

Vanlige psykiske helseproblemer og sykenærvær i arbeidslivet

Bjørn Lau , Tove Helene Edvardsen og Mattias Victor

Vanlige psykiske helseproblemer og sykenærvær i arbeidslivet

En betydelig andel av langtidssykefravær og uførepensjonering er forårsaket av vanlige psykiske lidelser. De fleste med slike lidelser er i arbeid. Derfor trenger vi mer kunnskap om hva som fremmer arbeidsdeltakelse, og under hvilke betingelser en slik deltakelse er helsefremmende.

I Norge vil omtrent 15 % av befolkningen rammes av en angstlidelse i løpet av et år, mens depresjon rammer cirka 10 % (Knudsen & Mykletun; 2010). Norske og internasjonale studier viser at disse lidelsene står for en stor del av det registrerte sykefraværet (Henderson, Glozier & Elliott, 2005; Arbeids- og Inkluderingsdepartementet & Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007; Mykletun & Knudsen, 2009). Begge typer lidelser er forbundet med kognitive og emosjonelle symptomer, så vel som atferdsmessige konsekvenser. Siden komorbiditeten mellom angst og depresjonsproblematikk er relativt høy (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001, 2006), vil mange oppleve symptomer fra begge diagnosegrupper. Symptomene gjør at både funksjonsevne og arbeidsevne påvirkes, selv ved mild til moderat grad, slik at det for noen vil være vanskelig å arbeide i en periode. Forskning indikerer imidlertid også positive psykiske helseeffekter av å være i arbeid (Waddell & Burton, 2006; Falkum et al, 2011), og illustrerer viktigheten av arbeid for bedring av psykisk problematikk.

Sykenærvær

Selv om vanlige psykiske lidelser står for en stor andel av sykefravær og uføretrygding, så viser studier at mange med slike lidelser går på jobb (Sanderson & Andrews, 2006). Det å gå på jobb til tross for at man opplever symptomer og sykdom, blir kalt sykenærvær (Aronson, Gustafsson & Dallner, 2000). Sykenærvær er et vanlig fenomen. I en undersøkelse av et representativt utvalg av norske arbeidstakere ble det vist at over halvparten hadde vært sykenærværende i løpet av det siste året (Johansen, 2012). De hyppigste helseplagene blant ansatte med høyt sykenærvær er rygg- og nakkeplager, samt tretthet og moderate depressive tilstander (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000).

Selv om pasienten opplever slitenhet, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, mistenksomhet og problemer med selvhevdelse, så er det ikke sikkert psykologen bør anbefale eller støtte sykemelding

Det er flere gode grunner til å studere sykenærvær blant personer med vanlige psykiske lidelser. Sykenærvær kan under visse forutsetninger tenkes å ha en gunstig helsemessig effekt, samtidig som det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Ulike forhold gjør at noen blir sykemeldte

mens andre er sykenærværende. Et ensidig fokus på sykefravær gir utilstrekkelig innsikt i hva som gjør at de fleste ansatte med vanlige psykiske lidelser allikevel møter på jobb. Fordi sykenærvær er et nytt forskningsfelt, er det gjennomført få studier av hva som gjør at noen arbeidstakere med milde og moderate former for psykiske lidelser er sykenærværende, og hvordan de opplever dette. Vi ønsker derfor å undersøke slike forhold i denne pasientgruppen.

En arbeidstaker som blir akutt eller kronisk syk, står overfor et valg om enten å søke seg sykemeldt eller å gå på jobb (Johns, 2012). I tillegg til at selve sykdommen medfører reduksjon i arbeidsevne, vil også andre faktorer virke inn. Vi vet i dag at fastlegers praksis i stor grad virker inn på sykefravær og langvarig utstøting fra arbeidslivet (Markussen, Mykletun & Røed, 2012). Imidlertid har få studier undersøkt arbeidstakeres erfaringer med sykenærvær i henhold til situasjonen på arbeidsplassen og relasjonen til leder. Blant de få studiene som har undersøkt dette, har man funnet at kvaliteten på ledelse førte til mindre sykefravær særlig hos arbeidstakere med en moderat form for depresjon (Munir, 2011). I en studie av Hjarsbeck og kolleger (2013) fant man at opplevelsen av organisasjonsrettferdighet, dvs. i hvilken grad man opplevde at arbeidet ble fordelt på en rettferdig måte, og om konflikter ble løst på en rettferdig måte i organisasjonen, var assosiert med lavere sykefravær hos mannlige arbeidstakere med depresjon. En svakhet ved disse studiene er at de baserer seg på spørreskjemadata og registerdata. Hva som konkret gjør at forholdet til nærmeste leder og en opplevelse av organisasjonsrettferdighet henger sammen med lavere sykefravær hos ansatte med depressive symptomer, vet man derfor lite om.

Positive former for sykenærvær

For at ansatte med angst og depresjonsproblematikk skal ha et positivt utbytte av å være i arbeid, vil det ofte være behov for tilpasninger på arbeidsplassen (Saksvik, Guttormsen & Thun, 2011), som går lenger enn generelle arbeidsmiljøtiltak. Slike tilpasninger bør ta utgangspunkt i den enkeltes symptomer og arbeidsevne, slik at arbeidstakeren kan oppleve mestring i utførelsen av arbeidet. Samtidig bør tilpasningene kunne utfordre den underliggende problematikken som ligger til grunn for den enkeltes lidelse. Under slike betingelser kan man til og med se for seg at sykenærvær kan være terapeutisk (Aronsson & Gustafsson, 2005). Betegnelsen «positivt sykenærvær» brukes når tilpasninger på arbeidsplassen gjør at ansatte klarer å utføre arbeidsoppgavene sine ved sykdom, og det i tillegg er terapeutisk gunstig å arbeide.

Nærværspress

Det går et viktig skille mellom *positivt sykenærvær* og negativt nærværspress. Et negativt nærværspress (Saksvik, 1996) innebærer et press fra andre eller en selv som gjør at man går på jobb når man helsemessig ikke er i stand til det. Ingen tilpasninger gjøres for å sikre at den sykenærværende forblir i stand til å arbeide, ei heller noen form for forebygging mot forverring av helseplagene. De vanligste nærværspressfaktorene er i henhold til Saksvik (1996) *uunnværlighetspress* (som kan innebære at det er mye å gjøre på jobb, eller vanskelig å skaffe vikar), *sanksjonspress* (hvor arbeidstakerne kan bli «straffet» hvis de blir sykemeldt), *moralpress* (som impliserer en motvilje mot å være borte fra jobb på grunn av egen samvittighet) og *sikkerhetspress* (som innebærer at man er redd for å miste jobben hvis man er borte på grunn av sykdom).

Fordi sykenærvær er et relativt nytt forskningsfelt, er det gjennomført få studier som fokuserer på *psykiske lidelser*. Systematiske kvalitative studier er derfor nødvendige for å etablere interessante og fruktbare hypoteser, som siden kan testes i kvantitative studier. Av den grunn benyttet vi en kvalitativ design i denne undersøkelsen. Arbeidstakere med milde og moderate former for angst og depresjon redegjorde for sine erfaringer med sykenærvær sett opp mot forhold på arbeidsplassen og ledelse. Vi ønsket for det første å undersøke hvordan symptomer og nedsatt arbeidsevne virket inn på evne til å være sykenærværende. For det andre ville vi undersøke hvilke former for tilpasninger som ble gjort på arbeidsplassen for å legge til rette for positivt sykenærvær. Et tredje mål var å eksplorere om sykenærværet var assosiert med negativt nærværspress. Det fjerde målet var å undersøke hvordan forholdet til lederen kunne ha betydning for sykenærvær. Til slutt ville vi undersøke hvorvidt det ble opplevd som positivt for helsetilstanden å være i arbeid, og i så fall på hvilke måter.

Metode

Fordi det foreligger lite informasjon om sykenærvær blant pasienter i behandling for angst og depresjonslidelser, valgte vi å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse hvor resultatene skulle analyseres i tråd med fortolkende fenomenologisk analyse (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Prosedyre

Alle behandlere ved Lovisenberg DPS sin Raskere tilbake poliklinikk mottok e-post med beskrivelse av prosjektet, samt en forespørsel om forskerne kunne ta direkte kontakt med de pasientene som ønsket ytterligere informasjon og/eller som ønsket å delta i studien. Pasientene skulle oppfylle diagnosekriterier i ICD-10 (World Health Organization, 1992) for a) angstlidelse (sosial angst/ generell angstlidelse) og/eller b) mild eller moderat depresjon (depressiv episode), og ikke være sykemeldt på daværende tidspunkt. Disse diagnosene ble valgt da de er vanlige og ble antatt å ha store konsekvenser for arbeidsevne. Forskerne tok deretter direkte kontakt med pasientene som ga samtykke til kontakt. Studiens formål ble beskrevet på telefon, og skjema for informert samtykke ble sendt i posten. Før intervjuet startet, ble skjemaet med informert samtykke gjennomgått og undertegnet av deltaker og forsker. Informantene ble lovet full anonymitet, og ingen informasjon som kan føres tilbake til den enkelte, ble registrert. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, slik at de senere kunne skrives ut i fulltekst.

Symptomene gjør at både funksjonsevne og arbeidsevne påvirkes, selv ved mild til moderat grad, slik at det for noen vil være vanskelig å arbeide i en periode

Det ble utviklet en intervjuguide som skulle benyttes som en sjekklister underveis i samtalen. Intervjuene kan derfor best beskrives som semistrukturerte intervjuer. Det ble gjennomført åtte intervjuer ved årsskiftet 2012–2013. Første og andre forfatter gjennomførte intervjuene med pasienter som man selv ikke hadde i behandling. Et av intervjuene ble gjort av begge disse forfatterne for å teste ut intervjuguiden. Tilnærmingen under intervjuene var fleksibel med åpne spørsmålsstillinger hvor intervjueren inntok en nysgjerrig og fasiliterende holdning. På den måten ønsket vi å få fram personlige, detaljerte beretninger med dybde, som senere kunne analyseres. Alle intervjuer ble transkribert før videre analyser ble gjort.

Deltakerne

Rekruttering av deltakere fortsatte til en opplevde at problemstillingene var tilstrekkelig belyst og intervjuene ikke resulterte i nye koder. Av de åtte informantene som ble intervjuet, arbeidet fire i privat sektor og fire i offentlig sektor. De fleste hadde høyskole- eller universitetsutdannelse. En var i lederstilling med personalansvar, mens to hadde faglig veilederansvar eller koordineringsansvar. Fem hadde jobber hvor de i stor grad arbeidet i team. Det var et stort spenn i alder, noe som ble reflektert i ytterpunktene at to var relativt nyutdannende, mens en hadde vært i arbeidslivet i omtrent 40 år. Halvparten av de intervjuede var kvinner.

Vi undersøkte ikke hvilke diagnoser den enkelte hadde, men det fremkom i intervjuene at halvparten opplevde depresjon som primærproblematikk, mens de øvrige opplevde ulike varianter av angstproblematikk. Likevel fikk vi et klart inntrykk av stor grad av komorbiditet av disse to diagnosegruppene blant informantene.

To av informantene hadde ikke vært sykemeldt, til tross for symptomene sine. Fire hadde vært helt sykemeldt i en periode, for deretter å gå over til gradert sykemelding, med stadig synkende sykefraværspersent. De to siste informantene hadde ikke vært fullt sykemeldt i tilknytning til sykdomsforløpet, men hadde vært gradert sykemeldt, med minkende grad av sykefravær over tid.

Analyser

Etter transkripsjon ble teksten analysert i overensstemmelse med prinsipper for fortolkende fenomenologisk analyse. Studier som benytter denne tilnærmingen, undersøker i detalj hvilke erfaringer og meninger en mindre gruppe respondenter har om et gitt fenomen i en gitt kontekst ut fra en felles situasjon. Utskriften ble først kodet på individnivå. Den videre analysen hadde et skiftende fokus mellom sentrale uttalelser fra deltakerne til våre tolkninger av meningen bak disse. Etter hvert som analysen utviklet seg, ble mønstre i de innledende kodene identifisert på tvers av deltakere. Slike mønstre identifiserte temaer som var viktige for deltakerne, og formidlet noe av meningen deltakerne la i dem. Disse temaene ble i neste omgang gruppert under bredere temaer, også kalt «overordnede temaer.» Det endelige settet med overordnede temaer og undertemaer blir presentert under resultater.

Etiske vurderinger

Studien ble framlagt for Regional etisk komité (REK), og ble anbefalt gjennomført av internt personvernombud.

Resultater

De fleste av informantene hadde i en periode vært helt eller delvis sykemeldt. De hadde opplevd at fravær fra arbeidsplassen hadde vært påkrevet i en periode fordi symptomene gjorde at de ikke hadde klart å utføre alle arbeidsoppgavene. Men på den andre siden ga deltakerne sterkt uttrykk for at det å være hjemme hadde vært en påkjenning i seg selv. Beskrivelser som «kjedelig», «stressende», «et mareritt», «flaut», «et nederlag», og «skamfullt», ble brukt. Våre informanter opplevde med andre ord at det å gå hjemme i sykemeldingsperioden i seg selv hadde ført til tanker og følelser som ikke var gunstige for deres symptomer og helsemessige utvikling.

Symptomer og arbeidsevne

Symptomlette var assosiert med økt arbeidsevne, noe som gjorde at informantene opplevde at det var lettere å komme helt eller delvis tilbake i jobb. Men fortsatt var det symptomer og redusert arbeidsevne som den enkelte måtte takle. Her følger en oppsummering av disse:

Slitenhetsfølelse: Flere opplevde å være ekstra slitne og trøtte når de jobbet. Dermed klarte de ikke å gjøre like mye som ellers. Flere rapporterte at de etter en arbeidsdag var helt utkjørt. Det var nærmest som de hadde «brukt opp all energien på jobben».

Redusert konsentrasjonsevne: Redusert konsentrasjonsevne hadde flere opplevd. Det kunne være vanskelig å være konsentrert over lengre tid med samme oppgave, eller særlig vanskelig å konsentrere seg om noen typer arbeidsoppgaver.

Utfordringer med kommunikasjon og samvær: Flere av informantene hadde opplevd det som vanskelig å kommunisere med kolleger og andre på jobben. Dette var særlig knyttet til angstproblematikk og i særdeleshet til sosial angst. For noen var det vanskelig å finne ut hva man skulle si. Angsten kunne også gjøre det vanskelig å høre hva andre sa, slik at man ikke visste hvordan man skulle respondere på det som ble sagt. Disse symptomene gjorde deler av jobben ekstra utfordrende for flere. For eksempel ble det å delta aktivt i møter vanskelig for noen, noe som kunne være en viktig del av arbeidet deres. Andre hadde vansker med å uttrykke sine meninger når det oppstod faglige uenigheter eller konflikter på arbeidsplassen, noe de opplevde som hemmende for sin yrkesutøvelse.

Angstsymptomer som var forbundet med redusert lyst til å eksponere seg for andre, hadde for noen ført til at de begynte å isolere seg fra kolleger og andre, både i sosiale sammenhenger og i direkte jobberelaterte situasjoner. Dette kunne innebære at man ikke spiste lunsj i kantina med kolleger, eller i størst mulig grad ble sittende på kontoret alene med lukket dør når man utførte arbeidsoppgaver. Men isoleringstendensene så også ut til å være forbundet med mer depressive symptomer, hvor det «å være sosial og prate med andre ikke lenger var så interessant».

Irritabilitet: I tillegg til å oppleve angst og tristhet/nedstemthet hadde flere av informantene opplevd lavere terskel for irritasjon og sinne enn tidligere. Dette kunne særlig utløses av høye lyder og inntrykk, men også under utførelse av mer kompliserte arbeidsoppgaver. En av informantene lot dette sinnet gå utover kollegene, noe som i neste omgang gjorde at hun ble engstelig for å bli oppfattet som «sur og negativ».

På vakt: Flere hadde opplevd å være særlig på vakt overfor kolleger. Dette kunne bunne i en uro for hva andre ville tro om dem hvis det ble oppdaget at de hadde en angstlidelse. En annen form for vaktksomhet var knyttet til personer eller situasjoner man visste kunne utløse symptomer. For noen dreide dette seg om situasjoner hvor man skulle prestere, eller jobbe sammen med personer man opplevde som mer kompetente enn en selv, eller å måtte jobbe med personer man opplevde å ha et dårlig forhold til.

Tilrettelegging

Den enkeltes dialog med arbeidsgiveren var en forutsetning for at det skulle bli gjort tilpasninger på arbeidsplassen. Blant de som ikke var sykemeldt, eller som ikke hadde fortalt om symptomene sine eller at de hadde behov for tilrettelegging, var det ingen dialog om psykisk helse og tilrettelegging på arbeidsplassen. De andre informantene rapporterte om følgende tilretteleggingstiltak:

Færre arbeidsoppgaver: Det meste av tilretteleggingen var knyttet til arbeidsoppgaver. Overordnet dreide det seg om reduksjon i arbeidet den enkelte skulle utføre. Denne formen for tilrettelegging ble gjort på ulike måter. Det kunne dreie seg om visse arbeidsoppgaver man ikke lenger skulle utføre, at man fikk mindre ansvar, at man ikke fikk nye saker, at man ikke lenger jobbet visse former for skift, at man ikke deltok i visse prosjekter, eller at man ikke jobbet overtid. Denne formen for tilrettelegging gjorde at mange opplevde mindre grad av press på jobben, slik at det var mulig for dem å gjøre arbeidsoppgavene i den tiden de var på jobb.

For di sykenærvær er et relativt nytt forskningsfelt, er det gjennomført få studier som fokuserer på psykiske lidelser

Enklere arbeidsoppgaver: Når arbeidsoppgavene ble færre, var det flere som hadde opplevd at de ble sittende igjen med mer avgrensede og mer overkommelige oppgaver. Det kunne innebære at de mer komplekse arbeidsoppgavene ble fjernet, og at man satt igjen med mer konkrete oppgaver. Informantene brukte betegnelser som «mindre kompleksitet i arbeidssituasjonen», «mer avgrensede oppgaver som var mer håndterbare», eller «mer overkommelige». Men det kan også se ut som at noen mistet arbeidsoppgaver som de syntes var spennende, og ble sittende igjen med oppgaver som de i utgangspunktet var mindre indre motiverte for.

Fleksibel arbeidstid: Arbeidstiden var et annet område hvor det ble gjort tilpasninger. Flere fikk en ordning som innebar at de i større grad kunne arbeide når det passet for dem.

Nærværspress

Ytre nærværspress: Ingen av informantene hadde opplevd å bli direkte presset til sykenærvær av kolleger eller ledere. Likevel var det flere som opplevde et indirekte press om å være på jobb. En av deltakerne opplevde en kulturell norm på arbeidsplassen om at det var viktig å vise at man var sterk. Fordi psykiske lidelser ble sett på som svakhet, opplevde informanten det vanskelig å sykemelde seg for dette.

Redsel for å miste jobben eller falle ut av arbeidslivet: Selv om ingen av informantene hadde opplevd at de stod i reell fare for å miste jobben, så hadde flere hatt bekymringstanker om dette. Noen var engstelige for å miste jobben fordi man ikke presterte godt nok, var for dyr i drift, eller fordi man var et problem som bedriften ville kvitte seg med. Av de som ikke var redde for å miste jobben, begrunnet én dette med at han var så god i jobben at ledelsen derfor ikke ville kvitte seg med ham. Noen som ikke var redd for å miste jobben, understreket at det var andre på deres arbeidsplass som hadde vært sykemeldt med lignende symptomer, og som ikke hadde mistet jobben.

En annen form for indre nærværspress som flere rapporterte om, var redsel for å miste kontakten med arbeidslivet. Som en av informantene uttrykte det: «Jeg har tenkt at jeg må prøve da, hvis ikke har jeg ingenting igjen tross alt.» For noen var det en redsel for at de kunne komme til å bli uføretrygdet, mens andre var engstelige for at de ville miste kontakten med sitt eget fagområde om de ble for lenge borte fra arbeidsplassen.

Samvittighetspress: En ganske vanlig form for indre nærværspress var knyttet til *dårlig samvittighet og skamfølelse*. Denne formen for nærværspress kom til uttrykk på to måter. For det første var det mange som skammet seg over å være hjemme når de var sykemeldt, for det andre var det knyttet dårlig samvittighet til ikke å være i stand til å utføre jobben. Tanker om at man hadde for sterke symptomer til å være i stand til å jobbe, så derimot ut til å motvirke denne formen for dårlig samvittighet. Den dårlige samvittigheten og skamfølelsen ble nok av de fleste oppfattet som en ubehagelig følelse, men som en av deltakerne uttrykte det, så reflekterte det også en motivasjon til å komme tilbake i arbeid.

Uunnværlighetspress: Flere informanter ga uttrykk for det som best kan beskrives som uunnværlighetspress. Det å være borte fra jobb førte til tanker om at kolleger måtte ta over jobben man selv skulle ha gjort, eller at klienter ikke fikk det de trengte, noe som i neste omgang resulterte i dårlig samvittighet. Men fordi ingen rapporterte om negative reaksjoner fra kolleger eller klienter, så bør denne formen for uunnværlighetspress nærmest ses på som en form for samvittighetspress.

Forholdet til nærmeste leder og ledelsen

Relasjonen til nærmeste leder var noe flere av informantene ga uttrykk for hadde vært av vesentlig betydning for deres mulighet og motivasjon for å være sykenærværende. Særlig ble støtte fra nærmeste leder understreket som viktig. Denne støtten kunne være *instrumentell*, hvor lederen var opptatt av hva den ansatte trengte for å kunne være i jobb, og hva arbeidsplassen kunne gjøre for den enkelte. En annen form for støtte var av mer *emosjonell* art, hvor informantene opplevde at de kunne fortelle om sine problemer til leder hvis de hadde behov for det, og hvor de ble mottatt med «varme.»

Ivaretagende ledelse ble også understreket som viktig. Ivaretagende ledere kunne for eksempel sende den ansatte hjem, om hun mente at det ville være til fordel for den ansatte. Denne formen for ledelse kunne også komme til uttrykk ved at leder understreket at den ansatte måtte bruke tid på å bli frisk.

At lederen lagde *struktur og forutsigbarhet* i arbeidssituasjonen, ble også oppfattet som positivt av informantene. Struktur og forutsigbarhet kunne blant annet oppnås ved å sette opp konkrete mål over hva det ble forventet at den enkelte skulle gjøre av arbeidsoppgaver.

At nærmeste leder viste *anerkjennelse* for arbeidet man utførte og den kompetansen man hadde, og viste glede over å se den ansatte, ble trukket fram som et trekk som gjorde det lettere å være på jobb.

I tillegg ble det vektlagt at lederens *integritet og verdisyn* var viktig. Det var viktig å kunne stole på at lederen ikke «slarvet» om det man snakket om. I den forbindelse ble også noen ledere oppfattet som gode rollemodeller ved at de vektla sin egen helse som viktig, og for eksempel selv var hjemme med syke barn. Dette ble oppfattet som ledere som skapte en kultur hvor det var greit å kunne være åpen om problemene sine, og hvor man kunne stole på at det som ble sagt, ble mellom lederen og den ansatte.

Positive opplevelser ved å være sykenærværende

Å være i arbeid og utføre arbeidsoppgaver ble opplevd som positivt på tre måter.

Mestringsopplevelse: At man klarte å utføre sine arbeidsoppgaver, kunne gi tanker som «at jeg i hvert fall får til noe», som gav *mestringsopplevelse*. I så måte trakk man fram viktigheten av enten å ha arbeidsoppgaver hvor det var mulig selv å kunne vurdere resultatet, eller at andre ga tilbakemeldinger på kvaliteten av det arbeidet man utførte. For eksempel opplevde en informant det som lettere å se hva hun fikk til når hun jobbet med klienter, framfor å ha administrative oppgaver.

Flytopplevelse: Utførelsen av arbeidsoppgaver man mestret kunne føre til en form for konsentrasjon som best kan beskrives som en positiv *flytopplevelse*. I tillegg til at denne opplevelsen var behagelig i seg selv, ble den også rapportert å kunne føre til en reduksjon i negativ grubling.

Opplevelse av mening kunne oppstå gjennom en forståelse av at arbeidet man utførte, hadde samfunnsbetydning eller var viktig for kunder eller klienter. Å oppleve mening i arbeidet så også ut til å gi tanker om at selve livet var meningsfullt for noen.

Diskusjon

De fleste av informantene hadde på grunn av depresjon og angstproblematikk vært sykemeldt helt eller delvis. Å være sykemeldt og gå hjemme hadde i seg selv vært både en påkjenning og kjedelig. Tanker om nederlag og skamfølelse ble opplevd som ugunstig for deres helsemessige tilstand. Når symptomene var redusert, hadde tanker om å komme helt eller delvis tilbake i arbeid meldt seg, selv om det fortsatt var klare symptomer til stede. Disse symptomene måtte informantene derfor mestre for å kunne utføre arbeidet sitt. Å møte på jobb med symptomer som gjør at man helt eller delvis har problemer med å utføre sine vanlige arbeidsoppgaver, kalles sykenærvær. Men for at et sykenærvær skal betegnes som «positivt sykenærvær», må det være gjort tilpasninger på arbeidsplassen som sikrer at den ansatte er i stand til å arbeide, og at det å være i arbeid kan ha en positiv effekt på symptomer og sykdomsforløp. Negativt nærværspres derimot innebærer at man er sykenærværende på grunn av et indre eller ytre press, uten at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. I denne studien fant vi at både tilrettelegging på arbeidsplassen og forholdet til lederen var av betydning for sykenærvær, men at også ulike former for indre nærværspres gjorde seg gjeldende. Det lot derfor til å være enighet blant informantene om at graden av symptomer og medhørende redusert arbeidsevne var en viktig årsak til at de hadde vært fullt eller delvis sykemeldt. Symptomlette, men også et indre nærværspres, bidro i neste omgang til at man helt eller delvis gikk tilbake i jobb, mens tilrettelegging på arbeidsplassen og forholdet til lederen gjorde at de hadde vært i stand til å være sykenærværende.

Tilpasninger på arbeidsplassen

De mest vanlige tilpasningene vi fant, var knyttet til færre eller enklere arbeidsoppgaver og fleksibel arbeidstid. Dette reflekterte nok at mange av informantene hadde vært i gradert sykemelding, og derfor ikke jobbet i full stiling. Slike former for tilrettelegging gjorde det lettere å gjennomføre de gjenværende arbeidsoppgavene. Men for å få til slike tilrettelegginger måtte den sykemeldte selv være

åpen om sitt behov for tilpasninger. De av informantene som ikke hadde vært det, hadde heller ikke opplevd at det ble gjort tilpasninger for dem.

Et annet moment her er at ingen av tilpasningene vi ble fortalt om, var spesifikt knyttet til depresjons- eller angstproblematikk. Det var for eksempel ikke slik at de med angstproblematikk ble utfordret til å eksponere seg, eller at de med depresjonsproblematikk ble gitt mulighet til å finne meningsfullhet i arbeidet. Dette innebærer også at vi i liten grad fant historier om at det å være i arbeid bevisst ble benyttet som en aktiv ingrediens for bedring av informantenes psykiske problemer. Det er for oss uklart hva årsaken til dette er, men en mulig hypotese er at arbeidsgivere så vel som pasienten selv ikke har kunnskap om hvilke tilpasninger som vil være best egnet for ulike former for psykisk problematikk. Fordi vi finner at arbeidsevnen til personer med vanlige psykiske lidelser er nær knyttet til deres symptomer på angst og depresjon, er det viktig å understreke at tilretteleggingen som gjøres på arbeidsplassen, bør ta utgangspunkt i disse symptomene, og da gjerne utfordre dem med varsomhet. På den måten ser vi for oss at sykenærvær vil kunne være gunstig for den enkeltes helseutvikling.

Nærværspress

Ingen av informantene fortalte om direkte ytre nærværspress, i den forstand at noen hadde presset dem til å møte på jobb. Derimot fant vi flere former for tanker og forestillinger og ubehagelige følelser som best kan karakteriseres som indre nærværspress. For eksempel hadde flere bekymringstanker om at de kunne komme til å miste jobben eller kontakten med arbeidslivet og bli uføretrygdet. Slike tanker skapte en redsel for å *miste jobben eller kontakten med arbeidslivet*. På samme måte kunne *uunnværlighetstanker* om at kolleger måtte ta over jobben man selv skulle ha gjort, eller at klienter ikke fikk det de trengte, føre til dårlig samvittighet og engstelse. På lignende måte kunne det å ikke klare å utføre jobben sin ved å være helt eller delvis sykemeldt, også føre til *dårlig samvittighet og skamfølelse*. Fordi ingen rapporterte om press eller negative reaksjoner fra ledere, kolleger eller klienter, så kan nok disse formene for nærværspress betraktes som indre nærværspress. Dette er noe i motstrid med foreliggende litteratur. For eksempel blir uunnværlighetspress ofte betraktet som en ytre form for nærværspress (Saksvik, 2011), mens det blant våre informanter framstod mer som en form for samvittighetspress.

Nærværspresslitteraturen skiller ikke alltid mellom reelt ytre nærværspress på den ene siden og tanker hos den sykemeldte som i neste omgang kan skape følelser og reaksjoner som dårlig samvittighet, skamfølelse og engstelse. Etter vår mening er det derfor viktig å skille mellom det som

måtte være en ytre realitet, og hva som er den sykemeldtes tanker og følelser. Ikke minst vil dette være viktig da en del av disse tankene og følelsene kan være en del av symptombildet, knyttet til et generelt høyt bekymringsnivå, samvittighetsnag, redusert selvfølelse og selektiv oppmerksomhet.

Forholdet til lederen

Forholdet til nærmeste leder ble sett på som viktig både for motivasjon og evne til å være sykenærværende. Ledere som var verdibaserte i sin lederstil, gjorde det lettere for informantene å inngå i dialog. Man stolte på slike ledere, i den forstand at det ble opplevd som trygt å fortelle at man hadde behov for tilrettelegging. Slik fikk man et grunnlag for tilpasninger og tilrettelegging på arbeidsplassen.

Ledere som kan betegnes som instrumentelt støttende og strukturskapende, ble oppfattet som genuint opptatt av å legge forholdene til rette for at den ansatte kunne være i jobb til tross for sykdommen. Dermed var det større sannsynlighet for at den ansatte fikk en arbeidssituasjon med overkommelige oppgaver som i neste omgang kunne gi en opplevelse av både mestring og flyt.

Ingen av tilpasningene vi ble fortalt om, var spesifikt knyttet til depresjons- eller angstproblematikk

Emosjonelt støttende, ivaretagende og anerkjennende ledere skapte en oppfatning hos den sykenærværende om å være akseptert og inkludert med den arbeidsevnen man hadde. Dette gjorde det nok lettere å være sykenærværende, da en slik væremåte hos lederen så ut til å motvirke angstskapende tanker om hva andre måtte mene. Man kan også se for seg at denne formen for ledelse kan motvirke angst og depresjon i den grad arbeidstakeren lar seg smitte emosjonelt og begynner å tenke om seg selv på en mer positiv måte.

Sykenærvær og helse

Mange av informantene i denne studien opplevde det som positivt for sin psykiske helse å være i arbeid. Dette stemmer med tidligere forskning, som viser at arbeid og yrkesdeltakelse er viktig for både personlig selvrealisering og det å oppleve anerkjennelse fra omgivelsene (Falkum et al, 2011). Vi identifiserte tre opplevelser relatert til arbeidet som så ut til å kunne gi en slik effekt. Den første var å utføre arbeid som ga en *opplevelse av mestring*. Denne mestringsopplevelsen kunne oppnås ved å utføre arbeidsoppgaver man var i stand til å gjøre, og som man enten selv kunne se resultatet av, eller som man fikk tilbakemeldinger fra andre om at man løste på en god måte. Selve mestringsopplevelsen så ut til å være forårsaket av positive tanker om å være kapabel. Med andre ord det motsatte av tanker som ofte ligger under en depresjon. Den andre betingelsen var at utføring

av arbeidsoppgaver kunne lede til en *flytopplevelse* slik det beskrives av Csikszentmihályi (1991). Opplevelsen av å være i flyt så ut til å gi informantene et pusterom fra grubling og negative tanker, som ofte forekommer ved depresjon. Den tredje opplevelsen som en del hadde, var at noen av arbeidsoppgavene ble opplevd som meningsfylte, enten for kunder og klienter, eller for samfunnet. En slik *opplevelse av meningsfylthet* så ut til å motvirke opplevelser om at livet er meningsløst, som forekommer for en del pasienter med angst og depresjon. Slike opplevelser av mestring, flyt og meningsfylthet vil alle kunne få som et resultat av å være i arbeid, men for de som har symptomer på angst eller depresjon, ser det ut til at disse opplevelsene i tillegg førte til symptomlette eller endring av tanker som ga symptomer.

Konklusjoner

Med utgangspunkt i resultatene fra denne studien ser vi at nærmeste leder har en viktig rolle, både i å stå for tilrettelegginger på arbeidsplassen, men også ved å gi støtte og anerkjennelse til den sykenærværende. Selv om ledere kan ha utbytte av opplæring i psykisk helse, tror vi ikke at nærmeste leder er den som eksplisitt skal avgjøre hva arbeidstakeren trenger å utfordre seg på i den aktuelle tilstanden. Lederen bør ikke bli «behandler». I stedet må psykologer og behandlingsapparatet ellers bidra mer aktivt, både som premissleverandør i tilrettelegging av arbeidssituasjonen og i å fokusere på arbeid i den pågående behandlingen. Tilpasninger som gjøres på arbeidsplassen, bør fokusere på at den sykenærværende kan oppleve mestring, flyt og mening i arbeidet. Dette kan oppnås gjennom arbeidsoppgaver som den sykenærværende er i stand til å utføre med utgangspunkt i grad av symptomer og funksjonsnivå. Mengden arbeid vil også være av betydning, da mange opplever å bli fortere utmattet enn de gjorde før de ble syke

Etter vår mening bør vi som behandlere støtte mennesker med vanlige psykiske lidelser til å være i arbeid, på grunn av den positive effekten dette kan ha på psykisk helse. Dette kan gjøres gjennom en terapeutisk tilnærming hvor man undersøker om tankemønstre, følelser og grunnleggende antakelser klienten har om seg selv, bidrar til at arbeidssituasjonen oppleves vanskelig. Gjennom psykoedukasjon kan vi også informere pasienten om grunnkjennetegn ved allmenne psykiske lidelser som gir funksjonsnedsettelse i arbeidssammenheng. Men selv om pasienten opplever uttalt slitenhet, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, mistenksomhet og problemer med selvhevdelse, så er det ikke sikkert psykologen bør anbefale eller støtte sykemelding. Sykenærvær, helt eller delvis, vil kanskje

være en bedre løsning, dersom ikke tilstanden er akutt eller funksjonssvikten er for omfattende. En tredje tilnærming vil da være å gå i dialog med pasienten og arbeidsgiveren om tilrettelegging på arbeidsplassen. Denne dialogen bør gjøres med utgangspunkt i den sykenærværendes arbeidsoppgaver sett opp mot konkrete symptomer og funksjonsnedsettelse, samtidig som grunnleggende problematikk hos pasienten blir utfordret. Spesialister i klinisk arbeidspsykologi er vel de som særlig vil være i stand til å gjøre en slik oppfølging, men etter vår mening er dette et fokus alle psykologer bør ha i behandling av klienter som er i et ansettelsesforhold.

Etter vår mening vil det være viktig i framtidig forskning å undersøke hvordan symptomer ved alminnelige psykiske lidelser fører til konkret funksjonsnedsettelse, og hva dette gjør med muligheten og motivasjonen for å være i arbeid. Det vil også være viktig å undersøke systematisk hvilke tiltak som kan gjøres på arbeidsplassen for at medarbeidere med vanlige psykiske lidelser skal oppleve et positivt sykenærvær. Dette må gjerne gjøres bransjevis eller knyttet til spesifikke stillinger, da det godt kan tenkes at det er lettere å gjøre slike tilpasninger i noen bransjer eller for visse stillinger. Dette er områder det er forsket lite på, og som derfor vil kreve ulike tilnærminger, både faglig og metodisk.

Styrker og svakheter ved studien

Denne studien baserer seg på et lite og selektert utvalg av pasienter som var sykenærværende på tidspunktet da de ble intervjuet. Resultatene er derfor ikke nødvendigvis representative eller overførbare til andre utvalg. En styrke ved studien er at den kvalitative designen gjorde det mulig å skaffe en dypere forståelse av hvordan det oppleves å være sykenærværende, samt hva som ble opplevd som ressurser for at dette skulle være mulig. I videre studier vil det derfor være viktig å følge opp hvordan terapeutisk tilnærming i kombinasjon med tilpasninger på arbeidsplassen kan føre til positivt sykenærvær for pasienter med vanlige psykiske lidelser.

Referanser

- Arbeids- og Inkluderingsdepartementet og Helse- og Omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 47, 958–966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiological Community Health*, 54, 502–509.

- Csikszentmihály, M., & Csikszentmihály, M. (1991). *Flow: The psychology of optimal experience* (Vol. 41). New York: HarperPerennial.
- Falkum, E., Hytten, K. & Olavesen, B. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 1080–1085.
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K.H. (2005). Long term sickness absence – Is caused by common conditions and needs managing. *British Medical Journal*, 330, 802–803.
- Hjarsbech, P. U., Christensen, K. B., Bjorner, J., Madsen, I. E., Thorsen, S. V., Carneiro, I., Christensen, U., & Rugulies, R. E. (2013). A multi-wave study of organizational justice at work and long-term sickness absence among employees with depressive symptoms. *Scandinavian journal of work, environment & health*, (doi: 10.5271/sjweh. 3401).
- Christensen, U., & Rugulies, R. E. (2013). A multi-wave study of organizational justice at work and long-term sickness absence among employees with depressive symptoms. *Scandinavian journal of work, environment & health*, (doi: 10.5271/sjweh. 3401).
- Johansen, V. (2012). Sickness presenteeism in Norway and Sweden. *Nordic Journal of Social Research*, 3; 88–102.
- Johns, G. (2012). Presenteeism: A short history and a cautionary tale. *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice*, 2, 204.
- Knudsen, A. K. og Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, side 342–343.
- Kringlen, E., S. Torgersen, & V. Cramer (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 7, 1091–1098.
- Kringlen, E., S. Torgersen, & V. Cramer (2006). Mental illness in a rural area A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 713–719.
- Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2012). The case for presenteeism – Evidence from Norway’s sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11), 959–972.
- Munir, F., Burr, H., Hansen, J. V., Rugulies, R., & Nielsen, K. (2011). Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *Journal of psychosomatic research*, 70(1), 3–9.

- Mykletun, A., & Knudsen, A.K. (2009). Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Saksvik, P. Ø. (1996). Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management*, 3, 47–60.
- Saksvik, P.Ø, Guttormsen, G. & Thun, S. (2011). Sykenærvær, nærværspres, fraværmestring og langtidsfriskhet – nye begrep i sykefraværsforskningen. I P. Ø. Saksvik (2011). *Innføring i arbeids- og organisasjonspsykologi – aktuelle tema til inspirasjon for et bedre arbeidsliv*. Oslo. 3. opplag. Cappelen Akademisk Forlag.
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 63–75.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. Sage.
- Waddell, G. & Burton, A.K. (2006) Is work good for your health and wellbeing? Norwich: The Stationary Office.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.