



LUNDS  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

## Vägen tillbaka till arbete

En intervjustudie med tio personer som sjukskrivits för stressrelaterad ohälsa

Hanna Malmberg

Psykologexamensuppsats Ht 2010

Handledare: Per Johnsson

## **Abstract**

The aim of this study was to reach a greater understanding of the factors that can promote or prohibit return to work after a sick leave due to stress-related illness. Semi-structured interviews were conducted with ten individuals who had undergone treatment at Alnarps Rehabiliteringsträdgård, a rehabilitation program for people suffering from stress-related problems. The data was analyzed by use of thematic analysis and twelve themes were identified. The main conclusions were that a high degree of control over the work situation and the rehabilitation process, social support from someone who has influence over the rehabilitation and interventions aimed at improving the ability of self-care and establishing boundaries, could promote return to work. A high degree of residual psychological, physical and cognitive complaints, lack of support from people involved in the rehabilitation process, lack of the possibility to return to an adjusted work situation and difficulties finding a new job were factors that were found to prohibit return to work. Finally, the importance of preventive measures is highlighted. The results are discussed in relation to their implications for interventions and future research in the area of rehabilitation for individuals suffering from stress-related illness.

**Keywords:** stress-related illness, rehabilitation, sick-leave, return to work, thematic analysis

## **Sammanfattning**

Studiens syfte var att nå en fördjupad förståelse för vilka faktorer som kan främja respektive hindra återgång till arbete vid en sjukskrivning för stressrelaterade besvär. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med tio individer som genomgått behandling vid Alnarps Rehabiliteringsträdgård, en verksamhet som riktar sig till personer som drabbats av stressrelaterad ohälsa. Materialet analyserades med tematisk analys och tolv teman identifierades. Till studiens huvudsakliga slutsatser hör att en hög grad av kontroll över såväl arbetssituationen som rehabiliteringsprocessen, socialt stöd från någon som kan påverka rehabiliteringens riktning samt behandlingsinsatser som syftar till att öka individens förmåga till självomhändertagande och gränssättning tycks kunna främja återgång till arbetet. Vidare visade studien att en hög grad av kvarvarande psykiska, fysiska och kognitiva besvär, bristfälligt stöd från signifikanta personer i rehabiliteringskedjan, avsaknaden av en anpassad arbetssituation att återvända till samt svårigheter att hitta ett nytt arbete tycktes kunna hindra en återgång till arbete. Studien belyser även vikten av tidiga insatser för att begränsa problematikens svårighetsgrad. Resultaten diskuteras i förhållande till dess implikationer för praktik och vidare forskning kring rehabiliteringsinsatser för individer som drabbats av stressrelaterad ohälsa.

Nyckelord: stressrelaterad ohälsa, rehabilitering, sjukskrivning, återgång till arbete, tematisk analys

## **Tack!**

Tack till de deltagare som tagit sig tiden att ställa upp och dela med sig av sina erfarenheter. Utan Er hade denna studie inte varit möjlig att genomföra. Tack även till personalen på Alnarps Rehabiliteringsträdgård för att Ni ställt upp med praktisk hjälp och varit välkomnande och tillmötesgående. Slutligen ett stort tack till min handledare Per Johnsson för all hjälp under arbetets gång.

## Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Teori .....	1
<i>Begreppsdefinition</i> .....	1
<i>Symptombilden vid utmattningssyndrom</i> .....	3
<i>Stress och återhämtning</i> .....	4
<i>Coping</i> .....	5
<i>Krav – kontroll-modellen</i> .....	6
<i>Socialt stöd</i> .....	8
<i>Locus of control</i> .....	9
<i>Gränssättning</i> .....	10
<i>Den stressrelaterade ohälsan och sjukskrivningarna</i> .....	11
<i>Könsskillnader i stress</i> .....	11
<i>Stressprevention</i> .....	12
<i>Rehabiliteringsprocessen</i> .....	13
<i>Trädgårdsterapi vid Alnarps Rehabiliteringsträdgård</i> .....	15
Syfte .....	17
Metod .....	17
<i>Deltagare</i> .....	19
<i>Material</i> .....	19
<i>Procedur</i> .....	19
Resultat.....	22
<i>Att hitta en plats</i> .....	22
<i>Kontroll över arbetet</i> .....	23
<i>Bristfälligt bemötande från samhället</i> .....	25
<i>Socialt stöd</i> .....	27
<i>Pressen att komma tillbaka</i> .....	28
<i>Ett ökat självomhändertagande</i> .....	29
<i>Att sätta gränser</i> .....	30
<i>Locus of control</i> .....	32
<i>Fysiska, psykiska och kognitiva begränsningar</i> .....	33
<i>Tidiga insatser</i> .....	34
<i>Sjukdomens konsekvenser på det sociala livet</i> .....	35
<i>Värdet av att träffa andra i samma situation</i> .....	36
Diskussion.....	37

<i>Resultatdiskussion</i> .....	37
<i>Krav-kontroll-stöd-modellen applicerad på rehabiliteringsprocessen</i> .....	37
<i>Behandlingens bidrag för att återvända till arbetet</i> .....	39
<i>Att hitta en plats i ett prestationsinriktat samhälle</i> .....	40
<i>Vikten av kunskap på alla nivåer</i> .....	41
<i>Återgång till arbete kontra tillfrisknande</i> .....	41
<i>Slutsatser</i> .....	42
<i>Metoddiskussion</i> .....	42
<i>Metodval</i> .....	43
<i>Studiens tillförlitlighet</i> .....	44
<i>Etiska ställningstaganden</i> .....	46
<i>Implikationer för praktik och framtida forskning</i> .....	47
Referenser .....	48
Bilaga 1 .....	i
Bilaga 2 .....	ii
Bilaga 3 .....	iv

## **Introduktion**

Det kan ibland tyckas som att dagens samhälle ständigt snurrar fortare och fortare. Kraven på att prestera, på att ständigt vara uppkopplad och tillgänglig och på att vara "duktig" inom livets alla områden tycks bara öka. Utbredningen av den stressrelaterade ohälsan i vårt samhälle antyder att våra kroppar och psyken inte alltid mår med alla de krav som ställs på oss. Långtids-sjukskrivningarna i Sverige har ökat under det senaste decenniet, en ökning som till stor del beror på den stressrelaterade ohälsan (Währborg, 2009). Trots detta är rehabiliteringen av stressrelaterade besvär ett område som har ett stort behov av vidare forskning. Klart är i alla fall att det ofta är en lång process från det att man blir sjukskriven tills dess att man tar sig tillbaka till arbetet och att det är en mångfacetterad problematik där många faktorer inverkar för en lyckad rehabilitering (Perski, 2004). Alnarps Rehabiliteringsträdgård utgör ett av de behandlingsalternativ som idag finns för personer med stressrelaterade besvär. Behandlingsresultaten kan anses goda, men trots detta så finns det individer som inte återvänder till arbetet efter rehabiliteringen (Grahn & Ottosson, 2010). Detta väcker frågan kring vilka faktorer det är - i behandlingen, den individuella psykologin, den sociala miljön eller i samhället - som avgör huruvida en individ återvänder till arbetet eller inte efter en sjukskrivning för stressrelaterade besvär. Det är detta som denna uppsats syftar till att klargöra, genom att intervjua tio personer som deltagit i behandlingen på Alnarps Rehabiliteringsträdgård och ta del av deras upplevelser av behandlingen och tiden som följt därefter. Förhoppningen är att studien ska kunna bidra med fördjupad kunskap kring vilka faktorer som kan hjälpa eller försvåra en återgång till arbete för individer som drabbats av stressrelaterad ohälsa.

## **Teori**

Teorierna i detta avsnitt har valts ut för att ge en bakgrund till det fenomen som studerats, samt för att bidra med en teoretisk referensram till studiens resultat. Teoriavsnittet inleds med en översiktlig redogörelse för stressbegreppet som innefattar en inledande begreppsdefinition, beskrivning av symptombilden vid utmattningssyndrom samt stressbegreppets koppling till återhämtning och coping. Därefter presenteras några teoretiska modeller och begrepp som kan kopplas till den stressrelaterade ohälsan: krav-kontroll-modellen som utvidgas med socialt stöd, locus of control och gränssättning. Den stressrelaterade ohälsan sätts även in i ett samhällsperspektiv med en redogörelse för dess koppling till långtids-sjukskrivningar samt könsskillnader i stress. Slutligen presenteras en del av den kunskap som finns kring stressprevention och rehabiliteringsinsatser, innefattande en beskrivning av trädgårdsterapi vid Alnarps Rehabiliteringsträdgård.

### *Begreppsdefinition*

Det finns inom litteraturen ingen entydig definition av begreppet stress, även om flera definitioner

har gemensamma beröringspunkter. Egidius (2008) definierar stress som ett tillstånd som uppkommer när individen blir utsatt för påfrestningar som denne har svårigheter att hantera. Detta tillstånd innefattar både stressorer - dvs. händelser som orsakar påfrestningen - och individens reaktion på dessa stressorer. Socialstyrelsen (2003) definierar stress som individens reaktion på en obalans mellan de belastningar man utsätts för och de egna resurserna för att hantera dessa belastningar. Olika belastningar kan således orsaka olika reaktionsmönster hos olika individer, något som en person upplever som mycket påfrestande kan en annan se som utmanande, beroende på vilka resurser individen har tillgång till. Även Währborg (2009) menar att reaktionsmönstret på olika stressorer kan variera mellan olika individer. Han definierar stress som "de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder vid yttre eller inre påfrestningar och som följd därav ger upphov till funktionsförändringar av potentiellt patologisk natur" (s. 55). Denna definition betonar således den skadliga aspekten av individens stressreaktion. Reaktionen kan vara funktionell i vissa situationer, men långvariga och intensiva stresspåslag kan leda till biologiska skador. Lazarus (2006) tillför ytterligare en dimension till stressbegreppet och menar att stressresponsen uppstår som en konsekvens av individens värdering av förhållandet mellan sig själv och omgivningen. Värderingsprocessen innefattar en bedömning av huruvida situationens krav utgör ett hot mot relevanta målsättningar samt vilka resurser som finns tillgängliga för att hantera kraven. Således betonar Lazarus definition hur stressresponsen påverkas av subjektiva processer som perception, värdering och motivation. Det är den sistnämnda definitionen på stress som kommer att användas i denna studie. Stress syftar således här på individens reaktion på en stressor, utifrån individens resurser och tolkningsprocesser, och stressor syftar till de omständigheter som leder fram till stressresponsen.

Vad som räknas som stressrelaterad ohälsa kan variera beroende på hur begreppet definieras. Socialstyrelsen (2003) lyfter fram fyra diagnosgrupper som främst anses vara stressrelaterade: psykisk ohälsa, muskuloskeletala besvär, hjärt- och kärlsjukdom och sjukdomar i andningsorganen. Währborg (2009) delar in sjukdomar som orsakats av stress i två grupper: primära stresssjukdomar och stressrelaterade sjukdomar. Primära stresssjukdomar är sjukdomar där stress ses som den främsta sjukdomsorsaken, en både tillräcklig och nödvändig faktor för tillståndets uppkomst. Till dessa räknas bl.a. utmattningssyndrom, akut stressyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. Stressrelaterade sjukdomar är sjukdomar där stress varit en viktig bidragande faktor till sjukdomstillståndet, men där även andra faktorer kan ha bidragit till sjukdomens utveckling. Här nämner Währborg bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i mag- och tarmkanalen, fibromyalgi, fetma och diabetes. I den mån begreppet stressrelaterad ohälsa används i denna uppsats syftar detta inte enbart till primära stresssjukdomar utan även till tillstånd där stress, tillsammans med andra faktorer, utgör en bidragande orsak till sjukdomen.



Termerna burnout, utbrändhet, utmattningsdepression och utmattningssyndrom är alla begrepp som förekommer inom litteraturen, ofta som beskrivning av liknande tillstånd. Det finns dock vissa skillnader mellan begreppen som är viktiga att klargöra. Burnout är ett begrepp som är vanligt förekommande i internationell forskning. Detta definieras som ett tillstånd som innehåller tre dimensioner: emotionell utmattning, cynism (förlust av empati) och en subjektiv försämring av arbetsprestation (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Socialstyrelsen, 2003). Maslach m.fl. (2001) menar att utmattning är den dimension som närmast förknippas med begreppet burnout, men poängterar vikten av samtliga tre dimensioner för att fånga fenomenet och dess betydelse för individens relation till sitt arbete. Ett problem med begreppet är, enligt Währborg (2009), att det medför en begränsning av området genom att huvudsakligen fokusera på arbetslivets betydelse för den stressrelaterade ohälsan. Socialstyrelsen (2003) menar vidare att den svenska översättningen av burnout – ”utbrändhet” – ger associationer till något oåterkalleligt skadat. Därför rekommenderas istället att termen utmattningssyndrom används. Ett närliggande begrepp är även utmattningsdepression, vilket Socialstyrelsen menar är ett begrepp som kan användas när diagnoskriterierna för depression är uppfyllda, men tillståndet bedöms vara föranlett av arbetsrelaterad stress.

#### *Symptombilden vid utmattningssyndrom*

Socialstyrelsen (2003) redogör för diagnoskriterierna vid utmattningssyndrom (se Bilaga 1). Dessa innefattar fysiska och psykiska symptom på utmattning som ska ha förelegat under minst två veckor och ha utvecklats som en följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer som har förekommit under minst sex månaders tid. Sjukdomsbilden domineras av en påtaglig brist på psykisk energi, vilket tar sig uttryck i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning. Utmattningen är, enligt Almén (2007), ett tillstånd där bristen på energi är så påtaglig att till och med de enklaste vardagssysslorna kan upplevas som oöverstigliga. Enligt diagnoskriterierna ska vidare minst fyra av symptomen koncentrationssvårigheter eller minnesstörning, påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress, känslomässig labilitet eller irritabilitet, sömnstörning samt påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet ha förekommit under samma tvåveckorsperiod som symptomen på utmattning förelegat. Symptomen har ofta utvecklats under en lång tid med varierande intensitet, men kontakt med läkare föranleds vanligtvis av en akut försämring av tillståndet. Negativa livsstilsförändringar, som ökad tobaks- och alkoholkonsumtion, kan utgöra försök att höja energinivån och sova bättre. Vidare ska symptomen orsaka signifikant lidande inom arbetet, det sociala livet eller något annat viktigt område. Irritabilitet, grubblerier och konflikter kan förekomma och patienten kan känna en olust inför arbetet och få svårigheter att klara arbetsuppgifterna. Bristen på energi gör ofta att familjeliv och fritidsaktiviteter blir lidande. Många upplever även en skamkänsla kring

sjukdomstillståndet och undviker att berätta för omgivningen om orsaken till att de inte är på arbetet om de blivit sjukskrivna. Slutligen ska symptomen inte vara en effekt av någon substans eller somatisk sjukdom och om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom som tilläggsdiagnos (Socialstyrelsen, 2003).

Individer som drabbas av utmattningssyndrom upplever ofta en rad kognitiva begränsningar. Währborg (2009) menar att utmattningssyndrom i ett tidigt stadium kan medföra koncentrations-svårigheter och att det i ett längre perspektiv förekommer ytterligare kognitiva nedsättningar som svårigheter med minne, uppmärksamhet och spatial förmåga. En del av förklaringen till detta är att den förhöjda kortisolutsöndring som stressreaktionen medför kan leda till skador i celler i hippocampus, som stör konsolideringen och återkallningen av minnen. Således störs såväl förmågan till inläring som återkallandet av kunskaper. Detta kan leda till att stressen förvärras, eftersom det begränsar tillgången till copingstrategier och kunskaper som kan användas för problemlösande eller omvärdering av situationen. En nedsättning av de exekutiva funktionerna är vanlig, där förmågan att planera, fatta beslut och kritiskt reflektera över sina egna handlingar försämras. Det är även vanligt att individens motivation sjunker kraftigt (Währborg, 2009).

### *Stress och återhämtning*

En viktig del av kroppens reaktionsmönster på stressexponering är återhämtningen, då kroppens återuppbyggande processer aktiveras. När individen exponeras för stress sker en energimobilisering, med syfte att uppbåda resurser för att hantera den uppkomna situationen. Samtidigt avtar aktiviteten i kroppens återuppbyggande processer, för att sedan återupptas när hotet är avvärt. När individer utsätts för frekvent eller kronisk stress dominerar de energimobiliserande processerna över de återuppbyggande och kroppen får bristfällig tid för återhämtning och läkning (Lundberg, 2005). Almén (2007) menar att måttligt intensiv stress medför större risk för att ge kroniska symptom, eftersom högintensiv stress tenderar att leda till en mer automatisk nedvarvningsprocess. Dessutom signalerar inte måttliga stressreaktioner i lika hög grad att stressituationen bör undvikas, utan stressreaktionen kan lätt normaliseras (Almén, 2007). En frekvent stressexponering ger således bristfällig tid för återhämtning, men även ångest och oro inför kommande händelser och krav kan leda till en oförmåga att stänga av aktiveringen efter det att stressexponeringen upphört. Om individen har svårt att varva ner efter arbetsdagen leder detta till en ofullständig återhämtning, vilket ställer krav på ytterligare energimobilisering nästa dag. Personer som utsätts för långvarig stress tenderar att ha en påtagligt nedsatt förmåga att varva ner, vilket kan bero på såväl psykologiska faktorer som en försämrad aktivitet i det parasympatiska nervsystemet. Enbart sjukskrivning leder därför inte per automatik till återhämtning för personer som drabbats av

stressrelaterade besvär, utan en viktig del av behandlingen är att hjälpa patienten att öka sin förmåga till återhämtning, t.ex. genom avslappning (Almén, 2007; Lundberg, 2005). Det finns vetenskapligt stöd för att avspänning har positiva effekter på stressymptom, även om studierna främst varit preventiva och genomförts på friska individer (Socialstyrelsen, 2003).

Även sömnen kan utgöra en viktig del av kroppens återhämtningsprocess. Det finns, enligt Åkerstedt och Kecklund (2005), en hög prevalens av sömnstörningar hos personer med utmattningssyndrom och även om det fortfarande finns kunskapsluckor på området så tyder vissa data på att rubbad sömn kan utgöra en central faktor i utvecklingen av syndromet. Författarna lägger fram hypotesen att sjukdomen utvecklas som en följd av en kombination av långvarig psykosocial belastning och stora brister i återhämtningssystemet pga. störd sömn.

Enligt Anderberg (2005) utgör insatser som syftar till att reducera stressens negativa konsekvenser, genom att öka patientens egen förmåga till exempelvis avslappning, motion och regelbundna återhämtningsperioder, en viktig del av behandlingen av stressrelaterade sjukdomar. Anderberg breddar vidare begreppet återhämtning och menar att vilka strategier som är mest effektiva kan skilja sig åt mellan olika individer. Det handlar om att hitta sysselsättningar som upplevs lustfyllda och lugnande, men vad detta är kan skilja sig åt beroende på livssituation och intressen. En person kan ha behov av vila medan det för en annan person kan handla om att träffa vänner eller få fysisk motion.

### *Coping*

Coping syftar till individens kognitiva och beteendemässiga strategier för att hantera de inre eller yttre krav som bedöms överstiga individens resurser, med avsikten att reducera stressreaktionen (Lazarus, 2006). Copingbegreppet utgör en del av Lazarus (2006) teori om stress som något som uppstår genom individens värdering av förhållandet mellan sig själv och omgivningen. Värderingsprocessen utgörs, enligt denna teori, av två delar. I den primära värderingsprocessen görs en bedömning av huruvida en situation är relevant i förhållande till individens målsättningar och om situationen därför kan utgöra en källa till stress, där det är nödvändigt att mobilisera resurser för att hantera stressen. I den sekundära värderingsprocessen gör individen en bedömning av de resurser som finns tillgängliga för att hantera stressen, dvs. vilka copingalternativ som finns. Värderingsprocessen kan i sig vara stressreducerande, bedöms copingalternativen vara goda kommer situationen mer troligt att upplevas utmanande snarare än hotande. Olika copingstrategier kan vidare reducera stressreaktionen, antingen genom att förändra det faktiska förhållandet mellan personen och dennes omgivning eller genom att förändra värderingen av detta förhållande. Detta benämns problemfokuserad respektive emotionsfokuserad coping och utgör de två huvudkategorier av copingbegreppet som vanligtvis används. Problemfokuserade copingstrategier syftar till

problemlösande handlingar som söker förändra den aktuella situationen eller hotet, exempelvis genom att samla information, strukturera, tidsplanera eller hitta en lösning på ett problem. Emotionsfokuserade strategier syftar istället till att reglera de negativa emotioner som är kopplade till situationen, utan att därmed förändra situationen i sig. Detta kan exempelvis ske genom att undvika att tänka på situationen, söka omvärdera den, ventilerar sin ilska eller söka emotionellt stöd. I en given situation använder en individ vanligtvis en mängd olika copingstrategier. Vilken strategi som används beror dels på kontexten men även på individuella preferenser. Bedöms situationen vara möjlig att förändra så tenderar de problemlösande strategierna att dominera, medan de emotionsfokuserade strategierna är mer användbara i situationer med små påverkansmöjligheter. Att valet av copingstrategier även kan påverkas av individuella preferenser förklarar Lazarus med att stressgenererande situationer ofta är komplexa, vilket kan göra det alltför krävande för individen att hitta nya, alternativa copingmöjligheter. Således tenderar vi att främst pröva strategier som är välkända för oss utifrån tidigare erfarenheter. Vidare menar Lazarus att vilken strategi som är mest effektiv troligtvis är kontextbundet och varierar beroende på individ, situation och typ av hot. Vi lever i en kultur där kontroll över omgivningen ofta värdesätts högt och därför är det lätt att sluta sig till att de problemfokuserade strategierna utgör det bästa alternativet, men så behöver inte alltid vara fallet. De emotionsfokuserade och problemfokuserade copingstrategierna utgör snarare en del av en copingprocess där båda kan ha fördelaktiga effekter på välmåendet (Lazarus, 2006). Lundberg (2005) menar dock att aktiv coping, dvs. konstruktiva strategier för att hantera och avvärja orsakerna till stress, ger större möjlighet att undvika negativa hälsoeffekter än mer passiva och emotionsfokuserade copingstrategier, som exempelvis alkohol, antidepressiva läkemedel eller förnekande av verkligheten.

#### *Krav – kontroll-modellen*

Karasek och Theorell (1990) använder krav-kontroll-modellen för att beskriva relationen mellan arbetsförhållanden och arbetsrelaterad stress. Modellen söker beskriva hur de två dimensionerna krav och kontroll samverkar för att skapa mer eller mindre fördelaktiga arbetsförhållanden och hur vissa arbetssituationer kan få negativa hälsoeffekter för individen. De krav som omgivningen ställer på individen syftar i modellen främst till psykologiska krav, vilket kan utgöras av såväl mängden arbetsuppgifter som av emotionella och kognitiva krav, som mental belastning, rädsla för att förlora jobbet eller konflikter på arbetsplatsen. Det är dock, enligt Karasek och Theorell, arbetsbelastningen som utgör den främsta komponenten i de psykologiska kraven. Kontrolldimensionen hänvisar till det beslutsutrymme individen har i sitt arbete, dels vilka påverkansmöjligheter som finns i förhållande till hur arbetet ska utföras, dels individens färdighetskontroll, dvs. dennes kunskap kring arbetsprocessen och förmåga att ta beslut i oväntade situationer. Enligt krav-kontroll-modellen har

höga krav negativa hälsoeffekter främst om möjligheten till kontroll samtidigt är låg. Höga krav kan vara stimulerande, men de kan samtidigt vara en källa till stress. Huruvida en arbetssituation upplevs som utmanande eller påfrestande avgörs av graden av kontroll, eftersom en hög grad av kontroll bidrar till att reducera stressen. Modellen kopplas även till arbetssituationer som främjar inläring och lärandets relation till upplevelsen av stress. Karasek och Theorell menar att långvariga påfrestningar kan hindra inläring, exempelvis genom att individen drar sig undan och undviker att engagera sig i problem som uppstår. Samtidigt kan lärande och utveckling av kunskaper reducera upplevelsen av stress genom att ge individen ökade färdigheter och därigenom ökade kontrollmöjligheter. Arbeten med höga krav och låg möjlighet till kontroll benämns "spända arbeten" och skapar en situation som hindrar inläring och utveckling och ökar risken för ohälsa. De spända arbetenas negativa hälsoeffekter förklarar Karasek och Theorell med att de i högre grad aktiverar kroppens energimobiliserande processer, på bekostnad av de nödvändiga återupbyggande processerna. Blir tillståndet långvarigt, som i det spända arbetet, förhindras således kroppens läkande processer vilket kan få negativa effekter på hälsan. Arbeten som å andra sidan kännetecknas av höga krav tillsammans med hög grad av kontroll benämns "aktiva arbeten". I dessa arbeten är kraven höga, men individen har samtidigt en upplevelse av kontroll över sin situation och kan, genom stora påverkansmöjligheter och färdighetskontroll, ägna sig åt aktiv problemlösning vilket reducerar stressen och främjar inläringen. Arbeten som kännetecknas av låga krav tillsammans med en hög grad av kontroll benämns "avspända arbeten". Dessa arbeten ger individen stora möjligheter att själv avgöra hur man ska svara på de utmaningar som man ställs inför, samtidigt som utmaningarna är relativt fåtaliga. Karasek och Theorell menar därför att dessa typer av arbeten skapar en slags optimal förutsättning för psykiskt och fysiskt välmående, men att en sådan arbetssituation kan vara få förunnat att inneha. Den sista typen av arbeten i modellen benämns "passiva arbeten", vilket är arbetssituationer med låga krav tillsammans med låg grad av kontroll. Denna arbetssituation medför en risk för minskad motivation och reducerad inläring. De krav som individen ställs inför i det passiva arbetet är förvisso inte stora, men riskerar att leda till liknande negativa hälsoeffekter som i de spända arbetena när de väl uppstår (Karasek & Theorell, 1990).

Enligt Theorell (2005) kan även situationer som innebär en förlust av kontrollmöjligheter leda till ökad risk för ohälsa. Detta kan ske utan att det finns någon direkt koppling till arbetsrelaterade krav, eftersom hotet om att förlora kontrollen över någonting i sig kan orsaka en stressreaktion. Detta kan exempelvis ske hos individer som blir arbetslösa och därmed upplever en negativ förändring i möjligheterna att kontrollera sin situation. Theorell menar att individer som blivit arbetslösa har visat sig ha en ökad risk för sjukdom, även om detta samband också kan verka i motsatt riktning, nämligen att sjukdom ökar risken för arbetslöshet.

Studier har visat att interventioner och rehabiliteringsinsatser som syftar till att öka

individens kontroll över arbetet kan ha positiva effekter på stressrelaterade variabler. Bond och Bunce (2001) visade i en studie hur en intervention som syftade till att genomföra organisationsförändringar som ökade de anställdas kontroll över sitt arbete ledde till förbättringar i de anställdas mentala hälsa och självskattade prestationer samt minskade deras sjukfrånvaro. Vidare visade man att det var just den ökade kontrollen över arbetet som låg bakom de positiva förändringarna. Hättinen, Kinnunen, Pekkonen och Kalimo (2007) har vidare jämfört två rehabiliteringsinsatser för personer som drabbats av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Den ena var en individfokuserad intervention och den andra en individ- och organisationsfokuserad intervention, som utöver att förbättra individens stresshanteringsförmåga syftade till att förbättra dennes arbetsförhållanden och kontroll över arbetssituationen. Resultatet av studien visade att den sistnämnda interventionen ökade individernas kontroll över arbetet och att denna ökning bidrog till reducerade nivåer av utmattning och cynism. Även Almén (2007) kopplar krav-kontroll-modellen till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och menar att kontroll i arbetet är en viktig faktor när en individ ska återvända till arbetet efter en sjukskrivning. Kontroll över arbetssituationen kan innebära inflytande över arbetsträningen, beslutsutrymme kring vilka arbetsuppgifter man ska ta sig an, när arbetsuppgifterna ska genomföras och hur de ska utföras. Dessa kontrollmöjligheter, menar Almén, kan möjliggöra en gradvis ökning av kraven och hjälper därmed individen i arbetsåtergången.

### *Socialt stöd*

Socialt stöd är en viktig faktor för att förebygga och hantera stress. Enligt Währborg (2009) kan socialt stöd ge tillgång till både emotionsfokuserade och problemfokuserade copingstrategier, exempelvis genom att ge möjligheten att ventilerar känslor eller få förslag på lösningar på problem. Sociala förändringar som omorganiseringar, att människor flyttar eller andra förändringar i de sociala relationerna är därför en riskfaktor för utvecklingen av stressrelaterad ohälsa och i dagens samhälle sker allt fler förändringar i den sociala miljön. Det finns även en relation mellan stress och socioekonomisk status, där bristfälligt socialt stöd tycks vara en av faktorerna som inverkar (Währborg, 2009). I dessa sociala grupper kan dock även andra faktorer som bidrar till den stressrelaterade ohälsan förekomma i högre grad, som exempelvis stressorer som ekonomiska problem och arbetslöshet och passiv coping i form av alkoholmissbruk och dåliga kostvanor (Lundberg, 2005). Socialt stöd sätts vidare i relation till Karasek och Theorells (1990) krav-kontrollmodell, som då utvidgas till krav-kontroll-stöd-modellen. Det sociala stödet kan, enligt denna modell, fungera som en buffert mot stress i arbeten med högra krav och lågt beslutsutrymme. Detta förklaras av författarna med att sociala kontakter har fördelaktiga effekter på individens välmående, kan främja tillägnet av nya kunskaper och utövandet av aktiva copingstrategier. Socialt stöd kan således bidra till att såväl minska upplevelsen av stress som att öka de anställdas produktivitet.

Karasek och Theorell menar vidare att det kan finnas olika former av socialt stöd på en arbetsplats. Det kan utgöras av ett emotionellt stöd, dvs. en känsla av tillit till arbetskamrater och överordnade och en känsla av tillhörighet i arbetsgruppen. Det kan även vara instrumentellt, dvs. ge tillgång till praktisk hjälp och resurser när så behövs. Theorell, Oxenstierna och Westerlund (2004) menar att det i förhållande till krav-kontroll modellen framförallt är stöd i arbetet, dvs. från arbetskamrater eller chefer, som är av vikt för hälsan. Författarna redogör för en studie där man undersökte relationen mellan socialt stöd från arbetskamrater respektive överordnade och symptomrapportering (kroppsliga symptom och smärtor efter arbetet) samt långtidssjukskrivning. Man fann där stöd för samspelet mellan kontrollmöjligheter och socialt stöd. När man tittade närmare på vilken form av socialt stöd som var viktigast - stöd från arbetskamrater eller överordnade - så fann man att de båda var förhållandevis likvärdiga för symptomrapportering, medan det för långtidssjukskrivningar främst tycktes vara stöd från arbetskamraterna som var viktigt. Personer med små kontrollmöjligheter tillsammans med bristfälligt stöd från arbetskamrater uppvisade, enligt Theorell m.fl. (2004) en betydande överrisk för att bli långtidssjukskrivna.

### *Locus of control*

Begreppet locus of control syftar till den grad individen upplever sig kunna kontrollera sitt eget öde genom sina handlingar. Det delas vanligtvis in i inre och yttre locus of control. Personer med inre locus of control upplever i högre grad att de själva har kontrollen över sina liv, ser en tydlig koppling mellan sina handlingar och dess konsekvenser och söker därför i högre utsträckning påverka sin situation och sin omgivning. Individer med yttre locus of control upplever stället att kontrollen ligger utanför dem själva och intar i högre utsträckning en mer passiv roll i förhållande till sin omgivning. Om problem uppstår tenderar individer med yttre locus of control att ha en låg tilltro till sin förmåga att göra något åt dem och ålägger istället på omgivningen att agera. Det tycks främst vara erfarenheter från vuxenlivet som avgör var på skalan inre respektive yttre locus of control en individ befinner sig, även om detta även kan variera utifrån vad som är adekvat i en given situation (Theorell, 2004; Theorell, 2005; Wang, Bowling & Eschleman, 2010).

Wang m.fl. (2010) menar att begreppet locus of control kan delas in i ett flertal kontextspecifika underkategorier. En underkategori är arbetsrelaterad locus of control, dvs. huruvida individen attribuerar händelser i arbetslivet till sina egna handlingar eller till omgivningen. I en metastudie fann de att arbetsrelaterad locus of control var kopplat till arbetsrelaterade faktorer såsom burnout, arbetstillfredsställelse och socialt stöd på arbetet. Generell locus of control var i sin tur kopplat till generella faktorer som psykologisk påfrestning, livstillfredsställelse och problemfokuserad coping (Wang m.fl., 2010). Såväl arbetsrelaterad som generell locus of control tycks således kunna ha betydelse för den stressrelaterade ohälsan. Wang m.fl. (2010) lägger vidare fram

ett antal förklaringar till kopplingen mellan locus of control och arbetslivsvariabler. Personer med inre locus of control tenderar att uppfatta sin arbetsmiljö som mer positiv än personer med yttre och vara mer motiverade därför att de i högre grad upplever sig kunna påverka sina prestationer. De har ofta bättre sociala färdigheter och interpersonella relationer på arbetsplatsen och därigenom större möjlighet att kunna påverka andra. Vidare använder de sig i högre grad av problemfokuserade copingstrategier, som att göra upp planer eller söka instrumentellt socialt stöd. En upplevelse av kontroll över sin tillvaro har dessutom fördelaktiga effekter på individens välmående. Även Contrada och Goyal (2004) kopplar locus of control till hälsa, genom den relation som finns mellan locus of control och beteende. De hänvisar till underkategorin hälsorelaterad locus of control och menar att ett inre förhållningssätt kan öka motivationen och viljan för handlingar som har fördelaktiga effekter på hälsan. Ett yttre förhållningssätt, framförallt hos individer som attribuerar livshändelser till slumpen, tenderar å andra sidan i mindre utsträckning att leda till beteenden som har fördelaktiga hälsoeffekter. Författarna menar dock även att personer med ett yttre förhållningssätt som förlägger kontrollen till starka personer i omgivningen kan vara mer benägna att följa exempelvis läkares ordinationer.

Theorell (2005) knyter begreppet locus of control till rehabiliteringsprocessen och menar att rehabiliteringsinsatser där vårdgivarna bestämmer riktningen riskerar att leda till en passivisering av patienten och en yttre locus of control. Sjukdom innebär initialt ofta ett beroende av omgivningen och det är därför viktigt att rehabiliteringsinsatser syftar till att förskjuta locus of control från ett yttre till ett inre förhållningssätt för att därmed hjälpa patienten att uppnå ett större oberoende. Theorell exemplifierar hur detta kan uppnås med en studie där patienter fick delta i målinriktade gruppmöten, där de tillsammans i grupper fick formulera individuella målsättningar för sin rehabiliteringsprocess och sedan stötta varandra i måluppfyllandet. Patienterna kunde på så sätt ge varandra stöd i processen och uppnå en större känsla av kontroll. Dessa patienter fick en mer intern locus of control i jämförelse med en kontrollgrupp och klarade sig även bättre i rehabiliteringen.

### *Gränssättning*

Almén (2007) betonar gränssättningens vikt för välmåendet och menar att detta är en viktig färdighet för att undvika stressproblem. Befinner sig individen i en kontext där gränsöverskridande är vanligt riskerar detta bli ett normaltillstånd och ju mer gränsöverskridande kontexten är desto större krav ställs på individens förmåga att sätta sina egna gränser. Exempel på gränsöverskridande handlingar kan vara att ställa krav som är omöjliga att uppnå eller som är oförenliga med andra krav samt att inte acceptera begränsningar, egna eller andras. Att sätta gränser kan vara svårt, omgivningen kan svara med ilska eller ytterligare gränsöverskridande beteenden och individen kan själv reagera med ångest och olust. Almén menar att förmågan att sätta gränser gentemot sig själv



och andra är en färdighet som kan övas upp genom exempelvis rollspel och exponering. Det gäller att lära sig identifiera gränsöverskridanden och formulera gränssättningar, likväl som att exponeras för de obehagliga känslor som kan följa genom att markera sina gränser för omgivning.

#### *Den stressrelaterade ohälsan och sjukskrivningarna*

Sett ur ett globalt perspektiv är fattigdom den främsta orsaken till stressrelaterad ohälsa, men på europeisk nivå så utgör arbetsrelaterad stress en stor och växande problematik (Levi, 2005). Enligt Währborg (2009) har långtidssjukskrivningarna i Sverige ökat kraftigt under det senaste dryga decenniet, en ökning som till stor del kan tillskrivas stressrelaterad ohälsa. Psykosocialt framkallade stressreaktioner kan medföra en mängd fysiologiska besvär och ca 80% av långtidssjukskrivningarna beror på sjukdomar som på något sätt är relaterade till stress (Levi, 2005; Socialstyrelsen, 2003). Prevalensen för burnout, utbrändhet eller utmattningssyndrom varierar beroende på vilket population som undersöks och hur syndromet definieras, men har uppvisats till mellan 5,7% och 17,9% bland arbetande individer i Sverige (Stenlund m.fl., 2009). Vid utmattningssyndrom kan sjukdomsförloppet och sjukskrivningarna vara långdragna och i många fall vara över ett år (Socialstyrelsen, 2003). De vetenskapliga bevisen för huruvida sjukskrivningars effekter är positiva eller negativa är knappa och Socialstyrelsen (2003) rekommenderar därför att bedömningar om huruvida en sjukskrivning för utmattningssyndrom ska fortgå ska göras med relativt korta intervall, men poängterar även att detta förutsätter en trygg patient-läkarrelation så att patienten inte upplever sig tvingas tillbaka i arbete i förtid.

#### *Könsskillnader i stress*

Nordlund m.fl. (2010) menar att populationsstudier visat att burnout är vanligare bland kvinnor än bland män, men att få studier utforskat de underliggande orsakerna till detta. Långtidssjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa är mer vanligt bland kvinnor än bland män både i Sverige och i andra länder (Socialstyrelsen, 2003). Enligt Anderberg (2005) kan en del av detta förklaras av att det skett en samhällsutveckling i Sverige där kvinnor i allt större grad heltidsarbetar, samtidigt som tidigare generationers könsrollsmönster lever kvar och huvuddelen av hushållsytelserna fortfarande utförs av kvinnor. Under 80-talet genomfördes en undersökning som jämförde mäns och kvinnors nivåer av stresshormoner under dagen (Anderberg, 2005; Währborg, 2009). Denna visade att män och kvinnor uppvisade liknande stressmönster under arbetsdagen, men medan männens stresshormoner sjönk under kvällen så började kvinnornas öka vid 16-17-tiden och fortsatte öka under kvällen för att nå sin topp vid 20-tiden. Detta menar Anderberg (2005) visar på det faktum att många kvinnor inte upplever hemmet som en plats för återhämtning, utan snarare som ytterligare en arbetsplats. Även om denna undersökning är närmare 30 år gammal så är den

totala arbetsbördan för kvinnor, inräknat yrkesarbete och oavlönat hemarbete, fortfarande större för kvinnor än för män (Anderberg, 2005). Ytterligare en anledning till könsskillnaderna i den stressrelaterade ohälsan kan vara att kvinnor oftare befinner sig på yrkespositioner med mindre makt och kontroll, där det finns små möjligheter att påverka sin arbetssituation. En studie av Nordlund m.fl. (2010) visade att prevalensen för burnout i en arbetande population i Sverige var 13%, med en signifikant högre nivå för kvinnor än för män. Denna skillnad mellan könen blev dock icke-signifikant när hänsyn togs till faktorer som ekonomisk situation, arbetets krav, kontroll över arbetssituationen samt upplevd risk för arbetslöshet och små möjligheter till nytt arbete. Författarna menar därför att könsskillnader i burnout delvis kan förklaras av att kvinnor har sämre arbetsförhållanden och lägre socioekonomisk status än män.

### *Stressprevention*

Det finns tre typer av preventiva åtgärder som kan kopplas till den stressrelaterade ohälsan: primärprevention, sekundärprevention och tertiärprevention. Primärprevention syftar till åtgärder som är riktade mot sjukdomens orsaker, att eliminera de stressorer som utgör den bakomliggande orsaken till stress och på så sätt reducera dessas negativa konsekvenser för individen. På en arbetsplats kan detta handla om att se över arbetsmiljö, arbetsuppgifter, flexibiliteten i arbetstider, rollfördelning och socialt klimat. Sekundärprevention utgörs istället av åtgärder som är inriktade på de sjukdomsframkallande mekanismerna, att upptäcka och förbättra de anställdas förmåga att hantera stress. Genom att förbättra de anställdas stresshanteringsförmåga kan arbetsplatsen söka förändra hur de anställda uppfattar och reagerar på stressorerna, något som exempelvis kan uppnås genom utbildning i stresshantering och avslappning. Sekundärprevention blir således en åtgärd som hanterar konsekvenserna snarare än orsakerna till stress. Tertiärprevention syftar till att åtgärda sjukdomens effekter, att behandla och rehabilitera de individer som drabbats av stressrelaterad ohälsa (Cooper & Cartwright, 1997; Levi, 2005). Cooper och Cartwright (1997) menar att interventioner på sekundär- och tertiärnivå är betydligt vanligare förekommande än interventioner på primärnivå. De förklarar detta med att det är enklare och mindre kostsamt för en organisation att söka förändra en individ än hela organisationen. Ansvariga behandlare känner sig dessutom ofta mer bekväma med att förändra en individ än en organisation. Vidare utgör de sekundära och tertiära interventionerna en tydligare och mer synlig åtgärd för de anställdas hälsa. Problemet med dessa interventioner blir dock, enligt Cooper och Cartwright, att så länge man inte gör något åt källan till stress, så är risken stor att de positiva effekter som sekundär- och tertiärinterventionerna ger på individnivå går förlorade när den anställde återvänder till arbetsplatsen. Förändringen blir således inte varaktig. Att erbjuda behandling istället för prevention kan således vara en enklare och för tillfället mindre kostsam lösning, men utan primära interventioner är risken stor att dessa åtgärder

inte är tillräckliga för att bibehålla de positiva hälsoeffekterna.

### *Rehabiliteringsprocessen*

Det finns få randomiserade kontrollerade studier för behandling av utmattningssyndrom och en bristfällig enighet kring vilken form av rehabiliteringsinsatser som bör erbjudas patienterna. De flesta studier som genomförts med syftet att reducera arbetsrelaterad stress har genomförts på individer som fortfarande befinner sig i arbete. Många gånger är studierna preventiva och deltagarna utgörs av frivilliga på arbetsplatser, i vissa fall har deltagarna valts ut pga. höga stressnivåer (Socialstyrelsen, 2003; Stenlund m.fl., 2009). Perski och Grossi (2004) menar att insatser som enbart fokuserar på passiv sjukskrivning, eller sjukskrivning i kombination med behandling i form av antidepressiva läkemedel, inte är tillräckligt för patienter med stressrelaterade diagnoser. Istället finns behov av systematisk behandlings- och rehabiliteringshjälp för att hjälpa dessa patienter att återgå till arbetslivet. Även Socialstyrelsen (2003) avråder från sjukskrivning under längre tid utan en rehabiliteringsplan och menar att arbetsinriktad rehabilitering bör sättas igång så snart patienten kommit ur den mest akuta sjukdomsfasen. Almén (2007) sällar sig också till detta resonemang och menar att heltidssjukskrivning kan vara motiverat under en begränsad period, men att alltför många sjukskrivna befinner sig i en passiviserad situation utan rehabiliteringsplan, utan möjlighet att påverka situationen eller med förväntningar att försäkringskassan, läkaren eller arbetsgivaren ska lösa situationen.

Perski (2004) menar vidare att stressrehabilitering är en process som kan delas in i tre faser. Den första behandlingsfasen, som följer direkt efter det stressrelaterade sammanbrottet, bör fokusera på ett grundläggande omhändertagande och stöd. Det är i denna fas nödvändigt att få till stånd hälsosamma sömn- och livsvanor så att kroppens återuppbyggande krafter kan återupprättas. Eftersom sömnstörningar är en vanligt förekommande del av sjukdomsbilden menar Socialstyrelsen (2003) att det är viktigt att normalisera patientens sömnmönster för att få en behandlingseffekt. Sömträning läggs därför fram som en viktig del av ett behandlingsprogram.

Den andra behandlingsfasen fokuserar på att hjälpa patienten återfå en balans i kropp och själ, genom exempelvis lättare fysisk träning, avslappning, sjukgymnastik och psykoterapi (Perski, 2004). I den andra fasen är det nödvändigt med kompetens från flera olika professionella discipliner, för att kunna bemöta och behandla de många olika sorters störningar som stressproblematik kan leda till. I denna fas menar Perski (2004) att olika former av gruppbehandling kan vara verksamt, då det hjälper patienter att se att de inte är ensamma om sin problematik och ger dem möjligheten att dela erfarenheter med varandra. Även Socialstyrelsen (2003) rekommenderar psykoterapi, gärna i gruppformat, tillsammans med insatser som avslappning och stresshantering. Vidare menar Socialstyrelsen att fysisk aktivitet har fördelaktiga effekter på det psykiska måendet

och därför kan utgöra en del av behandlingen av utmattningssyndrom. Man poängterar även vikten av egenvård, som inte bör särskiljas från den reguljära vården, utan kan utgöra en del patientens bidrag i den professionella behandlingen. Information kring vikten av återhämtning, vila och sunda kost- och motionsvanor är viktigt för att hjälpa patienter uppnå mer hälsosamma livsmönster.

Den tredje behandlingsfasen fokuserar på att hjälpa patienten att återgå till ett så normalt liv som möjligt (Perski, 2004). Här fokuseras på de förändringar patienten behöver göra för att kunna förebygga ny stressproblematik och insatser från t.ex. försäkringskassa, arbetsgivare osv. utgör ett viktigt inslag för att skapa förutsättningar för en förbättrad arbetssituation. Enligt Perski (2004) är förändrade stresshanteringsstrategier inte tillräckligt för en framgångsrik rehabilitering, utan det krävs att det kommer till stånd förändringar i den situation som individen ska återgå till, både i arbetssituationen och i livssituationen i stort. Om den tredje fasen i rehabiliteringen inte blir lyckad så är risken stor för att sjukdomstillståndet blir kroniskt och resulterar i att patienten hamnar utanför arbetsmarknaden. Det är således inte tillräckligt med en rehabilitering som enbart fokuserar på individuella faktorer för att häva sjukdomstillståndet utan nödvändigt att även förbättra den omgivande situationen för att få till stånd en varaktig förändring (Perski, 2004). För att kunna återgå till arbetet så menar Socialstyrelsen (2003) att en bedömning av arbetsmiljön utgör en viktig del av ställningstagandet kring när och på vilket sätt individen ska börja arbeta igen. Finns de stressorer som orsakat sjukdomen kvar kan en återgång vara kontraproduktiv och leda till återinsjuknande. Är arbetssituationen gynnsam är det troligtvis positivt om individen kan hålla kontinuerlig kontakt med arbetsplatsen, genom exempelvis arbetsträning eller deltidssjukskrivning. Socialstyrelsen menar vidare att det är en fördel om individen kan återkomma till anpassade arbetsuppgifter på sin gamla arbetsplats och en anledning till detta är att det kan vara svårt att hitta en ny arbetsgivare som är villig att anställa en person som inte är helt funktionsduglig. Individens bristande självkänsla efter sjukskrivningen kan göra att det krävs stöd från läkare, arbetsgivare och försäkringskassa för att återvända och kvarvarande kognitiva begränsningar kan nödvändiggöra mindre komplicerade arbetsuppgifter till en början. Almén (2007) menar att det är viktigt att kunna anpassa arbetets mängd och karaktär utifrån individens arbetsförmåga. Arbetsförmågan kan variera och fluktuera och kraven bör kunna anpassas till den aktuella kapaciteten. En viktig faktor är även att se till att det finns en balans mellan arbete och återhämtning. Utifrån definitionen av stress som en obalans mellan krav och resurser menar Almén att en effektiv åtgärd för att reducera stressen är att antingen öka resurserna eller minska kraven. Att reducera arbetstiden, genom att exempelvis vara sjukskriven på deltid, åstadkommer inte ensamt detta då man genom detta tillvägagångssätt reducerar en resurs - tiden - medan kraven inte alltid minskar i motsvarande grad. Detta leder till en ännu större obalans mellan resurser och krav. Reduceras kraven proportionerligt med tiden så behöver detta inte vara ett problem, men Almén föreslår att en ännu lämpligare lösning vore att reducera kraven i större

utsträckning än man reducerar tiden, vilket skulle leda till ökade resurser i förhållande till kravmängden. Almén beskriver förvisso det som händer när en individ går ner i arbetstid när sjukskrivning sätts in som en åtgärd, men resonemanget torde vara giltigt även när en individ går upp i arbetstid efter en heltidssjukskrivning eftersom kontentan är att balansen mellan krav och resurser måste förbättras.

Perski (2004) menar slutligen att rehabiliteringen är en process som för vissa kan bli mycket långdragen, vilket kan vara påfrestande för såväl individen som dennes omgivning. En orsak till att rehabiliteringsförloppet kan vara utdraget är att den långvariga stressexponeringen kan medföra skador på såväl det centrala nervsystemet som delar av det perifera och att dessa kan ta lång tid att läka. Särskilt patienter som drabbats av minnesproblem som en följd av skador i hippocampus kan uppleva att det tar lång tid innan de kognitiva funktionerna återhämtar sig. En annan anledning till att rehabiliteringsprocessen kan vara lång är att en lyckad rehabilitering kan kräva stora omställningar i individens livssituation och att detta kan ta tid att uppnå.

#### *Trädgårdsterapi vid Alnarps Rehabiliteringsträdgård*

Alnarp Rehabiliteringsträdgård bedriver trädgårdsterapi för personer med stressrelaterade besvär, främst individer som drabbats av utmattningssyndrom, depressioner samt ångest- och smärttillstånd som är relaterade till stress. Sjukskrivningstiden har för de flesta deltagare varat mellan ett och fem år när de påbörjar behandlingen. Rehabiliteringen sker i grupper om åtta deltagare under 12 veckor. Programmet är uppbyggt med en successiv in- och utslussning, där de tre första och sista veckorna innefattar en vistelse i trädgården under en eller två dagar i veckan, medan deltagarna de sex veckorna däremellan spenderar fyra dagar i veckan i trädgården. Innan behandlingens start får deltagarna reflektera över sina förväntningar och formulera individuella målsättningar för behandlingstiden. Behandlingsprogrammet innehåller aktiviteter i trädgården, avslappningsövningar, kontakt med sjukgymnast och psykoterapeut samt gruppsamlingar där deltagarna får möjlighet att dela med sig av erfarenheter och reflektioner (Grahns & Ottosson, 2010). Gradvis får deltagarna själva välja vilka uppgifter de vill utföra i trädgården, samtidigt som de uppmuntras känna sina egna begränsningar och säga nej till uppgifter de inte vill utföra. Trädgårdsarbetet anpassas således efter deltagarnas behov och ger dem möjligheten att öva på att sätta gränser, sänka sin ambitionsnivå, lyssna till kroppens signaler och anpassa aktivitetsnivån utifrån dagsformen (Grahns, 2009; Grahns & Ottosson, 2010). Förmågan till medveten närvaro - att observera saker och ting som de är i stunden, på ett avsiktligt och uppmärksamt sätt utan att värdera eller döma - nyttjas i uppgifterna på Alnarps Rehabiliteringsträdgård, som exempelvis kan bestå i att långsamt lägga jord i krukor, samtidigt som man lägger märke till jordens konsistens, lukt och hur den känns mot huden (Grahns, 2009; Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2008).

Den psykoterapeutiska verksamheten utgörs av en fokuserad korttidsterapi på utvecklingspsykologisk och psykodynamisk grund, som syftar till att stödja och vägleda deltagarna i självläkningsprocessen. Innan rehabiliteringen påbörjas träffar psykoterapeuten deltagarna i 1,5 till två timmar för ett första samtal med syftet att skapa kontakt och lägga grunden för en arbetsallians, ta del av deltagarnas sjukdomshistoria och beskriva det psykoterapeutiska arbetet. Därefter träffar deltagarna psykoterapeuten åtta till 12 gånger under behandlingstiden. Terapeuten intar en aktiv hållning och det förekommer psykopedagogiska inslag kring kroppens och hjärnans reaktioner vid långvarig stress (Grahn & Ottosson, 2010). Den psykoterapeutiska läkningsprocessen beskrivs av Grahn och Ottosson (2010) utifrån olika faser. Till en början är deltagarna vanligtvis mentalt och emotionellt avstängda, men allteftersom ångestnivån sänks förbättras reflektionsförmågan. Därefter sker ofta ett större uttryck av känslor, som ilska och sorg. Slutligen når deltagaren ofta en acceptans kring det som skett, vilket resulterar i en nyorientering och en förväntan inför framtiden. Efter rehabiliteringen sammanställs ett skriftligt utlåtande som sammanfattar deltagarens erfarenheter på Alnarps Rehabiliteringsträdgård, dess resurser och behov och en rekommendation för fortsatta åtgärder för exempelvis arbetslivsinriktad rehabilitering (Grahn & Ottosson, 2010).

Det finns olika förklaringsmodeller för naturens hälsofrämjande effekter, även om forskningsläget idag inte helt klargör vad det är som ligger bakom trädgårdsterapins positiva resultat (Grahn & Ottosson, 2010). De faktorer som av Grahn och Ottosson (2010) läggs fram som viktiga innefattar aktiviteterna, samtalen, gruppen, den sociala ordningen och strukturen samt naturrummet. *Aktiviteterna* i trädgårdsterapin är individuellt anpassade och bidrar till en aktiv utvecklingsprocess, istället för att försätta patienten i en passiv situation i förhållande till sjukvård och rehabilitering. *Samtalen* under rehabiliteringen utgörs av såväl professionella psykoterapeutiska samtal som delandet av upplevelser med andra deltagare. *Gruppformatet* möjliggör en mer effektiv behandling genom nyttjandet av relationerna mellan gruppmedlemmarna. *Den sociala ordningen och strukturen* syftar till att omgivningen med omtänksamhet och empati kan erbjuda varje deltagare möjligheten att utifrån sina egna förutsättningar bidra med något till det sociala sammanhanget. *Naturrummet* syftar till miljöns positiva effekter på kroppsliga reaktioner och för tillgodogörandet av terapeutiska aktiviteter (Grahn & Ottosson, 2010). Syftet med behandlingen på Alnarps Rehabiliteringsträdgård är att låta deltagarna få tillgång till en trygg miljö, med vilsam stimulans och uppgifter som ligger inom deltagarnas kontroll. En trygg miljö utan identifierbara hot signalerar för kroppen att faran är över, vilket gör att det parasympatiska nervsystemet kan aktiveras och kroppens process för återhämtning och läkning kan börja (Grahn, 2009). Grahn (2001) menar att vistelse och aktiviteter i naturområden har en positiv inverkan på stress, vilket kan detta bero på att arbete i en trädgård är tydligt och meningsfullt samt att naturen ställer krav som kan balanseras mot individens egen förmåga och kontroll. Stigsdotter och Grahn (2002) menar vidare att naturen

har en återhämtande effekt på kognitiva funktioner, då människan vid naturupplevelser främst använder sig av spontan uppmärksamhet som inte kräver någon ansträngning, till skillnad från de högre kognitiva funktioner som används vid aktiviteter som kräver mer riktad koncentration. Den spontana uppmärksamheten är icke-viljestyrd och stimuleras av information som fångar uppmärksamheten men inte kräver aktiva handlingar och beslut, vilket stimulerar återhämtningsprocesserna och tillåter individen att bara vara i stunden. Den riktade koncentrationen, å andra sidan, styrs av viljan och används för att sortera och prioritera bland information, lägga upp planer och handla utifrån dessa. Denna typ av uppmärksamhet utgör en begränsad resurs och ställer högre krav på de psykiska funktionerna (Grahn & Ottosson, 2010; Stigsdotter & Grahn, 2002). Grahn (2009) menar även att dagsljus och frisk luft har hälsofrämjande effekter, vilket kan ställas mot det faktum att städernas invånare idag är fler än landsbygdens och att vi spenderar allt mindre tid utomhus.

### **Syfte**

Långtidssjukskrivningar för stressrelaterade besvär utgör ett stort problem i dagens samhälle. Det finns bristfälligt vetenskapligt stöd för vilka behandlingsinsatser som är verksamma för patienter med stressrelaterade diagnoser, men även för vilka andra faktorer i rehabiliteringsprocessen som påverkar huruvida individen återgår till arbete efter en sjukskrivning. Syftet med föreliggande studie är således att nå en fördjupad förståelse för vilka faktorer som kan främja respektive hindra återgång till arbete vid en sjukskrivning för stressrelaterade besvär. Detta ska uppnås genom att intervjua individer som genomgått behandling på Alnarps Rehabiliteringsträdgård och ta del av deras upplevelser av rehabiliteringsprocessen och eventuella försök att återvända till arbetet.

### **Metod**

Utifrån studiens syfte, att utifrån deltagarnas upplevelser av sin rehabiliteringsprocess nå en fördjupad förståelse för de faktorer som kan främja respektive hindra återgång till arbetet vid en sjukskrivning för stressrelaterade besvär, har författaren valt en kvalitativ ansats. Kvalitativ forskning lämpar sig för att studera mänskliga erfarenheter, när man söker förståelse för människans livsvärld – så som den upplevs och tolkas av individen själv – och för meningen i upplevelserna (Kvale & Brinkmann, 2009; Polkinghorne, 2005). Den kvalitativa analysmetod som använts i föreliggande studie är tematisk analys, vilket Braun och Clarke (2006) beskriver som en metod för att organisera, analysera och identifiera teman inom ett datamaterial. Braun och Clarke menar att den tematiska analysen är en ofta använd analysmetod inom psykologin och att dess fördelar innefattar att det är en metod som kan erbjuda en fyllig beskrivning av stora datamängder och generera oförutsedda insikter, samt är förhållandevis lättillgänglig även för nybörjare. Som

datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade intervjuer, en lämplig datainsamlingsmetod när man söker förståelse för deltagarnas livsvärld, vill få tillgång till och beskriva deras upplevelser och utveckla mening ur deras erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2009). Den kvalitativa intervjun innebär, enligt Zoglowek (1999), att deltagaren får berätta öppet om sina erfarenheter, utan alltför starkt styrning från forskaren. Språket ska vara så naturligt som möjligt så att intervjusituationen närmar sig ett vardagligt samtal. Socialstyrelsen (2003) konstaterar att det finns ett forskningsbehov på i stort sett alla nivåer för problematiken kring den stressrelaterade ohälsan. Den litteraturgenomgång som författaren genomförde inför denna studie bekräftade att tidigare forskning som rörde studiens syfte var sparsam. Därför valdes en explorativ ansats för studien, en design som används när det finns brister i rådande kunskap inom ett problemområde. Syftet med undersökningen blir då att belysa området så allsidigt som möjligt och man söker inhämta information som kan ligga till grund för vidare forskning samt generera idéer för vad framtida studier bör fokusera på (Patel & Davidson, 2003). Inga specifika hypoteser fanns, utan författaren sökte förhålla sig så öppen och utforskande som möjligt i förhållande till frågeställningen. Analysprocessen var induktiv, vilket innebar att den gick från insamlad data till teman som därefter knöts till teori, istället för att de teman som identifieras är drivna à priori av forskarens teoretiska referensram (Braun & Clarke, 2006). Utifrån studiens explorativa och induktiva design gjordes enbart en översiktlig och bred teorigenomgång före intervjuerna och därefter en mer fullständig genomgång och teoretisk koppling efter att analysarbetet färdigställts.

Enligt Braun och Clarke (2006) är den tematiska analysen inte bunden till någon specifik epistemologisk ansats, utan kan höra hemma inom såväl det realistiska som det konstruktivistiska paradigmet. Denna studie är positionerad inom det senare, dock inte i dess mest radikala form. Utifrån den konstruktivistiska ansatsen ansluter sig studien till en ontologisk relativism, där hänsyn tas till hur individens tidigare erfarenheter, den sociala kontexten och interaktionen mellan forskaren och deltagaren tillsammans formar deltagarens subjektiva verklighet (Ponterotto, 2005). Denna hållning medför att det inte ses som möjligt att nå fram till någon objektiv verklighet utan att verkligheten oundvikligen konstrueras av deltagarnas upplevelseprocesser. Den påverkan som interaktionen mellan forskaren och deltagaren har ses inte som något negativt, utan som den process som kunskapen genereras och upptäcks genom. Det är genom denna process som en fördjupad förståelse för individens unika upplevelser och erfarenheter kan nås (Ponterotto, 2005). Författaren har utifrån detta närmat sig deltagarnas upplevelser av sin sjukdomstid och processen att återvända till arbetet efter sjukskrivningen som en subjektiv upplevelse som bl.a. formas av deltagarnas historia, nuvarande kontext, upplevelsevärld och kontexten i intervjusituationen. Stress är förvisso ett fenomen med fysiologiska korrelerat, men stressreaktionen medieras av deltagarens upplevelsevärld och det är denna upplevelsevärld tillsammans med deltagarnas subjektiva erfarenheter som



studien syftar till att undersöka. Syftet har således inte varit att nå objektiv, generaliserbar kunskap utan att få en fördjupad förståelse för deltagarnas upplevda verklighet. Språket har setts som ett sätt att få tillgång till deltagarnas upplevelser, men som Polkinghorne (2005) påpekar så är det som individen berättar inte identiskt med det denne upplevt och berättelsen är alltid ett resultat av interaktionen mellan forskare och deltagare. Polkinghorne menar vidare att transkribering av intervjumaterialet innebär att viss information går förlorad, som exempelvis språkliga nyanser i tonfall och betoning av ord. För att hålla sig så nära materialet - och därmed också deltagarnas upplevelsevärld - som möjligt har intervjuerna inte transkriberats utan den tematiska analysen har istället genomförts utifrån genomlyssningar av inspelningarna.

### *Deltagare*

Studiens deltagare bestod av tio personer som genomgått behandling på Alnarps Rehabiliterings-trädgård. Av de tio deltagarna var åtta kvinnor och två män. Åldersfördelningen såg ut som följer: en person befann sig inom åldersspannet 31-35 år, tre personer inom åldersspannet 46-50, fyra personer inom åldersspannet 56-60 och två personer inom åldersspannet 61-65. Deltagarna fick vidare själva uppge vilken diagnos de varit sjukskrivna för. Vissa deltagare uppgav flera diagnoser och nedan redovisas vilka diagnoser som förekom och hur många som uppgav dem: utmattnings-depression förekom i fyra fall, utmattningssyndrom i tre fall, fibromyalgi i två fall, posttraumatiskt stressyndrom, depression, psykogen förvirring samt stressproblematik och utmattningssymptom i ett fall vardera. Det bör dock noteras att vissa deltagare inte var helt säkra på vilken diagnos de fått. Tre av deltagarna arbetade idag heltid, en arbetade 50% och var sjukskriven resterande tid, fem uppbar heltidssjukersättning och en var pensionerad. Den person som var pensionerad hade inte återgått till arbetet efter sjukskrivningen, utan övergått från sjukskrivning till pension. I de fall resultatet hänvisar till ”de deltagare som är tillbaka i arbete” eller liknande hänvisar detta till de fyra individer som idag arbetar heltid eller deltid.

### *Material*

Intervjuguide och mp3-spelare med mikrofon.

### *Procedur*

Utifrån studiens syfte att undersöka såväl främjande som hindrande faktorer för återkomst till arbetet var målsättningen att få en så stor bredd som möjligt i materialet i förhållande till rehabiliteringens utkomst. Deltagarna valdes därför ut för att representera två ytterligheter, personer som haft utmärkande lätt respektive svårt att återvända till arbetet efter sjukskrivningen. Detta uppnåddes genom att personal på Alnarps Rehabiliteringsträdgård valde ut individer som enligt

deras uppgifter antingen var tillbaka i arbete på heltid eller fortfarande uppbar heltidssjukersättning. Vidare skulle några år ha passerat sedan deltagarna genomgått behandlingen, detta för att det skulle vara möjligt att ta del av deltagarnas erfarenheter av tiden som följt därefter. Utifrån dessa kriterier valdes 17 individer ut som potentiella deltagare, som därefter kontaktades per telefon av författaren. 11 av dessa tackade ja till att delta i en intervju, dock var en tvungen att avboka med kort varsel. Bland övriga sex personer avböjde fyra till att delta och två lyckades författaren inte få kontakt med. Av de personer som tackade ja till att delta visade det sig att en arbetade halvtid och att en var pensionerad, vilket skiljde sig något från den ursprungliga målsättningen att deltagarna skulle vara heltidsarbetande eller heltidssjukskrivna. Dessa inkluderades dock ändå, eftersom deras erfarenheter bedömdes bidra till materialets bredd. Samtliga intervjuer förutom två genomfördes på Alnarps Rehabiliteringsträdgård, med syftet att miljön skulle vara bekant och trygg för deltagarna. Av praktiska skäl genomfördes en intervju på Institutionen för psykologi i Lund och en i deltagarens hem. Vid den initiala telefonkontakten informerades deltagarna kort om studiens syfte. Innan intervjun påbörjades gavs sedan en något utförligare information om tillvägagångssätt och syfte samt att deltagandet var frivilligt och möjlighet gavs även för deltagarna att ställa frågor. Deltagarna fick även denna information i skriftlig form och fick underteckna ett informerat samtycke (se Bilaga 2). Inför intervjun betonades även att syftet var att ta del av deltagarnas upplevelser och de uppmanades därför att berätta om allt som de själva upplevde viktigt, stort som smått. Intervjuerna varade mellan 27 och 74 minuter.

Inför intervjuerna formulerades en intervjuguide som stöd för intervjuaren (se Bilaga 3). Den semistrukturerade intervjun kräver att forskaren hittar rätt balans mellan att styra intervjun utifrån forskningsfrågan och samtidigt ger deltagaren möjligheten att tala öppet (Willig, 2001). Vanligtvis används därför en intervjuguide, som Kvale och Brinkmann (2009) menar kan innehålla teman på ämnen som intervjun ska täcka av, eller mer detaljerat formulerade frågor. Om teman används rekommenderar Willig (2001) att forskaren ändå funderar över möjliga formuleringar av frågor i förväg, för att inte riskera att bli alltför styrande i intervjusituationen. Utifrån dessa föresatser formulerades en intervjuguide som tog avstamp i bakgrundsinformation samt några övergripande frågor. Därefter utformades fem temaområden: *Rehabiliteringen*, *Individen*, *Omgivningen*, *Arbetsplatsen* och *Samhället* och under varje temaområde fanns förslag på frågor som kunde ställas vid behov. Målsättningen för intervjuerna var att varje temaområde skulle täckas av i samtliga intervjuer, men att de frågor som ställdes kunde anpassas utifrån varje enskild individ och frågorna i intervjuguiden fungerade enbart som exempel. De frågor som formulerades kring rehabiliteringen fokuserade främst på behandlingen på Alnarps Rehabiliteringsträdgård, eftersom detta var den behandling som samtliga deltagare hade gemensamt, men även frågor kring upplevelser av andra behandlingar inkluderades. Författarens hållning under intervjuerna var i

största möjliga mån ställa öppna frågor samt efterfråga exemplifieringar och konkretiseringar av det som berättades. Samtliga intervjuer avslutades med frågan om det fanns något som intervjuaren inte frågat om som deltagaren tyckte var viktigt att få med, för att minska risken att gå miste om värdefull information utifrån begränsningar i intervjuguiden.

När samtliga intervjuer var genomförda valdes två intervjuer slumpmässigt ut för vidare analys. Den tematiska analysen utfördes på en semantisk nivå, vilket innebar att fokus för analysen låg på det deltagarna explicit uttryckt och inte på vilka underliggande antaganden och strukturer som kunde tänkas ligga bakom deras utsagor (Braun & Clarke, 2006). Det första steget i analysarbetet var en genomlysning där idéer kring vad som var intressant och relevant i materialet i förhållande till studiens syfte nedtecknades. Efter detta gjordes, som ett andra steg, en andra genomlysning där samtliga utsagor som bedömdes signifikanta i förhållande till syftet skrevs ned. Dessa utsagor kodades utifrån deras innehåll, där varje kod utgjorde en kortfattad beskrivning av vad de olika utsagorna handlade om. I denna fas följdes Braun och Clarkes (2006) rekommendationer om att koda för så många potentiella teman som möjligt, inkludera omgivande data i de fall detta bedömdes relevant för att inte riskera att förlora viktig kontextuell information samt att även inkludera utsagor som motsäger huvudspåret i berättelsen. Det tredje steget var att organisera materialet utifrån de olika koderna och undersöka relationen mellan olika koder för att se om olika koder tillsammans bildade teman. Utifrån detta steg bildades 13 teman. Det fjärde steget var att granska respektive tema för att se om de samlade utsagorna under varje tema bildade ett sammanhållet mönster. Ytterligare en genomlysning genomfördes i detta steg, med avsikten att undersöka hur väl respektive tema fungerade i relation till helheten samt skriva ned eventuella utsagor som missats vid tidigare genomlysningar. Efter detta steg exkluderades ett tema som inte bedömdes relevant i förhållande till studiens syfte. De 12 teman som utgör studiens resultat valdes således ut på grundvalen att de bedömdes relevanta i förhållande till studiens syfte, att varje tema innehöll utsagor som bildade ett sammanhållet och meningsfullt mönster, särskilde sig från övriga teman samt att de fångade relevanta aspekter i förhållande till materialet som helhet. Därefter lyssnade författaren igenom resterande åtta intervjuer och nedtecknade samtliga utsagor som berörde dessa teman i respektive intervju. Dessa intervjuer genomlyssnades i de flesta fall endast en gång, men i ett fåtal fall bedömdes det nödvändigt med ytterligare en genomlysning för att säkerställa att samtliga relevanta utsagor inkluderats. Det femte steget var att läsa igenom samtliga utsagor under respektive tema och skriva en kort sammanfattning för att säkerställa att temat var tillräckligt specifikt för att sammanfattas med några meningar, samt att namnge temat. Slutligen sammanställdes en detaljerad analys med medföljande citat. I vissa fall har små justeringar av citaten genomförts, med syftet att bibehålla deltagarnas anonymitet eller öka läsbarheten, men inga förändringar som på något sätt påverkat innebörden i utsagorna har gjorts.

## Resultat

Nedan presenteras de 12 teman som utgör studiens resultat. I de citat där både deltagarens och intervjuarens utsagor ingår har deltagarens utsaga markerats med ett D och intervjuarens med ett I.

### *Att hitta en plats*

Det mest framträdande temat, som berördes i samtliga intervjuer, handlade om vikten av att finna en plats att återvända till efter sjukskrivningen. Sjukdomen medför i många fall en omvärdering av livssituationen och för att lyckas återvända till arbetet krävs det att man hittar någonting att återvända till, som passar de förändrade förutsättningar som finns. En av deltagarna, som idag är tillbaka i arbete, beskriver den vilsenhet hon upplevde och som också försvårade hennes tillfrisknande innan hon fått klart att hon skulle få gå en utbildning hon önskade gå:

*Och då var det ju, tror jag mycket, att jag inte kom vidare, det var just innan det blev löst med att jag fick gå den här utbildningen. När allting var tomt, man står där alldeles själv, vad ska man göra, vart ska man ta vägen.*

Huruvida man lyckas hitta en plats och hur den platsen ser ut tar sig olika uttryck i de olika berättelserna. Två av deltagarna som idag återvänt till arbetet insåg att de inte klarade att återvända till den tjänst de hade innan sjukskrivningen och valde därför att skola om sig och börja med någonting helt nytt. Så här beskriver de sina beslut att välja en ny bana:

*Och...så min...min motivator var ju egentligen bara att kom ut och gör någonting, så kan du gå tillbaka till det (gamla arbetet) sen...trodde jag. Och det kan jag säkert. Men nu vill jag inte, för nu har jag hittat en annan väg. Men...då klarade jag det inte. Och då var det ju att välja på att antingen gå ännu längre sjukskriven och fortsätta gå på olika rehabiliteringar eller att göra något annat så länge. Så då gjorde jag något annat.*

*Jag insåg ganska snabbt att det yrke jag hade och den läggningen som jag har som person, det passar liksom inte ihop, så jag bestämde mig nästan då att jag inte skulle tillbaka till mitt gamla jobb.*

De två andra deltagare som idag arbetar återvände till de jobb de hade innan sjukskrivningen. De beskriver de svårigheter som kan finnas med detta, när kollegor förväntar sig att man ska fortsätta arbeta i samma takt som man gjorde innan sjukskrivningen och hur det då kan vara svårt att säga ifrån och sätta gränser. Men en deltagare beskriver även fördelarna med att återvända till kollegor som man känner sedan tidigare:

*...alltså vi är som ett kompisgäng. Så det var ändå ganska enkelt tror jag i förhållande till om man hade kollegor som man inte kände så väl, att säga att jag pallar inte idag, jag måste köra hem och lägga mig nu och så. Det kändes inte jobbigt så, oftast inte. För att man kände varandra väl och de*

*visste vad som hade hänt och så.*

De personer som fortfarande är sjukskrivna beskriver de svårigheter som finns att hitta ett arbete i ett samhälle med en arbetsmarknad som ställer höga krav på individen. Klarar man inte att återvända till den arbetsplats som en gång bidragit till sjukdomen är det svårt att hitta en ny anställning med en sjukskrivning i bagaget, särskilt om man dessutom närmar sig pensionsåldern, vilket flera av deltagarna gör. Behovet av att hitta en arbetssituation som är anpassad till de kvarvarande begränsningar som sjukdomen kan ha medfört, som att man exempelvis inte klarar av att arbeta heltid, minskar utbudet ytterligare:

*Sen har jag märkt att samhället är inte riktigt berett att ta emot en som inte är hundra procentig. Och jag har försökt vara ärlig när jag har sökt olika anställningar, men märkt att arbetsgivarna drar öronen åt sig om jag säger att jag klarar inte en hundra procentstjänst, för då skulle jag lura både er och mig. Och den ärligheten har väl resulterat i att det har varit svårt att få någonting (...) Det kan jag väl känna att samhället... arbetslivet vill inte ha mig, mycket... delvis på grund av min ålder. Tyvärr är det så. (...) plus ett CV de sista nio åren som sjukskriven, det är... jag är dödsdömd på arbetsmarknaden, det är bara så. Oavsett vad man formellt tycker så är verkligheten sån.*

*Men... och litegrann ålder, att liksom, vem vill ha mig liksom. Och så har det gått ett år till och liksom... nu är jag snart 60 och... ja, det är ju ett tramsigt resonemang på ett sätt men det är ju också ett verkligt resonemang på ett sätt. Att... jag vet inte riktigt var jag... var jag skulle platsa.*

För vissa tycks de negativa erfarenheterna av såväl den arbetssituation som lett fram till sjukskrivningen som av att befinna sig utanför arbetsmarknaden lett till en känsla av uppgivenhet. Två av deltagarna beskriver hur självkänslan fått sig en törn och hur de därför inte vågat sig söka något nytt jobb. En person förklarar varför hon inte söker något arbete så här:

*Det är väl någon rädsla att jag inte skulle duga. Att de... att liksom, vem tror du... alltså litegrann det där jante, vem tror du att du är, komma här och har varit sjukskriven så och så länge, vad kan du som inte den här 35-åriga kvinnan kan. Att bli bortsållad. Då sållar jag väl hellre bort mig själv.*

Deltagaren tror sig inte ha tillräckligt mycket att erbjuda för att kunna konkurrera med yngre sökande och ger därför upp i förväg och väljer att inte söka något jobb, för att undvika risken att bli refuserad.

### *Kontroll över arbetet*

En viktig aspekt av det arbete man återvänder till tycks vara att det finns en hög grad av kontroll över arbetssituationen. Att återvända till arbetet är en process som präglas av kvarvarande fysiska och psykiska begränsningar och fluktueringar i måendet och det tycks därför vara viktigt att kunna anpassa arbetet efter dessa förutsättningar. Kontroll över arbetssituationen innefattar möjligheten att påverka såväl arbetstider som arbetsuppgifter och sju av tio deltagare berör detta tema. Tre av de

fyra deltagare som återvänt till arbetet har haft en hög grad av kontroll över den egna arbetssituationen.

*I: Hur stora möjligheter hade du att påverka din arbetssituation när du arbetstränade och gick upp i arbetstid?*

*D: Jättemycket. Helt och hållet. Alltså det var ju jättebra(...) Och det...ja...ja, jag fick ju förfoga över det helt...alltså omfattningen hade vi väl bestämt. Hur många dagar, eller så, hur många timmar i veckan det var. Men när och så...det var jättebra(...) upplägget kunde jag ju göra helt själv.*

Deltagaren beskriver sina positiva erfarenheter av en situation där de yttre ramarna var satta, men där hon själv kunde påverka när hon skulle arbeta. Finns en hög grad av kontroll över arbetssituationen så tycks man även kunna hantera stora krav. Detta illustreras av att två av de personer som återvänt till arbetet har haft arbetssituationer som inneburit en stor press, en har arbetat med provisionsbaserad lön och en som egenföretagare. Detta har dock fungerat väl tack vare att arbetsformerna även inneburit att de haft stora möjligheter att själva förfoga över sin tid. Vikten av att kunna anpassa sin arbetsdag utifrån de egna förutsättningarna beskriver dessa deltagare så här:

*Jag har insett att jag har svårt när någon annan ska styra mina tider eftersom jag inte...vet hur jag mår då.*

*Samtidigt kunde jag ju lägga upp dagarna lite, okej hade jag bokat kunder så kunde jag ju inte avboka dem men jag behövde inte fullboka dem sådär, så där var andningshål, kan man säga, under dagarna.*

Erbjuds inte dessa möjligheter från arbetsplatsens sida så ställs det höga krav på att individen själv förmår sätta sina gränser, vilket den fjärde deltagaren som lyckats komma tillbaka till arbetet, utan att ha haft någon större möjlighet att kontrollera sin arbetssituation, beskriver:

*I: Har du några tankar om vad du skulle ha velat att de (arbetsgivaren) skulle ha gjort annorlunda?*

*D: Alltså, det är ju sådana här saker som att man skulle mycket väl kunna ge den som har varit dålig större ett inflytande på vad man är beredd och orkar med. Utan att känna att man riskerar någonting. Det är...det skulle jag vilja. Alltså, en sådan sak som, jag undervisar ju väldigt mycket . Orkar jag med nya kurser eller kunde jag ta sådant som jag gjort innan, eller vad det nu kunde vara. Eller skulle jag bara handleda eller någonting sånt där. Men det fanns liksom inte någonting sånt. Utan det var liksom bara pang så, och jag själv fick ta ansvar för att sätta stopp.*

Att ha kontroll över sin arbetssituation verkar dock inte alltid vara tillräckligt för att lyckas återvända till arbetet. Bland de som fortfarande är sjukskrivna så är det två deltagare som haft möjligheten att styra över sin arbetssituation när de arbetstränat, men ändå inte kunnat återvända till arbetet. En av dessa beskriver sin upplevelse av detta så här:

*Alltså, jag hade en jättebra chef som sa att nu får du ta två stycken besök på en dag, inget mer(...)så då hade jag väldigt, liksom kontroll på det lilla jag gjorde på något sätt(...)och det var bra, men jag var ju sjuk, alltså jag var slut. (...) därför att hur kul det än är, så är det inte så att man går dit och är frisk i två timmar, om man nu inte mår bra. Eller går dit och är frisk i en timme ens. Utan den timmen blir också präglad av att man faktiskt inte mår bra. Så det är inte så att man bara kan korta tiden och säga att jamen, nu klarar jag det här, nu klarar jag en timme om dagen.*

Deltagaren beskriver hur hon upplevde sig ha kontroll över de arbetsuppgifter hon åtog sig, men att detta inte var tillräckligt eftersom arbetet ändå präglades av hennes påtagliga brist på energi. Hon menar också att en reducerad arbetstid inte var nog eftersom sjukdomen påverkade henne ständigt. En annan deltagare som idag är sjukskriven beskriver vidare vad det är som gjort att han klarar att volontärarbeta några timmar varje vecka:

*...och där däremot påverkar jag till 110 procent vad jag gör och inte gör. Känner jag tio över nio att så, nu var det bra den här dagen, nu går jag, så går jag. Nu har det inte hänt så, det behöver inte vara så dramatiskt, men jag har den möjligheten. Hela tiden. Känner jag dagen innan eller på morgonen att nej, jag mår inte bra idag så kan jag bara ringa och säga det att idag kommer jag inte, det är okej. Och jag vet att det är okej, jag vet att jag kan komma dit nästa dag utan att det är något konstigt, eller känna mig som en svikare eller någonting. Det är väl som ett arbetsliv så som jag skulle vilja att arbetslivet skulle se ut, så kan jag beskriva det.*

Att ha en hög grad av kontroll över arbetsituationen tycks således vara en bidragande faktor till att kunna återvända till arbetet, även om det inte i sig varit tillräckligt för alla deltagare. Framförallt tycks det inte primärt vara arbetets omfattning, alltså antalet timmar man arbetar, som är det viktigaste, utan att arbetet är präglad av möjligheten att själv styra över sina arbetstider och vilka arbetsuppgifter man tar sig an.

#### *Bristfälligt bemötande från samhället*

Åtta av tio deltagare har upplevt brister i det bemötande som de fått från samhällsfunktionerna under sin rehabilitering. Många har mött en okunskap inom sjukvården, försäkringskassan och hos arbetsgivare inför vad sjukdomen innebär och hur den ska hanteras. Som en konsekvens av detta följer brister i det stöd som erbjudits:

*Det var ju så här på min arbetsplats, när jag försvann därifrån...så var det aldrig någon som ringde mig. De...det var julfester, det var...alltså så...det var aldrig någon som ringde ens och frågade om jag ville komma. Jag kände liksom att de bryr sig inte längre, jag var bara, jag var inte intressant, alltså som person. Det var bara mina arbetsuppgifter, alltså det jag utförde som var det viktiga(...)Från arbetsgivaren har det inte varit något stöd alls(...) Jag är förbrukad, därför finns det inget intresse längre.*

Citatet ovan speglar frånvaron av stöd från arbetsgivaren under sjukdomstiden, men även den

besvikelse som deltagaren upplevt när arbetsgivaren inte visat någon som helst omsorg om henne som person. Denna upplevelse av kränkande behandling delas även av en manlig deltagare i kontakten med försäkringskassan:

*Och så tyckte en handläggare på försäkringskassan, att det här håller ju inte, att du går här och kostar samhället pengar bara, du måste ju göra någonting. Precis som att det var en lång semester jag hade haft i de här åren. Så...man satte mig på att sälja begagnade damkläder(...)och det är inte det att jag inte kan förnedra mig och ta sämre jobb, jag kan jobba som städare eller vad som helst. Det har inte med status eller karriär att göra. Men att bli tvingad på någonting, som jag inte överhuvudtaget nämnt att jag ville göra.*

Ytterligare deltagare vittnar om hur okunskapen inför sjukdomen resulterat i en nonchalans inför deras situation och många kan ge exempel på nedlåtande kommentarer som de fått utstå från personer de mött inom vården, på arbetsplatsen eller på försäkringskassan under sin sjukskrivning. I den utsatta situation som deltagarna befunnit sig i under sin sjukdomstid emottas dessa kommentarer väldigt hårt och tycks etsa sig fast i deltagarnas minne. Två av deltagarna berättar om följande episoder vid kontakt med vården:

*Sen nämnde jag till honom när jag skulle få en ny omgång på Alnarp, vad han trodde om det, tror du att det hjälper mig? ”Tror jag det, vem skulle inte det hjälpa att...lyssna på Vivaldi och blåddra i persilja”, sa han. Det gjorde att jag slutade gå hos honom(...)så jag blev väldigt, väldigt besviken på honom. För jag tänkte, är det bara inbillning det här jag har? Är det bara så att jag njuter och det är skönt?*

*Han...doktorn tyckte att ja, det var väl inte nödvändigt att gå tillbaka till jobbet när jag var 61 år(...) och då så säger han så här att "ja, men din man han tjänar väl så bra så det behöver väl inte du gå och jobba, utan då kan väl du vara hemma". Och då vart jag lite arg och sur på det för jag tyckte inte det hade med saken att göra. Det är mig det handlar om som person.*

Citaten visar på den besvikelse och ilska som väckts inför de kommentarer som vårdpersonalen fällt, vilket till och med resulterat i en avbruten kontakt. Den bristande förståelsen lägger med andra ord hinder för rehabiliteringen och minskar förtroendet för vården, utöver de negativa känslor som det väcker hos patienterna. En annan faktor som försvårat tillfrisknandet för vissa individer är försäkringskassans bristande flexibilitet. Oron och osäkerheten kring om man exempelvis kommer att få sin sjukersättning eller den rehabilitering man har behov av har ökat stressen i den redan utsatta situation som deltagarna har befunnit sig i, vilket nedanstående citat illustrerar:

*Det som var stressande under den här perioden och som inte kändes bra, det var ju försäkringskassan. Att liksom, när man hade gått, jag gick ju i två 8 veckors perioder. Efter den första, får man fortsätta, får man inte fortsätta? Man kände att man var inte tillräckligt stark för att stå på egna ben...och deras oflexibilitet till att kunna hitta individuella lösningar. Jag fick igenom mina tillslut va, men det var ganska jobbigt.*



### *Socialt stöd*

Att ha ett socialt stöd är något som åtta av tio deltagare lyfter fram som en betydelsefull faktor i sitt tillfrisknande. När det gäller att återvända till arbetet så tycks det som att det framförallt är stöd från någon som befinner sig i en position att ge konkret hjälp som är viktigt, att det finns någon på arbetsplatsen, inom vården eller på försäkringskassan som ställer upp genom rehabiliteringsprocessen, som är lyhörd, tror på och stöttar en när man är som mest utsatt och som kan hjälpa en att hitta en individuellt anpassad situation. Två av de personer som återvänt till arbetet beskriver sina positiva upplevelser av kontakten med läkare som ställt upp för dem:

*Så hon var nog väldigt fokuserad på Alnarp, den här läkaren och hade goda erfarenheter av kollegans behandling där. Så det sa hon nästan direkt, "du ska till Alnarp" liksom. Och så lyckades hon med det(...)Det är nog viktigt med en läkare som vet, som vågar trycka på lite.*

*Han är skitbra, min läkare som jag har gått till. Han är otroligt lyhörd och är ingen pillerläkare direkt. Alltså...han vägledde mig tillbaka kan man ju säga.*

En tredje deltagare som är tillbaka i arbete beskriver betydelsen av det stöd hon fått, i hennes fall från försäkringskassan:

*Försäkringskassan har varit helt fantastisk alltså, jag har haft ett sånt stöd av försäkringskassan. Det var de som hittade detta (Alnarps Rehabiliteringsträdgård) och kontaktade mig och tyckte att det skulle vara bra för mig(...)Det har varit en dialog hela tiden tycker jag. När det då visade sig att jag skulle vara här längre så godkände de det.*

Även chefen lyfts fram som en betydelsefull person:

*D: Och det är min chef som har sammankallat mötena, han är...den bäste till att...att få saker och ting gjorda liksom.*

*I: Det låter som att du haft ett väldigt bra stöd där?*

*D: Ja, det har varit räddningen. Jag vet inte om... om jag inte hade blivit trodd på eller...för jag menar det är...det är långt ifrån att folk kan förstå det här alltså.*

Ovanstående citat visar även på vikten av att bli tagen på allvar, att någon tror på en och visar förståelse för ens situation, utöver den rent praktiska hjälp som kan behövas. Att ha kollegor som stöttar och förstår lyfts också fram som en tillgång när man väl är tillbaka på arbetsplatsen. Vidare är stöd från familjen en positiv faktor som flera deltagare vittnar om. En deltagare säger att:

*...det är ett otroligt stöd som jag har fått från anhöriga, speciellt min fru och mina barn.*

Socialt stöd från familj och vänner tycks dock framförallt vara av vikt för tillfrisknande och ett ökat

välmående och inte specifikt ha betydelse för att återvända till arbetet. Detta illustreras bl.a. av citatet ovan, som är representativt för flera deltagares utsagor. Deltagarna talar ofta om stödet från familj och vänner på ett mer generellt plan, medan de kan ge konkreta exempel på hur stöd från arbetsgivare eller vårdpersonal hjälpt dem att komma tillbaka till arbetet. Arbetsgivare, vårdpersonal och personal på försäkringskassan befinner sig i positioner att ge konkret hjälp till de sjukskrivna och därför tycks det vara av stor betydelse att komma i kontakt med någon som ställer upp med den hjälpen för att lyckas återvända till arbetet. Även om många deltagare kan ge exempel på negativa upplevelser av bemötandet från vården, arbetsgivare och försäkringskassan så tycks således de positiva erfarenheterna från dessa kontakter vara av ännu större betydelse när det gäller återkomst till arbetet.

### *Pressen att komma tillbaka*

Tre av de deltagare som fortfarande är sjukskrivna vittnar om negativa upplevelser av den press de känt på att de ska komma tillbaka till arbetet. En deltagare reflekterar över risken att bli utförsäkrad:

*Sen är det kanske så att...alltså, jag vet inte men det är en tanke jag har att skulle man bli utförsäkrad, då har man ingen press på sig längre. Alltså, man har ingen press att man ska prestera att bli frisk och prestera att komma åter till arbetslivet eller vad det nu är som man ska återkomma till...och då kanske man kommer att bli bättre.*

Denna deltagare upplever att pressen på att komma tillbaka i sig blir en stressor och funderar över att möjligheten att tillfriskna kanske ökar om denna stressor försvinner. En annan deltagare beskriver sin önskan att få en paus från alla krav:

*D: Fast jag har ju aldrig känt under hela den här tiden att jag liksom har fått lov att vara ifred, eller hur man ska uttrycka det. Alltså jag har inte fått lov att bara vara hemma. Jag har absolut inte varit bortglömd, eller utanför. Faktiskt.*

*I: Hur upplever du det?*

*D: Alltså, första reaktionen...det har varit så stor kamp i så många år(...)Men, det hade varit bättre att slippa den här otroliga kampen som det har varit. Tror jag. Jag vet inte.*

*I: Hur tänker du att det rent konkret skulle ha kunnat se ut?*

*D: Om jag hade fått lov att bli sjukskriven ett halvår.*

*I: Det har du aldrig varit under någon period?*

*D: Nej, det har jag faktiskt inte varit, utan det har hela tiden varit det här att man måste gå tillbaka, man måste gå tillbaka, man måste gå tillbaka. För annars händer det och det och det. Och...det är klart att det ligger någonting i det, men det är inte kul att jobba och vara sjuk, det är inte det(...)Och i det läget tror jag, alltså när jag ser tillbaka, så tror jag att för min del så hade det nog varit bättre att få lov att liksom bara vila ett tag. För jag längtade jättemycket efter det, men jag fick det aldrig.*

Deltagaren beskriver baksidan av sin arbetsgivares och läkares engagemang, som blir

kontraproduktivt eftersom det hon behövt var tid för återhämtning. Utsagan vittnar om vikten av att själv ha möjlighet att påverka sin rehabilitering, eftersom behoven kan vara olika för olika individer. Det finns således ingen universallösning, utan är nödvändigt med en lyhördhet från de parter som är inblandade i rehabiliteringsprocessen.

#### *Ett ökat självomhändertagande*

En av de mest framträdande lärdomarna som deltagarna tycks ha tagit med sig från tiden på Alnarps Rehabiliteringsträdgård är vikten av ett ökat självomhändertagande. Åtta av tio deltagare berör detta tema. En deltagare beskriver det som att:

*...när man åker flyg så säger de ju alltid att man ska sätta syrgasen på sig själv...jag tror faktiskt att det var här vi pratade om det någon gång...först, innan man sätter på sitt barn...syrgasmasken. Och när jag flög första gången med min son som var då sju månader så tyckte jag att det var det dumaste jag hört, jag skulle aldrig göra så även om de sa det. Men den bilden, att för att kunna ta hand om andra, och för att kunna vara bra för andra så måste jag ta hand om mig själv.*

Deltagaren beskriver en förändring i sitt sätt att tänka, där hon insett vikten av självomhändertagande för att förmå finnas där och ta hand om andra. Självomhändertagande handlingar har blivit en integrerad del av livet för många deltagare, en nödvändighet för att de ska klara av sitt arbete och sin vardag. Många är mer känsliga för stress idag än de var innan sjukskrivningen, men de har lärt sig känna igen signalerna och vet hur de ska göra för att hantera stressen. Avslappningsövningar, att ge sig själv tid för vila och återhämtning och att vara ute i naturen är exempel på konkreta stresshanteringsstrategier. De deltagare som är tillbaka i arbete beskriver hur de tar hand om sig själva när det blir för mycket:

*Jag ska sätta ner min pauspinne och stanna upp och ta det lugnt. Jag ska ta tag i mina avslappningsövningar mer aktivt, jag gör det men inte lika regelbundet nu(...)Naturen, fortsatt promenera mycket i naturen.*

*Men där tror jag att jag tänker mer än mina kollegor på att nu skiter jag i detta, nu sätter jag mig här i fem minuter och bara blundar, eller går ut eller så(...)Fysisk nedvarvning var i alla fall en bra grej för mig. Och motion, jättemycket motion.*

*Framförallt ett ord, som jag aldrig kommer glömma, det är mikropauser. Det har jag tagit till mig i allra högsta grad.*

*Jag kör avslappningsövningar, jag går på yoga. Jag...får dra ner det helt enkelt, får dra ner på jobbet.*

Även de deltagare som fortfarande är sjukskrivna berör vikten av att ta hand om sig själva, men resonemanget kring detta är inte alltid så djupgående och det kan ibland saknas konkreta exempel

på strategier. Två deltagare resonerar kring att det finns utrymme för förbättring:

*Framförallt har jag väl lärt mig att lyssna mer på mig själv...inte fullt ut men en bra bit på väg i alla fall.*

*Det kan man ju säga att jag har fått ut av Alnarp, just det här med att tänka på mig själv lite mer. I alla fall lite mer.*

En annan deltagare berättar om de svårigheter hon har att sätta sitt eget välmående i första rummet:

*...utan det var ju jag själv som...liksom...var slavdrivaren om man säger va. Och så har jag ju alltid varit tyvärr. Att jag har alltid pressat mig väldigt mycket och...ja tagit tag i saker och...istället för att vänta va, sen om det varit hemma eller på jobbet, så istället för att vänta så har jag tagit tag i det direkt(...)och det är jättesvårt att få det beteendet att helt plötsligt ändra sig, för då blir jag ju en annan än jag egentligen är ju.*

Att pressa sig själv ser deltagaren som en del av sin personlighet och hon upplever det därför svårt att ändra detta beteende. Hon beskriver även hur detta blev ett hinder för henne när hon skulle arbetsträna:

*Så jag pressade mig själv då fem dagar i veckan...alltså den första tiden, tills en dag då jag liksom inte, jag var tillbaka till alla de här känslorna som jag hade innan jag blev sjukskriven för min utmattningsdepression.*

Att uppnå ett ökat självomhändertagande tycks således vara en förutsättning för att klara att återvända till arbetet, eftersom sjukdomen lett till en ökad känslighet för stress och man annars riskerar att vara tillbaka i samma situation som föranledde sjukskrivningen. Det är nödvändigt att kunna känna igen signalerna på stress och ha tillgång till konkreta strategier, i form av självomhändertagande handlingar, för att hantera den och därmed undvika överbelastning. Vikten av självomhändertagande är något som de flesta deltagare tagit med sig från tiden på Alnarps Rehabiliteringsträdgård, men för vissa tycks insikterna vara mer djupgående och integrerade i vardagen än för andra.

#### *Att sätta gränser*

Som en del av ett ökat självomhändertagande är vikten av gränssättning uppmärksammas av åtta av tio deltagare. I ytterligare en intervju förekommer temat ur en annan vinkel, nämligen hur bristfällig gränssättning orsakat problem för deltagaren. Att kunna prioritera bland aktiviteter, säga nej och fokusera på sådant som får en att må bra har blivit en nödvändighet för att deltagarna ska hantera sin vardag. I många fall har en bidragande orsak till sjukdomen varit deltagarnas benägenhet att alltid ställa upp, ha många bollar i luften och ta tag i saker direkt och de tampas med svårigheter att

ändra detta beteende. Dock beskriver många hur de idag blivit bättre på att sätta gränser:

*...att jag har liksom för många bollar i luften och alldeles för mycket socialt...roligt. Men som jag inte, man hinner ju inte hur mycket som helst. Lite sånt jag tänker, ja, just det, nu är jag där igen. Nu har vi det och det och det och de och de och de och så får jag liksom börja stryka.*

*Då har jag tackat ja till för mycket, kanske kvällsaktiviteter eller träffa för många vänner på kort tid också ska man få in det och sen så är det ja...då drar jag i handbromsen. Jag tycker inte det är besvärligt att säga till vänner att just nu är det för mycket, så att nu kommer inte jag.*

Citaten ovan visar på hur deltagarna använder gränssättning som en stresshanteringsstrategi när de upplever att tempot börjar bli för högt. Andra deltagare har en mer preventiv strategi, där de försöker planera och prioritera i förväg för att undvika överbelastning:

*Framförallt så säger jag ju nej till uppdrag idag. Ja...till exempel så var det ju val i söndags, jag har alltid varit valförrättare innan, men efter Alnarp så sa jag nej tack. Alltså, mängder med sådana saker som jag har sagt nej till därför att jag känner liksom att risken är att spiralen börjar sätta igång uppåt igen.*

*Sen generellt så planerar jag sällan in mer än två aktiviteter per dag...vissa perioder bara en. För att...det är sånt som jag har lärt mig nu med framförhållning, har jag någonting på förmiddagen så ska jag inte ha någonting på eftermiddagen, om det är något stort.*

Att sätta gränser verkar dock inte helt oproblematiskt när omgivningen är van vid att man alltid ställer upp och vissa deltagare verkar brottas med en upplevelse av att det kan uppfattas som egoistiskt att sätta sina egna behov i första rummet:

*Jag försöker tänka på att...det är viktigt att försöka ha kvalitet på det liv jag lever nu. Och det här har inget med egoismen att göra utan...för min egen självkänsla. Jag menar jag trampar inte på andra genom mitt sätt att tänka, utan det är att jag försöker värna om mig själv att jag inte ska göra mig själv illa. Genom att lära mig säga nej bland annat, som är en svår konst.*

En annan deltagare beskriver även hur hennes svårigheter att sätta gränser har fått henne att åta sig ett uppdrag som hon egentligen inte ville ha:

*Och så hade jag nu valt då att sluta jobba för att jag skulle ha en frihet till att göra vad jag ville göra. Då blev detta liksom lite för mycket tvång. Så därför sa jag att nej, jag vill inte bli klubbmästare. Och sen ringer person två och jag säger nej först och sen så vet jag inte, jag vet inte vad hon sa som gjorde att jag sa okej då. Så jag tog på mig det, som jag egentligen inte ville. Därför att jag känner då igen att det är för mycket.*

Att uppnå en ökad gränssättning tycks således inte vara helt oproblematiskt för deltagarna, som i många fall tampas med kraven både från sig själva och från sin omgivning på att ställa upp och på att delta i olika sammanhang. För de deltagare som inte längre är sjukskrivna tycks det dock vara en

lärdom som är nödvändig för att de ska klara av att arbeta. Att kunna begränsa sig är även en viktig faktor för de deltagare som fortfarande är sjukskrivna, för att de ska klara sin vardag och uppnå ett ökat välbefinnande.

### *Locus of control*

Detta tema rör i vilken mån deltagarnas berättelser avspeglar en känsla av att själv kunna påverka sin situation eller om detta i hög grad upplevs vara styrt av omgivningsfaktorer. Åtta av tio intervjuer innehåller utsagor som på något sätt avspeglar en inre eller yttre locus of control. Framförallt är det de deltagare som är tillbaka i arbetet som i hög grad tillskriver detta till sig själva. En deltagare som idag arbetar uttrycker det så här:

*Att se mig själv, se mig själv i ett centrum, att det är jag som kan påverka mycket. Och att det är min vilja som styr, dvs. att jag då kan styra att inte göra saker. Jag kan bestämma själv att jag vill göra detta men inte detta.*

Deltagaren beskriver sin upplevelse av att själv kunna påverka sin situation, i detta fall i förhållande till gränssättning, där hon själv väljer vilka sammanhang hon vill delta i. Andra deltagare som är tillbaka i arbete framhåller en inre drivkraft, sin inställning till att vilja bli frisk och att de själva varit delaktiga i att få igenom beslut under rehabiliteringsprocessen som faktorer som bidragit till att de idag är tillbaka på arbetet.

*Den allra viktigaste faktorn tror jag är mina tankar om att vilja bli frisk.*

*Kanske framförallt drivkraften var väl att...min personlighet passar liksom till...har passat till att jobba. Det är nog det som är det viktigaste.*

*Jag låg väl i och för sig på en hel del själv, för jag kände att så här ska man inte ha det.*

Vilka faktorer deltagarna framhåller som gynnsamma är således olika, men gemensamt för dem är att de syftar till inifrån kommande egenskaper som kan tänkas spegla en inre locus of control. I viss mån skiljer sig detta från de deltagare som inte är tillbaka i arbete, som i högre grad tillskriver sin situation till omgivningsfaktorer. Nedan följer citat från deltagare som fortfarande är sjukskrivna:

*För det var ingen som berättade för mig att jag skulle ta det lugnt och känna mig för och så.*

*Hade jag blivit erbjuden någonting, så någon ringde upp mig och sa vi vill ha dig, vi behöver dig, då hade jag...då hade jag haft mod att prova. Men så funkar det ju inte riktigt.*

Ovanstående citat visar på hur deltagarna ålägger omgivningen att hjälpa dem, för den ena genom att uppmärksamma henne på sina gränser och för den andra genom att hjälpa henne ta steget ut på

arbetsmarknaden igen. Samtidigt tycks det finnas en medvetenhet om att detta inte alltid är konstruktivt och att den hjälp de efterfrågar kanske inte alltid kan erbjudas. En deltagare talar om vem ansvaret ligger på för att hon skulle ha fått vara en längre tid på Alnarps Rehabiliterings-trädgård, vilket hon anser sig ha behövt:

*Och...skulle någon...frågan är, skulle någon annan ha sett det? Skulle man kunna säga att mina doktorer som jag har haft kontakt med, skulle de kanske ha förstått och försökt och lett in mig på ett sådant spår? Det vet jag inte. Jag kanske skulle ha önskat mig det...*

I vilken grad man upplever sig kunna påverka sin situation beror dessutom på huruvida omgivningsfaktorer de facto är påverkbara. En deltagare säger att:

*Och sen hur mycket jag kan påverka det själv, det vet jag ju inte heller. Jag försöker göra bra saker, jag försöker...ja, ordna för mig så gott det går. Det är inte helt enkelt. Och en del av faktorerna finns ju kvar. Som...som har varit slitsamma.*

Deltagaren beskriver hur hon försöker göra det bästa av situationen så som den är, men hur en del stressorer inte är möjliga att eliminera. Att ha en inre locus of control tycks således vara en fördel för att kunna ta sig tillbaka till arbetet, då det innebär en upplevelse av att kunna påverka sin situation i den riktning man önskar. Detta kan exempelvis hjälpa en att sätta sina egna gränser och få igenom beslut. Samtidigt begränsas möjligheterna att styra situationen alltid av den grad omgivningsfaktorerna faktiskt är påverkbara.

#### *Fysiska, psykiska och kognitiva begränsningar*

Sju av tio deltagare vittnar om hur de har kvarvarande fysiska, psykiska och kognitiva besvär som en följd av stressproblematiken. Det handlar bl.a. om försämrat minne, fibromyalgi, ökad känslighet för infektioner, reumatism, allergier och en enorm trötthet. För vissa av deltagarna har symptomen reducerats avsevärt idag jämfört med tidigare och kan främst blossa upp i situationer när stressen ökar. Dessa individer har i stor utsträckning lärt sig att hantera och acceptera detta. Så här beskriver en deltagare det:

*Jag tycker att jag har en viss skada...och återigen, när jag är stressad. Sömn och minnet är de första, jag tappar allt. Men samtidigt, idag är jag inte rädd för det, för att jag vet...att det är något jag kanske får leva med eller att det är någonting som kommer i perioder. Och då vet jag att då är det dags att sätta ner bromsen igen.*

För tre av deltagarna som fortfarande är sjukskrivna är dock besvären så pass omfattande att de upplevs vara det primära hindret för att kunna återvända till arbetet. En deltagare, som har fått reumatiska besvär, säger att:

*Det som är mitt problem, det är att jag har varit sjuk. Hade det bara varit stressproblematiken, så tror jag att då hade jag varit tillbaka nu.*

En annan deltagare, som arbetstränat några timmar varje vecka, beskriver vilken ansträngning det varit för henne bara att ta sig till jobbet:

*Jag trivdes alldeles utmärkt med det, men jag orkade ju inte mer än max tre timmar. Och det gjorde jag tisdag och torsdag. Och bara...alltså bara att börja med att resa in till (jobbet), jag... jag var så slut när jag kom fram(...)så hade det inte varit så jobbigt att åka tillbaka så hade jag gjort det direkt.*

Hon beskriver även hur det känns för henne när kroppen inte orkar:

*Det känns som att all energi i kroppen...alltså, den rinner ur mig. Jag kan göra...jag kan göra lite grann och det är väl bra, men det är som att man tog korken och drar ur och...all ork försvinner. Då...ja, det tar tid att hämta sig. Det funkar bara inte, jag kan inte förklara det bättre. Det är så...uttömt. Och det, det kan vara alltså både av glädjeämnen och sorgeämnen och så.*

Fysiska, psykiska och kognitiva besvär tycks således ha varit en del av sjukdomsbilden för många deltagare, men medan besvären för vissa har avtagit under rehabiliteringstiden, så har andra fått mer varaktiga men som begränsar deras liv i stor utsträckning än idag.

#### *Tidiga insatser*

Sex av tio deltagare talar om tidens betydelse för sjukdomens svårighetsgrad och i de flesta fall handlar det om att man låtit sjukdomsförloppet gå alltför långt innan några insatser satts in. En deltagare som haft många vaga symptom under en lång tid innan hon nådde brytningspunkten och blev sjukskriven resonerar kring att hon önskar att arbetsgivaren uppmärksammat detta i ett tidigare skede:

*Att arbetsplatsen(...)är mer vaken för det...tidigare. Att man kollar varför blir man sjuk(...)tiden bara gick och det hände ingenting. Hade man bromsat upp detta så tror jag att det hade funkat.*

En deltagare som drabbats av ett flertal fysiska besvär under sjukdomstiden resonerar kring hur kroppen till slut sagt ifrån därför att hon inte uppmärksammat signalerna på stress i ett tidigare skede:

*Men...men det har tagit sig ett annat uttryck på något sätt. Ett starkare...för jag har inte lyssnat tillräckligt. Eller, gjort allt för att liksom...jag har ju haft massor med stressymptom i så fruktansvärt många år, som jag bara har struntat i. Och tyckt att jamen så här är det ju. Och jag har bara liksom kört på. Till slut fick liksom kroppen säga ifrån.*



Även en av de deltagare som idag arbetar resonerar kring hur tidigare insatser kanske hade kunnat förhindra att hon behövt byta arbete för att kunna återgå:

*När jag gick här (på Alnarps Rehabiliteringsträdgård) så tänkte jag att man ska inte tillbaka till sitt arbete och det är möjligt att man inte ska det när man är så... när man har kommit så här långt, men om man kan fånga upp det tidigare(...)så känner jag inte längre att man måste byta arbete, utan det gäller ju faktiskt att lära sig hantera sig själv och sin situation.*

En annan deltagare som idag arbetar tillskriver detta mycket till att hon fått snabb hjälp:

*Dels hade det väl kanske inte hunnit gå ända ner i botten. De var nog rätt så snabba(...)det var väl kanske det, att jag inte hade hunnit...jag var ju fortfarande kapabel till vissa saker. Så det handlar nog om tiden tror jag, hur länge man låter folk gå.*

Deltagarnas utsagor vittnar om att tidigare insatser kanske hade kunnat bromsa upp problematiken innan det gått alltför långt och kroppen tagit alltför stor skada av sjukdomen. När deltagarna ser tillbaka på sin sjukdomstid finns det i många fall en upplevelse av att tidigare insatser hade kunnat skapa andra möjligheter för dem att tillfriskna och återvända till arbetet.

#### *Sjukdomens konsekvenser på det sociala livet*

En konsekvens av sjukdomen är för vissa av deltagarna att den begränsar deras sociala liv, antingen därför att omgivningen drar sig undan eller därför att man själv inte alltid orkar med de sociala relationerna. Fem av tio deltagare berör detta tema. En deltagare beskriver konsekvenserna av att omgivningen har svårt att förstå vad man går igenom:

*Ja, det är vänner som har hittat på saker för att kunna vända oss ryggen. Hittat på ursäkter och sådant. Just för att man...det tog många år innan jag kunde skratta. Det tog mycket lång tid. Och för andra människor lever ju liksom...alltså man lever i ett tempo. Och förändringsprocesserna ska vara så snabba. Men när man hamnar i någonting sånt här...och det är samma med de här damerna som jag gick med här (på Alnarps Rehabiliteringsträdgård). Alltså, det hände ju ingenting. Men det går ju så långsamt. Och det kan inte utomstående förstå. Och därför blir man jobbig liksom, för att de andra liksom så, "kom igen nu", men man kan inte komma igen.*

Deltagaren beskriver omgivningens oförståelse för vad det innebär att gå igenom svårigheter i livet och hur detta kan leda till att vänner drar sig undan. Att tillfriskna är en process som tar tid och det är inte alltid lätt för utomstående att förstå. En annan deltagare beskriver de svårigheter hon själv upplever med att inte orka med alla de krav som sociala kontakter innebär, när bara att städa inför ett besök kan leda till att orken tar slut:

*Alltså man blir lite isolerad kan jag ju säga, att jag drar ju mig för att ta hem folk till oss. För det innebär ju så mycket(...)Så jag brukar säga till mina vänner att jag vill gärna träffa dem, fast*

*hemma hos dem. Och det är ju också svårt, att de hela tiden ska bjuda mig för det är ju ett givande och tagande i en vänskap, eller i en relation.*

Deltagaren kan känna sig som en belastning inför sina vänner, när umgänget alltid måste ske på hennes villkor. Att inte ha energi över för vänskapsrelationer blir ännu mer problematiskt när man dessutom hamnat utanför arbetsmarknaden, som citatet nedan visar:

*Det blir ju konstigt att inte ha någon arbetsgemenskap, samtidigt som jag inte är så frisk så jag kan ha något sådär jättesocialt liv heller, för det orkar jag inte med.*

Att inte orka delta i sociala sammanhang, hamna utanför arbetsgemenskapen och att uppleva att omgivningen drar sig undan därför att oförståelsen inför svåra upplevelser kan vara skrämmande är alla faktorer som medför begränsningar i det sociala livet för flera av deltagarna. För många av deltagarna tycks därför familjen utgöra ett viktigt socialt sammanhang, även om sjukdomen för vissa av deltagarna inneburit uppbrott även där.

*Värdet av att träffa andra i samma situation*

Flera av deltagarna talar om omgivningens svårigheter att förstå en sjukdom som inte syns på utsidan. Vissa har stött på fördomar kring psykisk ohälsa i allmänhet och utmattningssyndrom i synnerhet och berättar om den skamkänsla som kan följa. En deltagare berättar att:

*...jag ville inte gå ut utanför huset fast läkaren sa om du så bara orkar gå ut runt huset så är det värt vad det ger dig alltså. Jag hade fått en tid för att operera min fot(...)och för mig var det en, ja det är klart det gör ont att operera sig i foten, men för mig var det en lättnad för plötsligt vågade jag gå ut, för då behövde jag inga frågetecken varför jag gick hemma.*

Deltagaren beskriver den lättnad hon kände över att ha en fysisk skada att påvisa som anledning till varför hon inte var på jobbet. Att känna sig konstig, ifrågasatt eller möta bristande förståelse från omgivningen är upplevelser som förekommer i flera berättelser. Fem av tio deltagare lyfter fram det faktum att de fick träffa andra i samma situation som en positiv del av rehabiliteringen, därför att de då fick möta personer som förstod vad de gick igenom. Två personer beskriver nedan sina upplevelser av att möta de andra deltagarna på Alnarps Rehabiliteringsträdgård:

*Och de...man behövde inte säga så mycket till dem för att...det blev liksom en sån här connection att...vi ser att du också mår dåligt.*

*Fast jag har hyggliga människor omkring mig så kan ju ingen begripa hur det är. Men jag förstod att här...här förstod man det på ett helt annat sätt.*

I citaten ovan berättar deltagarna hur de på Alnarps Rehabiliteringsträdgård fick möta människor

som förstod dem utan att de behövde förklara sig, därför att de också hade liknande erfarenheter i bagaget. Oavsett om omgivningen drar sig undan eller gör uppriktiga försök att förstå så tycks det finnas en upplevelse av att det är svårt för någon som inte varit i samma situation att till fullo begripa vad sjukdomen innebär. Därför finns det något läkande i att träffa andra som delat liknande upplevelser och se att man inte är ensam. En annan deltagare berättar om hur mötet med andra normaliserade hans egna erfarenheter:

*Och en stor del av självkänslan kom ju efter Alnarp tack vare att jag fick vara bland andra knäppgökar som var lika konstiga som jag var. Och det räddade mitt förstånd. För det är ju en del av sjukdomen att jag känner mig så konstig. I och med att det inte går att visa på en arm som är av och folk tycker synd om en eller att det blöder ur nacken eller vad som helst. Men...så det har betytt otroligt mycket att få bekräftelse här på Alnarp. Det är åtminstone ett kvitto på att det inte är mig det var fel på som person.*

Detta tema tycks inte vara en avgörande faktor för huruvida man återkommer i arbete eller inte, men såväl de deltagare som idag arbetar som de som inte gör det beskriver det som en värdefull och uppskattad del av behandlingen. Därför tycks mötet med andra åtminstone vara av vikt för ett ökat välmående, därför att man möter en förståelse och får bekräftat att man inte är ensam om sina upplevelser.

## **Diskussion**

### *Resultatdiskussion*

Syftet med föreliggande studie var att nå en fördjupad förståelse för vilka faktorer som kan främja respektive hindra återgång till arbete vid en sjukskrivning för stressrelaterade besvär. De teman som identifierats är: Att hitta en plats, Kontroll över arbetet, Bristfälligt bemötande från samhället, Socialt stöd, Pressen att komma tillbaka, Ett ökat självomhändertagande, Att sätta gränser, Locus of control, Fysiska, psykiska och kognitiva begränsningar, Tidiga insatser, Sjukdomens konsekvenser på det sociala livet samt Värdet av att träffa andra i samma situation. Dessa teman diskuteras nedan i förhållande till de teorier och den forskning som tidigare redogjorts för. Diskussionen inleds med ett försök att applicera krav-kontroll-stöd-modellen på rehabiliteringsprocessen. Därefter följer en diskussion kring vilka bidrag som framträtt från deltagarnas behandling. Problematiken kring att hitta en plats i dagens prestationsinriktade samhälle diskuteras vidare och behovet av kunskap kring stressrelaterad ohälsa belyses. Slutligen problematiseras studiens fokus på återgång till arbete. Diskussionen avslutas med några sammanfattande slutsatser.

*Krav-kontroll-stöd-modellen applicerad på rehabiliteringsprocessen.* Karasek och Theorell (1990) använder modellen för krav-kontroll-stöd primärt för att beskriva relationen mellan

arbetsförhållanden och arbetsrelaterad stress. Utifrån denna studies resultat tycks dock modellen även kunna appliceras på rehabiliteringsprocessen, då många av de teman som identifierats rör kontroll och socialt stöd på olika nivåer i rehabiliteringskedjan. Föreligger dessa kontroll- och stödmöjligheter tycks det vara möjligt för individen att hantera stora krav, även efter en stressrelaterad sjukskrivning. Interventioner som syftar till att öka individens kontrollmöjligheter över arbetet har visat sig ha positiva hälsoeffekter (Bond & Bunce, 2001; Hättinen m.fl. 2007) och detta återspeglas även i denna studies resultat. Det tema som rör kontroll över arbetet belyser hur en arbetssituation med stora möjligheter att kontrollera inte bara vad man gör utan även när man gör det kan främja en återgång till arbete. Det ger en möjlighet för individen att anpassa kraven till den aktuella förmågan och ger kroppen tid för återhämtning när så behövs, i linje med Alméns (2007) resonemang kring vikten av kontroll över arbetssituationen i samband med återgång till arbetet. Utifrån denna studies resultat tycks dock kontrollbegreppet även kunna utvidgas från arbetssituationen till att gälla individens känsla av kontroll över sin livssituation och sin rehabilitering. En inre locus of control och upplevelsen av att själv kunna styra sin situation i den riktning man önskar tycks kunna vara en resurs för att lyckas återvända till arbetet. Huruvida deltagarnas locus of control är en del av deras personlighet eller ett resultat av situationen de befinner sig i (dvs. att vissa deltagare befinner sig i situationer med små påverkansmöjligheter) ligger bortom denna studies omfattning att svara på. Resultatet antyder dock att en intressant möjlighet för framtida behandlingsinsatser kunde vara att fokusera på att stärka individens upplevelse av kontroll över sin situation, såväl i förhållande till arbetet som i rehabiliteringsprocessen i stort. Detta stämmer även överens med Theorells studie från 2005, som visade hur rehabiliteringsinsatser som syftar till att förflytta individens locus of control mot ett inre förhållningssätt gav fördelaktiga resultat på rehabiliteringens utkomst.

Socialt stöd är vidare en faktor som återkommit i flera teman. Theorell m.fl. (2004) framhäver arbetskamrater och överordnades stöd som mest relevant vad gäller arbetsrelaterad stress. Detta särskiljer sig något från denna studies resultat, som utöver chefer lyfter fram läkare och personal på försäkringskassan som viktiga för återkomst till arbetet. I rehabiliteringsprocessen tycks det främst vara stöd från någon som är i en position att faktiskt påverka rehabiliteringens riktning som är av vikt för att kunna återvända till arbetet. Det kan tänkas att det faktum att man får stöd från någon som befinner sig i en position att påverka ger individen en ökad känsla av egen kontroll, eftersom detta ofta är en person som individen litar på och upplever sig ha en dialog och ett gemensamt mål tillsammans med. Socialt stöd har även återspeglats i det tema som rör sjukdomens konsekvenser på det sociala livet. Karasek och Theorell (1990) och Währborg (2009) menar att socialt stöd kan fungera som en buffert för stress och ge individen ökad tillgång till copingstrategier, således torde inskränkningar i det sociala nätverket kunna begränsa även dessa stressreducerande

faktorer. Gruppformatet i behandlingen på Alnarps Rehabiliteringsträdgård har framhävts som något positivt av flera deltagare och måhända är en av orsakerna till detta att det ger individen en ny form av socialt stöd som kan bidra till att öka tillgången till copingstrategier. En tanke är att detta kan ge ytterligare fördelar därför att copingstrategierna kan vara specifika för den situation som deltagarna befinner sig i, exempelvis i form av emotionsfokuserade strategier som att prata med personer som verkligen förstår den sjukas situation, eller problemlösande strategier för en situation som särskiljer sig från det många andra upplevt.

*Behandlingens bidrag för att återvända till arbetet.* De faktorer som deltagarna lyft fram som verksamma i behandlingen, främst från Alnarps Rehabiliteringsträdgård, rör aspekter som ett ökat självomhändertagande och en ökad förmåga till gränssättning, men även gruppformatet och värdet att träffa andra som förstår och normaliserar ens erfarenheter. Att på ett varaktigt sätt integrera självomhändertagande och gränssättande strategier i sin vardag tycks kunna främja återgång till arbete. En viktig faktor för att motverka stressens negativa konsekvenser är, som tidigare nämnts, återhämtningen (Almén 2007; Anderberg, 2005; Lundberg, 2005). Det kan tänkas att det är genom denna mekanism som ett ökat självomhändertagande och förmåga till gränssättning bidrar till deltagarnas tillfrisknande, då självomhändertagande och gränssättande handlingar ger deltagarna större utrymme för återhämtning och därigenom stimulerar kroppens återuppbyggande och läkande processer. De återhämtningsstrategier som deltagarna framhäver handlar primärt om vila, genom allt från avslappningsövningar till att bara ta en kort paus. Detta skiljer sig således något från Anderbergs (2005) vidgade definition av återhämtande aktiviteter som något som individen upplever som såväl lustfyllt som lugnande. Deltagarna talar snarare om lustfyllda aktiviteter som en potentiell stressor och om vikten att kunna prioritera bort även dessa när stressen blir för stor. Det kan tänkas att detta beror på problematikens svårighetsgrad, för en person utan stressrelaterade besvär kanske en kväll tillsammans med vänner kan ge ny energi men för personer som drabbats av stressrelaterad ohälsa är det den tidigare saknade återhämtningen som är av största vikt att få till stånd. Almén (2007) menar vidare att gränssättning är en färdighet som kan övas upp, vilket deltagarna fått göra på Alnarps Rehabiliteringsträdgård genom att aktivt välja och välja bort aktiviteter i trädgården. Måhända hade tekniker som rollspel och exponeringar som Almén föreslår kunnat utveckla färdigheten ytterligare för vissa deltagare. Slutligen kan det diskuteras huruvida de faktorer som framkommit som verksamma aspekter av behandlingen i denna studie är specifika för behandlingen på Alnarps Rehabiliteringsträdgård. Det är mycket möjligt att patienter som deltagit i någon annan behandling skulle ha lyft fram andra faktorer som verksamma, eftersom förmågan till avslappning, att lyssna på kroppens signaler, känna sina egna begränsningar, säga nej osv. utgör faktorer som behandlingen på Alnarps Rehabiliteringsträdgård fokuserar på.

De flesta individer som deltagit i behandlingen vid Alnarps Rehabiliteringsträdgård har upplevt stora problem med exempelvis utmattning eller andra sjukdomar som fibromyalgi. Omfattningen av de stressrelaterade besvär som kvarstår efter behandlingen varierar dock mellan deltagarna och de som till stor del begränsas av kvarvarande fysiska, psykiska eller kognitiva besvär beskriver detta som ett hinder för att kunna återvända till arbetet. Vilka faktorer som kan predicera individuella skillnader i behandlingsutkomst ligger bortom denna studies syfte och omfattning, men kan vara en intressant fråga för framtida forskning. Perski (2004) menar att en anledning till att rehabiliteringsförloppet kan vara långdraget för vissa patienter är långvarig stressexponering kan orsaka skador som kan ta lång tid att läka. En tänkbar orsak till att många besvär kvarstår efter behandlingen för vissa deltagare kan således vara att problematiken för dessa individer är av en sådan svårighetsgrad att kroppen tagit mer varaktig skada, som bidrar till ett mer långvarigt rehabiliteringsförlopp. Det tema som handlar om vikten av tidiga insatser antyder att så kan vara fallet även för denna studies deltagare.

*Att hitta en plats i ett prestationsinriktat samhälle.* Något som blir tydligt i deltagarnas berättelser är, att när det gäller återkomst till arbete efter en sjukskrivning så handlar det inte enbart om att tillfriskna och övervinna sina stressrelaterade besvär. Minst lika viktigt tycks det vara att ha en fungerande arbetssituation att återvända till. På ett teoretiskt plan tycks det finnas en enighet i att det krävs genomgående förändringar i arbetssituationen för att kunna återvända till arbetet efter en stressrelaterad sjukskrivning (t.ex. Perski, 2004; Socialstyrelsen, 2003). Man tycks även vara överens om att detta kräver insatser från samtliga inblandade aktörer. I praktiken tycks det dock inte vara alla förunnat att ha möjligheten att återvända till en arbetssituation som är anpassad efter de individuella förutsättningarna. Avsaknaden av denna möjlighet tycks vara en faktor som kan hindra individens återgång till arbete. Vidare har vissa svårt att återvända till det arbete som en gång bidragit till sjukdomen, även om möjligheten att göra detta under anpassade former finns. För de individer som inte förmår eller erbjuds möjligheten att återvända till sitt gamla jobb utifrån sina egna förutsättningar så tycks det finnas många hinder för att få en ny anställning. Att ha en sjukskrivning i bagaget avskräcker många arbetsgivare och har man dessutom inte förmågan att arbeta heltid så begränsar det urvalet ytterligare. Många av deltagarna i studien närmar sig pensionsåldern och även detta tycks vara en faktor som påverkat arbetsgivares inställning till att anställa dem. En faktor som kan hindra återgången till arbete är således att individen helt enkelt inte har något arbete att återvända till. Vi lever i ett samhälle som ställer höga krav på individen och det kan ibland tyckas som att det inte finns något utrymme för sjukdom i dagens arbetsliv. Det blir till en slags "survival of the fittest", där de mest högpresterande individerna gör jobbet medan de som inte förmår prestera till hundra procent sällas bort. För dessa finns det ingen plats i den

prestationsinriktade samhällskultur som råder. Socialstyrelsen (2003) uppmärksammar det faktum att det kan vara svårt att hitta en arbetsgivare som är villig att anställa en person som inte är helt funktionsduglig, men i övrigt verkar denna aspekt av problematiken vara förhållandevis osynlig i teorierna kring arbetslivsinriktad rehabilitering. De höga krav på produktivitet som samhället ställer riskerar vidare att leda till att individen pressas, antingen av sig själv eller av sin omgivning, att ta sig an krav som denne ännu inte mäktar med. Detta blev tydligt i de teman som rörde pressen att komma tillbaka och i de fall det uppstod svårigheter med självomhändertagande och gränssättning. Pressen riskerar att bli kontraproduktiv genom att ansträngningen leder till bristfällig tid för återhämtning som hindrar individens tillfrisknande och i förlängningen återkomsten till arbete.

*Vikten av kunskap på alla nivåer.* Resultaten av denna studie belyser vikten av kunskap kring stressrelaterad ohälsa på samtliga nivåer i rehabiliteringskedjan. En ökad kunskap kring stressproblematik minskar risken för bristfälligt bemötande, men framförallt ökar sannolikheten för den som är sjuk att få det stöd som denna studie visat vara viktigt. En lyckad rehabilitering bör inte behöva avgöras av huruvida individen har tur och stöter på någon som är kunnig och insatt i vilket stöd och insatser som kan hjälpa patienten att tillfriskna och återvända till arbetet.

Denna studies resultat har även visat på vikten av tidiga insatser för att kunna återvända till arbetet och en viktig aspekt av en ökad kunskap kring stressrelaterade besvär är att arbetet för att motverka den stressrelaterade ohälsan kan bli mer preventivt. Enligt den indelning som Cooper och Cartwright (1997) och Levi (2005) gör av olika typer av preventiva åtgärder har de insatser som deltagarna i studien berättat om främst befunnit sig inom tertiärpreventionen, de har syftat till att behandla och rehabilitera individer när stressproblematiken redan är ett faktum. Primär- eller sekundärpreventiva insatser hade kunnat förebygga den stressrelaterade ohälsan, antingen genom att förbättra arbetsmiljön och därigenom reducera källorna till stress, eller genom att förbättra individernas förmåga till stresshantering innan problematiken blivit alltför allvarlig. Därmed hade man kunnat tänkas begränsa sjukdomens skadeverkningar och förkortat rehabiliteringsförloppet. Utifrån detta resonemang torde således en ökad kunskap kring stress hos framförallt arbetsgivare vara viktig. Ett ökat preventivt arbete på arbetsplatser för att reducera källorna till stress, känna igen tecken på stress hos anställda och kunna erbjuda insatser i ett tidigare skede kunde tänkas utgöra viktiga bidrag i kampen mot den stressrelaterade ohälsan.

*Återgång till arbete kontra tillfrisknande.* Med utgångspunkt i studiens syfte är det viktigt att betänka att studiens fokus legat på återgång till arbetet, vilket inte nödvändigtvis behöver vara detsamma som att må bättre, uppleva mindre stress, inte längre uppfylla kriterierna för utmattningssyndrom eller uppleva sig vara hjälpt av behandlingen. Även om dessa faktorer givetvis kan hänga

samman så är det mycket möjligt att andra faktorer visat sig viktiga om studiens fokus istället rört tillfrisknande. Detta blev tydligt i deltagarnas berättelser, där många av de deltagare som fortfarande var sjukskrivna uppgav sig ha tillfrisknat betydligt jämfört med när de först kom till Alnarps Rehabiliteringsträdgård. Det är exempelvis möjligt att två personer kan ha nått ungefär lika långt i sin rehabilitering, men att olika utgångspunkter gjort att den ene återvänt till arbetet medan den andre fortfarande är sjukskriven. Som påtalats tidigare kanske tillfrisknande heller inte alltid är tillräckligt för att återvända till arbete, när t.ex. åldersdiskriminering gör det svårt att få en anställning trots att man är arbetsför.

*Slutsatser.* Utifrån denna studies resultat kan således ett antal sammanfattande slutsatser dras kring vilka faktorer som kan främja respektive hindra återgång till arbete vid en sjukskrivning för stressrelaterade besvär. Studien har visat att en arbetssituation som är anpassad efter kvarvarande begränsningar och som ger utrymme för återhämtning tycks kunna främja återgång till arbete. Detta innefattar en hög grad av kontroll över arbetet, vad gäller såväl arbetsuppgifter som arbetstider. Vidare har det framgått att en inre locus of control, dvs. upplevelsen att själv kunna styra sin rehabilitering samt sin arbets- och livssituation i den riktning man önskar, tycks utgöra en resurs i rehabiliteringsprocessen. Att ha ett socialt stöd, främst från någon som kan påverka rehabiliteringens riktning, tycks viktigt tillsammans med behandlingsinsatser som syftar till att på ett varaktigt sätt öka individens förmåga till självomhändertagande och gränssättning. Slutligen visar studien på vikten av tidiga insatser som kan tänkas bromsa sjukdomsförloppet innan det tillåts gå för långt.

Studien har vidare visat att en hög grad av kvarvarande fysiska, psykiska och kognitiva besvär kan hindra återgång till arbetet. Avsaknaden av möjligheten att få till stånd en arbetssituation som kan anpassas efter de egna förutsättningarna tillsammans med svårigheter att hitta ett nytt arbete, därför att arbetsgivare är motvilliga att anställa någon som inte är fullt arbetsför, tycks kunna utgöra ytterligare ett hinder. Vidare tycks bristfälligt stöd från signifikanta personer i rehabiliteringskedjan utgöra en annan faktor som kan försvåra individens återgång till arbete. Slutligen tycks svårigheter att sätta gränser, bristfälligt självomhändertagande samt pressen på att återvända till arbetslivet kunna leda till ansträngningar som riskerar bli kontraproduktiva och hindra tillfrisknandet och därigenom möjligheterna att börja arbeta igen.

### *Metoddiskussion*

Metoddiskussionen inleds med en diskussion kring de metodval som gjorts, följt av studiens tillförlitlighet och etiska ställningstaganden.



*Metodval.* Utifrån studiens syfte – att nå en fördjupad förståelse för vilka faktorer som kan främja respektive hindra återgång till arbete vid en sjukskrivning för stressrelaterade besvär – bedömdes en kvalitativ ansats vara mest lämplig. Syftet har inte varit att finna orsakssamband eller nå resultat som kan generaliseras till en bredare population, utan att ge en beskrivning av hur det *kan* se ut. Studiens syfte är utifrån den explorativa och beskrivande ansatsen förhållandevis bred, vilket förmodligen hade gjort den svår att utforska kvantitativt inom ramen för denna uppsats. Vad gäller valet av tematisk analys så är denna analysmetod, enligt Braun och Clarke (2006), en metod som trots att den är välanvänd inom det psykologiska forskningsfältet fått ett förhållandevis bristfälligt erkännande jämfört med mer välkända metoder som exempelvis IPA eller grounded theory. Detta menar författarna beror på att det inte funnits några tydliga riktlinjer för hur den tematiska analysen ska genomföras, vilket i förlängningen gjort det svårt att värdera och jämföra forskningen. Braun och Clarke presenterar därför ett tydligt tillvägagångssätt för den tematiska analysen och det är detta tillvägagångssätt som följts i denna studie, med avsikten att ha en metodologisk stringens som gör det möjligt för utomstående att värdera forskningen. Det faktum att intervjuerna inte transkriberats har dock inneburit ett avsteg från den metod som Braun och Clarke presenterar, vilket kan medföra att värderingsprocessen försvåras då tillvägagångssättet inte följts i sin helhet. Valet att inte transkribera motiveras dock med målsättningen att förvanska materialet i så liten utsträckning som möjligt och därmed befinna sig så nära deltagarnas upplevelser som det går. Valet av tematisk analys gjordes främst utifrån att metoden bedömdes som lämplig utifrån studiens syfte, för att på ett lättillgängligt sätt beskriva deltagarnas upplevelser utifrån de stora datamängder som de kvalitativa intervjuerna genererat, samt möjliggöra nya insikter inom ett område där det tycks finnas ett stort forskningsbehov, i enlighet med Braun och Clarkes (2006) beskrivning av metoden. Metoden är förhållandevis lätt att lära sig vilket lämpade sig väl för författaren, som är nybörjare inom det kvalitativa forskningsområdet.

Valet av semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod gjordes utifrån studiens syfte att nå en fördjupad förståelse för deltagarnas upplevelsevärld. Ett alternativ till detta hade kunnat vara att använda fokusgrupper, där deltagarna i grupp får diskutera ett ämne medan forskaren fungerar som samtalsledare (Willig, 2001). Ett av de främsta argumenten mot att använda fokusgrupper i denna studie var att vissa av studiens deltagare fortfarande hade många stressrelaterade besvär. Detta kan medföra svårigheter med kognitiva funktioner som exempelvis koncentrationsförmåga. Det bedömdes därför finnas en risk för att ett gruppsammanhang skulle utgöra ett alltför krävande klimat för vissa individer, som skulle påverka deras deltagande negativt. Semistrukturerade intervjuer bedömdes även vara ett lämpligare val än fokusgrupper eftersom de tillåter deltagarna att tala mer öppenlydigt om känsliga ämnen. Faktorer som blyghet, eller det faktum att svårigheter att ta sig tillbaka efter en sjukskrivning skulle kunna upplevas som ett

misslyckande, kan göra att ett gruppsammanhang skulle kunna medföra att deltagarna väljer att hålla inne med delar av sina berättelser.

*Studiens tillförlitlighet.* För att bedöma tillförlitligheten i kvalitativ forskning bör utgångspunkten ligga i de ontologiska och epistemologiska antaganden som ligger till grund för forskningen (Morrow, 2005; Willig, 2001). Utöver detta finns vissa generella principer som gäller för kvalitativ forskning, oavsett paradigm (Morrow, 2005). Ett kriterium för tillförlitlighet inom det konstruktivistiska paradigmet är i vilken grad en djupgående förståelse för deltagarnas mening har uppnåtts. För att kunna uppnå detta är det, enligt Morrow (2005), viktigt att sätta in deltagarnas upplevelser i ett kulturellt och kontextuellt sammanhang och inte enbart fokusera på deras intrapsykiska upplevelser. Denna studie har genomgående sökt vidga perspektivet från deltagarnas individualpsykologiska processer och sätta in deras berättelser i ett större sammanhang. De fem temaområden som formulerades för intervjuguiden sökte inkludera såväl individfaktorer som sociala faktorer och samhällsfaktorer. Måhända hade mer fokuserade frågor lett till en fördjupad förståelse kring exempelvis individualpsykologiska processer, men utifrån studiens explorativa design eftersträvades ett brett förhållningssätt.

En viktig aspekt av den kvalitativa forskningen är det inslag av subjektivitet som är en del av forskningsprocessen. Det subjektiva inslaget kan hanteras genom en reflexiv process, där forskaren reflekterar över hur de egna värderingarna, teoretiska kunskaper och livserfarenheter bidrar till meningsskapandet i forskningsprocessen. Genom denna reflexiva process strävar forskaren efter att medvetandegöra den egna förförståelsen för att i så hög grad som möjligt kunna sätta den åt sidan när så behövs, något som närmar sig det fenomenologiska begreppet *bracketing*, eller parentessättning (Morrow, 2005; Willig, 2001). I denna studie uppnåddes detta genom att författaren i förväg reflekterade över sin egen bakgrund och vilken förförståelse denna kan medföra. Stress är ett fenomen som många, däribland författaren själv, har upplevt och detta kan medföra implicita antaganden kring hur det är att uppleva negativ stress. Med en medvetenhet om detta var ambitionen i mötet med deltagarna att se varje individs livssituation som något unikt och inte som likt eller olik författarens. Genom att enbart göra en översiktlig litteraturgenomgång i förväg söktes den teoretiska förförståelsen minimeras, för att möjliggöra ett så öppet förhållningssätt som möjligt under intervjuerna och analysprocessen. Allt detta gjordes dock med en medvetenhet om att det aldrig går att helt eliminera den egna förförståelsen; valet av teman i intervjuguiden, de följdfrågor som ställts i intervjuerna och de teman som identifierats i analysen av materialet färgasoundvikligen av de kunskaper författaren bär med sig från sin utbildning och från sina livserfarenheter. Att ett tema som *locus of control* uppmärksammats kan ses som ett bevis på detta, då det måhända är ett tema som inte hade uppmärksammats av någon med en annan teoretisk

bakgrund.

Morrow (2005) lyfter även fram frågan kring vems verklighet forskningen representerar, forskarens eller deltagarnas, och vikten av att se deltagarna som experter på sina egna liv. Ett sätt att närma sig detta i denna studie har varit att utföra den tematiska analysen på en semantisk nivå och därigenom fokusera på det deltagarna faktiskt sagt, istället för de underliggande meningar och antaganden som kan ligga bakom deras utsagor, för att på så sätt undvika alltför långtgående tolkningar från forskarens sida. I intervjusituationen har ett naivt förhållningssätt eftersträvat, där implicita antaganden kring vad deltagarna menat med sina utsagor har undvikits och deltagarna istället ombetts konkretisera och exemplifiera. Det kan här tänkas att författaren har en fördel som psykologstudent och med breda kunskaper i samtalsmetodik i bagaget, som gjort att alltför styrande frågor undvikits.

En annan viktig aspekt av tillförlitligheten i kvalitativ forskning menar Morrow (2005) har att göra med huruvida de data som insamlats är tillräckliga och ändamålsenliga, vilket till viss del har att göra med antalet intervjuer men framförallt med informationstätheten i materialet. Ett sätt att närma sig detta kriterium är genom urvalet av deltagare (Morrow, 2005). Deltagarna i denna studie valdes ut för att rymmas inom två ytterligheter, personer som var heltidssjukskrivna eller helt tillbaka i arbete, en målsättning som i det stora hela uppnåts. Anledningen till detta var att få så representativa fall som möjligt i förhållande till studiens syfte och därigenom kunna stärka studiens slutsatser. Det kan dock diskuteras om de teman som identifierats skulle ha varit annorlunda om personer som inte tillhör dessa extremgrupper hade intervjuats. Det är mycket möjligt att andra faktorer skulle ha visat sig vara främjande eller hindrande för återgång till arbetet för individer som exempelvis delvis klarat att återvända till arbetet. Detsamma gäller det faktum att samtliga deltagare genomgått behandling på Alnarps Rehabiliteringsträdgård. Hade deltagarna genomgått andra, eller mer varierade, behandlingar än just denna så hade kanske andra faktorer, främst i förhållande till behandlingens bidrag, identifierats som viktiga för återgång till arbetet. Detta tillvägagångssätt motiveras dock med att det faktum att deltagarna har liknande behandlingserfarenheter möjliggör för studien att belysa vilka andra faktorer, förutom just behandlingens bidrag, som kan vara av vikt för att återvända till arbetet. Utifrån denna aspekt kan även representativiteten hos deltagarna diskuteras. Inklusionskriterium för studien var att deltagarna hade deltagit i behandlingen vid Alnarps Rehabiliteringsträdgård, en behandling som riktar sig till individer med stressrelaterade besvär. Många av deltagarna hade diagnostiserats med utmattningssyndrom eller utmattningsdepression, men även andra diagnoser förekom. Detta kan tänkas ha påverkat studiens resultat, eftersom deltagarna därmed inte utgjorde en homogen grupp i förhållande till den diagnos de varit sjukskrivna för. Måhända hade studiens resultat varit ett annat om studiens deltagare hade utgjorts av en mer avgränsad diagnosgrupp. Dock är stressrelaterade sjukdomar en komplex sjukdoms-

kategori, där det kan finnas svårigheter med gränsdragningar kring vad som kan anses vara en sjukdom där stress varit en viktig bidragande faktor till sjukdomstillståndet, men där även andra faktorer kan ha spelat in. Utifrån detta avseende kan således deltagarna i denna studie anses vara representativa för komplexiteten i den stressrelaterade ohälsan. Vidare var deltagarna huvudsakligen kvinnor, samtliga förutom en befann sig inom åldersspannet 46-65 år och det var enbart tre individer som återvänt till arbetet helt och hållet. En jämnare köns- och åldersfördelning tillsammans med fler deltagare som helt återvänt till arbete hade kunnat tänkas stärka studiens slutsatser och tillfört ytterligare relevant information. Det bör dock poängteras att syftet med studien inte har varit att nå generaliserbar kunskap som ska vara representativ och applicerbar på en bredare population, utan att nå en fördjupad förståelse för just denna studies deltagare och deras upplevelser.

För att ytterligare stärka studiens tillförlitlighet hade olika strategier för att hantera subjektiviteten i forskarens tolkningar kunna användas, utifrån Morrors (2005) kriterier för tillförlitlighet i kvalitativ forskning. Som en del av den reflexiva processen hade andra forskare kunnat nyttjas för att föreslå alternativa tolkningsmöjligheter, eller så hade deltagarna själva kunnat få ge sina synpunkter på de tolkningar som gjorts. Författaren har genomfört studien ensam och en medförfattare hade kunnat bidra med ytterligare perspektiv. Vidare hade multipla datakällor så som journaler, observationer eller fokusgrupper kunna användas för att uppnå en variation i den data som använts. Det är främst av forskningsekonomiska skäl och studiens tidsmässiga begränsningar som detta inte genomförts.

*Etiska ställningstaganden.* Etiska överväganden har varit ett genomgående och kontinuerligt inslag i forskningsprocessen. Willig (2001) lyfter fram ett antal punkter för detta som har följts i denna studie. Dessa inkluderar informerat samtycke, att aldrig föra deltagarna bakom ljuset, att säkerställa frivilligheten i deltagandet, ge deltagarna möjlighet att ta del av studien samt att bibehålla deltagarnas konfidentialitet. I denna studie har en transparens i forskningsprocessen eftersträvat, genom att deltagarna både muntligt och skriftligt har informerats om studiens syfte, frivilligheten i deltagandet och hur konfidentialiteten upprätthålls. Samtliga deltagare har erbjudits möjlighet att ställa frågor innan de samtyckt till att delta. Vidare har de fått skriva under ett informerat samtycke där de bekräftat sitt deltagande och att de tagit del av den skriftliga informationen. Deltagarna har även informerats om hur de kan gå tillväga för att ta del av studien om de så önskar. Ett avvägande har ständigt gjorts kring hur mycket kontextuell information som kan redogöras för utan att deltagarnas identitet avslöjas. En viktig aspekt av etiken i forskningsprocessen är även att skydda deltagarna från skada. Eftersom deltagarna i denna studie valts ut utifrån att de antingen haft lätt eller svårt att återvända till arbetet efter sjukskrivningen har författaren varit mån om att ingen deltagare ska uppleva sig som "lyckad" eller "misslyckad" i

förhållande till rehabiliteringens utkomst. Detta har sökt uppnås genom att behandla varje individs berättelse med respekt och ta hänsyn till såväl individuella som kontextuella faktorer och inte lägga någon skuld på enskilda individer för rehabiliteringens utkomst.

### *Implikationer för praktik och framtida forskning*

Utifrån denna studies resultat väcks ett antal intressanta uppslag för praktik och framtida forskning. I resultatdiskussionen gjordes ett försök att applicera krav-kontroll-stöd-modellen på rehabiliteringsprocessen och det hade varit intressant att vidare undersöka modellens förklaringsvärde på stressrehabilitering. Kanske kunde rehabiliteringsinsatser som syftar till att stärka individens kontrollmöjligheter över sin rehabiliteringsprocess vara av nytta? Detta skulle exempelvis kunna ske genom att individen själv får sätta upp målsättningar för rehabiliteringen och ges möjlighet att i hög grad påverka valet av behandling, behandlingens varaktighet, när arbetsträning ska initieras samt i vilken takt, omfattning och med vilka arbetsuppgifter detta ska ske, tillsammans med en kontinuerlig utvärdering där individen själv får avgöra i vilken takt kraven ska öka. Utifrån studiens resultat kring vikten av socialt stöd från signifikanta personer i rehabiliteringskedjan kan det vidare tänkas att detta skulle ske i dialog med en specifik kontaktperson med gedigen kunskap kring stressrelaterad ohälsa, som finns med genom hela rehabiliteringsprocessen. Ytterligare en intressant aspekt som studien belyser är, som tidigare nämnts, vilka faktorer som kan predicera skillnader i behandlingsutkomst. Påverkas detta av graden av symptom vid behandlingens start, problematikens varaktighet innan det stressrelaterade sammanbrottet, hur länge man väntat på behandlingen eller finns det andra faktorer som inverkar? Att undersöka detta kunde utgöra ett intressant uppslag för framtida studier. Slutligen väcks frågor kring hur man kan förbättra samhällets inställning till personer som drabbats av sjukdom och sjukskrivningar. Detta blir mer en fråga på samhällsnivå, men är relevant eftersom en del av svårigheterna med att återvända till arbete efter en sjukskrivning tycks härstamma från att det finns ett motstånd från arbetsgivares sida att anställa personer som drabbats av svårigheter som kan påverka deras prestationer. Insatser som syftar till att underlätta för personer som varit sjukskrivna att få en ny anställning när de saknar möjlighet att gå tillbaka till sitt gamla jobb skulle således kunna tänkas vara av värde.

## Referenser

- Almén, N. (2007). *Stress och utmattningsproblem: Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Anderberg, U. M. (2005). Stress och smärta samt könshormonella aspekter på stress. I R. Ekman, & B. Arnetz (Red.), *Stress* (pp. 210-223). Stockholm: Liber.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 290–302.
- Braun V., & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Contrada, R.J., & Goyal, T.M. (2004). Individual differences, health and illness: The role of emotional traits and generalized expectancies. I S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston (Red.), *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp. 143-168). London: Sage.
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16.
- Egidius, H. (2008). *Natur och Kulturs Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Grahn, P. (2001). Naturens och trädgårdens betydelse för personer med utmattningsdepression. *Svensk Rehabilitering*, 3, 18-21. Hämtat 2010-09-23 från <http://www.svenskrehabilitering.com/issue.jsp?id=200103>.
- Grahn, P. (2009). Trädgårdsterapi – en exposé. I G. Nilsson (Red.), *Trädgårdsterapi* (pp.15-30). Lund: Studentlitteratur.
- Grahn, P., & Ottosson, Å. (2010). *Trädgårdsterapi*. Stockholm: Bonniers Existens.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., & Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management*, 14, 227-248.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion*. New York: Springer Publishing Company.
- Levi, L. (2005). Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv. I R. Ekman, & B. Arnetz (Red.), *Stress* (pp. 56-71). Stockholm: Liber.
- Lundberg, U. (2005). Samspelet individ, samhälle, livsstil och biologi. I R. Ekman, & B. Arnetz (Red.), *Stress* (pp. 269-281). Stockholm: Liber.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Nordlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Lindahl, B., Janlert, U., & Slunga Birgander, L. (2010). Burnout, working conditions and gender – results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10(1), 326-334.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Perski, A. (2004). Rehabiliteringen av stressjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång. *Läkartidningen*, 14, 1292-1294. Hämtat 2010-09-23 från <http://tarkiv.lakartidningen.se>.
- Perski, A., & Grossi, G. (2004). Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. *Läkartidningen*, 14, 1295-1298. Hämtat 2010-09-23 från <http://tarkiv.lakartidningen.se>.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-146.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counselling psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Elanders Gotab AB. Hämtat 2010-09-20 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-123-18>.
- Stenlund, T., Ahlgren, C., Lindahl, B., Burell, G., Steinholtz, K., Edlund, C., Nilsson, L., Knutsson, A., & Slunga Birgander, L. (2009). Cognitively Oriented Behavioral Rehabilitation in Combination with Qigong for Patients on Long-Term Sick Leave Because of Burnout: REST—A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 294-304.
- Stigsdotter, U., & Grahn, P. (2002). What Makes a Garden a Healing Garden? *Journal of Therapeutic Horticulture*, 13, 60-69.
- Theorell, T. (2004). Stressmekanismer och sjukskrivning. I C. Hogstedt, M. Bjurvald, S. Marklund, E. Palmer, & T. Theorell (Red.), *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens* (pp. 255-278). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Hämtat 2010-09-20 från <http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Den-hoga-sjukfranvaron--sanning-och-konsekvens>.
- Theorell, T. (2005). Att kunna utöva kontroll över sin egen situation - en förutsättning för hantering av upprepad och uttalad negativ stress. I R. Ekman, & B. Arnetz (Red.), *Stress* (pp. 282-291). Stockholm: Liber.
- Theorell, T., Oxenstierna, G., & Westerlund, H. (2004). Sjukskrivningsmönster vid strukturella förändringar. I C. Hogstedt, M. Bjurvald, S. Marklund, E. Palmer, & T. Theorell (Red.), *Den*

- höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens* (pp. 207-232). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Hämtat 2010-09-20 från <http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Den-hoga-sjukfranvaron--sanning-och-konsekvens>.
- Wang, Q., Bowling, N.A., & Eschleman, K.J. (2010). A meta-analytic examination of work and general locus of control. *Journal of Applied Psychology*, 95(4), 761-768.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2008). *Mindfulness – en väg ur nedstämdhet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Währborg, P. (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Zoglowek, H. (1999). Tematisk analyse. En framgångsmåte for å analysere kvalitative intervju. *Nordisk pedagogik*, 19(3), 156-167.
- Åkerstedt, T., & Kecklund, G. (2005). Stress och sömn. I R. Ekman, & B. Arnetz (Red.), *Stress* (pp. 232-239). Stockholm: Liber.



## Socialstyrelsens diagnoskriterier för utmattningssyndrom

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
  - 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
  - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
  - 3) Känsломässig labilitet eller irritabilitet
  - 4) Sömnstörning
  - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
  - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
- D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

### *Specificera om:*

Med depressiva symtom (fyller ej kriterierna för egentlig depression eller dystymi)

Med ångestsymtom (fyller ej kriterierna för generaliserat ångestsyndrom)

Med blandad ångestdepressiv symtombild

Med akut symtomdebut

Med koppling till påfrestningar i arbetslivet.

2010-09-07

Information om psykologexamensuppsats:

Syftet med projektet är att undersöka vilka faktorer som kan spela roll för att tillfriskna och kunna återvända till arbetslivet efter en sjukskrivning för utmattningssyndrom. Om Du tackar ja till att delta så kommer Du att få berätta om Dina erfarenheter av att drabbas av utmattningssyndrom och hur det gått för Dig efter Din rehabilitering. Intervjun kommer att pågå i upp till en timme.

Deltagandet är helt frivilligt, vilket innebär att Du när som helst kan avbryta Din medverkan eller välja att inte svara på frågor utan närmare förklaring. Intervjuerna kommer att spelas in och inspelningarna raderas efter att uppsatsen färdigställts. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och avidentifieras så långt som möjligt.

Har Du några frågor kring projektet är Du välkommen att kontakta mig, Hanna Malmberg, på telefon ... eller min handledare, docent och leg. psykolog Per Johnsson, på Institutionen för psykologi.

Jag är mycket tacksam för Din medverkan och ser fram emot att få ta del av Din berättelse.

Vänliga hälsningar,

Hanna Malmberg

INFORMERAT SAMTYCKE

Jag (för och efternamn textat):

.....

har läst den skriftliga informationen kring Hanna Malmbergs psykologexamenssuppsats och fått möjlighet att ställa frågor.

**Ringa in önskat alternativ:**

**JA.** Jag samtycker till att delta i projektet och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

**NEJ.** Jag vill inte delta i projektet.

Datum:

**Underskrift:**

.....

## Intervjuguide

### **Bakgrundsinformation**

Ålder?

Vilken diagnos har du varit sjukskriven för?

Sjukskrivningens längd?

När genomgick du rehabiliteringen på Alnarps Terapiträdgård?

Sysselsättningsgrad idag?

Vad arbetar du med? Hur länge har du arbetat med det?

Vad arbetade du med innan sjukskrivningen?

### **Övergripande frågor**

Vad hände efter rehabiliteringen på Alnarp (började jobba direkt, hur mycket, hur det gick osv.)?

*för de som kunnat återvända till arbetet:*

Vad tror du det är som har gjort att just du lyckats komma tillbaka ut i arbetslivet efter sjukskrivningen?

Stötte du på några hinder på vägen när du skulle börja jobba igen? Vad?

*för de som fortfarande är sjukskrivna:*

Vad skulle du själv säga att det är som har gjort det svårt för dig att komma tillbaka till arbetet?

Finns det något som har varit till hjälp för dig när du har försökt börja jobba igen, även om det inte har räckt hela vägen fram? Vad?

### **Rehabiliteringen**

Upplevelse av rehabiliteringen på Alnarp?

Hjälpt för att komma tillbaka till arbetet?

Något saknats som hade kunnat hjälpa?

Annan behandling innan/efter? Upplevelse av den?

### **Individen**

Andra fysiska eller psykiska besvär som påverkat tillfrisknandet?

Om du skulle se tillbaka på dig själv som du var när du först fick diagnosen utmattningssyndrom, vilken är den största förändringen som skett?

Hanterar stress annorlunda idag? Exempel?

Sätt att se på sig själv ändrats?

### **Omgivningen**

Familjesituation?

Omständigheter i privatlivet som påverkat tillfrisknandet?

Bemötande från omgivningen (familj, vänner, chef, kollegor)? Exempel?

### **Arbetsplatsen**

Vilken tjänst gick du tillbaka till efter rehabiliteringen på Alnarp?

Möjlighet att påverka arbetsituationen? Exempel?

Bemötande från chef/arbetskamrater? Exempel?

### **Samhället**

Tillräckligt stöd från samhället (vården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen)? Bra/dåligt?

Möjlighet att påverka rehabiliteringen? Exemplifiera.

**Avslutande frågor**

*för de som fortfarande är sjukskrivna:*

Vad skulle behöva förändras för att du ska kunna börja arbeta igen?

Finns det något annat som jag inte frågat om som du tycker är viktigt att ta upp?