# COPEWORK

## COPESTRESS Workplace Study

Yun Ladegaard, Bo Netterstrøm & Roy Langer

- En undersøgelse af hvad der sker på arbejdspladser når en medarbejder sygemeldes med stress

**Bispebjerg Hospital**

**Arbejds- & Miljømedicinsk Afdeling.**

I samarbejde med

**Stresscentret Kalmia:** Bettina Damsbo, Lars Mikkelsen, Linda Kronstedt, Eva Gudman Hoyer

**COPESTRESS- behandlere & ansatte**: Lene Friebel, Simon Salomon, Pernille Rasmussen, Berit Just, Pernille Hulvei, Dorthe Djernis, Birgitte Hauschildt, Marianne Borritz, Nanna Eller, Christina Brix, Marie Louise Petersholm, Ingelise Biering, Vivi Andersen

**Bispebjerg Hospital**: Trine Lindemark, Andreas Friis Elrond

**Korrekturlæsning:** Anne Katrine Buch

**Projektet er finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden, TRYGFONDEN og Helsefonden**

# Resumé

**Formålet** med COPEWORK var at undersøge: Hvad skete der på arbejdspladsen, når en medarbejder blev sygemeldt med stress? Hvilken betydning havde det for arbejdspladsen? Havde stressbehandling med arbejdspladsfokus en betydning på arbejdspladsen? Hvilke generelle kendetegn har arbejdspladser, hvor den sygemeldte kom hurtigt tilbage?

**Baggrund:** COPEWORK var del af stressbehandlingsprojektet COPESTRESS, hvor sygemeldte med arbejdsrelateret stress modtog behandling. COPEWORK undersøgte nogle af de sygemeldte medarbejderes arbejdspladser.

**Metode**: 64 informanter fra 38 arbejdspladser i Danmark deltog i undersøgelsen. På alle arbejdspladser var der minimum en stresssygemeldt medarbejder. Undersøgelsen bestod af: 29 semistrukturerede interviews og 11 opfølgende interviews med ledere og arbejdsmiljørepræsentanter (AMiR) med et års mellemrum. 28 spørgeskemaer og 30 opfølgende spørgeskemaer fra ledere og AMiR. Behandleres vurdering af årsagen til stresssygemeldingerne. Information om de sygemeldte, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet. De sygemeldte medarbejderes vurdering af deres psykosociale arbejdsmiljø, udfyldt i Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

**Analyse**: Kvalitativdata blev analyseret gennem en ad-hoc metode bestående af: Meningskondensering, kategorisering, temaanalyse og fortolkning. Kvantitativt data blev analyseret gennem deskriptiv statistik, multivariabel logistisk analyse og t-tests.

**Resultater:** Undersøgelsen kortlagde en kompleks interaktion mellem leder, kollegaer og forskellige faktorer på arbejdspladsen; organisationskultur, politikker, italesættelse af stress, beredskab, viden og støtte til ledere. Dette havde afgørende betydning for hvordan arbejdspladsen og lederen håndterede stresssygemeldingen og for den sygemeldtes tilbagevenden. Arbejdspladserne havde generelt belastende psykiske arbejdsmiljøer og næsten alle arbejdspladser havde haft mere end en stresssygemelding. Måden at tale om stress på arbejdspladserne, fx ved at fokusere på travlhed og ikke stress, kunne medvirke til en tabuisering af stress og en individualisering af problemet. Generelt blev stress oplevet som et svaghedstegn. For at legitimere stress var det vigtigt at ledelsen sendte et klart signal både kommunikativt og i praksis. I forbindelse med sygemeldingen oplevede lederne en ambivalens mellem omsorg/medmenneskelighed og forretning/beslutning om afskedigelse. Her var kvaliteten af kontakten mellem den sygemeldte og lederen afgørende. Lederne havde tendens til at fralægge sig ansvar ved at fokusere på private og personlige årsager til sygemeldingen eller ved at betvivle hvorvidt den sygemeldte virkelig var stresset. Årsagen til dette var, at mange ledere ikke følte sig klædt på til at håndtere stresssygemeldingen, ikke følte sig støttet af den øvre ledelse og ofte oplevede et pres fra kollegaer og øvre ledelse i forbindelse med sygemeldingen. Kontakt med den sygemeldte, ledelseserfaring, viden om stress, oplevet støtte fra arbejdspladsen, potentielle handlemuligheder og dækning af arbejdet under sygefraværet, havde betydning for lederne. Arbejdsmiljørepræsentanterne var generelt ikke blev involveret i stresssygemeldingen og blev kun inddraget, når årsagen til sygemeldingen var entydigt arbejdsmiljøet. Da årsagen til stressen ofte var uklar og AMiR tøvede med at kontakte de sygemeldte af frygt for intimidering, blev de ikke involveret. Afhængig af AMiRs rolle, inddragelse, indflydelse og viden om stress identificerede vi tre typer AMiR. Kollegaerne kendte ofte til stresssygemeldingen og måtte ofte dække den sygemeldtes arbejde, dette kunne gøre dem nervøse for selv at blive syge. Afgørende for kollegaernes støtte var: Årsagen til sygemeldingen, hvordan sygemeldingen påvirker kollegaernes arbejde, ledelsens håndtering af sygemeldingen, om kollegaerne følte sig velinformeret og medinddraget, kollegaernes personlige forhold til den sygemeldte, arbejdspladsens arbejdsmiljø og kultur samt viden og åbenhed. Sygemeldingen havde oftest stor betydning på arbejdspladserne, den satte tanker i gang hos både ledere og kollegaer om årsag og ansvar og betød ofte mere arbejde til både kollegaer og leder. Sygemeldingen kunne dog samtidig være

en øjenåbner, som øgede opmærksomheden på problemer i arbejdsmiljøet, opmærksomheden på hinanden og der blev på mange arbejdspladser igangsat forebyggende tiltag. Behandling med arbejdspladsfokus fik i COPESTRESS de sygemeldte signifikant hurtigere tilbage i arbejde, sammenlignet med behandling uden arbejdspladsfokus. De fleste ledere havde et positivt indtryk af behandlingen og følte det var en god sikkerhed. Arbejdspladsinddragelse i behandlingen gjorde, at lederne følte at der var et fælles mål om at få den sygemeldte tilbage til arbejdet. Arbejdspladser med succesfuld tilbagevenden til arbejdet havde et signifikant bedre psykosocialt arbejdsmiljø på følgende 13 dimensioner: medarbejderindflydelse, udviklingsmuligheder, involvering i arbejdspladsen, mening i arbejdet, forudsigelighed, anerkendelse, ledelseskvalitet, social støtte fra overordnet, fællesskab på arbejdet, tilfredshed med arbejdet, lodret og vandret tillid og retfærdighed. På arbejdspladser med succesfuld tilbagevenden til arbejdet følte de sygemeldte, at der var sket signifikante forbedringer på følgende 11 dimensioner: kvantitative krav, følelsesmæssige krav, arbejdstempo, forudsigelighed, anerkendelse, rollekonflikter, ledelseskvalitet, social støtte fra kollegaer, socialt fællesskab i arbejdet, tilfredshed med arbejdet, arbejde-familiekonflikt. De oplevede dog en signifikant forringelse af deres udviklingsmuligheder. Alle dimensioner på nær udviklingsmuligheder og arbejdstempo, lå stadig væsentlig dårligere end landsgennemsnittet fra 2004, også efter den sygemeldte var kommet tilbage.

**Diskussion:** Resultaterne i COPEWORK viser muligvis et for positivt billede. 197 stresssygemeldte medarbejdere blev spurgt om vi måtte kontakte deres arbejdsplads, men kun 38 arbejdspladser endte med at deltage i undersøgelsen. Her kan der være sket en selektion hvor de deltagende arbejdspladser muligvis var mere åbne og interesseret i undersøgelsen, end dem som ikke deltog. Denne antagelse støttes af COPSOQ resultater i undersøgelsen. Derudover var der en overrepræsentation af kvinder og offentlige arbejdspladser, hvilket også kan påvirke undersøgelsens resultater i positiv retning sammenlignet med danske arbejdspladser generelt.

**Konklusioner:** Når en medarbejder blev sygemeldt med stress gik en kompleks interaktion i gang mellem leder, kollegaer og forskellige faktorer på arbejdspladsen. Dette havde stor betydning for den sygemeldtes tilbagevenden. Sygemeldingen kunne have negativ betydning på arbejdspladsen i form af tanker om årsag og skyld, mere arbejde til kollegaer og leder samt angst for selv at blive syg. Den kunne samtidig have en positiv betydning ift. læring, opmærksomhed og forebyggende tiltag. Stressbehandling med arbejdspladsfokus havde en positiv effekt ift. hurtigere tilbagevenden til arbejdet, samt en følelse af at behandling og arbejdsplads havde samme mål. De arbejdspladser, de sygemeldte vendte hurtigt tilbage til, havde et signifikant bedre psykosocialt arbejdsmiljø på 13 dimensioner og efter de sygemeldte var vendt tilbage var der sket signifikante forbedringer på 11 dimensioner.

På s. 55 i rapporten fremgår projektets anbefalinger til arbejdspladser, ledere og arbejdsmiljørepræsentanter.

# Indholdsfortegnelse

1. Formål ..... 5
2. Introduktion ..... 5
3. Nyhedsværdi ..... 6
4. Design ..... 6
5. Materialet ..... 8
6. Metode ..... 9
6.1. Databehandling & analyse ..... 12
7. Resultater ..... 13
7.1. Arbejdspladserne ..... 14
7.2. Italesættelse af stress ..... 21
7.3. Lederne ..... 25
7.4. Kollegaerne ..... 36
7.5 Arbejdsmiljørepræsentanternes rolle ..... 40
7.6 De sygemeldte ..... 43
8. Diskussion ..... 49
9. Samlet konklusion ..... 52
10. Perspektivering ..... 53
10.1 Anbefalinger ..... 55
11. Referencer ..... 56

## Figuroversigt

1 Designmodel 7
2 Ledernes fordeling på brancher 8
3 AMiR fordeling på brancher 9
4 Flowoversigt 13
5 Graf – flere sygemeldte med stress på arbejdspladsen 14
6 Behandlernes vurdering af årsagen til stresssygemeldingen 15
7 Graf – brug af stresspolitik i arbejdet 18
8 Graf- er stress tabubelagt emne på arbejdspladsen? 22
9 Graf – er lederen rustet hvis det skulle ske igen 25
10 Ledernes ambivalens 26
11 Graf - ledernes støtte & viden 31
12 Graf – ledernes læring af en stresssygemelding 33
13 Graf - om lederne følte sig støtte af arbejdspladsen 34
14 Lederne råd og erfaring 36
15 Faktorer som har betydning for kollegaerne reaktion på den sygemeldte 38
16 Hvem var tilbage ved behandlingens afslutning 44
17 COPSOQ Sammenligning sygemeldte tilbage eller ej ved behandlingsafslutning 46
18 COPSOQ ændring før og efter behandling for sygemeldte tilbage på samme arbejdsplads 47

Bilagsoversigt: Bilag 1 - Resultater, Bilag 2 - Executive Summary

# 1. Formål

I 2010-2012 blev der på Bispebjerg Hospital på Arbejds- & Miljømedicinsk Afdeling, gennemført et stressbehandlingsprojekt COPESTRESS. I projektet blev sygemeldte medarbejdere med stress behandlet i forskellige stressbehandlingsforløb. I forbindelse med behandlingsprojektet, blev der gennemført en undersøgelse af nogle af de sygemeldtes arbejdspladser: COPEWORK (COPESTRESS Workplace Study). COPEWORK havde til formål at undersøge:

- **Hvad skete der på arbejdspladsen, når en medarbejder blev sygemeldt med stress?**
- **Hvilken betydning havde sygemeldingen på arbejdspladsen?**
- **Hvilken betydning havde stressbehandling med arbejdspladsfokus på arbejdspladsen?**
- **Var der nogle kendetegn for de arbejdspladser de sygemeldte vendte tilbage til?**

Forskningsspørgsmålene blev belyst gennem interviews og spørgeskemaer fra ledere og arbejdsmiljørepræsentanter, de sygemeldte medarbejderes vurdering af deres psykiske arbejdsmiljø udfyldt i Copenhagen Psychosocial Questionnaire, behandlerskema med professionel vurdering af årsagerne til de sygemeldtes stresssymptomer og information om de sygemeldtes tilbagevenden, status for sygemeldingen målt i dage, deltids – fuldtidssygemelding, samt oplysninger om køn, alder, ægteskabelige status og faggruppe.

# 2. Introduktion

COPEWORK undersøgelsen tog udgangspunkt i "Hvidbogen om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet" udgivet af Arbejdstilsynet og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2010). I Hvidbogen blev den nyeste danske og internationale videnskabelige litteratur gennemgået. En af Hvidbogens konklusioner er at der er bevis for at en koordineret behandlingsindsats, som sikrer hurtig adgang til evidensbaseret behandling, effektivt kan forebygge visse arbejdsmæssige konsekvenser af mentale helbredsproblemer. Endvidere blev der fundet indikation for at en kombination mellem en arbejds- og helbredsmæssig indsats forkorter sygefraværet, og fremmer en hurtigere tilbagevenden til arbejde efter sygemeldingen, dog med den forudsætning at der var mulighed for at modificere arbejdsopgaverne. Således er det vigtigt for en succesfuld tilbagevenden til arbejdet at man i behandlingen af sygemeldte med stress, ikke kun behandler individet, men også inddrager arbejdet og forhold på arbejdspladsen. I Hvidbogen påpegedes det at effekten af interventioner må anskues som en dynamisk proces, der påvirkes af individuelle og arbejdsrelaterede faktorer, samt den specifikke kontekst og øvrige livsomstændigheder individet indgår i. Det er derfor relevant at få indsigt i hvad der sker på arbejdspladsen, og hvordan forskellige interventioner påvirker arbejdspladen i forhold til hvad der er afgørende for en positiv effekt af interventionerne. Eksempelvis er øget viden hos lederen der gør denne bedre i stand til at foretage relevante ændringer i arbejdsopgaver eller ændrede holdninger hos kollegaer, der får dem til at handle mere imødekommende overfor den stresssyge kollega, afgørende for den sygemeldtes tilbagevenden(Ibid.). Udover Hvidbogen har Andersen, Nielsen & Brinkmanns (2012) foretaget en systematisk gennemgang af publiceret kvalitativ litteratur (1995-2011). Dette omhandler medarbejdere med mentale helbredsproblemers (MH) tilbagevenden til arbejdet. Forfatternes formål var at undersøge hvilke muligheder og forhindringer, medarbejdere med MH oplevede i forhold til at vende tilbage til arbejdet. Otte kvalitative undersøgelser af medium eller høj kvalitet blev identificeret og dannede grundlag for deres konklusioner. Forfatterne konkluderede at den sociale støtte på arbejdspladsen og mulighederne

for ændrede arbejdsvilkår og gradvis tilbagevenden, var afgørende for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet. Forfatterne efterlyste mere kvalitativ forskning omkring tilbagevenden til arbejdet for medarbejdere med MH, herunder en belysning af emnet ud fra f.eks. ledernes og andre relevante interessenters synspunkt.

# 3. Nyhedsværdi

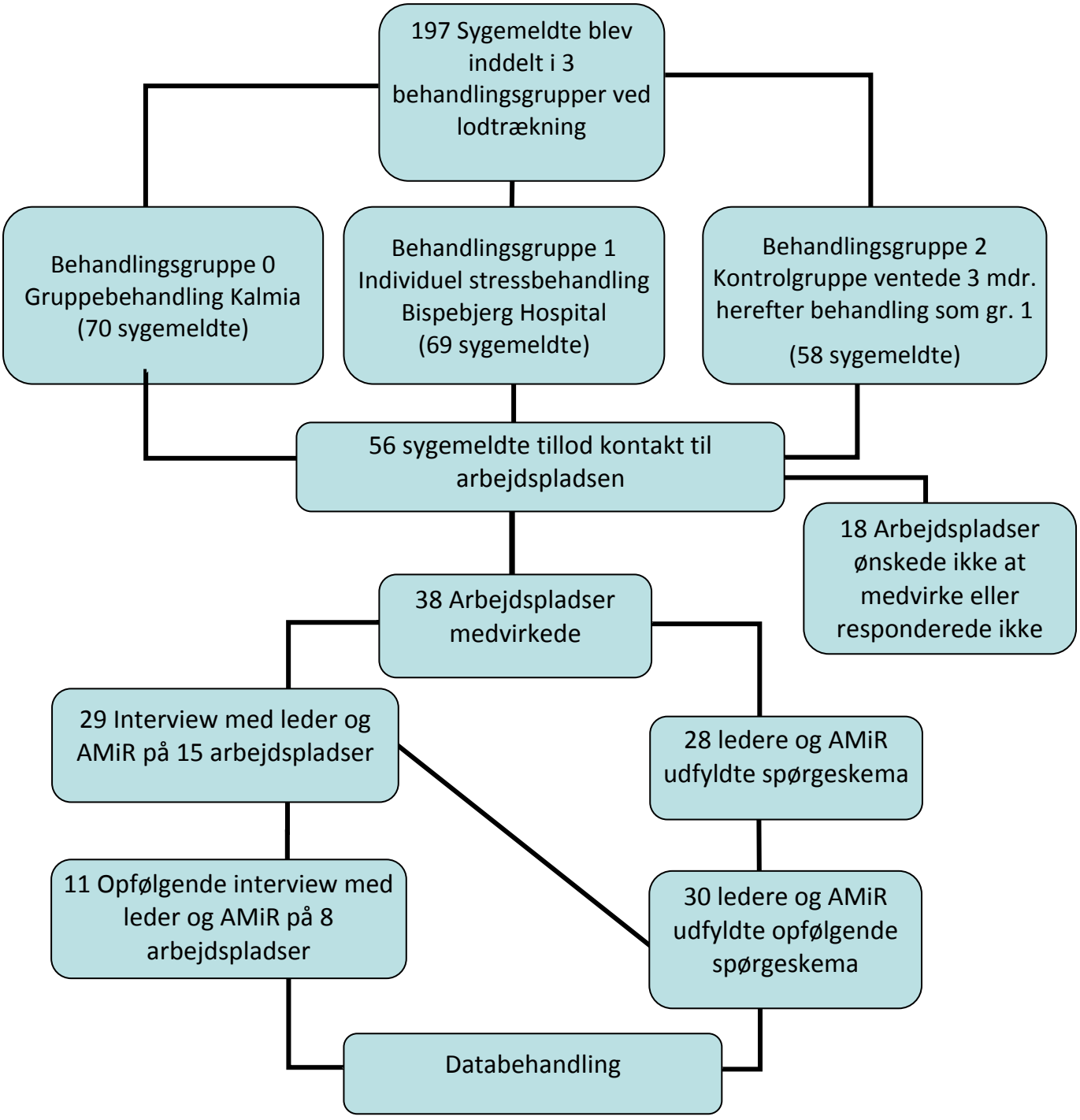
Der er ikke tidligere publiceret resultater fra en lignende undersøgelse. Udenlandske og danske erfaringer, som beskrevet i introduktionen, peger på at indsigt i hvad der sker på arbejdspladsen og relevante aktørers handlinger og synspunkter, kan være betydningsfulde for effekten af interventioner der har til hensigt at hjælpe sygemeldte med mentale helbredsproblemer tilbage i arbejde. Det er heller ikke tidligere undersøgt, hvilken betydning et arbejdspladsfokus i stressbehandlingen af sygemeldte har for arbejdspladsen. Den i denne undersøgelse anvendte kvalitative tilgang tilbyder her en mere nuanceret forståelse af arbejdspladserne, og en indsigt i de vilkår lederne har i forhold til at hjælpe den sygemeldte tilbage til arbejdet, samt hvilke forhold er hæmmende eller fremmende for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet. Derudover styrker undersøgelsens kvantitative målinger en generalisering af resultaterne i relation til et større antal arbejdspladser. Vi håber at undersøgelsens resultater vil kunne skabe en øget forståelse, der muliggør at man i fremtiden kan blive endnu bedre til at skabe gode rammer for en succesfuld tilbagevenden for sygemeldte medarbejdere. Vi mener at undersøgelsens resultater både har relevans for ledere, arbejdsmiljørepræsentanter og HR-funktionen i organisationerne, samt for sygemeldte medarbejdere med stress. Endvidere håber vi på at resultaterne vil kunne være en hjælp for behandlere af sygemeldte med stress, ved at skabe indsigt i nogle af de forhold på arbejdspladsen som den sygemeldtes skal tilbage til. Denne indsigt kan der evt. tages højde for i behandlingen, f.eks. ved direkte eller indirekte medinddragelse af arbejdspladsen i behandlingsforløbet.

# 4. Design

I 2010-2011 blev 197 sygemeldte fra COPESTRESS - behandlingsgrupperne0, 1, 2[1]kontaktet og spurgt om de ville give tilladelse til at vi kontaktede deres arbejdspladser. Heraf gav 56 sygemeldte tilladelse og returnerede samtykke, samt kontaktinformation på deres leder og arbejdsmiljørepræsentant (AMiR). Herefter blev ledere og AMiR kontaktet og 64 informanter fra 38 arbejdspladser indvilligede i at deltage i undersøgelsen. 18 arbejdspladser ønskede ikke at deltage i undersøgelsen eller responderede ikke på vores henvendelse. For at motivere arbejdspladserne til at deltage i undersøgelsen, tilbød vi gratis deltagelse i et seminar om "Stress, Arbejde og Arbejdsplads" som mange arbejdspladser derefter deltog i. De første arbejdspladser/informanter der ville deltage i undersøgelsen, blev interviewet. Der blev udført 29 interviews med ledere og AMiR på 15 arbejdspladser i første undersøgelsesrunde. Vi afgjorde hvornår vi havde et tilstrækkeligt antal interview efter princippet om mæthed fra Grounded Theory. (Dette vil blive uddybet i metodeafsnit 6). Andre arbejdspladser som herefter ønskede at medvirke, blev spurgt om de ville deltage i to spørgeskemarunder. Spørgeskemaerne blev lavet med udgangspunkt i de semi-strukturerede, kvalitative interviewguides. I første spørgeskemarunde medvirkede 28 informanter. Efter ca. et år blev informanterne kontaktet igen. Denne gang opnåede vi "mæthed" efter 11 opfølgende interviews på otte arbejdspladser. De øvrige informanter blev bedt om at udfylde opfølgende spørgeskema i stedet. I alt 30 informanter udfyldte de opfølgende spørgeskemaer.

[1] Alle behandlinger i disse grupper indeholdt et arbejdspladsfokus og mulighed for dialog med arbejdspladsen. Mere information om COPESTRESS og behandlingerne kan findes på www.copestress.dk eller i Netterstrøm, Friebel & Ladegaard (2012).

**Designmodel– fig.1**




AMiR - Arbejdsmiljørepræsentant

Interviews

Alle interviews blev foretaget på informanternes arbejdsplads[2] på steder som informanterne selv valgte. Interviewene havde en varighed på en time og blev lydoptaget på PC. Inden interviewet gik i gang, blev informanterne informeret om deres rettigheder og anonymitet, og udfyldte en samtykkeerklæring. Interviewene blev gennemført af førsteforfatteren og fem interviews af en anden psykolog, hvilket gav mulighed for intern refleksion. I flere interviews var der, med tilladelse fra den interviewede, en anden psykolog eller psykologistuderende med som observatør.

Spørgeskema

Informanterne som udfyldte spørgeskemaerne, blev gennem e-mail informeret om deres rettigheder og anonymitet, og gav pr. e-mail skriftligt samtykke til at deltage i undersøgelsen. Informanterne udfyldte spørgeskemaerne elektronisk og returnerede dem pr. e-mail til førsteforfatter.

# 5. Materialet

64 informanter fra 38 arbejdspladser i Danmark indgik i undersøgelsen, herunder 36 ledere og 28 arbejdsmiljørepræsentanter[3].Fra 22 arbejdspladser deltog både leder og AMiR i undersøgelsen, mens der på resten af arbejdspladserne deltog enten leder eller AMiR. Alle arbejdspladser havde mindst en stresssygemeldt medarbejder i projekt COPESTRESS, og kontakten til informanterne blev formidlet gennem den sygemeldte medarbejder. I afsnit 6.2. – Flowoversigt - fremgår antallet af informanter der har deltaget i de forskellige dele af undersøgelsen. Foruden data fra informanterne, indgik også informationer om de sygemeldte, behandlerskema med professionel vurdering af årsagerne til de sygemeldtes stresssymptomer, samt de sygemeldtes vurderinger af arbejdspladserne, udfyldt i Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COP SOQ) (Bjorner & Rugulies, 2010).

Informanter - Lederne

**Fig. 2**

| Ledernes fordeling på brancher |
|---|
| 8 Sundhedssektor (sundhedssektor) |
| 2 Institutioner, plejehjem, (omsorgssektoren) |
| 6 Skole og undervisning (undervisning) |
| 5 Kommuner og forvaltninger (offentlig) |
| 2 Transportsektoren (transport) |
| 13 Privatejede virksomheder[4] (det private) |

[2] Alle informanter blev tilbudt at forskerne kom ud på deres arbejdsplads. Dette ønskede alle, hovedsageligt pga. tidsbesparelsen.
[3] I stedet for arbejdsmiljørepræsentanter indgik på få arbejdspladser HR ansvarlige og medarbejderrepræsentanter. Dette er der taget højde for i analyserne.
[4] Vi har valgt at ikke at brancheinddele yderligere, da brancherne er meget forskellige, og for at sikre informanternes anonymitet ved f.eks. citater. Det kan dog nævnes at der var informanter fra IT-branchen, medicinalbranchen, detailbranchen, forsikrings- & finansbranchen, fagforeninger og mediebranchen.

Informanternes alder i ledergruppen var fra 37 år til 60 år, med en gennemsnitsalder på 50. 23 af lederne var kvinder og 13 var mænd. Lederne havde en anciennitet på arbejdspladsen fra 1 til18 år. I forhold til ledelsesmæssig erfaring, var der en leder som havde været leder i et år. Alle andre informanter i ledergruppen havde mellem 5 og 25 års ledererfaring med et gennemsnit på 11,5 år. Det var forskelligt hvor mange medarbejdere lederne havde ansvar for (mellem fire og 238 medarbejdere). Dette var typisk afhængigt af branchetilhørsforhold: f.eks. havde ledere i transportbranchen flere medarbejdere under sig end de andre ledere.

Arbejdsmiljørepræsentanterne

Aldersmæssigt befandt arbejdsmiljørepræsentanterne (AMiR) i undersøgelsen sig mellem 35 år - 64 år, med en gennemsnitsalder på 51 år. 18 AMiR var kvinder og 10 var mænd. Det var meget forskelligt, hvor mange medarbejdere den enkelte AMiR var ansvarlig for (fra 7 til 300 medarbejdere). AMiR havde i gennemsnit syv års erfaring som AMiR (fra 1 ½ år- 12 år).

**Fig. 3**

| AMiR fordeling på brancher |
|---|
| 2 Sundhedssektor (sundhedssektor) |
| 2 Institutioner, plejehjem, (omsorgssektoren) |
| 3 Skole og undervisning (undervisning) |
| 4 Kommuner og forvaltninger (offentlig) |
| 3 Transportsektoren (transport) |
| 14 Privatejede virksomheder(det private) |

Som det fremgår af ovenstående, var der mange kvinder i forhold til mænd blandt både ledere og AMiR. Endvidere så vi også en overrepræsentation af offentlige arbejdspladser i undersøgelsen. Vi vil diskutere konsekvenserne for undersøgelsens resultater af dette i afsnit 8.

**Etik i forhold til sygemeldte og informanter**

Gennem hele undersøgelsen blev informanterne gjort opmærksom på deres rettigheder og anonymitet, og underskrev derefter samtykkeerklæringer. De sygemeldte, som formidlede kontakt til informanterne, blev ligeledes informeret og underskrev samtykkeerklæringer. Anonymiteten blev sikret ved at alle navne på personer i undersøgelsen blev anonymiseret, og optaget materiale fra interviews slettet. Vi gjorde undervejs informanterne opmærksomme på at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og havde ikke indtryk af at nogen følte sig presset til at medvirke. Både sygemeldte og informanter havde førsteforfatters kontaktinfo og blev opfordret til at kontakte hende ved spørgsmål, eller hvis de ønskede at trække deres samtykke tilbage. Ingen udgik dog af undersøgelsen.

# 6. Metode

Det kvalitative semistrukturerede interview var den primære metode i COPEWORK. Interviewene blev udført med en informant og 1-2 forskere. Interviewene fulgte en guide med forskellige temaer, men var samtidig åbne og fulgte informantens tanker og synspunkter. Vi valgte kvalitative interviews, fordi metoden tilbyder en nuanceret og dyb indsigt i forskningsspørgsmålet. Da det ikke tidligere havde været undersøgt

hvad der skete på danske arbejdspladser og hvilken betydning det havde, når en medarbejder blev sygemeldt med stress, fulgte vi principperne fra Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1990). I Grounded Theory starter man med dataindsamlingen, og ud fra de indsamlede data og analyser formes hypoteser og teori. Vi fulgte principperne om induktion, deduktion og analytisk induktion (Charmaz, 2003), og empirien blev indsamlet efter princippet om "mæthed" fra Grounded Theory (Charmaz, 2007). Dette betød i praksis at interviewene i starten var meget åbne. Undervejs blev interviewene analyseret og løbende mere struktureret og hypoteseafprøvende. Mængden af interviews blev således afgjort af, hvorvidt der dukkede nye vinkler op på forskningsspørgsmålet, eller om vi generelt mødte gentagelse og bekræftelser på hypoteserne (mæthed).

Efterfølgende vises en sammenfatning af interviewguiderne, som de så ud i slutningen af hver interviewrunde for lederne. Interviewene med arbejdsmiljørepræsentanterne lignede meget ledernes, men vinklede spørgsmålene til AMiRs funktion og rolle i organisationerne.

**Interviewguide 1. undersøgelsesrunde**

**Generelt om informanten**
Stilling/ titel
Erfaring og ansvarsområder
Hvad er fokus i lederens arbejde?
Anciennitet & uddannelse

**Arbejdspladsens viden om stress**
Hvordan forstår arbejdspladsen stress? Herunder årsag til stress.
Hvordan italesættes stress på arbejdspladsen?
Hvad var årsagen til sygemeldingen?
Hvem har ansvaret for sygemeldingen?

**Arbejdsmiljø**
Er stress en generel problematik på arbejdspladsen?
Hvilke belastninger i arbejdsmiljøet kan give stress, og er man opmærksom på disse?
Er der nogen typer stillinger eller job på arbejdspladsen som har større belastninger og dermed øger risikoen for stress? Hvilke og hvorfor?

**Arbejdspladsens påvirkning af og reaktion på stresssygemeldingen**
Hvilken betydning har det for arbejdspladsen at en medarbejder er sygemeldt med stress?
Hvordan reagerer lederen (tanker og følelser)?
Lægens sygemeldings betydning?
Hvordan har kontakten til den sygemeldte været?
Hvordan har kollegaerne reageret (tanker og følelser) på at en kollega blev sygemeldt med stress?

**Arbejdspladsens håndtering af den sygemeldte**
Hvordan håndterer arbejdspladsen/ledelsen medarbejdere sygemeldt med stress?
Hvordan føler lederen sig rustet til at håndtere det?
Hvilke faste procedurer har arbejdspladsen i forhold til sygemeldte medarbejdere?
Har arbejdspladsen et beredskab – f.eks. behandlingstilbud - til sygemeldte?
Hvilken betydning har et beredskab /mangel på beredskab for lederen og arbejdspladsen?

**Den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet**
Hvordan vil arbejdspladsen håndtere den sygemeldtes tilbagevenden?
Hvilke tanker har lederen gjort sig omkring det?

**Afrunding**
Informanten får mulighed for at stille yderligere spørgsmål eller komme med afsluttende bemærkninger

Efter et år blev der foretaget opfølgende interviews på otte arbejdspladser med ledere og arbejdsmiljørepræsentanter. Årsagen til at vi besøgte færre arbejdsplader denne gang, var at vi opnåede en mæthed allerede der. Disse interviews gav mulighed for at spørge yderligere ind til tematikkerne og se om der var sket forandringer, følge op på den sygemeldtes tilbagevenden, samt styrke undersøgelsens troværdighed ved at lade informanterne kommentere på de fundne hypoteser.

**Interviewguide 2. undersøgelsesrunde**

**Arbejdspladsdialog & behandling**
Har der været en arbejdspladsdialog på arbejdspladsen i forbindelse med COPESTRESS?
Hvordan har arbejdspladsen oplevet behandlingen/behandlingsforløbet?

**Hændelser siden sidste interview**
Status for den sygemeldte.
Hvad er der sket på arbejdspladsen siden sidst?
Er der sket forandringer, eller er der de samme belastninger som tidligere?

**Hvis den sygemeldte er vendt tilbage til arbejdspladsen**
Hvordan er tilbagevenden til arbejdet forløbet?
Hvordan har kollegaerne reageret på den sygemeldtes tilbagevenden?
Er der noget som kunne gøres anderledes?

**Hvis den sygemeldte ikke er vendt tilbage til arbejdspladsen**
Hvad er der sket? Hvorfor er den sygemeldte ikke vendt tilbage?
Hvordan har lederen oplevet forløbet?

**Sygemeldingens betydning**
Hvilken betydning har det haft for arbejdspladsen at en medarbejder har været sygemeldt med stress?
Er der sket nogen ændring i den måde man taler om stress?
Har det påvirket kollegaerne, og hvis ja, hvordan?

**Lederen**
Hvordan påvirker det lederen at have haft en medarbejder sygemeldt med stress?
Hvad har lederen lært, herunder positive og negative erfaringer?
Hvordan føler lederen sig rustet hvis en medarbejder skulle blive sygemeldt med stress igen?
Hvordan føler lederen sig støttet af arbejdspladsen i forhold til at håndtere medarbejdere, der er sygemeldt med stress?

**Forholdet mellem arbejde og privatliv**
Når årsagen til sygemeldingen er en kombination mellem arbejde & privatliv eller blot privatliv:
Hvilken betydning har det for lederen?
Hvilken betydning har det for hvad arbejdspladsen gør?

**Afslutning**
Sæt ord på forløbet set fra lederens perspektiv.
Er der mere der er vigtigt at komme ind på, inden interviewet afsluttes?

**Spørgeskemaer**

Efter hver interviewrunde blev der med udgangspunkt i interviewguiden udarbejdet spørgeskemaer. Disse bestod af kvantitative svarfelter, hvor informanterne besvarede spørgsmål med afsæt i svarkategorierne: Ja / I nogen grad / Nej / Ved ikke. I spørgeskemaerne indgik også åbne spørgsmål, hvor informanterne selv beskrev deres oplevelser og synspunkter. Spørgsmål benyttet i spørgeskemaerne fremgår i bilag 1, tabel A, B.

## 6.1. Databehandling & analyse

Alle kvalitative interview blev transskriberet og analyseret gennem kvalitative analyser som beskrives nedenfor. Samtidig blev svar fra de kvalitative interviews indskrevet i spørgeskemaerne, således at også disse indgik i de statistiske analyser (se flowoversigt – fig.4).

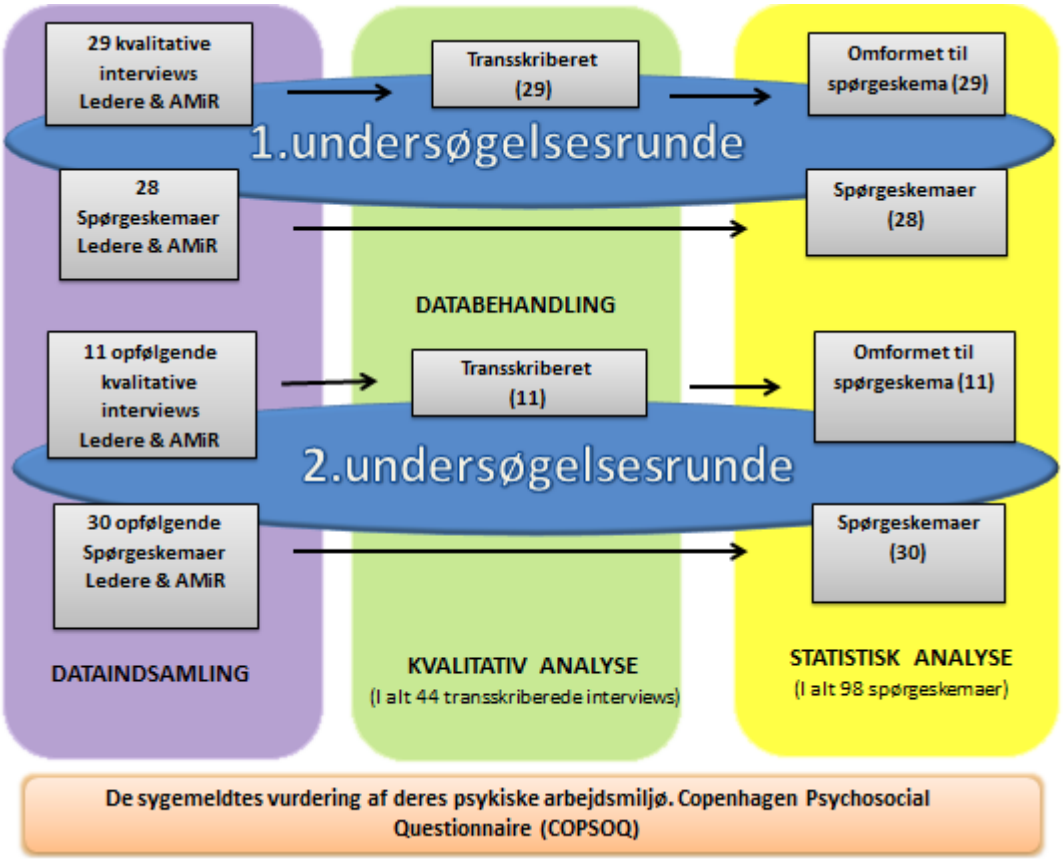
**Kvalitative analyser**

Der blev i analysen søgt mening gennem en ad-hoc-metode, som er en eklektisk metode hvor forskerne sammensætter forskellige analysemetoder. Ad-hoc-metoden er den mest almindelige indenfor analyse af kvalitative interviews (Brinkmann & Tanggaard, 2010), da den giver forskerne mulighed for at kombinere analysemetoder efter behov (Lincoln &Guba, 1985). I praksis forgik analyserne af de kvalitative interviews som følger: Alle interviews blev gennemlæst og meningskondenseret, dvs. de interviewedes udsagn blev trukket sammen til kortere formuleringer. Herefter fortog vi en tematisk kategorisering, hvor de interviewedes udsagn blev reduceret til simple tematiske kategorier. Der blev identificeret 21 kategorier med syv overordnede kategorier. Nogle kategorier blev lagt sammen, og resultatet er de kategorier som gennemgås i denne rapports resultater. Kategoriseringen gav mulighed for at undersøge, hvorvidt de fundne kategorier forekom eller ikke forekom i de enkelte interviews, og at sammentælle hvor mange interviews hver kategori forekom i og dermed vurdere styrken af hver kategori (Kvale, 2007; Mayring, 2000; Zhang &Wildemuth, 2009). Udover analyser af interviewudsagn, blev de "kvalitative" blanke svarfelter i spørgeskemaerne også analyseret. Denne analyse bestod i at vi samlede alle svar for hvert spørgsmål, svarene blev kategoriseret dvs. samlet under nogle overordnede kategorier og talt sammen. Således kunne vi se, hvor mange ledere beskrev en bestemt oplevelse eller et givent synspunkt, og hvor mange der ikke gjorde. Generelt ønskede vi at fremstille informanternes udsagn så autentisk som muligt. I analysen udvalgte vi derfor citater og længere beskrivelser fra informanterne som eksemplificerede undersøgelsens generelle tendenser. Udover generelle tendenser rapporterede vi også synspunkter der markerer yderpunkter i materialet.

**Kvantitativ analyse**

Analysen af spørgeskemaerne delte vi op i to dele. Den ene del bestod af deskriptiv statistik på informanternes besvarelser af alle kvantitative spørgsmål (bilag 1). Derudover foretog vi både en $Chi^2$-test og en krydstabelanalyse som sammenligner de sygemeldte, hvis arbejdspladser deltog i undersøgelsen, med de sygemeldte i COPESTRESS, hvis arbejdspladser ikke deltog i undersøgelsen. Der blev testet for køn, behandlingsgruppe, faggruppe, status for sygemeldingen efter behandlingens afslutning, antal sygedage inden behandlingsstart, og de sygemeldtes vurdering af arbejdspladsen (COPSOQ) ved multipel logistisk regressionsanalyse. Endvidere lavede vi deskriptiv statistik over behandlernes vurdering af årsagen til stresssygemeldingen, og statistik over de sygemeldtes vurdering af deres psykiske arbejdsmiljø gennem T-test.

Flowoversigt – fig.4




## 7. Resultater

Undersøgelsen bestod af både kvalitative og kvantitative resultater. De samlede kvantitative resultater fra spørgeskemaerne fremgår i bilag 1.

**I bilag 1 fremgår resultaterne fra alle kvantitative spørgsmål**

Tabel A: Samlede resultater fra 1. spørgeskemarunde

Tabel B: Samlede resultater fra 2. spørgeskemarunde

Tabel C: Samlede resultater fra de 22 arbejdspladser hvor både leder og AMiR deltog

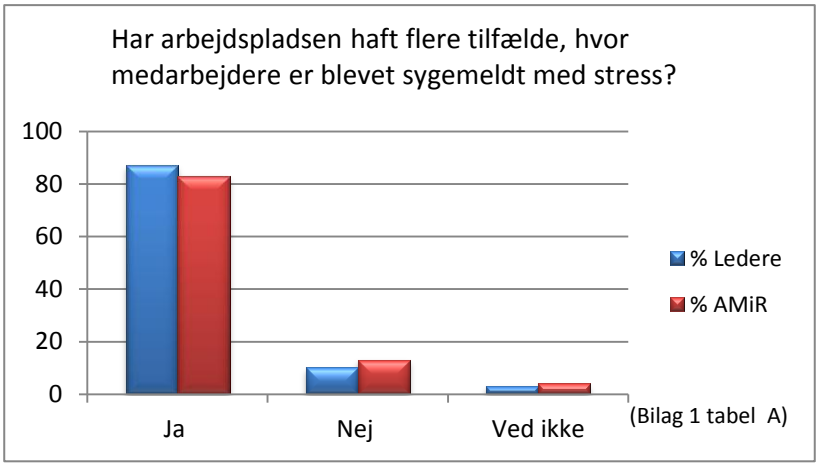
Der var generelt god overensstemmelse mellem AMiR's og ledernes kvantitative besvarelser i spørgeskemaerne. Dette var både tilfældet i de samlede resultater, hvor alle ledere og AMiR besvarelser indgik (tabel A og B), og når vi sammenlignede ledere og AMiR fra samme arbejdspladser (tabel C). Uoverensstemmelser mellem leder og AMiR fra samme arbejdspladser fandtes i spørgsmålene "Har arbejdspladsen retningslinjer for hvordan man hjælper langtidssygemeldte tilbage i arbejde efter

sygemeldingen?" og "Har arbejdspladsen foretaget nogen ændringer eller tiltag, efter en medarbejder er blevet sygemeldt med stress?". Her svarede lederne i nogle tilfælde ja, mens AMiR svarede nej og omvendt. Således var der arbejdspladser, hvor leder og AMiR havde forskellige opfattelser af arbejdspladsens praksis, og muligvis forskellige definitioner af forebyggende tiltag. Til spørgsmålet "Mener du at stress er et tabubelagt emne på arbejdspladsen?" var der en klar tendens til at lederne betragtede stress som mindre tabubelagt end AMiR, både generelt og på samme arbejdspladser (Bilag 1, tabel A, C). Dette vil vi se nærmere på i afsnit 7.2. Vi kunne således se at der, på nær når det omhandlede tabu-vurderingen, var god overensstemmelse mellem ledere og AMiR. Der hvor forskellene imidlertid blev mere synlige, var i undersøgelsens kvalitative resultater. Det var også i de kvalitative analyser, at vi kunne se mulige forklaringer på forskellene og få en dybere forståelse af problemstillingerne. På baggrund af dette, har vi valgt at kombinere de kvalitative resultater med de kvantitative i den efterfølgende præsentation af undersøgelsens resultater. Vi har for overskuelighedens skyld således valgt at temainddele fremstillingen. Temaerne er: Arbejdspladserne, italesættelse af stress, lederne, kollegaerne, AMiR og de sygemeldte.

## 7.1. Arbejdspladserne

38 offentlige og private arbejdspladser deltog i undersøgelsen. På langt de fleste arbejdspladser var der ikke tale om et enkeltstående tilfælde, at en medarbejder var blevet sygemeldt med stress:

**Fig. 5.**




87% af lederne og 83% af AMiR beskrev at de havde haft flere stresssygemeldinger på arbejdspladsen. Ingen kunne dog informere om det præcise antal, da dette ikke blev registreret. På flere arbejdspladser fortalte AMiR at de ikke kunne få adgang til arbejdspladsens sygefraværsstatistikker, men at man havde fornemmelse af at sygefraværet var højt.

**Store belastninger**

Generelt oplevede både ledere og AMiR at medarbejderne var presset i deres daglige arbejde. Samme vurdering havde behandlerne til de sygemeldtes. Behandlerne fra COPESTRESS-projektet vurderede årsagen til hver enkelt stresssygemelding ved behandlingens afslutning. Vurderingernes fordeling ses i figur 6.

**Fig. 6 Behandlernes vurdering af årsagen til stresssygemeldingen (n=56)**

| | | |
|---|---|---|
| Arbejdspres | Slet ikke/mindre grad | 6% |
| | Moderat/høj grad | 94% |
| Generelt dårligt arbejdsmiljø/omstruktureringer | Slet ikke/mindre grad | 9% |
| | Moderat/høj grad | 91% |
| Dårlig ledelse | Slet ikke/mindre grad | 13% |
| | Moderat/høj grad | 87% |
| Personlig oplevelse på arbejdet fx traumatisk oplevelse/mobning/andet | Slet ikke/mindre grad | 50% |
| | Moderat/høj grad | 50% |
| Arbejdsrelaterede belastninger – SAMLET | Slet ikke/mindre grad | 0% |
| | Moderat/høj grad | 100% |
| Belastninger i privatlivet | Slet ikke/mindre grad | 19% |
| | Moderat/høj grad | 81% |

*I fig. 6 har vi sammenlagt nogle kategorier for overskuelighedens skyld. Behandlernes vurdering af årsagen til stresssygemeldingen fra hele COPESTRESS fremgår i bilag 1 tabel D.*

88% af de sygemeldte var belastet af tre til fire arbejdsrelaterede belastninger. Alle sygemeldte var belastet af minimum én arbejdsrelateret belastning. Herudover havde 81% af de sygemeldte også belastninger i privatlivet. 56% var belastet af en til to belastninger i privatlivet, 25% var belastet af mere end to belastninger i privatlivet, og 19% var i mindre grad eller ikke belastet i privatlivet. Belastninger i privatlivet kunne f.eks. være skilsmisse, dødsfald, andres sygdom, egen sygdom, væsentlige forandringer, eller en traumatisk oplevelse. Det skal dog bemærkes at de forskellige belastninger kan være gensidig afhængige, således at belastninger i arbejdet (f.eks. meget overarbejde), skaber problemer i familielivet, eller at belastninger i privatlivet skaber problemer i arbejdslivet.

Iflg. behandlerne var årsagen til sygemeldingen ofte en kombination af mange belastninger i arbejdet, kombineret med belastninger i privatlivet. Disse vurderinger stemte overordnet overens med ledernes beskrivelser, hvor 85% beskrev at årsagen til sygemeldingen var en kombination mellem arbejde og privatliv. Omkring halvdelen af lederen fremhævede følgende årsagstyper: Store arbejdsmængder, arbejdspres eller korte deadlines, omstruktureringer og nedskæringer, uklar arbejdsdeling og manglende indflydelse, manglende rammesætning for opgaven, høje krav, og meget kontrol. Andre ledere beskrev problemer i forhold til den sygemeldtes specifikke stilling, f.eks. at den sygemeldte var isoleret i stillingen og derfor arbejdede alene uden at få hjælp fra kollegaer. Behandlernes vurdering adskilte sig imidlertid væsentligt fra ledernes ift. at behandlerne vurderede at 87% af de sygemeldte havde været udsat for dårlig ledelse. Ikke overraskende var dårlig ledelse i ledernes vurdering ikke en årsag til stresssygemeldingerne. Dette kan muligvis skyldes en ulyst til at forholde sig til eget ledelsesmæssige ansvar i forhold til stresssygemeldingen, hvilket vi vil diskuterer senere i rapporten (afsnit 7.3). AMiR udtrykte også en kritisk holdning i forhold til ledernes håndtering af stresssygemeldingen, og havde tendens til at vurdere ledernes håndtering af situationen mere kritisk end lederne selv (se graf afsnit 7.2.). Derudover beskrev de - ligesom lederne - belastninger i arbejdsmiljøet og også private årsager til den enkelte sygemelding.

**<u>Årsager til stresssygemeldingerne – vigtige pointer</u>**

- Både behandlere, ledere og AMiR henviste til store belastninger på arbejdspladserne.
- Behandlerne og AMiR beskrev dårlig ledelse som en årsag til stress - dette beskrev lederne ikke.
- Årsagen til stresssygemeldingen var oftest en kombination af mange belastninger på en gang.
- Flest arbejdsrelaterede belastninger, men oftest i kombination med private belastninger.

### 7.1.1. Betydning for arbejdspladserne

88% af lederne og 85% af AMiR mente at det havde haft betydning for arbejdspladsen, at en medarbejder var blevet sygemeldt med stress. Informanterne beskrev at det oftest var et problem at medarbejderens arbejdskraft manglede i det daglige arbejde. Samtidig beskrev over halvdelen af informanterne, at kollegaerne måtte dække den sygemeldtes arbejdsopgaver under fraværet. Af samme grund kunne sygemeldingen også skabe bekymring hos den sygemeldte selv. Flere informanter beskrev en tendens til at omverden, herunder kollegaerne, betragtede en stresssygemelding som udtryk for et dårligt arbejdsmiljø. En leder fra sundhedssektoren gav udtryk for denne holdning: *"Det sender et skidt signal til omverden om at arbejdspladsen ikke kan styre det."*

En stresssygemelding kunne også give kollegaerne bekymring for at "stressen skulle smitte" i form af en domino-effekt eller opadgående ond spiral. Dette skyldes ikke mindst det øgede arbejdspres som sygefraværet havde for de tilbageværende kolleger på arbejdspladsen:

*"Her i kontoret har der været 3 sygemeldte med stress på samme tid. Det påvirker kontoret på den måde at kolleger er meget opmærksomme på selv de mindste tegn. Har du hovedpine en dag, kommer kollegerne og siger at du er ved at få stress. Lukker du døren for at få arbejdsro, står der straks et par kolleger, der tror at du er brudt sammen. Det betyder også at der er en frygt for hvornår det bliver "min tur"."* (Leder, offentlig arbejdsplads)

Nogle ledere beskrev hvordan de selv blev nervøse for at presset fra sygemeldingen på kollegaerne kunne resultere i at flere blev sygemeldt. Samtidig beskrev flere ledere, at sygemeldingen havde den positive effekt at man begyndte at undersøge om der var problematiske forhold på arbejdspladsen der førte til stresssygemeldingen. På få arbejdspladser - især store arbejdspladser med god vikardækning - var sygemeldingen ikke et problem for kollegaerne. Her var stresssygemeldingen ifølge en leder fra transportbranchen "kun en sag mellem leder og medarbejder". På disse arbejdspladser kendte kollegaerne ofte ikke til sygemelding, medarbejderne havde typisk ikke tætte kollegiale relationer, og sygemeldingen påvirkede ikke kollegaernes arbejde. Eksempelvis kunne dette være tilfældet for stewardesser, der sjældent arbejder sammen med de samme kollegaer på forskellige afgange.

**"Brandslukning"**

Fire af de interviewede ledere beskrev et fænomen de kaldte "brandslukning" eller "at slukke ildebrand". Dette fænomen refererede til en arbejdspladskultur, der var så presset at der ikke engang var tid til at forholde sig til stresssygemeldinger, personalepolitikker el.lign. Lederne på disse arbejdspladser havde kun kapacitet til at fylde hullerne og løse de mest presserende problemer for at holde arbejdet i gang på kort sigt, og manglede mulighed for at fokusere på en mere langsigtet og grundlæggende indsats. Fællestræk for disse arbejdspladser beskrives i nedenstående tekstboks.

**Brandslukning - definition**

- Flere langtidssygemeldte med stress.
- Ringe eller ingen mulighed for vikardækning i en relativ lille personalegruppe.
- Arbejdsopgaver som ikke kunne udsættes fx kundeservice eller daglig pædagogisk/omsorgsarbejde.

Lederne på brandsluknings-steder beskrev en afmagt i forhold til ikke at kunne forbygge stress og lave langsigtede løsninger, selvom de ønskede dette og var opmærksomme på problemerne:

*"Nej, det har jeg ikke, så alt hvad der hedder målsætning og planlægning, fremadrettet og revurdere politiker osv. Det lader jeg være, det har jeg fuldstændig haft på standby i et år. Det har været at få dagene og uger til at hænge sammen."* (Leder, omsorgssektor)

*"Vi har syv, der er syv sygemeldte i dag, hvoraf der er, jeg vil skyde på de fem eller seks er sygemeldte med stresslignende symptomer: Én har ondt i hjertet, én har for højt blodtryk, alle har, jeg tror stort set alle medarbejdere hernede, måske på nær tre-fire stykker, har været inde… omkring SOS krise, eller Falck Health Care… Jeg har aldrig oplevet så meget fravær, som i det her hus."* (Leder, omsorgssektor)

Lederne beskrev også en bekymring i forhold til at de stresssygemeldtes fravær gav ekstra arbejde til de resterende kollegaer, som så havde større risiko for også at blive stresset. De beskrev det som en "ond spiral" hvor den ene stresssygemelding førte til den næste. Samtidig følte lederne sig overladt til sig selv i forhold til at løse problemet, hvilket de beskrev som meget frustrerende.

**Forebyggende tiltag**

I undersøgelsen viste det sig, at en stresssygemelding ikke udelukkende havde negativ betydning for arbejdspladserne. På flere arbejdspladser havde stresssygemeldingen været en øjenåbner i forhold til at se nærmere på arbejdsmiljøet og indføre forebyggende tiltag. 58% af lederne svarede "ja" i spørgeskemaundersøgelsen til at arbejdspladsen havde foretaget ændringer eller tiltag efter medarbejderen var blevet sygemeldt. På mange arbejdspladser var man efter sygemeldingen blevet mere opmærksomt på stress, og flere informanter beskrev at sygemeldingen havde resulteret i en større åbenhed omkring stress, og bedre forståelse hos kollegaer og leder af stress, stresssymptomer og årsager. En leder fra en privat virksomhed kommenterede dette: *"Tilfældet af stress har gjort os mere opmærksomme, og vi har siden sendt en anden medarbejder på "tvungen" ferie og i et psykologforløb igennem vores sundhedssikring for at undgå lignende stressnedbrud som første gang."*

Halvdelen af lederne i de kvalitative interviews beskrev at man efter sygemeldingen var gået i gang med at arbejde med generelle forbedringer i arbejdsmiljøet i forhold til stress: På nogle arbejdspladser havde man inviteret en stresskonsulent til at holde foredrag, på andre havde man holdt møder omkring arbejdsgange og belastninger i personalegruppen, på to arbejdspladser var nogle belastende projekter som de sygemeldte var ansat på, enten blevet udliciteret eller lukket ned. Andre forebyggende tiltag beskrevet af lederne, var udarbejdelse af en stresspolitik, og at travlhed og stress blev taget op som emne i alle MUS-samtaler. En leder beskrev at han var blevet mere åben overfor deltidsansættelser, og en anden leder fra undervisningssektoren fortalte: *"Ja – vi har igangsat et udvalgsarbejde hvor forventningerne, forventningsafklaring til teamarbejdet, beskrives. Her skal der også beskrives hvad og hvilke opgaver, et team skal arbejde med. Jeg har også kontaktet et arbejdspsykologfirma, der skal supervisere bl.a. det team hvori der har været problemer."*

De forebyggende indsatsers kvalitet og omfang har været forskelligt, afhængig af de enkelte arbejdspladsers tidsmæssige og økonomiske muligheder og begrænsninger. De har taget udgangspunkt i den enkelte leders viden om stress, og vurdering af hvad der ville være relevant og realistisk. En leder fra en privat virksomhed gav følgende eksempel: *"På gruppeniveauet har vi så prøvet at indføre - det er så gået lidt i sig selv igen - men at vi skulle "breake" engang om dagen, og så vendte vi en skærm om og gik på youtube og fandt en zumbasession og så dansede vi alle sammen zumba i 25 min. Så fik vi løsnet lidt op og så kunne man sætte sig ned igen og arbejde videre."*

På nogle arbejdspladser var der ikke blevet sat tiltag i gang. En leder beskrev at der ingen ændringer havde været, fordi årsagen til sygemeldingen ikke var oplyst. På andre arbejdspladser mente man at den

sygemeldte var den eneste som var belastet, og siden denne var blevet afskediget, var der var ingen grund til forebyggende tiltag. På flere arbejdspladser følte man også at man allerede havde forebyggende tiltag og et beredskab, der prioriterede mere individuelle hensyn.

**Betydning for arbejdspladserne**

- En sygemeldt med stress havde en betydning for arbejdspladsen.
- "Brandslukning", når flere var langtidssygemeldte med stress - lederne følte sig magtesløse.
- Stresssygemeldingen betød en øget opmærksomhed på stress og dens årsager.
- Mange arbejdspladser havde iværksat forebyggende tiltag i arbejdsmiljøet.
- De forebyggende tiltags kvalitet og omfang var dog varierende.

## 7.1.2.Arbejdspladsernes beredskab

**Stresspolitik**

På ca. halvdelen af de undersøgte arbejdspladser havde man en stresspolitik (se bilag 1, tabel A, C). Omfanget og den oplevede nytteværdi af stresspolitikerne var dog meget varieret.

På arbejdspladser med en stresspolitik, benyttede 52% af lederne sig af den, men kun 14% af AMiR (se fig. 7). I de kvalitative interviews fremgik det, at nogle arbejdspladser officielt havde en stresspolitik, men at omfanget af denne stresspolitik var begrænset til en linje som "Vi ønsker ikke at have medarbejdere der rammes af stress" eller "Vi har en stresspolitik – vi tager en snak med medarbejderen". Denne type stresspolitik viste sig ikke at være til megen nytte for hverken sygemeldte eller ledere når den skulle være rettesnor for sygefraværssamtaler, eller sætte fokus på arbejdsrelateret stress. Meget få AMiR benyttede stresspolitikken i deres arbejde. Dette kan skyldes at stresspolitikken var så begrænset, at den reelt ikke kunne bruges til noget. En anden årsag var at AMiR på en række arbejdspladser slet ikke blev involveret i stresssygemeldingerne. Dette vil vi komme nærmere ind på i afsnit 7.5, der handler om arbejdsmiljørepræsentanternes rolle.

**Fig. 7**

På arbejdspladser uden eller med mangelfuld stresspolitik, blev det overladt til den enkelte leder at håndtere sygemeldingen ud fra den erfaring og viden denne leder måtte have. Lederens handlemuligheder var ofte begrænset pga. af pågældende leders viden om stress, af prognosen og håndtering af sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet, og af den økonomi og tid, lederen kunne afsætte til håndtering af sygemeldingen.

Nogle informanter beskrev at der var en stresspolitik under udarbejdelse. Her nævnte to informanter at dette var motiveret af at have haft en sygemeldt med stress. Det var vores indtryk at arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø på mange arbejdspladser var relativt nyt. Arbejdsmiljørepræsentanterne på mange arbejdspladser havde begrænset viden omkring psykisk arbejdsmiljø, fordi deres uddannelse begrænsede sig til den lovpligtige arbejdsmiljøuddannelse. Der var dog også arbejdspladser, der havde udviklet mere detaljerede og sofistikerede procedurer og politikker for håndtering af stressramte medarbejdere. Et eksempel for en detaljeret stresspolitik i en privat virksomhed beskrives af AMiR som følger:

*"Den (stresspolitikken) beskriver på alle niveauer i organisationen hvordan man skal forholde sig til stress – individ, gruppe, leder, arbejdsmiljørepræsentant, organisation. Herudover har vi haft stor succes med at omplacere personer i forbindelse med tilbagevenden til arbejdspladsen – dette redskab beskrives også. Herudover er der retningslinjer for sygeperiode og hvad der udløser en fyring, sygesamtaler etc."* (AMiR, privat virksomhed)

Nogle ledere fortalte at de benyttede stresspolitikken i forhold til tiltag på arbejdspladsen som eksempelvis teamsupervision. En leder beskrev at stresspolitikken var blevet anvendt i forhold til muligheder for at omplacere den sygemeldte til en anden jobfunktion i organisationen. På disse arbejdspladser havde stresspolitikken således øget og guidet lederens handlemuligheder. 72% af lederne (bilag 1, tabel A) skrev at de havde retningslinjer for hvordan man hjalp sygemeldte tilbage i arbejdet. Omfanget og kvaliteten af disse retningslinjer spurgte vi ikke videre ind til, men ingen informanter nævnte en specifik sygefraværspolitik. Det var vores indtryk at en specifik sygefraværspolitik kunne have støttet ledere og AMiR, således at sygemeldingen var blevet en organisatorisk opgave som blev løst ud fra en forudbestemt løsningsmetode. Dermed ville sygemeldingen ikke i samme grad, som vi senere vil se, være et personligt anliggende for den enkelte leder. Især én leder i et større transportfirma med mange medarbejdere under sig, håndterede stresssygemeldingen som en ledelsesmæssig opgave, hvor der forelå klare procedurer for hvad der skulle ske. Her oplevede lederen ikke en usikkerhed i forhold til at håndtere sygemeldingen. Det skal dog også nævnes, at denne leder samtidig havde mulighed for at henvise til professionel behandling og få professionel vurdering og vejledning fra firmaets læger og psykologer. Dette oplevede lederen som en stor støtte.

**Behandlingstilbud til sygemeldte på arbejdspladserne**

82% af arbejdspladserne i undersøgelsen kunne tilbyde deres medarbejdere gratis stressbehandling. I de fleste tilfælde var det gennem en privat sundhedsforsikring. Muligheden for at kunne henvise den sygemeldte til professionel behandling, oplevede lederne som positiv. En leder i en privat virksomhed gav udtryk for, at det var en tryghed for hende at kunne henvise den sygemeldte til professionel hjælp, så man ikke sad med ansvaret alene og "prøvede at tale om problemerne" uden at have et professionelt grundlag. Professionelle behandlingstilbud vurderedes som en god måde at tage omsorg for medarbejderen, uden at involvere sig på en uetisk og intimiderende måde i den sygemeldtes problemer. Lederne henviste i denne forbindelse ikke mindst til de lovmæssige restriktioner, der forhindrede dem i at spørge detaljeret ind til den ansattes sygdom. En anden leder beskrev hvordan hun havde haft flere medarbejdere med påbegyndende stress, som hun havde bedt om at benytte sig af tilbuddet fra sundhedsforsikringen og få psykologhjælp. Disse medarbejdere havde fået fri fra arbejdet når de skulle til psykolog, og det havde således virket forebyggende for en sygemelding. Flere arbejdsmiljørepræsentanter beskrev dog problemer

med sundhedsforsikringerne i forhold til at det kunne være kompliceret at få den rette hjælp, eller slet og ret at blive godkendt til at få psykologhjælp.

**Arbejdspladsernes beredskab - vigtige pointer**

- Kun få arbejdspladser havde en brugbar stresspolitik, der kunne fungere som en god støtte og rettesnor for lederen.
- De fleste arbejdspladser havde gratis behandlingstilbud til de sygemeldte, dette oplevede lederne som en støtte.
- AMiR forholdt sig mere kritisk til sundhedsforsikringerne, da det kunne være svært at få den rette professionelle hjælp.

## 7.1.3. COPESTRESS - behandlingens betydning

I COPESTRESS-projektet blev de sygemeldte medarbejdere behandlet med to forskellige stressbehandlingsprogrammer. Begge havde et arbejdspladsfokus og mulighed for at behandlerne kunne tage ud og gå i dialog med arbejdspladsen omkring processen med at få den sygemeldte tilbage på arbejdspladsen. De fleste ledere beskrev at de var glade for at deres medarbejder havde haft mulighed for at få behandling, og havde indtryk af at medarbejderne havde været glade for tilbuddet og fået noget positivt ud af det. Lederne mente eksempelvis: *"Et fint tilbud, som medarbejderen har haft stor glæde af."*(Leder, det offentlige) eller *"Som en gratis mulighed for behandling der hjalp den sygemeldte en masse. Hun lærte en masse om sig selv og brugte det."* (Leder, privat virksomhed).

Flere ledere beskrev behandlingen som værdifuld for både arbejdspladsen og den sygemeldte og gav en sikkerhed eller tryghed hos både leder og arbejdsplads. Eller som en leder fra den private sektor skrev: *"Det har givet os som organisation sikkerhed for at medarbejderen fik professionel hjælp (den rigtige hjælp), og det ville vi ellers have været meget i tvivl om hvordan vi skulle gribe an".* (Leder, privat virksomhed).

Lederne som havde haft en arbejdspladsdialog udtrykte alle tilfredshed med dette, fordi de oplevede dialogen som relevant og hjælpsom for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet. Alle havde følt at det var rart at kunne gå i dialog med behandleren omkring hvordan den gradvise tilbagevenden kunne være, og hvornår den sygemeldte kunne starte op igen. Lederne følte at det kunne være vanskeligt at tale med den sygemeldte alene omkring hendes eller hans tilbagevenden til arbejdspladsen, da den sygemeldte ofte ikke selv var helt klar på hvornår og hvor hurtigt denne ønskede opstart. Lederen havde naturligvis interesse i at den gradvise tilbagevenden skete så hurtigt som muligt, men samtidig var det afgørende, at dette skete på en god måde, så den blev succesfuld. En leder beskrev at det var meget positivt at have en upartisk fagperson med som tredjeperson, der således kunne hjælpe med at "mægle" mellem arbejdspladsen og den sygemeldte. Det var en lettelse for lederen at få vejledning/rådgivning fra denne fagperson, så man ikke skulle fremstå som "the bad guy", der blot havde interesse i at få den sygemeldte tilbage hurtigst muligt. En anden leder fra omsorgssektoren fortalte at:

*"Dét, der var rigtigt godt, det var, at på dét tidspunkt der stod vi som virksomhed og tænkte: Nu har vi brug for snart at få en plan for hvornår hun kommer tilbage. Det er fair nok at vi ikke kan sige: Fra på mandag så starter hun på 37 timer. Men vi har simpelthen brug for at vide, taler vi seks måneder mere? Taler vi to måneder mere?...Det kan være rigtigt svært at tale med medarbejderne om det."*

Lederen fortalte også at det var rart at høre, at også behandlerne havde fokus på tilbagevenden til arbejdet:

*"Så hele den der åbne dialog om at vi har faktisk det samme mål som jer, det tror jeg ligesom var clue'et til, at vi også sagde ligesom ok vi arbejder i samme retning. Ok, hvad er målet så?...Ja , for det du som virksomhed har brug for at vide, hvornår får jeg min medarbejder tilbage? Også i forhold til planlægningen og i forhold til de andre medarbejdere osv. Og det ved jeg godt, det kan du selvfølgelig ikke gøre allerede i starten af forløbet. Der kan du ikke sige: Tager det her 14 dage eller tager det 6 måneder? Men når man er nået længere hen, som vi også var, så synes jeg det var super godt."*

En leder fra omsorgssektoren sammenlignede COPESTRESS-behandlingen med tilbuddet fra sundhedsforsikringen. Her oplevede lederen at COPESTRESS-behandlingen var mere målrettet i forhold til arbejdet. Denne leder havde haft flere medarbejdere i behandling i projektet, som tidligere havde fået behandling gennem sundhedsforsikringen. Flere andre ledere udtrykte på samme måde at de ønskede at kunne tilbyde denne behandling til andre medarbejdere i fremtiden, ved f.eks. at lade en sådan behandling implementeres på arbejdspladsen som et behandlingstilbud til medarbejderne. Lederne beskrev også, hvordan den sygemeldtes behandling og erfaringer havde haft betydning for arbejdspladsen. På nogle arbejdspladser, havde den sygemeldte delt sine erfaringer fra behandlingen med kollegaerne, med henblik på at forebygge stress i fremtiden. Tre arbejdspladser beskrev at de har indført mindfulness-øvelser fra behandlingen i personalegruppen.

Kun få ledere mente at behandlingsforløbet ikke havde haft nogen betydning for arbejdspladsen. Tre ledere havde ikke fået noget indtryk af behandlingen; den ene fordi hun ikke var leder for den sygemeldte og de andre fandt det problematisk, at deres medarbejder blev udtrukket til ventegruppen, da de skulle vente i tre måneder inden behandlingsopstart. På én arbejdsplads beskrev lederen at den sygemeldte var blevet afskediget, efter man havde hørt at denne skulle i behandling i tre måneder. Dette havde man taget som en indikation på en yderligere forlængelse af sygemeldingen.

Man kan overveje om flere ledere ville have vurderet behandlingen og dens betydning anderledes, hvis den sygemeldte var blevet afskediget eller havde sagt op, og derfor ikke var vendt tilbage til arbejdspladsen. Der var dog ikke forskel på svarene fra ledere som havde fået den sygemeldte tilbage, sammenlignet med dem som ikke havde. Fire ledere til afskedigede sygemeldte mente stadig, at behandlingen har haft en betydning for arbejdspladsen.

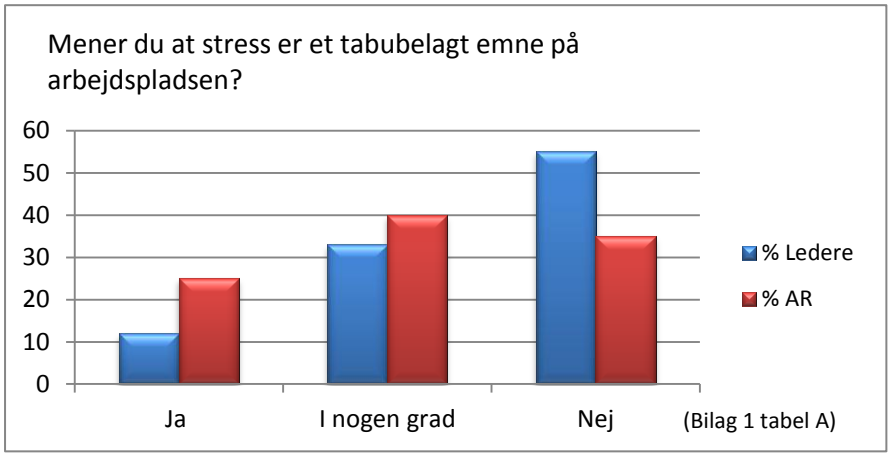
**Behandlingen i projekt COPESTRESS – vigtige pointer**

- De fleste ledere havde haft et positivt indtryk af behandlingen i COPESTRESS.
- Lederne følte det var en sikkerhed, at man vidste medarbejderen fik stressbehandlingen.
- Arbejdsplads-fokusset i behandlingen gjorde, at lederne følte et samarbejde mod det fælles mål om at få den sygemeldte tilbage til arbejdet.

## 7.2. Italesættelse af stress

Måden man taler om stress – om stress er tabubelagt eller om der generelt er en accept og åbenhed omkring det – kan have betydning for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdspladsen (Borg et al., 2010). I undersøgelsen spurgte vi derfor ind til hvordan man talte om stress, og om stress var tabubelagt på arbejdspladsen:

**Fig. 8**




I spørgeskemaerne fremgik det at AMiR i højere grad end lederne, vurderede stress som tabubelagt. I de kvalitative interviews blev dette endnu mere tydeligt. Spørgsmålet omkring tabu var det spørgsmål, hvor vi fandt størst forskelle mellem AMiR og leder fra samme arbejdsplads. Dette vakte vores nysgerrighed, og vi valgte derfor at foretage en omfattende analyse af emnet. Analysen bestod i gennemlæsning af alle interviews og spørgeskemaer, hvilket resulterede i 21 A4 sider udelukkende med citater og beskrivelser om måden at tale om stress[5]. Dette materiale blev meningskondenseret og fortolket. I analysen emergerede de følgende generelle måder at tale om stress: *1. Problematisering af stressbegrebet, 2. Travlhed kontra stress, 3. Stress som personligt svaghedstegn, 4. Stress er ikke tabu fordi ledelsen taler om det*. I alle interviews fandtes minimum én af disse måder at italesætte stress på, der kunne være medvirkende til at tabuisere stress på arbejdspladsen og dermed vanskeliggøre en åben og konstruktiv dialog omkring stress og stresssygemeldingen.

1. **Problematisering af stressbegrebet**

*"Når stressbegrebet bliver del af hverdagssproget, kan der være fare for at det mister sin validitet i forhold til sygdom." (AMiR, offentlig virksomhed).*

Flere ledere og AMiR forklarede at stressbegrebet havde mistet sin betydning, fordi det blev brugt i flæng om alt fra at man havde lidt travlt og skulle nå nogle ting, til at man faktisk følte sig belastet og overbelastet. Således kunne det være svært at finde ud af hvad folk mente, når de sagde de var stressede, og hvornår det var nødvendigt at gøre noget konkret. En leder fra det offentlige sagde: *"Vi må passe på at vi ikke går rundt og siger at vi er stresset hele tiden."*

2. **Travlhed kontra stress**

I forlængelse af problematiseringen af stressbegrebet, havde flere arbejdspladser taget konsekvensen og valgt kun at tale om travlhed og ikke stress.

[5]Stress italesættes konstant, når man taler om en stresssygemeldt medarbejder. Vi har begrænset analyserne til citater og beskrivelser, hvor informanterne reflekterer over italesættelsen af stress samt årsagen til stresssygemeldingen på arbejdspladsen.

*"Stress for mig det er den negative udgave, det er fordi folk bruger stress i flæng, det er dét, der er problemet efterhånden. Nu er alt jo stress… Jeg tror man glemmer at skelne det negative fra det positive, det er jo ok at have travlt."*(Leder, det private)

I interviewene beskrev flere ledere, hvordan de gjorde meget ud af at skelne travlhed fra stress. En leder i en offentlig virksomhed sagde eksempelvis: *"Nej, vi snakker om at vi har meget travlt, og at der er pres på, og folk er fyldte. Det snakker vi meget om"*. En anden informant fortalte at man hos den øverste ledelse ikke ønskede stresskurser og at fokusere for meget på stress, fordi man var nervøs for at det kunne øge antallet af stresssygemeldinger, hvis mange medarbejdere f.eks. fandt ud af at de havde stresssymptomer. Travlhed blev på mange arbejdspladser ikke anset som et problem som skulle ændres, men nærmere som et grundvilkår. Travlhed var acceptabelt – som en leder fra det private sagde: "Travlhed bliver man ikke syg af". Flere andre informanter forbandt travlhed med noget positivt, og at det kunne have en positiv signalværdi at have travlt. Eksempelvis blev travlhed forbundet med at gøre en ekstra indsats på arbejdspladsen, og med at være engageret i sit arbejde. En AMiR fra en privat virksomhed udtrykte dette som følger:

*"Man kan sige man har stress, for at fortælle kollegaerne man har travlt, en slags anerkendelse… Medarbejder til medarbejder i et team, der tror jeg det kan være virkningsfuldt nogen gang at virke som om man har travlt, det tror jeg".*

Ingen af de interviewede ledere fandt italesættelsen af travlhed fremfor stress som problematisk. Problemer omkring dette blev til gengæld beskrevet af AMiR fra de samme arbejdspladser:

*"Men man skal jo også lade være med at sige, at vi har de her to definitioner (travlhed-stress). Derfor har vi ikke noget stress, altså bruger definitionerne lidt som undskyldning for ikke at gøre noget ved det, hvis der er stress…. Jeg mener på et tidspunkt der var et gå-hjem-møde, men samtidig syntes jeg også lidt at man siger, vi har ikke stress og det er måske ikke helt sandfærdigt, man bare siger, vi har ikke noget problem med stress."* (AMiR, det offentlige)

En mulig konsekvens af det, at tale om travlhed og ikke stress, er en risiko for at den sygemeldte bliver italesat som problemet. Når travlhed er et grundvilkår på arbejdspladsen, og andre medarbejdere klarer deres arbejde selvom de har travlt, må det være en svaghed ved den stresssygemeldte, som gør at netop denne person bliver sygemeldt. I de kvalitative interviews så vi i høj grad, hvordan den sygemeldte blev italesat som problemet, når årsagen til stress blev beskrevet ud fra den sygemeldtes personlighed eller privatliv.

Måden at tale om stress på arbejdspladsen, påvirkede ikke kun ledelsen og den sygemeldte men også kollegaerne. Konsekvensen ved at kollegaerne ser den sygemeldte som problemet, er at der sker en marginalisering af den sygemeldte. Den sygemeldte opfattes muligvis som anderledes og svagere end de øvrige kollegaer, og som en der belaster gruppen med sit fravær. Dette hørte vi om på tre arbejdspladser i undersøgelsen. En arbejdsplads i undersøgelsen fyrede konsekvent sygemeldte efter 120 sygedage. Lederen fortalte at hvis først medarbejdere var fuldtidssygemeldte, så man dem sjældent igen. På denne arbejdsplads beskrev både leder og AMiR hvordan der var udviklet en kynisk holdning til stresssygemeldte, hvor de som personer blev anset som det primære problem: *"Hende anerkender man simpelthen ikke… Hun endte med at blive fyret og det handlede ligeså meget om at gruppen simpelthen ikke gad at have hende tilbage."*

### 3. Stress som svaghedstegn

Mange informanter, herunder ledere og AMiR, beskrev hvordan stress i et vist omfang blev forbundet med personlig svaghed. Det var dog ikke alle som mente at stress dermed var tabubelagt. En leder med mange

års erfaring fra det private fortalte, at han oplevede at der var stor forskel på at kunne tale om stress, og så at anerkende at man selv kunne blive syg af det. Han arbejdede med åbenhed omkring stress på afdelingen. Her havde man under et personalemødet lavet en håndsoprækning på hvor mange, der syntes det ville være legitimt at en kollega blev sygemeldt pga. stress. Her rakte de fleste hånden op. Herefter blev der lavet håndsrækning på hvem der syntes, at det var legitimt hvis de selv blev sygemeldte pga. stress – og antallet var væsentlig lavere.

Nogle ledere gav udtryk for at det ikke ville kunne ske for dem, selv at blive syge af stress. En leder begrundede det med at det hele handlede om "mental kapacitet", at man holdt sig i god form og var et intelligent og fornuftigt menneske, som havde styr på sig selv og sit liv. Ud fra dette, kan man forstille sig at der er meget lang vej fra tale om stress på arbejdspladsen, til at stress bliver acceptabelt for den enkelte medarbejder. AMiR fra samme arbejdsplads fortalte at man som medarbejder ikke havde lyst til at fortælle lederen at man var stresset. Generelt beskrev både AMiR og lederne, at man som medarbejder helst ville klare sit arbejde selv, og det derfor kunne være svært at bede om hjælp eller melde ud når det blev for meget. Andre fortalte at man jo risikerede at miste de spændende opgaver, hvis man gav udtryk for at man ikke kunne klare sine nuværende. I de sygemeldtes arbejdspladsvurderinger (afsnit 7.8) fremgik det også, at udviklingsmuligheder var den eneste dimension hvor de sygemeldte oplevede en væsentlig forringelse efter at være kommet tilbage til arbejdet. Her kan man forestille sig, at de havde fået fjernet arbejdsopgaver og ikke følte de stod først i køen til forfremmelse eller nye spændende projekter.

*"Hvis man siger man er stresset, så siger man samtidig også at man ikke kan overkomme sit arbejde, eller at man bliver pålagt at have for meget at lave. Derfor stiller man sig måske selv i en situation som siger at næste gang virksomheden bliver nødt til at indskrænke pga. hvad ved jeg, finanskrise eller mangel på arbejde, så står man så med ryggen lidt længere oppe i køen til at være en af de første der ryger ud."* (AMiR, privat virksomhed)

I undersøgelsen så vi således, at stress generelt blev opfattet som et svaghedstegn. Graden af dette, samt hvor tabubelagt /legitimt stress var, varierede fra arbejdsplads til arbejdsplads. Vi forestiller os at der også kunne være forskel mellem forskellige brancher i forhold til dette. Det har vi dog ikke undersøgt nærmere i nærværende undersøgelse.

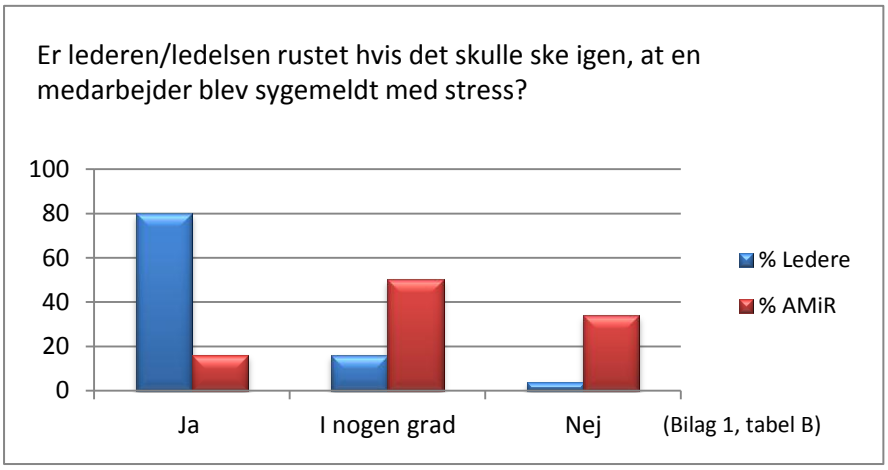
**4. Stress er ikke et tabu fordi ledelsen taler om det**

Ca. halvdelen af lederne fortalte at de ikke betragtede stress som tabubelagt, fordi man talte om det på arbejdspladsen. Nogle skrev at stress generelt ikke var tabubelagt, men kunne være det for den enkelte. I

interviewene fandt vi imidlertid ofte modsatrettet signaler fra ledelsen: På den ene side signalerede man en åbenhed omkring stress, ved f.eks. at tale om det på møder, og ved at lederen udmeldte at alle var velkomne på hans kontor hvis de følte sig stresset. På den anden side signalerede man i praksis noget andet gennem f.eks. fyringsrunder, fyring af sygemeldte efter 120 dage, bonusrunder og forfremmelser. Således kan man forestille sig at det kan virke aftabuiserende at tale om stress, men kun hvis dette følges op af handlinger og praksis på arbejdspladsen.

Flere AMiR oplevede det også som problematisk, hvis lederens måde at hjælpe udelukkende bestod i en anderledes prioritering af opgaver. De havde kun begrænset tillid til at lederen/ledelsen var rustet til at en medarbejder igen blev sygemeldt med stress:

**Fig. 9**




I undersøgelsen vurderede AMiR således, at lederne var væsentlig dårligere rustet til at håndtere stresssygemeldingerne, end lederne selv gjorde.

**Italesættelse af stress - vigtige pointer**

- AMiR mente stress er mere tabubelagt på arbejdspladsen end lederne mente.
- Stressbegrebet var diffust og blev brugt i flæng, svært at vide hvornår det var alvor.
- En ledelse som fokuserede på travlhed i stedet for stress kunne tabuisere stress.
- Stress blev ofte set som et personligt svaghedstegn.
- At tale om stress på arbejdspladsen var ikke altid aftabuiserende, handlede om praksis
- AMiR så lederne som dårligere rustet til at håndtere stresssygemeldingen end lederne selv

## 7.3. Lederne

Når en medarbejder blev sygemeldt med stress, var det som udgangspunkt på alle arbejdspladser i undersøgelsen en sag mellem nærmeste leder og den sygemeldte. I nogle tilfælde var HR involveret, men oftest var det lederen som varetog al kontakt til den sygemeldte. Som leder var der meget at forholde sig til i forbindelse med en langtidssygemeldt medarbejder: Den sygemeldtes arbejdsopgaver skulle dækkes, ressourcerne på afdelingen prioriteres i forhold til de resterende medarbejdere, osv. Når sygemeldingen skyldtes stress, var der således flere ting at forholde sig til, end f.eks. ved en sygemelding pga. en brækket fod. Dels var det mere usikkert, hvornår den sygemeldte kunne vende tilbage på samme funktionsniveau, dels satte sygemeldingen pga. stress tanker i gang omkring årsag, skyld og ansvar. I dette afsnit vil vi belyse de udfordringer lederne oplevede, når en medarbejder blev sygemeldt pga. stress.

**Det påvirkede lederne**

Over halvdelen af lederne i undersøgelsen fortalte at det berørte dem, at deres medarbejder var sygemeldt med stress. En leder fra det private sagde eksempelvis: "*Det syntes jeg ikke er rart – det giver jo en fornemmelse af ikke at have set, været lydhør eller taget hånd om de tidlige signaler."*

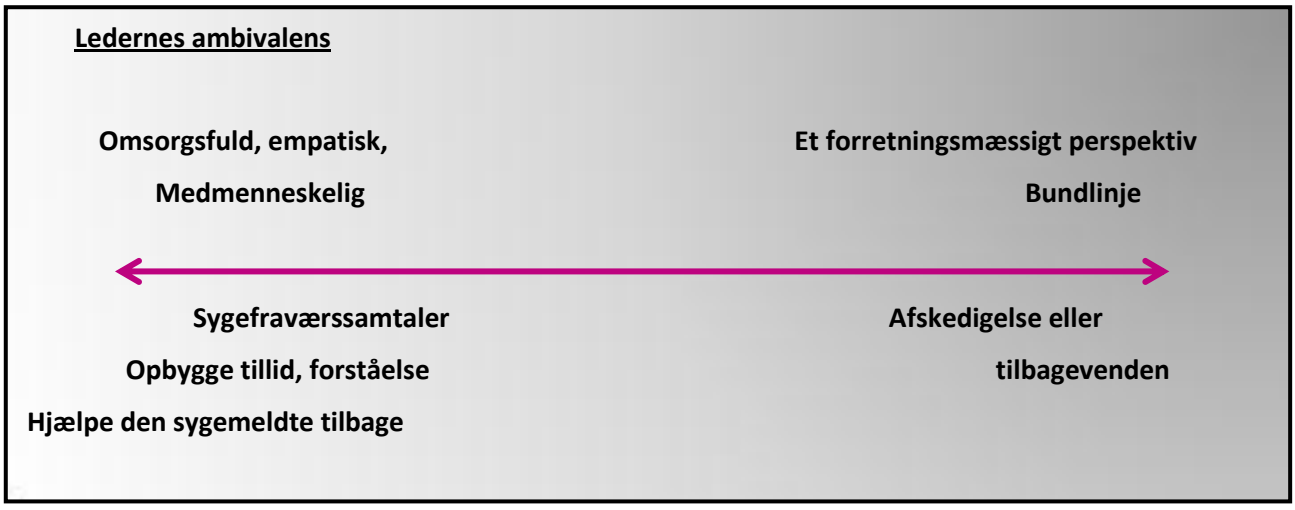
Stresssygemeldingen var kommet bag på mange, og lederne var overrasket over at de ikke havde set det komme. Flere ledere beskrev at det ikke var til at se på vedkommende inden sygemeldingen. En leder fra beskrev situationen som følger: *"Jeg var ikke klar over det var så galt… Folk som begynder at have det dårligt, gør meget ud af at de ikke har det dårligt… De kan godt græde, men de er lynhurtige til at sige: Det skal nok gå, nu er det overstået, jeg er ok."*

Mange lederne tilkendegav også skyldfølelse over ikke at have været opmærksomme nok. En leder fra det offentlige skrev: "*Ked af ikke at kunne læse signalerne godt nok."* Lederne udtrykte samtidig frustration over, at den sygemeldte ikke selv havde handlet og sagt fra, da det også måtte være den sygemeldtes eget ansvar at mærke efter hvordan vedkommende havde det. En leder fra omsorgssektoren fortalte: *"Jeg tager jo stor del af skylden, så jeg går rundt med sådan en skyldfølelse af at det er sgu nok mig, jeg er sgu ikke… Men ansvaret er jo kun det halve, det er et fælles ansvar, dels er det jo medarbejderen selv."* Lederne skiftede således mellem på den ene side at føle et ansvar, men samtidig mene at den sygemeldte selv havde et ansvar, og at ansvaret var delt.

**Ledernes ambivalens**

I undersøgelsen fandt vi en ambivalens hos lederne mht. deres ledelsesmæssige rolleopfattelse i forbindelse med en langtidssygemelding.

**Fig. 10**




På den ene side følte lederne et omsorgsmæssigt ansvar, når en medarbejder var langtidssygemeldt. Lederne skulle i denne forbindelse afholde sygefraværssamtaler, opbygge tillid i relationen til den sygemeldte, og i samarbejde med den sygemeldte finde ud af, hvordan denne kunne komme tilbage i arbejde. I sygefraværssamtalerne fik lederne ofte indsigt i medarbejdernes personlige problemer, f.eks. detaljer omkring skilsmisse, økonomi, børn, mv. Lederne udviklede således ofte en fortrolighed, empati og forståelse i forhold til den sygemeldte. Flere ledere fortalte, hvordan det berørte dem at få indblik i den

sygemeldtes situation og se hvor skidt vedkommende havde det. Samtidig oplevede alle adspurgte ledere et dilemma mellem denne fortrolighed og rolleforståelse på den ene side, og et forretningsmæssigt perspektiv på den anden side, hvor de løbende måtte vurdere, hvorvidt den sygemeldte kunne komme tilbage i arbejdet, eller om man måtte afskedige vedkommende. Lederne var meget opmærksomme på den ledelsesmæssige udfordring i forhold til at navigere i dette felt.

Lederne i undersøgelsen oplevede ofte et pres fra den øvre ledelse i forhold til økonomi, bevillinger og antal medarbejdere (headcounts). En leder fra det private sagde: *"Vores direktør var inde over og sige: Jamen altså, jeg tror ikke vi får ham igen og så må vi desværre opsige ham efter 120 dages sygereglen."* Lederne beskrev stresssygemelding som mere problematisk og kompleks end sygemeldinger af mere fysisk karakter. Lægens mulighedserklæring og anbefalinger til nedtrapning af arbejdet ville være mere håndgribelig, hvis der f.eks. var tale om en brækket fod. Det ville muligvis også være lettere at gå i dialog omkring dette når det handlede om tidshorisonter og begrænsninger. På næsten alle arbejdspladser, var den sygemeldte kommet gradvist tilbage. Her beskrev flere ledere hvordan det kunne være svært at passe på den sygemeldte og iværksætte den bedst mulige proces, når der samtidig lå et pres omkring en hurtig og fuld tilbagevenden fra kollegaer og øvre ledelse pga. økonomi og arbejdspres:

*"Men jeg syntes som arbejdsgiver er det rigtig svært at vide hvornår gør man hvad og hvad må man ikke lovmæssigt. Men også i forhold til hvor meget man kunne presse medarbejderen i forhold til at komme tilbage, også i forhold til etiske grænser. Netop i forhold til stress reagerer folk så forskelligt og man ved ikke om man er købt eller solgt, det er svært. Så er der jo også det arbejdsgiveren har i baghovedet, at der jo også er en forretning der skal køres og både medarbejderen der skal tænkes på, arbejdsgiveren og de medarbejdere der sidder tilbage med det ekstra læs pga. den medarbejder der er syg."*(Leder, privat virksomhed)

**Sygemelding fra lægen**

Nogle ledere fortalte at lægens sygemelding var af stor betydning. Sygemeldingen var på disse arbejdspladser afgørende for de tiltag man gjorde. Hvis man f.eks. vidste at den sygemeldte medarbejder ville være væk i seks måneder, kunne man tage højde for fraværet og forbygge unødvendige arbejdsmæssige belastninger af kollegaerne gennem vikardækning, udsættelse af projekter, eller fjernelse af opgaver. Disse ledere oplevede at lægens sygemelding i forhold til tidsestimering var problematisk, da sygemeldingen ofte var kortvarig (14 dage) med løbende forlængelse. Lederne udtrykte ønske om at lægerne tilstræbte en mere informativ og præcis udmelding i forhold til sygemeldingens tidshorisont og prognose. Omvendt kunne en erklæring om langvarigt sygefravær også være en medvirkende årsag til afskedigelse. En leder forklarede, som tidligere nævnt, at de havde afskediget den sygemeldte efter de havde hørt at hun skulle i tre måneders behandling i COPESTRESS-projektet. De fleste ledere fortalte dog at de ikke benyttede den praktiserende læge til noget. De oplevede at det vigtigste var en god kontakt med den sygemeldte, hvilket vi kommer ind på i næste afsnit. På de arbejdspladser, hvor en lægelig vurdering var afgørende for arbejdets udførelse, f.eks. transportbranchen, havde man selv læger ansat. Disse kunne samtidig yde rådgivning i forhold til mængde og typer af arbejdsopgaver, og der var ofte faste procedurer for håndteringen af sygemeldingen.

**Kontakten med den sygemeldte**

Kontakt med den sygemeldte havde afgørende betydning for de fleste ledere. Kontakten lå til grund for den løbende vurdering af, hvorvidt lederen troede på en succesfuld tilbagevenden til arbejdspladsen, eller om der var nødvendigt med en afskedigelse. Alle ledere i undersøgelsen havde haft kontakt med den sygemeldte under fraværet. Det var dog meget forskelligt hvor omfattende denne kontakt havde været. På nogle arbejdspladser, var kontakten begrænset til sygefraværssamtaler, og lederen havde først rigtig

kontakt med den sygemeldte når arbejdet skulle genoptages. En leder fra det private sagde: *"Jeg er jo ikke en del af processen til at de bliver raske igen. Jeg har været en del af processen lige da de sygemeldte sig til ligesom at sætte gang i, nå, men kan de bruge deres sundhedsforsikring til at gå til fysioterapi eller kiropraktor for at slippe for nogle smerter. "*Således anså lederen ikke sig selv og arbejdspladsen som del af den sygemeldtes rehabilitering. På arbejdspladser, hvor der havde været meget lidt eller dårlig kontakt mellem leder og den sygemeldte, var det ofte endt med en afskedigelse. I COPEWORK-undersøgelsen var de sygemeldte ikke kommet tilbage på syv ud af 38 arbejdspladser I ét tilfælde var medarbejderen gået på barsel, men på de resterende seks arbejdspladser fortalte lederne, at kontakten til den sygemeldte havde været dårlig og meget begrænset.

Nogle ledere beskrev at lovgivningen gjorde det problematisk for dem at få og vedligeholde en god og regelmæssig kontakt med den sygemeldte. De følte ikke at de kunne udvise forståelse og skabe en god kontakt, når der var lovmæssige begrænsninger for hvad man måtte spørge om. Det var således den sygemeldtes vilje og evne til at tale åben, der afgjorde relationens karakter. Lederne syntes især det var meget problematisk, at man ikke måtte spørge ind til årsagen til sygemeldingen og baggrunden herfor:

*"Jeg synes det er problematisk at man som leder ikke må spørge ind til medarbejderen, der er sygemeldt med stress. Det gør det umuligt at behandle stress. Lovgivningen hindrer dialogen, man kan ikke ringe og høre hvorfor personen er syg, hvad årsagen er. Når man kommer til sygemeldingen risikerer man at miste kontakten med medarbejderen."* (Leder, privat virksomhed)

På andre arbejdspladser beskrev lederne en god kontakt til de sygemeldte, gennem løbende personlig og telefonisk kontakt. I denne kontakt var tillid vigtig, og man talte åbent om årsagen til stresssygemeldingen. Over halvdelen af lederne fortalte at løbende omsorgssamtaler og en god kontakt med den sygemeldte, havde været en hjælp i processen med at få den sygemeldte tilbage. Flere betegnede endda kontakten som afgørende for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet. Nogle ledere nævnte at det vigtigste var at "fange det tidligt" og at få den stressede medarbejder deltidssygemeldt, så denne ikke mistede den daglige kontakt til arbejdspladsen. Alle ledere på nær én, som havde haft god kontakt til den sygemeldte, havde haft succes med at få de sygemeldte tilbage. Man kan forestille sig at der på de arbejdspladser, hvor der har været dårlig kontakt mellem leder og sygemeldt, måske allerede inden sygemeldingen har været et problematisk forhold med manglende tillid mellem leder og medarbejder. To ledere til afskedigede medarbejdere beskrev direkte et problematisk/konfliktfyldt forhold til medarbejderen, hvor medarbejderne følte at arbejdspladsen havde været skyld i sygemeldingen. Disse problematiske forhold kunne være en af årsagerne til stresssygemeldingen og udslagsgivende for afskedigelsen.

**Lederne - vigtige pointer**

- Det påvirkede mange ledere at have en sygemeldt med stress.
- Lederne kunne føle med den sygemeldte, føle skyld og ansvar over ikke at have været opmærksomme nok, samt irritation over at den sygemeldte ikke selv havde sagt fra tidligere.
- Lederne oplevede en ambivalens mellem omsorg og ønsket om at hjælpe den sygemeldte tilbage overfor en løbende vurdering af, om det kunne betale sig for arbejdspladsen.
- Lederne kunne opleve et pres fra både øvre ledelse og kollegaer ift. at få den sygemeldte hurtigt tilbage eller afskedige den sygemeldte.
- Lægens sygemelding havde på de fleste arbejdspladser ingen betydning, da den ikke blev anset som informativ.
- Kontakten mellem leder og den sygemeldte havde stor betydning for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet.

## 7.3.1. Afskediget - når den sygemeldte ikke kom tilbage

Det var forskelligt hvor omfattende et sygefravær, de enkelte arbejdspladser kunne acceptere. Dette afhang også af årsagen til sygemeldingen. Flere informanter nævnte at arbejdspladsen var meget tolerant i forhold til langvarigt sygefravær på grund af f.eks. kræft. Dette blev generelt opfattet som en alvorlig sygdom, hvor opfattelsen af en stresssygemelding var mere varierende. Det er generelt vores indtryk at der var bedre plads til langvarigt sygefravær i større organisationer og i det offentlige, end der var i mindre/mellemstore private virksomheder. I undersøgelsen beskrev alle ledere fra arbejdspladser, hvor den sygemeldte var blevet afskediget, at den udløsende faktor for afskedigelsen var sygefraværets omfang. Lederne angav dårlig dialog med den sygemeldte som yderligere årsag, og nogle ledere følte ikke at den sygemeldte var motiveret for at komme tilbage på arbejdspladsen. En årsag til dette kunne være at medarbejderen gav arbejdspladsen skylden for sin sygdom. En leder fra det private fortalte at det var vanskeligt følelsesmæssigt at afskedige en medarbejder, især fordi man vidste at det forværrede den sygemeldtes situation yderligere. Udover at vedkommende var syg, mistede denne også sit arbejde og økonomiske grundlag, og lederen havde svært ved at være dén person der tog sådan en beslutning. Andre ledere fortalte at det ville være lettest, hvis den sygemeldte selv tog beslutningen og sagde op:

*"Hun er faktisk blevet varslet fyret, fordi man lukker den funktion og det er selvfølgelig rigtig trist. Men når det er sagt, så tror jeg ikke det her er det bedste sted for hende at være. Men jeg havde håbet at hun havde sagt op…, fordi det er noget andet at blive fyret end at sige op."*(Leder, sundhedssektor).

Udover at afskedigelserne var ubehagelige for lederne, beskrev en leder også at det sendte et dårligt signal til den afskedigedes kollegaer om at arbejdspladsen ikke var rumlig. Dette kunne skabe utryghed hos kollegaerne. Set i bakspejlet, fortrød flere af lederne til afskedigede sygemeldte samtidig at de ikke havde afskediget vedkommende tidligere. Lederne fortrød at sygefraværet havde fået det omfang det fik, og flere beskrev at de i fremtiden ville være mere opmærksomme på enten en hurtigere tilbagevenden eller en afvikling af ansættelsesforholdet. En leder fra sundhedssektoren skrev:

*"Stille krav til en tidligere tilbagevenden til hel eller delvis arbejdsindsats. Det lange fravær var medvirkende årsag til at medarbejderen havde så svært ved at vende tilbage…. Vær ærlig – stil moderate krav – sørg for tidlig resocialisering til arbejdspladsen. Er dette ikke muligt, så træk ikke tingene i langdrag, men få forholdet afviklet, så medarbejderen bevarer sin værdighed også set med kollegaers øjne. Det sociale netværk kan for den enkelte have stor betydning efter ansættelsens ophør. Men vi har også fra tid til anden diskuteret ansættelsesforholdet en del. Da omkostningerne ved afskedigelse af denne medarbejder har været meget store, har dette ind imellem fyldt mere end medarbejderens mulighed for genoptagelse af arbejdet eller tiltagene som kunne gøre det."* (Leder, sundhedssektoren).

En leder fra den private sektor foreslog, at man burde være hurtigere til at afskedige eller omplacere medarbejdere som ikke trivedes i deres stilling. Han syntes at man i dag var for konfliktsky og bange for at afskedige. Han mente at man i stedet fra firmaets side burde fokusere på gode konstruktive afskedigelser og bruge pengene på f.eks. efteruddannelse eller omplacering, i stedet for at bruge så mange penge på langtidssygemeldingen. Set i lyset af at alle sygemeldte i COPEWORK var sygemeldt pga. minimum én arbejdsrelateret belastning, og ofte havde været udsat for yderst belastende arbejdsvilkår, kan man undre sig over en sådan holdning. Man kan undre sig over, at ledelsen ikke i højere grad havde fortrudt ikke at have arbejdet forbyggende i arbejdsmiljøet. Holdningen afspejler muligvis at man primært ser den sygemeldte som problemet. Dette vil vi se nærmere på i næste afsnit.

**Afskediget - når den sygemeldte ikke kommer tilbage - vigtige pointer**

- Ledere ønskede at den sygemeldte selv skulle sige op.
- Ledere til afskediget sygemeldte fortrød, ikke at have stillet krav om en hurtigere gradvis opstart i arbejde.

## 7.3.2. Årsag, skyld og ansvar

For mange ledere var det vigtigt at reflektere over årsagen til stresssygemeldingen, at vurdere hvor meget af den, der var relateret til arbejdspladsen og dermed om der var noget de burde gøre ledelsesmæssigt: *"Årsagen til stress er meget afgørende for hvad man kan gøre som leder og hvordan man håndterer det. Det er vigtigt om det kun er arbejdet eller om det kun er privatlivet."* (Leder, privat virksomhed). En leder fra omsorgssektoren formulerede det som følger: *"Det er rigtig vigtigt for lederen at kunne skelne, hvad handler det her om. Er der decideret noget som jeg kan gøre noget ved her?"*

I anden undersøgelsesrunde valgte vi at spørge ind til om årsagen til sygemeldingen havde en betydning for lederne. 73% af lederne svarede at det havde en betydning, hvis årsagen var en kombination af arbejde og privatliv, eller om det blot drejede sig om privatlivet. Flere svarede at det føltes rarere at være leder, når sygemeldingen også skyldtes private årsager, end hvis den kun havde arbejdsrelaterede årsager, f.eks.: *"Mindre skyldfølelse hos mig selv, hvis der også er private problemer indblandet."*(Leder, offentlig virksomhed).

Som tidligere nævnt, følte mange ledere både ansvar og skyld i forhold til stresssygemeldingen. Men samtidig følte de også at det var den sygemeldtes eget ansvar, og at vedkommende selv burde have sagt fra. Flere ledere nævnte også en frustration over at omverden, herunder især kollegaerne til den sygemeldte, som udgangspunkt gav lederen og arbejdspladsen ansvaret for stresssygemeldingen, hvis ikke andet blev meldt ud: *"I en stresssygemelding ligger der en automatisk antagelse hos mange om at det er arbejdet der er årsag. Derfor lægges ansvaret over på lederen og man forventer at denne skal gøre noget ved arbejdsmiljøet så andre ikke bliver stresset. Man har sympati med den sygemeldte og skyder skylden på ledelsen."* (Leder, omsorgssektoren).

Dette gav lederne en trang til at afklare og forsvare sig ved at informere om de private årsager der også lå til grund for sygemeldingen. Lederne havde ofte en nuanceret indsigt i årsagen til stresssygemeldingen gennem sygefraværssamtalerne, men det var kun i nogle tilfælde at lederen havde tilladelse fra den sygemeldte til at videregive de private årsager. Nogle ledere fortalte at de havde besluttet at tale med afdelingen om årsagen, på trods af manglende samtykke fra den sygemeldte. Andre prøvede at påvirke den sygemeldte til selv til at gå i dialog med kollegaerne og fortælle om årsagen til sygemeldingen. Andre ledere stod i en situation, hvor de følte de måtte tage imod kritik for en situation, som de ikke følte (kun) var arbejdspladsens ansvar.

**Årsag, skyld og ansvar - vigtige pointer**

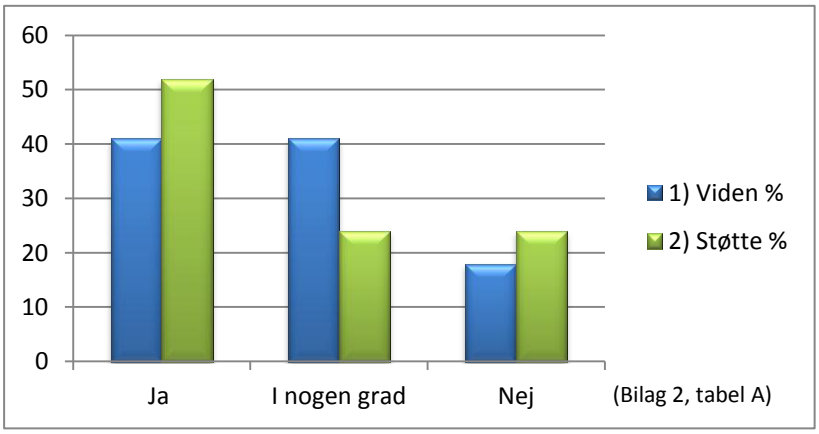
- Årsagen til sygemeldingen havde betydning for placering af ansvar og forventninger til forebyggende tiltag.
- Årsagen til stresssygemeldingen var næsten altid en kombination mellem belastninger i arbejds- og privatlivet.
- Årsagen til stresssygemeldingen kunne have betydning for omgivelsernes syn på lederen og arbejdspladsen.
- Lederne kunne føle de fik hele ansvaret for stresssygemeldingen, hvis ikke kollegaerne kendte til de private årsager til stresssygemeldingen.

## 7.3.3. Ledernes undgåelsesstrategier

I undersøgelsen identificerede vi to hovedtendenser hos lederne, når de talte om de stresssygemeldte medarbejdere. Den første, som vi så hos næste alle interviewede ledere, var et stort fokus på den sygemeldtes personlighed, eller private belastninger som årsag til stresssygemeldingen. Den anden var at betvivle hvorvidt den sygemeldte var "rigtig" stresset. Formålet med disse undgåelsesstrategier er i vores fortolkning, at undgå eller mindske ledelsens/arbejdspladsens ansvar for sygemeldingen.

Som nævnt før, fik lederne ofte ansvaret for stresssygemeldingen med mindre andet var blevet udmeldt. Samtidig noterede vi, at flere ledere ikke følte sig tilstrækkelig vidensmæssigt rustet og organisatorisk støttet til at håndtere stresssygemeldingen. Dette bekræftes af ledernes svar i følgende oversigt:

**Fig. 11**




*Ledernes besvarelser af spørgsmålene 1) Føler du, at du har den viden, som du har brug for, for at håndtere medarbejdere sygemeldt med stress? og 2)Føler du dig som leder støttet af arbejdspladsen, i forhold til håndtering af medarbejdere sygemeldt med stress?*

Næsten halvdelen af lederne følte sig kun i nogen grad eller slet ikke støttet af arbejdspladsen i forhold til at håndtere stresssygemeldingen. Samtidig følte kun 41% at de havde den viden de havde brug for, for at håndtere stresssygemeldingen. Flere ledere fortalte at de ikke havde nogen, de kunne henvende sig til for at få hjælp ifm. stresssygemeldingen, og følte sig derfor overladt til sig selv. Samtidig beskrev flere ledere et pres fra øvre ledelse ift. enten at få den sygemeldte hurtigt tilbage eller om at tage en beslutning om afskedigelse. Dette tror vi, er den primære baggrund for ønsket om at fralægge sig ansvaret for stresssygemeldingen, en fralæggelse af ansvar der resulterede i de to undgåelsesstrategier hos lederne som beskrives nedenfor.

**1. Undgåelsesstrategi - Fokus på private og personlige årsager til stress**

På trods af at mange ledere fortalte om belastninger i arbejdet, fandt vi i de kvalitative interview et stort fokus på de private omstændigheder, sammenlignet med omtalen af de arbejdsmæssige forhold. Det blev klart allerede ved de første interviews, at spørgsmålet om årsag til sygemeldingen vakte en form for ubehag hos mange ledere. Ledernes måde at beskrive årsagen til stresssygemeldingen blev hurtigt meget følelsesbetonet, kropssproget blev mere anspændt, og de begyndte oftest at fortælle om den sygemeldte, med stor fokus på personlighed som f.eks. perfektionisme, manglede omstillingsparathed eller manglende evne til at sige fra over for omgivelsernes rimelige og urimelige krav:

*"Jeg har en medarbejder som er ekstrem dedikeret til sit arbejde, meget detaljeorienteret, helt vild god performer, den bedste kollega der findes, altid overskud til at hjælpe, har altid overskud til at deltage i projekter. Hun er verdens bedste mor, dvs. hun vil altid gerne hente sine børn kl. tre, de skal ikke være i institutionen for længe. Når hun holder børnefødselsdag skal hun altid lave hjemmelavet boller, altid lave*

*hjemmelavet marmelade, de holder ikke fødselsdag én gang, de holder tre gange, fordi først kommer børnehave, så venner og så familien… Hun skal i hvert fald fast hver torsdag besøge sine bedsteforældre på plejehjemmet. Hun går ned med stress."* (Leder, forsikringsbranchen).

*"Omvendt oplever jeg også medarbejdere som selv sætter krav/forventninger højere end organisationens krav og forventninger – eller for hvem kombinationen mellem arbejde og privatliv er en udfordring."* (Leder, sundhedssektoren).

En leder fra det private forklarede, at det kunne opleves som en falliterklæring som leder at have en medarbejder sygemeldt med stress, fordi man altid havde en del af ansvaret, om ikke andet for ikke at have set det komme. Man kunne dog skubbe ansvaret fra sig ved at fokusere på de private årsager. Flere ledere reflekterede i interviewene selv over tendensen til at fokusere på det private, og flere beskrev hvordan det var en generel tendens blandt ledere på arbejdspladsen: *"Vi har en tendens til at sige, det er også på privatfronten, så vi ligesom skubber den fra os… Der er sådan en lyst til at det ikke er vores ansvar."*(Leder, privat virksomhed).

**2. Undgåelsesstrategi – tvivl om hvorvidt den sygemeldte var "rigtig" stresset**

En anden af ledernes undgåelsesstrategier, var at så tvivl om hvorvidt den sygemeldte var "rigtigt" stresset".

*"Altså jeg kan i hvert fald være i tvivl, lige med hende kan jeg godt være i tvivl, om det er mere, altså det kan være dobbelttydet… Jeg er ikke i tvivl om at hun er ked af det, det er hun 100% og hun er skuffet og hun er ærgerlig og trist og ked af det, så det er hun 100 %. Øm, men jeg er i tvivl om hun har stress, i min lægmandsdefinition af stress."* (Leder, det private).

Rigtig stress blev f.eks. forbundet med ikke at kunne komme ud af sengen og ikke at kunne overskue noget. Lederne vurderede stress typisk ud fra deres egen forestilling og viden om stress, og flere udtrykte en skepsis i forhold til den sygemeldte. Problemet ved dette, var at langt de fleste ledere samtidig tilkendegav at de havde en relativ begrænset forståelse af stress, symptomer, og hvad der kunne være årsag til stress.

**Ledernes undgåelsesstrategier – pointer**

- Mange ledere følte ikke, at de havde den fornødne viden om stress ift. at håndtere stresssygemeldingen.
- Ledere ønskede at undgå ansvar for stresssygemeldingen ved at:
  1. Fokusere på de personlige og private årsager til stressen.
  2. Betvivle hvorvidt den sygemeldte var "rigtig" stresset.

## 7.3.4. Ledernes støtte & handlemuligheder

Vi så tidligere at det var forskelligt hvordan lederne håndterede stresssygemeldingerne. Nogle ledere gjorde meget ud af at have en god kontakt, og i at skabe tillid i relationen til den sygemeldte for at hjælpe den sygemeldte tilbage til arbejdspladsen. Andre ledere vægtede ikke i samme grad kontakten. Ledernes forståelse af stress, symptomer og årsager var også meget forskelligt. Flere ledere havde en lederuddannelse, men de færreste havde direkte kurser i forhold til stress. Nogle ledere nævnte i

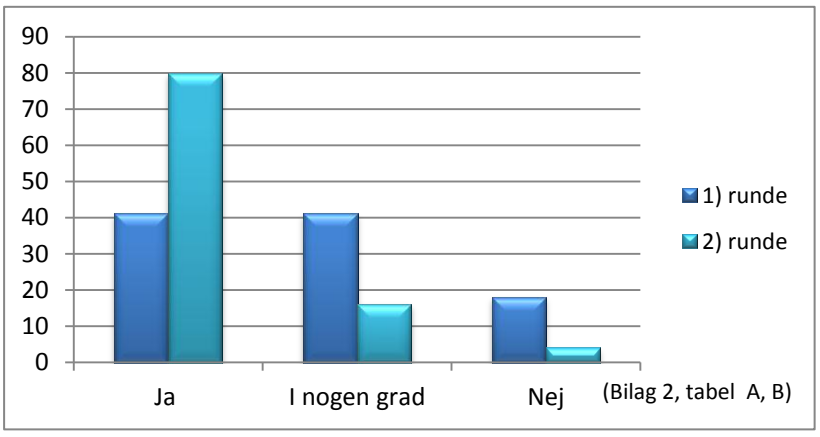
interviewene at de selv havde oplevet stress, og gennem denne erfaring havde fået en forståelse for stress og dets årsager. Andre lederes forståelse var begrænset til hvad de havde hørt i medierne og fra familie, venner og bekendte. En informant fra det private sagde: *"Vores ledere kommer på situationsbestemt ledelse, og har mere eller mindre alle sammen ledererfaring fra tidligere. Men ellers gør vi ikke så meget for dem rent uddannelsesmæssigt."*

Det var generelt vores indtryk i de kvalitative interviews, at ledernes uddannelse og kvalifikationer var meget forskellige: Nogle ledere med lang anciennitet havde taget en lederuddannelse, f.eks. en diplomuddannelse i ledelse, og følte sig godt rustet i forhold til personaleledelse. Andre havde ingen uddannelse. En leder fra det offentlige sagde: *"Men jeg har først fået en grundlæggende lederuddannelse for 4 år siden. Der skal jeg da hilse og sige at den kunne jeg godt have tænkt mig at få fra start af, fordi så kunne jeg da have undgået mange slag i nakken."*

**Stresssygemelding gav lederne erfaring**

92% af lederne svarede ja til at de som leder tog noget med sig, ud fra de erfaringer, de havde haft med at have en medarbejder sygemeldt med stress. En interessant udvikling i spørgeskemabesvarelserne var at mange ledere oplevede, at erfaringen med den stressramte iflg. deres egen vurdering, havde rustet dem bedre til en eventuel ny stresssyg medarbejder (se fig. 12). Således kunne vi se at erfaringen med at have haft en sygemeldt med stress, kunne være betydningsfuld for lederen. I de kvalitative interviews var det også vores indtryk, at de ledere som tidligere havde haft en sygemeldt med stress, trak på deres erfaringer ved den nye sygemelding. En leder fra det private sagde: *"Det der gør at jeg kender symptomerne på stress er, at der har været et tidligere tilfælde hvor jeg ikke reagerede".* Lederen beskrev hvordan hun tidligere havde haft en sygemeldt medarbejder med stress og ikke havde taget det alvorligt. Hun blev gjort opmærksom på, at en af hendes medarbejdere havde et alt for højt blodtryk. Dette følte hun var meget provokerende og hun blev ved med at føle, at det ikke var hendes ansvar at få medarbejderen til at gå til lægen. Medarbejderen blev indlagt samme dag pga. for højt blodtryk. Lederen sagde i interviewet: *"Jeg vidste ikke det kunne være så vigtigt, det er jo faktisk noget man kan dø af."* Efter denne hændelse mente lederen, at ledere måtte tage ansvaret på sig, og tage sig af medarbejdere som har det skidt, da det kan være meget svært selv for medarbejderen selv at gøre noget ved det når man er stresset. Dette prøvede hun at gøre sine leder-kollegaer opmærksomt på.

**Fig. 12**




*1) Spørgerunde: Føler du, at du har den viden, som du har brug for, for at håndtere medarbejdere sygemeldt med stress?*
*2) Spørgerunde: Føler du dig rustet til at håndtere, hvis en medarbejder bliver sygemeldt med stress igen?*

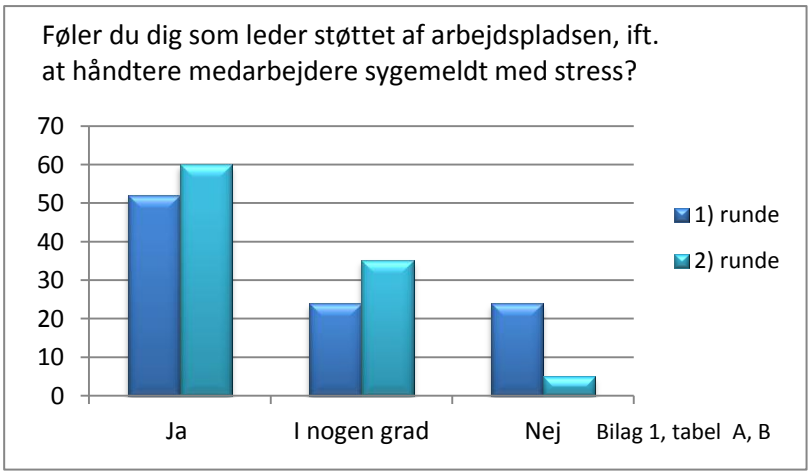
**Manglende belønning for TTA indsatsen**

En leder fra det private, fortalte om sin irritation over kun at kunne handle og hjælpe den sygemeldte i forhold til det arbejdsmæssige. Lederen oplevede at medarbejdere sygemeldt med stress ofte havde mange projekter i gang, også på hjemmefronten med børn, husprojekter, syge forældre eller lignende. Denne leder følte at en nedsættelse af arbejdsbelastningen på arbejdspladsen ofte ikke var nok, fordi der så blev fyldt ekstra på i hjemmet. Han ville ønske at man kunne lave aftaler om at en nedsættelse af arbejdsbelastningen på arbejdspladsen, også førte til en tilsvarende nedsættelse af arbejdsbelastningen i hjemmet. Samme leder blev målt og havde en bonusordning i forhold til sine resultater, og en sygemelding havde i sidste ende negativ indflydelse på hans lønniveau. AMiR på samme arbejdsplads nævnte her, at hun ville ønske man på arbejdspladsen også havde "bløde målinger", hvor man blev belønnet for andet end bundlinjen. Dette ville være en støtte for lederne og motivere indsatsen i forhold til sygemeldte. I de kvalitative interviews mødte vi tre ledere, som stod i en lignende situation. Tiden de brugte på den sygemeldte, og de manglende ressource pga. fraværet, havde negativ konsekvens for ledernes egen succes. På andre arbejdspladser så lederne det som en naturlig del af deres succes som leder at hjælpe de sygemeldte tilbage. Dette var typisk ældre og erfarne ledere med lang anciennitet (minimum 12 år). Således kan de have haft rammer for deres arbejde som lignede de andre lederes, men have fået skabt sig en position og en respekt på arbejdspladsen til selv at kunne sætte dagsordnen. De gav udtryk for at de havde en god kommunikation med topledelsen, og at der blev lyttet til dem. Samtidig havde de mange års erfaring som ledere, og følte sig godt klædt på til at håndtere situationen med en stresssygemeldt medarbejder. En af disse ledere kommenterede: *"Det vigtige for mig er, at jeg i hvert fald har vist at jeg har taget mig af min del… det arbejdsmæssige som minimum, og jeg giver også input til hvad de kan gøre når de kommer hjem"*.

**Støtte på arbejdspladsen**

Flere ledere beskrev i første undersøgelsesrunde, at de ikke følte sig støttet af arbejdspladsen, når det handlede om en professionel håndtering af stresssygemeldingen. I spørgeskemaerne kunne vi se en ændring i den oplevede støtte hos lederne fra første til anden spørgeskemarunde.

**Fig. 13**




Vi kunne således se, at nogle ledere muligvis havde oplevet at blive støttet under forløbet med at få den sygemeldte tilbage til arbejdet eller ditto etableret grundlag for en sådan støtte, ved at skabe

opmærksomhed om stress. Dette stemmer godt overens med de resultater vi så i afsnit 7.1.1, hvor mange arbejdspladser fortalte om en skærpet opmærksomhed på stressproblematikker på arbejdspladsen, og en igangsættelse af forebyggende tiltag når en medarbejder var stresssygemeldt, og når behandlingen involverede arbejdspladsen.

I de kvalitative svarfelter beskrev ca. halvdelen af lederne, at de havde fået mulighed for at få hjælp i forhold til den sygemeldte hos HR/personaleafdelingen på arbejdspladsen. I de uddybende interviews beskrev lederne dog, at karakteren og kvaliteten af hjælpen var meget forskellig. Flere ledere fortalte at HR hovedsageligt hjalp med at tilbyde administrativ eller arbejdsretlig rådgivning. På nogle arbejdspladser var HR-funktionen meget begrænset, og på andre arbejdspladser oplevede lederne HR-funktionen som meget fjern. Sidstnævnte var typisk tilfældet i meget store virksomheder, og HR blev derfor kun brugt i begrænset omfang. Nogle ledere fortalte at de kunne få hjælp fra andre ledere, mens andre fik hjælp fra egen leder, mens der igen på nogle arbejdspladser fandtes et arbejdsmiljøteam med læger og psykologer, hvorfra lederen kunne få hjælp.

Flere ledere følte dog at de selv stod med ansvaret uden mulighed for hjælp. Således afhang håndteringen af den sygemeldte udelukkende af disse lederes egne erfaringer, som i flere tilfælde var meget begrænset. Ledere, som oplevede at de ikke var rustet til at håndtere stresssygemelding, og som samtidig ikke følte at de fik nogen støtte fra arbejdspladsen, beskrev en afmagt. Denne følelse blev forværret, hvis de ikke følte at de havde et råderum til f.eks. at kunne tilbyde en aftale om langsom tilbagevenden til arbejdet:

*"Jeg syntes det er rigtigt, rigtigt svært, specielt som mellemleder, som jeg jo egentlig er at være in between ledelsen og skulle opfylde de mål der nogen gange er sat, og dem kan man så godt prøve at påvirke, og så samtidig skulle have taget vare om en gruppe medarbejdere som er syge, er blevet syge, og så en gruppe medarbejdere som potentielt kan ende med, altså bliver mere presset af at der er nogen som er væk, det syntes jeg er svært. Jeg ville da ønske at der var sådan et værktøj, et eller andet vi lige trækker ud af skuffen, nu skal I høre, det er sådan her vi gør."*(Leder, privat virksomhed).

**Ledernes støtte & handlemuligheder - pointer**

- Mange ledere var ikke klædt på uddannelsesmæssigt til at håndtere stresssygemeldingen.
- Lederne trak på tidligere erfaringer med stresssygemeldinger.
- Ledernes erfaring med en stresssygemeldt medarbejder gjorde de følte sig bedre rustet til hvis det skulle ske igen.
- Nogle ledere oplevede en positiv ændring i støtten fra arbejdspladsen i løbet af sygemeldingen.
- Økonomiske målinger og bonusordning for ledere, som ikke tog højde for indsatsen ift. den sygemeldte kunne frustrere lederne
- Ledernes erfaring, position og forholdet til øvre ledelse kunne have betydning for håndteringen af den sygemeldte
- En del ledere følte de stod alene med ansvaret for den sygemeldte uden mulighed for hjælp

### 7.3.5. Ledernes råd & erfaringer

Erfaringer med at have haft en sygemeldt medarbejder med stress giver ny viden og læring. Lederne beskrev følgende positive erfaringer og råd, de gerne ville give til andre ledere.

**Fig.14**

**Ledernes råd & erfaringer**

- ✓ Vær konkret, empatisk og håndfast i relation til den sygemeldte og fjern beslutningsansvaret fra den stressramte.
- ✓ Stol ikke på medarbejderens forsikringer om, at vedkommende kan klare det. (Stressramte kan i perioden op til sygemeldingen være for optimistisk indstillet overfor, hvad vedkommende kan klare.)
- ✓ Det er vigtigt at bakke fuldt ud op om den stressramtes oplevelser af situationen. (Også selvom man har svært ved rationelt at forstå det.)
- ✓ Det er vigtigt med løbende og god dialog med den sygemeldte og med de tilbageværende kollegaer.
- ✓ Skab dialog med og mellem kollegaerne omkring hvordan vi får den sygemeldte tilbage bedst muligt.
- ✓ Snak med den enkelte om hvad der skal til at en stresssygemelding ikke sker igen. Er der noget i den enkeltes arbejde som er ekstra belastende og som bør tages højde for i planlægningen af arbejdet, fx fjernelse af specifikke opgaver eller ændrede arbejdstider.
- ✓ Understøt den sygemeldte medarbejder i at få den nødvendige hjælp, også selvom det ikke er et tilbud, der ligger inden for arbejdspladsens normale rammer.
- ✓ Fortæl den sygemeldte løbende hvad der sker på arbejdspladsen og hvad denne kommer tilbage til.
- ✓ Forbyg inden det går galt (igen) og flere bliver sygemeldte ved at skabe dialog med og mellem medarbejderne. (”Stik dybere og regn ikke med det bare kører af sig selv.”)
- ✓ Sørg for at anerkende de positive arbejdsindsatser, så en positiv, motiverende og anerkendende kultur skabes. Vær opmærksom på at det ikke er de få tilsyneladende

## 7.4. Kollegaerne

Vi vil nu se nærmere på hvilken betydning, stresssygemeldingen havde for kollegaerne. På 76% af de adspurgte arbejdspladser, vidste den sygemeldtes kollegaer, ifølge lederen, at vedkommende var sygemeldt med stress[6]. Flere ledere og AMiR fremhævede at det var af vigtigt for kollegaerne at kende årsagen til stresssygemeldingen. Hvis ikke årsagen var kendt, kunne det give anledning til rygter, ”storytelling” og spekulationer. En AMiR fra det offentlige forklarede:

[6]Det ville have været optimalt at spørge kollegaerne selv, men undersøgelsens økonomiske og tidsmæssige rammer tillod kun indsamling af data fra ledere og AMiR.

*"Jeg syntes det der med at man måske ikke melder så meget ud, der er nogen rigtig grimme rygter og sådan… Sådan er det jo på en stor arbejdsplads hvor folk, hvis ikke man kan få af vide hvad der foregår, jamen så finder man selv på et eller andet, så er der nogen der har hørt lidt og så kører det … Gad vide om hun er ved at blive fyret, er hun blevet uvenner med chefen … måske sandheden havde været en god ide fra starten."* (AMiR, offentlig arbejdsplads).

Det var forskelligt, hvordan information omkring sygemeldingen blev meldt ud. På nogle arbejdspladser kendte kollegaerne årsagen gennem et uformelt netværk, f.eks. ved at den sygemeldte havde snakket med en kollega omkring dette, og denne kollega havde sagt det videre til andre kollegaer. På andre arbejdspladser blev årsagen, dvs. stress, meldt ud af lederen eller den sygemeldte selv, ved et personalemøde eller via e-mail. På flere arbejdspladser fortalte lederne at informationen var blevet givet gennem en kombination af personalemøde og uformel snak. En del ledere skrev at de havde aftalt med den sygemeldte hvilken information, der måtte gives videre til kollegaerne, men på andre arbejdspladser havde lederen selv meldt årsagen ud og gået i dialog med kollegaerne uden direkte tilladelse fra den sygemeldte (hvilket kan være arbejdsretsligt kontroversielt). En leder fortalte at hun mente, at kollegaerne skulle kende årsagen, fordi det påvirkede deres arbejde:

*"Ja, det har jeg så valgt at gøre. Det er også en lederstil jeg har, simpelthen at være ærlig om det, simpelthen at sige at vi ved ikke hvornår … hun kommer tilbage, hun har stress og så har hun, hun tror også selv, det sagde hun i hvert fald på et tidspunkt, at det var noget depression også …"* (Leder, offentlig virksomhed).

En anden leder skrev at hun meldte det ud, og at man havde en åben kultur på arbejdspladsen, så hun følte at det var ok. I interviewene fortalte lederne at de følte det var vigtigt, kollegaerne kendte til de bagvedliggende årsager til stresssygemeldingen. Nogle ledere oplevede det som et problem at kende de bagvedliggende årsager til stressen, men ikke at have tilladelse til at tale om det med medarbejderne. Andre ledere fortalte at de havde talt med den sygemeldte om, at det ville være godt for kollegaerne at kende årsagen til stressen, også i forhold til bedre at kunne tale sammen, og støtte den sygemeldte under og efter sygemeldingen.

Et problem i forhold til at udmelde årsagen til stress synes dog være, at årsag muligvis har betydning for hvilken støtte og forståelse den sygemeldte bliver mødt med. I de kvalitative interviews fandt vi indikation for at kollegaernes holdning og støtte til den sygemeldte kunne afhænge af årsagen til stress. En leder fra en privat virksomhed beskrev hvordan kollegaernes reaktion afhang af årsagen. På denne arbejdsplads var det ikke så legalt at være syg med stress. Kollegaerne var meget lidt forstående og rumlige, såfremt der var tale om private årsager, såsom syge børn og pres i hjemmet. Det var mere legitimt at blive stresset over en for stor arbejdsbelastning, men også størrelsen af arbejdsbelastningen var imidlertid omdiskuteret blandt kollegerne. Yderligere sammenhæng mellem årsagen til sygemeldingen og kollegial støtte på arbejdspladsen diskuteres i afsnit 8.

**Sygemeldingens betydning & konsekvenser for kollegaerne**

På mange arbejdspladser fortalte lederne at kollegaerne viste omsorg og bekymring for den sygemeldte, og havde reageret støttende i forhold til den sygemeldte. Stresssygemeldingen havde også påvirket kollegaerne på en sådan måde, at de var blevet mere opmærksomme på stress - både andres stress, og på at de selv kunne blive syge af det. Mange ledere fortalte dog samtidigt, at sygemeldingen påvirkede kollegaerne negativt, fordi de måtte dække for den sygemeldte. I mange stillinger kunne arbejdsopgaver ikke overtages af en vikar. Opgaverne var ofte komplicerede, og det ville tage lang tid at oplære en ny. Mange arbejdspladser meldte også om manglende økonomiske ressourcer til at ansætte vikarer eller ekstra personale. I afsnit 7.1. fremhævede vi store belastninger, som nedskæringer og omstruktureringer på de

undersøgte arbejdspladser, flere informanter beskrev hvordan personalet allerede i forvejen var blevet skåret ned til et minimum, hvor alle måtte arbejde hurtigere. Derfor kunne det være yderst problematisk med en langtidssygemeldt medarbejder. Ekstra arbejde kunne gøre kollegaerne bange for selv at blive syg af stress. Som en leder i omsorgssektoren iagttog: *"Jeg tror de føler afmagt, og det er jo brænde på deres eget stressbål."* En anden leder fra omsorgssektoren sagde: *"Det påvirker dem rigtig meget, de går hele tiden og siger, hvornår er det den næste?"*

På flere arbejdspladser blev der samtidig beskrevet en ambivalens i forhold til den sygemeldte. Kollegaerne følte på den ene side medlidenhed og forståelse, men også samtidig en irritation over, eller frygt for selv at blive syg pga. det ekstra arbejde i forbindelse med sygemeldingen:

*"Så bliver man jo ked af det, afdelingen bliver jo ked af det, de ved så at indtil vi får en vikar, når vi ved hvor lang tid det tager, så skal de jo op og hjælpe til og det bliver de jo irriteret over når der er gået et stykke tid, fordi det er ikke lige det, de er ansat til og nu syntes de at det er lige meget nok. Så der er en blanding af medlidenhed og frustration."*(Leder, offentlig virksomhed).

På flere arbejdspladser, hvor kollegaerne måtte dække for den sygemeldte, kunne kollegaerne have svært ved at forstå, hvorfor den sygemeldte var så lang tid om at komme tilbage på arbejdspladsen. En informant fra omsorgssektoren beskrev kollegaernes holdning således: *"Det er noget pjat, nu har han været her så længe, så kan han vel også tage et besøg, når vi har så travlt."* Dette tyder i vores tolkning på, at det ikke kun er lederne, der mangler viden om stress og stressrelaterede sygdomme, men at det samme også gælder for nogle af kollegaerne. Kollegaernes reaktion på den sygemeldte afhang endvidere af deres forhold til pågældende medarbejder. Nogle ledere fortalte at forståelsen og sympatien for den sygemeldte, var afhængig af hvem det var blevet syg. Kollegaernes indbyrdes forhold – f.eks. om man kendte hinanden godt, havde gode samarbejdsrelationer, om den sygemeldte var vellidt og f.eks. kendt som meget arbejdsom og hjælpsom overfor andre, havde stor betydning for kollegaernes reaktion og støtte. Det var vores indtryk, at kulturen på arbejdspladsen også spillede en rolle i denne forbindelse. Relevante faktorer var her, om det f.eks. var acceptabelt at sladre om hinanden, om lederen var åben og tog sig af kollegaernes frustrationer, og hvordan ledelsen behandlede og talte om den sygemeldte. Var arbejdspladsen generelt åben og rumlig i forhold til sygemeldte, eller blev sygemeldte afskediget som del af fyringsrunder eller efter 120 sygedage? Tabel 6 nedenfor opsamler omstændigheder og faktorer af betydning for kollegaernes reaktion og støtte i forhold til den sygemeldte.

**Fig. 15 - Faktorer som har betydning for kollegaerne reaktion på den sygemeldte**

| **Negative** | **Faktorer** | **Positive** |
|---|---|---|
| **Negativt** ved f.eks. mere arbejde, omstrukturering af arbejdet, fratagelse eller lukning af spændende projekter. | 1. Hvordan påvirker sygemeldingen kollegaernes arbejde? | **Påvirker ikke kollegaernes arbejde**, eller påvirker på en måde som opfattes som **positiv**, f.eks. ved forebyggende tiltag, positive omstruktureringer som kommer kollegaerne til gode. |
| **Kollegaerne kender ikke til årsagen** – kan give anledning til spekulationer og fantasifulde historier. | 2. Viden om årsagen til sygemeldingen. | **Kollegaernes kendskab til årsagen** (stress) kan give afklaring, men også give mere at tænke over. |

| | | |
|---|---|---|
| **Vurderes som den sygemeldtes eget ansvar/skyld**. F.eks. pga. personlighed (perfektionisme), udfordringer i privatlivet. | 3. Årsagen til stress. | **Vurderes som ingens ansvar** - noget som kan ramme alle, som f.eks. alvorlig sygdom eller dødsfald i nærmeste familie.<br><br>**Arbejdspladsens ansvar** – f.eks. dårligt arbejdsmiljø, for mange arbejdsopgaver, stort arbejdspres. |
| **Ingen eller mangelfuld viden om stress** - fordomme, tabu. | 4. Viden om og forståelse af stress. | **Viden om stress** – bedre forståelse af symptomer, prognose, den sygemeldtes behov, og tilbagevenden til arbejdet. |
| **Kultur som ikke er rumlig overfor sygemeldte**, f.eks. ved fyringer af de sygemeldte, generelle nedskæringer og fyringsrunder, mobbekultur eller "hårdkultur",<br><br>Intern konkurrence og dårligt samarbejde. | 5. Kulturen på arbejdspladsen. | **God kultur som er rumlig overfor sygemeldte** f.eks. ved struktureret tilbagevenden til arbejdet, sygefraværspolitik, at man ikke fyrer sygemeldte, lederne belønnes for deres "bløde indsatser", kollegaerne beskyttes ved f.eks. ikke at skulle dække for de sygemeldte, samarbejde og sammenhold. |
| **Ingen personlig relation til den sygemeldte**, dårligt eller intet sammenhold og fællesskab, dårlig relation til den sygemeldte. | 6. Kollegaernes indbyrdes forhold, forholdet til den sygemeldte. | **Godt kollegialt sammenhold**, godt kendskab til den sygemeldte, personlige relationer til den sygemeldte, f.eks. venskaber. |
| **Ingen involvering af kollegaerne**, pålægger kollegaerne ekstra arbejde uden at give dem medindflydelse. | 7. Lederens håndtering. | **Involverer kollegaerne gennem åbenhed og dialog**, viden om stress, og planer for hvad der skal ske – med kollegaernes arbejde og hvordan man sammen får den sygemeldte tilbage. |

**Kollegaerne - vigtige pointer**

- Det havde en betydning for kollegaerne, at en medarbejder var sygemeldes med stress
- Kollegaerne kendte ofte årsagen til sygemeldingen og kendskabet var vigtigt for dem.
- Stresssygemeldingen satte tanker i gang hos kollegaerne ift. ansvar, skyld og egen sårbarhed.
- Kollegaerne fik ofte ekstra arbejde som følge af sygemeldingen.
- Kompleksitet og flertal af faktorer som havde betydning for kollegaernes støtte og reaktion på den sygemeldte fremgår i tabel 5.

## 7.5 Arbejdsmiljørepræsentanternes rolle

I undersøgelsen var Arbejdsmiljørepræsentanterne (AMiR) i de fleste tilfælde ikke involveret i stresssygemeldingen. AMiR havde generelt meget lidt kendskab til den sygemeldtes situation, detaljer omkring sygemeldingen, håndteringen af sygemeldingen og tilbagevenden til arbejdet. 63% af AMiR havde slet ikke haft kontakt med den sygemeldte. AMiRs kendskab til den sygemeldtes situation, var oftest baseret på udmeldinger i personalegruppen fra leder eller den sygemeldte selv, eller via rygter på arbejdspladsen.

Grunden til at AMiR generelt ikke var involveret i stresssygemeldingerne var, at sygemeldinger blev betragtet som et anliggende mellem den sygemeldte og hans/hendes nærmeste leder. AMiR blev kun involveret, hvis stresssygemeldingen i en eller anden grad skyldtes arbejdsmiljøet, men det kunne været svært at finde ud af årsagen til sygemeldingen. Lovgivningen gør at den sygemeldte ikke har pligt til at oplyse årsag til sygemeldingen, og man som arbejdsgiver ikke må spørge ind til denne. Dette kunne beskytte den sygemeldte, men også resultere i en form for berøringsangst i forhold til sygemeldte. Nogle AMiR fortalte at det måske kunne virke grænseoverskridende og intimiderende for den sygemeldte, hvis AMiR tog kontakt – specielt når AMiR ikke kendte den sygemeldte personligt. Da AMiR sjældent tog kontakt til den sygemeldte, blev det op til den sygemeldte selv at tage kontakt til AMiR. Flere AMiR fortalte at de stod til rådighed for alle medarbejdere som kollegial støtte, og kunne informere om behandlingsmuligheder, politikker eller lignende. Det var dog kun få AMiR som oplevede, at de blev kontaktet af de sygemeldte. En AMiR i en privat virksomhed havde lavet en rundspørgning på arbejdspladsen, for at se hvor mange medarbejdere der vidste, hvem deres AMiR var. Det var meget få, som vidste det.

På de fleste arbejdspladser kendte man til, at der var tale om en stresssygemelding. Udfordringen var så at identificere hvorvidt stressen var arbejdsrelateret. Som tidligere nævnt i denne rapport, var årsagen ofte en kombination mellem belastninger i arbejdet og privatlivet, men lederne kunne have en interesse i at holde fokus på de private belastninger. Således blev AMiR i de fleste stresssygemeldinger slet ikke inddraget. Herudover var det vores indtryk, at arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø for mange AMiR var relativt nyt. AMiR havde taget den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse, men deres viden og uddannelse i forhold til psykisk arbejdsmiljø var ofte ganske begrænset.

**APV & fraværsstatistik**

På mange arbejdspladser var AMiR opmærksomme på stresssygemeldingerne, men havde svært ved at dokumentere at der var problemer i arbejdsmiljøet. Flere AMiR beskrev problemer med ikke at kunne få indblik i arbejdspladsernes fraværsstatistikker, på trods af at arbejdsmiljøorganisationen gentagne gange havde bedt ledelsen om indsigt i disse. Årsagerne til sygemeldingerne var heller ikke registrerede, og AMiR følte således ikke, at man kunne vurdere og dokumentere om der var tale om generelle problemer i det psykiske arbejdsmiljø. På arbejdspladser med flere stresssygemeldinger, var det dog AMiRs indtryk at der burde blive iværksat forebyggende tiltag. AMiR oplevede den manglende fraværsstatistik som et stort problem, da de ikke kunne lægge pres på ledelsen mht. at iværksætte forandringer i arbejdsmiljøet. En AMiR i den private sektor fortalte eksempelvis at: *"Vi prøver løbende at forbedre arbejdsmiljøet, men kan ikke få de rigtige tal fra ledelsen. Det har stor betydning for at man bør forebygge at det sker for andre."*

Den lovpligtige APV blev fremhævet de fleste steder som arbejdsmiljøorganisationens værktøj. Det var med udgangspunkt i denne, at der blev iværksat forebyggende tiltag. En AMiR fra transportsektoren udtalte om APV'er: *"APV er en slags våben. Gennem at score lav karakter i forholdet mellem arbejde og tid, tvinges chefen til at gøre noget ved det.*" En anden AMiR nævnte dog at det var problematisk, at der kun var APV-målinger hvert tredje år, for så var det svært at følge udviklingen.

**Tre typer arbejdsmiljørepræsentanter**

Det var vores indtryk at AMiR s rolle, synlighed, aktiviteter og opgaver, var varierende fra arbejdsplads til arbejdsplads. I undersøgelsen identificerede vi imidlertid fællestræk til tre hovedtyper.

1) Ildsjælen - Arbejdsmiljørepræsentanten arbejder forebyggende og udviklende

Denne type AMiR brugte meget tid på arbejdsmiljøarbejdet, både i og udenfor arbejdstiden. De havde etableret et godt samarbejde med ledelsen, og arbejdede med udviklende og forbyggende tiltag i arbejdsmiljøet. Dette var dog ikke ensbetydende med at de ikke kunne være kritiske i forhold til ledelsen. Nogle AMiR arbejdede med politikker, var uddannet som "stresscoaches", og ofte organiseret i en meget aktiv arbejdsmiljøorganisation. De havde et stort personligt engagement og arbejdede ikke mindst med det psykiske arbejdsmiljø7. Disse AMiR havde ofte flere kvalificerende kurser og uddannelser i forhold til arbejdsmiljø og medarbejdere. En problematik for denne type AMiR var, at deres arbejdsmiljøarbejde ofte lignede opgaver i HR-funktionen. Dette kunne ind imellem skabe problemer i forhold til netop HR-afdelingen, medmindre denne blev medinvolveret. En AMiR fra en privat virksomhed beskrev eksempelvis et tilfælde, hvor Finansforbundet havde tilbudt et ellers meget dyrt kursus som "stressspotter" gratis til AMiR, og tillidsrepræsentanter og folk havde kæmpet for at få lov at komme på kurset. Men efterfølgende blev de stress-uddannede ikke brugt til noget, fordi HR-afdelingen var imod og mente, at dette var en utidig indblanding i HR-afdelingens arbejdsdomæne.

2) Vagthunden - Arbejdsmiljørepræsentanten som medarbejdernes advokat

Nogle AMiR havde en mere fagpolitisk holdning, og så sig selv som medarbejdernes repræsentant mod ledelsen. Således lignede deres arbejde og holdning på nogle områder tillidsrepræsentanternes. Alle AMiR beskrev vigtigheden af APV'en for deres arbejde, men disse AMiR betragtede APV'en og arbejdsmiljølovgivningen som deres vigtigste redskab i forhold til at kunne lægge pres på ledelsen for at opnå forbedringer i arbejdsmiljøet. De samarbejdede ikke tæt med ledelsen, og anså hovedsageligt deres opgave som værende forebyggende vagthund for medarbejderne, med henblik på at imødegå psykiske og fysiske arbejdsskader. Tidsforbruget hos disse AMiR var moderat, og bestod af mødeaktivitet i arbejdsmiljøorganisationen og med ledelsen, arbejde med APV og arbejdsudvalg, samt deltagelse i lovmæssige kurser, samt mindre kurser (ofte i fritiden). Et eksempel på denne type AMiR udtaler om sin funktion og rolle i en typisk sag:

*"Jeg har diskuteret sagen omkring den sygemeldte i arbejdsmiljøudvalget, har derefter afventet ledelsens udspil i forhold til at forebygge at det ikke sker igen, og så ventet og set om det virkede. Ledelsens initiativ har været at indføre projektstyringsværktøj og trivselsmålinger"* (AMiR, privat virksomhed).

3) Alibi-fantomet - Arbejdsmiljørepræsentanten som mindre funktion for at opfylde de lovmæssige krav

På spørgsmålet om hvorfor og hvordan han var blevet AMiR svarede en informant af denne hovedtype *"fordi der ikke var andre som ville"*(AMiR, privat virksomhed). Arbejdsmiljørepræsentantskabet var for denne hovedtype en funktion, som havde til formål at opfylde de lovmæssige krav. AMiR deltog i lovpligtige møder og kurser, og foretog de tiltag, lovgivningen krævede. Tidsforbruget var begrænset. En af dem vi

[7]Disse arbejdspladser havde umiddelbart et fint fysisk arbejdsmiljø uden de store risikoer, og ingen AMiR beskrev problemer i det fysiske arbejdsmiljø. Således talte vi hovedsagelig om belastninger og udfordringer i det psykiske arbejdsmiljø.

mødte, havde en funktion i forhold til det fysiske arbejdsmiljø, der omhandlede bestilling af godkendt inventar, suppleret med en minimal indsats i forhold til psykisk arbejdsmiljø. Funktions- og rolleforståelsen for denne hovedtype AMiR kunne have forskellige årsager: En meget aktiv HR afdeling, som stod for arbejdsmiljøindsatserne på arbejdspladsen; at man ikke så nogen arbejdsmiljø-problemer på arbejdspladsen, eller at arbejdsmiljøarbejdet ikke blev prioriteret i organisationen. Denne type AMiR mødte vi ikke så mange af og dette kan skyldes, at det krævede tid og engagement at deltage i COPEWORK-undersøgelsen, hvorfor denne type AMiR fravalgte deltagelse i undersøgelsen.

**Hvad virker?**

Ud fra vores analyser af arbejdsmiljørepræsentanterne, var det vores indtryk at AMiR-hovedtype 1 var den type, som fik flest arbejdsmiljø-tiltag gennemført. Dette skyldes en kombination af deres eget engagement, organisatorisk prioritering af efteruddannelse og arbejdsmiljøarbejdet, samt et godt samarbejde med ledelsen. Hovedtype 2 mødte ofte modstand hos ledelsen og havde svært ved at dokumentere problemerne i det psykiske arbejdsmiljø, hvorfor deres position kunne blive mere afventende, uden større resultater og forandringer. Type 3 kunne virke som en "stråmand" som havde titel som AMiR, fordi ingen havde interesse for det, og fordi loven siger at man skal have en. Vores indtryk var at man på disse – i undersøgelsen få – arbejdspladser mest så AMiR funktionen som ekstra arbejde, og derfor ikke prioriterede det. Denne type AMiR var den, som havde mindst indflydelse i organisationen og som kunne referere til færrest tiltag og forandringer i arbejdsmiljøet.

Det er vigtigt at være opmærksom på at AMiR-hovedtype 1 som regel var bedre uddannet qua deres personlige interesse i arbejdsmiljøarbejdet, samt en ditto prioritering fra arbejdspladsen. De var således uddannet til f.eks. at varetage rollen som "stresscoach", og havde udviklet retningslinjer for hvordan man kunne etablere samtaler med sygemeldte, uden at skabe en terapeutisk relation. Således kræver en aktiv indsats for et positivt psykisk arbejdsmiljø både engagerede medarbejdere og en strategisk og økonomisk prioritering af arbejdsmiljøindsatsen fra ledelsens og HR-afdelingens side.

**Tidsforbrug**

En af AMiRs store udfordringer var tidsforbruget. De fleste AMiR havde et fuldtidsjob, og det var forskelligt hvor meget tid der var sat af fra arbejdspladsen til varetagelse af arbejdsmiljøopgaver. Det var vores indtryk at arbejdet med arbejdsmiljøet ofte lå ud over normal arbejdstid, og at der ikke altid blev taget hensyn til deres AMiR-funktion, når det handlede omfang og karakter af deres faglige arbejdsopgaver. En AMiR fra undervisningssektoren skrev: *"Kun at vi forsøger at være mere obs. Men det kan let smutte, når os der er dedikerede "hjælpere" i virksomheden selv er godt begravet i arbejdsopgaver!"* En anden AMiR fortalte, at det kunne være meget inspirerende at komme på kursus i f.eks. psykisk arbejdsmiljø, men at det gik hurtigt i "glemmebogen", når hverdagens arbejdsopgaver som ikke kunne vente, atter tog over.

**Arbejdsmiljørepræsentanternes rolle - vigtige pointer**

- AMiR havde ofte ingen kontakt med den sygemeldte.
- AMiR havde kun en opgave hvis stresssygemeldingen skyldtes problemer i arbejdsmiljøet.
- Når ledelsen holdt fokus på personlige og private årsager blev AMiR ikke involveret.
- Arbejdet med psykisk arbejdsmiljø var relativt nyt - AMiRs viden og uddannelse i dette var derfor ofte begrænset.
- APV & fraværsstatistikker var vigtige redskaber for AMiR.

*(fortsættes på næste side)*

**Arbejdsmiljørepræsentanternes rolle - vigtige pointer** *(fortsættelse)*

- AMiR prøvede at lægge pres på ledelsen ift. at igangsætte forebyggende tiltag.
- AMiRs rolle, synlighed og aktiviteter varierede fra arbejdsplads til arbejdsplads.
- AMiRs store udfordring var at få tid til arbejdsmiljøarbejdet.

## 7.6 De sygemeldte

Vi har nu set på, hvad der sker på arbejdspladserne fra lederne, AMiR og kollegaernes synsvinkel. I denne undersøgelse har vi desværre ikke kunnet interviewe de sygemeldte selv pga. begrænsning i tid og ressourcer. Vi vil dog i diskussionen i afsnit 8, komme ind på en anden igangværende dansk undersøgelse, som udforsker tilbagevenden til arbejdet fra de sygemeldtes synsvinkel. I nærværende undersøgelse har vi haft adgang til data omkring de sygemeldtes køn, alder, faggruppe og ægteskabelig status, samt information om hver sygemelding og tilbagevenden til arbejdet. Derudover havde vi data om de sygemeldtes vurdering af deres psykosociale arbejdsmiljø før behandlingsstart, og efter behandling hvis den sygemeldte var kommet tilbage på samme arbejdsplads.

### 7.6.1 Tilbagevenden til arbejdet

I anden undersøgelsesrunde indgik informanter fra 26 arbejdspladser. Her svarede ledere og AMiR fra 19 arbejdspladser, at den sygemeldte var vendt tilbage til arbejdspladsen. På fem arbejdspladser var den sygemeldte blevet afskediget, én var på barselsorlov, og én havde oplevet intern omplacering. Vi havde desværre kun informationer fra de arbejdspladser, som deltog i 2. undersøgelsesrunde. Her kan man overveje om statistikken havde set anderledes ud, hvis de arbejdspladser, hvor medarbejderne ikke vendte tilbage, var blevet inkluderet. Det er muligt at disse arbejdspladser havde flere afskedigelser og dårlige TTA forløb end gengivet efterfølgende; og derfor ikke ønskede at medvirke i undersøgelsen.

På næsten alle arbejdspladser hvor den sygemeldte kom tilbage, beskrev lederen en delvis optrapning af arbejdstid og opgaver. Andre tiltag for at hjælpe den sygemeldte tilbage, var klart definerede opgaver uden svære deadlines og klart definerede succeskriterier, samt løbende samtaler med lederen. Flere sygemeldte havde ønsket at deres normale arbejdstid blev reduceret til f.eks. 80%. Dette var ofte på baggrund af at de stadig havde udfordringer i privatlivet, og var kommet til en erkendelse af at de bedre kunne klare arbejdet på nedsat tid. På nogle arbejdspladser var det svært at imødekomme ønsket om deltid. En leder fortalte at han var begyndt at prioritere at medarbejdere gik på deltid, selvom det gav mere travlhed i afdelingen, fordi han følte at dette i sidste ende var bedre end en langtidssygemelding. De fleste ledere prioriterede således en langsom tilbagevenden og forebyggende tiltag for den enkelte stressramte. En arbejdsmiljørepræsentant fra en privat virksomhed skrev dog kritisk om den sygemeldte og hans leder: *"Er forsat fra hvor han gik ned (tosse) … tør ikke andet … ved ikke, det er svært når stress er fis i en hornlygte ifølge chefen". Denne AMiR ønskede sig en ny chef, som tog stress alvorligt.*

**Tilbagevenden til arbejdet -vigtige pointer**

- På de fleste arbejdspladser var det lykkedes at få den sygemeldte tilbage gennem en gradvis tilbagevenden og med individuelle hensyn til den sygemeldte.

### 7.6.2 Hvem kom tilbage på arbejde?

I de følgende afsnit inddrager vi det samlede datagrundlag fra sygemeldte deltagere i COPESTRESS-undersøgelsen. Formålet er at se på generelle tendenser i forhold til hvilke sygemeldte som kom tilbage i arbejde, om der var signifikante forskelle på de arbejdspladser, hvor de sygemeldte vendte tilbage i forhold til der hvor de ikke gjorde, samt om der skete forandring på de arbejdspladser hvor de sygemeldte vendte tilbage.

I afsnit 8 diskuterer vi sammenlignelighed og repræsentativitet mellem de sygemeldte, hvis arbejdspladser deltog i COPEWORK-studiet i forhold til det større antal sygemeldte, der deltog i COPESTRESS-undersøgelsen. Her er det blot relevant at nævne, at vi ingen signifikante forskelle fandt mellem de sygemeldte hvis arbejdspladser deltog i COPEWORK i forhold til den samlede tendens i COPESTRESS, når vi sammenlignede køn, alder, faggruppe og de sygemeldtes arbejdspladsvurderinger. Vi så dog en tendens til at de sygemeldte fra COPEWORK vurderede deres arbejdspladser bedre i forhold til anerkendelse og "lodret" tillid, dvs. tilliden til ledelsen var større end den generelle tendens i den samlede COPESTRESS-undersøgelse. Med dette som afsæt vil COPESTRESS-resultater gengivet i de følgende afsnit også være repræsentative for de sygemeldte til arbejdspladserne i COPEWORK-studiet. I figur 16 nedenfor fremgår det, hvilke sygemeldte der var tilbage på fuld tid ved behandlingens afslutning, og hvem der ikke var:

**Fig.16 - Information om de sygemeldte ift. om de var i arbejde fuld til efter behandlingens afslutning**

| | | **Fuldtid i arbejde ved behandlingens afslutning N=131 (SD)** | **Sygemeldt deltid og fuldtid ved behandlingens afslutning N=91 (SD)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| **Behandlingsgruppe** | % gr. 0 | 65,5 | 34,5 | |
| | % gr. 1 | 66,7 | 33,3 | 0,02* |
| | % gr. 2 | 71,1 | 28,9 | |
| | % gr. 3 | 35,6 | 64,4 | |
| **Køn** | % Kvinder | 59,0 | 41,0 | 0,57 |
| | % Mænd | 59,1 | 40,9 | |
| **Alder** | | 44,5(8,9) | 43,8 (8,8) | |
| **Stilling** | % LO | 53,8 | 46,3 | |
| | % FTF | 58,2 | 41,8 | 0,06 |
| | % AC | 75,0 | 25,0 | |
| **Status for sygemelding ved behandlingsstart** | Fuldtids | 54,6 | 45,4 | 0,08 |
| | Deltids | 66,7 | 33,3 | |
| **Ægteskabelig status** | % gift/samlevende N=80 | 59,7 | 40,3 | 0,72 |
| | % single/bor alene N=51 | 62,2 | 37,8 | |

*signifikant forskel

To faktorer viste sig at have signifikant betydning for den sygemeldtes tilbagevenden: 1) Behandlings - gruppen (p= 0,001) kontrolleret for køn, alder, stilling, deltids eller fuldtidssygemeldt ved behandlingsstart. 2) Om den sygemeldte var deltids- eller fuldtidssygemeldt ved behandlingens start (p= 0,053) efter kontrol for køn, alder, stilling og behandlingsgruppe.

Sygemeldte fra gruppe 0, 1 og 2 kom hurtigere tilbage end sygemeldte i gruppe 3, udregnet i dage efter behandlingsstart. Stressbehandlingsprogrammerne i gruppe 0, 1, 2 indeholdt alle fokus på arbejdet og

arbejdspladsen, hvor gruppe 3 var konventionel psykologbehandling. Dette var en af årsagerne til at de sygemeldte fra disse grupper kom hurtigere tilbage. Rapport over COPESTRESS behandling og resultater findes på www.copestress.dk.

Det havde, som nævnt, en signifikant betydning om den sygemeldte havde været deltids- eller fuldtidssygemeldt ved behandlingens start. Flere deltidssygemeldte var tilbage på fuld tid ved behandlingens afslutning. At deltidssygemeldte kom hurtigere tilbage, kunne man umiddelbart tænke skyldtes en lettere grad af stresssymptomer, som gjorde de kunne varetage arbejdet på deltid. Vi fandt dog ingen signifikante forskelle i forhold til tilbagevenden, når vi sammenlignede de sygemeldtes symptomniveau. En anden forklaring kunne være at den sygemeldte gennem en deltidssygemelding bevarede den daglige kontakt til arbejdspladsen, og at de dermed havde nemmere ved at komme tilbage.

Køn, alder og ægteskabelig status havde umiddelbart ingen betydning for den sygemeldtes tilbagevenden.

Her kunne man umiddelbart have forestillet sig, at en faktor som ægteskabelig status (social støtte i hjemmet) havde positiv betydning for den sygemeldtes tilbagevenden. Men undersøgelsens resultater tyder på at det afgørende for tilbagevenden i højere grad er forhold på arbejdspladsen (se afsnit 7.6.3.), og om stressbehandlingen indeholder et arbejdspladsfokus.

Derudover kan vi se at der var væsentlig flere akademikere, som var tilbage på arbejde ved behandlingens afslutning sammenlignet med LO- og FTF-medlemmer. Dette kan skyldes at akademikerne i højere grad selv kan tilrettelægge deres arbejde, og dermed få indarbejdet individuelle hensyn i arbejdet. Det kunne også skyldes en mere lydhør, bedre uddannet ledelse, eller at akademikerne havde hurtigere gavn af behandlingen i COPESTRESS, sammenlignet med de andre grupper medarbejdere. Endelig kan dette skyldes at akademikere er mere ressourcestærke i forhold til uddannelsesniveau, sociale netværk og økonomiske ressourcer.

**Hvem kom tilbage på arbejde – vigtige pointer**

- Behandlingerne med arbejdspladsfokus fik de sygemeldte signifikant hurtigere tilbage i arbejde.
- Deltidssygemeldte kom signifikant hurtigere tilbage end fuldtidssygemeldte.
- Flere akademikere kom tilbage sammenlignet med FTF og LO.
- Køn, alder og ægteskabelig status havde ingen signifikant betydning for tilbagevenden.

### 7.6.3 Hvilke arbejdspladser havde succesfuld tilbagevenden?

Vi vil nu se på de sygemeldtes vurdering af deres psykosociale arbejdsmiljø. I COPESTRESS-behandlingsprojektet vurderede de sygemeldte inden behandlingens start, deres psykiske arbejdsmiljø via spørgeskemaet "The Copenhagen Psychosocial Questionnaire" [8] (COP SOQ). Her udfyldte de sygemeldte 70 spørgsmål om deres psykiske arbejdsmiljø. Efter behandlingen udfyldte de, hvis de var kommet tilbage til samme arbejdsplads, igen skemaet. COPSOQ-scoren skal i disse resultater forstås således at 0 = godt og 100 = dårligt. Således vil f.eks. dimensionen indflydelse være positivt, hvis scoren ligger lav. I resultaterne i tabel 8,9 har vi angivet landsgennemsnittet fra 2004 N =3517 (Kristensen, 2008). Dette er til orientering, så

[8] "The Copenhagen Psychosocial Questionnaire" er et valideret spørgeskema udviklet på NFA af Tage Søndergaard Kristensen (Thorsen, S. & V. Bjorner, J.B., 2010).

man kan danne sig et indtryk af hvordan de sygemeldtes arbejdsmiljø vurderes i forhold til danske arbejdspladser generelt.

I figur 17 kan vi se, at de sygemeldtes arbejdspladser generelt blev vurderet væsentlig dårligere end landsgennemsnittet. Dette stemmer godt overens med de arbejdsvilkår, lederne og behandlerne beskrev i afsnit 7.1. med stort arbejdspres, stramme deadlines og forandringer. Lederne beskrev dog ikke selv dårlig ledelseskvalitet, men dette vurderede både behandlerne og de sygemeldte selv. Generelt var der god overensstemmelse mellem behandlernes vurdering af årsagen til sygemeldingen i afsnit 7.1. sammenlignet med de sygemeldte medarbejderes score i COPSOQ. Vi kan se at ledelseskvaliteten blev vurderet bedre hos de sygemeldte som kom tilbage på samme arbejdsplads, men scoren var stadig langt dårligere end landsgennemsnittet. I resultaterne kan vi se store standardafvigelser, hvilket kan være udtryk for at der var forskel på hvilke belastninger de sygemeldte oplevede. F.eks. kunne nogle sygemeldte hovedsageligt have oplevet problemer i forhold til kvantitative krav og rolleklarhed, mens andre måske oplevede et dårligt socialt arbejdsmiljø med manglende tillid og støtte.

**Fig. 17 - Sammenligning ved behandlingsstart mellem dem som kom tilbage på samme arbejdsplads og dem som ikke gjorde ved behandlingens afslutning (COPSOQ udfyldt inden behandling)**

| Dimensioner | Tilbage på samme arbejdsplads efter behandling N=143 | Ikke tilbage på samme arbejdsplads efter behandling N=75 | Differencen | P | Landgennemsnittet 2004-2005 N=3517 |
|---|---|---|---|---|---|
| Kvantitative krav | 63,5 (19,4) | 58,9 (21,4) | -4,6 | 0,12 | 40,2 |
| Arbejdstempo | 66,5 (19,6) | 67,9 (23,3) | 1,4 | 0,65 | 59,5 |
| Følelsesmæssige krav | 61,0 (20,5) | 62,6(23,0) | 1,6 | 0,61 | 40,7 |
| Indflydelse i arbejdet | 56,7 (21,9) | 63,1 (22,1) | 6,4 | 0,04* | 50,2 |
| Udviklingsmuligheder | 31,3 (15,3) | 37,5 (16,7) | 6,2 | 0,01* | 34,1 |
| Mening i arbejdet | 29,5 (18,8) | 37,0 (21,8) | 7,5 | 0,01* | 26,2 |
| Involvering i arbejdspladsen | 51,4 (23,0) | 62,8 (19,5) | 11,3 | 0,00* | 39,1 |
| Forudsigelighed | 53,9 (23,3) | 63,7 (22,7) | 9,7 | 0,00* | 42,3 |
| Anerkendelse | 48,6 (23,5) | 59,1 (25,3) | 10,5 | 0,00* | 33,8 |
| Rolleklarhed | 42,5 (20,5) | 44,0 (25,6) | 1,5 | 0,65 | 26,5 |
| Rollekonflikter | 54,1 (16,1) | 55,5 (17,0) | 1,4 | 0,54 | 42,0 |
| Ledelseskvalitet | 57,5 (21,4) | 67,9 (22,6) | 10,4 | 0,00* | 44,7 |
| Social støtte fra overordnede | 50,8 (24,2) | 63,2 (26,5) | 12,4 | 0,00* | 38,4 |
| Social støtte fra kollegaer | 55,8 (18,2) | 55,6 (20,1) | - 0,2 | 0,92 | 42,7 |
| Socialt fællesskab i arbejdet | 35,9 (21,1) | 45,0 (23,8) | 9,1 | 0,01* | 21,3 |
| Tilfredshed med arbejdet | 52,6 (20,9) | 65,5 (21,2) | 13,0 | 0,00* | 34,7 |
| Arbejde-familie konflikt | 59,8 (24,7) | 65,3 (23,2) | 5,5 | 0,11 | 33,5 |
| "Lodret" tillid på arbejdspladsen | 40,7 (18,5) | 50,1 (19,6) | 9,3 | 0,00* | 33,0 |
| "Vandret" tillid på arbejdspladsen | 34,5 (20,0) | 43,0 (18,0) | 8,4 | 0,00* | 31,4 |
| Retfærdighed på arbejdspladsen | 52,8 (19,2) | 63,9 (20,4) | 11,1 | 0,00* | 40,8 |

**Signifikante forskelle*

Af figur 17 fremgår det også at de arbejdspladser, hvor de sygemeldte var tilbage ved behandlingens afslutning, adskilte sig signifikant positiv på følgende 13 dimensioner: Indflydelse, udviklingsmuligheder, involvering i arbejdspladsen og mening i arbejdet, forudsigelighed, anerkendelse, ledelseskvalitet, social støtte fra overordnet, socialt fællesskab på arbejdet, tilfredshed med arbejdet, lodret og vandret tillid, og retfærdighed. Omvendt adskilte de arbejdspladser hvor de sygemeldte var kommet tilbage, sig signifikant

negativt i forhold til kvantitative krav. De sygemeldte som kom tilbage, havde således oplevet højere kvantitative krav i arbejdet, men overordnet bedre psykisk arbejdsmiljø end dem, som ikke var kommet tilbage. Især to spørgsmål under kvantitative krav viste sig at have betydning: *"Er dit arbejde ujævnt fordelt, så at det hober sig op?"* p(0,013) og *"Kommer du bagud i dit arbejde?"* p(0,028) - kontrolleret for køn, alder, stilling, deltids eller fuldtidssygemeldt ved behandlingsstart og behandlingsgruppe. Man kan undre sig over at de sygemeldte som kom tilbage, havde oplevede højere kvantitative krav. En forklaring kan være, at netop de kvantitative krav hurtigt og let kan laves om af lederen f.eks. gennem fjernelse af arbejdsopgaver og prioritering af opgaver. Flere ledere forklarede da også at der var sket en ændring af netop de kvantitative krav i forbindelse med den sygemeldtes tilbagevenden (afsnit 7.6.1.). Til sammenligning kan man forestille sig, at et dårligt socialt arbejdsmiljø med f.eks. mobning er langt sværere at ændre for lederen.

**Ændring i arbejdsmiljøet når den sygemeldte skulle tilbage**

Vi undersøgte, gennem sammenligning af COPSOQ før behandlingsstart og COPSOQ efter endt behandling, om der var sket nogle ændringer i de sygemeldtes arbejdsmiljø. I denne sammenligning indgik kun sygemeldte, som var kommet tilbage på samme arbejdsplads ved behandlingens afslutning.

**Fig. 18 - Ændringer i arbejdspladsvurdering. Sammenligning mellem før og efter behandling for sygemeldte som var kommet tilbage til samme arbejdsplads.**

| Dimensioner | Før behandling N=155 | Efter behandling N=155 | Differencen | P | Landgennemsnittet 2004-2005 N=3517 |
|---|---|---|---|---|---|
| Kvantitative krav | 62,8 (19,4) | 49,3 (21,9) | 13,5 | 0,00* | 40,2 |
| Arbejdstempo | 66,2 (20,2) | 57,33 (19,7) | 8,9 | 0,00* | 59,5 |
| Følelsesmæssige krav | 60,8 (20,8) | 52,2(25,0) | 8,6 | 0,00* | 40,7 |
| Indflydelse i arbejdet | 56,4 (21,4) | 52,1 (21,7) | 4,2 | 0,00* | 50,2 |
| Udviklingsmuligheder | 31,5 (15,2) | 33,2 (16,4) | -2,4 | 0,05* | 34,1 |
| Mening i arbejdet | 30,2 (18,8) | 31,5 (17,2) | -1,3 | 0,39 | 26,2 |
| Involvering i arbejdspladsen | 51,7 (22,6) | 51,5 (21,6) | 0,3 | 0,88 | 39,1 |
| Forudsigelighed | 53,8 (23,0) | 49,8 (20,9) | 3,9 | 0,01* | 42,3 |
| Anerkendelse | 49,1 (23,0) | 43,9 (22,7) | 5,2 | 0,00* | 33,8 |
| Rolleklarhed | 41,8 (20,6) | 40,9 (19,9) | 0,8 | 0,57 | 26,5 |
| Rollekonflikter | 53,9 (16,0) | 46,1 (18,0) | 7,8 | 0,00* | 42,0 |
| Ledelseskvalitet | 57,8 (21,6) | 53,7 (22,5) | 4,1 | 0,02* | 44,7 |
| Social støtte fra overordnede | 51,0 (24,4) | 47,5 (22,0) | 3,5 | 0,07 | 38,4 |
| Social støtte fra kollegaer | 53,3 (19,5) | 48,8 (19,4) | 4,5 | 0,00* | 42,7 |
| Socialt fællesskab i arbejdet | 35,8 (21,1) | 31,1 (19,4) | 4,7 | 0,00* | 21,3 |
| Tilfredshed med arbejdet | 52,6 (20,5) | 47,7 (23,6) | 4,9 | 0,01* | 34,7 |
| Arbejde-familie konflikt | 60,3 (24,4) | 45,7 (25,5) | 14,6 | 0,00* | 33,5 |
| "Lodret" tillid på arbejdspladsen | 40,8 (18,5) | 39,8 (17,3) | 1,0 | 0,45 | 33,0 |
| "Vandret" tillid på arbejdspladsen | 34,3 (20,1) | 36,2 (19,8) | -1,9 | 0,13 | 31,4 |
| Retfærdighed på arbejdspladsen | 53,0 (19,9) | 50,6 (18,2) | 2,4 | 0,08 | 40,8 |

**Signifikante forskelle*

Det fremgår af figur 18, at der fra før behandling til endt behandling, var sket mange signifikante forandringer i de sygemeldtes oplevelse af arbejdsmiljøet. Som formodet var oplevelsen blevet væsentlige bedre, når det drejer sig om kvantitative krav og arbejdstempo. De sygemeldte oplevede dog at deres udviklingsmuligheder var blevet signifikant dårligere. Dette kunne hænge sammen med at de havde fået fjernet interessante arbejdsopgaver og projekter for at begrænse arbejdsbyrden. Det kunne også skyldes at en stresssygemelding blev anset som et svaghedstegn (se afsnit 7.2.), og derfor mindskede de sygemeldtes karrieremuligheder på længere sigt. Følelsesmæssige krav, forudsigelighed, anerkendelse og rollekonflikt var også blevet signifikant forbedret. De signifikante forbedringer i ledelseskvalitet, støtte fra kollegaer, socialt fællesskab og tilfredshed med arbejdet kunne tyde på at stresssygemeldingen på disse arbejdspladser havde været en "øjenåbner", og at kollegaer og ledere havde været gode til at støtte op om den sygemeldte. Balancen mellem arbejde og familie (arbejde – familie konflikt) var også blevet markant bedre. Dette kan være et resultat af de øvrige forbedringer i den sygemeldtes arbejde, herunder især nedsættelse af de kvantitative krav, men også resultat af ændringer i den sygemeldtes personlige nærmiljø.

**Sygemeldte ift. landsgennemsnittet**

Når vi sammenlignede COPSOQ scorerne med landgennemsnittet, kunne vi se at de tidligere sygemeldte som havde oplevet signifikante forbedringer, stadig vurderede deres arbejdsmiljø mere belastende på næsten alle dimensioner end landsgennemsnittet. Dimensionen "arbejdstempo" er den eneste dimension der havde forandret sig fra at ligge langt over landgennemsnittet til at ligge under. De sygemeldte som var kommet tilbage, oplevede også stadig deres udviklingsmuligheder som bedre end landsgennemsnittet, på trods af vurderingen var blevet mere negativ end inden behandlingen. Dette kan skyldes en overvægt af akademikere i denne gruppe sygemeldte (se afsnit 7.6.2. tabel 7.). Herudover kan vi se, at alle andre resultater ligger lavere end landsgennemsnittet.

Man kan overveje om de arbejdspladser, som medvirkede i undersøgelsen, generelt havde et dårligere arbejdsmiljø i forhold til gennemsnitlige danske arbejdspladser. Dette kan være tilfældet, da disse arbejdspladser havde mindst en stresssygemeldt medarbejder. Endvidere så vi at både behandlere, ledere, AMiR og de sygemeldte selv vurderede arbejdsmiljøerne som belastende. En anden potentiel relevant faktor er de sygemeldtes stresssymptomer. Ved slutningen af behandlingen var de sygemeldte stadig ikke symptomfri, og deres stresssymptomer kan have resulteret i at de vurderede arbejdsmiljøet dårligere. En tredje mulighed er at arbejdsvilkårene på arbejdspladser i Danmark har ændret sig. Landsgennemsnittet blev målt i 2004, og siden da er der sket ændringer på det danske arbejdsmarked med lavkonjunktur og finanskrise. Vi har set nedskæringer, fusioneringer og omstruktureringer i den offentlige sektor, og mange sygemeldte i COPESTRESS-undersøgelsen var netop offentligt ansatte. Lignende ændringer i arbejdsmiljøet beskrev informanterne fra den private sektor. Mange informanter beskrev omstruktureringer og fyringsrunder der kan svække den lodrette og vandrette tillid på arbejdspladsen, mindske forudsigeligheden i arbejdet, samt mindske det sociale fællesskab på arbejdspladsen. Endvidere berettede flere AMiR at man som ansat kunne være nervøs for at blive fyret, både hvis man blev sygemeldt, men også generelt. Dette kunne skærpe intern konkurrence, og medføre at medarbejderne følte de skulle arbejde hurtigere og mere. Således er det muligt at der i 2012 er sket en generel forringelse af det psykosociale arbejdsmiljø på danske arbejdspladser sammenlignet med 2004.

**Hvilke arbejdspladser havde succesfuld tilbagevenden? – vigtige pointer**

- Arbejdspladser med succesfuld tilbagevenden til arbejdet blev signifikant bedre vurderet på 13 dimensioner ved behandlingsstart
- På arbejdspladser med succesfuld tilbagevenden til arbejdet var der sket signifikante forbedringer på 11 dimensioner

*(fortsættes på næste side)*

**Hvilke arbejdspladser havde succesfuld tilbagevenden? – vigtige pointer** *(fortsættelse)*

- De sygemeldte som vendte tilbage i arbejde oplevede en signifikant forringelse af deres udviklingsmuligheder.
- Alle dimensioner, på nær udviklingsmuligheder og arbejdstempo, lå stadig væsentlig dårligere end landsgennemsnittet, efter den sygemeldte var kommet tilbage.

# 8. Diskussion

**Diskussion af undersøgelses resultater**

I COPEWORK deltog arbejdspladser, hvor den sygemeldte selv gav tilladelse til at vi kontaktede vedkommendes arbejdspladser, og hvor arbejdspladsen også ønskede at deltage i undersøgelsen. Det er således muligt at resultaterne i undersøgelsen er mere positive end det ville have været tilfældet, hvis alle 197 arbejdspladser fra COPESTRESS-undersøgelsen havde medvirket i COPEWORK-studiet. De arbejdspladser som endte med at deltage, var muligvis mere positivt indstillet og engageret i at få medarbejderen tilbage på arbejdspladsen. For at undersøge dette, sammenlignede vi data fra de sygemeldte hvis arbejdspladser deltog i COPEWORK med den samlede datamængde fra alle sygemeldte i COPESTRESS. Vi sammenlignede køn, behandlingsgruppe, faggruppe, de sygemeldtes arbejdspladsvurdering (COPSOQ score), samt sygedage inden behandlingsstart og status ved behandlingens afslutning. I analyserne fandt vi dog ingen signifikante forskelle på nær i forhold til behandlingsgruppe. Der deltog flest deltagere fra behandlingsgrupperne 1 og 2 og meget få fra gruppe 0. Dette tror vi skyldes problemer i informationen til de sygemeldte. I COPESTRESS så vi en overrepræsentation af sygemeldte fra offentlige arbejdspladser, f.eks. omsorgs- og undervisningssektoren, og en stærk overrepræsentation af kvinder (ca. 80 %) - samme overrepræsentation som i COPEWORK. Årsagen til dette kunne være at kvinderne var mere åbne i forhold til behandlingen, og at kvinderne var mere opsøgende i forhold til behandlingstilbud. Vi så flere akademikere i COPEWORK sammenlignet med COPESTRESS og flere deltagere i COPEWORK var tilbage i arbejde ved behandlingens afslutning. Deltagerne i COPEWORK havde inden behandlingsstart været sygemeldt lidt længere tid end gennemsnittet i COPESTRESS. Gennemsnittet i COPESTRESS var 68,51 dage, mens gennemsnittet for deltagerne i COPEWORK var 80,6 dage. Her kan man overveje om deltagerne i COPEWORK blev mødt af mere velvilje fra deres respektive arbejdsgiver, og at disse var villige til at yde en større indsats for at få den sygemeldte tilbage sammenlignet med de øvrige arbejdspladser. Dette støttes af de sygemeldtes vurdering af arbejdspladserne (COPSOQ). Arbejdspladserne i COPEWORK lå bedre i forhold til anerkendelse og "lodret" tillid (tillid til ledelsen), sammenlignet med den generelle tendens i COPESTRESS. På baggrund af dette kan vi se at arbejdspladserne som deltog i COPEWORK var arbejdspladser, hvor der var større tillid mellem leder og den sygemeldte, og hvor arbejdspladsen muligvis var mere indstillet på at yde en indsats for at få den sygemeldte tilbage. Vi formoder endvidere at vi ikke har været i kontakt med arbejdspladser, hvor der var store konflikter mellem sygemeldt og leder, eller arbejdspladser der har været meget hurtige til at afskedige sygemeldte medarbejdere.

Omvendt kan resultaterne i COPEWORK også synes negative, og man kunne let forestille sig at der har været tale om særlig dårlige arbejdspladser, hvor ledere havde lav selvindsigt og ikke ønskede at påtage sig deres ledelsesmæssige ansvar. Således kan de undgåelsesstrategier vi fandt i undersøgelsen, indikere enkelte lederes manglende vilje til at påtage sig ansvar. Dette var dog ikke vores indtryk. Langt de fleste ledere i undersøgelsen virkede engagerede og reflekterede. Deres beskrivelser var ofte baseret på samtaler

og holdninger hos flere ledere på arbejdspladsen, og flere reflekterede selvkritisk over deres tendens til at fokusere på det private som årsag til stresssygemeldingen. Det var således vores indtryk at de fleste ledere gerne ville hjælpe de sygemeldte, men var udfordret pga. manglende viden, erfaring, uddannelse og værktøjer, tid og støtte fra arbejdspladsen, samt udfordrende, belastende organisatoriske og ledelsesmæssige forhold.

**Kvalitative kvalitetskrav**

I COPEWORK har vi kombineret kvantitative og kvalitative undersøgelsesmetoder. Den primære metode har dog været den kvalitative, og det er også de kvalitative analyser som hovedsageligt har ligget til grund for resultaterne i undersøgelsen. Den kvantitative metoder har muliggjort at få data fra et større antal arbejdspladser, for at se, om de kvalitative resultater i et begrænset omfang kunne generaliseres. Samtidig har kvantitative data givet mulighed for at illustrere ændringer og holdninger på arbejdspladserne gennem deskriptiv statistik. Da den kvalitative metode har været den primære og den kvantitative datamænge var relativ lille (98 spørgeskemaer), bør undersøgelsen hovedsagligt blive vurderet ud fra kvalitative metode- og kvalitetskrav.

I COPEWORK har vi opfyldt Elliot, Fisher og Rennies (1999) syv kvalitetsindikatorer, som beskrives i deres artikel om publicering af kvalitative studier i psykologien. De syv kvalitetsindikatorer er: 1) Specificer eget/forskningens perspektiv, 2) Situer informanterne, 3) beskriv informanter og livsomstændigheder, 4) angiv eksempler, 5) troværdighedstjek – gennem metodetriangulering og kildetriangulering, 6) Kohærens - fremstille data på en måde som viser sammenhæng og integration, 7) sondere mellem generelle og specifikke formål, dvs. at undersøgelsen bør have et tilstrækkeligt omfang og man bør redegøre for begrænsninger, 8) skabe resonans i læseren dvs. fremstillingen af fænomener skal skabe mening for læseren.

**Hvordan kunne COPEWORK styrkes?**

COPEWORK undersøgelsen kunne have været styrket gennem f.eks. observationsstudier, analyse af arbejdspladsernes APV' er, gruppeinterviews med kollegaer, og interviews med de sygemeldte selv. Især interviews med de sygemeldte i forhold til hvordan de oplevede at vende tilbage på arbejdet, og forholdet til kollegaer og leder, kunne have været interessant. Dette er dog søgt belyst i andre studier som vi vil komme ind på i nedenstående.

**Undersøgelsens resultater i forhold til anden forskning**

På trods af der ikke tidligere har været undersøgelser som COPEWORK, belyst fra samme perspektiv, findes der andre undersøgelser som udforsker hæmmende og fremmende faktorer i forhold til tilbagevenden til arbejdet (TTA). Disse undersøgelsers resultater ligger godt i tråd med resultaterne fundet i COPEWORK og vi vil kort diskutere dem her.

I både Hvidbogen (Borg et al., 2010) og Andersen, Nielsen & Brinkmanns(2012) metasynthesis beskrives, på baggrund af nyeste forskning inden for feltet, at en løbende kontakt og støtte fra både leder og kollegaer er afgørende for TTA. En fransk undersøgelse af Saint-Arnaud, L., Saint-Jean, M., Demasse, J. (2006) undersøgte TTA gennem interviews med sygemeldte med mentale helbredsproblemer (MH). De fandt at støtte fra kollegaer og leder, forbedringer af belastningerne i arbejdsmiljøet, en gradvis tilbagetrapning af arbejdet, og en sammenhængende ledelsespraksis med støttefunktioner var afgørende for den sygemeldtes tilbagevenden. Der hvor det ikke lykkedes at få den sygemeldte tilbage, skyldes det bl.a. en dårlig ledelsesmæssig håndtering af situationen. Saint-Arnaud, L., Saint-Jean, M., Demasse, J.'s undersøgelse viste, i tråd med COPEWORKs resultater, at medarbejdere med MH oplevede mange

fordomme forbundet med MH. De sygemeldte var bange for at blive opfattet som svage, eller som nogen som ikke kunne håndtere livets udfordringer. De fandt ligeledes en spænding mellem målet om at reintegrere den sygemeldte gradvist, overfor målet om at maksimere produktiviteten. Dette svarede godt til den de ledelsesmæssige udfordringer vi så i afsnit 7.3. I Saint-Arnaud, L., Saint-Jean, M., Demasse, J.'s fandt man også, at når arbejdskonteksten var meget resultatorienteret, var det svært for kollegaerne og leder oprigtigt at støtte op om en reintegration af den sygemeldte, og forfatterne fandt også at mange sygemeldte vendte tilbage til samme arbejdsforhold, dvs. der var ikke sket nogen ændringer i belastningerne på arbejdspladsen.

I COPEWORK fandt vi at årsagen til stresssygemeldingen var vigtig for både leder og kollegaer. På arbejdspladser med åbenhed og tillid, hvor den sygemeldte havde et godt forhold til kollegaerne, kunne det formentlig være en fordel at tale åbent om årsagen for at skabe en afklaring hos alle involverede. Det er dog ikke sikkert at åbenhed altid vil være en fordel. Saint-Arnaud, L., Saint-Jean, M., Demasse, J. (2006) fandt at hvis de mentale helbredsproblemer skyldtes stressfulde livsbegivenheder udenfor arbejdet som f.eks. pludselig død eller alvorlig sygdom hos ægtefælde, oplevede den sygemeldte at ledere og kollegaer var meget forstående, hvorimod de var mindre støttende og forstående, hvis årsagen var økonomiske problemer, skilsmisse, eller hvis årsagen til MH stod uklart. Endvidere fandt et andet studie af Glozier et al. (2006), at kollegaer havde mere negative holdninger overfor sygemeldte med MB end f.eks. sygemelding på grund af diabetes. I vores studie så vi dog at det kunne være meget frustrerende og muligvis hæmmende for TTA, hvis kollegaerne ikke kunne få indsigt i årsagen til stresssygemeldingen.

I Hvidbogen (2010) anbefales, at man på arbejdspladsen udvikler en rumlig kultur, hvor man undgår stigmatisering af medarbejdere med mentale helbredsproblemer via information og åbenhed om psykiske lidelser. Ligeledes anbefales det at arbejdspladser vedtager og gennemfører en politik for sygefravær og tilbagevende til arbejde, som ikke skelner mellem fysisk og psykisk sygdom. Formålet bør være at forebygge langtidssygefravær og forbedre arbejdspladsens muligheder for at fastholde medarbejdere. I denne politik skal det beskrives hvad arbejdspladsen skal gøre i de forskellige faser af sygefraværet og TTA-forløbet, en klar ansvarsfordeling i forhold til gennemførsel, hvordan samarbejdet mellem den sygemeldte og kollegaerne skal foregå, og hvordan kontakten til kommunen og andre eksterne aktører skal foregå (Borg V. et al., 2010). En undersøgelse af Salkever et al. (2010), påpeger at en personalepolitik der indeholder økonomisk incitament for fastholdelse af medarbejdere med MH, øger medarbejderes og lederes indsats for at fremme TTA. En anden undersøgelse af Freeman et al. (2004) viste ligesom COPEWORK, at ledere havde brug for træning i og viden om psykiske lidelser. Ledere var i mange tilfælde rådvilde i forhold til at tackle medarbejdere med mentale helbredsproblematikker, og mere viden kunne modvirke stigmatisering og fordomme på arbejdspladsen. Hvidbogen anbefalede ligeledes at medarbejdere, ledere og tillidsrepræsentanter modtager information om MH. Denne information skal øge deres viden, med henblik på at møde og støtte medarbejderen med MH bedst muligt, så denne kan fastholde arbejdet og undgå langtidssygefravær. Ledere skal uddannes i at modificere arbejdsopgaver og støtte medarbejdere med MH. Her kan man også forestille sig, at det kan være relevant at arbejdspladserne muliggøre lederens arbejde med at modificere arbejdsopgaver, uden at den forværre arbejdsmiljøet markant for de tilbageværende medarbejdere (Borg V. et al. 2010). I COPEWORK undersøgelsen interviewede vi ikke de sygemeldte ift. TTA. Det er der til gengæld et andet dansk forskningsprojekt som er i gang med, ved Malene Friis Andersen på Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Resultaterne fra denne undersøgelse i kombination med resultaterne fra COPEWORK, kunne i fremtiden give et samlet indtryk af hvilke faktorer som har betydning for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet, samt øge indsigten i hvad der sker på arbejdspladsen, når en medarbejder sygemeldes med stress.

# 9. Samlet konklusion

### A. Hvad skete der på arbejdspladsen, når en medarbejder blev sygemeldt med stress?

Undersøgelsen kortlagde en kompleks interaktion mellem leder, kollegaer, og forskellige faktorer på arbejdspladsen (organisationskulturen, politikker, italesættelse af stress, beredskab, viden og støtte til lederne), der havde afgørende betydning for hvordan arbejdspladsen håndterede at en medarbejder blev sygemeldt af stress.

Lederne til de sygemeldte mødte udfordringer i forbindelse med sygemeldingen i form af ambivalens mellem at hjælpe den sygemeldte tilbage, stillet overfor at skulle vurdere hvorvidt den sygemeldte skulle afskediges. Lederne gjorde brug af forskellige undgåelsesstrategier ved at fokusere på private og personlige årsager til sygemeldingen, samt betvivle om stress var årsag til sygemeldingen. Vi tolker dette som udtryk for at mange ledere ikke følte sig klædt på i forhold til at håndtere stresssygemeldingen, ikke følte sig støttet af den øvre ledelse, politikker og kulturen på arbejdspladsen, og ofte oplevede et pres fra medarbejdere og øvre ledelse i forbindelse med sygemeldingen. Kontakten med den sygemeldte, erfaring, viden om stress, oplevet støtte fra arbejdspladsen, potentielle handlemuligheder, og dækning af arbejdet under sygefraværet, havde betydning for lederne.

Arbejdsmiljørepræsentanterne var generelt ikke blev involveret i stresssygemeldingen og blev kun inddraget, når stressen kunne føres tilbage til problemer i arbejdsmiljøet. Ofte var årsagen til stressen uklar, og undersøgelsen viste også at der kunne være berøringsangst i forhold til at kontakte den sygemeldte af frygt for at intimidere den pågældende kollega, samt overtræde lovgivningen.

Kollegaerne vidste ofte at den sygemeldte var væk pga. stress. De skulle ofte dække den sygemeldtes arbejde og kunne selv blive bange for at blive syge pga. stress. Dette resulterede nogle steder i en irritation over den sygemeldte. Afgørende for kollegaernes støtte var: Årsagen til sygemeldingen, hvordan sygemeldingen påvirker kollegaernes arbejde, ledelsens håndtering af sygemeldingen, om kollegaerne følte sig velinformeret og medinddraget, kollegaernes personlige forhold til den sygemeldtes, arbejdspladsens arbejdsmiljø og kultur samt viden og åbenhed.

### B. Havde sygemeldingen en betydning på arbejdspladsen?

Stresssygemeldingen havde oftest stor betydning på arbejdspladserne. Den satte tanker i gang hos både leder og kollegaer i forhold til årsag og ansvar. Sygemeldingen betød ofte mere arbejde til både kollegaer og leder. Sygemeldingen kunne dog samtidig være en øjenåbner, som øgede opmærksomheden på problemer i arbejdsmiljøet, opmærksomheden på hinanden, og der blev på mange arbejdspladser igangsat forebyggende tiltag. Sygemeldingen kunne øge viden på arbejdspladsen om stress via samtaler mellem kollegaer, og gennem samtaler med den sygemeldte om årsager, symptomer og tilbagevenden til arbejdet. Sygemeldingen øgede endvidere ledernes erfaring, således at disse følte sig bedre rustet hvis det skulle ske igen.

### C. Havde stressbehandling med arbejdspladsfokus, en betydning på arbejdspladsen?

Behandling med arbejdspladsfokus fik i COPESTRESS de sygemeldte signifikant hurtigere tilbage i arbejde, sammenlignet med behandling som ikke havde arbejdspladsfokus. De fleste ledere havde et positivt indtryk af behandlingen, og følte det var en sikkerhed at man vidste medarbejderen var under stressbehandling. Arbejdspladsinddragelse i behandlingen gjorde, at lederne følte et styrket samarbejde med både den sygemeldte og behandlere mod det fælles mål at få den sygemeldte tilbage til arbejdet.

**D. Var der nogle kendetegn for de arbejdspladser de sygemeldte vendte tilbage til?**

Arbejdspladser med succesfuld tilbagevenden til arbejdet var signifikant bedre på 13 dimensioner: Medarbejderindflydelse, udviklingsmuligheder, involvering i arbejdspladsen og mening i arbejdet, forudsigelighed, anerkendelse, ledelseskvalitet, social støtte fra overordnet og fællesskab på arbejdet, tilfredshed med arbejdet, lodret og vandret tillid, og retfærdighed. Sygemeldte som kom tilbage, havde oplevet større kvantitative krav i arbejdet end dem som stadig var sygemeldt efter behandling.

På arbejdspladser med succesfuld tilbagevenden til arbejdet følte de sygemeldte, at der var sket signifikante forbedringer på 11 dimensioner: Kvantitative krav, følelsesmæssige krav, arbejdstempo, forudsigelighed, anerkendelse, rollekonflikter, ledelseskvalitet, social støtte fra kollegaer, socialt fællesskab i arbejdet, tilfredshed med arbejdet, balance mellem arbejds- og familieliv. De oplevede dog en signifikant forringelse af deres udviklingsmuligheder. Alle dimensioner, på nær udviklingsmuligheder og arbejdstempo, lå imidlertid stadig væsentlig dårligere end landsgennemsnittet fra 2004, også efter de sygemeldte var kommet tilbage.

# 10. Perspektivering

Vi har nu set på COPEWORK-undersøgelsen og dens resultater. Undersøgelsen har belyst problematikker og faktorer på arbejdspladsen, som har betydning for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet. Som afslutning vil vi nu perspektivere resultaterne, skitsere fremtidige udfordringer for både forskning og praksis, og komme med konkrete handlingsanvisninger til de forskellige aktører på arbejdspladserne.

Den finansielle krise og de senere års udvikling på det danske arbejdsmarked, har mindsket det økonomiske råderum og rumligheden på arbejdsmarkedet. Når menneskelige ressourcer konstant skal optimeres, bliver rumligheden på arbejdspladsmarked mindre. Frygten for at miste sit job og sit økonomiske eksistensgrundlag, resulterer i et grundlæggende samfundsklima, hvor arbejdsstyrken oplever endnu større pres end hidtil. Det må derfor forventes, at der under de nuværende vilkår vil være endnu flere mennesker, der bukker under for dette pres og udvikler stress og stressrelaterede sygdomme. Eftersom længerevarende sygdomsfravær skaber yderligere udfordringer for de tilbageværende kolleger, er der fare for en opadgående negativ spiral. Dette understregede COPEWORK-undersøgelsen, når den refererede lederes og kollegaers bekymringer. Derfor bør de store menneskelige, økonomiske og samfundsmæssige konsekvenser af langtidssygemeldinger pga. stress, resultere i at vi tilstræber at finde nye veje, der ikke blot handler om at løse udfordringerne ved at arbejde hårdere, men snarere ved at arbejde smartere. De økonomiske ressourcer brugt på en langtidssygemelding, kunne med fordel være blevet brugt langt tidligere og dermed forebygget sygemeldingerne.

Én forebyggende vej, vi i dag ser en tendens til, retter sig mod at gør medarbejdere mere stress-resistente. Således sender et stigende antal virksomheder deres ansatte på mindfulness-baserede stress-reduktions-kurser (MBSR). Disse kurser er baseret på videnskabeligt dokumenterede meditationsteknikker, der kan øge individers modstandsstyrke mod stress. Som et eksempel for denne tilgang har både forskning og praksis dokumenteret positive resultater af stress-forebyggende kurser for militæransatte i USA, Storbritannien og Danmark, der udsendes til krigsområder. Men præcis af samme grund, har kurser i mindfulness på det seneste været genstand for offentlig kritik, idet disse kursers individ-fokus på ekstrem-situationer formentlig ikke bør være gældende for arbejdsmarked som helhed.

Som dette studie understreger, er stress ikke et individuelt fænomen, der kun – og måske ikke engang primært – knytter sig til individers personlige stress-resistens. Stress er derimod snarere udtryk for og resultat af generelle kulturændringer på arbejdsmarkedet. Således bidrager kurser der øger individers stress-resistens nok til en løsning, men er næppe løsningen i sig selv. For at forebygge og afdæmpe konsekvenserne af stresssygemeldinger, er det nødvendigt at adressere fænomenet ud fra et bredere

arbejdsmiljø-, organisationskultur-, kommunikations- og ledelsesperspektivet. COPEWORK-undersøgelsens resultater viste dette, ved at pege på den komplekse interaktion mellem individuelle og organisatoriske faktorer der udgør årsager til stress. Tilsvarende viste COPESTRESS-undersøgelsen – støttet af COPEWORK-studiet – at interventioner rettet mod både de individuelle og organisatoriske årsager, herunder inddragelse af arbejdspladsen i behandlingsforløb for stresssygemeldte medarbejdere, øger muligheden for en hurtigere og ultimativ succesfuld tilbagevenden af den stresssygemeldte til arbejdet.

COPEWORK-undersøgelsen udpegede i denne forbindelse en række udfordringer og muligheder, der støtter stresssygemeldtes hurtige og succesfulde tilbagevenden til arbejdspladsen. Det handler således om at ruste lederne med viden og støtte i forhold til denne opgave, samt skabe økonomisk og ressourcemæssigt råderum således at det er muligt for dem at udføre deres ledelsesmæssige opgave. Klare politikker og retningslinjer for arbejdspladsens håndtering af langtids- og stresssygemeldinger vil ligeledes være en stor hjælp, når det gælder om at håndtere denne ledelsesopgave. Endelig understreger COPEWORK-undersøgelsen, at inddragelse af arbejdspladsen i behandlingsforløb, såvel som den kontinuerlige og tætte dialog mellem arbejdspladsen og den stresssygemeldte, er afgørende succesfaktorer for den sygemeldtes hurtige og succesfulde tilbagevenden til arbejdspladsen. I de følgende skemaer fremlægges nogle af dette studies nærliggende handlingsorienterede pointer.

## 10.1 Anbefalinger

**Arbejdspladsen: HR og ledelse**

- Skab et realistisk økonomisk, tids- & ledelsesmæssigt råderum for mellemlederne.
- Sørg for at klæde lederne fagligt på ift. at håndtere langtidssygemeldinger og TTA.
- Rekrutter ledere med empati, kommunikative & ledelsesmæssige kompetencer.
- Uddan lederne til at kunne håndtere medarbejdere med stress.
- Stil professionel rådgivning til rådighed for lederne.
- Giv mellemledere mulighed for sparring og støtte fra egen leder, andre ledere eller HR.
- Beløn den ledelsesmæssige indsats ift. at hjælpe den sygemeldtes tilbage.
- Udarbejde sygefraværs- og stresspolitik, detaljeret og med råderum til at kunne gennemføre de forskellige faser.
- Skab åbenhed, legitimitet og viden om stress; årsager, symptomer og prognoser.

**Leder til den sygemeldte**

- Hav løbende dialog med den sygemeldte.
- Skab tillid i relationen til medarbejderne før, under og efter sygemeldingen.
- Spørg ind til de arbejdsrelaterede årsager til sygemeldingen og gør noget ved det.
- Legitimer stresssygemeldingen og skab åbenhed om sygemeldingen og rumlighed for fraværet.
- Medinvolver kollegaerne, især i processen med at få den sygemeldte tilbage.
- Værn kollegaerne mod ekstra belastninger som følge af sygefraværet.
- Forhandle opad ift. afdelingens mål under sygefraværet og skær opgaver fra.
- Sørg for at hjælpe de sygemeldte til at få den rette behandling.
- Skab et godt socialt sammenhold og støtte på arbejdspladsen hvor alle arbejder mod fælles mål.

**Arbejdsmiljørepræsentanten**

- Hold kontakt med den sygemeldte.
- Involver dig og spørg ind.
- Bring årsagen til sygemeldingen op i relevante fora (SU, SIO) mhp. at formulere klar sygefraværs- og stresspolitik for arbejdspladsen.
- Afklar rollefordeling i sagen ift. tillidsrepræsentanten.

# 11. Referencer

Andersen M.F., Nielsen K.M. & Brinkmann S. (2012). *Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common metal disorders.* Review. Scand. J, Work Environ Health 38(2) p. 93-104

Bjorner J.B. & Rugulies R. (2010).The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, Febuary 2010, 38 (3 suppl).

Borg V., Nexø M.A., Kolte I. V., Andersen M. F. (2010). *Hvidbogen om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. NFA, København.

Charmaz K. (2003). Grounded Theory. In Denzin. N.K. & Lincoln, Y.S. (eds.). *Strategies of Qualitative Inquiry,* 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 249-291.

Charmas K. (2006). Constructing *Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis.* London: Sage.

Elliot R., Fisher C. T., & Rennie, D. L. (1999). *Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields.* British Journal of Clinical Psychology, 38, pp. 215-229.

Flick U. (2011).Mixing Methods, Triangulation, and Integrative Research. In Denzin, N.K. & Giardina M.D. (eds.). *Qualitative Inquiry and Global Crises.* LeftCoast Press, pp. 132-152.

Freeman D., Cromwell C., Aarenau D., Hazelton M. & Lapointe M. (2004). *Factors Leading to Successful Workplace Integration of Employees Who Have Experienced Mental Illness.* Employee Assistance Quarterly 19(4), pp. 51-58.

Glozier N., Hough C., Henderson M. & Holland- Elliott K. (2006). *Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses*. Int.J.Soc.Psychiatry. 52(6), pp. 525- 534.

Kristensen T. S. (2008): *"Det mellemlange skema"*, Munintech, DK. 1. udgave. 2 oplag

Kvale S. (2007). *Doing Interviews.* London: Sage.

Kvale S. & Brinkmann S. (2008).*Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing.* London: Sage.

*Lincoln* Y.S., & *Guba* E.G. (*1985). Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: *Sage.*

Mayring P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Qualitative Social Research*. Vol. 1, No. 2., Art. 20.

Netterstrøm B.,Friebel L. &Ladegaard Y. (2012): *The effects of a group based stress treatment program (the Kalmia concept) targeting stress reduction and return to work. A randomized, wait-list controlled trial.*: Journal Environ Occup Sci. 1(2) pp. 111-120

Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Demasse J. (2006): *Towards an enhanced understanding of factors involved in the return to work process of employees absent due to mental health problems.* Can J Commun Ment Health. 2006;25:303–15.

Salkever D. S., Goldman H., Purushothaman M. & Shinogle J. (2000). *Disability management, employee health and Fringe benefits, and long-term-disability claims for mental disorders: An empirical exploration.* Milbank Quarterly. 78(1). pp. 79-113

Strauss A.L. & Corbin J. (1990).*Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage, pp. 249-291.

Zhang Y.& Wildemuth B. M. (2009).Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science* (pp.308-319).Westport, CT: Libraries Unlimited.

# BILAG 1 - RESULTATER

**Tabel A: 1. spørgeskemarunde, 33 ledere og 24 Arbejdsmiljørepræsenter medvirkede**

| **Spørgsmål** | **Svar** | **Ledere** Angivet i % | **AR** Angivet i % |
|---|---|---|---|
| Mener du at stress er et tabubelagt emne på arbejdspladsen? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 12<br>33<br>55 | 25<br>40<br>35 |
| Har arbejdspladsen haft flere tilfælde, hvor medarbejdere er blevet sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 87<br>10<br>3 | 83<br>13<br>4 |
| Har det en betydning for arbejdspladsen, at en medarbejder er sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 84<br>13<br>3 | 83<br>11<br>6 |
| Har det en betydning for arbejdspladsen, at have en medarbejder i behandling i projekt COPESTRESS? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 64<br>22<br>14 | 50<br>31<br>19 |
| Har arbejdspladsen foretaget nogen ændringer eller tiltag, efter en medarbejder er blevet sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 70<br>27<br>4 | 52<br>40<br>8 |
| Har jeres arbejdsplads en stresspolitik? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 66<br>34<br>- | 41<br>35<br>24 |
| Bruger du stresspolitikken i dit arbejde? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 52<br>43<br>5 | 14<br>79<br>7 |
| Har arbejdspladsen retningslinjer for, hvordan man hjælper langtidssygemeldte tilbage i arbejde efter sygemeldingen? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 72<br>25<br>3 | 56<br>14<br>30 |
| Føler du, at du har den viden, som du har brug for, for at håndtere medarbejdere sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 41<br>41<br>18 | -<br>-<br>- |
| Når en medarbejder bliver sygemeldt med stress, foretager du dig noget som arbejdsmiljørepræsentant? | Ja<br>Nej | -<br>- | 37<br>63 |
| Foretager lederen sig noget ift. Den sygemeldte med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | -<br>-<br>- | 82<br>-<br>18 |
| Føler du dig som leder støttet af arbejdspladsen, i forhold til håndtering af medarbejdere sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 52<br>24<br>24 | -<br>-<br>- |
| Vurderer du at ledelsen er tilstrækkelig klædt på til at håndtere medarbejdere sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | -<br>-<br>- | 20<br>60<br>20 |
| Har du haft kontakt med den sygemeldte, under dennes sygemelding? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 91<br>6<br>3 | 25<br>12<br>63 |
| Ved den sygemeldtes kollegaer, at vedkommende er sygemeldt | Ja | 76 | 69 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| med stress? | I nogen grad<br>Nej | 15<br>9 | 13<br>18 |
| Tror du at det har en betydning for kollegaerne, at en medarbejder er sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 78<br>10<br>12 | 80<br>15<br>5 |
| Har du som leder mulighed for rådgivning fra professionelle behandlere i forhold til sygemeldte med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 43<br>46<br>11 | -<br>-<br>- |
| Har I på arbejdspladsen mulighed for rådgivning fra professionelle behandlere i forhold til sygemeldte med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | -<br>-<br>- | 63<br>21<br>16 |
| Hvis nej/ved ikke: Kunne du som leder have brug for en sådan rådgivning? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 63<br>31<br>36 | -<br>-<br>- |
| Hvis nej/ved ikke: kunne I på arbejdspladsen have brug for en sådan rådgivning? | Ja<br>Nej | -<br>- | 86<br>14 |

**Tabel B. 2. runde Spøgeskemaresultater, 26 ledere og 15 Arbejdsmiljørepræsentanter medvirkede**

| **Spørgsmål** | **Svar** | **Ledere** | **AR** |
|---|---|---|---|
| Er den sygemeldte kommet tilbage på arbejdspladsen? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 73<br>27<br>- | 67<br>20<br>13 |
| Har I haft besøg på arbejdspladsen af en behandler fra projekt COPESTRESS? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 15<br>70<br>15 | 7<br>53<br>40 |
| Har den sygemeldte, gennem vejledning i behandlingen, haft en ide om hvordan denne ønskede at vende tilbage til arbejdet? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 68<br>5<br>27 | 33<br>-<br>67 |
| Har forløbet(behandlingen) haft en betydning for arbejdspladsen? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 48<br>28<br>24 | 14<br>51<br>35 |
| Har det haft betydning for arbejdspladsen, at have en medarbejder sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej | 92<br>8 | 87<br>13 |
| Har arbejdspladsen foretaget nogen ændringer eller tiltag, efter en medarbejder er blevet sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 58<br>38<br>4 | 60<br>27<br>13 |
| Er der sket nogen ændring i den måde I taler om stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej<br>Ved ikke | 31<br>27<br>38<br>4 | 13<br>40<br>47<br>- |
| Har det påvirket kollegaerne, at en medarbejder har været sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej<br>Ved ikke | 44<br>40<br>8<br>8 | 60<br>13<br>27<br>- |
| Har der været det samme omfang af arbejdsopgaver som tidligere (for den sygemeldte)? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 44<br>19<br>37 | 40<br>10<br>30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Ved ikke | - | 20 |
| Er der noget som kunne være anderledes? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 26<br>14<br>60 | 25<br>25<br>50 |
| Er der noget du vil tage med dig som leder, ud fra de erfaringer du har haft, med at have en medarbejder som var sygemeldt med stress? (positive & negative erfaringer) | Ja<br>Nej | 96<br>4 | -<br>- |
| Er der noget ledelsen kunne have gjort anderledes? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | -<br>-<br>- | 64<br>18<br>18 |
| Føler du dig rustet til at håndtere, hvis en medarbejder bliver sygemeldt med stress igen? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 80<br>16<br>4 | -<br>-<br>- |
| Oplever du at ledelsen er rustet til at håndtere hvis en medarbejder bliver sygemeldt med stress igen? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | -<br>-<br>- | 16<br>50<br>34 |
| Er der nogle erfaringer i tager med jer på arbejdspladsen | Ja<br>Nej | -<br>- | 57<br>43 |
| Føler du dig som leder støttet af arbejdspladsen, ift. at håndtere medarbejdere sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 60<br>35<br>5 | -<br>-<br>- |
| Bliver lederne støttet af arbejdspladsen ift. at håndtere medarbejdere sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | -<br>-<br>- | 54<br>31<br>15 |
| Er der noget du vil tage med dig som arbejdsmiljørepræsentant? ud fra de erfaringer du har haft, med at have en medarbejder som var sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej | -<br>- | 69<br>31 |
| Har I lært noget på arbejdspladsen, ved at have haft en sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej<br>Ved ikke | -<br>-<br>-<br>- | 29<br>22<br>35<br>14 |
| Når årsagen til sygemeldingen er en kombination mellem arbejde & privatliv eller blot privatliv, har det så nogen betydning for dig som leder? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 60<br>13<br>27 | -<br>-<br>- |
| Når årsagen til sygemeldingen er en kombination mellem arbejde & privatliv eller blot privatliv, har det så nogen betydning for hvad arbejdspladsen gør? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 25<br>29<br>46 | 57<br>14<br>29 |

**Tabel C: Samlede resultater fra 22 arbejdspladser, hvor både AR og leder deltog i undersøgelse**

| **Spørgsmål** | **Svar** | **Ledere** Angivet i % | **AR** Angivet i % |
|---|---|---|---|
| Mener du at stress er et tabubelagt emne på arbejdspladsen? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 19<br>25<br>56 | 21<br>43<br>36 |
| Har arbejdspladsen haft flere tilfælde, hvor medarbejdere er blevet sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej | 84<br>16 | 83<br>17 |
| Har det en betydning for arbejdspladsen, at en medarbejder er sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 90<br>5<br>5 | 82<br>9<br>9 |
| Har det en betydning for arbejdspladsen, at have en medarbejder i behandling i projekt COPESTRESS? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej<br>Ikke udfyldt | 40<br>15<br>10<br>35 | 22<br>6<br>6<br>66 |
| Har arbejdspladsen foretaget nogen ændringer eller tiltag, efter en medarbejder er blevet sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 62<br>38<br>- | 54<br>40<br>6 |
| Har jeres arbejdsplads en stresspolitik? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 64<br>36<br>- | 46<br>39<br>15 |
| Bruger du stresspolitikken i dit arbejde? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 50<br>42<br>8 | 18<br>82<br>- |
| Har arbejdspladsen retningslinjer for, hvordan man hjælper langtidssygemeldte tilbage i arbejde efter sygemeldingen? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 65<br>35<br>- | 53<br>21<br>26 |
| Har du haft kontakt med den sygemeldte, under dennes sygemelding? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 90<br>10<br>- | 25<br>16<br>59 |
| Ved den sygemeldtes kollegaer, at vedkommende er sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 75<br>15<br>10 | 72<br>17<br>11 |
| Tror du at det har en betydning for kollegaerne, at en medarbejder er sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 80<br>5<br>15 | 82<br>18<br>- |
| Hvis nej/ved ikke: Kunne I på arbejdspladsen have brug for en sådan (professionel)rådgivning? | Ja<br>Nej | 33<br>67 | 79<br>21 |
| **Spørgsmål fra spørgeskema 2** | | | |
| Er den sygemeldte kommet tilbage på arbejdspladsen? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 63<br>37<br>- | 70<br>15<br>15 |
| Har I haft besøg på arbejdspladsen af en behandler fra projekt COPESTRESS? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 25<br>63<br>12 | 9<br>46<br>46 |
| Har den sygemeldte, gennem vejledning i behandlingen, haft en | Ja | 59 | 31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ide om hvordan denne ønskede at vende tilbage til arbejdet? | Nej<br>Ved ikke | 8<br>33 | -<br>69 |
| Har forløbet(behandlingen) haft en betydning for arbejdspladsen? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 40<br>33<br>27 | 8<br>59<br>33 |
| Har det haft betydning for arbejdspladsen, at have en medarbejder sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej | 88<br>12 | 85<br>15 |
| Har arbejdspladsen foretaget nogen ændringer eller tiltag, efter en medarbejder er blevet sygemeldt med stress? | Ja<br>Nej<br>Ved ikke | 50<br>44<br>6 | 62<br>23<br>15 |
| Er der sket nogen ændring i den måde I taler om stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej | 31<br>25<br>44 | 24<br>38<br>38 |
| Har det påvirket kollegaerne, at en medarbejder har været sygemeldt med stress? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej<br>Ved ikke | 54<br>34<br>6<br>6 | 54<br>15<br>31<br>- |
| Har der været det samme omfang af arbejdsopgaver som tidligere (for den sygemeldte)? | Ja<br>I nogen grad<br>Nej<br>Ved ikke | 52<br>24<br>24<br>- | 33<br>12<br>33<br>22 |

*AR- arbejdsmiljørepræsentanterne*

**Tabel D. Behandlernes vurdering af årsagen til stresssygemeldingen, samlede for alle sygemeldte i COPESTRESS projektet N= 207**

| **Arbejdsrelaterede omstændigheder** | | |
|---|---|---|
| Dårlig ledelse | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 23%<br>77% |
| Generelt dårligt arbejdsmiljø | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 36%<br>64% |
| Omstrukturering/nedskæring | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 54%<br>46% |
| Arbejdspres | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 15%<br>85% |
| Traumatisk oplevelse på arbejdet | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 82%<br>18% |
| Mobning | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 80%<br>20% |
| Andet arbejdsrelaterede belastninger | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 71%<br>29% |
| **Omstændigheder i privatlivet** | | |
| Skilsmisse | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 90%<br>10% |
| Belastningsfaktorer/konflikter i familien | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 62%<br>38% |
| Sygdom egen | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 87%<br>13% |
| Sygdom andres | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 83%<br>17% |
| Dødsfald | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 92%<br>8% |
| Overfald | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 98%<br>2% |
| Væsentlige forandringer | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 84%<br>16% |
| Anden traumatisk oplevelse | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 94%<br>6% |
| Andre private belastninger | Slet ikke/mindre grad<br>Moderat/høj grad | 78%<br>22% |

# BILAG 2 - Executive Summary

**Aim:** The aim of this study is to investigate what happens at the workplace when an employee is on sick-leave because of work-related stress? How does it affect the workplace? Did stress treatment with a workplace focus have an effect on the workplace? Which characteristics are significant for the workplaces having a successful return to work?

**Background:** The study was part of the stress treatment project COPESTRESS, treating patients with work-related stress. As a subchapter, COPEWORK investigated some of the patient's workplaces´ response to stress sick-leave.

**Methodology:** 38 Danish workplaces were included in the study, all having a minimum of one employee on sick leave due to stress. 64 informants were included in the study. 29 semi structured interviews and 11 follow-up interviews with a one-year interval have been conducted with managers and health and safety representatives (HSR´s). In addition, 28 questionnaires and 30 follow-up questionnaires were included with both quantitative measurements and open-ended qualitative assessments, where informants had the opportunity to describe their perceptions in their own words. Professional assessment of the causes of the stress sick-leave, as well as the employees' own assessments of their psychosocial work condition completed in the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) were included in the study.

**Analysis**: Qualitative data was analyzed through an ad-hoc method comprising meaning condensation, categorization, thematic analysis and interpretation. Quantitative data were analyzed using multivariate logistic analyses and T-Tests.

**Results:** The study revealed a complex interaction between managers, colleagues and organizational culture, including: Level of knowledge, policies, support systems, and articulation of stress. Workplaces aspects contributing to stress sick leave typically involved high work load/ pressure at work, mergers & acquisitions, organizational restructuring and re-design, downsizing, and lay-offs. Informants experienced stress generally as a "hollow" and indefinable concept. HSR thought of stress as being a more taboo subject than managers. Managers applied coping strategies, typically pointing toward stress not being a taboo subject, because – as they expressed – management did address the topic. However, addressing the topic was typically fronted by the argument that stress should be perceived as a weakness in these particular employees. At some workplaces, management refused to talk about stress at all. Instead, managers raised the issue of high work pressure as a basic professional condition. As another coping strategy, they underlined stress as a combination of multiple issues in work and private life, highlighting private causes for stress. Still, managers would express ambivalence between personal empathy and a business doctrine, doubled by the fact that they by the end of the day had to decide whether or not to fire the employee. We found two further coping strategies, which enabled managers to disclaim responsibility for the stress sick-leave: 1) focusing on the employee's (lack of) personal competences for dealing with high work loads, and 2) doubt as to whether sick-leave really were due to stress and stress-related disease. Managers applied these coping strategies because they did not really feel educated enough to deal with a stress-related sick-leave. They lacked knowledge about causes, signs and processes of stress and stress-related diseases, and they did not know how to handle the employee on sick-leave as his/her social surroundings at work. They also expressed a sense of lack of support from their superiors, and they experienced pressure from both employees and upper management. HSR was usually not involved in the situation, primarily because the cause of stress was regarded as unclear. Colleagues had ambivalent feelings, divided between support and care on one hand and irritation and frustration on the other. Usually, colleagues´ situational perception depended on how the sick-leave affected their own work-load, by the definition of their personal relations to the colleague on sick-leave, on the general workplace culture, and on knowledge and prejudices about stress and managers' handling of the situation – confirming the complexity of perceptions and issues in this study. Addressing the issue of recovering and positive affirmation processes, contact between line manager

and the employee on sick-leave was perceived to be crucial for RTW: Workplaces having successful RTW had significant higher scores on 13 psychosocial dimensions (COPSOQ) compared to workplaces with unsuccessful RTW, and after returning the employee experienced a significantly positive change on 11 dimensions.

**Discussion:** The results of this study may display a more positive bias. 197 employees had been asked to participate. However, only 38 workplaces ended up participating in the study – supposedly workplaces, organizations, managers and employees who had a positive attitude towards both the study and its topic. COPSOQ results support this bias. Furthermore, over-representation of women and public workplaces in the sample of this study, make – on top of methodological restrictions to qualitative study results, regarding decisive parts of this study – bold generalizations illegitimate. However, this study provides indications and issues for further exploration of evidence, as this study involves factors that usually are not included in studies of work-related stress.

**Conclusions:** An employee on sick-leave because of work-related stress, typically created focus on a complex interaction and communication patterns at the workplaces. A sick-leave due to work-related stress often affected the workplace negatively by adding more work to colleagues and manager(s), usually including downsizing economic and efficiency performance of that particular workplace. Hence, managers' and colleagues' response to work-related stress was often initially negative – but then again, weighted against emphatic feelings towards the colleague on sick leave, depending on this colleagues' status, organizational culture and management approach, it appeared that adding attention towards the work environment, dissemination of knowledge about stress, facilitating interventions to improve work environment in general, and keeping contact and communication with the colleague on stress sick-leave appeared to be more successful strategies for both the colleague and the organization/workplace in question, compared to focusing on the particular person on sick-leave. Workplaces with successful RTW had however, significant better scores on 13 psycho-social dimensions, and the employees experienced a significantly positive change on 11 dimensions. Treatment with workplace focus affected the workplace to a limited extend, but facilitated a significant faster RTW compared with "regular treatment".