

# De 20 kritiske prosentene



ILLUSTRASJON Hilde Thomsen

20 prosent av arbeidstakerne står for 80 prosent av fraværet. Skal vi hjelpe disse tilbake i arbeid, er det ikke nok å behandle depresjonen eller angstlidelsen - behandlingen må også være arbeidsrettet.

## TEKST

**Silje Endresen Reme**

**PUBLISERT 5. juli 2018**

---

**MANGE PSYKOLOGER** og helsearbeidere lever i den villfarelsen at en friskmeldt pasient automatisk kommer tilbake i jobb. Deres blikk og innsats rettes derfor mot å behandle pasientens psykiske lidelse, i den tro at de slik får den sykmeldte tilbake i jobb. Forskningen viser at dette er en naiv forestilling. Skal vi lykkes med å hjelpe personer tilbake i jobb, må behandlingen også være eksplisitt arbeidsrettet. Og skal vi lykkes med å være arbeidsrettede i vår behandling, må vi nødvendigvis spille på lag med arbeidslivet, ikke minst pasientens ledere.

## En støtte for ledere

La meg først understreke at for de fleste sykmeldte går det greit. Som studien til Lau og kolleger i denne utgaven av Psykologtidsskriftet forteller (se side 586), opplever ledere at sykefraværsoppfølgingsarbeidet i de fleste tilfeller fungerte bra. Mest sannsynlig vil det fungere bra i omtrent 80 prosent av tilfellene, da pareto-prinsippet har vist seg å gjelde også for sykefravær: 20 prosent av arbeidstakerne står for 80 prosent av fraværet. Og lederne i Lau og kollegers undersøkelse forteller det samme: De bruker mye tid og

ressurser på et mindre antall sykefraværssaker, som de opplever som krevende og vanskelige. Samtidig er det nettopp i møtet med disse sakene vi ser viktigheten av ledere som møter den ansatte på gode måter. Som oftest ønsker lederne å møte den ansatte på dette viset. Så når de ikke lykkes, handler det sjelden om vond vilje, men trolig som oftest om tidspress, usikkerhet og mangel på gode kommunikasjonsstrategier. For hva sier de til en som er sykmeldt for depresjon? Eller hvordan tilrettelegger de for en som sliter med panikkangst? Her kan vi som psykologer bidra, både med kunnskap og samtaleverktøy som gjør at ledere kan senke skuldrene nok til at samtalene blir overkommelige. For de skal jo ikke være behandlere, de skal fortsatt være ledere for sine ansatte.

En ny svensk studie forteller at selv en kort intervensjon med problemløsnings- og kommunikasjonstrening for ledere ga redusert sykefravær hos ansatte med forhøyet risiko for sykefravær (Linton, Boersma, Traczyk, Shaw & Nicholas, 2016). De 20 kritiske prosentene ser altså ut til å profitere på ledere som har lært *litt* mer om hvordan møte og følge opp den sykmeldte. I så fall kan vi gjøre mye med sykefraværet ved å gi ledere kompetansen som trygger dem i sykefraværarbeidet med arbeidstakere fra denne gruppen.

Intervensjonen som ble undersøkt i den svenske studien, bygger på psykologisk kunnskap og består av to komponenter: én affektiv del, som handler om trening i god kommunikasjon basert på valideringsprinsipper (være bekræftende og støttende), og én kognitiv del, som mer handler om konkrete problemløsningsstrategier og teknikker. Selv enkle psykologiske prinsipper kan altså utgjøre en stor forskjell i sykefraværsoppfølgingen av den enkelte.

Både negative holdninger og usikkerhet om hvordan møte ansatte med psykiske helseplager vil være uheldig for kommunikasjonen mellom leder og ansatt. Men ved at ledere lærer seg å sette seg inn i den ansattes utfordringer og bekrefter og støtter den ansatte, vil man ha et langt bedre utgangspunkt for sykefraværsoppfølgingen.

### **Åpenhet - i hvert fall litt**

Empatisering og validering – innlevelse og bekræftelse – forutsetter at lederen får vite litt om hvorfor den ansatte er sykmeldt. Nettopp den manglende åpenheten fra den ansattes side fremheves som en av de største utfordringene til lederne i studien til Lau og kolleger. For den sykmeldte ansatte handler dette om hvilken historie de skal fortelle når de kommer tilbake på jobb etter et lengre fravær. I tilfeller der man har brukket et bein, er det sjelden utfordrende å fortelle om fraværet. Men langtidsfravær hos ansatte skyldes sjeldent brukne armer og bein, og heller ikke alvorlige diagnoser som kreft eller hjerte- og lungesykdom. Størstedelen av langtidsfraværet utgjøres derimot av muskel- og skjelettsmerter og psykiske lidelser. Og har man vært sykmeldt i lengre tid for en depresjon eller angstlidelse, kan det være vanskelig å vite hvordan man skal fortelle om dette til leder og kolleger. Samtidig er dokumentasjonen klar på at sykmeldte med en psykisk lidelse som velger å være åpne med sin arbeidsgiver, bedre lykkes med å komme tilbake i jobb enn de som velger å være tause. Som psykologer bør vi hjelpe

pasienten til å finne ut av hvilken historie som skal fortelles til hvem: Ikke alle trenger å vite, og ingen trenger å vite alt. Samtidig er det fint å jobbe frem en fortelling som det er mulig å dele med sin leder, og kanskje også sine kolleger og andre. Det er også en inngang til å jobbe med skam og stigma, noe mange opplever rundt sin psykiske lidelse.

## **Drahjelp**

Samtidig skal vi være ydmyke ovenfor den oppgaven ledere står foran når de driver sykefraværsoppfølging. For forskningen har så langt ikke kunne gi de all verden av drahjelp. Snarere tvert imot: Forskning som har fokusert på tiltak rettet mot den enkelte sykmeldte har stort sett vist nedslående resultater. Få intervensjoner og tiltak har vist noen særlig effekt på sykefraværet, særlig ikke sykefraværet som skyldes psykiske lidelser. Men kanskje gir nyere forskning bedre retning til lederes arbeid med sykefraværsoppfølging. Ikke minst fordi at det som ser ut til å hjelpe, er å ha blikket solid rettet mot arbeidslivet og ikke bare mot bedring av helsen. At arbeidsdagen blir en sentral del av oppfølgingen, vil kanskje også trygge lederne da dette er noe de har langt mer erfaring med enn med psykisk uhelse.

En av de intervensjonene som viser effekt, er arbeidsfokusert kognitiv terapi (CBT-W), en tilnærming som integrerer et eksplisitt arbeidsfokus i terapien. Logikken vår tilsier at dersom man behandler depresjonen som pasienten opprinnelig ble sykmeldt for, så vil pasienten automatisk komme tilbake i jobb igjen som følge av symptombedringen. Forskningen viser noe annet. Det er ikke nok å bare behandle depresjonen eller angstlidelsen – behandlingen må også være arbeidsrettet. Det innebærer et eksplisitt arbeidsfokus og konkret arbeid med og uttesting av mestringsstrategier relevant for arbeidssituasjonen.

Troen på en direkte sammenheng mellom symptomlette og retur til arbeid er naiv, men antagelig ikke unik for psykologer. Også i somatisk helsevesen, der jeg selv jobber, er dette en rådende oppfatning; behandler vi pasientens symptomer, vil funksjonen automatisk bli gjenopprettet og pasienten komme tilbake i jobb. Men selv om virkeligheten viser at pasienten ikke automatisk kommer tilbake i jobb, fortsetter praksis som før. Og i denne praksisen er det ikke vanlig å integrere arbeidsrehabilitering og helsetilbud, verken innenfor medisinsk eller psykisk helsevern. De to tjenestene har eksistert som separate siloer, der én silo tar seg av helseproblemene og den andre tar seg av tilbakeføring til jobb: NAV får da ta seg av arbeidsrehabiliteringen, mens vi i helsevesenet behandler pasientenes helseproblemer. Dette er ingen god arbeidsmodell, noe OECD var svært tydelig på i sin rapport «Mental Health and Work: Norway» fra 2013 (OECD, 2013). Her oppfordrer de til en langt bedre integrasjon av de to siloene arbeid og helse. Det er en oppfordring både Psykologforeningen og psykologer flest bør ta på alvor.

**«Når sykefravær handler om mer enn sykdom, betyr det at vi må jobbe på flere arenaer enn**

## **helsevesenet hvis vi ønsker å gjøre noe med sykefraværet»**

I en norsk studie av 529 personer som var sykmeldt for angst og depresjon, fant vi at *forventningen* om å komme tilbake i jobb var en viktig faktor for å predikere hvem som faktisk kom i jobb seks måneder senere (Lovvik, Shaw, Overland & Reme, 2014). Denne troen på at man igjen ville finne et fotfeste i arbeidslivet, predikerte bedre om personen kom tilbake i jobb enn pasientens symptomtrykk. I arbeidsfokusert kognitiv terapi er det nettopp denne mestringsforventningen som endres ved at pasienten får konkrete utfordringer og oppgaver knyttet til arbeidssituasjonen. En sekundærggevinst ved en slik tilnærming er at det gjør sykefraværsoppfølgingen enklere for den sykmeldtes leder, ved at lederen blir del av et team der også behandler og klient sammen jobber om et felles mål om jobbretur og fungering.

### **Mer enn sykdom**

Når sykefravær handler om mer enn sykdom, betyr det at vi må jobbe på flere arenaer enn helsevesenet hvis vi ønsker å gjøre noe med sykefraværet. Det betyr at både arbeidsplassen, helsevesenet og NAV bør jobbe samlet, koordinert og integrert for å hjelpe folk som har falt ut av arbeidslivet, tilbake i jobb igjen. Dersom innsatsen settes inn kun ett av disse stedene, er det vanskeligere for prosjektet å lykkes. Eller som en pasient nylig sa til meg: «Når en stol har fire ødelagte bein, hjelper det lite å reparere bare ett.» Dette forteller også at det ikke er noen motsetning mellom å jobbe med symptomer og å ha et arbeidsfokus, slik en del psykologer later til å tro. For arbeidsfokusert kognitiv terapi gir nøyaktig like mye symptomlette som ordinær kognitiv terapi. Den gir bare en raskere retur til arbeid i tillegg. Og det tillegget er det absolutt verdt å ta med seg.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 7, 2018, side 610-613*

#### **TEKST**

**Silje Endresen Reme**, The Mind Body Lab, UiO og Regional kompetansetjeneste for smerte, OUS

+ **Vis referanser**

#### Referanser

Linton, S.J., Boersma, K., Traczyk, M., Shaw, W., & Nicholas, M. (2016). Early Workplace Communication and Problem Solving to Prevent Back Disability: Results of a Randomized Controlled Trial Among High-Risk Workers and Their Supervisors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(2), 150-159. doi:10.1007/s10926-015-9596-z

Lovvik, C., Shaw, W., Overland, S., & Reme, S.E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(3), e004321. doi:10.1136/bmjopen-2013-004321

OECD (2013). Mental Health and Work: Norway. Hentet fra  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>