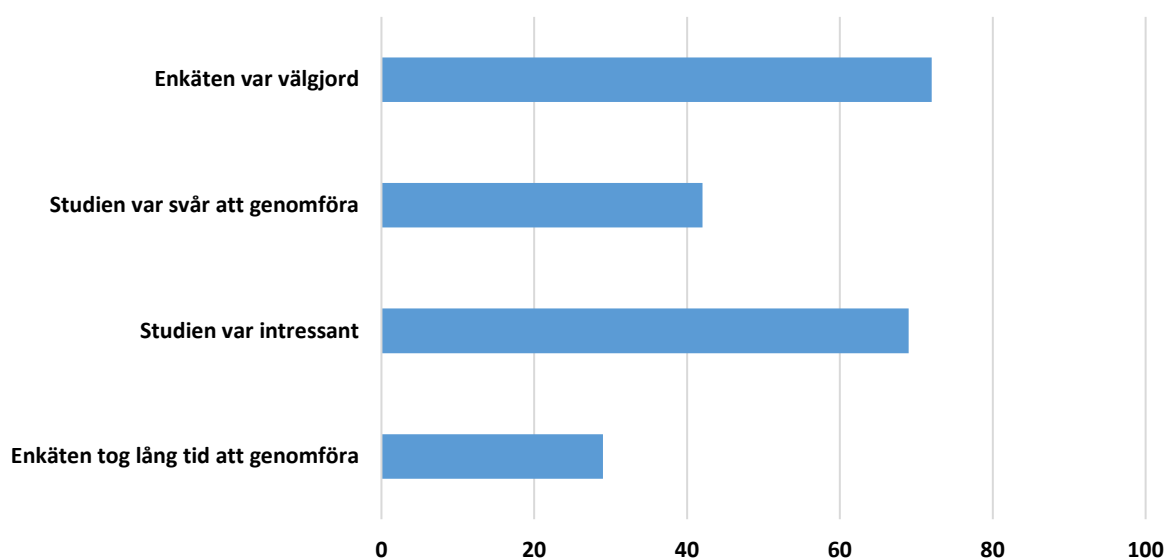
Chefers attityder till medarbetare med depression

I denna studie använde vi ett frågebatteri som utvecklats i Australien för att specifikt undersöka chefers attityder till medarbetare med depression (38, 49), som innehåller 12 delfrågor. Martin m.fl. (2010), som har utvecklat frågebatteriet inkluderade känslomässiga, kognitiva och beteendemässiga aspekter av negativa attityder (38). Frågebatteriet är såvitt vi vet det enda som specifikt utvecklats för chefer. Frågebatteriet översattes inom vår forskargrupp i samverkan med två chefer och en personalchef. Frågebatteriet pilottestades därefter på tio chefer i olika typer av branscher och positioner. Den svenska versionen har återöversatts till engelska av en översättningsfirma och granskats av ursprungsförfattaren som anser att översättningen överensstämmer med originalet. Martin m.fl. (2015) har utifrån sin forskningserfarenhet påpekat att enkätfrågorna måste valideras i andra kulturer (49) och i vår översättning har vi gjort smärre ändringar i två frågor utifrån synpunkter från de vi samarbetade med. I delfråga 7 löd originalfrågan ”medarbetare som *behöver* antidepressiv medicinering borde inte arbeta” Vi ändrade till ”medarbetare som *använder* antidepressiv medicinering borde inte arbeta”. Vi har också ändrat delfråga 12 där originalfrågan löd ”jag skulle *försöka* göra mig av med en medarbetare som har depression”. Att göra sig av med medarbetare på grund av sjukdom är inte lagligt i Sverige. Formulerad som originalfrågan skulle den kunna uppfattas som märklig av svenska chefer. Den version vi valde lyder: ”jag skulle *önska* att jag kunde göra mig av med medarbetare som har depression”.

För delfrågorna som hör till Martins (2010; 2015) frågebatteri har vi undersökt intern konsistens (d.v.s. hur väl olika delar av ett test hänger samman, vilket mäts genom jämförelser av de gemensamma bakgrundsbegreppen). Intern konsistens mäts med ett test (Cronbachs alfa-koefficient), som var 0,800 i vår population, vilket innebär att indexet har en god intern konsistens. Vi tillförde en trettonde delfråga ”Jag skulle inte anförtro ett viktigt uppdrag till medarbetare med depression”, då vi ansåg att denna aspekt saknades bland de ursprungliga delfrågorna.

Enkätutvärdering

Enkäten avslutades med frågor som avser deltagarens uppfattning om enkätens tidsomfattning, hur intressant den var, hur svår den var, hur välgjord den var, samt uppfattning om enkäten i dess helhet (se figur 11).



Figur 11. Resultat av deltagares utvärdering av enkäten på en VAS-skala där 1 representerar i låg grad och 100 representerar i hög grad. I figuren redovisas medelvärdet.

Deltagarna svar anges på en skala mellan 1-100 där 1 representerar ”inte alls” och 100 i ”hög utsträckning”(VAS). Figur 11 visar medelvärden av deltagarnas svar på hur de uppfattade enkäten i dess helhet. Medelvärdet ligger på 73 (av maximalt 100). Enkäten har, som framgår av figuren, uppfattats som intressant och välgjord av en panel som är van att svara på webb-enkäter.

Övriga publikationer

Vid denna rapports färdigställande är en vetenskaplig artikel publicerad, ett manus accepterat i en vetenskaplig tidskrift och fyra masteruppsatser skrivna.

Publikationer

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 (53).

Accepterat manus i BMC Public Health:

Mangerini I, Bertilsson M, de Rijk A, Hensing G: Gender differences in attitudes towards employees with depression among managers in Sweden: a cross-sectional study.

Masteruppsatser:

Van der Voort I: Determinants of managerial actions to prevent common mental disorders among staff members - A cross-sectional study among Swedish managers. Maastricht: Maastricht University; 2018.

Mangerini I: Gender differences in attitudes towards employees with depression among managers in Sweden: a cross-sectional study. Maastricht: Maastricht University; 2018.

Niederberger R: Work accommodations for employees with common mental disorders and associated managerial determinants - a cross-sectional study among Swedish managers. Maastricht: Maastricht University; 2019.

Klinkhammer S: How managers find out about common mental disorders among their employees – a cross-sectional study in Sweden considering context and attitude. Maastricht: Maastricht University; 2019.

Konferensbidrag

Van der Voort I: Determinants of Managerial Preventive Actions in Relation to Common Mental Disorders at Work. A Cross-Sectional Study Among Swedish Managers. European Public Health Conference, Marseille, 2019.

Mangerini I: Gender differences in managers' attitudes towards employees with depression: a cross sectional study in Sweden. European Public Health Conference, Marseille, 2019.

Bertilsson M: Chefens perspektiv – en saknad pusselbit. Svenska chefers kunskap, erfarenheter och strategier när det gäller medarbetare med nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest. Forte Talks, Stockholm, 2019.

Bertilsson M: Att arbeta med psykisk ohälsa - chefens roll. Arbets- och miljömedicins svenska vårmöte, Göteborg, 2019

Bertilsson M: Chefers preventiva arbete för att förebygga vanlig psykisk sjukdom och dess determinanter – en tvärsnittsstudie bland svenska chefer. FALF – forum för arbetslivsforskning, Norrköping, 2019.

Bertilsson M: Managers' perspective - the missing piece. Work & Rehabilitation Conference, Oslo, 2018.

Referenser

1. Lidwall U, Olsson-Bohlin C. Korta analyser 2017:1. Försäkringskassan; 2017. Rapport.: 116-6.
2. Knudsen AK, Øverland S, Hotopf M, Mykletun A, Laks J. Lost Working Years Due to Mental Disorders: An Analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. PLoS ONE. 2012;7(8).
3. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. 2001. p. 175-82.
4. Danielsson M, Berlin M, Boström G, Bremberg S, Lundberg O, Krantz G, et al. Health in the working-age population. Scandinavian Journal of Public Health. 2012;40(9_suppl):72-94.
5. Arbetsmiljöverket. Organisatorisk och social arbetsmiljö - Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2015.
6. OECD. OECD - Policy Framework [Internet]. Hague: OECD; 2015 [citerad juni 2018]. Hämtad från: <https://www.oecd.org/mental-health-and-work-forum/documents/OECD-POLICY-FRAMEWORK.pdf>.
7. CEPI. Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende: en jämförande befolkningsundersökning 2009-2010. Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser 2013.
8. Seing I, MacEachen E, Ekberg K, Ståhl C, et al. Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. Disability and rehabilitation. 2015;37(19):1760-10.
9. Lexén A, Emmelin M, Hansson L, Bejerholm U. Exploring the service and knowledge gap between rehabilitation professionals and employers in the return-to-work process of people with mental health problems in Sweden. Work. 2019;64(3):495-506.
10. Lexén A, Emmelin M, Bejerholm U. Individual Placement and Support is the keyhole: Employer experiences of supporting persons with mental illness. Journal of Vocational Rehabilitation. 2016;44(2):135-47.
11. Porter S, Lexén A, Bejerholm U. Employers' beliefs, knowledge and strategies used in providing support to employees with mental health problems. Journal of Vocational Rehabilitation. 2019;51(3):325-37.
12. OECD. Sick on the job?: -myths and realities about mental health and work [Internet]. Paris: OECD; 2012, [citerad juni 2018]. Hämtad från: <https://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm>.
13. Lindblad JH, B; Hägglund, P; Josephson, M; Leijon, O; Persson Schill, H; Österlund, N Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen,; 2014. Rapport Nr.: 2014:22.
14. Shann C, Martin A, Chester A. Improving workplace mental health: a training needs analysis to inform beyondblue's online resource for leaders. Asia Pacific Journal of Human Resources. 2014;52(3):298-315.

15. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom: en systematisk litteraturoversikt [Internet]. Stockholm: SBU; 2014.
16. Vingård E. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro [Internet]. Stockholm: FORTE; 2014. [citerad september 2018]. Hämtad från: <https://forte.se/app/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv.pdf>
17. Mizzoni C, Kirsh B. Employer perspectives on supervising individuals with mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2006;25(2):193-206.
18. Shankar J, Liu L, Nicholas D, Warren S, Lai D, Tan S, et al. Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *SAGE Open*. 2014;4(3):1-13.
19. Burton NW, Pransky JG, Conti WD, Chen WC-Y, Edington WD. The Association of Medical Conditions and Presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2004;46(6 Suppl):S38-S45.
20. Collins JJ, Baase MC, Sharda EC, Ozminkowski JR, Nicholson MS, Billotti SG, et al. The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47(6):547-57.
21. Work capacity and mental health - the phenomena and their importance in return to work [doktorsavhandling på Internet]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2013 [citerad september 2018]. Hämtad från: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/33122?locale=sv>
22. Penninx BWJH, Beekman ATF, Smit JH, Zitman FG, Nolen WA, Spinhoven P, et al. The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2008;17(3):121-40.
23. Bertilsson M, Petersson E-L, Östlund G, Waern M, Hensing G. Capacity to work while depressed and anxious a phenomenological study. *Disability & Rehabilitation*, 2013, Vol35(20), p1705-1711. 2013;35(20):1705-11.
24. Bertilsson M, Dellve 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*, 2014, Vol22(2), p126-136. 2014;22(2):126-36.
25. Diksa E, Rogers E. Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: Results of the employer attitude questionnaire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 1996;40(1):31-44.
26. Young A, Roessler R, Wasiake R, McPherson K, Poppel M, Anema J. A Developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):557-68.
27. Glozier N. Workplace Effects of the Stigmatization of Depression. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 1998;40(9):793-800.
28. Martin A, Fisher CD. Understanding and improving managers' responses to employee depression. *Industrial and Organizational Psychology*. 2014;7(02):270-4.
29. Munir F, Randall R, Yarker J, Nielsen K. The influence of employer support on employee management of chronic health conditions at work. *J Occup Rehabil*. 2009;19(4):333-44.

30. Telwatte A, Anglim J, Wynton SKA, Moulding R. Workplace accommodations for employees with disabilities: A multilevel model of employer decision-making. *Rehabilitation Psychology*. 2017;62(1):7-19.
31. Wang J, Patten S, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Perceived Needs for and Use of Workplace Accommodations by Individuals With a Depressive and/or Anxiety Disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(11):1268-72.
32. Bolo C, Sareen J, Patten S, Schmitz N, Currie S, Wang J. Receiving Workplace Mental Health Accommodations and the Outcome of Mental Disorders in Employees With a Depressive and/or Anxiety Disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2013;55(11):1293-9.
33. Ekberg K, Bernfort L, Karlsson N, Linderöth C, Persson J. Arbetsgivares kostnader, åtgärder och anpassningar för sjuknärvarande och sjukfrånvarande medarbetare: samband med återgång i arbete och produktion. Linköping: Linköpings universitet Electronic Press; 2017 2017. Rapport Nr.: 16548213 (ISSN) Nr: 2017:3.
34. Hensing G, Bertilsson M, Ahlborg G, 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.(Clinical report). *BMC Psychiatry*. 2013;13(1).
35. Holmås TH, Dahl S-Å, Skjeret F. Attitudes towards sickness absence in the nordic countries. *VDP:Samfunnsvitenskap*: 200. 2008;2008(18).
36. Devonish D. Managers' perceptions of mental illness in Barbadian workplaces: an exploratory study. *The Journal of Mental Health Training, Education, and Practice*. 2017;12(3):161-72.
37. Bertilsson M, Bejerholm U, Ståhl C. Preventiva insatser för att förebygga och minska sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa – en litteraturöversikt av svensk forskning och förändringar i svensk lagstiftning. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2017;94(5):531-45.
38. Martin A. Individual and contextual correlates of managers' attitudes toward depressed employees. *Human Resource Management*. 2010;49(4):647-68.
39. Tse S. What do employers think about employing people with experience of mental illness in New Zealand workplaces? *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 2004;23(3):267-74.
40. Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley EA, 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):1.
41. Lemieux P, Durand M-J, Hong QN. Supervisors' Perception of the Factors Influencing the Return to Work of Workers with Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011;21(3):293-303.
42. Little K, Henderson C, Brohan E, Thornicroft G. Employers' attitudes to people with mental health problems in the workplace in Britain: Changes between 2006 and 2009. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011;20(1):73-81.
43. Skarpaas LS, Ramvi E, Lovreide L, Aas RW. Maximizing work integration in job placement of individuals facing mental health problems: Supervisor experiences. *Work-a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*. 2016;53(1):87-98.

44. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996;63(1):9-23.
45. Blomberg A, Undevall E. Chefers kunskap om och attityder till psykisk ohälsa - En litteraturbaserad studie. Göteborg: Göteborgs universitet; 2016.
46. Hughes RH, Meg. The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work & Social Sciences Review*,. 2004;11(1):pp. 36 - 51.
47. SCB. Yrkesregistret med yrkesstatistik [Internet]. Stockholm; SCB; 2015, [citerad juni 2018]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/yrkesregistret-med-yrkesstatistik/pong/statistiknyhet/yrkesregistret-med-yrkesstatistik-2015/>.
48. SCB. Kvinnor och män i näringslivet. Örebro; 2013.
49. Martin A, Woods M, Dawkins S. Managing Employees With Mental Health Issues: Identification of Conceptual and Procedural Knowledge for Development Within Management Education Curricula. *Academy of Management Learning & Education*. 2015;14(1):50-68.
50. Brohan E, Henderson C, Little K, Thornicroft G. Employees with mental health problems: Survey of UK employers' knowledge, attitudes and workplace practices. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale-an International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2010;19(4):326-32.
51. The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys,. 2011.
52. Hughes RHM. The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social work & Social Sciences Review* 2004;11 (1):pp. 36-51.
53. 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. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2019;61(10):854-62.

Bilagor

Bilaga 1

Enkät eu35_chefsstudien

I enkäten finns blå rutor, dessa visar hur frågor villkorats, det vill säga, deltagaren får frågan utifrån om eller hur den svarat på en föregående fråga, en s.k. villkorad fråga.

Intro

q1 VÄLKOMMEN!

q2 Denna omgång av Medborgarpanelen berör chefers och arbetsledares erfarenhet av psykiska problem såsom depression och ångest hos medarbetare, och görs i samarbete med forskare från Enheten för socialmedicin och epidemiologi vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Syftet är att undersöka chefers/arbetsledares erfarenheter, kunskap och strategier när det gäller att stödja dessa medarbetare.

Studien genomförs inom ramen för forskningsprogrammet New Ways, vars övergripande syfte är att öka kunskapen om möjligheter att arbeta vid vanliga psykiska problem såsom depression och ångest. Hittills har mycket få studier gjorts av chefers/arbetsledares erfarenheter, studien kommer därför att fylla en viktig kunskapslucka.

Vill du medverka i forskningsstudien om chefers/arbetsledares erfarenheter och strategier vid depressions- och ångestsjukdom hos medarbetare?

Du behöver inte ha haft någon medarbetare med depressions- eller ångestsjukdom för att delta i studien.

- Ja, jag vill delta (1)
- Nej, jag vill inte delta (2)
- Jag har ingen chefs-/arbetsledarbefattning (3)

q3 Har du frågor om studien kan du kontakta ansvariga forskare:

Monica Bertilsson, med dr

Projektansvarig

Enheten för socialmedicin och epidemiologi, Göteborgs universitet, Tel: 031-786 6857

e-post: monica.bertilsson@gu.se och Gunnel Hensing, professor Ansvarig för

forskningsprogrammet New Ways Enheten för socialmedicin och epidemiologi Göteborgs universitet, Tel: 031-786 6862 e-post: gunnel.hensing@gu.se

If Denna omgång av Medborgarpanelen berör chefers och arbetsledares erfarenhet av psykiska problem = Jag har ingen chefs-/arbetsledarbefattning

q6 Du angav i föregående fråga att du inte har någon chefsbefattning i dagsläget. Då denna forskningsstudie rör just personer i chefsbefattning kommer enkäten att avslutas. Tack för din medverkan. Har du någon kommentar är du välkommen att lämna den här

Skip To: End of Survey If

If Denna omgång av Medborgarpanelen berör chefers och arbetsledares erfarenhet av psykiska problem = Nej, jag vill inte delta

q7 Du angav i föregående fråga att du inte vill medverka i forskningsstudien. Vi tackar för din tid, enkäten kommer nu att avslutas.

Har du någon kommentar är du välkommen att lämna den här:

Skip To: End of Survey If

Bakgrund, utbildning

q12 Vilken är den högsta utbildningsnivå som du fullföljt? Markera det svar som du anser bäst stämmer in på dig.

- Grundskola (1)
- Gymnasium eller motsvarande (2)
- Examen från högskola/universitet (minst tre år) (3)
- Annan eftergymnasial utbildning (4)

Arbetsplats

Display This Question: If extern = 1

q14 ARBETSPLATS

q15 Inom vilken sektor arbetar du?

- Statlig (1)
- Kommunal (2)
- Landstings-/regional (3)
- Privat (4)
- Icke vinstdrivande organisation/stiftelse (5)

Display This Question: If Inom vilken sektor arbetar du? = Privat

q16 Är du anställd eller egenföretagare?

- Anställd (1)
 - Egenföretagare (2)
-

q18 Vilken bransch tillhör företaget/organisationens huvudsakliga verksamhet? *Markera det svar som du anser bäst stämmer in på dig.*

- Jordbruk, skogsbruk, fiske (1)
- Utvinning av mineral (industri) (2)
- Tillverkningsindustri (3)
- Byggverksamhet och hantverkare (4)
- Försörjning av el, värme, vatten, avlopp, avfall (5)
- Handel (6)
- Transport (7)
- Hotell och restaurangverksamhet (8)
- IT, informations och kommunikationsverksamhet (9)
- Finans- och försäkringsverksamhet (10)
- Utbildning (11)
- Vård och omsorg, sociala tjänster (12)
- Offentlig förvaltning och försvar (13)
- Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik (14)
- Kultur, nöje, fritid (15)
- Annan typ av verksamhet (16)

q20 Hur många anställda finns i företaget/organisationen totalt?

- 0 – 9 (1)
- 10 – 49 (2)
- 50 – 250 (3)
- 251 – 1000 (4)
- Fler än 1000 (5)

q21 Vilken typ av chefsbefattning har du?

- Högre chef (t ex förvaltningschef, VD) (1)
- Mellanchefer (chef över chefer) (2)
- Mellanchefer / första linjens chef (3)
- Gruppledare / arbetsledare (4)
- Expert / funktionschef (t ex personalchef, ekonomichef) (5)

q23 Hur länge har du arbetat som chef på din nuvarande arbetsplats?

- 0 – 1 år (1)
- 2 – 3 år (2)
- 4 – 5 år (3)
- Mer än 5 år (4)

q24 Hur länge har du arbetat som chef/arbetsledare sammanlagt i ditt arbetsliv?

- 0 – 2 år (1)
- 3 – 5 år (2)
- 6 – 10 år (3)
- Mer än 10 år (4)

q26 Vilket stöd har du i ditt arbete som chef av en personal/HR-funktion på din nuvarande arbetsplats?

- Har starkt stöd (1)
- Har visst stöd (2)
- Har litet/inget stöd (3)
- Finns ingen personal/HR-funktion i verksamheten/organisationen (4)

q27 Hur många personer är direkt underställda dig (det vill säga som du har direkt personalansvar för)?

- 0 (1)
- 1 – 5 (2)
- 6 – 10 (3)
- 11 – 20 (4)
- 21 – 30 (5)
- 31 – 40 (6)
- 41 – 50 (7)
- Fler än 50 (8)

q29 Hur ser könsfördelningen ut bland dina medarbetare?

- Det är flest kvinnor (1)
- Det är ungefär lika många kvinnor som män (2)
- Det är flest män (3)

q30 Har du i ditt chefs-/ledaruppdrag arbetsmiljöansvar?

- Ja (1)
- Nej (2)
- Vet inte* (3)

Uppfattning om medarbetare med depression

q32 UPPFATTNING OM DEPRESSION I ARBETSLIVET

q33 Depression är idag vanligt förekommande i arbetslivet. Frågorna som nu följer handlar om din generella uppfattning om depression i arbetslivet. I vilken grad instämmer du i följande påståenden?

	Instämmer inte alls 1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5(5)	Instämmer helt 6 (6)
Jag känner mig väl till mods när jag har att göra med medarbetare som har depression (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det känns skrämmande med medarbetare som har depression (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det är stressande att arbeta med medarbetare som har depression (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag känner mig obehaglig till mods när jag arbetar jämte en medarbetare som är deprimerad (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om en medarbetare lider av depression, så beror det främst på henne/honom själv (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medarbetare med depression är en belastning för arbetsplatsen (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medarbetare som använder antidepressiv medicinering borde inte arbeta (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medarbetare med depression kan ta sig ur sin depression om de bara vill (8)

Jag skulle undvika att prata med en medarbetare som har depression för att inte behöva ta itu med dennes problem (9)

Jag skulle inte anställa någon som jag visste varit deprimerad (10)

Jag skulle göra tillfälliga ändringar i jobbet för att stödja en deprimerad medarbetare att återhämta sig (11)

Jag skulle önska att jag kunde göra mig av med medarbetare som har depression (12)

Jag skulle inte anförtro ett viktigt uppdrag till medarbetare med depression (13)

Exp - Sjukskrivning vid depressions- och ångestsjukdom

q35 SJUKSKRIVNING VID DEPRESSIONS- OCH ÅNGESTSJUKDOM

q36 På nästa sida kommer du att få se en kort video på två minuter där en person beskriver sin arbetssituation för sin chef. Därefter kommer du att få besvara några frågor om hur du bedömer personens arbetssituation.

Kontrollera gärna att du har ljudet påslaget på enheten som du använder för att besvara enkäten.

Display This Question: If exp = 1

q38 Titta på följande videolänk och svara sedan på efterföljande frågor:

If exp = 2

q39 Titta på följande videolänk och svara sedan på efterföljande frågor:

q41 Kunde du spela upp, det vill säga se och höra, videon?

- Ja (1)
- Nej (2)

Skip To: End of Block If q41 = Nej (2)

q43 Föreställ dig att NN i videon är din medarbetare. Utifrån berättelsen i videon, tycker du att NN behöver sjukskrivas?

- Ja, absolut (1)
 - Ja, troligen (2)
 - Nej, troligen inte (3)
 - Nej, absolut inte (4)
-

Display This Question: If Föreställ dig att NN i videon är din medarbetare. Utifrån berättelsen i videon, tyc... = Ja, absolut

Or Föreställ dig att NN i videon är din medarbetare. Utifrån berättelsen i videon, tyc... = Ja, troligen

q45 I vilken omfattning av en heltidsanställning tror du att NN i videon behöver vara sjukskriven?

- 25 % (1)
 - 50 % (2)
 - 75 % (3)
 - 100 % (4)
-

If Föreställ dig att NN i videon är din medarbetare. Utifrån berättelsen i videon, tyc... = Ja, absolut

Or Föreställ dig att NN i videon är din medarbetare. Utifrån berättelsen i videon, tyc... = Ja, troligen

q46 Hur länge tror du att NN i videon behöver vara sjukskriven?

- 1 – 2 veckor (1)
- 3 – 4 veckor (2)
- 5 – 6 veckor (3)
- Längre än 6 veckor (4)

If Föreställ dig att NN i videon är din medarbetare. Utifrån berättelsen i videon, tyc... = Ja, absolut

Or Föreställ dig att NN i videon är din medarbetare. Utifrån berättelsen i videon, tyc... = Ja, troligen

q48 Vilka av följande anledningar anser du motiverar en sjukskrivning i det här fallet?

Flera alternativ kan anges.

- Arbetsförmågan är så nedsatt att NN inte ska vara kvar på arbetet (1)
- NN behöver tid utanför arbetet för att tillfriskna (2)
- Personer med de här problemen kan lätt göra allvarliga fel i arbetet och det är viktigt att undvika (3)
- Möjligheter till läkarkontakt och behandling (4)
- Det underlättar för verksamheten om NN inte är i arbete (5)
- Handlar ofta om saker utanför jobbet, NN får tid att ta hand om det (6)
- Annat (7) _____

Kunskap om depressions- och ångestsjukdom

q50 ERFARENHET AV DEPRESSIONS- OCH ÅNGESTSJUKDOM HOS MEDARBETARE

q51 Vi kommer här att ställa ett antal frågor som handlar om din erfarenhet av depressions- och ångestsjukdom.

q52 Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depressions- och/eller ångestsjukdom?

Frågan gäller även dig som arbetat mindre än två år på nuvarande arbetsplats.

- Ja, flera medarbetare (1)
- Ja, en medarbetare (2)
- Nej, ingen medarbetare (3)
- Vet ej (4)

Display This Question: If Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, flera medarbetare

Or Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, en medarbetare

q54 Har du under de senaste två åren på din nuvarande arbetsplats uppmanat någon medarbetare med depression eller ångest att sjukskriva sig?

- Ja, flera medarbetare (1)
 - Ja, en medarbetare (2)
 - Nej (3)
-

Display This Question: If Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, flera medarbetare

Or Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, en medarbetare

q56 Tänk på det senaste tillfället du hade en medarbetare med depressions- och/eller ångestsjukdom, hur fick du kännedom om det?

Flera alternativ kan anges.

- Personen (medarbetaren) berättade (1)
 - En arbetskamrat till personen berättade (2)
 - Jag lade märke till personens förändrade beteende (3)
 - Jag märkte att arbetet inte blev gjort (4)
 - Först när personen blev sjukskriven för sådana besvär (5)
 - Minns inte hur jag fick reda på det (6)
-

q58 I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden?

	Instämmer inte alls 1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 (5)	Instämmer helt 6 (6)
Jag känner mig säker på hur jag som chef/arbetsledare kan stödja en medarbetare som har depression och/eller ångest (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, flera medarbetare</i>						
<i>Or Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, en medarbetare</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mötet med medarbetare som har depressions- och/eller ångestsjukdom har utvecklat mig som chef (2)						
Jag uppfattar att de flesta depressions- och ångestsjukdomar är övergående karaktär (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erfarenhet

q60 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?

- Ja, under de senaste två åren (1)
- Ja, längre än två år tillbaka i tiden (2)
- Nej (3)

Display This Question: If Har du deltagit i någon chefsutbildning där du fått information om vad du som chef kan göra för a... = Ja, under de senaste två åren

Or Har du deltagit i någon chefsutbildning där du fått information om vad du som chef kan göra för a... = Ja, längre än två år tillbaka i tiden

q61 Tycker du att du har haft nytta av den informationen i kontakt med medarbetare som har dessa besvär?

- Ja (1)
- Ja, delvis (2)
- Nej (3)
- Inte varit aktuellt att stödja någon medarbetare (4)

q63 Har du någon medicinsk utbildning som gett dig kunskap om depressions- och/eller ångestsjukdom?

- Ja (1)
- Nej (2)

q64 Har du under ditt yrkesliv arbetat i yrken där du vårdat eller behandlat människor med depressions- och/eller ångestsjukdom?

- Ja (1)
- Nej (2)

q65 Har du själv, en nära anhörig eller en god vän till dig haft depressions- och/eller ångestsjukdom?

- Ja (1)
- Nej (2)

Arbetsförmåga, arbetsanpassning och förebyggande verksamhet

Display This Question: If Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, flera medarbetare

Or Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, en medarbetare

q67 ARBETSFÖRMÅGA, ARBETSANPASSNING OCH FÖREBYGGANDE VERKSAMHET

Display This Question: If Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Nej, ingen medarbetare

Or Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Vet ej

q68 FÖREBYGGANDE VERKSAMHET

Vi kommer här att ställa ett antal frågor som handlar om förebyggande verksamhet på din arbetsplats.

Display This Question: If Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, flera medarbetare

Or Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, en medarbetare

q69 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? *Frågan gäller även dig som arbetat mindre än två år på nuvarande arbetsplats.*

	Påverkades inte alls (1)	Blev något svårare (2)	Blev ganska mycket svårare (3)	Blev mycket svårare (4)	Vet inte (5)
Att komma igång med arbetsuppgifter (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att kunna prioritera bland arbetsuppgifter (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att samspela med andra människor (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att kunna koncentrera sig (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att komma ihåg (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att upprätthålla arbetstempo (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att delta i sociala arbetsmiljöer (tex kafferast) (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att behålla ett lugn och inte varva upp (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att klara av yttre störning (tex samtal i närheten) (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Display This Question: If Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, flera medarbetare

Or Under de senaste två åren, har du på din nuvarande arbetsplats haft medarbetare som har haft depr... = Ja, en medarbetare

q71 Arbetsanpassning är en åtgärd som genomförs på arbetsplatser för att anställda med depression och ångest ska kunna fortsätta arbeta och därmed undvika sjukskrivning eller för att underlätta återgång i arbete efter sjukskrivning. Tänk tillbaka under de senaste två åren på din nuvarande arbetsplats, har du använt dig av nedanstående beskrivna arbetsanpassningar för att underlätta för medarbetare med depression och ångest?

Frågan gäller även dig som arbetat mindre än två år på nuvarande arbetsplats.

	Ja, ofta (1)	Ja, vid enstaka tillfällen (2)	Nej (3)
Ändrade arbetstider (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möjliggjort att arbeta hemifrån (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ändrade arbetsuppgifter (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enkla arbetsuppgifter istället för mer komplexa arbetsuppgifter (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möjlighet att arbeta i en lugnare miljö (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tagit bort arbetsuppgifter som kan utgöra en risk för att personen skadar sig själv eller andra (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ökat stöd/handledning från mig som chef (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annan stödperson/mentor (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Längre inlärningsstid för nya arbetsuppgifter (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möjlighet att arbeta långsammare (minskat arbetstempo) (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ta längre raster eller uppmuntrat extrapaus för vila och återhämtning (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anpassat personalutrymmen så att dessa erbjuder en lugnare miljö (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Planerat sociala evenemang som planeringsdagar/arbetsfester så att det underlättar för medarbetare med depression och/eller ångest att delta (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omplacering till andra arbetsuppgifter (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omplacering till annan avdelning (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q73 Arbetsplatser kan bedriva ett förebyggande arbete för att förhindra uppkomst av depression- och/eller ångestbesvär hos medarbetare. Har medarbetare på din arbetsplats erbjudits följande alternativ under de senaste två åren?

Frågan gäller även dig som arbetat mindre än två år på nuvarande arbetsplats.

	Ja (1)	Nej (2)	Vet inte (3)
Utbildning/föreläsning om stress i arbetslivet (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utbildning/föreläsning om depressions- och ångestsjukdom i arbetslivet (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stressrådgivning (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Friskvård (t ex friskvårdsbidrag, friskvårdsaktiviteter) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annat (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q75 Under de senaste två åren, har du sett över dina medarbetares arbetsuppgifter och arbetssituation med syfte att förebygga depression och ångest hos dina medarbetare?

Frågan gäller även dig som arbetat mindre än två år på nuvarande arbetsplats.

- Nej, aldrig (1)
- Ja, 1 - 2 gånger (2)
- Ja, 3 eller fler gånger (3)

q77 Under de senaste två åren, har du i egenskap av chef/arbetsledare tagit något initiativ till att tala om depression eller ångest med syfte att öka förståelse för psykisk ohälsa på er arbetsplats?

Flera alternativ kan anges.

Frågan gäller även dig som arbetat mindre än två år på nuvarande arbetsplats.

Nej, aldrig (1)

- Ja, i enskilda medarbetarsamtal (2)
- Ja, vid något enstaka tillfälle i arbetsgruppen (3)
- Ja, vid flertal tillfällen i arbetsgruppen (4)

Outro

q79 Vi vill gärna veta mer om vad du tyckte om den här enkäten. Hur upplevde du att det var att svara på den här enkäten? Tyckte du att det ...

Observera att du måste klicka på varje slider för att ge ett svar.

... tog lång tid? (1)	
... var intressant? (2)	
... var svårt? (3)	
... var en välgjord enkät? (4)	

q80 Vad tyckte du om enkäten som helhet?
Observera att du måste klicka på varje slider för att ge ett svar.

(1)	
-----	--

q81 **Tack för dina svar!**

Tidigare i enkäten fick du titta på en video som återgav en fiktiv scen där en medarbetare pratade med sin chef. Personen i videon är en professionell skådespelare och anlitad på uppdrag av detta forskningsprojekt för att iscensätta ett sådant medarbetarsamtal. Har du frågor kring studien eller vill diskutera något kan du kontakta ansvariga forskare. Du tar då kontakt med Monica Bertilsson tel: 031-786 6857, e-post: monica.bertilsson@gu.se eller Gunnel Hensing, tel: 031-786 6862, e-post: gunnel.hensing@gu.se. Du kan också läsa mer om studien på www.epso.gu.se/newways. Har du synpunkter på den här undersökningen eller övriga kommentarer får du gärna skriva dem här:

Observera dock att du inte kan få några svar på frågor du ställer här.

Bilaga 2

Referenser som utgjort stöd för utvecklande av frågor i enkätstudien Chefens perspektiv – en saknad pusselbit. För referenser som finns i rapportens referenslista redogörs för namn och årtal, övriga referenser skrivs ut i fulltext.

Delområde	Fråga nr	Referens
1) Chefers individuella bakgrundsdata och data om arbetsplatsen	1 - 15	Framarbetade inom projektgruppen med inspiration från bland annat: Eklöf M, et al. Gothenburg Manager stress Inventory (GSMI). Utveckling av ett variations- och förändrings-känsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. Slutrapport. Göteborg: Institutet för stressmedicin, 2010. SCB. MIS 2007:2, SNI 2007 Standard för svensk näringsgrensindelning 2007.
2) Chefers uppfattning om medarbetare med depressionssjukdom	16	Martin et al., 2010, 2015 Delfråga 13, är framarbetad inom projektgruppen
3) Chefers uppfattning om och erfarenhet av behov av sjukskrivning hos medarbetare med depressions- och ångestsjukdom	17-22	Framarbetade inom projektgruppen.
4) Chefers erfarenhet av och kunskap om medarbetare med depressions- och ångestsjukdom samt egna erfarenheter som kan ha betydelse för resultatet	23-31	Framarbetade inom projektgruppen med inspiration från: Martin et al., 2010, 2015, Shann, Martin & Chester, 2014, Brohan et al., 2010, Little et al., 2011, Wang et al., 2011.
5) Chefers kunskap om nedsatt arbetsförmåga och arbetsanpassning vid dessa sjukdomar samt deras förebyggande arbete för att minska risken för att utveckla depressions- och ångestsjukdom	32-36	- Arbetsförmåga: Bygger på Capacity to Work Index (C2WI) (i manus). - Arbetsanpassning: utvecklade med inspiration från: Bolo et al., 2013, Mizzoni & Kirsh, 2007, Wang et al., 2011. - Förebyggande arbete: utvecklade med inspiration från: Larsson et al., 2014, AFS: 2015:4 - Om organisatorisk och social arbetsmiljö, Hjärnkoll's undersökning bland svenska tjänstemän, talas det om psykisk ohälsa på arbetsplatsen? (http://www.nsph.se/hjarnkoll)

Bilaga 3

Den kvinnliga vinjetten: ordagrann utskrift av samtalet i videovinjetten mellan medarbetare och chef. Medarbetaren spelas av professionell skådespelare. Manus bygger på kvalitativa studier om arbetsförmåga hos individer med depressions- och ångestsjukdom.

Miljö i videon: Videon visar en kontorsmiljö där medarbetaren berättar om sin situation för sin chef. Det är endast medarbetaren som syns i bild, chefen medverkar endast med sin röst.

Videon är 1.58 minuter lång.

Vinjetten:

Chef: Du ville prata om något

Kvinnlig medarbetare: Ja, jag tycker att det är svårt att hålla arbetstempot. Jag får inte gjort lika mycket som jag fick förut. Ja till exempel så satt jag tre timmar med den här rapporten som jag skulle läsa igenom och den hade jag normalt sett gjort på en halvtimme. Jag har svårt att koncentrera mig och så glömmer jag saker. Glömmer till och med saker som jag har gjort hundra gånger. [Kort skratt] Häromdagen så glömde jag hur jag skulle ta mig in i personalsystemet och jag kan glömma möten, bara så där, det är som att... jamen informationen går inte in.

Chef: Okej.

Kvinnlig medarbetare: Jag har post-it lappar överallt för att komma ihåg vad jag ska göra under dagen och jag vill inte gå med och fika längre, jag orkar inte hålla på att prata och vara social. Jag blir bara trött och så hänger jag ändå inte med i samtalen så det blir mest att jag hänger kvar vid skrivbordet och gör ingenting. Ja..och det känns lite som att dom andra har börjat märka någonting.

Chef: Hur då?

Kvinnlig medarbetare: Ja, alltså, jag drar mig undan på jobbet och sedan vill jag bara hem. Det är länge sedan jag gjorde någonting med kollegorna efter jobbet. Och jag blir ofta irriterad, jag har fått kortare stubin och jag har svårt att ta kritik, jag kan inte hålla det ifrån mig, det går liksom rakt in. Och det känns som att allt jag gör är dåligt. Nej, jag känner inte igen mig själv, det känns som att jag... ja som att jag har en fasad.

SLUT