



Institutionen för psykologi

”Jag orkar inte och det är mitt fel”

Upplevelser hos långtidssjukskrivna med stressrelaterade symptom

Cecilia Gustavsson & Eva Hult Johansson

Psykologexamensuppsats Vol. IX (2007):10

Handledare: Håkan Johansson

Examinator: Roger Sages

Gustavsson, C. & Hult Johansson, E. (2007). "Jag orkar inte och det är mitt fel" Upplevelser hos långtidssjukskrivna med stressrelaterade symptom. *Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet, Vol. IX (2007):10*

Sammanfattning

Syftet med föreliggande studie var att ta del av upplevelser som långtidssjukskrivna individer med stressrelaterade symptom erfarit. Studien har en explorativ design och metoden som användes var den kvalitativa forskningsintervjun. Undersökningen genomfördes med semistrukturerade intervjuer och textanalys. Deltagarna utgjordes av anställda från två yrkeskategorier på en högskola, sju kvinnor och en man. Resultaten visade att bemötandet från omgivningen inverkar på hur individen upplever sin situation, men också att symptom bilden påverkar möjligheten att ta till sig omgivningens stöd. Ett empatiskt bemötande och kontinuitet över både tid och person har bidragit till upplevelsen av ett gott stöd. Deltagarna uttryckte även känslor av misslyckande, dålig självkänsla och skuld känslor. Trots detta upplevde många individer sig ändå ha fått nya perspektiv på livet. Resultaten indikerar att det behövs ett helhetsperspektiv för en gynnsam utveckling.

Nyckelord: Långtidssjukskrivna, stress, bemötande, stöd, misslyckande, förändring.

Abstract

The aim of the present study was to take part of the experiences that individuals with stressrelated symptoms have encountered when on sickleave. The study has an explorative design and the method used was the qualitative researchinterview. The investigation was carried out through semistructured interviews and textanalysis. The participants included university employees from two different professions, seven women and one man. The results showed that the treatment from the environment influence the individual experience, but also that the symptoms influence the possibility to gain from support. An emphatic treatment and continuity over both time and person have contributed to the experience of good support. Feelings of failure, low self-esteem and guilt were also expressed. The individual seemed, despite all, to have reached new perspectives on life. The results indicate that there is need for a comprehensive approach to accomplish a favourable development.

Keywords: Sickleave, stress, treatment, support, failure, change.

”Inom mig kände jag mig nästan fullständigt död. Jag var svart och förkolnad som en äng efter en skogsbrand. Bara regnet och solen och vattnet kunde ge kraft åt det lilla liv som ännu fanns kvar, så att det sakta men säkert skulle kunna börja växa igen.”

Susanna Tamaro

Ur ”Gå dit hjärtat leder dig”

TACK!

Vi vill börja med att tacka alla som ställde upp på intervju och som har delat med sig av sina tankar och upplevelser. Ni har alla bidragit med betydelsefulla berättelser och infallsvinklar. Vidare vill vi tacka vår handledare Håkan Johansson som har kommit med värdefulla synpunkter, goda råd och som under arbetets gång har varit tillmötesgående och flexibel.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	6
Teori.....	8
<i>Begreppet stress</i>	8
<i>Stressrelaterade sjukdomar</i>	10
<i>Psykosocial arbetsmiljö</i>	12
<i>Socialt stöd</i>	13
<i>Livsförändring</i>	15
<i>Rehabilitering</i>	17
Syfte.....	19
METOD.....	20
Deltagare och plats.....	21
Material.....	21
Procedur.....	22
Dataanalys.....	23
RESULTAT.....	24
Upplevelse av bemötande.....	25
<i>Jag vill bli förstådd</i>	25
<i>Jag vill bli stöttad</i>	26
<i>Jag får lättare stöd om symptomen är fysiska</i>	27
<i>Jag efterlyser samarbete och kontinuitet</i>	27
<i>Jag är granskad</i>	29
<i>Jag är utsatt för motstridiga budskap</i>	29
Upplevelse av krav.....	30
<i>Jag har för mycket att göra</i>	31
<i>Jag klarar inte att jobba ännu</i>	31
<i>Jag och mina närmaste får ta ansvar</i>	31
<i>Jag hinner inte prestera</i>	32
Upplevelse av misslyckande.....	33
<i>Jag är värdelös arbetskraft</i>	34
<i>Jag har dålig självkänsla</i>	34
<i>Jag drar mig undan</i>	34
<i>Jag är förbrukad</i>	35

Upplevelse av skuld känslor.....	36
<i>Jag ska vara tacksam.....</i>	36
<i>Jag ska inte kräva.....</i>	37
<i>Jag ska inte belasta.....</i>	37
<i>Jag ska inte klaga.....</i>	38
<i>Jag kan inte prestera.....</i>	38
Upplevelse av symptom.....	38
<i>Jag är trött och mår dåligt.....</i>	39
<i>Jag glömmer och kan inte koncentrera mig.....</i>	40
<i>Jag äter medicin och går i terapi.....</i>	40
Upplevelse av identitet.....	41
<i>Jag måste lyssna på mig själv.....</i>	42
<i>Jag måste förändra mig.....</i>	43
<i>Jag måste hitta andra värden.....</i>	43
DISKUSSION.....	45
Bemötande och stöd.....	45
Krav och misslyckande.....	47
Dålig självkänsla och skuld känslor.....	49
Rehabilitering och individfokus.....	50
Förändring i livet.....	50
Brister i studien.....	51
Förslag på framtida forskning.....	53
Avslutande reflektion.....	53
REFERENSER.....	55
Bilaga A	

Denna studie handlar om de upplevelser, tankar och känslor som långtidssjukskrivna individer med stressrelaterade symptom har skildrat. Enligt socialstyrelsen (2003) har sjukskrivna individer med stressrelaterade symptom ökat dramatiskt de senaste tio åren. Den arbetsrelaterade ohälsan är oftast resultatet av en långdragen process som medför såväl fysiska som psykiska problem. Antalet individer i arbetsför ålder som varit sjukskrivna längre än trettio dagar har aldrig tidigare varit så högt (Socialstyrelsen, 2003). Långtidssjukskrivningar har sedan 1997 ökat i oerhört snabb takt. Ökningstakten minskade något under 2001 och 2002, men samtidigt har andelen sjukskrivningar som hänförs till psykisk ohälsa fortsatt att stiga (Lundberg & Wentz, 2004).

Att sjukskrivningar under diagnoser som anger stress som orsaksfaktor har ökat kraftigt innebär inte nödvändigtvis att den faktiska ökningen är lika stor (Klingberg Larson, 2000). Det är troligt att man tidigare i större utsträckning använt sig av mer traditionella psykiatriska diagnoser, till exempel depression. Vidare är det sannolikt att många fall av psykosomatisk sjukdom har diagnostiserats som fysisk åkomma. Det finns förmodligen fortfarande ett mörkertal i detta avseende anser Klingberg Larson (2000).

Enligt socialstyrelsens rapport (2003) har ökningen av långtidssjukskrivna ökat särskilt kraftigt bland kvinnor, framförallt när det gäller psykisk ohälsa. Det kan finnas många olika orsaker till detta, som exempel kan nämnas stressigt arbete samt ansvar för hem och familj. Den psykosociala arbetsmiljön tycks försämrats speciellt för kvinnor (Bäckman och Edling, 2000).

Enligt Lidwall och Skogman Thoursie (2000) finns det ingen allmänt vedertagen definition på vad som kännetecknar en långvarig sjukskrivning. Oftast innebär det att nedsättningen i arbetsförmågan är mer varaktig och att det finns ett behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att möjliggöra en återgång i arbetet.

Den lågkonjunktur som präglade 1990-talets första år ledde till omfattande neddragningar av antalet anställda inom i stort sett alla sektorer i samhället (Socialstyrelsen, 2003). Neddragningarna innebar dels en ökad arbetsbelastning och dels upprepade omorganisationer av arbetet. Dessa faktorer är de arbetsrelaterade problem som de sjukskrivna själva oftast nämner som orsak till situationen. Inom den offentliga sektorn har omorganisationer ofta inneburit en strävan mot plattare organisationer. Socialstyrelsens rapport uppmärksammar att många anställda upplever att arbetsuppgifter och ansvar har delegerats utan motsvarande tillskott av resurser och befogenheter. Både svenska och internationella studier har visat att arbetsförhållanden spelar en viktig roll. Det konstateras att det stigande antalet individer som är sjukskrivna för psykisk ohälsa inte enbart är ett svenskt problem. Vid en jämförelse mellan

åtta europeiska länder fastslogs att Sverige låg högst, följt av Nederländerna och Norge. Den lägsta sjukfrånvaron hade Tyskland (Socialstyrelsen, 2003).

En viktig aspekt i sammanhanget är att människan befinner sig i en kontext där individen påverkas av den omgivande miljön. Individen befinner sig i ett kulturellt sammanhang som inverkar på den subjektiva upplevelsen av omvärlden. Olika kulturer har olika sätt att förhålla sig till vad sjukdomsbegreppet står för, vad en sund arbetsmiljö innefattar samt vad ett bra stöd består av. Individen befinner sig ständigt i någon form av samspel med omgivningen som påverkar individens upplevelser. Det kan anses vara väsentligt att utgå från ett holistiskt perspektiv där varje individ i sig är unik, men samtidigt inte kan separeras från den omgivande miljön.

I Sverige har arbetslivet alltmer kommit att betraktas som en förutsättning för hälsa (Andersson, 2002). Arbetslivet ger inte bara inkomst och försörjning utan bidrar även till att ge individen identitet och social status. Arbetsmiljöfrågor av social och psykologisk karaktär har kommit att uppmärksammas i allt större utsträckning (Eriksson, 1991). Anledningen till detta är förmodligen att de psykiska kraven har ökat samtidigt som den fysiska arbetsmiljön har förbättrats.

Jämfört med fysisk ohälsa är det svårt att undersöka den psykiska ohälsan genom objektiva undersökningar och forskning kring sociala orsaker till psykisk ohälsa är begränsad påtalar Lundberg (2000). Orsaker som ofta har diskuterats är ogynnsamma uppväxtförhållanden och medfödd sårbarhet. Senare forskning har visat på att även förhållanden i vuxenlivet kan bidra till exempelvis depressioner och ångest. Det finns en väletablerad kunskap när det gäller förhållandet att arbetslösa har sämre psykisk hälsa än de som har arbete. Däremot vet man förhållandevis lite om sambandet mellan arbetslivets förhållanden och psykisk ohälsa (Lundberg, 2000). De flesta insatserna tycks inrikta sig på individen och tar inte hänsyn till att individen formas i interaktion med den omgivande miljön. I vårt samhälle tenderar uppfattningen vara att människan ska arbeta, vara frisk samt produktiv och det verkar inte finnas stort utrymme för avvikelser från normen. Målet tycks vara att den sjuke så fort som möjligt ska återgå i arbete och tillräcklig hänsyn tas inte till att individen ska må så bra som möjligt.

Det kan anses ligga i samhällets intresse att hålla individen frisk och produktiv (Andersson, 2002). Att människor är friska innebär inte minst ekonomiska vinster för samhället, familjen och individen. För att individer ska hålla sig friska krävs det en helhetssyn på behandlingen samt kunskap om att psykisk ohälsa kan ta sig uttryck i fysiska symptom. Redan Platon kritiserade läkare som ensidigt behandlade människans kropp och bortsåg från

själen. Tankar om ett inbördes förhållande mellan kropp och själ går att spåra till tiden före Hippokrates. Kroppens och själens relation till varandra ansågs spela en viktig roll för hälsa och sjukdom. Vid hälsa befinner sig individen i balans då kropp och själ stödjer varandra för att behålla jämvikten (Andersson, 2002).

Teori

Denna översikt handlar om själva begreppet stress, stressrelaterade sjukdomar, psykosocial arbetsmiljö, socialt stöd, livsförändring och rehabilitering. Framförallt avser redovisningen att försöka beskriva hur sjukdomen yttrar sig, omgivningens betydelse och hur situationen påverkar individens liv samt möjlighet att återgå i arbete. Detta för att få en bakgrund till den situation som långtidssjukskrivna med stressrelaterade symptom befinner sig i.

Begreppet stress

Stress är enligt Ogden (2004) ett område som har intresserat forskare sedan andra världskriget. Olika stressmodeller har varierat i sina definitioner av begreppet stress, i sin betoning på psykologiska respektive fysiologiska faktorer samt i sina beskrivningar av förhållandet mellan individ och miljö.

Ogden (2004) ger en sammanfattande beskrivning av två stressmodeller. I Cannons kamp-flyktmodell från 1930-talet definieras stress som fysiologiska responser på yttre stressorer. Selye utvecklade på 1950-talet sin General adaption syndrome model (GAS) som beskriver tre steg i stressprocessen. De tre beskrivna stegen är alarmfas, motståndsfas samt utmattningsfas. Under alarmfasen spänns musklerna och andning, puls och blodtryck ökar. Därefter upplever individen ångslan, ångest, vrede och trötthet i sin reaktion på stressen. Förmågan att fatta beslut försämras och individen kan må fysiskt dåligt (Ogden, 2004). Wilson (2000) beskriver att individen i längden inte klarar att upprätthålla motståndet utan kommer in i ett utmattningsstadium där stressrelaterade sjukdomar kan uppkomma. Cannons kamp-flyktmodell och Selyes GAS-modell lade en viktig grund för stressforskning, men har vissa begränsningar (Ogden, 2004). Båda modellerna utgår från att individen automatiskt svarar på yttre stressfaktorer. Individuell variabilitet och psykologiska faktorer intar en minimal roll.

Senare teorier om stress betonar samspelet mellan individen och omgivningen. Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) menar att en individs stressreaktioner är beroende av hur individen tolkar och värderar den betydelse som den hotande händelsen har. Allt är avhängigt om individen tycker sig kunna hantera situationen. Den finns en relation mellan kognition och

emotion, en ständig interaktion mellan dessa båda som innebär att våra känslor påverkar tankarna och vice versa. I Lazarus transaktionella stressmodell och hans teori om värdering svarar individen inte längre passivt på den yttre världen utan interagerar med den. Stress beskrivs utifrån passformen mellan individ och miljö. En god passform resulterar i ingen eller låg stress, en dålig passform resulterar i högre stress (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus tankegångar stämmer överens med nuvarande stressforskning menar Ogden (2004), där stress ses som ett resultat av passformen mellan individ och miljö. Värderingens roll betonas och de psykologiska faktorerna anses uppträda samtidigt som de fysiologiska förändringarna.

Vissa egenskaper kan anses utgöra ett skydd mot stress, till exempel god självkänsla, uthållighet och flexibilitet (Wilson, 2000). En individs sårbarhet kan påverkas av personlighetsfaktorer, tidigare erfarenheter, hanteringsstrategier och det sociala stöd som finns tillgängligt. Även faktorer som känsla av kontroll, "locus of control", kan påverka sårbarheten (Rotter, 1972). Rotters begrepp definierar graden av personlig kontroll där intern "locus of control" betyder att individen anser sig ha möjlighet att själv göra något åt problemet. Om möjligheten att göra något åt ett problem läggs utanför individen talar man om extern "locus of control". Flera studier (Andersson, 2002) har visat att "locus of control" medierar relationen mellan stress och sjukdomsupplevelse.

Antonovsky (1991) har myntat begreppet KASAM som består av tre komponenter som utgörs av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovskys teori innebär att personer med en stark känsla av sammanhang lättare kan anpassa sig till omgivningens krav och de yttre stressorer som finns, än vad individer med svag känsla av sammanhang kan. Således kommer individer med stark känsla av sammanhang inte att uppleva samma anspänning (Antonovsky, 1991).

Sambandet mellan kontroll i arbetet och hälsa presenteras ofta i arbetslivsforskning (Theorell, 2003). Utövandet av kontroll och stress anses hänga nära samman. Stress som uppkommer på grund av höga arbetskrav och bristande kontroll resulterar i negativa hälsoeffekter. En stressreaktion mobiliseras framförallt när individen riskerar att förlora kontroll över en situation och kämpar för att behålla kontrollen. Ett flertal modeller från stressforskning försöker beskriva vilka faktorer på arbetsplatsen som har betydelse för utveckling av negativ stress (Theorell, 2003). I socialstyrelsens rapport (2003) nämns två av de mest kända modellerna som har utvecklats av Karasek och Theorell respektive Siegrist.

Karaseks och Theorells modell beskriver att en obalans mellan de krav som arbetet ställer i relation till den kontroll som individen har över sin egen arbetssituation kan leda till arbetsrelaterad stress (Theorell, 2003). I krav- och kontrollmodellen är begreppet kontroll

centralt. Modellen belyser relationen mellan yttre krav och individens möjlighet till beslutsutrymme. Arbetskrav är den insats eller den ansträngning som krävs och egenkontroll är det beslutsutrymme som organisationen ger anställda att fatta beslut om sitt arbete. Krav- och kontrollmodellen skisserar fyra Extremsituationer. I den första "avspända" är kraven inte extremt höga och möjligheten att utöva kontroll är hög. I den "passiva" situationen är både krav och beslutsutrymme lågt. Det optimala är arbeten där höga krav kombineras med hög grad av kontroll som i den "aktiva" situationen. Den "spända" situationen utmärks av höga krav och litet beslutsutrymme. Theorell (2003) påpekar att omfattande forskning visar att det framför allt är den "spända" situationen som ökar risken för sjukdom. Att den psykiska ohälsan ökat tyder på att det för många individer finns en diskrepans mellan arbetsbelastning och kontrollmöjligheter.

Siegrist har presenterat ansträngnings- och belöningsmodellen för arbetsrelaterad stress som belyses i socialstyrelsens rapport (2003). Modellen beskriver att det kan uppstå en obalans mellan den ansträngning som individen lägger på sitt arbete och den belöning som individen får. Med belöning avses dels ekonomisk ersättning och dels uppskattning från till exempel arbetsledning. Att förhållandet mellan arbetsinsats och belöning har betydelse för tillfredsställelse i arbetssituationen har belagts i ett antal studier (Socialstyrelsen, 2003). Människans biologi och handlande styrs mycket av viljan att få belöningar (Theorell, 2003). Om en individ anstränger sig till det yttersta och inte får någon belöning kan detta leda till hälsoproblem. Grundtanken i Siegrists modell är att ju mer en individ anstränger sig desto mer belöning är individen i behov av. En individ som ansträngt sig under många år och inte alls upplever sig ha fått tillräcklig belöning utvecklar till sist en stark känsla av frustration. Denna frustration kan yttra sig bland annat i fientlighet och i kroppsliga reaktioner som har samband med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom (Theorell, 2003).

Stressrelaterade sjukdomar

Stressrelaterade sjukdomar kan uppstå när det finns störningar i samspelet mellan människa och miljö. Det handlar om en process där individens förmåga ställs mot omgivningens krav menar Frankenhaeuser och Ödman (1983). När en individ upplever att den egna förmågan inte räcker till uppstår ofta spänningar och ångslan. Individen kan reagera på två sätt, antingen genom att anstränga sig extra för att klara påfrestningen eller genom att ge upp och dra sig undan (Frankenhaeuser & Ödman, 1983).

Stress kan sägas vara ett tillstånd i vilket organismens balans mellan resurser och belastningar rubbas enligt Perski (2002). Detta innebär att en obalans kan uppstå såväl vid ett

underskott som vid ett överskott av resurser som individen förfogar över för att hantera belastningar. Båda extremfallen kan leda till allvarliga stressrelaterade sjukdomar. Under långvarig stress kan förhöjda nivåer av stresshormonet kortisol i kroppen börja förstöra kopplingar mellan nervceller i hjärnans hippocampus (Perski, 2002).

Människan kan enligt Währborg (2002) beskrivas från skilda utgångspunkter vad gäller stress: En social, en psykisk och en biomedicinsk aspekt. Dessa aspekter anlägger olika fokus på människan. Det som avgör graden av social stress är tydligheten, hanterbarheten och begripligheten av den sociala strukturen. Men även de resurser som den enskilde individen besitter för att hantera och klara av samhällets krav och motsättningar är avgörande. Här blir stress en egenskap i det sociala systemet. Den psykiska stressen skapas genom upplevelsen av en motsättning mellan vad individen vill och vad individen kan, känslan av vanmakt samt bristen på tillit. Det som avgör graden av stress är vad individen utsätts för, hur det upplevs och hur det kan hanteras. I detta avseende blir stress en egenskap hos individen. Den biomedicinska stressen kan beskrivas som en förändring i den biologiska jämvikten. När individen utsätts för psykisk stress påverkas hjärnan. Vid långvarig och övermäktig stress upphör kroppens anpassningsprocess och övergår till en nedbrytningsprocess. Den biologiska stressen är en egenskap hos alla varelser i ekosystemet. Stress uppträder inte enbart inom varje enskild aspekt utan är också ett uttryck för inkongruens aspekterna sinsemellan (Währborg, 2002).

De vanligaste symptomen i stressutlösta utmattningsreaktioner enligt Klingberg Larson (2000) är: Oro, nedstämdhet, trötthet, stresskänslighet, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, försämrat närminne, sömnstörning, överkänslighet för sinnesintryck, ökad muskelspänning och psykosomatiska sjukdomar.

Stressrelaterade sjukdomar har fått ett flertal olika benämningar (Socialstyrelsen, 2003). På 1970-talet lanserade Maslach termen burnout (utbrändhet), men detta anses dock inte vara en medicinsk term utan snarare en metafor. I socialstyrelsens rapport föreslås att termen utmattningssyndrom används för de stresstillstånd där depression inte har utvecklats. Om kriterierna för depression uppfylls bör diagnosen egentlig depression med utmattningssyndrom användas. I de fall där arbetsrelaterad psykisk ohälsa varken uppfyller kriterierna för depression eller utmattningssyndrom föreslås att diagnosen maladaptiv stressreaktion bör användas. En grundläggande tanke är att utmattningssyndrom är ett led i en process som börjar med stress och stressrelaterade symptom. Allt eftersom processen fortskrider avsätts mer och mer tid för att hantera de påfrestningar som individen är utsatt för. Vid arbetsrelaterade påfrestningar kan det handla om att mer tid ägnas åt arbete och även att

en avsevärd mängd tid avsätts till att grubbla över problem. Individen kan förutom de ovan nämnda symptomen även uppleva skuld känslor. Kliniska erfarenheter visar att individer efter en lång sjukskrivning ofta även har en dålig självkänsla (Socialstyrelsen, 2003).

Individer som drabbas av stressrelaterade sjukdomar har ofta symptom som kommer från hjärtat, musklerna, magen eller immunsystemet (Perski, 2002). Förutom dessa symptom beskriver de flesta individer två problemområden. Det ena området berör upplevelsen av trötthet eller utmattning som inte går att vila bort och det andra berör en rad kognitiva begränsningar. Tröttheten innebär att individen känner sig totalt utslagen, alla energiresurser är förbrukade. Påtagliga sömnsvårigheter är också vanliga med orolig sömn, individen vaknar tidigt och kan inte somna om. Oftast är sömnsvårigheterna och tröttheten nära sammankopplade enligt Perski (2002).

De kognitiva störningarna påverkar minnesfunktionen och det förekommer även allvarliga koncentrationssvårigheter som gör det nästan omöjligt att till exempel läsa en längre textmassa (Perski, 2002). Det kan även finnas svårigheter med att koncentrera sig på flera olika saker samtidigt. Vissa individer klagar över svårigheter med att följa sina tankebanor till slut. Begränsningar i den kognitiva förmågan kan ses som en sista åtgärd för att förhindra att hjärnan blir överstimulerad. Kognitiva begränsningar kan upplevas som oerhört skrämmande för de drabbade. Individerna skäms vanligtvis över sin oförmåga och försöker dölja den både för sig själv och för omgivningen. Många individer upplever överkänslighet i olika sinnen, till exempel när det gäller ljud, ljus och smärta. Psykiska reaktioner kan förekomma i form av känslolabilitet, starka ångestproblem och nedstämdhet. Ångestproblemen kan leda till uppkomsten eller förstärkningar av olika slags fobier, allmänna ångesttillstånd eller panikångest (Perski, 2002).

Psykosocial arbetsmiljö

Uttrycket psykosocial användes ursprungligen av Erik Homburger Erikson (1982). Hans avsikt med begreppet var att fästa uppmärksamhet på att människan utvecklas i samspel med sin sociala omgivning. Ett psykosocialt synsätt innebär att omgivningens betydelse för hur individen utformar sin personliga identitet beaktas.

Den psykosociala arbetsmiljön handlar om samspelet mellan individen och den omgivande arbetsmiljön (Eriksson, 1991). Psykosociala faktorer definieras som de faktorer som påverkar individens upplevelse av arbetet. Dessa faktorer innefattar arbetets innehåll, utformningen av arbetsorganisationen samt sociala relationer.

Den vanligaste definitionen av psykosocial är att begreppet står för interaktionen mellan psykiska och sociala faktorer (Theorell, 2003). Theorell tar upp att det finns många aspekter på den psykosociala arbetsmiljön som kan ha betydelse för hälsan. En av de grundläggande aspekterna är möjligheten att kontrollera den egna arbetssituationen. Det finns många situationer då människan reagerar med fysiologisk stress när det finns en fruktan att förlora kontrollen. Sambandet mellan förändringar i kontrollmöjligheter och sjukdomsdebut är särskilt tydlig menar Theorell (2003).

Agervold (2001) påtalar att det inte enbart räcker att ta hänsyn till den fysiska miljön för att ta reda på vad som påverkar individen i arbetslivet och vad som bidrar till negativa hälsoeffekter. Individens egenskaper, behov, värderingar och förväntningar är också relevanta komponenter för att förstå den sociala arbetsmiljön.

När individen utsätts för påfrestningar i form av krav och förväntningar kan känslor av ångest, oro och nedstämdhet uppträda (Levi, 1990). Arbetssituationen i dagens samhälle innebär för många individer orealistiska förväntningar och en ogynnsam miljö vilket kan leda till långvariga känsloreaktioner. Detta kan orsaka ohälsa, ett stort lidande och nedsatt funktionsförmåga. När en obalans uppstår mellan upplevda krav och den egna förmågan kan individen drabbas av olustkänslor. Enligt Levi (1990) finns risk för att obalansen utmynnar i stress och bristande arbetstillfredsställelse.

Socialt stöd

Socialt stöd kan definieras som resurser tillhandahållna av andra människor och då avses främst den relationella aspekten (Perski, 2002). En individs relationer har betydelse för tillit och trygghet livet igenom. Känslan av att ingå i en grupp, en struktur, ett socialt system där man känner tillhörighet kan ge individen styrka att klara påfrestningar av olika slag.

Den sociala miljön kan skapa konflikter och framkalla skadlig stress, men den kan också erbjuda resurser som befrämjar individens utveckling och hälsa (Andersson, 2002). Socialt stöd har antagits kunna ha en positiv effekt på hälsan, vilket innebär att det utgör ett skydd när individen utsätts för påfrestningar

Aronsson (1987) tar upp att de vanligaste källorna gällande stöd som studerats i förhållande till arbetsmiljöbelastning är stöd från arbetskamrater, överordnade, make/maka och vänner/släktingar. De studier inom arbetslivet som gjorts av socialt stöd har till största delen skett inom en stressteoretisk referensram (Aronsson, 1987).

Johnson tillförde socialt stöd som en tredje dimension i Karaseks och Theorells ursprungliga krav- och kontrollmodell, vilket Aronsson nämner (1987). Det sociala stödet

anses fylla mänskliga behov av grupptillhörighet och gemenskap. Det kan vidare förse individen med resurser för kontroll av belastning och även ge individen erfarenheter av samverkan med andra individer. Aronsson (1987) menar att termen socialt stöd kan sägas vara ett samlingsbegrepp för olika aspekter av sociala relationer. Tre olika aspekter har kommit att ingå i forskningsområdet socialt stöd. Den första är den kvantitativa aspekten, den andra är den strukturella aspekten och den tredje är den funktionella aspekten. Den kvantitativa aspekten innebär existensen av eller kvantiteten av sociala relationer. Den strukturella aspekten motsvarar individens sociala nätverk och den funktionella aspekten handlar om i vilken utsträckning relationer involverar emotionellt engagemang, instrumentellt stöd och information (Aronsson, 1987).

House (1981) har systematiserat olika slags stöd och hans teori omfattar fyra typer av socialt stöd. House anser att alla källor för stöd bör beaktas även om vissa källor är mer betydelsefulla än andra, vilket är avhängigt individens egenskaper och problemets karaktär. De fyra typerna av stödjande handlingar är: Emotionellt, värderande, informativt och instrumentellt stöd. House beskriver det emotionella stödet som särskilt viktigt. Det emotionella stödet inbegriper empati, omtanke, kärlek och tilltro. I det värderande stödet är det andra människor som är informationskällor, vilka individerna använder sig av för att värdera sig själva. Det värderande stödet bidrar således till individens förmåga att värdera sig själv och sin arbetsinsats. Stödet består av feedback och bekräftelse genom personliga relationer. Informativt stöd kännetecknar processen när andra personer ger individen information, som kan användas för att bemästra problemet. Här har det sociala nätverket en viktig funktion att fylla genom att ge oberoende bedömningar av problemet. Det instrumentella stödet är det handgripliga stödet och som exempel kan nämnas praktiskt arbete, transporter samt barnpassning (House, 1981).

House (1981) skiljer på tre effekter av socialt stöd på stress i arbetet och hälsa. Två av dessa är huvudeffekter och den tredje ses som en bufferteffekt. Den ena huvudeffekten är att socialt stöd direkt kan förbättra hälsa och välbefinnande genom att tillgodose betydelsefulla mänskliga behov av trygghet, social kontakt, gillande och tillhörighet. Detta stöd kan motverka negativa effekter av stress. Den andra huvudeffekten innebär att socialt stöd direkt kan reducera stressnivån i arbetet och således indirekt förbättra hälsan. Den tredje effekten ses som en bufferteffekt av socialt stöd. Denna verkar inte direkt på stressfaktorer eller hälsa utan modifierar snarare relationen mellan dem. Innebörden i bufferteffekten är att socialt stöd är effektivt då individen befinner sig under påtaglig stress. Hälsan påverkas positivt av socialt stöd både då individen upplever sin arbetssituation som påfrestande och då individen inte gör

det. De individer som har en mycket påfrestande arbetssituation kan undkomma symptom, vilket de skulle ha drabbats av såvida de inte haft tillgång till socialt stöd anser House (1981).

Lundberg och Wentz (2004) menar att socialt stöd kan anses gynna kroppens förmåga att hantera stress och skapar dessutom en buffert mot stressrelaterad ohälsa. Om det sociala stödet ska inverka positivt på hälsan måste det ge en känsla av att tillhöra en social gemenskap och ge en känsla av intimitet. Det sociala stödet anses även öka människors förmåga att skapa nära relationer. Ansvaret för hälsan ligger inte bara på individen utan också på familjen och den övriga omgivningen. Hur starka och stöttande relationer individen har betyder mycket för hälsan. Människans känslor är en viktig länk mellan upplevelser och kroppsliga reaktioner. Upplevelsen av att livet är meningsfullt och att man har goda relationer till andra människor medför vissa kroppsliga reaktioner. Upplevelser av utanförskap och meningslöshet ger andra reaktioner (Lundberg & Wentz, 2004).

Levi (1990) tar i sin stressforskning upp socialt stöd som den viktigaste påverkande variabeln vad gäller upplevelsen av stress. Arbetsledningens och arbetskamraternas grad av socialt stödjande roll står i proportion till den grad av stress som upplevs i stressade situationer.

Maslach (1985) omtalar betydelsen av socialt stöd i samband med utbrändhet. Det sociala stödet kan inverka positivt genom att bromsa upp processen. Arbetskamraters sociala och emotionella stöd kan vara avgörande för individens tillvaro på en arbetsplats. När den emotionella påfrestningen är stark är en vanlig reaktion att individen drar sig undan och detta kan medföra att individen går miste om värdefulla resurser. Maslach (1985) menar vidare att arbetskamraterna ofta är de som är bäst lämpade att ge hjälp och stöd i anknytning till arbetet.

I de resultat som Svenning (1998) redovisar från sin studie av långtidssjukskrivna lyfte flertalet av de tillfrågade fram den psykosociala arbetsmiljön. De betonade vikten av att individer som återgår i arbete behöver hjälp, att det krävs förståelse för individens speciella situation samt betydelsen av att visa hänsyn. Det framkom att det var viktigt att någon bryr sig och vidare efterlyste de sjukskrivna ett bättre samarbete mellan olika rehabiliteringsaktörer (Svenning, 1998).

Livsförändring

Stress kan anses vara en del av livet och ingå i så gott som alla viktiga händelser och förändringar menar Frankenhaeuser och Ödman (1983). Stress behöver inte bara vara negativt utan i lagom dos kan det vara positivt för individen. Stress kan utveckla nya sidor av en

individens personlighet och utmaningar får människor att växa (Frankenhaeuser & Ödman, 1983).

Förändring kan definieras som ett tillstånd som ändrar karaktär (Angelöw, 2000). Begreppet förändring kan anses vara värderingsfritt, men när individens subjektiva upplevelse och tolkning av situationen läggs till kan förändringen upplevas och tolkas både positivt och negativt. Individens skiftande erfarenheter av förändringar resulterar i olika reaktionsmönster och förhållningssätt enligt Angelöw (2000). Det finns ett tydligt samband mellan de händelser som inträffar i individens liv och hur individen mår (Angelöw, 1999). Forskning visar att livshändelser oavsett om de upplevs som negativa eller positiva kan leda till stress för individen. Detta inträffar på grund av att det är själva omställningen i sig som är påfrestande anser Angelöw (1999).

Dagens arbetsrelaterade stress är ofta multifaktoriell, vilket innebär en kombination av en alltför pressande arbetssituation under en längre tid och ytterligare belastningar, till exempel händelser i privatlivet (Klingberg Larson, 2000). Att ta del av individens upplevelser av förändringar kan anses vara av vikt för att kunna arbeta i förebyggande syfte och förbättra arbetssituationen. En förutsättning för att förstå stress och ohälsa i arbetslivet är att utgå från ett helhetsperspektiv på individens situation menar Klingberg Larson (2000) .

Att ha ett arbete har visat sig påverka en individs hälsa positivt (Svenning, 1993). Individen arbetar inte bara för att tjäna sitt uppehälle utan arbetet ger också individen ett människovärde, självuppfattning och självaktning. Arbetet är en utmaning och fordrar engagemang, men ger i gengäld en bekräftelse på individens kompetens. Arbetet har vidare en social aspekt genom att det ger möjlighet till gemenskap och umgänge. Svenning (1993) skriver vidare att en individs identitet formas genom sociala processer och att när identiteten väl etablerats vidmakthålls den genom sociala relationer.

Bengtsson (2003) intar ett existentiellt perspektiv på utbrändhet och menar att vägen från ett utbrändhetstillstånd till ett balanserat liv går via insikt och förståelse för de egna behoven och drivkrafterna. Här finns möjligheten att vända krisen till en utveckling för individen. Många människor som blir utbrända lider av en existentiell tomhet som gör att livet inte längre upplevs som meningsfullt. Tomheten uppstår när passformen mellan individens önskningar, behov och värderingar inte stämmer överens med arbetslivets organisation. Valet står mellan att anpassa sig och därmed överge sig själv eller att vägra anpassa sig. En konsekvens av det senare är att individen kan bli sjuk av kampen mellan frihet och anpassning, vilket kan leda till utbrändhetstillstånd (Bengtsson, 2003).

En utbränd individ har enligt Bengtsson (2003) nått en gräns där kropp och själ protesterar. Detta kräver att individen vänder tillbaka till sin innersta kärna där det finns information om vad som skapar mening och livsglädje. En vanlig känsla är upplevelsen av att ha gått in i en vägg och att det är omöjligt att gå tillbaka. Denna känsla av omöjlighet att återgå till ett destruktivt liv är själva räddningen. Detta tvingar individen till reflektion och introspektion, vilket leder till en genomgripande förändring. För att klara förändringen krävs stöd och vägledning från omgivningen (Bengtsson, 2003).

Rehabilitering

Det finns ingen entydig definition av rehabilitering enligt Svenning (1998). Gemensamt är dock att individen ska ges vård och stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Rehabilitering brukar användas som ett samlingsbegrepp för alla medicinska, psykologiska, sociala och arbetsinriktade åtgärder som vidtas för att individen ska återvinna bästa möjliga funktionsförmåga. Samhället har under 1990-talet satsat på tidig och samordnad rehabilitering menar Svenning vidare. Tanken har varit att försöka hitta metoder för att få individer med arbetsrelaterade problem tillbaka till arbetslivet så snabbt som möjligt, helst till den egna arbetsplatsen. Anledningen till denna rehabiliteringssatsning har varit att utslagningen från arbetsmarknaden, till exempel genom förtidspensionering, har ökat markant bland annat till följd av det stigande ohälsotalet (Svenning, 1998).

Svenning (1998) skriver att det finns en medvetenhet om att det är en lång och svår väg innan de som är långtidssjukskrivna är tillbaka i arbete, men att vi också vet hur återgången kan underlättas. Som exempel på detta nämner Svenning att aktiva åtgärder bör sättas in på ett tidigt stadium och att rehabiliteringsåtgärder bedrivs utifrån en helhetssyn. Det anses också viktigt att det finns kontinuitet i åtgärderna och att individen tilldelas ett positivt inflytande över sin egen situation genom hela rehabiliteringsprocessen. Det är även av största vikt att det finns en samordning mellan olika rehabiliteringsaktörer. Arbetsplatsen intar en särställning vid all rehabilitering och utöver nödvändiga förändringar i den fysiska arbetsmiljön kräver en tillbakagång till arbetsplatsen också en god psykosocial arbetsmiljö menar Svenning. Förutom kunskap och socialt stöd är det av största vikt att ha en helhetssyn på individen där individens totala situation beaktas vid planering av rehabilitering. För att uppnå en lyckad rehabilitering räcker det inte att enbart se till individen. Rehabilitering måste ses i ett större perspektiv där individen kopplas samman med arbetsplatsen och den arbetsmiljö som finns. Arbetskamrater och den sociala kontakt samt gemenskap som finns på arbetsplatsen anses vara viktiga

faktorer för den rehabiliterades arbetsåtergång, men även för individens självkänsla och självtillit (Svenning, 1998).

Vidare hävdar Svenning (1998) att försäkringskassan idag har fått en annan roll än tidigare. Försäkringskassans anställda ifrågasätter ofta sanningshalten i de sjukskrivnas hälsodeklarationer och sjukintyg. Försäkringskassan har gått från att vara stödjande och serviceinriktad till att bli kontrollerande vilket inte beror på en ökad medicinsk kompetens utan snarare beror på ökade besparingskrav (Svenning, 1998).

I socialstyrelsens rapport (2003) bedöms att situationen på arbetsplatsen är extra betydelsefull när det rör sig om arbetsrelaterad ohälsa. Det är inte lämpligt att individen snabbt återgår i arbete om arbetsmiljön är osund och inte har åtgärdats. Erfarenheten visar att individer med utmattningssyndrom som snabbt återgår i arbete löper ökad risk för återinsjuknande. För individer som har ett gott förhållande till sin arbetsplats brukar återgången till arbetet vara mindre problematisk. Individer som upplever sig kränkta, mobbade eller missförstådda på arbetsplatsen löper större risk att återinsjukna. Det gäller även de individer som saknar förmåga att begränsa sin arbetsinsats menar socialstyrelsen (2003).

Individer som är sjukskrivna med stressrelaterade symptom upplever för de mesta en försämring direkt efter sjukskrivningen (Socialstyrelsen, 2003). Många sover mer än hälften av dygnets timmar under flera veckor, andra plågas av sömnsvårigheter. Återhämtningen sker olika snabbt och individerna beskriver ett ojämnt förlopp som växlar mellan förbättring och bakslag, där välbefinnandet ökar långsamt. De fysiska symptomen avtar, stämningsläget höjs efter hand och sömnen förbättras i flertalet fall. Sömnstörningar kan dock finnas kvar för vissa individer under en period liksom koncentrations- och minnesstörningar. I värsta fall kan det ta några år innan individen återgår i arbete. Enligt socialstyrelsens rapport (2003) framhålls det från kliniskt håll att rehabilitering av individer med stressrelaterade symptom lämpligen påbörjas när de fysiska symptomen börjar avta. Eventuell depression och kognitiva symptom ska ha gått tillbaka för att inte längre utgöra ett rehabiliteringshinder. Rehabiliteringen bör anpassas efter individens möjligheter samt behov och ofta behövs en tät uppföljning. Arbetsåtergången bör ske successivt och kan med fördel starta med enklare arbetsuppgifter (Socialstyrelsen, 2003).

Arbetsrehabilitering äger rum i skärningspunkten mellan tre olika sfärer som sinsemellan präglas av motstridiga drivkrafter menar Lindqvist (2000). De tre sfärerna är: Den medicinska sfären, myndighetssfären och produktionssfären. Dessa sfärer präglas av olika värdesystem samt skilda organisatoriska principer och individen befinner sig i ett kraftfält mellan dessa olika sfärer. Arbetsrehabilitering bedrivs i ett komplicerat samspel mellan de olika aktörerna

där kollisioner och gränskonflikter kan uppstå. Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren skyldighet att bedriva en organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen samt att utreda vilka insatser som behövs. Försäkringskassan har ansvar för att samordna insatserna för individen (Lindqvist, 2000).

I dagens arbetsliv med ökade inslag av stress och utbrändhet ställs nya krav på anställda, arbetsgivare, vården och rehabiliteringssystemet (Lindqvist, 2000). Lindqvist tar upp att en individ som är beroende av ekonomisk ersättning från staten måste acceptera myndigheternas krav på att få sina sjukdomsbesvär granskade, sin arbetsförmåga prövad och att aktivt medverka i rehabiliteringsåtgärder. Svenning (1998) anser att för att få till stånd en framgångsrik rehabilitering så måste samarbetet mellan olika rehabiliteringsaktörer utökas. Rehabiliteringsinsatserna måste utgå från den enskilda individens behov samt reella möjligheter och arbetsmiljöarbetet måste göras aktivt så att förändringar verkligen sker. Det som efterlyses är ett arbetsmiljöarbete som innefattar att brister i den sjukskrivnes arbetsmiljö åtgärdas och att den psykosociala arbetsmiljön förbättras (Svenning, 1998).

Syfte

Syftet med denna uppsats var att ta del av de upplevelser som individer med stressrelaterade symptom har erfarit under sin långtidssjukskrivning. Frågeställningarna var följande:

1. Hur upplever långtidssjukskrivna individer med stressrelaterade symptom sin situation?
2. Vilka upplevelser av socialt stöd har långtidssjukskrivna individer med stressrelaterade symptom?

METOD

Den kvalitativa forskningsmetoden ligger till grund för denna studie. Studien betonar individens subjektiva upplevelser av omvärlden och utgångspunkten har varit ett analytiskt förhållningssätt baserat på Miles och Hubermans (1994) tankegångar som präglas av realism. Detta innebär att sociala fenomen inte bara existerar i individers föreställningsvärld utan också i den objektiva verkligheten och att det råder vissa stabila relationer mellan dem. Mönster utvecklas ur regelbundenheter som binder ihop fenomen. Utifrån dessa mönster erhålls konstruktioner som ligger till grund för individuellt och socialt liv. Det faktum att de flesta av dessa konstruktioner är osynliga för det mänskliga ögat gör dem inte ogiltiga.

Studien bygger på den kvalitativa forskningsintervjun som datainsamlingsmetod. Målet med studien var att erhålla nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter av de intervjuades upplevelsevärld. Genom att lyssna till vad intervjupersonerna med egna ord berättar om sin livsvärld, sina erfarenheter och synpunkter anser Kvale (1997) att förståelsen för de intervjuades upplevelser blir bättre. Intervjuaren följer upp undersökningspersonernas svar och söker nya infallsvinklar samt kunskap om ämnet.

Den kvalitativa forskningsintervjun strävar efter att bygga upp kunskap inom ett område av gemensamt intresse för såväl den intervjuade som för den som genomför studien. En mängd personers uppfattningar om ett ämne kan fånga och ge en bild av en mångsidig omvärld. Avsikten med denna studie var att samla detaljerad information från ett mindre antal människor och inte att söka allmänna åsikter från en större population. Kvale påpekar att den kvalitativa forskningsintervjuns syfte är att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i syfte att tolka de beskrivna fenomenens mening.

Enligt Denscombe (2000) är det lämpligt att använda sig av intervju som forskningsmetod när det insamlade materialet baseras på känslor, emotioner och erfarenheter vilket är fallet i denna studie.

Riktlinjer specifikt för kvalitativ forskning har utarbetats av Elliott, Fischer och Rennie (1999). Ambitionen i föreliggande studie var att dessa riktlinjer skulle guida forskningsarbetet för att öka trovärdigheten. Enligt Elliott m fl så försöker forskaren inom kvalitativ forskning utveckla en förståelse för fenomenet som studeras. Detta baseras så mycket som möjligt på intervjupersonernas perspektiv. Samtidigt accepterar den kvalitativa forskaren att det är omöjligt att sätta sina egna perspektiv fullständigt åt sidan och hävdar inte heller detta.

Deltagare och plats

Åtta individer har deltagit i studien, samtliga är anställda vid en högskola i Sverige och alla har varit sjukskrivna på grund av stressrelaterade symptom. Av de åtta intervjuade var fem doktorander, alla från olika avdelningar på arbetsplatsen. Tre av intervjupersonerna tillhörde teknisk/administrativ personal, stationerade på olika avdelningar.

Urvalet utgjordes av en man och sju kvinnor och åldersintervallet var mellan 28 och 64 år. Medelåldern i doktorandgruppen var lägre än i gruppen med teknisk/administrativ personal. Sjukskrivningslängden för de intervjuade låg mellan tre månader och cirka fem år. Sjukskrivningens omfattning varierade dels för varje person över tid och dels i jämförelse mellan olika individer. Vissa har varit heltidssjukskrivna i perioder och andra har aldrig varit sjukskrivna på heltid. Sjukskrivningens omfattning varierar mellan 25-100 procent av arbetstiden och samtliga har haft en heltidsanställning i grunden. Alla har deltagit i någon form av rehabiliteringsinsats, som exempel kan nämnas samtalsgrupp, sjukgymnastik och terapi.

Önskemålet har varit att uppnå ett så representativt och deskriptivt urval som möjligt för den aktuella sjukskrivningsgruppen på högskolan och från de två valda yrkeskategorierna. Generellt gäller här att fler kvinnor än män är sjukskrivna med stressrelaterade diagnoser samt att doktorandgruppen har en lägre medelålder än gruppen med teknisk/administrativ personal. Detta speglas också i vårt urval.

Anledningen till att vi valde högskolan var att vi genom ett tidigare projekt kommit i kontakt med anställda på personalenheten. Dessa personer var villiga att förmedla kontakt med målgruppen.

Material

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide (bilaga A), bestående av åtta frågor, med på förhand bestämda teman som intervjun fokuserades kring. Temaområdena rörde sig kring intervjupersonernas upplevelse av symptom, orsaker, sjukskrivning och stöd. Samtalen utvecklades från dessa teman och följdfrågorna blev olika för intervjupersonerna. De intervjuade fick i mycket hög grad själva associera kring valda teman och frågor. Det gavs stort utrymme att uttrycka sina åsikter och tankar.

Bandspelare användes för att spela in samtliga intervjuer. Därefter skrevs de genomförda intervjuerna ut för att sedan bearbetas och analyseras.

Procedur

Avsikten var att genom semistrukturerade intervjuer ta del av intervjupersonernas upplevelser i samband med sjukskrivningsperioden och undersöka hur deras erfarenheter av stöd såg ut.

Tjugo individer tillfrågades om de ville delta i studien, av dessa tackade åtta ja till att vara med. Tolv av de tjugo, bestående av personal från båda yrkeskategorierna, hade deltagit i samma slags rehabiliteringsinsats på arbetsplatsen. Av dessa tolv tackade fyra ja. De övriga åtta tillfrågades vid ett senare tillfälle och av dem svarade fyra ja. Sammanlagt tillfrågades åtta doktorander och tolv personer ur gruppen teknisk/administrativ personal. Samtliga som tackat ja till intervju infann sig på avtalad tid.

I praktiken skedde urvalet genom att deltagarna brevlades fick en förfrågan om att delta i examensuppsatsen. Breven skickades antingen per post eller överlämnades personligen av en anställd på personalenheten. Förmedlingen av breven genomfördes i flera omgångar. I breven informerades de sjukskrivna om att det skulle råda konfidentialitet, det vill säga att privata data som kan identifieras inte används. Samtliga fick också ta del av studiens syfte. De som tackade ja kontaktades per telefon.

Med anledning av sekretesskravet företogs urvalsprocessen tillsammans med en anställd på personalenheten vid högskolan. Detta innebar att författarna till denna studie inte hade möjlighet att påverka urvalsprocessen fullt ut. Urvalet baseras på en teknik för icke-sannolikhetsurval och kan inte anses vara slumpmässigt. Denscombe (2000) anser att en sådan teknik bygger på idén om att forskningsprocessen framförallt ska ses som en utforskarprocess snarare än en rad hypotesprövningar. Författarna har valt denna typ av metod eftersom detta stämmer mycket väl in på syftet för denna studie.

Den utarbetade intervjuguiden användes som stöd vid intervjuerna. Samtliga intervjupersoner fick i intervjuens inledningsskeende utrymme att med egna ord beskriva sin situation. Utifrån denna beskrivning ställdes följdfrågor som inriktade sig på intervjupersonernas upplevelser av stöd från omgivningen. Varje intervju varade mellan en och två timmar och genomfördes under perioden november 2006 till februari 2007. Samtliga intervjuer ägde rum i högskolans lokaler. Fem av intervjuerna gjordes i en utbildningslokal, två intervjuer ägde rum på intervjupersonernas arbetsplats och en intervju i ett rum i personalenhetens byggnad. De inspelade intervjuerna transkriberades till skriven form vilket utmynnade i cirka 120 sidor datautskriftsmaterial, enkelt radavstånd.

Dataanalys

Analysen av intervjuerna har skett genom att ad hoc använda olika tekniker och angreppssätt för skapande av mening (Kvale, 1997). Således har ingen standardmetod för analysen av intervjumaterialet använts utan det har skett en växling mellan ett flertal tekniker. Miles och Huberman (1994) ger exempel på ett antal ad hoc-metoder för genererande av mening i kvalitativa texter. Metoderna går från att beskriva till att förklara och från det konkreta till det mer begreppsliga och abstrakta. Den första innebär att notera mönster och teman. Därefter konstateras rimligheten och data grupperas begreppsligt. Andra viktiga metoder är att skapa metaforer för att åstadkomma en större integrering av data, att räkna för att se förekomsten av data och att kontrastera och jämföra för att skärpa förståelsen av materialet.

Det abstrakta förfarandet handlar om att dra in det speciella i det generella, vilket innebär att växla mellan data på första nivån och allmänna kategorier. Till de mer abstrakta metoderna hör även att finna faktorer, att konstatera relationer mellan variabler samt att finna mellanliggande variabler. Så småningom skapas en sammanhängande förståelse av data genom att bygga en logisk kedja av bevis och skapa ett begreppsligt eller teoretiskt sammanhang. Ambitionen i denna studie har varit att använda ett flertal av dessa metoder som ett stöd i arbetet under analysen.

Dataanalysen i studien fokuserade mer på intervjupersonernas svar än på den givna intervjuguiden, dock så länge svaren höll sig inom syftet med studien. Författarna försökte finna mönster, skillnader och likheter. Efter att ha analyserat de åtta intervjuerna närmare kunde återkommande mönster urskiljas i materialet. De båda författarna läste inledningsvis igenom intervjuerna flera gånger oberoende av varandra och markerade meningar med återkommande teman. Därefter gjorde författarna var för sig en första huvudkategorisering utifrån de teman som togs upp i intervjuerna. Efter ytterligare genomläsningar förfinades kategoriseringen och underkategorier utformades. Bearbetningen kännetecknades av en upprepande procedur, som växlade mellan det konkreta i texten och de abstrakta kategorierna, för att på detta sätt blottlägga regelbundenheter. Slutligen diskuterade författarna samtliga kategorier och underkategorier tills de nått total samstämmighet om dessa. Förfaringssättet användes för att öka trovärdigheten så långt som möjligt. Under arbetets gång framträdde kategorier som var gemensamma för båda yrkesgrupperna, medan vissa underkategorier var specifika för respektive yrkesgrupp. Resultaten redovisas utifrån kategorierna eftersom dessa bäst speglar innehållet i de genomförda intervjuerna.

För läsbarhetens skull har några mindre ändringar gjorts i intervjuцитaten som återfinns i resultatdelen. Vissa småord och ovidkommande partier har tagits bort, detta gjordes dock utan

att själva meningen i innehållet har gått förlorad. Deltagarna garanterades anonymitet och på grund av detta har namn och annan specifik information som skulle kunna avslöja vem som gjort ett visst uttalande, också tagits bort. Markeringar enligt följande /.../ innebär att viss information har utelämnats.

RESULTAT

Vid bearbetningen av resultaten kunde återkommande mönster urskiljas i intervjuerna. Sex huvudkategorier utkristalliserade sig och hos var och en av dessa framträdde underkategorier. De sex huvudkategorierna är upplevelse av: Bemötande, krav, misslyckande, skuld känslor, symptom och identitet. I nedanstående tabell presenteras huvudkategorier samt underkategorier.

Tabell 1. *Summering av huvudkategorier och underkategorier.*

Huvudkategori	Underkategori
Upplevelse av bemötande	Jag vill bli förstådd Jag vill bli stöttad Jag får lättare stöd om symptomen är fysiska Jag efterlyser samarbete och kontinuitet Jag är granskad Jag är utsatt för motstridiga budskap
Upplevelse av krav	Jag har för mycket att göra Jag klarar inte att jobba ännu Jag och mina närmaste får ta ansvar Jag hinner inte prestera
Upplevelse av misslyckande	Jag är värdelös arbetskraft Jag har dålig självkänsla Jag drar mig undan Jag är förbrukad
Upplevelse av skuld känslor	Jag ska vara tacksam Jag ska inte kräva Jag ska inte belasta Jag ska inte klaga Jag kan inte prestera
Upplevelse av symptom	Jag är trött och mår dåligt Jag glömmer och kan inte koncentrera mig Jag åter medicin och går i terapi
Upplevelse av identitet	Jag måste lyssna på mig själv Jag måste förändra mig Jag måste hitta andra värden

Upplevelse av bemötande

Samtliga intervjupersoner upplevde att bemötandet har spelat stor roll i samband med sjukskrivningen. En central aspekt var huruvida de sjukskrivna upplevde att de blev förstådda av omgivningen. De sjukskrivna beskrev bemötandet dels från det nära nätverket som består av vänner och familj samt dels från arbetskamrater, arbetsgivare, sjukvård och försäkringskassa. Bemötandet från de närmaste har betytt mest för de sjukskrivna och har upplevts som ett värdefullt stöd. Ett flertal av intervjupersonerna beskrev att det är väldigt svårt för omgivningen att förstå vad situationen innebär framförallt i början av sjukdomsperioden. De olika kontakterna i det större nätverket har uppfattats på skilda vis beroende på vilken instans som avses.

De intervjupersoner som har haft en längre kontakt med en och samma person när det gäller sjukvården, försäkringskassan eller från arbetsgivarhåll skildrade stödet i mer positiva ordalag. De som har haft kontakter av mer sporadisk karaktär upplevde inte samma stöd i bemötandet. Det gällde även då individen ofta bytt kontaktperson inom en och samma instans.

De flesta menar att läkarkontakterna har fungerat som ett bra stöd. Dessa kontakter utmärks av kontinuitet och empati. Kontakterna med försäkringskassan får betydligt hårdare kritik och intervjupersonerna känner sig negativt bemötta, granskade och ifrågasatta i många fall. Flera intervjupersoner berättade vidare om att de har fått motsägelsefulla bedömningar från olika instanser.

Bemötandet från arbetsplatsen har sett olika ut. Ett antal individer berättade att de känner ett omfattande stöd därifrån och andra berättade att de saknar stöd. Några intervjupersoner tog upp att kontakten med arbetsplatsen till en början var god, men att ju längre tiden gick desto sämre blev kontakten.

Jag vill bli förstådd

Alla poängterade att det är väldigt svårt för omgivningen att förstå situationen. Detta belyses i följande citat från två intervjupersoner.

Har man inte drabbats av detta så förstår ingen, man kan inte förstå det.

Detta är så svårt att förstå för den som inte har varit med. Vilket fullkomligt inferno och att man faktiskt inte orkar. Man orkar inte läsa en rad i en tidning ens en gång.

Jag vill bli stöttad

Två individers erfarenheter av bemötande i förhållande till sina närmaste och vänner belyses i följande citat.

Familjen har varit väldigt orolig för min situation. I början kände jag nog inget stöd från min man. Han förstod inte riktigt vad det handlade om. Men han har varit med mig hos kuratorn och varit med mig hos läkaren så han förstår bättre. Jag kan förstå, man kan inte fatta att man kan bli så här...

Jag har haft väldigt bra stöd av min familj. Övriga släkten har också varit väldigt förstående och uppmuntrande. Alla vännerna har varit väldigt bra, de kanske inte har förstått vad jag går igenom, men de har haft förståelse för det.

Stödet från arbetsplatsen har varierat. En del individer har känt sig bortstötta, medan andra har känt sig mer omhändertagna, men alla betonar behovet av stöd.

Det är negativt att man inte såg hur situationen förändrades och att man inte såg att jag mådde dåligt. Jag känner inte att det var någon som brydde sig. Jag är faktiskt besviken på dem.

Jag räknade inte med att så många skulle ställa upp för mig på jobbet. Det var mycket mer stöd än jag trodde därifrån och det är faktiskt skönt att känna det. Det blev jag väldigt positivt överraskad av.

Många ansåg att försäkringskassan borde ha erbjudit ett bättre bemötande. Endast en intervjuperson såg bemötandet som tillfredsställande. Exemplet nedan illustrerar hur besvikna många har känt sig.

Försäkringskassan skulle kanske inte krånglat så. Man mår dåligt som det är, man orkar inte bråka med myndigheter.

Bemötandet från sjukvården får bättre betyg.

Och så fick jag då en underbar kvinnlig läkare som jag har fortfarande. Och hon har ju varit jättebra, kanonbra, väldigt empatisk och så här liksom.

Jag får lättare stöd om symptomen är fysiska

De som haft fysiska yttringar eller symptom har ofta känts sig mer omhändertagna.

Jag hade ett bra stöd från alla, tack vare att jag var gravid. Jag var i en oerhört bra position, alltså man får mycket stöd när man är gravid, jag skulle aldrig fått det stödet om jag inte hade varit gravid.

En individ som även har haft en allvarlig fysisk sjukdom i samband med sin sjukskrivning beskrev försäkringskassans agerande annorlunda än resten av intervjupersonerna.

Det var bra att försäkringskassan inte låg på liksom att ”Nu måste du ut i arbetslivet och har du tänkt på att nu har du varit sjukskriven så länge”. För det har jag ju hört kollegor och andra med stressrelaterade symptom där försäkringskassan liksom ringt hela tiden. Men det har inte jag upplevt.

Jag efterlyser samarbete och kontinuitet

Gemensamt för de sjukskrivna var att de har haft kontakt med flera inblandade instanser, till exempel arbetsgivare, sjukvård och försäkringskassa. På dessa platser arbetar personalen i stor skala utifrån interna riktlinjer och intervjupersonerna saknar samarbete mellan aktörerna.

Det är förbluffande hur lite samordning det finns/.../ Det verkar inte finnas någon som helst plan för hur man ska göra/.../ Jag vill inte vara sjukskriven år ut och år in.

En annan intervjuperson reagerade på att ingen tar ansvar fullt ut.

Det var så svårt att ordna någon vettig form av rehabilitering. För alla säger alltid att det är någon annans ansvar.

Så här beskrev två av intervjupersonerna, som har haft en längre kontakt med en och samma person inom sjukvården, stödet.

En oerhört kompetent läkare som förstår situationer. Han förstår vad jag pratade om och understödde det som jag höll på med/.../ Han entusiasmerade/.../ Det var väldigt positiva möten och hans förståelse var enorm. Så det var min räddning. Det är alltså att man har någon med sig hela tiden. Det är alltså någon som begriper sig på det här. Det kan göra underverk kan jag säga.

Det har varit samma läkare hela tiden och det är just det att han är införstådd med att man skyndar långsamt och han vill inte ha för långa sjukskrivningsperioder. Vi håller regelbunden kontakt så att man kan göra eventuella förändringar om det skulle behövas.

De som har haft en mer gles kontakt eller ofta bytt kontakter upplevde sämre stöd. En av intervjupersonerna berättade följande.

Det var min handläggare på försäkringskassan som jag hade haft kontakt med tidigare – om man ska kalla det kontakt. Jag har bytt handläggare hos försäkringskassan ungefär en gång i halvåret. Det är verkligen tummen ner alltså. Det är fullkomligt värdelöst, de har inte gjort någonting för mig. Så det är bara katastrof.

Det framkom även andra negativa erfarenheter i intervjupersonernas berättelser. Följande exempel är från den psykiatriska vården.

Jag skulle önskat att man inte blev så avfärdad hela tiden. Jag vet inte, men jag får intrycket av att de är så pass överhopade så att dom sållar. Väldigt tydligt är det då man kommer akut.

I vissa fall avtog kontakterna så småningom. Det fanns även exempel på att kontakten inte blev av på grund av att berörda personer inte dök upp på möten eller svarade på mail.

Följande exempel handlar om arbetsplatsen.

I början kände jag väl att de brydde sig, men ju längre tiden gick desto längre blev det mellan kontakterna faktiskt.

Jag fick inget svar också tänkte jag: ”Då får jag försöka göra det här momentet själv”/.../ Nästa moment kände jag att jag inte hann. Så jag frågade om jag kunde vänta med det till senare, men jag fick inget svar. Det hände ingenting/.../Jag får hela tiden tänka själv.

En av de intervjuade berättade om rehabiliteringsmöten då flera parter är inblandade.

Och detta är ju anmärkningsvärt, tycker jag. När vi skulle ha rehabiliteringsmöte så hände det vid något tillfälle att det var bara doktorn och jag som satt där. Försäkringskassan kom inte och inte de andra. Detta hände två gånger och det är förvarnat långt innan. Vid ett tillfälle kom de andra men inte försäkringskassan och sen vid nästa tillfälle kom försäkringskassan men inte de andra.

Jag är granskad

Flera intervjupersoner berättade att de vid flera tillfällen har känt sig ifrågasatta av det faktum att de har blivit granskade och bedömda. Detta innebar att den sjukskrivne fick träffa ytterligare sjukvårdspersonal som skulle utreda rätten till sjukersättning/arbetsförmåga. Flera av de intervjuade har varit med om detta i kontakten med försäkringskassan.

Sedan skickades jag också på en utvärdering för att försäkringskassan ville ha mer kött på benen jämfört med de papper som kom från vårdcentralen. De ville ha ett utlåtande från en expert/.../ Sedan kommer det en till som vill ha ett utlåtande och så får man gå dit och berätta sin historia igen, om och om igen... Alltså det är det här att man känner sig ifrågasatt samtidigt som man skäms för att man inte kan vara folk till lags.

Sedan när jag hade varit sjukskriven ett år ungefär, då blev jag kallad till sådan här "second opinion" som fanns då/.../ Alltså då skulle jag bedömas om jag skulle få en sjukskrivning.

Det var väldigt fyrkantigt och "Nu ska vi göra en extra utredning om det här". Då dröjde det ytterligare en månad innan jag fick min sjukersättning. Så det är nog dem jag har haft mest besvär med/.../ Och sedan var det ju likadant när jag gick upp till 100 procent, när jag blev sjukskriven igen, så efter åtta veckor så kom det ytterligare en ny sådan här blankett om samma sak.

Jag är utsatt för motstridiga budskap

Flera intervjupersoner berättade att de upplever att de utsätts för motsägelsefulla bedömningar från olika instanser. Här följer ett exempel på detta.

Läkaren var emot att jag skulle gå upp i arbetstid. Han har ju hela tiden sjukskrivit mig mer än vad försäkringskassan tycker.

Sammanfattningsvis kan sägas att kvaliteten på bemötandet i form av stöd och empati har spelat stor roll för känslan av att bli förstörd av sin omgivning. Det visade sig att känslan av kontinuitet, både över tid och gällande personer, är en viktig faktor för hur stödet uppfattas. En annan viktig aspekt för hur bemötandet har upplevts är huruvida individen känner sig ifrågasatt eller ej. I detta sammanhang framkom att olika instanser ger motstridiga budskap.

De intervjuade har haft både positiva och negativa erfarenheter av bemötande. De positiva erfarenheterna utmärks av kontinuerliga kontakter och de negativa av mer sporadiska kontakter. Avfärdande eller byte av kontaktperson beskrivs som negativa aspekter. Det framkom även att många upplever att samordningen mellan olika instanser borde vara bättre.

Upplevelse av krav

Samtliga intervju berättelser innehöll uttalanden om att krav och förväntningar har ställts på individen. Detta gäller både tiden före sjukskrivningen och under pågående sjukskrivning samt vid återgång i arbete. Flera individer berättade också om påfrestningar i privatlivet. Det framgick att såväl faktorer rörande arbetslivet som i det privata livet kan ha bidragit till att individen blivit sjuk.

Många av intervjupersonerna beskrev även specifika utlösande händelser. Vidare skildrade individerna hur gränserna mellan arbete och fritid blev allt otydligare. Individerna beskrev hur de pressade sig själva in i det sista för att klara av situationen trots de orimliga kraven.

Först när intervjupersonerna upplevde påtagliga fysiska eller psykiska symptom insåg de att de inte längre kunde fortsätta arbeta. De överkrav som individen har varit utsatt för i arbetet ersätts av krav under själva sjukskrivningen. Det kan gälla att snabbt återgå i arbete. Många upplever att ett stort ansvar läggs på dem själva eller de närmaste.

Doktoranderna beskrev kraven i sin arbetssituation som väldigt speciella och berättade om den stora pressen som detta medförde. Doktorandernas anställningsförhållande innebär visstidsanställning under högst fem år med undervisning samt forskning under handledning.

Flera av intervjupersonerna berättade om tillfället då påfrestningarna slutligen blev för stora och de fick nog.

Så var det just så här: "Nu släpper jag taget". Det känns alldeles rätt att säga det. För det var verkligen ett helhetstag om hela allt, jobb och hem och allt som jag höll.

Jag satte ner foten och gick därifrån, för jag bara gick från en dag till en annan.

Jag har för mycket att göra

Alla intervjuade berättade att arbetsbördan har varit en av orsakerna till sjukskrivningen. Här följer några exempel på detta.

Det började med att jag hade väldigt mycket på jobbet/.../ Men det gick så länge det gick och det var ingen som ifrågasatte. Men man kämpade på in i det sista.

Felet som jag har gjort var att jobba alldeles för mycket och ta alldeles för mycket ansvar, ta ansvar som inte var mitt.

Många uppger att de haft svårt att sätta gränser för att begränsa arbetsbördan. Detta har medfört att situationen blivit ohållbar.

I och med att jag började bli trött så kunde jag ju inte hålla allting flytande. Utan högarna växte, då löste jag det genom att ta hem det på kvällen/.../ Jag sa ju aldrig nej till någonting, jag försökte fixa det.

Jag klarar inte att jobba ännu

Flera av intervjupersonerna beskrev att försäkringskassan vill ha igång dem i arbete innan de själva känner sig redo för detta.

När jag fick det här beskedet från försäkringskassan om att jag skulle börja jobba så tänkte jag "Nej". Jag tänkte "Det här klarar inte jag". Det kändes så otroligt fel, inte bara tankemässigt, utan det kändes i hela min kropp att det här klarar inte jag/.../ Jag blev sjuk igen helt enkelt, alla symptomen kom tillbaka.

Jag och mina närmaste får ta ansvar

Intervjupersonerna har i de flesta fall upplevt stödet från familj eller vänner, eller båda, som positivt. Det som påpekades är att det läggs ett stort ansvar på de närmaste för att de ska reda ut situationen. I följande exempel hade intervjupersonen kontakt med psykiatrisk öppenvård.

Jag har känt mig väldigt mycket hänvisad till att låta det gå ut över min familj. Och jag har även fått aktiva råd från läkare och andra sjukvårdsrepresentanter att: Sköt du det här med din familj.

Ett antal av intervjupersonerna beskrev att ansvaret lagts över på dem själva. Här följer två exempel på detta.

Jag var på ett möte på försäkringskassan två gånger och hon verkade inte så insatt i problematiken och hon hade inte så många förslag på hur man skulle gå till väga utan det var lite upp till mig.

Man är så dålig så att man inte kan ta reda på någonting själv, man har ingen ork.

Jag hinner inte prestera

Denna underkategori var specifik för doktorandgruppen och den fanns inte lika tydligt representerad i den andra yrkesgruppen. Doktoranderna berättade om den tidspress som de upplever i och med att de är anställda under viss tid. Kraven på prestation återfanns i alla doktorandernas berättelser. Deras arbete innebär både krav på att undervisa och krav på att bli klar med sin avhandling på utsatt tid. Här följer några exempel.

Det har varit mycket det att jag har jobbat så gott som heltid på arbetet, men sedan har jag haft mycket undervisning, vilket jag har förberett utöver det på kvällar och helger. Det är mycket det också som är påfrestningen som doktorand, att jag hade väldigt mycket undervisning och att man får sätta sin egen forskning åt sidan för att det är många andra som förväntar sig att man ska vara bra som lärare. Det blir att man bortprioriterar sin egen forskning och sedan känner man att jag måste få en avhandling i tid. Så det har varit ett väldigt stressmoment för mig.

Och så har man ett jobb som är stressigt, man vet inte om man klarar det, man ifrågasätter hela tiden om man klarar det, om man kommer att hinna klart i tid.

För att varje dag på jobbet när man inte presterar, då man inte är duktig, då man inte gör något så tickar min tid. Det skiljer kanske lite doktoranderna från de administrativa. Det är ingen annan som bryr sig, det är ingen annan som förlorar på det.

Sammanfattningsvis berättade de flesta av intervjupersonerna att kraven som de erfarit i arbetssituationen har avlösts av ytterligare krav under sjukskrivningen. Före sjukskrivningen bestod kraven ofta av hög arbetsbelastning och när sjukskrivningen trädde i kraft ersattes detta av krav från bland annat försäkringskassan att komma i gång i arbete i ett tidigt skede. Många upplever att en stor del av ansvaret läggs på dem själva eller de närmaste. Doktoranderna beskrev att deras arbetssituation innehåller en stor tidspress.

Upplevelse av misslyckande

Ett gemensamt tema för flertalet av intervjupersonerna var upplevelsen av misslyckande. Många av de intervjuade gav uttryck för att de fått sämre självkänsla och att de har blivit mer självkritiska i samband med sjukskrivningsperioden. Intervjupersonerna berättade att de ofta tvivlar på sin kompetens. Detta är inte något som nämns enbart i samband med själva sjukskrivningen utan tas upp som en process som påbörjats långt tidigare. Det framkom också att de sjukskrivna drar sig undan kontakter med omgivningen. Olika former av isolering skildrades i flera av intervjupersonernas berättelser. Isoleringen visade sig dels genom att individerna drar sig undan på arbetsplatsen och dels genom att de undviker socialt umgänge i privatlivet.

Många har upplevt det som ett misslyckande när de inte klarade av att återgå i arbete. En återkommande synpunkt är att arbetssituationen är oförändrad när individen återkommer till arbetsplatsen. Intervjupersonerna efterlyste i flera fall ett bättre omhändertagande och att arbetsgivaren blir mer aktivt involverad vid återgången i arbete.

I gruppen teknisk/administrativ personal förekom uttryck för att de känner sig förbrukade. Gemensamt för dessa personer är att de börjar närma sig pensionsåldern.

Nedan återgivna citat belyser de starka känslor av misslyckande som är involverade.

Jag kan ingenting och jag har kastat bort mitt liv och jag är så värdelös! Jag har ingenting att ge till samhället och jag är bara en parasit och det är hemskt! Men det är faktiskt så jag känner.

Då gjorde jag lite fel, jag upptäckte att jag började göra fel på jobbet. Och då blev jag väldigt förtvivlad, liksom att jag hade misslyckats med det. Jag var ofta ledsen då /.../ Jag fick aldrig något skäll för det, det var mer jag själv som kände att jag inte räckte till längre. Var liten sak var liksom ett berg kan man säga. Lätta saker som jag hade gjort jättelätt innan, de kunde jag helt plötsligt inte.

Jag är värdelös arbetskraft

Flera av intervjupersonerna gav uttryck för att en av de svåraste utmaningarna är att återgå i arbete. Här följer några exempel.

Nu jobbar jag 25 procent idag och 50 procent från och med i morgon, på papperet, men i praktiken har jag gett upp. Jag har bara gett upp, jag gör ingenting.

Det är känsloladdat att komma tillbaka till arbetet med det kaoset man upplever, de tvivlen på sig själv och på det man höll på med innan kraschen. De finns ju kvar där när man kommer tillbaka fast du har inte normal ork utan allting blir väldigt jobbigt att göra de första gångerna. Det känns som om man kommer tillbaka till ett monsterprojekt.

När jag tog en andra sjukskrivning då var jag mycket, mycket, mycket sämre. Jag var väldigt piggt när jag kom tillbaka efter den första sjukskrivningen och kände mig verkligen både glad och upprymd och hade kraft, jag hade fått det under den här tiden. Men det var ingen som tog hand om mig, jag fick ingen som helst hjälp eller förståelse utan det var bara in i det och fortsätta jobba som om ingenting hade hänt. Situationen på jobbet var ju fortfarande likadan.

Jag har dålig självkänsla

Intervjupersonerna uttryckte att deras självkänsla har försämrats under en längre period. Här följer några exempel.

Jag har verkligen brottats med mitt självförtroende och för varje år på forskarutbildningen har det blivit sämre och sämre och sämre. Och därför är det också tycker jag väldigt svårt att börja nu när jag bara tycker att jag är så dålig. Jag vågar inte skriva ett ord, för jag tycker att allting jag skriver är så dåligt.

Jag blev så självkritisk, så till slut kunde jag inte tänka en tanke för att jag bara kritiserade mig själv hela tiden. Jag var väldigt trött också, så jag orkade inte riktigt, utan jag kunde sitta i flera timmar och det hände ingenting.

Jag drar mig undan

Gemensamt för de flesta intervjupersonerna är att de uppgav att de ofta drog sig undan både på arbetsplatsen och i privatlivet. Det handlade om situationer som innebar att till exempel

intervjupersonerna inte orkade delta i kaffepauser eller ringa upp släkt och vänner. Följande exempel illustrerar de här situationerna.

Det var ju också så att jag isolerade mig mer och mer/.../ Jag kände inte heller att jag kunde känna någon avkoppling och gå ner i fikarummet och vara social.

Och det var ju det värsta att man blir ju ensam för man vill ju inte att någon ska se hur dåligt man mår och då stänger man ju in sig på sitt rum. Men jag gick ju ändå till jobbet och hade stängd dörr och gick inte ut och fikade. Jag försökte gå på toaletten när ingen annan var i korridoren.

Man vill ju inte umgås med folk, man vill ju inte prata med folk, orkar inte /.../ Jag tycker ju om människorna, men jag orkar inte prata med dem alltid.

Jag är förbrukad

Denna underkategori förekom endast i gruppen av teknisk/administrativ personal där medelåldern är högre än i doktorandgruppen. Gruppen har upplevt att de känner sig förbrukade i och med att de får signaler från omgivningen att förtidspension vore ett bra alternativ. Arbetsgivare och försäkringskassan har gett förslag om förtidspension och individerna upplever att de inte tycks ha något kvar att ge. Intervjupersonerna visar inget intresse för tidig pensionering utan vill så småningom återgå i arbete även om det är kort tid kvar. Nedan följer några exempel.

Jag kände mig förbrukad och sedan var det bara till att plocka in någon ny. Jag tyckte att jag hade gett så mycket och så blev det så negativt.

Det är väl att man vill ha bort oss från arbetsmarknaden om vi pensionerar oss så att det blir bra statistik. Så att försäkringskassan slipper betala pengar för vår habilitering.

En aspekt i sammanhanget var att intervjupersonerna ansåg att de inte har vare sig kraft eller förmåga att ta itu med komplexa frågor som gäller pensionen. Det vilar till stor del på dem själva att ta reda på hur pensionsreglerna är utformade.

Upplevelse av skuldkänslor

De flesta av intervjupersonerna berättade om skuldkänslor som de har upplevt i förhållande till olika situationer. Det framkom att många intervjupersoner har skuldkänslor och dåligt samvete för att de är sjukskrivna. De upplever att de inte har rätt till sjukskrivning samtidigt som de vet att det är en rättighet. Flera skildrade att de upplever att sjukskrivningen är deras eget fel och gav uttryck för att man inte kan ställa krav på omgivningen. Flertalet ansåg att de får vara tacksamma för det som erbjuds och att de inte bör klaga.

Det finns en stor osäkerhet kring vilka rättigheter den enskilde egentligen har. För att ta reda på dessa krävs också initiativförmåga och ork, vilket intervjupersonerna saknar. Kännetecknande för berättelserna är att individerna inte vill vara till besvär och att de inte vill belasta sin omgivning. Här följer några exempel på skuldkänslor i samband sjukskrivningen.

Det var både det att det var så underbart när jag gick därifrån att tänka så här: "Ja, nu kan jag gå hem och lägga mig" /.../ Och sedan så kom skuldkänslorna för arbetsplatsen och för min handledare /.../ Jag tycker ändå liksom att jag har rätt till det här faktiskt. I början var det jätteskönt och sedan samtidigt kände jag mig busig och jag kände att jag skolkade liksom.

Det är mycket att man får jobba med sig själv också för att jag har ju faktiskt rätt att vara sjukskriven. Jag är ju sjukskriven av en anledning. /.../ Det känns ändå som "Jag kanske borde gå upp och jobba 100 procent.

Flera av intervjupersonerna lade skulden på sig själva och två av dem uttrycker det så här.

Jag blir den där koko-personen. Det känns som om jag blir mer och mer besvärlig, jag blir bara ett stort problem på arbetsplatsen.

Jag har ju hela tiden velat försöka och gör det också. Jag provar saker, jag sätter mig inte bara till ro med detta. Utan jag vill ju prova vad jag klarar av och hur mycket jag orkar. Det är ju egentligen mitt problem.

Jag ska vara tacksam

I intervjuerna förekom ständiga kommentarer om att vara tacksam för det som erbjuds. Det kunde röra sig om allt från barnpassning till olika slags frikort.

/.../ Då kunde jag vara hos mina föräldrar med barnen. Så nu har de kunnat hjälpa mig mycket rent praktiskt att passa. Och det är jag otroligt tacksam för.

Jag betalade två gånger för terapin och sedan kom jag upp i frikort vilket jag är jättetacksam för.

Jag ska inte kräva

Ett ständigt återkommande tema var upplevelsen av att inte ha rätt att ställa krav på omgivningen. Detta komplicerades ytterligare av osäkerheten kring vilka rättigheter som finns. Två intervjupersoner uttryckte sig så här.

Så jag har väldigt svårt att tänka mig vilket stöd jag skulle få mer faktiskt om man bortser från jobbet. Alltså jag kan inte kräva mer av samhället än det jag fick.

Det här är inte som att bryta benet, då man kanske får tjata: "Jag måste få taxiresor betalda". Utan det här är någonting annat och jag vet inte vad jag har för rättigheter, vad kan jag kräva?/.../ Jag vet inte vad jag har för rättigheter. Jag är bara tacksam för det jag får.

Jag ska inte belasta

Flertalet intervjupersoner uttryckte att de varken vill ligga samhället eller sina nära till last. På arbetsplatsen försöker de hålla masken och inte visa hur dåligt de mår. Så här beskrev tre individer situationen.

Jag kunde känna mig pressad när jag gick till försäkringskassan. Man försöker göra bra ifrån sig och när man är sjukskriven så känner man att man ligger samhället till last, man gör inte bra ifrån sig. Så att när man kommer dit så ber man nästan om ursäkt för att man mår som man mår.

Då har jag tyckt att sådant ska man inte behöva belasta varken familj eller vänner med.

Jag har också känt att jag inte har velat ösa över henne alla mina svårigheter, för att hon har ibland också varit någonstans på gränsen av sin prestationsförmåga.

Jag ska inte klaga

Till bilden hör att flertalet intervjupersoner inte såg sig berättigade att klaga över sin situation. De kände att de bör vara nöjda med den hjälp som erbjuds, speciellt i förhållande till familj och vänner.

Mina vänner har varit uppmuntrande och har stöttat mig. Jag kan faktiskt inte klaga på någon där utan jag har haft väldigt bra stöd från både familj och vänner.

Men detta gällde även för vissa i förhållande till arbetsplatsen.

Ja, jag har fått stöd från arbetsplatsen. Så jag kan inte klaga på någonting

I berättelserna framkom att de flesta av intervjupersonerna får mer skuld känslor om de klagar på sina närmaste. Det är inte i lika hög grad förenat med skuld känslor att klaga på till exempel försäkringskassan, som individerna har mer sporadisk kontakt med.

Jag kan inte prestera

Skuld känslor uppkom även när individerna återgår i arbete och upptäcker att de inte kan prestera på samma höga nivå som tidigare. Många har känt dåligt samvete redan före första sjukskrivningen i samband med att arbetsbelastningen ökade och att symptomen började märkas. Individerna hade svårt att säga nej.

Man anstränger sig för att bli uppskattad. Sedan blir det att man höjer kraven på sig själv och antar att folk i omgivningen förväntar sig att det ska ligga på den här nivån hela tiden fast man har vridit upp den för mycket. När man aldrig då kan säga nej utan att känna "Nej, jag får dåligt samvete om jag säger nej till den här personen". Jag får dåligt samvete om jag inte gör bra ifrån mig.

Sammanfattningsvis har flertalet intervjupersoner berättat att de har upplevt skuld känslor i samband med sjukskrivningen. Många har lagt skulden på sig själva och upplever att de är svårt att ställa krav på omgivningen samt att de inte vill vara till besvär.

Upplevelse av symptom

Intervjupersonerna berättade om både fysiska och psykiska symptom. Här kan nämnas hjärtproblem, magproblem, domningar, nedsatt immunförsvar, sömnsvårigheter och

spänningsvärk. Det mest utmärkande symptomet som samtliga har känt av var trötthet. För samtliga har tröttheten funnits under en längre period före sjukskrivningen och för flertalet har den ökat i samband med denna. Intervjupersonerna beskrev att tröttheten sitter i under lång tid.

Flertalet beskrev att de lider av ångest. För vissa har ångesten funnits sedan tidigt i livet och för andra har den brutit ut i samband med sjukskrivningen. Andra exempel på symptom är koncentrationssvårigheter och glömska. Några av intervjupersonerna uppger även att de har haft självmordstankar.

De flesta har genomgått någon form av terapi, med psykolog eller kurator, under en kortare eller längre period. Detta har skett på eget initiativ eller genom sjukvårdens rekommendation. Det stora flertalet har erbjudits antidepressiva läkemedel som behandling och detta har intervjupersonerna tackat ja till i de flesta fall.

Individernas upplevelse av sin sjukdomssituation fångas i olika metaforer som användes när de beskrev sin situation. Målande exempel på detta är: inferno, gråzon, ingenmansland, migränanfall fast utan huvudvärk, svart hål och vaken mardröm.

Jag är trött och mår dåligt

Så här beskrev några individer sina symptom.

Jag har haft väldigt, väldigt mycket ångest, trötthet, svårt att tänka och väldigt svårt att ta in intryck och varit störd av rörliga bilder, mycket folk, högt ljud. Som ett extremt migränanfall fast jag har inte huvudvärken utan jag har bara en kraftig ångest/.../ Svårt att få fokus på ögonen och så mycket spänningar i nacke och axlar.

Det har ju blivit så tjatigt det här att jag är trött. Det börjar kännas svårt att motivera det liksom efter över ett år. Men man är faktiskt det.

Det sista året har jag haft jättemycket problem med magen och jag vet inte vad det är. Jag tror att jag går och spänner mig hela tiden.

Jag vaknade upp illamående nästan varje morgon. Jag hade ont i huvudet, jag var trött. Och sedan innan jag blev riktigt sjuk, så fick jag även hjärtklappning. Det var nästan så att mina ben bara domnade av alltså när jag var uppstressad.

I några av intervjuerna kom självmordstankar upp.

Jag hade ständig ångest och det var något som jag måste komma över. Då handlade det om att komma över varje sekund, att jag måste leva en sekund till. Och när jag egentligen inte betraktade livet som mödan värt egentligen.

Det yttrade sig så att jag bara grät hela tiden hela tiden, att jag fick ångestattacker, att jag ville ta livet av mig, att jag bara satt och grät i telefon och att jag bara sov och sov.

Jag glömmer och kan inte koncentrera mig

Samtliga intervjupersoner berättade om någon form av koncentrationssvårigheter eller glömska. Symptomen kom smygande till en början, men ökade efter hand. En av intervjupersonerna beskrev känslan som: "Det är som att dra ut en kontakt". Flera uppgav att de inte längre kände igen sig själva. Här följer några upplevelser av individernas svårigheter.

Det svåra är att tänka klart, att orka tänka. Det är kaos i huvudet och det är kaos i känslorna. Man kan inte riktigt sortera upp det, man förstår inte riktigt vad som händer med en.

Han låste min cykel. Jag visste inte hur man gjorde, jag visste inte hur man låste och jag brydde mig inte. Jag orkade inte heller läsa romaner, vilket jag älskar att göra.

Jag stod där med kaffekokaren och jag kunde knappt sätta på den och få mig en kopp kaffe. Jag visste inte hur jag skulle göra för jag var jättetrött.

När jag blev sjuk orkade jag inte tänka på någonting. Jag kunde inte komma ihåg namn och jag ville inte tänka, jag kunde inte prata om jobbet. Jag kunde inte gå in på rummet. Jag kunde inte koncentrera mig.

Flera intervjupersoner uppgav även att de anhöriga har reagerat på deras beteende. De hade uppmärksammat att intervjupersonerna inte längre klarade av de mest vardagliga uppgifter.

Jag äter medicin och går i terapi

Sex av de intervjuade individerna uppgav att de hade ordinerats antidepressiva läkemedel av sin läkare. Flera sa att de har blivit hjälpta av medicinen och ser det som en livslång

behandling. Några påpekade att de mår bättre, men att de inte vet hur de skulle må utan medicinen. En person har tackat nej till medicinering och en annan individ har slutat med läkemedlen. Två av intervjupersonerna nämnde inget om medicinering. Här följer två exempel.

Jag tar antidepressiv medicin sedan jag blev sjuk. Det fick man automatiskt när jag blev sjuk med det här utmattnings... Det har hjälpt mig, det har det gjort.

Jag har provat några olika mediciner, men det har mest varit biverkningar och jag har inte fått någon positiv effekt av det./.../ Hela det här scenariot som man har målat upp, hur strålande de här medicinerna är, det... antingen så tillhör jag verkliga undantagen eller också är de inte så strålande.

Alla utom den individ som har varit sjukskriven kortast tid har erfarenhet av någon form av terapi i samband med sjukskrivningen. Det har handlat om en eller flera terapier som varit tidsbegränsade.

Det var en riktigt bra terapeut. Det var ju naturligtvis jobbigt, men det var ju då jag insåg vad allting berodde på och att jag måste ändra hela mitt liv.

Sammanfattningsvis har intervjupersonerna berättat om både psykiska och fysiska symptom. Med många levande uttryck har de beskrivit sin egen livsvärld och gett exempel på hur de upplevt detta. Vidare har individerna skildrat de behandlingar som har satts in för att hjälpa individen.

Upplevelse av identitet

De flesta av intervjupersonerna beskrev att de fått arbeta med att förändra sitt sätt att vara och att detta har påverkat deras självbild. Många som tidigare har grundat sin självuppfattning på att de har varit duktiga i sitt arbete gav uttryck för att denna bild har fått ge vika för en ny och annorlunda bild av sin person. Processen innebar att de tvingades dra ner på prestationskraven och bromsa sig. Doktoranderna tvivlade i flera fall på om de hade valt rätt yrkesbana när de inte längre kunde prestera på samma nivå som tidigare.

Individerna skildrade en förändring som inneburit att de har fått ett förändrat förhållningssätt till sig själva och livet. Intervjupersonerna beskrev förändringsförloppet som

väldigt krävande. De har under ett flertal år fungerat utifrån att de har klarat av sina uppgifter även då kraven har varit mycket höga. Dels har de haft höga förväntningar på sig själva och dels har de utgått från att omgivningen också har haft det, vilket också förekommit. Att vara högpresterande har blivit en vana för flera av intervjupersonerna och denna har varit svår att bryta. Flera av individerna upplevde att de inte längre har kontroll över sig själva och att de har försökt hitta nya sätt att hantera situationen.

Flera av de individer som har gått i någon form av terapi menade att de genom denna har fått en bättre självinsikt. På det stora hela ansåg flera intervjupersoner att de trots allt negativt som sjukdomen har inneburit ändå har upplevt positiva följder av situationen. Många ansåg att de fått ett nytt perspektiv på livet och att de tillägnat sig nya värdefulla värderingar. De har fått möjlighet att ägna mer tid åt intressen som tidigare varit åsidosatta. Några individer uttryckte att de har insett att identiteten kan grundas på annat i livet än arbetsinsatsen. Det började med att individerna inte kände igen sig och sitt eget sätt att fungera. Så här berättade två intervjupersoner.

Jag orkar liksom ingenting och jag känner inte igen mig själv. Jag är inte så här egentligen, jag känner inte igen det.

För man blir lite av en annan människa av det här liksom.

Jag måste lyssna på mig själv

Så gott som samtliga intervjupersoner berättade om att de har fått lära sig att ta hänsyn till sina egna behov. De har blivit mer uppmärksamma på sitt eget mående och tar större hänsyn till det. Så här berättar tre individer.

Man har ju fått lära sig att lyssna på sig själv, vad man kan och inte kan. Och så leva efter det.

Det är även en livskris, samtidigt som det är de här symptomen med ångesten och tröttheten, så blir det även att jag vet inte riktigt var jag står längre. Jag känner att jag inte har kontroll längre. Det är väldigt tröttande. Jag försöker ta en sak i sänder, men innerst inne så vill man ju inte det även om man måste. Innerst inne så vill jag ha lösningen på allting, jag vill anstränga mig så att jag kan göra lite mer, så det kan kännas lite bättre även om jag inte ska göra det.

Jag tänker ofta på att jag har bara detta livet, det är ingen repris på detta. Därför får jag nästan bromsa mig själv.

Jag måste förändra mig

Flertalet individer berättade att de så småningom kom till insikt om att deras tidigare förhållningssätt inte längre var funktionellt. Det var besvärlig att ändra ett invant beteende och nedan följer exempel på upplevda svårigheter i förändringsprocessen

Alltså jag var ju mitt jobb, alltså min identitet var vad jag jobbade med och vad jag gjorde. Och när jag inte kunde hålla på med det då blev jag mer stressad.

Helt plötsligt så försvann den smarta tjejen-identiteten och när jag inte var den, började jag jobba ännu hårdare och så mätte jag sämre.

Jag blir fortfarande fort trött, kanske inte varje dag, men nästan varje dag får jag perioder då jag mår dåligt och har ångest. Men jag känner när det är på väg, så jag bromsar mer i tid nu än vad jag gjorde tidigare./.../Det är så lätt att falla in i gamla vanor och det är svårt när man ska komma tillbaka till arbetet, men jag ska inte komma tillbaka som jag var tidigare./.../ Det är otroligt tröttsamt när man håller på och ska förändra sig när de gamla reflexerna och instinkterna hela tiden går igång.

Jag måste hitta andra värden

Tidigare har flertalet intervjupersoner prioriterat arbetet och då har det inte funnits så mycket tid för intressen utanför jobbet. Sjukskrivningen har medfört att många har fått tillfälle att stanna upp och reflektera över vad som är viktigt i tillvaron. Här följer ett par exempel.

Det handlar inte så mycket om prestige längre, det är andra värden i livet. Att ha det skönt och njuta och träffa folk och hjälpa folk. Det är inte bara jobb, jobb och jobb och visa framfötterna. Så det passar mig jättebra, jag har helt anammat det. Jag är rätt förvånad ibland alltså med tanke på hur jag jobbade innan.

Jag gick helt upp i jobbet. Man är uppfostrad i den här skolan att man ska göra bra ifrån sig och att man ska vara duktig och att man ska hinna med så mycket. Men det har jag ändrat på. Man måste inte städa varenda vecka, men så levde jag tidigare. Duktig på jobbet och hemmet

fint och i ordning och gäster. Det är helt annorlunda idag. Så visst har man fått andra värderingar, det har man.

I flera fall funderade doktoranderna på om deras yrkesval är det rätta.

Varför ska jag doktorera? Varför stannade jag inte på mitt gamla jobb?

Jag har ju gått i terapi och inser nu att jag doktorerar av helt fel anledning. Jag gjorde det för att jag trodde att andra förväntade sig att jag skulle göra det och inte för att jag egentligen innerst inne kanske ville det.

Sammanfattningsvis gav intervjupersonerna en bild av att de har genomgått en förändringsprocess. Detta beskrevs som ett krävande förlopp som innebar att de hela tiden fick arbeta intensivt med sig själva. Terapin har hjälpt flertalet intervjupersoner att komma till insikt om sig själva och att komma vidare.

DISKUSSION

De sammantagna resultaten visar att bemötandet från omgivningen inverkar på hur långtidssjukskrivna individer med stressrelaterade symptom upplever sin situation. Omgivningens bemötande tycks påverka hur individen har upplevt stödet. Individen uttrycker en önskan om ett förstående och empatiskt bemötande och de kontakter som upplevs som stödande utmärks av detta. Kontinuitet både över tid och person har också bidragit till känslan av ett gott stöd. I de fall när kontakterna har varit mer sporadiska har stödet inte upplevts som tillfredställande. Ett ifrågasättande bemötande har påverkat individen negativt. I de fall där flera aktörer är inblandade och inte uppvisar samstämmighet upplevs stödet som otillräckligt.

Den symptombild som presenterats gällande stressrelaterade sjukdomar inverkar på hur individen upplever och kan tillgodogöra sig det stöd som erbjuds. Individen befinner sig i en utsatt position och detta innebär att den enskilde är extra känslig för omgivningens agerande. Situationen kompliceras vidare av individens känsla av misslyckande, försämrad självkänsla och skuld känslor. Intervjupersonerna har skildrat att de har fått ett förändrat förhållningssätt till sig själva och livet. Flertalet individer berättade att de har genomgått en krävande omställningsprocess och att de har fått nya perspektiv på situationen.

Bemötande och stöd

Resultaten visar att det är betydelsefullt på vilket sätt individen blir bemött av sin omgivning. Intervjupersonerna påtalade vid upprepade tillfällen vikten av att omgivningen visar förståelse för deras situation. Samtidigt påpekade individerna att det är väldigt svårt för omgivningen att sätta sig in i problematiken. Samtliga intervju personer gav uttryck för upplevda höga krav, förväntningar och stort ansvarstagande i arbetssituationen. Intervjusvaren innehöll beskrivningar av en stor arbetsbörda och för flera individer övertidsarbete. House (1981) tar upp fyra typer av socialt stöd och menar att stödet kan fungera som en bufferteffekt för individen. Intervjupersonerna tycks inte ha fått tillräckligt med stöd för att skapa den bufferteffekt som House omtalar eftersom de gav uttryck för brist på framförallt emotionellt och värderande stöd. Det värderande stödet, i form av till exempel feedback när individen ansträngt sig, påminner även om Siegrists ansträngnings- och belöningsmodell (Socialstyrelsen, 2003). I modellen beskrivs att en obalans uppstår när individen inte får belöning, i form av till exempel uppskattning, för den ansträngning som läggs på arbetet. De flesta av intervju personerna i föreliggande studie ger uttryck för att de inte har fått tillräckligt med uppskattning i arbetssituationen.

Utifrån studiens frågeställning om det upplevda stödet i sjukskrivningssituationen har intervjuvaren jämförts med de fyra typer av stöd som House (1981) har presenterat. I enlighet med House beskrev intervjupersonerna det emotionella stödet som särskilt viktigt. Det framkom att individerna är i behov empati, omtanke och tilltro. Intervjuvaren visade även värdet av att omgivningen ställer upp med instrumentellt stöd som enligt House inbegriper att individerna får praktisk hjälp.

De symptom som individerna upplever försvårar deras möjlighet att tillgodogöra sig det informativa stödet från omgivningen. Flera av intervjupersonerna beskrev att de har dragit sig undan umgänge. De berättade vidare att de även har haft svårt att ta till sig information och på grund av detta ter det sig som att individerna går miste om stöd som skulle ha kunnat vara till hjälp. Maslach (1985) påtalar att den emotionella påfrestningen är stark vid stressrelaterad sjukdom och att en vanlig reaktion är att individen drar sig undan. Individen kan på detta sätt gå miste om värdefulla resurser. I resultaten framgick även att personer i omgivningen, till exempel på arbetsplatsen, inte alltid upprätthöll kontakten med den sjukskrivne. Möjligtvis skulle ett mer aktivt förhållningssätt från omgivningen kunna komma individen till gagn. House (1981) menar att det värderande stödet bidrar till individens förmåga att värdera sig själv och sin arbetsinsats. Resultaten antyder att intervjupersonerna inte i samma utsträckning har haft tillgång till det värderande stödet när de inte klarar av att utföra sitt arbete som tidigare.

För de flesta individer har familjen haft störst betydelse vad gäller stöd och flera av intervjupersonerna beskrev också vänner som viktiga i sammanhanget. Resultaten visar att det nära nätverket har stått för den största delen av det stöd som individerna har fått. Arbetskamraternas stöd omtalades också som en viktig faktor, men har inte alltid funnits tillgängligt för individen. Många kände att stödet från arbetsgivaren inte har varit tillfredsställande. Flera av intervjupersonerna önskade ett bättre omhändertagande dels under sjukskrivningen och dels i samband med återgången i arbete. För några av individerna har detta dock fungerat förhållandevis bra.

Det stora flertalet intervjupersoner har upplevt sjukvårdens stöd som positivt. Det stöd som kännetecknas av en längre kontakt med en och samma person beskrevs som betydelsefullt. Utsagorna gäller framförallt läkarkontakter där bemötandet i de flesta fall har kännetecknats av empati och förståelse för den sjukskrivnes situation. Intervjuvaren belyser hur viktigt det emotionella stödet är för långtidssjukskrivna.

Intervjupersonernas utsagor om försäkringskassans roll i sammanhanget visar inte på samma upplevda stöd. Majoriteten var missnöjd med försäkringskassans agerande. Flera av

intervjupersonerna kände sig granskade samt ifrågasatta och upplevde dessutom att involverade instanser kom med motstridiga budskap. Lindqvist (2000) påpekar att arbetsrehabilitering äger rum i skärningspunkten mellan tre olika sfärer: Den medicinska sfären, myndighetssfären och produktionssfären. Att sfärerna präglas av motstridiga drivkrafter och av olika värdesystem med skilda organisatoriska principer speglas i intervjupersonernas upplevelser. Individen tycks känna av detta kraftfält där det komplicerade samspelet mellan olika aktörer bedrivs. Intervjupersonerna gav uttryck för de gränskonflikter som Lindqvist beskriver. Resultaten visar att försäkringskassan genom att göra sekundära bedömningar ifrågasätter sjukvårdens sjukskrivningsgrunder.

Resultaten visar även på att intervjupersonerna efterlyser bättre samordning mellan de berörda aktörerna, vilket tyder på att individerna upplever att det saknas ett fullgott samarbete. I de resultat som Svenning (1998) redovisade i sin studie framkom också att de sjukskrivna efterlyste ett bättre samarbete mellan olika rehabiliteringsaktörer. Lindqvist (2000) framhåller att försäkringskassan enligt lag har ansvar för att samordna insatserna kring individen.

Krav och misslyckande

Resultaten ger uttryck för att intervjupersonerna har upplevt att höga krav och förväntningar har ställts på dem, dels i arbetssituationen och dels i sjukskrivningssituationen. Många har känt att de inte längre duger varken som arbetskraft eller som människa, vilket har lett till en känsla av misslyckande för individen.

Intervjupersonernas beskrivningar av sjukdomsbilden överensstämmer med de symptom som tas upp i Perski (2002) och Klingberg Larson (2000) avseende stressrelaterade sjukdomar. Flertalet individer har berättat om både fysiska och psykiska symptom. De flesta har någon form av sömnstörning och berättade att de upplevde en enorm trötthet. Kognitiva svårigheter av olika slag är andra vanliga symptom. Troligtvis påverkar den komplexa symptombilden individens möjlighet att ta till sig omgivningens stöd. Individens livsvärld fångas i de metaforer som beskrevs i resultaten, till exempel inferno, gråzon och svart hål, vilket kan ses som uttryck för upplevelsen av själva sjukdomen i samspel med omgivningens förhållningssätt.

De intervjupersoner som även hade en fysisk diagnos uppgav att de fick mer stöd än vad de tror att de annars skulle ha fått. Det skulle kunna tolkas som att det finns mer kunskap och utarbetade rutiner när det gäller sjukskrivna med fysiska diagnoser. Det tycks finnas en osäkerhet kring hur sjukskrivna individer med stressrelaterade symptom ska hanteras avseende rehabilitering.

I resultaten framkom det att gruppen teknisk/administrativ personal har känt sig förbrukad när försäkringskassan och arbetsgivaren har signalerat om att förtidspension vore ett bra alternativ. En av intervjupersonerna uttryckte att försäkringskassan genom att avlägsna individen från arbetsmarknaden slipper bekosta rehabilitering. Svenning (1998) påpekar att utslagningen från arbetsmarknaden, bland annat genom förtidspensionering, har ökat markant till följd av det stigande ohälsotolet. Med anledning av detta har mer kraft lagts på rehabilitering, vilket innebär en tidig och samordnad satsning på rehabilitering. Svenning menar vidare att det är viktigt att rehabiliteringsåtgärder bedrivs utifrån en helhetssyn och att det finns kontinuitet i åtgärderna. Det anses också betydelsefullt att individen själv har inflytande över rehabiliteringen. Enligt socialstyrelsens rapport (2003) löper individer med stressrelaterade sjukdomar som snabbt återgår i arbete en ökad risk för återinsjuknande. I de fall då intervjupersonerna närmar sig pensionsåldern kan det tänkas att förtidspension, för försäkringskassan och arbetsgivaren, ter sig som ett lättare sätt att hantera den sjukskrivne på. En tänkbar orsak till detta kan vara att det inte finns klara riktlinjer för hur denna grupp ska rehabiliteras.

Doktorandernas speciella arbetssituation innebär att de har en viss tidsram att hålla sig inom. I resultaten framgår att detta har medfört att de upplever en stark tidspress som är speciell för doktorandgruppens arbetssituation. Detta upplevs som pressande i sjukskrivningssituationen.

Många intervjupersoner beskrev att de före sjukskrivningen ansträngt sig och in i det längsta försökt att klara av sitt arbete, men att de slutligen nådde en gräns för vad de orkade med och gav upp. Redan på detta stadium upplevde intervjupersonerna känslor av misslyckande. Det ter sig som att känslan av misslyckande förstärks under sjukskrivningen när individen inte klarar vardagliga uppgifter som de med lätthet har utfört förut. Karaseks och Theorells krav- och kontrollmodell (Theorell, 2003) belyser relationen mellan yttre krav och individens möjlighet till beslutsutrymme i arbetssituationen. Individer med stressrelaterade sjukdomar kan anses svara mot det som kännetecknar den ”spända” situationen där det utmärkande är höga krav och litet beslutsutrymme. Noterbart är även att sjukskrivningssituationen tycks utmärkas av alltför höga krav på individen, till exempel krav på snabb återgång i arbete, där individen tycks ha en liten möjlighet att påverka. I resultaten framkom att försäkringskassan i flera fall snabbt vill få den sjukskrivne tillbaka i arbete trots att läkaren förespråkat fortsatt sjukskrivning. Den för tidiga återgången i arbete har för en del medfört att individen återinsjuknar. Svenning (1998) menar att försäkringskassan fått en förändrad roll i förhållande till den sjukskrivne. Från att ha haft en stödjande roll har

försäkringskassan fått en mer kontrollerande roll. Detta beror inte på en ökad medicinsk kompetens utan orsaken är ökade besparingskrav anser Svenning. I socialstyrelsens rapport (2003) påpekas från kliniskt håll att rehabilitering av individer med stressrelaterade symptom lämpligen bör påbörjas när fysiska symptom börjat avta. Det anses även att de kognitiva symptomen ska ha gått tillbaka så mycket att de inte längre utgör ett rehabiliteringshinder samt att rehabiliteringen bör vara individanpassad. Det kan antas att individer med stressrelaterade symptom är i behov av en flexibel rehabiliteringsplan där ett helhetsperspektiv på individens situation beaktas. Efter att ha upplevt misslyckande i samband med återgång i arbete vid ett eller flera tillfällen förmodas att individens möjlighet att bli symptomfri reduceras. Många av intervjupersonerna berättade om att de känner sig granskade, bedömda och ifrågasatta av försäkringskassan. Förmodligen kan detta innebära att individen känner sig pressad att gå tillbaka till sitt arbete i ett alltför tidigt skede, vilket leder till en förstärkt upplevelse av misslyckande.

Dålig självkänsla och skuld känslor

Flertalet av intervjupersonerna beskrev att deras självkänsla har försämrats, att de har blivit mer självkritiska och att de ofta tvivlar på sin kompetens. I socialstyrelsens rapport (2003) nämns att individen kan uppleva skuld känslor i samband med sjukskrivning med stressrelaterade symptom. Det tas även upp att individer efter en lång sjukskrivning ofta har en dålig självkänsla.

Flera intervjupersoner berättade att de har skuld känslor och dåligt samvete för att de är sjukskrivna. De har upplevt att de inte har riktigt rätt att vara sjukskrivna och lägger skulden för sjukdomen på sig själva. Det är troligt att individen upplever att sjukdomen är individens eget fel och då blir det svårt att ställa krav på omgivningen. Flertalet intervjupersoner ansåg att de får vara tacksamma för det som erbjuds samt att de inte bör klaga. Ett återkommande tema i berättelserna var att individen inte vill belasta sin omgivning eller vara till besvär.

Med tanke på vad som framkommit i resultaten ter det sig som att de långtidssjukskrivna efter ett upprepat antal misslyckanden får en försämrad självkänsla. Detta förstärks ytterligare av de skuld känslor som individen bär på. Det är möjligt att individen känner sig tvingad att vara tacksam för den hjälp som erhålls. Ett genomgående tema i flera av berättelserna är att individen inte ansett sig berättigad att klaga över sin situation. Det framgick att det är lättare att klaga på de aktörer som individen haft mindre kontakt med och det verkar vara förenat med mer skuld känslor att klaga på sina närmaste, som har ställt upp mest.

Rehabilitering och individfokus

Flera av intervjupersonerna gav uttryck för att en av de svåraste utmaningarna är att gå tillbaka till arbetet. Många ansåg att arbetsplatsen inte hade förändrats när de kom tillbaka utan att situationen fortfarande såg likadan ut. Omhändertagandet upplevdes inte som tillfredställande eftersom inte tillräcklig hjälp och förståelse fanns att tillgå. Flera individer nämnde att de antogs fortsätta arbeta precis som om ingenting hade hänt. En del av intervjupersonerna uttrycker resignation över detta. Svenning (1998) menar att arbetsplatsen intar en särställning vid all rehabilitering. Förutom förändringar i den fysiska arbetsmiljön krävs också en god psykosocial arbetsmiljö vid återgång till arbetet. Det är viktigt med kunskap, socialt stöd och att ha en helhetssyn för att uppnå en lyckad rehabilitering, det räcker inte enbart att se till individen. Individen måste kopplas samman med arbetsplatsen och den arbetsmiljö som finns där. De sociala kontakter och den gemenskap som finns på arbetsplatsen anses vara betydelsefulla för en lyckad återgång. Detta antas även ha en positiv inverkan på individens självkänsla och självtillit. Svenning påpekar vidare att rehabiliteringsinsatser måste utgå från den enskildes behov och att arbetsmiljöarbetet måste göras aktivt så att förändringar verkligen sker. Resultaten från föreliggande studie bekräftar också att vid planering av rehabilitering bör hänsyn tas till den speciella symptombild som utmärker stressrelaterade sjukdomar.

Majoriteten av deltagarna i studien har berättat att de har behandlats med antidepressiva läkemedel samt att de har gått i terapi. Detta har varit stor hjälp för de flesta och har medfört att de mår bättre. För några har dock inte medicinering inneburit någon förbättring. Resultaten visar att de flesta åtgärder som sätts in är individinriktade. Det framgår även att det inte sker så stora förändringar på arbetsplatsen för att skapa en bättre miljö. Så länge insatserna inte görs i ett större perspektiv är det troligt att rehabiliteringen inte lyckas fullt ut eftersom det rör sig om ett samspel mellan individ och miljö. De individinriktade insatserna beskrevs i positiva ordalag av de flesta av intervjupersonerna. Detta kan tolkas som att den individinriktade rehabiliteringen givetvis bör kvarstå, men att det troligtvis inte räcker för en framgångsrik rehabilitering.

Förändring i livet

Flertalet intervjupersoner berättade att de inte längre kände igen sig själva efter att ha drabbats av stressrelaterad sjukdom. Några individer uttryckte att även om upplevelsen för det mesta är negativt färgad så kan det hela utmynna i en positiv utveckling. Flera intervjupersoner skildrade att deras inställning till sig själva och omgivningen har förändrats. Individen har

tvingats lyssna till sig själv och det har lett till ett förändrat förhållningssätt till omvärlden. Flera intervjupersoner berättade att de har fått nya perspektiv och att de har hittat andra värden i livet.

Majoriteten av intervjupersonerna skildrade en krävande omställningsprocess där de har fått arbeta med att förändra sig själva, bland annat genom att lära sig att ta hänsyn till sina egna behov. När individen kom till insikt om att det tidigare förhållningssättet inte längre fungerade blev det inledningen till en förändring. I intervjupersonernas beskrivningar framgick att själva sjukskrivningen i sig för många har medfört tillfälle att stanna upp och reflektera över vad som är väsentligt i livet. I resultaten framkom även att flertalet av intervjupersonerna har ansett att terapin har varit mycket givande. Terapin har varit till stor hjälp för individen att lära känna sig själv och bli medveten om sina behov. Några beskrev processen som väldigt påfrestande, men påpekade att terapin lett till nya insikter. Insikterna har i sin tur inneburit att individens självuppfattning har påverkats.

Resultaten visar att i stort sett samtliga intervjupersoner har fått anstränga sig för att förändra sitt förhållningssätt både till sig själva och till sin omgivning. Det finns paralleller med Bengtssons (2003) existentiella resonemang där individen genom reflektion och introspektion genomgår en helomfattande förändring. Det finns en möjlighet för individen att vända krisen till en utveckling genom att via insikt och förståelse för de egna behoven hitta vägen tillbaka ut ur sjukdomen, vilket för den enskilde leder i en gynnsam riktning. I intervjupersonernas berättelser framkom att de har fått nya värden i livet där arbetsinsatsen inte längre betyder allt. Detta tyder på att individerna har funderat mycket kring existentiella frågor för att hantera sin livssituation och sina problem. Bengtsson anser att individens förändring kräver stöd och vägledning från omgivningen för att individen ska klara av förändringen. Resultaten från denna studie antyder att psykoterapi kan vara en lämplig åtgärd för att stödja individen, men att det också behövs stöd från den övriga omgivningen för en gynnsam process.

Brister i studien

En vanligt förekommande kritik mot intervjuundersökningar är att dessa inte går att generalisera utifrån resultaten eftersom intervjupersonerna är för få. Ambitionen var från början att studien skulle innefatta tio intervjuer, men detta blev inte praktiskt möjligt.

Författarna till föreliggande studie har haft intentionen att utifrån Miles och Hubermans metoder (1994) söka efter alternativa förklaringar och titta efter avvikande, negativa eller extrema resultat. Detta för att minska risken som är förknippad med generalisering när ett litet antal intervjuer föreligger.

Generaliserbarheten av resultaten som framkommit försvåras även av att samtliga intervjuade är anställda på samma arbetsplats. Dessutom är bara två yrkeskategorier representerade, varav doktoranderna har speciella anställningsvillkor. Det är därför svårt att generalisera resultaten till andra arbetsplatser och yrkeskategorier. Det är dock möjligt att resultaten skulle kunna generaliseras till andra högskolor med samma yrkeskategorier. Studien innefattar vidare enbart en manlig deltagare. Även om majoriteten individer som är långtidssjukskrivna med stressrelaterade symptom är kvinnor på den undersökta arbetsplatsen, så hade det varit önskvärt att antalet deltagande män hade varit fler. Det bör dock noteras att den manlige deltagarens svar ej avviker från de övriga resultaten.

Denscombe (2000) anser att den kontext i vilken intervjuerna äger rum kan påverka tillförlitligheten i de resultat som erhålls i en intervjuundersökning. Intervjuerna genomfördes av praktiska skäl på tre olika platser inom högskolan, vilket kan ha påverkat resultaten. Två individer intervjuades på sin arbetsplats och en individ intervjuades i personalenhetens byggnad. Övriga intervjuer ägde rum i högskolans utbildningslokaler. Vidare kan intervjupersonernas svar ha påverkats av det faktum att intervjuerna spelades in på band, men denna effekt var troligen störst i början av intervjuerna.

Det finns risk för att de som ställde upp på intervju var de som trots sjukskrivningen mådde bättre än andra tillfrågade. Förmodligen var det så att de som mådde sämre, av de tillfrågade, inte orkade delta i studien. Detta medför i så fall att resultaten i studien ger en något mer positiv bild än vad som är fallet.

Det som först och främst kan ha påverkat reliabilitet och validitet i föreliggande studie har troligtvis varit författarnas egen påverkan som intervjuare vid datainsamling, bearbetning och analys av resultaten. De semistrukturerade frågorna, kan ha medfört att författarna genom de frågor som ställdes, styrde deltagarna i en viss riktning. De intervjuade fick dock utrymme att med egna ord beskriva sin situation. Ledande frågor behöver inte vara negativt enligt Kvale (1997) som istället anser att dessa kan stärka tillförlitligheten. Ledande eller ej ledande frågor är inte det viktiga, enligt Kvale, utan varhän frågorna leder och huruvida de leder i relevanta riktningar och skapar ny intressant kunskap.

De riktlinjer för kvalitativ forskning som har utarbetats av Elliott, Fischer och Rennie (1999) guidade forskningsarbetet för att öka trovärdigheten. Författarna till studien har varit medvetna om att det är omöjligt att sätta sina egna perspektiv helt åt sidan. Författarnas egen förförståelse av det studerade området kan ha haft en viss påverkan på intervjuerna, liksom vid bearbetningen och analysen. Dels kan det handla om hur transkriberingen till skriven text har utförts och dels vad författarna har valt att lyfta fram som viktiga resultat. Här kan det

finnas en risk att data kan vara mindre representativa eller har tagits ur sitt sammanhang och att slutsatsen blir alltför förenklad (Denscombe, 2000). Vidare menar Denscombe att intervjuarnas identitet kan påverka de uttalanden som görs i en intervju. Eftersom de intervjuade visste att författarna till studien var studerande på psykologprogrammets sista termin fanns risk för att samspelet i intervjun förvandlades till en terapeutisk situation. Författarnas identifiering med sin blivande yrkesroll kan även ha inbjudit till detta. Det blev en balansgång mellan att försöka förmedla ett engagemang och ett intresse samt att inte i för stor utsträckning inta terapeutens härbärgerande roll. Författarna upplevde en viss svårighet med att hålla sig passiva och neutrala till det som framkom i intervjuerna eftersom det undersökta området var emotionellt laddat för intervjupersonerna. Denscombe (2000) menar att en alltför kall och beräknande intervjustil kan skapa klyftor mellan den som intervjuar och den intervjuade.

Förslag på framtida forskning

Under arbetets gång har det framkommit att det endast finns en begränsad mängd forskningsresultat kring långtidssjukskrivna med stressrelaterade symptom. I socialstyrelsens rapport (2003) framhålls att det dels saknas studier som beaktar stressrelaterade sjukdomars naturliga förlopp och dels saknas studier vad gäller individens återhämtning och återgång i arbete.

Denna studie omfattar endast ett begränsat antal individer på en och samma arbetsplats. Det vore av största intresse att fler studier med ett större antal deltagande individer från ett flertal olika arbetsplatser och yrkeskategorier genomförs. Detta skulle kunna ge ny kunskap om hur de långtidssjukskrivna med stressrelaterade symptom upplever sin situation och därmed leda till ett förbättrat omhändertagande samt rehabiliteringsarbete.

Framtida forskning kring stress och ohälsa bör även belysa preventiva åtgärder och förebyggande metoder. Dagens arbetsliv är komplext samt föränderligt och den ökade ohälsan kräver förnyade insikter om hur detta påverkar individen. Individen bör ses utifrån ett helhetsperspektiv, där hela individens situation beaktas, för att undvika att ohälsan ökar ytterligare.

Avslutande reflektion

Ett empatiskt bemötande tycks vara väsentligt för hur intervjupersonerna upplever sin situation. Flertalet individer har inte klarat av de krav som ställts i samband med sjukskrivningen. Det kan förmodas att symptom bilden som utmärker sjukdomen påverkar

individens möjlighet att svara upp till krav och att den även påverkar individens möjlighet att tillgodogöra sig omgivningens stöd. Upplevelsen av misslyckande, skuldkänslor och försämrad självkänsla har varit ett genomgående tema för majoriteten av intervjupersonerna och dessa känslor förstärks förmodligen vid för tidig återgång i arbetet. Resultaten visar att rehabiliteringsåtgärderna i de flesta fall har varit inriktade på individen och inte så mycket på att förändra den psykosociala arbetsmiljön. En tankegång som framkommit av resultaten är att ett individfokus samtidigt kan skuldbelägga den enskilde.

Studiens sammantagna resultat visar att intervjupersonerna har upplevt individinriktade insatser som positiva och nödvändiga. Det ter sig dock inte räcka med insatser som riktar sig till individen utan det behövs ett helhetsperspektiv där förändringar på arbetsplatsen ingår. Det krävs troligtvis en långsiktig planering för hur individer med stressrelaterade symptom ska rehabiliteras där hänsyn tas till den komplicerade symptombilden. Det framkom dock att intervjupersonerna, trots alla problem, har upplevt en utveckling samt fått nya perspektiv på livet. Detta kan antas vara ett sätt för individen att kurera sig själv. En möjlig slutsats är att det är viktigt att ta ställning till vilket mål som ska uppnås – är det att individen ska må så bra som möjligt eller är det att individen ska återgå i arbete så fort som möjligt?

REFERENSER

- Agervold, M. (2001). *Arbete och stress. En introduktion till arbetsmiljöpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, S. I. (2002). *Hälsopsykologi*. Lund: Wallin & Dalholm.
- Angelöw, B. (1999). *Konsten att hantera stress och möta förändringar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Angelöw, B. (2000). *Det goda förändringsarbetet. Om individ och organisation i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Aronsson, A. (1987). *Arbetspsykologi. Stress- och kvalifikationsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, F. (2003). *Vägen vidare - om utbrändhet som en möjlighet*. Örebro: Cordia AB.
- Bäckman, O., & Edling, C. (2000). Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet. I S. Marklund (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000* (ss. 125-152). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Elliott, R., Fischer, C.T., & Rennie, D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38 (Pt 3), 215-229.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.
- Eriksson, N. (1991). Arbetskrav, egenkontroll och socialt stöd - komponenter i den psykosociala arbetsmiljön. I B. Furåker (red.), *Arbetets villkor* (ss. 151-174). Lund: Studentlitteratur.
- Frankenhaeuser, M., & Ödman, M. (1983). *Stress en del av livet*. Stockholm: Brombergs Bokförlag AB.
- House, J. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Klingberg Larson, S. (2000). *Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet*. Stockholm: Liber AB.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Levi, L. (1990). *Stress och hälsa*. Stockholm: Skandia.

- Lidwall, U., & Skogman Thoursie, P. (2000). Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna. I S. Marklund (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000* (ss. 91-124). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lindqvist, R. (2000). *Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa Bokförlag.
- Lundberg, I. (2000). Arbetsmarknad, arbetsliv och psykisk ohälsa. I S. Marklund (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000* (ss. 303-321). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lundberg, U., & Wentz, G. (2004). *Stressad hjärna, stressad kropp*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Maslach, C. (1985). *Utbränd*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. London: Sage.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology* (3:e uppl.). Madrid: Mateu Cromo Artes Graficas SA.
- Perski, A. (2002). *Ur balans*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Rotter, J. B. (1972). *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Rapport från arbetsgruppen*. Artikelnummer 2003-123-18. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenning, M. (1993). *Tillbaka till jobbet. Om arbete, ohälsa och rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenning, M. (1998). *Rehabilitering. Idé och verklighet*. Lund: Studentlitteratur.
- Theorell, T. (2003). Psykosocial miljö - vad är det?. I T. Theorell (red.), *Psykosocial miljö och stress* (ss. 11-75). Lund: Studentlitteratur.
- Wilson, F. (2000). *Organisation, arbete och ledning*. Stockholm: Liber AB.
- Währborg, P. (2002). *Stress*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga A

Frågeställningar inför intervju

Inledande frågor: Kön, ålder, yrke-arbetsplats, antal år i yrket-på arbetsplats, sjukskrivningslängd-omfattning, diagnos

Intervjuguide

1. Berätta om dina symptom/besvär?
2. Berätta om hur du upplevde din situation före sjukskrivningen. Dina tankar om varför det blev som det blev?
3. Berätta om din upplevelse av stöd före sjukskrivningen (arbetsgivare, arbetskamrater, myndigheter, hemkommun, sjukvård, vänner, familj).
4. Berätta om hur du upplevt din situation efter att du blev sjukskriven.
5. Berätta om din upplevelse av stöd under sjukskrivningsperioden (arbetsgivare, arbetskamrater, myndigheter, hemkommun, sjukvård, vänner, familj).
6. Berätta om hur du hade önskat att det skulle sett ut i fråga om stöd före-under sjukskrivningsperioden.
7. Berätta om din upplevelse av stöd om du börjat arbeta igen (arbetsgivare, arbetskamrater, myndigheter, hemkommun, sjukvård, vänner, familj).
8. Berätta om dina tankar inför framtiden och möjligheten att återgå till ditt arbete i den omfattning som du arbetat tidigare.