

# **Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa**

Utveckling, implementering och utvärdering

Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Malin Junestav  
010-116 9416  
malin.junestav@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Denna rapport redovisar resultat av ett projekt som tilldelades forskningsmedel från Försäkringskassan 2014, och syftar till att öka kunskapen om vilket bemötande och stöd chefer behöver vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa. Syftet har också varit att utveckla ett stödpaket, SEAM (*Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health*), riktat till chefer för att förbättra stödet vid arbetslivsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa. Studiens resultat ger såväl teoretisk kunskap som praktiskt stöd ifråga om ett viktigt problem i arbetslivet och visar på vikten av att involvera arbetsgivare och chefer i rehabilitering av anställda med psykisk ohälsa. Den visar också på nödvändigheten att öka förståelsen ute i organisationerna och ge stöd för att öka förutsättningarna för individer som drabbats av psykisk ohälsa att i högre utsträckning kunna delta i arbetslivet.

Projektet är genomfört vid Institutionen för Hälsovetenskaper i samarbete med Institutionen för Global hälsa vid Lunds universitet och har varit finansierat av Försäkringskassan.

Rapportförfattarna och medverkande forskare i projektet, Annika Lexén, Maria Emmelin, Lars Hansson och Ulrika Bejerholm, vill tacka de chefer samt handläggare och annan rehabiliteringspersonal som deltagit i projektet. De vill också tacka de medverkande i expertgruppen som bidragit till utvecklingen av SEAM (*Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health*) och chefer samt personal vid Arbetsförmedlingen som aktivt medverkat i utvärderingsdelen av projektet. Författarna vill också särskilt tacka Docent Bengt Svensson som bidragit med sina expertkunskaper som föreläsare vid SEAM-utbildningen.

Forskarnas arbete har gjorts helt och hållet självständigt och det är författarna som svarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Gabriella Bremberg  
Chef för Avdelningen för analys och prognos

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>English abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>Begrepp och förkortningar</b> .....	<b>9</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>10</b>
Syfte .....	10
Bakgrund .....	11
<b>Metod</b> .....	<b>16</b>
Design .....	16
<b>Resultat</b> .....	<b>17</b>
Kunskapsunderlag för utvecklingen av SEAM (studie 1).....	17
Utveckling av SEAM (Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health) (studie 2) .....	30
Effekt och användbarhet (studie 3) .....	34
<b>Diskussion</b> .....	<b>40</b>
Öka chefers och rehabiliteringspersonals hälsolitteracitet om psykisk hälsa .....	40
Möt rehabiliteringspersonals och chefers rädsla och osäkerhet relaterat till psykisk ohälsa.....	41
Fokusera på styrkor och resurser hos klienten med psykisk ohälsa i mötet med chefen/arbetsgivaren.....	42
Fokusera på chefens behov.....	42
Erbjud chefen ett adekvat stöd .....	43
Samordna rehabiliteringsinsatserna .....	43
Stimulera till skapandet av strategier för psykisk hälsa på arbetsplatsen .....	44
<b>Slutsats</b> .....	<b>45</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>46</b>
<b>Bilaga 1: Metod</b> .....	<b>54</b>
Datinsamling, studie 1 .....	54
Datinsamling, studie 2.....	57
Datinsamling, studie 3.....	59
Etiskt tillstånd .....	63
Metoddiskussion .....	63
<b>Bilaga 2: Tabeller</b> .....	<b>64</b>

# Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultaten från ett forskningsprojekt vars övergripande syfte är att öka kunskapen om vilket bemötande och stöd chefer behöver vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa. Syftet är också att utveckla ett stödpaket riktat till chefer som kan förmedlas av handläggare och andra rehabiliteringsaktörer för att förbättra stödet till chefer vid arbetslivsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa. Projektet syftar även till att minska stigmatisering och medikalisering förknippat med psykisk ohälsa och öka tron på personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga.

Projektet belyser vikten av att rehabiliteringsaktörer och chefer ökar sina kunskaper om psykisk hälsa samt fokuserar på individens resurser och arbetsförmåga. Rehabiliteringspersonal är i en unik position att använda SEAM för att möta chefers negativa attityder, rädsla och osäkerhet samt utifrån chefens behov erbjuda adekvat kunskap, stöd och strategier för att anställa och ge stöd till medarbetare som drabbats av psykisk ohälsa.

Projektet har genomförts i tre delstudier där den första delstudien (studie 1) baseras på djupintervjuer med chefer och rehabiliteringsaktörer i syfte att skapa en kunskapsbas för att i nästa delstudie (studie 2) utveckla ett stödpaket riktat till chefer, SEAM, *Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health*, som kan ges av handläggare och andra rehabiliteringsaktörer för att förbättra stödet till chefer vid arbetslivsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa. Utvecklingen av SEAM skedde i samverkan med en expertgrupp bestående av chefer med erfarenhet av att stötta medarbetare med psykisk ohälsa, representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, HR-personal och personer med erfarenhet av psykisk ohälsa samt forskare i projektet. Stödpaketet SEAM:s användbarhet och effekt på rehabiliteringspersonals/chefer kunskaper om psykisk ohälsa, självförtroende och villighet att hjälpa en anställd/klient med erfarenhet av psykisk ohälsa utvärderades sedan i den sista delstudien (studie 3) i en longitudinell design med kvalitativa och kvantitativa metoder.

Stödpaketet SEAM visade sig leda till ökade kunskaper om psykisk ohälsa, förbättrade attityder gentemot och en ökad villighet att ge stöd till personer med psykisk ohälsa bland rehabiliteringspersonal. Fler handläggarna som gått utbildningen fick exempelvis ökade kunskaper om vilka råd som kan ges vid psykiska problem och de fick en högre tolerans gentemot personer i samhället med psykisk ohälsa. Utbildningen medförde också att deltagarna fick ökade kunskaper om förhållningssätt och strategier för mötet med klienter och chefer, och att de kände sig stärkta i sin yrkesroll. Resultatet av projektet är i linje med tidigare internationell och nationell forskning i relation till MHFA, *Första hjälpen till psykisk hälsa/Mental Health First Aid*, som visar att genomgången MHFA-utbildning, som är en del av SEAM, i en

bred allmänhet leder till generellt positivare attityder, förbättrade kunskaper och en ökad villighet att hjälpa personer med psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis visar resultaten av projektet att det är viktigt för att möjliggöra arbetsåtergång då en person drabbats av psykisk ohälsa att:

- öka chefers och handläggares och andra rehabiliteringsaktörers kunskaper om psykisk ohälsa,
- fokusera på individer med psykisk ohälsas förmåga och resurser i dialog med arbetsgivaren i stället för vilka oförmågor/nedsättningar chefen kan kompenseras för,
- möta chefers rädsla och osäkerhet relaterat till personer med psykisk ohälsa,
- fokusera på arbetsgivarens/chefens behov och erbjuda ett adekvat stöd,
- stimulera chefers engagemang i arbetsmiljöfrågor och utveckling av strategier för psykisk hälsa, samt
- verka för samordning av olika rehabiliteringsinsatser.

## English abstract

In Sweden today, mental health problems is the number one reason for people of working age being excluded from the labor market. Previous research shows that employers have a significant role for successful return-to-work. Additionally, adequate support from rehabilitation professionals influences employers' willingness to hire persons with mental health problems. More research is needed on how employers best can be supported within Swedish return-to-work services.

The overall aim of this project was to increase knowledge of what type of support employers need as part of people with mental health problems return-to-work process and when recruiting and employing people with mental health problems. The aim was also to develop, implement and evaluate an intervention for providing the employer with adequate support in addressing mental ill health at work.

A grounded theory study design was used to collect and analyse interview data from 23 employers and 22 rehabilitation professionals (study 1). Based on the interview findings and current research a support kit was developed and drafted, SEAM (*Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health*). The SEAM draft was then further developed using a participatory iterative design with the aid of an expert group (study 2). Finally, the feasibility and the effect of SEAM on rehabilitation professional and employer knowledge and beliefs about, and attitudes towards people with mental health problems were evaluated using a longitudinal design (pretest posttest of 6 months after the intervention) including both quantitative and qualitative research approaches (study 3).

The project resulted in the development of SEAM, which focuses on increasing employers', rehabilitation professionals' knowledge in mental health and their self-confidence and willingness to support an employee or client with mental health problems. SEAM also aims at decreasing stigma related to having a mental illness and increase the belief in persons with mental illness work ability (study 1 and 2). SEAM increased rehabilitation professionals' knowledge in mental health and improved their attitudes and willingness to provide employers and clients with adequate support as part of the return-to-work of person with mental health problems (study 3).

A support tool, such as SEAM, can provide rehabilitation professionals and employers with targeted support and knowledge in mental health literacy in relation to work that focuses on clients' resources and work ability. Rehabilitation professionals are in a unique position to use SEAM as a means to reduce employers' negative attitudes, fear and uncertainty by providing the employer with adequate knowledge, support and strategies to support employees who suffers from mental health problems. However, evaluating SEAM in a randomized controlled study design is necessary to verify that

the demonstrated effect is a result of the SEAM intervention and not dependent on other circumstances.



# Begrepp och förkortningar

Följande förkortningar används genomgående i rapportens metod-, resultat- och diskussionsdel:

FHV = Företagshälsovården

IPS = Kommunen/Individual Placement and Support

KA = Kompletterande aktörer

PS = Psykiatri

PV = Primärvården

SEAM = Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental Health

# Inledning

I Sverige idag är psykisk ohälsa den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden. Tidigare forskning har visat att chefer har en avgörande roll för en lyckad arbetsåtergång och att ett adekvat bemötande av samt stöd till chefer av rehabiliteringspersonal inverkar på deras beredskap att anställa en person med dessa erfarenheter. Mer forskning behövs emellertid om hur chefer bäst skall bemötas och stödjas inom ramen för dagens arbetslivsinriktade rehabiliteringsverksamheter.

Detta projekt bidrar till att öka kunskapen om och förståelsen för arbetsgivares/chefer, handläggares och andra rehabiliteringsaktörers hälsolitteracitet<sup>1</sup> om psykisk hälsa. Hälsolitteracitet om psykisk hälsa innefattar kunskaper och uppfattningar om psykisk ohälsa, vilket påverkar förmågan att känna igen, hantera och förebygga psykiska hälsoproblem. Projektet ger också förslag till och testar en intervention, SEAM – *Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health* – som syftar till att öka chefers/arbetsgivares samt handläggares och annan rehabiliteringspersonals kunskaper om psykisk hälsa och självförtroende och villighet att hjälpa en anställd/klient med erfarenhet av psykisk ohälsa.

Syftet med SEAM är också att minska stigmatisering och medikalisering förknippat med psykisk ohälsa och att öka tron på personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga. Stödpaketet SEAM utvecklades utifrån djupintervjuer med chefer och andra rehabiliteringsaktörer och visade sig leda till ökade kunskaper om psykisk ohälsa, förbättrade attityder gentemot och en ökad villighet att ge stöd till personer med psykisk ohälsa bland rehabiliteringspersonal.

## Syfte

Projektets övergripande syfte var att öka kunskapen om vilket bemötande och stöd chefer behöver vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa. Syftet var också att utveckla ett stödpaket riktat till chefer som kan ges av handläggare och andra rehabiliteringsaktörer för att förbättra stödet till chefer vid arbetslivsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa.

---

<sup>1</sup> Med hälsolitteracitet om psykisk hälsa menas kunskaper och uppfattningar om psykisk sjukdom, vilket påverkar förmågan att känna igen, hantera och förebygga psykiska hälsoproblem. Jorm, A. F. (2015). *Why We Need the Concept of "Mental Health Literacy"*. *Health Commun*, 30(12), 1166-1168. doi:10.1080/10410236.2015.1037423

### Specifika syften

#### Studie 1

- förstå hur chefer ser på att ha anställda/anställa personer med psykisk ohälsa och det stöd de får från rehabiliteringsverksamheter.
- undersöka hur handläggare och annan rehabiliteringspersonal inom psykiatri, primärvården, kommunen, samt handläggare inom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ser på arbetsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa och behovet av stöd till chefer vid rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa.

#### Studie 2

- utveckla ett stödpaket riktat till chefer som kan ges av handläggare inom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samt andra rehabiliteringsaktörer.

#### Studie 3

- utvärdera stödpaketets användbarhet och undersöka hur stödpaketet förändrar rehabiliteringsaktörers/cheferns kunskaper om psykisk ohälsa och attityder till psykisk sjukdom, samt villighet att hjälpa en anställd/klient med erfarenhet av psykisk ohälsa.

## Bakgrund

Människor med psykisk ohälsa är en marginaliserad och stigmatiserad grupp i vårt samhälle idag (1, 2). Bland annat innebär det att det finns föreställningar om att de har svårigheter att klara av ett arbete på den öppna arbetsmarknaden (1, 3). Psykisk ohälsa inkluderar många olika psykiska hälsoproblem, allt från stress, depression och ångesttillstånd (*common mental disorders, CMD*) till allvarliga och långvariga psykiatriska sjukdomstillstånd såsom schizofreni (4). I Sverige idag är den psykiska funktionsnedsättningen förknippad med den allra lägsta arbetsnivån och utgör en stor kostnad för både individen och samhället (4). År 2013 svarade den psykiska ohälsan för 60 % av alla nya ansökningar om aktivitetsersättning och har blivit den vanligaste orsaken till att personer i arbetsförålder står utanför arbetsmarknaden (5). I slutet av år 2016 var 53 % av alla sjukskrivningar orsakade av psykisk ohälsa. Många som drabbas av psykisk ohälsa känner ett stort utanförskap och upplever sig sakna de möjligheter och det stöd som krävs för att bli en del av samhället genom att arbeta och bidra på samma villkor som andra människor (3). Trots att arbete är ett viktigt mål och en stark önskan för många i gruppen och med många påvisade positiva effekter, såsom minskade symtom, ökad egenmakt och livskvalitet, är det få i gruppen som arbetar.

Satsningar har gjorts för att inkludera personer med psykisk ohälsa på arbetsmarknaden. Socialstyrelsen har bland annat fördelat stimulansmedel för införandet av evidensbaserad *supported employment (SE)* enligt *Individual Placemenet and Support (IPS)* för personer med psykisk ohälsa i kommunernas rehabiliteringsverksamheter (6, 7). IPS ger individer med

psykisk ohälsa stöd att direkt söka ett lönearbete på den öppna arbetsmarknaden utan att individen först behöver genomgå arbetsförmågebedömningar och arbetsträning. Adekvat stöd erbjuds sedan på arbetsplatsen så länge det behövs (8).

Både internationell (9, 10) och nationell (11, 12) forskning visar enhälligt att *SE/IPS* är den mest effektiva metoden att hjälpa personer med långvarig psykisk ohälsa att få och behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. I en nyligen genomförd svensk studie, där man jämförde *IPS* med den svenska rehabiliteringskedjan fick 46 % arbete med hjälp av *SE/IPS* medan endast 11 % fick arbete med hjälp av den traditionella stegvisa rehabiliteringen (11). För personer med medelsvår depression kom 42 % ut i anställning efter ett år, jämfört med 4 % som deltog i den traditionella rehabiliteringskedjan (12). *SE/IPS* är således även i en svensk kontext den mest effektiva metoden att hjälpa personer med psykisk ohälsa ut i arbetslivet (11, 12). Vi kan dock konstatera att drygt 50 % inte lyckas få ett arbete på den öppna arbetsmarknaden trots att de har uttryckt en önskan om detta. För att möjliggöra för ytterligare personer med psykisk ohälsa att få och behålla ett arbete behövs mer forskning rörande vilka insatser som krävs. Detta kan i sin tur bidra till att förbättra villkoren och förebygga arbetsmarknadsmarginalisering och utanförskap för denna grupp av individer.

Chefer/arbetsgivare<sup>2</sup> har i tidigare forskning, relaterad till *SE/IPS*, visat sig ha en avgörande roll för en lyckad arbetsåtergång för personer med psykisk ohälsa (13–17). De fungerar som ”*gate-keepers*” till arbetsmarknaden och har en central roll i jobb-person-matchningen (14, 15), liksom när det gäller att ge stöd samt initiera och godkänna arbetsplatsanpassningar (13, 14, 17–20). Denna forskning visar också att ett adekvat bemötande av och stöd till chefen av rehabiliteringspersonal har betydelse för om en chef skall våga ’öppna dörren’ och anställa en person med psykisk ohälsa. Mer forskning behövs emellertid om hur chefer bäst skall bemötas och stödjas.

En annan aspekt som är viktig att beakta är att många olika rehabiliteringsaktörer är involverade i den svenska rehabiliteringskedjan (21), såsom arbetsgivaren/ chefen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kompletterande aktörer, sjukvården, Företagshälsovården och kommunens rehabiliterings-verksamheter (22). Detta gör att en god samverkan mellan dessa och chefen är nödvändig för en lyckad arbetsåtergång. Mer forskning behövs därför som belyser hur dessa aktörer upplever att samarbeta med chefer som en del av arbetsrehabiliteringen av personer med psykisk ohälsa.

### En stödjande chef är nyckeln till ett hållbart arbetsliv

Arbetslivsforskning har visat att en förstående chef med en stödjande och uppmuntrande ledarstil är avgörande för att personer med psykisk ohälsa skall komma ut och bli långvariga på arbetsmarknaden (23). Generellt sett har chefer visat sig variera i öppenhet till att anställa personer med psykisk

---

<sup>2</sup> Chefer eller arbetsgivare i detta sammanhang avser chefer med personalansvar inom offentlig, statlig och privat sektor.

ohälsa (24-26). I en undersökning av Hjärnkoll 2014 (27) framgick att av 400 chefer med personalansvar ville var fjärde inte anställa en person med psykisk ohälsa. Detta trots att tre av fyra visade sig ha en sådan erfarenhet, antingen egen eller som närstående. Chefer är generellt osäkra på vilket sätt den psykiska ohälsan påverkar arbetsförmågan och har endast lite kunskap om stödstrategier och arbetsplatsanpassningar (26). Däremot visar tidigare forskning (*SE/IPS*) att chefer som har erfarenhet av att ha anställda med psykisk ohälsa är socialt engagerade, ser olikheter som något positivt, har tidigare personlig erfarenhet av psykisk ohälsa och är orädda inför vad detta innebär (14, 24, 25).

Dessa resultat är också i linje med Hjärnkolls nationella befolkningsundersökning 2011–2012 (28). I denna undersökning kunde 82 % av cheferna som hade erfarenhet av att arbeta med en person med psykisk ohälsa tänka sig att arbeta med en person med dessa svårigheter också i framtiden. Detta kan förklaras av att personlig kontakt med personer med psykisk ohälsa har visat sig leda till minskat stigma för gruppen (29). Chefer har också i högre utsträckning visat sig beredda att anställa personer med erfarenhet av psykisk ohälsa om de har en flexibel personcentrerad ledarstil, fokuserar på arbetsutförande i stället för funktionsnedsättning, har en positiv inställning till anpassningar, gör effektiva och ändamålsenliga jobb-personmatchningar samt ser rehabiliteringsprogram som ett fortlöpande stöd och som en resurs (24). Vidare har personer med psykisk ohälsa visat sig lyckas bättre på arbetsplatser med ett arbetsklimat där man accepterar olikheter, är omhändertagande och visar respekt (23).

Utifrån denna forskning är det rimligt att anta att chefer som väljer att ta sig an personer med psykisk ohälsa utgör en unik grupp med unika karaktäristiska och erfarenheter (14). Det är angeläget att utreda vilket stöd och vilka insatser som behövs för att även chefer utan personlig erfarenhet av psykisk ohälsa och med bristande personliga resurser skall kunna öka sin beredskap för att anställa personer med psykisk ohälsa.

### Faktorer som har betydelse för att chefer skall våga anställa

En rad faktorer har visat sig ha betydelse för om en individ med psykisk ohälsa lyckas på arbetsmarknaden (13–17, 20). Här understryks vikten av att rehabiliteringspersonal säljer in sin kompetens om psykisk hälsa och adekvata anpassningar samt ger ett trovärdigt och professionellt intryck för att chefen skall våga 'öppna dörren' och anställa personen (14–17). På så sätt är den kunskap, värdegrund och de attityder samt strategier som personalen har avgörande för att minska osäkerheten kring personer med psykisk ohälsas anställningsbarhet och arbetsförmåga (16). Enligt Porter m.fl. (30) utgör bristen av hälsolitteracitet om psykisk hälsa och tro på att personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga ett hinder i arbetsåtergången. Detta är ett problem eftersom många individer med psykisk ohälsa redan har låg tilltro till sin arbetsförmåga. Om dessutom rehabiliteringspersonalen har låg tilltro är arbetsåtergång för dessa individer mindre trolig. Negativa attityder till personer med psykisk ohälsa och deras arbetsförmåga påverkar högst troligt också chefers villighet att anställa. Det behövs därför kunskaper om

rehabiliteringspersonals upplevelser i samband med rehabiliteringen av personer med psykisk ohälsa.

Vidare har chefers föreställningar om en arbetssökandes funktionsnedsättning, arbetsförmåga och anställningsbarhet visat sig till viss del påverka hans eller hennes agerande vid rekrytering av personer med funktionsnedsättning (16). Bättre kunskaper om psykisk ohälsa har också visat sig vara kopplat till en generell positivare attityd till psykisk ohälsa (29) och bättre kunskaper om personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga (16). Det är därför av vikt att rehabiliteringspersonal ger chefen adekvat information kring den arbetssökandes med psykisk ohälsas funktionsnedsättning samt erbjuda stöd som en del av arbetsrehabiliteringen redan i det inledande mötet och fortlöpande under anställningen (14, 16, 17). En öppenhet under anställningen rörande funktionsnedsättningen kopplat till den psykiska ohälsan kan också möjliggöra för chefen att göra ändamålsenliga arbetsplatsanpassningar (16).

Jobb-person-matchningen, har också visat sig vara en viktig faktor för att en person med psykisk ohälsa skall få en anställning (31–34). Detta gäller även chefer som överlag har en positiv inställning till att anställa personer med psykisk ohälsa (15). Enligt Gustafson (16) är chefens syn på arbetsförmåga arbetsrelaterad och kopplad till vad den enskilda personen kan utföra i form av produktivt arbete på arbetsplatsen. Synen på arbetsförmågan såsom den beskrivs inom arbetsmarknads- och socialpolitik är däremot mera relaterad till funktionsnedsättning och diagnos. Således är principen ”rätt jobb till rätt person” av avgörande betydelse. Enligt tidigare forskning (*SE/IPS*) kan också en bristande jobb-person-matchning vara svår att justera med hjälp av anpassningar (20, 35, 36). Det är därför viktigt att lyfta fram de resurser, kunskaper och den kompetens som den arbetssökande har och som efterfrågas av chefen, snarare än hinder och begränsningar (15). När en arbetsgivare ställer frågan om varför hen ska anställa en person med psykisk ohälsa i stället för en person utan, är svaret: ”för att hen gör arbetet bättre”.

Tidigare studier har även belyst vikten av att också chefer får adekvat stöd när personer med psykisk ohälsa börjar arbeta (14, 15, 20). Här spelar rehabiliteringspersonalen en betydande roll. I studien av Lexén m.fl. (14) framkom att chefer kan uppleva stolthet över att bidra till en annan människas utveckling. Samtidigt kan det innebära negativa känsloupplevelser som påverkar beredskapen att i framtiden anställa en person med psykisk ohälsa. Dessa negativa upplevelser kan handla om frustration till följd av ökad arbetsbelastning eller konflikter bland anställda, samt osäkerhet och rädsla inför att ställa för höga krav och påverka den anställdas hälsa negativt. För att hantera denna typ av upplevelser betonade cheferna i studien vikten av fortlöpande kontakt med kunnig personal. Rehabiliteringspersonalens sociala anpassningar av arbetsplatsen betonades som särskilt viktiga.

Sammanfattningsvis finns en del forskning inom området och på vilket sätt rehabiliteringspersonal kan erbjuda chefer ett adekvat stöd. Vi vet också att olika faktorer kan inverka på om en chef anställer en person med psykisk

ohälsa. Det finns däremot en kunskapslucka rörande hur chefer upplever och tänker inför att en anställd återgår i arbete efter sjukskrivning eller inför att anställa en person med psykisk ohälsa. Det behövs också mer kunskap om handläggare och annan rehabiliteringspersonals upplevelser av arbetsrehabiliteringsprocessen och mötet med chefer som en del av denna, samt om hur stöd till chefer kan utformas inom ramen för dagens arbetslivsinriktade rehabiliteringsverksamheter för personer med psykisk ohälsa. Med hjälp av ett adekvat bemötande av och stöd till chefer kommer fler att kunna öka sin beredskap för att anställa personer med psykisk ohälsa och därmed minska den rådande arbetsmarknadsmarginaliseringen av denna grupp.

# Metod

## Design

*Studie 1* är en kvalitativ intervjustudie, enligt grundad teori (37), med 23 chefer och 22 handläggare och annan rehabiliteringspersonal inom psykiatri (PS), primärvården (PV), kommunen/*Individual Placement and Support (IPS)*, kompletterande aktörer (KA), företagshälsovården (FHV), samt handläggare på Försäkringskassan (FK) och Arbetsförmedlingen (AF). Grundad teori (37) är en lämplig metod att använda när forskare vill fördjupa förståelsen för en situation eller process på ett förutsättningslöst sätt (38, 39). Datainsamling och analys går därför ”hand i hand” och nya fynd styr den fortsatta datainsamlingen. Grundad teori är också ett vedertaget sätt att strukturera och organisera rika, kvalitativa datamaterial (40).

*Studie 2* har en participatorisk/deltagande design och hanterar en iterativ utveckling av stödpaketet Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health (SEAM) riktat till chefer med hjälp av en expertgrupp. Detta baserat på tidigare forskning inom området samt resultatet av studie 1. Expertgruppen bestod av 16 personer och innefattade chefer med erfarenhet av att stötta medarbetare med psykisk ohälsa, representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, HR-personal, personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och arbetsåtergång, samt forskarna i projektet.

*Studie 3* är en kombinerad effekt- och processutvärdering med en mix av kvantitativa och kvalitativa mätningar före, under och efter SEAM-utbildningen, dvs. longitudinell design (41). I en processutvärdering försöker forskare förstå inte bara varför en intervention varit framgångsrik eller inte, utan också vad som bidragit till att den lyckats eller inte lyckats i vissa avseenden. 95 handläggare med olika uppdrag inom Arbetsförmedlingen inkluderades i studien. Detta innefattade handläggare med mer generella uppdrag med lite erfarenhet av att möta arbetssökande med psykisk ohälsa till handläggare med utbildning i SE och stor erfarenhet av att möta arbetssökande med psykisk ohälsa.

För mer detaljerad beskrivning av urval, genomförande och analys för respektive delstudie se Bilaga 1.



# Resultat

## Kunskapsunderlag för utvecklingen av SEAM (studie 1)

Nedan beskrivs resultatet av intervjuerna med chefer och rehabiliteringsaktörer (Studie 1), vilka tillsammans med tidigare forskning inom området utgör kunskapsunderlag för utvecklingen av SEAM (Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health) (Studie 2).

### Chefers syn på psykisk ohälsa

*Sammanfattningsvis* beskriver cheferna att de upplever sig lämnade ensamma med ansvaret för de anställdas med psykisk ohälsas rehabilitering. De beskriver att de känner sig osäkra på var gränser för deras ansvar som chef går och att de saknar någon att få stöd av, diskutera med, rådfråga och bolla olika idéer med kring den anställdas psykiska hälsa och rehabilitering. Vissa chefer känner sig osäkra i mötet med den anställda och har funderingar kring vad de ska säga och hur de ska agera. Andra känner osäkerhet när det gäller den psykiska sjukdomen och vad den kan innebära och framfört allt hur den kan tänkas påverka arbetsförmågan. Psykisk ohälsa beskrivs av cheferna som svårtolkat och diffust.

Chefers erfarenhet av att möta personer med psykisk ohälsa har betydelse för hur han eller hon bemöter och hanterar medarbetare med sådana erfarenheter. Flera känner sig osäkra på hur de skall gå tillväga för att matcha personen med lämpliga arbetsuppgifter. De vet inte hur långt de vågar gå i sina frågor och var gränser går för vad som förväntas av dem som arbetsgivare. Det är vanligt att chefer känner sig rädda för att sårta den anställda. Många chefer beskriver också behov av stöd för att hantera sjukskrivning vid psykisk ohälsa, p.g.a. avsaknad av policy för hur de förebygger och hanterar psykisk ohälsa på arbetsplatsen. De beskriver också behov av stöd att hitta verktyg för hantering av den övriga arbetsgruppen, samt stöd i administrationen kring intyg och annat. Cheferna upplever att fokus ofta blir på det sjuka, vilket tar fokus från det friska och arbetet. Dålig synkronicitet mellan sjukintyg och löneutbetalning är något som cheferna anser skapar onödiga svårigheter, stress och oro. Kravet på en stram ekonomi, produktivitet och kvalitet gör dessutom cheferna noga i rekryteringen och gör det i vissa fall svårt att ge anställda med psykisk ohälsa adekvat stöd vid arbetsåtergång. Nedan beskrivs de kategorier som framkom av analysen av intervjuerna med cheferna.

### Skiljer mellan begriplig och obegriplig psykisk ohälsa

Av intervjuerna med cheferna framkom tydligt att det råder osäkerhet om vad psykisk ohälsa egentligen är för något. Begreppet beskrivs som svårtolkat och diffust. Till en början kopplade en del av informanterna psykisk

ohälsa enbart till psykiatrisk diagnos och hade svårt att relatera frågeställningarna till egna erfarenheter. Efter att ha reflekterat över begreppet kom de emellertid fram till att psykisk ohälsa är mer än en diagnos. Psykisk ohälsa uttrycks på olika sätt och kan vara svår att se hos en medarbetare.

Informanterna skiljde mellan 'begriplig och obegriplig psykisk ohälsa'. Depression, efter att ha utsatts för stor arbetsbelastning, förlust av en anhörig eller skilsmässa sågs som begriplig psykisk ohälsa. I en av intervjuerna berättade en informant om en medarbetare som drabbats av psykisk ohälsa efter att hennes son dött och den stora igenkänningsfaktorn detta innebar och rimligheten i att drabbas av ett utmattningssyndrom efter en sådan förlust. Utmattningssyndrom beskrivs även som greppbart, något som kan drabba alla. Denna typ av psykisk ohälsa beskrevs som lättare att förstå och relatera till än en psykiatrisk diagnos såsom schizofreni och annan långvarig psykisk sjukdom som skapar större osäkerhet och rädsla. En informant berättade om sin rädsla för att låta en anställd med bipolär sjukdom fortsätta ta hand om äldre utåtagerande personer. Av intervjuerna framkom även att det för cheferna är lättare att relatera till en anställd som blivit sjukskriven under sin anställning där chefen känner den anställda och hans omständigheter väl. På detta sätt blir sjukskrivningen mer begriplig jämfört med en person som berättar om sin psykiska ohälsa i en anställningssituation.

### **Ser psykisk ohälsa genom tidigare erfarenheter**

Av chefsintervjuerna framkom att erfarenheter av att möta personer med psykisk ohälsa, både privat och i arbetet, har betydelse för hur chefen bemöter och hanterar medarbetare med sådana erfarenheter. Erfarenheter av mer privat karaktär handlar till största delen om att ha en nära vän eller släkting som drabbats av exempelvis utmattningssyndrom eller panikångest. När det gäller erfarenheter av psykisk ohälsa i arbetet handlar det främst om stressrelaterad psykisk ohälsa, men även missbruk och bipolär sjukdom. Erfarenheterna varierar och påverkar chefernas inställning både positivt och negativt. Även tidigare erfarenheter av kontakt med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och sjukvården påverkar inställningen till anställda som är sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa och till att anställa personer med erfarenhet av psykisk ohälsa. Om dessa erfarenheter är positiva beskrivs de av cheferna kunna ge trygghet och mindre oro när det gäller att möta och hantera psykisk ohälsa på arbetet.

Flera har positiva erfarenheter av att ha varit delaktiga i att rehabilitera en person tillbaka i arbete efter sjukskrivning. Andra har negativa erfarenheter då de inte lyckats och att de då känt sig otillräckliga och till och med varit tvungna att tvinga medarbetare att avsluta sin anställning på grund av konsekvenser av den psykiska ohälsan på arbetet.

### **Ser personer med psykisk ohälsa som en risk eller tillgång – vill helst ha alla kort på bordet**

Cheferna upplever generellt nyanställningar som svåra. De beskriver att det är svårt att bedöma om en ny medarbetare kommer att fungera på arbetsplatsen eller inte och extra svårt att bedöma personer som har erfarenhet av

psykisk sjukdom. Cheferna berättade att det är ovanligt att en arbetssökande berättar att hen har psykisk ohälsa, vilket gör det extra svårt.

Vissa chefer beskrev att de inte vill ha personer med psykisk ohälsa på sin arbetsplats, eftersom de innebär en för stor ekonomisk risk: ”man vill ju inte hyra en bil med tre hjul”. De chefer som anser att man måste vara frisk för att kunna arbeta ser det som extra viktigt att ta reda på om en person som har/haft psykisk ohälsa är färdigbehandlad och frisk. Dessa chefer har önskemål om att kunna ”skanna för psykisk ohälsa” och ser det som ett nederlag att inte ha upptäckt den psykiska ohälsan vid anställningsintervjun.

Andra ser inte psykisk ohälsa som ett hinder, men de vill gärna ha alla kort på bordet så att de kan erbjuda rätt stöd och avgöra om arbetet passar individen eller inte. Dessa chefer tycker att det viktigaste är att personen kan utföra arbetet på ett ändamålsenligt sätt och är nogga med att vetskapen om en eventuell psykisk ohälsa inte ska påverka bedömningen. De känner snarare rädsla för att riskera att diskriminera personer med psykisk ohälsa.

De finns också de chefer som under intervjun beskriver erfarenhet av psykisk ohälsa som en tillgång. Personer som drabbas av utmattningssyndrom beskrivs till exempel som empatiska och kreativa, vilket kan vara en tillgång i arbetet. Ett annat exempel är en chef som under intervjun berättar om en omorganisation som gjorde att de anställda mådde dåligt där alla medarbetare utom den som hade erfarenhet av psykisk ohälsa hade svårt att hantera förändringen som omorganisationen innebar. Denna anställda hade genom sin erfarenhet av psykisk ohälsa och genom KBT-behandling fått redskap för att klara förändringar. Chefen såg honom som en resurs och kunde använda honom för att stötta de andra i arbetsgruppen.

Att se personer med erfarenhet av psykisk sjukdom som en risk eller tillgång hänger ihop med synen på psykisk ohälsa. De som ser det som en risk har ofta fördomar som t.ex. att personer med psykisk sjukdom inte kan klara av komplexa arbetsuppgifter: ”Det är lättare att lassa grus än att syssla med kalkyler”, eller att ”Personer med psykisk ohälsa ställer till det i arbetsgruppen”. Oavsett inställning tycker dock de flesta att det är lättare att anställa en ”frisk” person och känner sig generellt osäkra inför att anställa en person med psykisk funktionsnedsättning, eftersom det är osäkert hur hen fungerar i en arbetssituation. Det finns också en rädsla för att drabbas av kostnaderna för sjukskrivning.

### **Osäkra på var gränsen för chefsrollen går**

Cheferna belyser svårigheten med att sätta gränser mellan att vara professionell och privat samt en osäkerhet om var gränsen för deras ansvar som chef går. Cheferna befinner sig här längs ett kontinuum gällande sitt engagemang i den anställdas rehabiliteringsprocess. Flera chefer lyfter vikten av att vara just chef och inte vän, eftersom detta för med sig andra förpliktelser och gör det svårt att som chef ta och genomföra beslut. Cheferna beskrev att de ibland tvingas gå in och agera psykolog eller rehabiliteringskoordinator gentemot övriga rehabiliteringsaktörer, för att stötta sina anställda tillbaka

till arbete. En av cheferna berättade exempelvis att cheferna i hans organisation många gånger tar en behandlande roll gentemot sjukskrivna anställda, vilket kan leda till långa rehabiliteringsprocesser och svårigheter att sätta gränser. Det är också uppenbart att i de fall där cheferna får ekonomisk kompensation från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten finns utrymme för ett mer empatiskt förhållningssätt. Utan pengar och kompensation för icke fullgod arbetskraft är det svårt att anställa.

### **Uppfattar kravet på produktivitet både som hinder och drivkraft**

Kravet på en stram ekonomi, produktivitet och kvalitet gör cheferna noga i rekryteringen och gör det i vissa fall svårt att ge anställda med psykisk ohälsa adekvat stöd vid arbetsåtergång. Flera chefer beskriver att de har ett pressat budgetläge och att det primära målet därför är att ha produktiva anställda med ”rätt man på rätt plats”, en så kallad ”slimmad organisation”. Chefer i vården beskriver att säkerheten och vårdkvaliteten måste komma först och chefer inom skolan beskriver att man måste ha lärare som verkligen kan undervisa. Konsekvensen av detta är att det finns endast litet utrymme för omplacering av anställda till andra arbetsuppgifter. Andra berättar att kravet på produktivitet ökar viljan och drivkraften att se till att de anställda mår bra. Ett exempel på detta är ett börsnoterat världsledande företag som samtidigt är en arbetsplats där de anställda har stort inflytande när det gäller att skapa en god arbetsmiljö.

### **Lämnas ensamma med ansvaret**

Cheferna upplever sig ofta lämnade ensamma med ansvaret för de anställdas rehabilitering. De upplever en stor frustration, eftersom de känner att de inte räcker till. De beskriver att de inte hinner stötta sina anställda på det sättet de skulle önska och att tidsbrist gör att de inte hinner förbereda sig mellan rehabiliteringsmötena. De upplever att Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (och ibland även FHV) inte pratar klartext utan undanhåller information. Detta får konsekvenser, eftersom chefen då inte känner till omständigheterna och inte kan möta den anställda/arbetssökande där hen befinner sig och erbjuda rätt stöd på arbetsplatsen.

Arbetsförmedlingen beskrivs av flera chefer som att vid upprepade tillfällen ha tagit kontakt och presenterat olika personer med psykisk ohälsa för anställning, utan att ha erbjudit stödstrategier för hantering och uppföljning. Cheferna känner sig lämnade utanför och ensamma i att försöka hantera situationer som de upplever sig sakna strategier för att hantera på ett adekvat sätt. Arbetsförmedlingen beskrivs som vänliga i kontakten och kompenserar ekonomiskt, men med kortsiktiga mål för att fylla sina kvoter och resultatmål utifrån den politiska styrningen. Flera av cheferna beskriver också att de uppfattar det som att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen vill ha personen i arbete utan hänsyn till arbetsuppgifternas och arbetsmiljöns krav. Försäkringskassan kan exempelvis avslå en ansökan om sjukskrivning trots att både chef, facket och FHV menar att personen inte kan utföra sina arbetsuppgifter p.g.a. av konsekvenser av den psykiska ohälsan.

### Efterlyser ökat stöd och samordning

Cheferna ger under intervjuerna tydligt uttryck för en önskan om hjälp att hantera problem som uppstått i verksamheten p.g.a. psykisk ohälsa bland personalen. Flera av cheferna berättar om hur de försökt sätta sig in i den anställda med psykisk ohälsas situation och lägga tid på att lyssna och följa upp. Trots ansträngningar utöver det som förväntas av en chef är det inte tillräckligt. När det gäller personal med diagnostiserad psykisk ohälsa efterfrågar cheferna mer information om den anställdas psykiska sjukdom och kontakt med personens psykiater eller läkare på vårdcentralen (PV). Cheferna efterfrågar också bättre kunskaper om de olika stegen i rehabiliteringsprocessen. De efterfrågar även samordning mellan de olika rehabiliteringsaktörerna och har en önskan om att själva slippa ta ansvaret för att samordna den anställdes rehabilitering. När det gäller Arbetsförmedlingen, upplever cheferna att de saknar genomtänkta strategier och åtgärdsprogram. De önskar att Arbetsförmedlingen inte bara förmedlar arbete utan även förmedlar stöd till chefer.

### Handläggares och annan rehabiliteringspersonals syn på psykisk ohälsa och behovet av stöd till chefer

Sammanfattningsvis beskriver sig många rehabiliteringsaktörer ha en stark tilltro till den traditionella stegvisa rehabiliteringskedjan som den bästa strategin att hjälpa personer med psykisk ohälsa ut i arbetslivet, i motsats till rekommendationerna i nationella riktlinjer för gruppen. I likhet med de intervjuade cheferna, uttrycker rehabiliteringsaktörerna bristande kunskaper och negativa attityder relaterade till personer med psykisk ohälsa och deras arbetsförmåga. Avsaknad av kunskaper om psykisk ohälsa, främst gällande långvarig psykisk ohälsa, leder till rädsla och osäkerhet i kontakten med dessa personer. Rädslan och osäkerheten i sin tur leder till att rehabiliteringsaktörerna fokuserar på diagnos och funktionsnedsättning i stället för förmågor och styrkor i mötet med chefer. Bedömningen av en individ med psykisk ohälsas arbetsförmåga baseras på nedsättning eller oförmåga och olika typer av anställningsstöd används för att kompensera arbetsgivaren för den nedsatta arbetsförmågan. Personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga beskrivs som svårbedömd, varierande och osäker över tid. Trots fokus på personens diagnos, psykiska funktionsnedsättning och bristande arbetsförmåga ser dock många av de intervjuade rehabiliteringsaktörerna positivt på personer med psykisk ohälsa arbetsförmåga och till stor del beroende av faktorer i arbetsmiljön.

Brister i stödet till chefer beskrivs i form av bristande information, olämpliga Försäkringskassans/Arbetsförmedlingens handläggare, tidsbegränsat stöd, avsaknad av företagshälsovård hos mindre företag och brister i synkroniseringen av rehabiliteringskedjan. Regelverken beskrivs som svårtolkat och den tillhörande administrationen som begränsande, vilket skapar problem och förlänger arbetsrehabiliteringsprocessen. Administrationen kring sjukskrivningar beskrivs också ta fokus från arbetet och att bli frisk. Bristen på och behovet av samordning mellan berörda rehabiliteringsaktörer lyfts även. Nedan beskrivs de kategorier som framkom av analysen av intervjuerna med handläggare och annan rehabiliteringspersonal.

### **Stark tilltro till den traditionella stegvisa rehabiliteringen**

Rehabiliteringspersonalen på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt KA beskriver sig generellt ha en stark tilltro till den traditionella stegvisa rehabiliteringskedjan som den bästa strategin att hjälpa personer med psykisk ohälsa ut i arbetslivet, i motsats till rekommendationerna i nationella riktlinjer för gruppen. Klienter med psykisk ohälsas arbetsförmåga tränas och bedöms i flera steg/faser innan personen bedöms klara ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Handläggare fokuserar därför på att hitta lämpliga arbets träningsplatser och försöker ”sälja in” klienten till chefen genom att erbjuda olika typer av anställningsstöd innefattande ekonomisk kompensation. Synen på arbetsförmåga beskrivs dock inom dessa verksamheter ha förändrats från att ha varit helt beroende av diagnos till att ses som mer beroende av arbetsmiljön.

I motsats till det traditionella stegvisa rehabiliteringsförfarandet stöttar arbetsspecialisterna (IPS) klienter med psykisk ohälsa direkt till ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. De menar att det är omöjligt att bedöma en person med psykisk ohälsas arbetsförmåga innan hen har börjat ett arbete på den öppna arbetsmarknaden, eftersom den psykiska funktionsnedsättningen är ett resultat av interaktionen med arbetsmiljön. Arbetsspecialisterna försöker också matcha individens förmågor och resurser med arbetsgivarens behov och på så sätt hitta arbetstillfällen till sina klienter. Klienten och chef erbjuds sedan icke-tidsbegränsat stöd genom träning och anpassningar på arbetsplatsen.

### **Medikalisering skapar stigma**

Informanterna inom sjukvården (PS, PV) beskriver en rädsla för att medikalisering kan skapa stigma. De menar att samtal om diagnos inte alltid är positivt, men att det finns inbyggt i systemet att en person måste få en diagnos för att kunna hanteras inom socialförsäkringssystemet. Detta görs bland annat genom att ett sjukintyg skrivs. Sjukintyget bekräftar det sjuka, vilket i sig är stigmatiserande. FHV beskriver även att diagnostisering/att få en diagnos leder till ”en stämpel” som är kopplad till värderingar hos både individen, chefen och samhället i stort. Chefer/arbetsgivare och Arbetsförmedlingen menar att de också söker trygghet i diagnosen, eftersom ”vi som människor gärna vill söka enkla förklaringar och lösningar och att det därför är enkelt att ha boxar, i detta fall olika diagnoser, för att hantera komplexa problem”. Detta beskrivs som en svårighet, eftersom diagnos inte alltid är kopplad till arbetsförmågan.

Under en av intervjuerna beskrev en läkare följande:

*”Vi är inte vår diagnos. Vi är unika människor med olika förmågor och färdigheter. Utifrån detta perspektiv är risken stor att vi hamnar i fel box eller att vi tillskrivs egenskaper som vi inte har baserat på diagnos”.*

### **Svårtolkat regelsystem och administration begränsar**

Handläggarna på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och KA upplever de olika regelverken och den tillhörande administrationen som begränsande, vilket skapar problem och förlänger arbetsrehabiliteringsprocessen för personer med psykisk ohälsa. Handläggare inom Försäkringskassan upplever även regelverket som svårtolkat och att de egna värderingarna inte alltid stämmer överens med regelverket. Detta beskrivs som en utmaning att förhålla sig till då klienter blir arga och känner sig orättvist behandlade. Den kompletterande aktören (KA) upplever att administrationen kring sjukskrivningar skapar problem på det sättet att både chefen och arbetstagaren fokuserar på att sjukskrivningen sköts på ett korrekt sätt, vilket tar fokus från arbetet och att bli frisk. Ibland beskrivs även att klienter upplever beslut utifrån regelverket som negativt, vilket spär på den psykiska ohälsan (FK). Detta försvåras av att läkare inte alltid kan förmedla de restriktioner som föreligger i relation till ersättningsform och annan information på ett korrekt sätt (FK).

### **Produktivitetskrav och slimmade organisationer ett hinder**

Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, IPS och PV beskriver under intervjuerna dagens arbetsmarknad som krävande med höga krav på produktivitet och slimmade organisationer med litet utrymme för personer som avviker från normen. Dessa organisationer bygger på handplockade medarbetare med unik kompetens och specifika arbetsuppgifter, vilket försvårar både vid nyanställning av personer med erfarenhet av psykisk ohälsa och när medarbetare som drabbats av psykisk ohälsa skall återgå i arbete efter sjukskrivning. Detta medför att det finns endast lite utrymme för att göra förändringar i arbetsuppgifterna eller hitta alternativa arbetsuppgifter. Dessa organisationer beskrivs dessutom av informanterna att ha uttalade rekryteringsprocesser, med tydliga steg. Dessa beskrivs utgöra ett hinder, eftersom de minskar möjligheten till personlig kontakt med chefen, en strategi som många arbetsrehabiliterare beskriver sig använda för att skapa arbetstillfällen för sina klienter.

Det finns inte heller utrymme att ha en ”dålig dag” på arbetet. De menar att produktivitetskraven gör att cheferna inte har råd att behålla medarbetare som har upprepade sjukskrivningar eller är sjukskrivna en längre tid. Informanterna beskriver också att många chefer har begränsade ekonomiska resurser att kompensera för en anställds nedsatta arbetsförmåga. Dessa ekonomiska begränsningar, menar informanterna, skapar ett motstånd bland chefer att anställa personer med erfarenhet av psykisk ohälsa. Sammantaget menar informanterna att detta leder till en exkluderande ekonomistyrd arbetsmarknad.

### **Känner rädsla och osäkerhet inför klienter med allvarlig psykisk ohälsa**

I likhet med cheferna skiljer rehabiliteringsaktörerna mellan begriplig och obegriplig psykisk ohälsa, vilket också påverkar stödet som ges. Exempelvis beskriver handläggarna på Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att det är olika svårt att stötta/ rehabilitera personer beroende på typ av psykiatrisk diagnos och att det är svårare att hjälpa/stötta personer med långvarig

psykisk sjukdom såsom bipolär sjukdom, schizofreni och missbruk ut i arbete. De känner sig osäkra och rädda när det gäller att bemöta personer med allvarlig psykisk sjukdom och tycker att det är extra svårt att hantera personer som har vanföreställningar. Exempelvis beskrivs att personer med schizofreni ”gör utfall och är labila”. Detta gör att de inte vill träffa dessa personer enskilt och flera handläggare har erfarenheter av att ha hamnat i hotfulla situationer. Psykisk ohälsa kan också skapa obehag och en rädsla att själv drabbas. Handläggare inom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan beskriver även att det finns kollegor/handläggare som har en stigmatiserande syn på personer med psykisk ohälsa. Informanterna inom FHV beskriver att de inte har någon direkt erfarenhet av svårare psykisk ohälsa, men beskriver samtidigt en rädsla och bristande kompetens och resurser att stödja personer med denna problematik.

### **Varierande tro på och attityder till personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga**

Handläggare på Arbetsförmedlingen beskriver kunden som deras ambassadör på arbetsmarknaden som kan skada deras rykte och anseende. De tycker därför inte att de kan ”sälja en produkt som man inte kan stå för”. Detta blir extra svårt när det gäller personer med psykisk ohälsa, eftersom handläggare upplever deras arbetsförmåga som varierande och osäker över tid. Detta gör att handläggare inte riktigt tror på personens arbetsförmåga från början. I dessa fall ses psykisk ohälsa som ”en svaghet som är svår att sälja in” till potentiella arbetsgivare.

Många tror inte att en fast anställning är realistisk för gruppen. Man beskriver också att det är svårt att bedöma arbetsförmågan relaterat till psykisk ohälsa, eftersom funktionsnedsättningen inte är synligt påtaglig. Ett sätt att hantera detta är, i stället för att söka arbete direkt, satsa på praktikplatser och arbetsförmågebedömningar, som på så sätt fungerar som en provanställning.

Det finns dock en diskrepans mellan olika handläggare både på Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan gällande synen på personer med erfarenhet av psykisk ohälsas arbetsförmåga. Några menar att det är få som inte har en arbetsförmåga överhuvudtaget och betonar vikten av att alla människor, även de med psykisk ohälsa, behöver arbeta för att må bra. Andra beskriver att personer med psykisk ohälsa inte kan arbeta alls och att arbete snarare skapar lidande när man upplever sig ratad efter att bidragen tagit slut och individen inte får vara kvar på arbetsplatsen. Arbetsspecialisterna (IPS) från kommunens verksamheter anser däremot att rehabiliteringspersonal måste våga chansa när det gäller klientens arbetsförmåga och att det är omöjligt att bedöma denna innan individen börjar arbeta på en specifik arbetsplats. De menar att arbetsförmågan är lika med individens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter med stöd i en specifik arbetsmiljö. De anser även att erfarenhet av psykisk ohälsa är något positivt som kan vara en resurs på arbetsplatsen.



### **Förespråkar olika grad av öppenhet kring psykisk ohälsa**

Rehabiliterarna skiljer sig åt i synen på öppenhet gällande sina klienters psykiska hälsa. Vissa anser att total öppenhet är den enda vägen, medan andra går försiktigare fram och lägger tonvikten på kompetens och förmåga att klara av arbetsuppgifterna. De flesta menar dock att öppenhet är ett måste för att skapa förståelse i mötet med chefer kring personens funktionsnedsättning och en nödvändighet för att kunna kompensera chefen ekonomiskt för den bristande arbetsförmågan. Sjukvården (PV, PS) samt Försäkringskassan beskriver dock att tystnadsplikten begränsar möjligheten att vara öppen i dialogen med chefer.

### **Bedömer chefers kompetens som varierande**

De olika rehabiliteringsaktörerna beskriver chefers kunskap och syn på psykisk ohälsa som varierande och att chefer inte alltid har klart för sig vad psykisk ohälsa innebär. Denna okunskap gör att chefen misstolkar och har orealistiska förväntningar på personen med psykisk ohälsas arbetsförmåga.

Chefen beskrivs inte alltid vara medveten om det egna ansvaret som arbetsgivare och att hen exempelvis har samma ansvar vid en lönebidragsanställning som vid en vanlig anställning. Det innebär också en svårighet då chefen inte vågar prata om psykisk ohälsa, inte tar ansvar, eller vid bristande ledarskap som t.ex. väldigt auktoritära, rigida eller rationella, kyliga chefer som öppet visar fientlighet och inte lyssnar på medarbetare. Nyckfulla chefer upplevs också av de olika rehabiliteringsaktörerna som svåra att bemöta som en del av personer med psykisk ohälsas arbetsåtergång. Dessa beskrivs skapa psykisk ohälsa bland sina medarbetare p.g.a. av att de skapar känslor av otrygghet. På detta sätt är anställda som mår dåligt psykiskt ”i händerna” på arbetsgivaren och hans kompetens, erfarenhet och ledarskap (FHV).

Bra chefer, menar informanterna inom FHV, har kompetens, strategier och kontakt utåt och sköter rehabiliteringen på ett bra sätt, samt vet var de anställda kan få stöd och vård. Deras ”rehabiliteringsnätverk” är redan etablerat. Chefer utan kompetens beskrivs däremot som resurskrävande för rehabiliteringsaktörerna och i behov av kompetenshöjande utbildning, vilket ibland ges av FHV tillsammans med HR och andra aktörer.

En variation när det gäller yngre och äldre chefer beskrivs också (HR, FK). En informant beskrev (FHV) följande:

*”Många nya chefer tar mindre plats och har ett sämre eller utvecklat ledarskap och tar stöd av personalstrategen i större omfattning, medan mer erfarna chefer uppvisar större trygghet och tar större eget ansvar när det gäller att bemöta anställda med psykisk ohälsa”.*

Vidare framkommer att om chefen har en HR-avdelning tar hen ofta ett steg tillbaka i mötet med den sjukskrivna anställda och andra iblandande rehabiliteringsaktörer. Mötet med HR upplevs enligt primärvårdsläkarna inte alltid som positivt av medarbetaren, eftersom HR-strategen är mer

tränad i förhandling och upplevs vara chefers allierade. På detta sätt blir det två mot en.

Primärvårdsläkarna (PV) och arbetsspecialisterna (IPS) beskriver också en stor okunskap och rädsla bland chefer. De beskriver att cheferna känner sig osäkra på hur de kan samtala kring psykisk ohälsa på arbetsplatsen och vad de kan kräva av en medarbetare som återgår i arbete efter sjukskrivning. De beskriver att vissa chefer förväntar sig att personer med psykisk funktionsnedsättning skall bli helt återställda och att funktionsnedsättningen försvinner med tiden. Bristande ledarskapsutbildning beskrivs också skapa problem i mötet med medarbetaren med psykisk ohälsa p.g.a. exempelvis bristande ledarskapsstrategier och bristande kunskaper om arbetsgivaransvaret. Vidare menade informanterna att en allmän osäkerhet på arbetsplatsen kring hur man samtalar om psykisk ohälsa gör att man inte vågar fråga hur en medarbetare mår psykiskt och ställa krav på en medarbetare med psykisk ohälsa. De beskriver att många chefer söker kunskap kring vilka krav de kan ställa på en medarbetare med psykisk ohälsa, om arbetet kan göra personen illa, utgöra en risk o.s.v.

Informanterna beskriver också att chefer många gånger saknar strategier och förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa eller anpassa för psykisk hälsa bland sina anställda. Slimmade organisationer med färre anställda leder till hög arbetstakt och stora krav vilket leder till psykisk ohälsa, framför allt eftersom anställda inte har ork kvar på sin fritid. På detta sätt leder en obalans mellan arbete och fritid till att de anställda inte orkar med livet (FHV). När fasaden till slut krackelerar är den anställde eller chefen ofta redan drabbad av psykisk ohälsa (FHV). Handläggare på FK menade att det är viktigt att få chefer att förstå att psykisk ohälsa kostar. Många mindre arbetsplatser beskrivs sakna FHV och rutiner för att upptäcka tidiga tecken på psykisk ohälsa bland sina medarbetare. På detta sätt beskrivs i stället sjukskrivningarna komma som en överraskning. Många arbetsplatsers sociala arbetsmiljö uppmuntrar inte heller till att samtala öppet om psykisk ohälsa, vilket gör att medarbetare heller inte adresserar denna typ av problem med chef eller medarbetare. De menar att det är viktigt att den som upplever tecken på psykisk ohälsa och stress kan prata öppet om det med chef och kollegor.

Rehabiliteringsaktörerna beskriver att chefers kunskaper om psykisk ohälsa liksom strategier och erfarenheter har betydelse för en lyckad arbetsrehabilitering. En kunnig förstående chef skapar tillit och trygghet för medarbetaren. Erfarenheten gör också att chefen avsätter tid direkt, är påläst och insatt (har kunskaper), har en god relation med sina medarbetare, har ett adekvat bemötande, ser och bekräftar, ser möjligheter och resurser, ställer frågor om psykisk ohälsa (är nyfiken), har empati, inger hopp, ser och skapar möjligheter samt vågar ta ledarskapet vid både nyanställning och arbetsåtergång av en person/medarbetare med psykisk ohälsa på ett tydligt sätt. Allt detta bidrar till att påverka medarbetaren med psykisk ohälsas arbetsförmåga i positiv riktning. En bra chef är lösningsfokuserad, ser möjligheter, resurser och arbetsförmåga hos den sjukskrivna (FK). De är

tydliga, uppmärksamma och strategiska och gör risk- och konsekvensanalyser av arbetsbelastning och arbetsmiljö (FHV).

### **Ser hur chefers vilja och ork inte alltid stämmer överens**

Generellt upplever samtliga informanter att de flesta cheferna de mött vill göra rätt och hjälpa anställda med psykisk ohälsa. De flesta cheferna beskrivs som måna om sina anställda, samt att i stor utsträckning vilja ha sina medarbetare tillbaka efter sjukskrivning och är i denna process måna om att agera på ett korrekt sätt. Flera chefer arbetar också aktivt med förebyggande arbetsmiljöarbete. Många chefer, speciellt inom vård och omsorg, beskrivs dock själva stå på gränsen till utmattning med en mycket hög arbetsbelastning. De är stressade och har ofta inte tid avsatt för att hinna vara chef. Viljan finns med orken saknas att stötta/hjälpa en medarbetare med psykisk ohälsa. Detta skapar skuld känslor och känsla av otillräcklighet hos chefen då hen inte orkar eller hinner göra det insatser som är nödvändiga för att hjälpa anställda tillbaka i arbete.

### **Parerar för att möta chefer med ekonomiskt vinstintresse och/eller socialt ansvar**

Informanterna från Arbetsförmedlingen beskriver sig ha olika strategier för hur de närmar sig potentiella arbetsgivare. De möts ofta av rädsla och agerar som kameleont i förhållande till arbetsgivarna för att ha en chans med placeringar. Informanter från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, IPS och KA beskriver att chefer idag har stort fokus på ekonomi och lönsamhet. Många organisationer är slimmade och har litet utrymme för att anpassa arbetsuppgifter eller anställa personer med bristande arbetsförmåga. Det beskrivs att många chefer är ”närliga och mest pratar pengar”. Personal inom sjukvården beskriver också att cheferna kan ha en dold agenda, eftersom de inte har råd att ha kvar sjukskrivna eller inte helt optimalt fungerande anställda och att de därför i mötet med den anställda och sjukvården och ibland till och med passar på att avskeda personen när hen ”ändå är i sjukvårdens goda händer”. I materialet framkommer beskrivningen av två typer av chefer som de olika rehabiliteringsaktörerna mött i sin vardag: Chefer som ser en personlig vinning och chefer med stort hjärta som vill göra rätt:

Handläggare på Arbetsförmedlingen och arbetsspecialister (IPS) beskriver att många chefer ser lönebidragsanställning som en röd prislapp (personlig vinning) och förväntar sig en fullt fungerande och presterande person till ett lägre pris, d.v.s. att individen skall erbjudas fullt bidrag oavsett graden av funktionsnedsättning. Cheferna beskrivs ha en dold agenda där de egentligen endast är ute efter gratis arbetskraft. En handläggare beskriver det som att det finns en ”en gränslös girighet bland chefer” eller att ”chefer pratar pengar och skiter i personen”. Detta beskrivs främst handla om privata arbetsgivare, inte offentliga, eftersom offentliga inte har någon personlig vinning.

Bland offentliga arbetsgivare är det överhuvudtaget svårt att få till en arbetsträning eller anställning, tillskillnad från privata arbetsgivare som generellt beskrivs som mer tillmötesgående. Denna typ av arbetsgivare

beskrivs försöka göra sig av med anställda med psykisk ohälsa och vill inte anpassa arbetsmiljön. Arbetsförmedlingen och arbetsspecialisterna (IPS) använder sig tydligt av sin makt att dra tillbaka olika typer av stödanställningar för arbetsgivare där det fungerar dåligt eller då man i arbetssökandet möter sarkastiska och fördomsfulla chefer. Arbetsförmedlingen och IPS ser det som ett varningstecken när chefen endast pratar pengar och inte visar förståelse för personen eller när chefen bryter överenskommelsen i samband med en praktik eller lönebidragsanställning.

Informanterna beskriver också chefer med stort hjärta, ett stort socialt engagemang och som vill hjälpa till. I denna grupp beskrivs finnas många enskilda företagare som trots en pressad ekonomisk situation anställer personer med psykisk ohälsa. Här försöker Arbetsförmedlingen i samverkan med Försäkringskassan gå in med friskrivningsklausul för karens och bistå med subventionerade anställningar för att underlätta för arbetsgivaren och möjliggöra anställning.

Gällande båda dessa typer av arbetsgivare upplever Arbetsförmedlingen att de måste överkompensera ekonomiskt för att det överhuvudtaget skall vara möjligt att få personer med psykisk ohälsa ut i arbete, vilket återspeglas i de strategier de använder för att stötta dessa personer ut till anställning. Detta resulterar dock många gånger i att anställningen försvinner då bidragen tas bort och bidrar inte till några varaktiga lösningar. Arbetspecialisterna (IPS) letar i stället anställningsmöjligheter i linje med klientens önskemål, vilket innebär anställning i konkurrensutsatta arbeten på den öppna arbetsmarknaden.

### **Upplever brister i stödet till chefer**

*Bristande information:* Många handläggare upplever att informationen till chefer om Arbetsförmedlingens roll och Försäkringskassans regler samt rehabiliteringsprocessen brister. Generellt vill handläggarna inom Arbetsförmedlingen bli bättre på att förmedla sitt budskap, d.v.s. roll och vad Arbetsförmedlingen kan bistå med till chefer. Detta menar de skulle minska antalet chefer som tar kontakt med Arbetsförmedlingen för att få stöd i ett för sent skede, vilket resulterar i att handläggaren måste göra sitt bästa för att rädda situationen. Handläggare inom Försäkringskassan beskriver att chefer generellt behöver mer information om regelverket, Försäkringskassans arbetssätt, de olika stadierna i rehabiliteringsprocessen och att en bristande dialog ofta resulterar i ilska mot Försäkringskassan och handläggaren.

Arbetspecialisterna i kommunen (IPS) upplever också att Arbetsförmedlingen behöver bli bättre på att informera chefer om sina insatser och varför man i vissa fall kompenserar för en klients bristande arbetsförmåga. De upplever också att man får ”olika bud beroende av handläggare”, vilket kan ställa till det inte minst om ärendet tas över av en annan handläggare än den klienten hade först. Informanterna inom FHV menar att de kan bli bättre på att både informera och involvera personalgruppen, vilket kan minska stigma kring psykisk sjukdom och skapar bättre förståelse och möjligheter till anpassningar. Personalen inom FHV menar att den sociala arbetsmiljön,

d.v.s. kollegorna och deras attityd och stöd har en stor inverkan på den sjukskrivnas möjlighet att återgå i arbete.

*Olämpliga handläggare:* Både handläggare på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen menar att det finns många olämpliga handläggare på myndigheterna, som exempelvis kränker klienten och på detta sätt skapar problem. Dessa handläggare pratar diagnos, vilket bidrar till stigma, eftersom ”diagnosen blir en stämpel”. Handläggare på Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan beskriver också handläggare på Arbetsförmedlingen som pushar ut klienter i arbete utan hänsyn till vare sig bidragsnivå eller långsiktighet. Vidare beskrivs att vissa handläggare på Arbetsförmedlingen inte heller gör en adekvat jobb-person-matchning, vilket skapar problem för både chef och den arbetssökande med psykisk ohälsa. Handläggarna på Försäkringskassan beskrivs av handläggare på Arbetsförmedlingen och bland personalen inom sjukvården som utredande och pressande utan att vara stöttande. Vidare beskriver handläggare på både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att det finns försäkringskassehandläggare som kommunicerar utan kunskaper, vilket skapar osäkerhet bland chefer.

*Bristande samordning:* Många handläggare inom både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan anser att samordningen/samverkan mellan olika aktörer i rehabiliteringskedjan brister. Framst efterlyser de ett samarbete med sjukvården och läkarens hjälp att informera chefen om sjukdomen. Handläggare på Försäkringskassan beskriver vikten av att sjukvården kommer in med information och stöd i ett tidigt skede, så att chefen inte blir lämnad ensam. Sjukvården beskriver sig komma in senare i rehabiliteringsprocessen (för sent enligt dem själva) och anser att kontakten mellan vården och berörda arbetsgivare behöver bli bättre. Informanterna inom PS anser att de exempelvis behöver ta fram bättre rutiner för kontakt och samarbete med chefen. Exempelvis bör det enligt en informant finnas en rutin att alltid kontakta chefen vid sjukskrivning. En informant inom PS beskriver att de redan har klart definierade roller i relation till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, men att rollen i relation till arbetsgivarna är odefinierad, vilket skapar osäkerhet.

Samtidigt är informanterna från sjukvården (PV, PS) rädda att deras inblandning skall leda till en ökad medikalisering och att detta riskerar påverka rehabiliteringsprocessen negativt genom fokus på diagnos och sjukdom. De menade också att fokus på arbetsplatsen skall vara på det friska och inte på det sjuka. Informanter i PS och PV beskriver omsättningen på personal (täta byten av handläggare och bristande kontinuitet) inom FK som problematisk. Detta anses påverka klienternas arbetsåtergång negativt, eftersom det försvårar samarbetet med Försäkringskassan. Dessutom menar de att det kan vara svårt för klienterna att prata om sin rehabilitering med en handläggare som de inte känner och som inte är insatt i klientens situation.

*Tidsbegränsat stöd:* Handläggarna på Försäkringskassan liksom personalen inom PV och PS upplever sig sakna både tid och resurser som krävs för att kunna ge chefer ett adekvat stöd. Handläggare på Arbetsförmedlingen beskriver också att de har begränsad möjlighet att ge den arbetssökande med

psykisk ohälsa och dennes chef stöd både i tid och omfattning. De ville kunna ge ett långsiktigt stöd med tätare uppföljningar vid behov. På grund av den begränsade möjligheten att erbjuda chefen ett adekvat stöd efterlyser handläggare på F och Arbetsförmedlingen en ”hotline för chefer” dit chefen kan vända sig för att få råd och stöd kring exempelvis anpassningar, psykisk ohälsa, regelverket, arbetsgivaransvaret och strategier att använda i mötet med anställda som drabbats av psykisk ohälsa.

*Avsaknad av företagshälsovård hos mindre företag:* Att små företag saknar avtal för företagshälsovård beskrivs som ett problem, eftersom dessa saknar stöd och resurser för att hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Här menar FHV och HR att chefen lämnas ensam med ansvaret i större utsträckning än chefen inom offentlig sektor.

*Brister i arbetsrehabiliteringskedjan:* Samtliga informanter upplever sig komma för sent in i sjukskrivningsprocessen. Generellt upplever handläggarna på FK att chefer kommer för sent in i processen, vilket kan bero på ett bristande förebyggande arbete eller okunskap om tecken på psykisk ohälsa hos den anställda. Enligt informanterna på Försäkringskassan är det vanligt att en anställd har många kortare sjukskrivningar innan kontakt tas med primärvårdsläkare för att bli sjukskriven. De anställda anger inte alltid att psykisk ohälsa är orsaken utan uppger i stället fysiska besvär som orsak.

## Utveckling av SEAM (Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health) (studie 2)

Stödpaketet kom att innehålla tre dagars utbildning av handläggare och övriga rehabiliteringsaktörer i Första hjälpen till psykisk hälsa, aktuell forskning om arbete och psykisk hälsa, ett evidensbaserat stöd att använda i mötet med klient och chef samt en informationshemsida med riktad information till chefer.

Syftet med SEAM är att underlätta arbetsåtergången för personer med erfarenhet av psykisk ohälsa genom att öka chefers, handläggares och andra rehabiliteringsaktörers:

- (1) kunskaper om psykisk ohälsa (hälsolitteracitet om psykisk hälsa)
- (2) självförtroende och villighet att hjälpa en anställd/klient med erfarenhet av psykisk ohälsa, samt
- (3) att minska stigmatisering och medikalisering förknippat med psykisk ohälsa (ökad tro på personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga).

Stödpaketet är utformat på ett sådant sätt att det kan anpassas utifrån olika organisationers/verksamhetens uppdrag.

## SEAM-utbildning av handläggare och annan rehabiliteringspersonal

### Utbildningens tre delar:

1. *Första hjälpen till psykisk hälsa/Mental Health First Aid (MHFA)* (45) är en evidensbaserad utbildningsinsats som ger ökade kunskaper om de vanligaste psykiatriska sjukdomarna och hur tecken på olika slag av psykiskt lidande kan vägleda en utomstående att upptäcka, ta kontakt och hjälpa till på rätt sätt. Som en del av utbildningen lärs också handlingsplaner ut kring hur rehabiliteraren bör agera vid olika typer av psykiatriska kristillstånd, som t.ex. om en klient får en panikattack eller uppvisar självmords- och självskaðebeteende, berusningstillstånd, psykos eller våldsamt beteende. I utbildningen ingår fallövningar, gruppövningar och åskådliggörande filmer.
2. *Arbete och psykisk hälsa*. Denna del av utbildningen berör forskning om arbete och psykisk hälsa och innefattar kunskap om personlig återhämtning och psykisk hälsa, arbetets betydelse för återhämtningen samt vad forskningen visar gällande effektiva insatser att stödja personer med psykos respektive affektiv problematik (depression, bipolärsjukdom, ångest) tillbaka till arbetslivet. Individuella och integrerade insatser liksom vikten av personcentrerat stöd och en god relation mellan klient och rehabiliteringspersonal lyfts fram som centralt (51). Arbetsförmågan som ett dynamiskt begrepp diskuteras och även vilka strukturella förutsättningar som påverkar denna (22, 52–54). Anpassningar och stöd belyses (13, 18, 20), liksom hindrande och främjande faktorer för arbetsåtergång för gruppen (30). Här läggs extra stor vikt vid betydelsen av professionellas och chefers attityder, kunskaper och beteenden i relation till personer med psykisk sjukdom, eftersom detta har visat sig central för en lyckad arbetsåtergång (4, 55). Forskning och erfarenhetsberättelser lyfts fram med syfte att öka handläggares kunskaper om möjligheterna att arbeta trots en psykisk sjukdom. Bättre kunskaper om psykisk ohälsa och att träffa personer med psykisk ohälsa har dessutom visat sig vara kopplat till generellt positivare attityder till personer med psykisk ohälsa (56, 57).
3. *Evidensbaserat stöd för klient och chef* innefattar förhållningssätt, kommunikationsprinciper och strategier som rehabiliteringspersonal kan använda i mötet med klient och chef baserat på den kunskap som framkommit i studie 1, genom expertgruppens arbete, samt aktuell forskning inom bland annat IPS/SE (11, 14, 58–60), motiverande samtal (60, 61) och kognitiv beteendeterapi (KBT) (12, 62). Att kombinera och integrera olika metoder har visat sig ge ett bättre och mer hållbart resultat (12, 63). Motiverande samtal som ett inslag i arbetsrehabiliteringen har dessutom visat sig stärka möjligheten att förändra beteende och KBT-strategier har som en del av arbetsrehabiliteringen visat sig motverka psykisk ohälsa och kan fungera som ett kraftfullt redskap om det kopplas till arbetssituationen (12).

Exempel på principer som lyfts i relation till *Förhållningssätt* är att i mötet med chef och klient ha tilltro till klientens arbetsförmåga och förmedla detta i mötet med chefen, fokusera på styrkor och resurser både hos klient och chef, skapa öppenhet och vidmakthålla transparens samt se möjligheter och fokusera på att lösa problem. Att ha tilltro till personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga har visat sig i tidigare forskning vara avgörande för en lyckad arbetsrehabilitering (15, 64–68). På detta sätt påverkar arbetsrehabiliterarens inställning både klientens egen tilltro till sin arbetsförmåga och arbetsgivarens tilltro till klientens/arbets sökande med psykisk ohälsas arbetsförmåga. Att skapa öppenhet och vidmakthålla transparens jämnar ut maktförhållandet och bidrar till en öppenhet där chefen och klienten vågar prata öppet om känsliga frågor (15, 68, 69). Att ställa upp som bollplank och stöd för chefen har visat sig vara avgörande för hans inställning, vilket också ökar chefens villighet att öppna sin dörr och anställa personer med erfarenhet av psykisk ohälsa (14, 15, 68).

*Kommunikationsprinciperna* som ingår i SEAM bygger på grunderna i motiverande samtal (61) och principer som är viktiga att tänka på för att stärka klientens återhämtning (69–71). Exempel på kommunikationsprinciper är att använda ett personcentrerat och neutralt språkbruk (69) samt ställa öppna frågor och lyssna reflektivt (61). Detta väcker tankar och idéer om förändringsmål hos chef och klient och vägen fram till dessa. Dessa kommunikationsprinciper skapar en positiv förändring och stärker självkompetensen hos både klient och chef.

*Strategier i kontakt med den arbets sökande* innefattar att vara ett beslutstöd när det gäller att berätta om den psykiska ohälsan för arbetsgivaren/chefen samt att ge stöd till egenmakt. Att lägga alla kort på bordet vid arbetsåtergång är något som både cheferna och rehabiliteringspersonalen som intervjuades i studie 1 anser vara centralt för en lyckad arbetsåtergång (68). Tidigare forskning visar dock att det ofta är komplext att vara öppen med sin psykiska ohälsa (30, 68, 72–75). Som en del av utbildningen lärs därför ett beslutstöd ut som rehabiliteringspersonal kan använda i mötet med klienten. Beslutsstödet innefattar att klienten på ett strukturerat sätt får tänka igenom när, var och hur hen skall berätta om sin psykiska ohälsa för arbetsgivaren och har visat sig skapa större trygghet i mötet oavsett om hen bestämmer sig för att berätta om psykisk ohälsa för chefen eller inte (75). Vikten av att ge stöd till egenmakt (76) genom att låta klienten ta eget ansvar lyfts också fram som centralt.

*Strategier i kontakt med chefen/arbetsgivaren* innefattar konkreta strategier som rehabiliteraren kan använda i mötet med chefer. Det övergripande syftet med dessa strategier är att stödja chefen att ta sitt arbetsgivaransvar, vilket är en förutsättning för en lyckad arbetsåtergång för gruppen personer som sjukskrivits och står utanför arbetsmarknaden p.g.a. psykisk ohälsa. Exempel på strategier är att



engagera arbetsgivaren/chefen i rehabiliteringen och arbetsmiljöfrågor (13, 20, 77), utveckla en god relation (13, 20, 77), uppmärksamma chefens situation och se hen som expert på sin verksamhet (14, 68, 78), förmedla kunskap om arbete och psykisk hälsa (57), möta chefens erfarenhet av psykisk ohälsa (14, 68, 78), skapa möjlighet till möte med den arbetssökande (79, 80) och skapa ett individuellt utformat stödnätverk (14, 15, 68). Att ge chefen ett adekvat stöd har visat sig vara viktigt eftersom chefer generellt är mer positiva till att anställa personer med psykisk ohälsa om de erbjuds ett adekvat stöd av rehabiliteringsaktören (14). Studie 1 visar dessutom att många chefer känner sig osäkra på hur de skall stötta en medarbetare med psykisk ohälsa och efterfrågar råd och stöd samt bekräftelse på om/att de gör rätt (68). Detta stämmer också överens med resultatet av forskningen av Gustafsson m.fl. (15) och Lexén m.fl. (14). Vidare visar forskningen att chefer som har goda kunskaper om psykisk ohälsa också genomgående har bättre attityder (57).

### SEAM-informationshemsida för chefer/arbetsgivare

Stödpaketet innefattar också en hemsida med riktad information till chefer om hur man som chef och medarbetare/kollega kan uppmärksamma och bemöta en medarbetare/kollega som visar tecken på psykisk ohälsa samt hur psykisk ohälsa kan förebyggas på arbetsplatsen.<sup>3</sup>

Hemsidan består av två delar:

1. Första hjälpen till psykisk hälsa – Riktlinjer för att hjälpa en medarbetare/kollega
2. Att förebygga och hantera psykisk ohälsa på arbetsplatser – Riktlinjer för verksamheter

Den första delen innefattar riktlinjer för att hjälpa en medarbetare/kollega med psykisk ohälsa och vad chefen skall tänka på då hen tar kontakt, vid samtalet samt vid stöd och anpassningar. Den andra delen innefattar riktlinjer för att förebygga psykisk ohälsa på arbetsplatsen och beskriver hur en positiv arbetsmiljö kan skapas, vikten av att balansera krav och kontroll i arbetssituationen, belöna anställdas insatser och skapa en rättvis arbetsplats. Råd för hur chefer kan hantera personal i tider av organisationsförändringar beskrivs också, liksom vikten av att utveckla ledarskap och ledningskompetens, erbjuda medarbetare utbildning om psykisk hälsa, samt adresserar anställdas eget ansvar att förebygga psykisk ohälsa. För mer detaljer om innehållet i SEAM informationshemsida för chefer se Tabell 5.

---

<sup>3</sup> För mer information se <http://libguides.lub.lu.se/employeraboutmentalhealth> Innehållet på hemsidan är utvecklat med inspiration från Australien (43, 44).

**Tabell 5 Innehållet i SEAM informationshemsida riktad till chefer**

<b>Innehåll informationshemsida för chefer/arbetsgivare:</b>
Första hjälpen till psykisk hälsa – Riktlinjer för att hjälpa en medarbetare/kollega
Att ta kontakt
Att tänka på vid samtalet
Stöd och arbetsplatsanpassningar vid psykisk ohälsa
Att hjälpa en medarbetare/kollega som är väldigt upprörd
Att förebygga och hantera psykisk ohälsa på arbetsplatser – Riktlinjer för verksamheter
Strategi för att främja psykisk hälsa
Att implementera en strategi för att främja psykisk hälsa
Att utveckla en positiv arbetsmiljö: vad chefer och arbetsledare kan göra
Balansera krav och kontroll i arbetssituationen
Belöna anställdas insatser
Skapa en "rättvis" arbetsplats
Att hantera personal i tider av organisationsförändring
Utveckla ledarskap och ledningskompetens
Erbjud personalen utbildning om psykisk hälsa
Anställdas ansvar för att förebygga psykisk ohälsa

## Effekt och användbarhet (studie 3)

SEAM:s påverkan på handläggarnas kunskaper om psykisk hälsa, attityder och villighet att hjälpa

### Förändringar i kunskaper om psykisk ohälsa

Utbildningsdeltagarnas kunskaper om psykisk hälsa (hälsolitteracitet om psykisk hälsa) ökade signifikant från innan utbildning (baslinje) till direkt efter avslutad utbildning ( $z=-2.037, p=0.042$ ). Förändringen höll fortfarande i sig 6 månader efter avslutad utbildning ( $z=-5.093, p=0.001$ ). Tabell 6 visar kunskaper om psykisk ohälsa innan och efter deltagandet i SEAM-utbildningen. Signifikant fler deltagare instämmer i högre grad med 8 av 12 påståenden.

**Tabell 6 Förändring av kunskap om psykisk ohälsa (MAKS\*) bland utbildningsdeltagarna innan (n=95) och efter (n=74) deltagandet i SEAM-utbildningen. I förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda (P<.05)**

Påstående	Innan SEAM-utb	Direkt efter SEAM-utb	Sign.
	mv(SD)	mv(SD)	
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	1.80 (±0.87)	1.59 (±0.81)	0.036
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	1.93 (±0.85)	1.56 (±0.69)	0.002
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	1.92 (±0.72)	1.86 (±0.62)	
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	1.57 (±0.58)	1.46 (±0.53)	
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	2.49 (±0.84)	2.15 (±0.89)	0.028
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	3.16 (±0.94)	2.94 (±1.01)	
Depression är en form av psykisk sjukdom	1.76 (±1.03)	1.73 (±1.12)	
Stress är en form av psykisk sjukdom	3.04 (±1.37)	3.22 (±1.38)	0.014
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom	1.15 (±0.56)	1.03 (±0.17)	0.047
Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom	1.11 (±0.35)	1.06 (±0.23)	
Alkohol- och drogmissbruk är en form av psykisk sjukdom	2.66 (±1.28)	2.36 (±1.27)	
Sorg är en form av psykisk sjukdom	3.66 (±1.25)	3.75 (±1.31)	0.038

\* Respektive påståendena i MAKS skattas på en 5-gradig skala som sträcker sig från instämmer helt = 1 till tar helt avstånd från = 5.

Efter avslutad utbildning ansåg exempelvis signifikant fler att de flesta med psykisk ohälsa vill ha ett lönearbete. Signifikant fler visste också vilka råd hen skulle ge en vän med psykiska problem, att människor med psykiska problem kan återhämta sig fullständigt och att schizofreni är en form av psykisk sjukdom. Signifikant fler hade också lärt sig att stress och sorg inte är en psykisk sjukdom.

### Förändringar i attityder till personer med psykisk ohälsa

Deltagarnas attityder till personer med psykisk sjukdom förändrades i positiv riktning från innan utbildningen till direkt efter avslutad utbildning ( $z=-4.366$ ,  $p=0.001$ ). Tabell 7, bilaga 2 visar förändring av attityder till personer med psykisk sjukdom före och efter avslutad SEAM-utbildning. Signifikant fler deltagare instämmer i högre grad med 9 av 30 påståenden.

Av tabellen framgår exempelvis att efter avslutad SEAM-utbildning tyckte signifikant fler att den bästa behandlingen för människor med psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället, att psykiatrisk vård bör bedrivas i öppna vårdformer, att vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som har en psykisk sjukdom, att de flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter och att människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror.

### Förändringar i villighet att hjälpa en person med psykisk ohälsa 6 månader efter avslutad SEAM-utbildning

Generellt skattade mer än 50 % av handläggarna på Arbetsförmedlingen att de vid fler eller betydligt fler tillfällen tillämpat 6 av 9 SEAM-hjälpbeteenden/strategier i mötet med en klient med psykisk ohälsa (se Tabell 8). Mer än 50 % hade vid fler eller betydligt fler tillfällen känt sig tryggare i kontakten med personer med psykisk sjukdom, stannat kvar och lyssnat på en klient som berättar om sina psykiska hälsobesvär, känt igen tecken och symtom på psykisk ohälsa, samt suicid, gett information om effektiv hjälp vid psykisk sjukdom och bedömt allvaret vid en svår psykisk kris.

**Tabell 8** Procentuell andel av informanterna som vid fler eller betydligt fler tillfällen hjälpt en klient med psykisk ohälsa i olika avseenden (n=44)

SEAM-strategier i kontakt med en klient med psykisk ohälsa	%
Vågat ta kontakt	49
Känt mig tryggare i kontakten	52
Stannat kvar och lyssnat	51
Känt igen tecken på psykisk sjukdom	59
Frågat om suicid	29
Gett information om effektiv hjälp	51
Känt igen symptom på psykisk ohälsa	59
Bedömt allvaret av svår psykisk kris	54
Föreslå självhjälpstrategier	44

### Förändringar i villighet att ge stöd till chefer

Generellt skattade mer än 50 % av de 44 AF-handläggarna som fyllde i 6-månadersenkäten att de avseende 6 av 9 skattade SEAM-hjälpbeteenden/strategier vid fler eller betydligt fler tillfällen gett stöd till en chef vid en person med psykisk ohälsas arbetsåtergång (se Tabell 9). Mer än 60 % av informanterna skattade att de vid fler eller betydligt fler tillfällen hade engagerat arbetsgivare i rehabiliteringen och arbetsmiljöfrågor, uppmärksammat arbetsgivares situation och sett hen som expert på sin verksamhet, samt gett stöd på plats. Mer än 70 % av informanterna hade vid fler eller betydligt fler tillfällen lyft fram arbetssökandes eller anställdas resurser i mötet med chefen/arbetsgivaren och skapat möjlighet till möte med den arbetssökande/klienten.

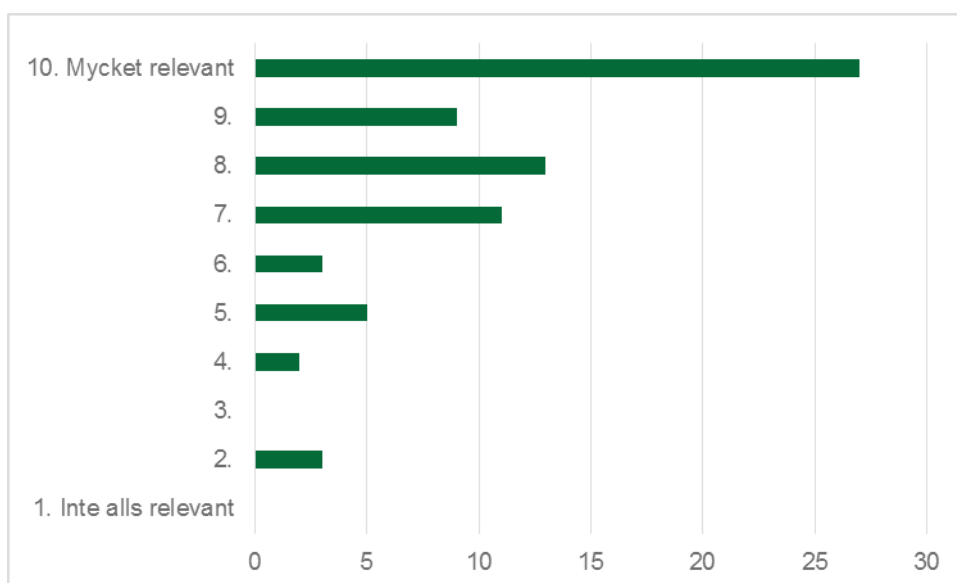
**Tabell 9 Procentuell andel av antalet informanter/AF-handläggare, som vid fler eller betydligt fler tillfällen gett stöd till en chef i olika avseenden som en del av en klient med psykisk ohälsas arbetsrehabilitering (n=44)**

SEAM-strategier i kontakt med en chef vid arbetsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa	%
Utvecklat en god relation med arbetsgivare	10
Engagerat arbetsgivare i rehabiliteringen och arbetsmiljöfrågor	63
Förmedlat kunskap om arbete och psykisk hälsa	49
Uppmärksammat arbetsgivares situation och sett hen som expert på sin verksamhet	60
Mött arbetsgivares erfarenheter av psykisk ohälsa	52
Lyft fram arbetssökandes eller anställdas resurser	79
Skapat möjligheter till möte med den arbetssökande	71
Skapat ett individuellt utformat stödnätverk	37
Gett stöd på plats	62

### Processutvärdering baserat på kursutvärderingar

Deltagarna var till största del nöjda med utbildningen. Drygt 50 procent upplevde att utbildningen motsvarat deras förväntningar i stor och i mycket stor utsträckning och nästan 37 procent till ganska stor utsträckning. 93 procent av deltagarna skattade över 5 på en skala från 1=inte relevant till 10=mycket relevant kring hur relevant de upplevde innehållet i utbildningen (Se Figur 1).

**Figur 1 Deltagarnas skattning (%) av relevansen av innehållet i SEAM-utbildningen på en skala från 1 (inte relevant) till 10 (mycket relevant) (n=77)**



Av enkäten framkommer att deltagarna i allmänhet uppskattade de konkreta exempel i form av berättelser, exempel från verkliga livet och filmer som gavs under utbildningen. Möjligheten att få diskutera materialet som presenterades och i diskussion tillsammans med övriga deltagare sätta dessa i relation till egna erfarenheter lyftes också fram som värdefullt. Kursledarnas

kunskaper inom fältet uppskattades också. Båda kursledarna har doktors-examen inom fältet med egen erfarenhet av att arbeta inom PS samt har högskolepedagogisk utbildning. Den kritik som framkom var att utbildningen baserades för stor del på bildspel. Vidare lyfte några deltagare som hade lång erfarenhet och goda kunskaper om psykisk ohälsa att utbildningen kanske främst skulle inrikta sig till deltagare med mer ringa kunskaper. Andra deltagare med lång erfarenhet uppskattade möjligheten att få tid till reflektion och diskussion och därmed fördjupning av kunskaper. Mer tid för diskussioner och att dela erfarenheter var också något som lyftes fram. Förslag till en fjärde dag med möjlighet att arbeta mer med praktiska exempel och tillämpning av strategierna som lärts ut under kursen lyftes också som en möjlig utveckling av SEAM.

### **Deltagarnas behållning av utbildningen**

De kvalitativa svaren i enkäten avseende vad deltagarna ansåg var den största behållningen av SEAM-utbildningen visade att deltagarna upplevde att den bidragit till ökade kunskaper om psykisk ohälsa, förhållningssätt och strategier, en bekräftelse att de arbetar rätt, ökad trygghet och självförtroende i mötet med klienter med psykisk ohälsa och betydelsen av samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer.

#### *Ökade kunskaper om psykisk ohälsa*

Generellt upplevde deltagarna att de efter avslutad SEAM-utbildning erhållit fördjupade kunskaper om psykisk ohälsa avseende olika psykiatriska diagnoser, dess förekomst och orsaker. Speciellt uppskattades de konkreta exempel som gavs under utbildningsdagarna. De som hade mer kunskaper om psykisk ohälsa uppskattade möjligheten till fördjupade diskussioner om olika diagnoser. Deltagarnas egna erfarenheter av att möta klienter med psykisk ohälsa adresserades och diskuterades också både i grupp och i helklass, vilket var något som uppskattades. Insikten att alla faktiskt kan drabbas av psykisk ohälsa lyftes också i kommentarerna.

*”Att få större insikt i olika psykiatriska diagnoser och därmed mer fördjupad kunskap kring hur jag bättre kan vara ett stöd till både sökande och arbetsgivare!”*

*”Den största behållningen är att jag har fått mycket större kunskap inom psykisk ohälsa. Jag har fått en förståelse för hur olika diagnoser kan påverka en person och också att känna igen dem i ett tidigt skede.”*

### **Ökade kunskaper avseende förhållningssätt och strategier**

Större delen av deltagarna upplevde att de erhållit ökade kunskaper avseende förhållningssätt och strategier att använda i mötet med klient och chef. Konkreta exempel, grupparbete och diskussioner bidrog till nya idéer om hur olika situationer kunde lösas i mötet med klient och chef. Även här bidrog SEAM och dess strategier till ramar och struktur för arbetet.

### **Bekräftelse på rätt arbetssätt**

Många deltagare upplevde att utbildningen bidragit till att de kände sig stärkta i sin yrkesroll, d.v.s. att de oftast arbetade/agerade rätt i sin yrkesutövning i mötet med klienter med psykisk ohälsa samt att många av de strategier de använde också hade stöd i aktuell forskning. Dessa deltagare beskrev också att de fått ord att beskriva sitt arbete och att utbildningen bidragit till en struktur till vilken de kunde relatera sitt arbete:

*”Det har gett mig mer kunskaper och även en bekräftelse på att jag har jobbat på rätt sätt tidigare. Jag känner mig stärkt i min yrkesroll.”*

### **Ökad trygghet/självförtroende i mötet med klienter med psykisk ohälsa**

Flera deltagare lyfter att SEAM-utbildningen bidragit till att de känt sig tryggare i mötet med klienter med psykisk ohälsa:

*”Jag känner större trygghet i hur jag ska arbeta med personer med psykisk ohälsa.”*

### **Betydelse av samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer**

Många deltagare lyfte insikten som SEAM-utbildningen gett avseende betydelsen av samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer för en lyckad arbetsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa:

*”Behovet av ett ökat samarbete mellan olika rehabiliteringsaktörer men också behovet en bättre samverkan inom verksamheterna.”*

## Diskussion

Stödpaketet SEAM – *Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health* – visade sig leda till ökade kunskaper om psykisk ohälsa, förbättrade attityder gentemot och en ökad villighet att ge stöd till personer med psykisk ohälsa bland rehabiliteringspersonal. Resultatet av projektet är i linje med tidigare forskning som visar att bättre kunskaper om psykisk ohälsa är kopplat till en generellt positiva attityd bland chefer (29). Både internationell och nationell forskning i relation till MHFA (81–85) visar dessutom att genomgången MHFA-utbildning, som är en del av SEAM, i en bred allmänhet leder till generellt positivare attityder, förbättrade kunskaper och en ökad villighet att hjälpa personer med psykisk ohälsa. Utifrån detta är det rimligt att anta att en intervention som SEAM kan ha direkt effekt på utbildningsdeltagarnas kunskaper, attityder och villighet att hjälpa personer med psykisk ohälsa. En randomiserad kontrollerad studiedesign är dock nödvändig för att kontrollera om den påvisade effekten är ett resultat av SEAM-interventionen och inte beroende av andra omständigheter relaterade till de deltagande individerna eller deras verksamheter. Det finns också ett behov av att undersöka SEAM's effekt på chefers attityder, kunskaper och hjälpbeteenden, vilket inte var möjligt att undersöka inom ramen för detta projekt. Sammanfattningsvis behöver SEAM beforskas ytterligare innan interventionen börjar användas frekvent inom ramen för dagens arbetslivsinriktade rehabiliteringsverksamheter.

Nedan följer en diskussion om några centrala aspekter som utifrån projektets resultat särskilt bör uppmärksammas och beaktas för att skapa goda förutsättningar för arbetsåtergång när personer drabbats av psykisk ohälsa.

### Öka chefers och rehabiliteringspersonals hälsolitteracitet om psykisk hälsa

De intervjuade cheferna och rehabiliteringsaktörerna uttryckte bristande kunskaper och negativa attityder relaterade till personer med psykisk ohälsa och deras arbetsförmåga. Avsaknad av kunskaper om psykisk ohälsa, främst gällande långvarig psykisk ohälsa, ledde till rädsla och osäkerhet i kontakten med dessa personer. Detta är i linje med tidigare stigmaforskning som visar att bristande kunskaper, negativa attityder och diskriminering är en barriär som negativt påverkar personer med psykisk ohälsas möjligheter till arbetsåtergång (86). Personer med psykisk ohälsa bemöts oftare av rädsla och fientlighet än av stöd, medkänsla och förståelse (72, 86). Detta kan leda till isolering och depression, men också till att dessa personer inte erhåller vård och rehabilitering på samma villkor som andra (72). De missförstås ofta och risken ökar att de blir diskriminerade i arbetsrehabiliterings-processen (78). Detta kan i sin tur leda till sämre självkänsla, livskvalitet och villkor när det gäller arbete, ekonomi och bostad och återhämtning (87, 88).



Personal inom vård och rehabilitering har kritiserats för att inte ge klienter med psykisk ohälsa tillräckligt och adekvat stöd vid arbetsåtergång (65–67). Detta trots att deras stöd har visat sig avgörande för om personer med psykisk ohälsa får eller får behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden (89, 90). Klienter med god relation till personal inom arbetsrehabilitering har i en studie av prediktorer för anställning av personer med psykisk ohälsa visat sig få anställning i högre utsträckning samt vara fler timmar i arbete (91). En låg förväntan att klara av att återgå i arbete bland personer med psykisk ohälsa komplicerar situationen, vilket kan vara ytterligare en förklaring till varför personer med psykisk ohälsa är den grupp som till stor del är långtidssjukrivna och beroende av bidrag (55).

Andras syn på personer med psykisk ohälsas möjligheter som arbetande individer spelar också en viktig roll (30). På detta sätt är professionellas och chefers bemötande, attityder och kunskaper (hälsolitteracitet om psykisk hälsa) avgörande för en lyckad arbetsåtergång, något som adresseras i SEAM. Handläggare och annan rehabiliteringspersonal utbildas om psykisk ohälsa, förhållningssätt, kommunikationsprinciper och strategier att använda i mötet med klienter och chefer. I enlighet med tidigare forskning (92, 93) bidrar detta till en ökad känsla av egenmakt hos både den utbildade rehabiliteringspersonalen och de klienter och chefer de är i kontakt med. Bättre kunskap bland rehabiliteringspersonal om psykisk ohälsa kan också leda till en minskad negativ påverkan på chefers attityder till och villighet att anställa personer med psykisk ohälsa. Forskningen visar exempelvis att fokus på diagnos i mötet med chefer skapar osäkerhet och rädsla (89), vilket kan leda till en ovilja att anställa personer med erfarenhet av psykisk ohälsa. I detta projekt visade detta sig i en önskan att kunna skanna för psykisk ohälsa i anställningssituationen.

## Möt rehabiliteringspersonals och chefers rädsla och osäkerhet relaterat till psykisk ohälsa

Upplevelsen av rädsla och osäkerhet bland rehabiliteringspersonal i mötet med personer med långvarig psykisk ohälsa ledde till att personalen fokuserade på diagnos och funktionsnedsättning i stället för förmågor och styrkor i mötet med chefer. En kombination av rehabiliteringsaktörers och chefers osäkerhet kan negativt påverka personer med psykisk ohälsas arbetsåtergång. Tidigare forskning visar att om en chef får veta att en arbetsökande/anställd har en viss psykiatrisk diagnos är risken stor att hen fokuserar på vad individen inte kan göra i stället för vad individen kan göra (78). Chefer har också i tidigare forskning visat benägenhet att generalisera negativa egenskaper från en person/anställd till en ny anställd med samma diagnos (78). Som beskrivits tidigare kan rehabiliteringspersonalens osäkerhet dessutom öka chefers osäkerhet och känsla av att bli lämnade ensamma med att hantera och koordinera den anställdas rehabilitering. Detta är något som reflekteras i SEAM-strategierna och som syftar till att öka chefers och rehabiliteringspersonals känsla av säkerhet, villighet och självförtroende att ge stöd till en anställd/klient/arbetsökande med psykisk ohälsa.

Att möta chefens motstånd och negativa attityder (14, 78, 80) är centrala strategier i SEAM för att skapa en god relation med chefen baserat på förtroende och professionalism (14) och möta chefens erfarenhet av psykisk ohälsa (14, 68, 78). En annan central strategi är att skapa möjligheter för chefen att träffa klienten med psykisk ohälsa tidigt i rehabiliteringsprocessen, vilket i sin tur kan leda till minskad rädsla och stigma och på så vis öppna dörrar för anställning/arbetsåtergång (78–80). Ytterligare en central SEAM-strategi är att i mötet med en chef fokusera på styrkor och resurser hos klienten (15, 64–67).

## Fokusera på styrkor och resurser hos klienten med psykisk ohälsa i mötet med chefen/arbetsgivaren

Resultatet av studie 1 (intervjustudien) och aktuell forskning visar på vikten av att ha tilltro till personer med erfarenhet av psykisk ohälsas arbetsförmåga och förmedla detta i mötet med arbetsgivare/chefer. Detta är en central del av SEAM och dess förhållningssätt och strategier. De flesta av de intervjuade rehabiliteringsaktörerna såg positivt på personer med psykisk ohälsa arbetsförmåga och såg personens arbetsförmåga som till stor del beroende av faktorer i arbetsmiljön. Fokus var dock på personens diagnos, psykiska funktionsnedsättning och bristande arbetsförmåga. Bedömningen av en individ med psykisk ohälsas arbetsförmåga baserades på nedsättning eller oförmåga och olika typer av anställningsstöd användes för att kompensera arbetsgivaren för den nedsatta arbetsförmågan. Vidare framkom av intervjuerna att rehabiliteringsaktörerna fick parera för att möta chefer med ekonomiskt vinstintresse i fokus. Lönebidragsanställningen sågs t.ex. som en ”röd prislapp” och dessa arbetsgivare förväntade sig en fullt fungerande person till lägre pris, d.v.s. att chefen skulle erbjudas fullt bidrag oavsett graden av funktionsnedsättning. Handläggarna tvingades därmed överkompensera cheferna ekonomiskt för att få individer med psykisk ohälsa ut i arbete.

Baserat på detta är det rimligt att anta att rehabiliteringsaktörerna till stor del påverkades av de regelverk som styr organisationerna där de arbetar och att detta i sin tur påverkade deras uppfattningar om och hur de bemöter klienter med psykisk ohälsa. Om samtliga rehabiliteringsaktörer i stället fokuserar på individens förmåga och resurser påverkar det arbetsgivarens inställning positivt. På detta vis sätts individen i fokus och inte diagnosen. Att rehabiliteringsaktören har tilltro till personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga och förmedlar detta i mötet med chefen har visat sig vara avgörande för en lyckad rehabilitering och är en central strategi i SEAM. Rehabiliterarens inställning påverkar både den arbetssökande/klientens tilltro till sin egen arbetsförmåga och arbetsgivarens tilltro till den arbetssökandes/anställdes arbetsförmåga (15, 64–67).

## Fokusera på chefens behov

Handläggarna och rehabiliteringspersonalen som intervjuades som en del av detta projekt beskrev att de har kollegor som anvisar klienter med psykisk

ohälsa till olämpliga jobb utan att ha gjort en adekvat jobb-person-matchning. Detta fick negativa konsekvenser för både klient och berörd chef. Cheferna beskrev också att de ofta möter rehabiliteringspersonal som ställer krav utan att visa förståelse för arbetsgivarens/chefens situation och de specifika kraven som arbetet ställer. Att uppmärksamma chefens situation och se hen som expert på sin verksamhet lägger grunden för en god relation och ett gott samarbete (14, 78) och är något som många av de i projektet ingående cheferna beskrev sig sakna i mötet med rehabiliteringsaktörer.

När det gäller att stötta individer med psykisk ohälsa som står utanför arbetsmarknaden till arbete, visar litteraturen även att ett effektivt första steg är att uppmärksamma chefens situation och behov och att sedan i ett andra steg matcha detta med färdigheter och behov hos den arbetssökande/klienten, i stället för att försöka 'sälja in' klienten i ett första steg (78). På detta sätt finns det alltid en ömsesidig vinst. Förfarandet bygger på att chefer generellt har visat sig intresserade av hur klienten/den arbetssökande kan bidra till verksamheten och är som mest nöjda när deras verksamhetsbehov är i centrum (14, 78). För att möta dessa brister, och samtidigt ta hänsyn till chefens behov utvecklades bland annat strategierna att utveckla en god relation med chefer och uppmärksamma hens situation och se hen som expert på sin verksamhet vid utvecklingen av SEAM. Dessa strategier kan bidra till att chefers villighet att öppna dörren ökar och att de i högre utsträckning anställer personer med erfarenhet av psykisk ohälsa.

## Erbjud chefen ett adekvat stöd

Av intervjustudien framkom att många chefer känner sig lämnade ensamma att hantera den anställdas arbetsrehabilitering. Psykisk ohälsa beskrivs som en "blind fläck". I sin strävan att kunna ge anställda, som drabbats av psykisk ohälsa, ett adekvat stöd efterfrågar cheferna information, hjälp och stöd utifrån. Detta är i enlighet med tidigare forskning om effektiva insatser för återgång i arbete för personer med psykisk sjukdom. Studierna betonar vikten av att skraddarsy stödet till arbetstagare och arbetsgivare som en del av arbetsrehabiliteringsprocessen (14). Denna forskning visar också att ett sådant stöd leder till att fler anställs (11, 12) samt att fler chefer känner sig tryggare i mötet med anställda med psykisk ohälsa (14, 15). Mot bakgrund av detta belyses i SEAM vikten av att skapa ett individuellt utformat stöd-nätverk för varje enskild chef som en del av arbetsrehabiliteringen. En annan central strategi i SEAM är att injicera säkerhet i situationen då klienten med psykisk ohälsa börjat arbeta och på detta sätt kunna ge chefen råd och stöd, samt bekräftelse på om hen gör rätt eller fel, vilket också är i linje med tidigare forskning (14, 15).

## Samordna rehabiliteringsinsatserna

Av intervjuerna framkom bristen på och behovet av samordning mellan olika rehabiliteringsaktörer inklusive chefen vid personer med psykisk ohälsas arbetsåtergång. Denna brist på samordning skapade osäkerhet och var ytterligare en faktor som bidrog till chefens osäkerhet och känsla av att

vara lämnad ensam med att koordinera den anställdas arbetsåtergång. Forskning om effektiva insatser för återgång i arbete för personer med psykos och affektiv problematik betonar vikten av integrerade insatser, vilket innefattar en samordning av olika aktörer i rehabiliteringskedjan för ett lyckat arbetsutfall (11–13, 30, 63). Att underlätta samordningen mellan de olika rehabiliteringsaktörerna, genom att skapa ett individuellt stöd-nätverk för varje enskild chef är därför, som beskrivits tidigare, en central strategi i SEAM. Chefen får på så sätt veta vart hen kan vända sig för att få råd och stöd i olika frågor, samtidigt som skapandet av stödnätverket förmedlar att chefen inte är ensam rehabiliteringsaktör och samarbetet underlättas mellan de olika rehabiliteringsaktörerna.

## Stimulera till skapandet av strategier för psykisk hälsa på arbetsplatsen

Av intervjuerna med rehabiliteringsaktörer och chefer framkom att många arbetsplatser saknade strategier för hur de skall uppmärksamma, hantera och förebygga psykisk ohälsa bland de anställda. Enligt forskare vid Melbourne School of Population and Global Health (43) bör verksamheter utveckla en omfattande strategi för att främja psykisk hälsa bland sina anställda. Denna strategi bör vara en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet och inriktas på de arbetsplatsrisker som kan kopplas till psykisk ohälsa. Som en del av detta bör arbetsplatser även utveckla en specifik policy för att förebygga psykisk ohälsa som riktar sig till hela organisationen. För att garantera strategins varaktighet bör den vara integrerad med verksamhetens övergripande strategiska ledningsprocesser och på så sätt inte betraktas som ett separat projekt. En sådan strategi bör exempelvis inkludera utveckling av en arbetsmiljö som främjar psykisk hälsa, balans mellan krav och kontroll i arbetssituationen, lämplig belöning för arbetsinsatser, utformning av en rättvis arbetsplats, utveckling av en policy som förebygger arbetsrelaterad psykisk ohälsa samt villkor för utbildning inom psykisk hälsa.

Denna information och hur chefer/arbetsgivare i detalj kan utveckla en strategi för att främja psykisk hälsa bland sina anställda finns beskrivet i SEAM:s informationshemsida för chefer. Vidare beskrivs vikten av att engagera arbetsgivaren i rehabiliteringen och arbetsmiljöfrågor som en central strategi. En uttalad strategi på verksamhetsnivå kring hur psykisk ohälsa kan uppmärksammas, hanteras och förebyggas kan leda till en mängd positiva effekter och har stor betydelse för utfallet (77), såsom en ökad öppenhet kring psykisk ohälsa, minskat stigma, färre sjukskrivningar p.g.a. arbetsrelaterad psykisk ohälsa och att fler personer med psykisk ohälsa återgår i arbete. Personer med psykisk ohälsa har dessutom visat sig lyckas bättre på arbetsplatser med ett arbetsklimat där man accepterar olikheter, är omhändertagande och visar respekt (14, 26). Vilka effekter en strategi för att främja psykisk ohälsa har behöver dock följas upp och undersökas i fortsatt forskning.

## Slutsats

Detta projekt belyser vikten av att rehabiliteringsaktörer och chefer ökar sina kunskaper om psykisk hälsa samt fokuserar på individens resurser och arbetsförmåga. Rehabiliteringspersonal är i en unik position att använda SEAM för att möta chefers negativa attityder, rädsla och osäkerhet samt utifrån chefens behov erbjuda adekvat kunskap, stöd och strategier för att anställa och ge stöd till medarbetare som drabbats av psykisk ohälsa. Att utvärdera SEAM i en randomiserad kontrollerad studiedesign är dock nödvändig för att kontrollera om den påvisade effekten är ett resultat av SEAM-interventionen och inte beroende av andra omständigheter.

Sammanfattningsvis visar resultaten av projektet att det är viktigt för att möjliggöra arbetsåtergång då en person drabbats av psykisk ohälsa att:

- öka chefers och handläggares och andra rehabiliteringsaktörers kunskaper om psykisk ohälsa,
- fokusera på individer med psykisk ohälsas förmåga och resurser i dialog med arbetsgivaren i stället för vilka oförmågor/nedsättningar chefen kan kompenseras för,
- möta chefers rädsla och osäkerhet relaterat till personer med psykisk ohälsa,
- fokusera på arbetsgivarens/chefens behov och erbjuda ett adekvat stöd,
- stimulera chefers engagemang i arbetsmiljöfrågor och utveckling av strategier för psykisk hälsa, samt
- verka för samordning av olika rehabiliteringsinsatser.

## Referenser

1. Dickson E, Taylor J. Supporting service users into employment: a literature review. *Mental Health Practice*. 2012;16:15–8.
2. Hansson L, Bjorkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005;19(1):32–8.
3. Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Clenaghan M, Rutherford J. Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2008;13:50–60.
4. OECD. *Mental Health and Work Sweden*. Sweden: OECD publishing; 2013.
5. OECD. Tillgänglig på:  
<http://www.oecd.org/fr/presse/sverigenagontingmasteGORASATDENPSYKISKAOHALSANFORATTFORBATRAFORUTSATNINGARNAFORSVENSKAUNGDOMARATTFAJOBB.htm>  
2014.
6. Socialdepartementet. Regeringsbeslut 11:4. Tillgänglig på:  
<http://www.socialstyrelsen.se/statsbidrag/aktuellastatsbidrag/Documents/regeringsuppdrag-dnr-30808-2011-meningsfull-sysselsattning.pdf> 2011. 2011.
7. Socialstyrelsen. Fördelning av stadsbidrag för 2013 till kommuner för försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Tillgänglig på:  
<http://www.socialstyrelsen.se/statsbidrag/aktuellastatsbidrag/Documents/meningsfull-sysselsattning-fordelning-2013.pdf>. 2013. 2013.
8. Bejerholm, U. *Arbetsrehabilitering enligt IPS (s158-181) ur Bogarve C, Ershammar D and Rosenberg D (red.). Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder*. Stockholm: Gothia Förlag; 2012.
9. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*. 2012;11(1):32–9.
10. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*. 2001;322(7280):204–8.
11. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2015; 69(1):57–66.

12. Bejerholm U, Larsson ME, Johanson S. Supported employment adapted for people with affective disorders – A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2017;207:212–20.
13. Lexén A, Hofgren C, Bejerholm U. Reclaiming the worker role: perceptions of people with mental illness participating in IPS. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2013;20(1):54–63.
14. Lexén A, Emmelin M, Bejerholm U. Individual Placement and Support is the keyhole – Employer experiences of supporting persons with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2016; (44):135–47.
15. Gustafsson J, Prieto Peralta J, Danemark B. The employer's perspective on supported employment for people with disabilities: Successful approaches of supported employment organisations. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2013;38(2):99–111.
16. Gustafsson J. Supported employment i en svensk kontext - förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller arbete; 2014.
17. Lexén A. Work and psychiatric disabilities. A person, environment, and occupation perspective on Individual Placement and Support. Lund: Media-Tryck; 2014.
18. MacDonald-Wilson KL, Rogers ES, Massaro JM, Lyass A, Crean T. An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal*. 2002;38(1):35–50.
19. MacDonald-Wilson K, Rogers E, Massaro J. Identifying relationships between functional limitations, job accommodations, and demographic characteristics of persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2003;44(4):15–25.
20. Lexén A, Hofgren C, Bejerholm U. Support and process in individual placement and support: a multiple case study. *Work*. 2013;44(4):435–48.
21. Ekberg K. Faser i arbetslivsinriktad rehabilitering. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2009;3(2):210–9.
22. Ståhl C. Arbetsrehabiliteringens aktörer och roller – ett systemteoretiskt perspektiv. In: Eklund I, M., Ekberg K, Hensing G, editors. Återgång till arbete – Processer, bedömningar och åtgärder. Lund: Studentlitteratur; 2015.
23. Kirsh B. Work, Workers, and Workplaces: A Qualitative Analysis of Narratives of Mental Health Consumers. *Journal of Rehabilitation*. 2000;66(4):24–31.
24. Gilbride D, Stensrud R, Vandergoot D, Golden K. Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities. *RCB*. 2003;46(3):130–7.

25. Ju S, Roberts E, Zhang D. Employer attitudes towards workers with disabilities: A review of research in the past decade. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2013;38:113–23.
26. Kirsh B, Stergiou-Kita M, Gewurtz R, Dawson D, Krupa T, Lysaght R, et al. From margins to mainstream: what do we know about work integration for persons with brain injury, mental illness and intellectual disability? *Work*. 2009;32(4):391–405.
27. Hjärnkoll. Pressmeddelande: Var fjärde chef vill inte anställa personer med erfarenhet av psykisk ohälsa. Tillgänglig på: <http://www.hjarnkoll.se/Om-kampanjen/Sa-ser-bilden-ut-/Chefsundersokning-2014/2014>. .
28. Hjärnkoll. Chefers attityder, kunskaper och beteende. En jämförelse 2011–2012. Tillgängligt på: [http://www.hjarnkoll.se/Global/PDF%20ej%20tillg%C3%A4ngliga/rapport%20chefer%202011\\_2012.pdf](http://www.hjarnkoll.se/Global/PDF%20ej%20tillg%C3%A4ngliga/rapport%20chefer%202011_2012.pdf).
29. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rusch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*. 2012;63(10):963–73.
30. Porter S, Lexén A, Bejerholm U. Critical factors for the return-to-work process among people with affective disorders: Voices from two vocational approaches. Accepted for publication in *Work*. 2017.
31. Johnson RL, Floyd M, Pilling D, Boyce MJ, Grove B, Secker J, et al. Service users' perceptions of the effective ingredients in supported employment. *Journal of Mental Health*. 2009;18(2):121-8.
32. Kukla M, Bond G. Job match and job tenure in persons with severe mental illness. *Journal of rehabilitation*. 2012;78(1):11–5.
33. Mak D, C, S., Tsang H, W, H., Cheung L, C, C. . Job Termination Among Individuals with Severe Mental Illness Participating in a Supported Employment Program. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 2006;69(3):239–49.
34. Mueser K, Becker D, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*. 2001;10(4):147–73.
35. Shankar J. Improving job tenure for people with psychiatric disabilities through ongoing employment support. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2005;4(1):1–11.
36. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Psychiatric Services*. 2004;70(2–3):147–73.
37. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*, 2nd Edition. London: SAGE Publications Inc; 2014.



38. Corbin J M, Strauss A L. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 3 ed. London: Sage; 2007.
39. Creswell J, W. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Thousand Oaks: Sage; 2007.
40. Graneskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2011.
41. Saunders RP, Evans MH, Joshi P. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. Health Promotion Practice. 2005;6(2):134–47.
42. Jorm AF. Why We Need the Concept of "Mental Health Literacy". Health Communication. 2015;30(12):1166–8.
43. Melbourne Uo. Workplace prevention of mental health problems: Guidelines for organisations. Melbourne: Melbourn School of Population and Global Health; 2013.
44. Australia MHFA. Providing mental health first aid to a co-worker. Melbourne: Mental Health First Aid Australia; 2016.
45. Kitchener B, Jorm A, Kelly C, Wasserman D, Carli V, Hadlaczky G, et al. MHFA Första hjälpen till psykisk hälsa. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet/MHFA-Svergie; 2014.
46. Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. Epidemiology and Psychiatric. 2011;20(3):263–71.
47. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(7):440–8.
48. Högberg T, Magnusson A, Ewertzon M, Lutzen K. Attitudes towards mental illness in Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. International Journal of Mental Health Nursing. 2008;(17):302–10.
49. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophrenia Bulletin. 1981;7(2):225–40.
50. Hjärnkoll. Psykisk ohälsa - attityder, kunskap, beteende. Slutrapport från befolkningsundersökningar genomförda under perioden 2009–2013. Tillgänglig på:  
<http://www.hjarnkoll.se/PageFiles/378114/Rapport%20befolkningsunders%c3%b6kning%20Hj%c3%a4rnkoll%2027%20nov%202013.pdf2013>

51. Miller WR, Rollnick S. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9:25.
52. Jansson I, Bjorklund A, Perseus KI, Gunnarsson AB. The concept of 'work ability' from the view point of employers. *Work*. 2015;52(1):153–67.
53. Vänni K, Virtanen P, Luukkaala T, Nygård C, H. Relationship between perceived work ability and productivity loss. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2012;18(3):299–309.
54. Ekberg K, Eklund M, Hensing G. Återgång i arbete. Lund: Studentlitteratur; 2015.
55. Løvvik C, Shaw W, Overland S, Reme S, E. Expectations and illness perceptions as predictors of benefit recipiency among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2014;3(4):e004321.
56. Corrigan P, W., Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn D, L. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2001;(52):953–8.
57. Peterson D, Currey N, Collings S. "You Don't Look Like One of Them": Disclosure of Mental Illness in the Workplace as an Ongoing Dilemma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2011;35(2):145–7.
58. Callahan M, Griffin C, Hammis D. Twenty years of employment for persons with significant disabilities: A retrospective study. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2011;(35):163–72.
59. Areberg C, Bjorkman T, Bejerholm U. Experiences of the individual placement and support approach in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(3):589–96.
60. Bejerholm U, Areberg C. Factors related to the return to work potential in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014;21(4):277–86.
61. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques - facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*. 2012;41(9):660–7.
62. Reme SE, Grasdahl AL, Lovvik C, Lie SA, Overland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med*. 2015;72(10):745–52.
63. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*. 2016;46(4):683–97.

64. Abraham KM, Stein CH. Case managers' expectations about employment for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009;33(1):9–17.
65. Rinaldi M, Killackey E, Smith J, Shepherd G, Singh SP, Craig T. First episode psychosis and employment: a review. *International Review of Psychiatry*. 2010;22(2):148–62.
66. Viering S, Bartsch B, Obermann C, Rusch N, Rossler W, Kawohl W. The effectiveness of individual placement and support for people with mental illness new on social benefits: a study protocol. *BMC Psychiatry*. 2013;13:195.
67. Waynor WR, Pratt CW. Barriers to vocational effectiveness in ACT: staff perspectives. *American Psychiatric Nurses Association*. 2011;17(1):72–9.
68. Lexén A, Hansson L, Emmelin M, Bejerholm U. SEAM-kartläggning. Lund: Lund University; 2016.
69. Slade M, Longden E. The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps? Victoria: MI Fellowship; 2015.
70. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37(5):586–94.
71. Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;48(7):644–53.
72. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, et al. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2009;118(1–3):180–6.
73. Bergmans Y, Carruthers A, Ewanchuk E, James J, Wren K, Yager C. Moving from full-time healing work to paid employment: challenges and celebrations. *Work*. 2009;33(4):389–94.
74. Brohan E, Henderson C, Slade M, Thornicroft G. Development and preliminary evaluation of a decision aid for disclosure of mental illness to employers. *Patient Education and Counseling*. 2014;94(2):238–42.
75. Henderson C, Williams P, Little K, Thornicroft G. Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006–2010. *British Journal of Psychiatry*. Supplement. 2013;55:70–6.

76. Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009;43(7):594–605.
77. Glover CM, Frounfelker RL. Competencies of more and less successful employment specialists. *Community Mental Health Journal*. 2013;49(3):311–6.
78. Lueckling R, G. Emerging employer views of people with disabilities and the future of job development. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2008;29:3–13.
79. Hanisch SE, Twomey CD, Szeto AC, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16:1.
80. Kosyluk K, A., Corrigan P, W., Landis R, S. Employer Stigma as a Mediator Between Past and Future Hiring Behavior. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2014;57(2):102–8.
81. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid in a workplace setting: A randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*. 2004;4:23–9.
82. Jorm AF, Kitchener BA, O’Kearney R, Dear KBG. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*. 2004;4:33.
83. Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski. Mental health first aid for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2010;10:51.
84. Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA, Cvetkovski S. Mental health first aid training by e-learning: a randomized controlled trial. *Aust NZ J Psychiatry*. 2010;44:1072–1081.
85. Svensson B, Hansson L (2014) Effectiveness of Mental Health First Aid Training in Sweden. A Randomized Controlled Trial with a Six-Month and Two-Year Follow-Up. *PLoS ONE* 9(6): e100911. doi:10.1371/journal.pone.0100911
86. Ekbladh E. Return to work: Assessment of subjective psychosocial and environmental factors. Linköping: Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier; 2008.
87. Corrigan PW, Larson JE, Watson AC, Boyle M, Barr L. Solutions to discrimination in work and housing identified by people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006;194(9):716–8.

88. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2010;71(12):2150–61.
89. Gordon S, Peterson D. What works: Positive experiences in open employment of mental health service users. New Zealand: The Mental Health Foundation of New Zealand; 2015.
90. Stahl C, Edvardsson Stiwne E. Narratives of sick leave, return to work and job mobility for people with common mental disorders in Sweden. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2014;24(3):543–54.
91. Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2008;192(3):224–31.
92. Johanson S, Bejerholm U. The role of empowerment and quality of life in depression severity among unemployed people with affective disorders receiving mental healthcare. *Disability and Rehabilitation*. 2017;39(18):1807–13.
93. Hatchard K, Henderson J, Stanton S. Workers' perspectives on self-directing mainstream return to work following acute mental illness: reflections on partnerships. *Work*. 2012;43(1):43–52.
94. Chiovitti RF, Piran N. Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing*; 2003;44:427–35.

# Bilaga 1: Metod

## Datainsamling, studie 1

### Urval

Djupintervjuer genomfördes med 23 chefer och 22 handläggare och annan rehabiliteringspersonal. Informanterna inkluderades gradvis i studien baserat på hur respektive informant bäst kunde bidra till den framväxande analysen, ett så kallat teoretiskt urval (37, 39). I grundad teori transkriberas intervjuerna så snart de genomförts (37). Baserat på en preliminär analys väljs därefter nästa informant. Det var dock viktigt att inkludera:

- (1) chefer med personalansvar och varierande erfarenhet av att stötta medarbetare med psykisk ohälsa och att möta handläggare och annan rehabiliteringspersonal som en del av den anställdas arbetsåtergång, samt
- (2) handläggare och annan rehabiliteringspersonal med erfarenhet av att stötta personer med psykisk ohälsa tillbaka till arbete och möta chefer som en del av denna process.

I linje med det teoretiska urvalet eftersträvades en så bred urvalsgrupp som möjligt och urvalet kom att bestå av chefer i olika åldrar, kön och arbetslivserfarenhet, både med och utan erfarenhet av egen eller annans psykiska ohälsa och samarbete med rehabiliteringsverksamheter, från olika typer av verksamheter/sektorer (både offentlig och privat sektor) samt små, medelstora och stora företag/verksamheter, och rehabiliteringspersonal från både FK, PS, PV och kommunen (IPS) samt andra relevanta aktörer (se Tabell 1).

**Tabell 1 Sociodemografiska bakgrundsuppgifter för chefer samt handläggare och annan rehabiliteringspersonal (N=45)**

	<b>Chefer</b>	<b>Handläggare och annan rehabiliteringspersonal</b>
	(N=23)	(N=22)
Ålder (mv)	51,8	44,4
<b>Kön</b>		
Man	9	7
Kvinna	14	15
<b>Utbildningsnivå</b>		
Grundskola	1	
Gymnasium	5	3
Högskola eller universitet	17	19
Arbetslivserfarenhet	23	19
Chefserfarenhet	7	
<b>Typ av organisation</b>		
Tillverkning	3	
Pedagogiskt arbete	4	
Installation och underhåll	1	
Hälso- och sjukvård	5	
Hotell, restaurang	1	
Försäljning och marknadsföring	2	
Informationsteknologi	3	
Konstruktion	2	
Administration, ekonomi och juridik	1	
Polisen	1	
Rehabiliteringsaktörer		
Försäkringskassan		6
Arbetsförmedlingen		4
Psykiatri		2
Primärvården		3
Företagshälsovården		3
Kompletterande aktörer		1
Kommunen (IPS)		3
<b>Anställda</b>		
<5	6	
10–50	8	
>50	10	
<b>Sektor</b>		
Privat	14	
Offentlig	6	
Statlig	3	

## Genomförande

Potentiella informanter söktes via internet och kontaktades via mail eller telefon med förfrågan om att delta i studien. Information gavs om studiens syfte, innehåll och upplägg och tid bokades för intervju. Alla chefer/rehabiliterare/handläggare som tillfrågades gav sitt informerade samtycke till att delta i studien förutom en chef som var ny på sitt arbete och därför inte hade någon chefserfarenhet eller erfarenhet av att stödja medarbetare vid psykisk ohälsa.

Intervjuerna spelades in digitalt och genomfördes på informanternas arbetsplatser. Inledningsvis genomfördes två pilotintervjuer för att testa intervjuupplägget, en med en chef och en med en rehabiliteringspersonal. Intervjuerna med cheferna inleddes genom att en vinjett lästes upp som berörde antalet timmar chefer i allmänhet lägger på att stödja medarbetare vid psykisk ohälsa. Vinjetten visade sig vara en bra startpunkt för intervjun då den gav chefen möjlighet att dela sina erfarenheter inom området. Cheferna ombads sedan att ge både positiva och negativa exempel på erfarenheter av att stödja medarbetare vid psykisk ohälsa och möta/samarbeta med rehabiliteringspersonal. Rehabiliteringspersonalen ombads också att dela sina erfarenheter, både positiva och negativa, av att möta och stötta chefer som en del av arbetsrehabiliteringen av klienter med psykisk ohälsa. Följdfrågor ställdes även rörande andra relaterande ämnen som togs upp av informanterna under intervjun. Intervjuerna varade mellan 60 till 90 minuter. Efter 42 intervjuer, bidrog inte intervjuerna till vidare utveckling av den framväxande analysen. I linje med grundad teori (37, 39) genomfördes ytterligare 3 intervjuer för att säkerställa teoretisk mättnad.

## Analys

Intervjudata analyserades utifrån principerna i grundad teori (37). Detta enligt följande: Intervjuerna transkriberades och kodades direkt efter genomförandet av respektive intervju, så kallad initial kodning. Målet med denna fas i dataanalysen var att lokalisera händelser i informanternas berättelser och uppmärksamma viktiga aspekter/frågor att ta med i kommande intervjuer. Denna analys låg också till grund för valet av nästa intervju-person, det så kallade teoretiska urvalet. Koderna som användes var enkla, korta och analytiska. Den initiala kodningen gjordes senare om på ett grundligt och detaljerat sätt av de medverkande forskarna (AL, ME, UB). I nästa steg när alla intervjuer var genomförda och initialt kodade användes de mest framträdande koderna för att kategorisera all intervjudata, så kallad fokuserad kodning. Som en del av denna process sammanfördes koderna i kategorier genom kartläggning av mönster och samband mellan de olika koderna. Denna del av analysen resulterade i följande kategorier:

- (Chefer): 'Skiljer mellan begriplig och obegriplig psykisk ohälsa', 'Ser psykisk ohälsa genom tidigare erfarenheter', 'Ser personer med psykisk ohälsa som en risk eller tillgång – vill helst ha alla kort på bordet', 'Osäkra på var gränsen för chefsrollen går', 'Lämnas ensamma med ansvaret' samt 'Efterlyser ökat stöd och samordning'.



- (Handläggare och andra rehabiliteringsaktörer): ‘Stark tilltro till den traditionella stegvisa rehabiliteringen’, ‘Medikalisering skapar stigma’, ‘Svårtolkat regelsystem och administration begränsar’, ‘Produktivitetskrav och slimmade organisationer ett hinder’, ‘Känner rädsla och osäkerhet inför klienter med allvarlig psykisk ohälsa’, ‘Varierande tro på och attityder till personer med psykisk ohälsas arbetsförmåga’, ‘Förespråkar olika grad av öppenhet kring psykisk ohälsa’, ‘Ser hur chefers vilja och ork inte alltid stämmer överens’, ‘Parerar för att möta chefer med ekonomiskt vinstintresse och/eller socialt ansvar’, samt ‘Upplever brister i stödet till chefer’.

## Datainsamling, studie 2

Stödpaketet SEAM (*Support to Employers from rehabilitation Actors about Mental health*) utvecklades utifrån en iterativ partipatorisk/deltagande forskningsdesign med hjälp av en expertgrupp baserat på kunskaperna som framkommit i studie 1 och aktuell forskning inom området. Expertgruppen bestod av 16 personer och innefattade chefer med erfarenhet av att stötta medarbetare med psykisk ohälsa, representanter från FK och AF, HR-personal, personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och arbetsåtergång, samt forskarna i projektet (AL, ME, UB). Utvecklingen skedde i fyra steg:

- 1) Utveckling av utkast till stödpaketet SEAM baserat på vad som framkommit i studie 1 och tidigare forskning inom området (AL)
- 2) Vidareutveckling av utkast till SEAM med hjälp av en expertgrupp (AL, UB).
- 3) Utveckling av informationshemsida för chefer (AL).
- 4) Framtagande av studiematerial och planering av studieupplägg (AL, UB).

### Utveckling av stödpaket för chefer med hjälp av en expertgrupp

Expertgruppen träffades vid 4 tillfällen, 2 timmar åt gången, under våren 2015. Inför varje tillfälle skickades en inbjudan, vilken innehöll en presentation av det tema som skulle beröras. Varje tillfälle inleddes med en genomgång av det aktuella temat. Därefter skedde diskussioner och arbete i mindre grupper. Tillfället avslutades därefter med diskussioner i helgrupp baserat på respektive smågrupps redogörelse för sitt arbete/sina diskussioner. Parallellt med expertgruppens arbetsmöten arbetade forskarna (AL, UB) med vidareutvecklingen av en prototyp till stödpaket baserat på vad som framkommit under expertgruppsmötena, intervjuaterialet från studie 1 samt aktuell forskning. En uppdaterad skiss presenterades och diskuterades vid respektive expertgruppsstillfälle (tillfälle 2–4). Diskussionerna vid expertgruppsträffarna spelades in digitalt och en av forskarna antecknade även vad som kom fram i diskussionerna som underlag för utvecklingsarbetet. Utöver presentation och diskussion av den framväxande prototypen/skissen till stödpaket för chefer, innehöll expertgruppsträffarna följande:

*Expertgruppsstillfälle 1* innehöll en introduktion till och diskussion om projektet, resultatet av intervjuerna med chefer, handläggare och annan

rehabiliteringspersonal (studie 1), samt psykisk ohälsa som begrepp och i relation till arbetslivet – såsom riskfaktorer – samt hur arbetsåtergången av personer som drabbats av psykisk ohälsa kan underlättas. I korthet visade resultatet av studie 1 att många chefer är osäkra på hur de skall hantera den växande psykiska ohälsan bland sina medarbetare och att det bland de olika rehabiliteringsaktörerna finns en osäkerhet kring hur personer med psykisk ohälsa bäst kan bemötas och stödjas vid återgång i arbete.

*Under tillfälle 2* presenterades en första skiss till stödpaket för chefer om psykisk hälsa. För att utveckla stödpaketet vidare diskuterades: 1) olika ledarskapsstilar, samt hur dessa påverkar chefers behov av stöd samt; 2) strategier som används av olika rehabiliteringsaktörer (baserat på resultatet av studie 1, samt tidigare forskning). Frågor som berördes var: Om olika chefstyper/ledarskapsstilar ansågs påverka behovet av stöd, samt skillnader i behovet av stöd vid arbetsåtergång kontra nyanställning, samt vilka strategier deltagarna tyckte är viktigt att handläggare och annan rehabiliteringspersonal använder i mötet med chefer.

*Under tillfälle 3* presenterades en andra skiss till stödpaket för chefer om psykisk hälsa. Skissen utvecklades vidare baserat på diskussion av de brister som chefer och de olika rehabiliteringsaktörerna beskrivit under intervjuerna vid bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsåtergång kontra nyanställning av en person med erfarenhet av psykisk ohälsa (studie 1). Under detta tillfälle blev det tydligt att rehabiliteringsaktörers många gånger negativa attityder till och bristande kunskaper om psykisk ohälsa utgör ett hinder i mötet med chefer och skapar osäkerhet och rädsla hos chefen vid arbetsrehabilitering av personer med psykisk ohälsa.

*Under tillfälle 4* presenterades det slutgiltiga skissförslaget till stödpaket till chefer om psykisk hälsa – SEAM (*Support to Employers from rehabilitation actors About Mental health*). Prototypen och ytterligare förslag till förbättringar diskuterades. Arbetet med utvecklingen av stödpaketet sammanfattades och tid gavs för reflektion. Under tillfället beslutades att stödpaketet, utöver ett riktat stöd till chefer från rehabiliteringsaktörer, bör innehålla utbildning av rehabiliteringsaktörer i psykisk ohälsa och arbete för att öka dessa personers hälsolitteracitet om psykisk hälsa. Detta i sin tur ansågs kunna leda till större trygghet för rehabiliteringsaktören i mötet med klienter med psykisk ohälsa och potentiella chefer. Det beslutades även att hur stödet till chefer samt utbildningen i psykisk ohälsa utformades bör anpassas beroende på vilken organisation rehabiliteringsaktörerna tillhör.

### Utveckling av informationshemsida för chefer

Som en del av utvecklingen av SEAM utvecklades en hemsida med riktad information till chefer. Hemsidan utvecklades med inspiration från riktlinjer utvecklade i Australien (43, 44) i relation *Mental Health First Aid (MHFA)* vars syfte är att öka hälsolitteraciteten om psykisk hälsa i en bred allmänhet (45). Materialet faktagranskades av två personer kunniga inom HR-området och svensk arbetslagstiftning för att garantera att innehållet var relevant, trovärdigt och korrekt i relation till en svensk kontext.

## Framtagande av studiematerial och planering av studieupplägg

Det sista steget i utvecklingen av SEAM innefattade utveckling av studiematerial och planering av studieupplägg. Det beslutades att SEAM primärt skulle testas inom AF och FK där det fanns ett behov av ökad hälso- litteracitet om psykisk hälsa och arbete. Dessa aktörer har också en central roll vid arbetsrehabiliteringen av personer med psykisk ohälsa. Utbildningen i SEAM begränsades till tre heldagar för att öka genomförbarheten i verksamheter med redan hög arbetsbelastning. PPT-material, övningar och filmer sammanställdes. För mer information om innehållet i SEAM-utbildningen, se resultatdelen.

## Datinsamling, studie 3

### Urval

Nittiofem handläggare med olika uppdrag inom AF inkluderades i studien. Detta innefattade handläggare med mer generella uppdrag med lite erfarenhet av att möta arbetssökande med psykisk ohälsa till handläggare med utbildning i SE och stor erfarenhet av att möta arbetssökande med psykisk ohälsa. Antalet baserades på en power-analys med förväntad effektstorlek  $ES=0.3$  i attitydmåttet, en signifikansnivå på 0.5, en power på 0.8 och ett förväntat bortfall på 10 procent. Den initiala ambitionen var att inkludera 50 handläggare från AF och 50 från FK. FK valde dock att avstå medverkan, vilket betydde att utvärderingen enbart skedde bland personal inom AF. Det skedde ett bortfall från första uppföljningstillfället, innan genomgången utbildning (N=95), till andra uppföljningstillfället, direkt efter avslutad utbildning (N=74), samt till det tredje och sista uppföljningstillfället, 6 månader efter avslutad utbildning (N=45). Nittio (90) chefer inom privat och offentlig sektor med personalansvar som varit i kontakt med de utbildade AF-handläggarna som en del av arbetsrehabiliteringen av personer med psykisk ohälsa planerades också att inkluderas. På grund av en större omorganisation inom AF blev denna del av utvärderingen inte möjlig att genomföra. För deltagarnas sociodemografiska bakgrundsuppgifter se Tabell 2. Deltagarnas personliga erfarenheter av psykisk sjukdom visas i Tabell 3.

**Tabell 2 Sociodemografiska bakgrundsuppgifter för deltagarna i utvärderingen av SEAM. Tabellen visar antal och procentuell andel (N=94)**

	N	%
<b>Kön</b>		
Man	28	30
Kvinna	66	70
Ålder (m, SD)	46 ±11	
<b>Högsta avslutad utbildning</b>		
Grundskola	4	4
Gymnasium	10	11
Högskola/universitet	80	85
Yrkeserfarenhet (antal år, SD)	25 ±11	

**Tabell 3 Personliga erfarenheter av psykisk sjukdom (RIBS) för deltagarna i utvärderingen av SEAM (N=95)**

Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom*	N	%
Ingen erfarenhet	20	21
Erfarenhet genom egen psykisk sjukdom	19	20
Erfarenhet genom anhörigs psykiska sjukdom	41	43
Erfarenhet genom nära väns psykiska sjukdom	36	38
Erfarenhet genom utbildning inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	30	32
Erfarenhet genom yrkesverksamhet inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	86	91

\*Flera svarsalternativ möjliga

## Genomförande

Informanterna rekryterades dels via informationsträffar och dels via kontaktpersoner (enhetschefer) som förmedlade information till sina medarbetare. Information gavs både skriftligt och muntligt om studiens syfte, innehåll och upplägg samt rätten att avbryta deltagandet utan att ange någon orsak. Namn på intresserade informanter sammanställdes av kontaktpersonen. Fem utbildningstillfällen genomfördes med cirka 20 deltagare i respektive grupp.

SEAM utvärderades med mix av kvantitativa och kvalitativa mätningar före, under och efter SEAM-utbildningen. Den kvantitativa mätningen innefattade att informanterna fyllde i en enkät:

- (1) innan utbildningen;
- (2) efter utbildningen, samt:
- (3) 6 månader efter avslutad utbildning (se Tabell 4).

För att utvärdera SEAM:s användbarhet och nytta, samt för att få inblick i hur utbildningen uppfattades och hur specifika yttre faktorer kan ha inverkat på resultatet genomfördes även fokusgrupper med kursdeltagarna efter avslutad utbildning. Detta material rapporteras dock inte inom ramen för denna rapport. Respektive utbildningsdag (dag 1–3) utvärderades också på så sätt att deltagarna fick skriva ner och lämna in sina spontana tankar kring dagens innehåll som avslutning på dagen. Detta innefattade de kvalitativa

mätningar som gjordes inom ramen för processutvärderingen av SEAM-interventionen.

### Instrument för datainsamling

En web-enkät innehållande frågor avseende sociodemografiska uppgifter, kunskap om psykisk ohälsa, attityder till psykisk sjukdom och att ha kontakt med personer med psykisk ohälsa, samt utbildningens innehåll och användbarhet användes för att utvärdera SEAM:s effekt och process.

Följande instrument användes:

#### *Formulär för insamlande av sociodemografiska bakgrundsuppgifter*

Sociodemografiska uppgifter såsom ålder, kön, högsta avslutad utbildning, yrkeserfarenhet och chefserfarenhet samlades in med hjälp av ett formulär för sociodemografiska bakgrundsuppgifter.

#### *Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)*

RIBS (46) berör tidigare/nuvarande erfarenheter av att möta personer med psykisk sjukdom. Tidigare/nuvarande erfarenheter skattas inom 4 områden: 1) boende 2) arbete 3) grannskap och 4) vänskap med en person med psykiska problem. Dessa frågor besvaras med ”ja”, ”nej” eller ”vet inte”. Flera svarsalternativ är möjliga.

#### *Mental Health Knowledge Scale (MAKS)*

Syftet med MAKS (47) är att undersöka kunskaper om psykisk sjukdom. Instrumentet är utvecklat i England och har visat goda psykometriska egenskaper. Med goda psykometriska egenskaper menas att instrumentet tillförlitligt och användbart. MAKS innehåller 12 påståenden varav 6 om kunskaper om behandling/rehabilitering av personer med psykisk ohälsa. Påståendena skattas på en 5-gradig skala som sträcker sig från instämmer helt = 5 till tar helt avstånd från = 1. Det finns också möjlighet att ange ”vet ej”. I samband med analysen reverserades negativt vända items enligt följande: (5=1) (4=2) (3=3) (2=4) (1=5).

#### *Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)*

CAMI (48), den svenska versionen CAMI-S (49) innehåller 20 påståenden fördelade på tre attitydfaktorer:

1. Vidsynthet/pro-integration
2. Rädsla/undvikande
3. Inställning till en samhällsbaserad psykiatri.

Respektive påstående skattas på en 6-gradig skala från instämmer inte alls =1 till instämmer helt och hållet = 6. I samband med analysen reverserades negativt vända items enligt följande (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1).

Samtliga instrument har goda psykometriska egenskaper (46–49) och har tidigare använts i ett flertal forskningsstudier och i befolkningsundersökningar av Hjärnkoll (28, 50).

### *Villighet att hjälpa en person med psykisk ohälsa*

Med utgångspunkt från de strategier (förhållningssätt, kommunikationsprinciper samt MHFA-hjälpbeteenden) som lärs ut i SEAM-utbildningen, utvecklades två enkäter med syfte att utvärdera rehabiliteringspersonalens respektive chefernas villighet att hjälpa en klient/anställd med psykisk ohälsa. Enkäten till rehabiliteringspersonalen inkluderade även frågor med syfte att utvärdera deras villighet att ge stöd till chefer som en del av arbetsrehabiliteringen av personer med psykisk ohälsa. Enkäten mailades till deltagarna 6 månader efter avslutad SEAM utbildning. I enkäten tillfrågades deltagaren om de under de senaste 6 månaderna har träffat någon som uttryck att de har psykiska problem/haft kontakt med en chef som en del av arbetsrehabiliteringen av en klient med psykisk ohälsa. Om ja, så ombads deltagaren att ta ställning till i vilken utsträckning hen använt sig av respektive SEAM strategi på en 5-gradig skala som sträckte sig från 1= inte alls till 5= vid många fler tillfällen.

**Tabell 4      Datainsamlingsmetoder och tidpunkter för datainsamling**

Instrument	Innehåll	Före utb.	Efter utb.	6-mån efter utb.
Formulär för insamlande av sociodemografiska bakgrundsuppgifter	Kön, ålder, högsta avslutad utbildning, arbetslivs-erfarenhet (antal år), typ av verksamhet o.s.v.	X		
Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) (45)	Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom	X	X	X
Mental Health Knowledge Scale (MAKS) (46)	Kunskap om psykisk ohälsa	X	X	X
Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI-S) (47, 48)	Attityder till psykisk sjukdom	X	X	X
Utvärdering av SEAM-utbildningens upplägg			X	
Utvärdering av SEAM:s användbarhet och nytta				X

### Analys

Kvantitativ data insamlad i studie 3 analyserades med både deskriptiv och analytisk statistik med hjälp av statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20. Deskriptiv statistik i form av medelvärde och standard avvikelse användes. Eftersom data visade sig vara icke-normalfördelad användes det icke-parametriska testet *Wilcoxon Signed Rank test* för att analysera eventuella skillnader mellan datainsamlingstillfällena (innan, direkt efter och 6 månader senare) med avseende på kunskaper om psykisk sjukdom (MAKS) och attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI). I testet undersöks statistiskt signifikanta skillnader inom alla värden på respektive instruments ordinalskalor gällande summa mått samt på itemnivå.

## Etiskt tillstånd

Projektet och de ingående studierna är genomförda i enlighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Forskningsprojektet är godkänt av etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2015/90). Alla deltagare gav sitt informerade samtycke till att delta i projektet.

## Metoddiskussion

Vedertagna riktlinjer för att öka kvaliteten i studier utförda enligt grundad teori användes för studie 1 (37, 94). Datainsamlingen var teoridrivna, genom att urvalet av informanterna gjordes för att ge en helhetsbild av fenomenet och informanternas utsagor styrde datainsamlingsprocessen tills mättnad var nådd. Vidare gjordes fortlöpande jämförelser mellan de initialt skapade koderna och de framväxande kategorierna för att nå ökad förståelse av resultaten. Enligt Charmaz (37) ökar kombinationen av hög trovärdighet och originalitet studiens användbarhet och resonans. Med resonans menas i vilken grad studiens resultat är förståeliga för informanterna och människor i liknande omständigheter. Personer med erfarenhet av att ha återgått i arbete efter psykisk ohälsa, chefer och personal från olika typer av rehabiliteringsverksamheter fick genom deltagandet i expertgruppen möjlighet att ta del av och diskutera resultatet och den analys som gjordes. Detta resulterade inte i några större ändringar men deras kommentarer till den analys som forskarna gjort kunde bekräfta och fördjupa tolkningen. En detaljerad metodbeskrivning gjordes för att möjliggöra för läsaren att bedöma resultatets tillämplighet i andra sammanhang.

Bortfallet i antalet enkätsvar (studie 3) mellan det andra (efter utbildningen) och tredje datainsamlingstillfället (6 månader efter utbildningen) kan förklaras av en större omorganisation inom Arbetsförmedlingen. Denna omorganisation medförde att vi inte heller fick möjlighet att följa upp chefernas upplevelser av de stöd de erhållit som ett resultat av SEAM. Effekterna av SEAM på chefers och handläggares och andra rehabiliteringspersonals kunskaper om psykisk ohälsa, självförtroende och villighet att hjälpa en anställd/klient med erfarenhet av psykisk ohälsa bör därför undersökas i vidare forskningsstudier. Vidare påtalade några av informanterna att de upplevde CAMI-frågorna som svåra att besvara, vilket kan vara en förklaring till att skillnaderna endast blev statistisk säkerställda vid 9 av 30 påståenden. Att frågorna/påståendena i CAMI upplevdes som svåra att besvara kan förklaras av att dessa fokuserar på psykisk ohälsa i allmänhet medan informanterna skilde mellan olika typer av psykisk ohälsa. Det finns därför ett behov av att utveckla ett instrument som mäter attityder (stigma) på ett mer nyanserat sätt och mer specifikt i relation till arbetsplatsen om det skall användas för att mäta chefers attityder.

## Bilaga 2: Tabeller

**Tabell 7 Förändring av attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI\*) bland deltagarna före ( $n=95$ ) och efter ( $n=47$ ) SEAM-utbildning. I förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ( $P<.05$ )**

Påstående	Innan SEAM-utb	Direkt efter SEAM-utb	Sign.
	Mv(sd)	Mv(sd)	
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	4.57 ( $\pm 1.13$ )	5.01 ( $\pm 0.87$ )	0.003
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	4.27 ( $\pm 1.15$ )	4.66 ( $\pm 1.28$ )	0.014
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	1.40 ( $\pm 0.69$ )	1.43 ( $\pm 0.78$ )	
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	5.05 ( $\pm 1.41$ )	5.34 ( $\pm 1.00$ )	0.026
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	1.44 ( $\pm 0.75$ )	1.49 ( $\pm 0.94$ )	
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har psykisk sjukdom	5.07 ( $\pm 1.29$ )	5.35 ( $\pm 1.12$ )	
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård	1.72 ( $\pm 1.14$ )	1.54 ( $\pm 1.00$ )	
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård	4.61 ( $\pm 1.51$ )	4.16 ( $\pm 1.83$ )	
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	5.08 ( $\pm 1.24$ )	3.04 ( $\pm 1.96$ )	
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap	5.20 ( $\pm 1.35$ )	5.46 ( $\pm 0.98$ )	
Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	1.61 ( $\pm 1.24$ )	1.66 ( $\pm 1.36$ )	
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit en patient inom psykiatri	5.48 ( $\pm 1.13$ )	5.43 ( $\pm 1.18$ )	
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	1.41 ( $\pm 0.88$ )	1.37 ( $\pm 0.83$ )	
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	3.30 ( $\pm 1.44$ )	3.94 (1.49)	0.001
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	1.44 ( $\pm 0.99$ )	1.42 (1.07)	
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	4.78 ( $\pm 1.22$ )	4.18 ( $\pm 1.81$ )	
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	4.65 ( $\pm 1.34$ )	5.13 ( $\pm 1.22$ )	0.005



Påstående	Innan SEAM-utb	Direkt efter SEAM-utb	Sign.
	Mv(sd)	Mv(sd)	
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med psykisk sjukdom	1.93 (±1.21)	5.13 (±1.22)	
Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället	5.35 (±1.42)	5.58 (±1.07)	
Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	1.44 (±1.00)	1.24 (±0.72)	
Om någon, som tidigare varit en patient inom psykiatri blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	4.48 (±1.43)	4.75 (±1.34)	0.011
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	4.45 (±1.45)	4.69 (±1.52)	
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	4.53 (±1.58)	4.61 (±1.53)	
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som haft en psykisk sjukdom	5.26 (±1.15)	5.31 (±1.13)	
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	2.18 (±1.31)	1.88 (±1.09)	
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	2.05 (±1.34)	1.72 (±0.95)	0.049
Om någon som tidigare haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	4.59 (±1.33)	4.94 (±1.09)	
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	3.88 (±1.72)	4.59 (±1.70)	0.018
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora	1.87 (±1.06)	1.59 (±0.84)	0.001
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatri som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatri som granne	2.47 (±1.06)	2.02 (±1.20)	

\* Respektive påstående i CAMI skattas på en 6-gradig skala från instämmer inte alls =1 till instämmer helt och hållet = 6.

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2018:**

- 2018:1 Felaktiga utbetalningar av tillfällig föräldrapenning. Hur utbrett är problemet, vad beror det på och vad kan Försäkringskassan göra för att motverka de felaktiga utbetalningarna?
- 2018:2 Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken
- 2018:3 Föräldraskapsideal och deras förverkligande. En forskarrapport om föräldrars uppfattning om vad som underlättar och förhindrar ett delat föräldraskap i Sverige
- 2018:4 Barn och föräldrar i socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 17–18 januari 2018
- 2018:5 Anhöriga till personer med statlig assistansersättning. En beskrivning av anhöriga som personliga assistenter, mottagare av personlig assistans och assistansersättningen
- 2018:6 Utvärdering av omorganisationen av Försäkringskassans kundcenterverksamhet
- 2018:7 Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. En fördjupad bild av utvecklingen över tid och Försäkringskassans handläggning
- 2018:8 Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365
- 2018:9 Familj och arbete under småbarnsåren. Hur använder föräldrar förskola och föräldraförsäkring?
- 2018:10 Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa